

QS-Verfahren

Dekubitusprophylaxe

Bundesqualitätsbericht 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*. Bundesqualitätsbericht 2023

Ansprechperson Claudia Damrau

Datum der Abgabe 15. August 2023

Datum aktualisierte Abgabe 25. Oktober 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten Erfassungsjahr 2022

Risikostatistik Erfassungsjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Hintergrund	7
2 Einordnung der Ergebnisse	11
2.1 Datengrundlage	11
2.2 Risikoadjustierung	12
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	13
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	20
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit	24
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	25
3.1 Hintergrund	25
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) Erfassungsjahr 2021	25
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	30
4 Evaluation	35
5 Fazit und Ausblick	37
Literatur	38
Anhang: Ergebnisse des QSEB	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023)	9
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)	10
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023).....	12
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)	13
Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023)	15
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023)...	21
Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023).....	23
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK	25
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)	27
Tabelle 10: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022)	29
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. §17 DeQS-RL im Modul DEK.....	30
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)	32
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) .	33
Tabelle 14: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation	39
Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022)- DEK.....	40
Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022)- DEK.....	41
Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK.....	41
Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK.....	43
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK.....	44
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - DEK	45
Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK.....	52
Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK.....	53
Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - DEK	53

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – DEK	54
Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – DEK ...	57
Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – DEK	58
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – DEK	59
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – DEK	59
Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – DEK	61
Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – DEK	62
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – DEK	63
Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – DEK	64
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – DEK	67

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AK	Auffälligkeitskriterium
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EJ	Erfassungsjahr
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
POA	Present on Admission
QS	Qualitätssicherung
QS DEK	QS-Verfahren <i>Dekubitusprophylaxe</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
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, die oft über Knochenvorsprüngen 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 einer Personengruppe innerhalb einer bestimmten Zeitspanne) 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 zu meist verhindert werden (DNQP 2017). Ziel des Verfahrens *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* ist daher die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, damit möglichst wenig neue Dekubitalulcera entstehen.

Ein wichtiger Bestandteil der Dekubitusprophylaxe ist die individuelle Risikoabschätzung. 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 widerspricht; dies trifft beispielsweise bei Verletzungen der Wirbelsäule zu. Zudem können andere Pflegeziele in der medizinisch-pflegerischen Versorgung höher priorisiert sein; beispielsweise bei Patientinnen und Patienten, die sich in den letzten Wochen ihres Lebens befinden (terminale Lebensphase).

Gegenstand des Verfahrens *QS DEK* ist die Erfassung von Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie¹ bei Patientinnen oder Patienten

¹ 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

ab 20 Jahren während des vollstationären Aufenthalts. Da in der Praxis oft Unsicherheit bei der Abgrenzung eines Dekubitus Kategorie 1 von einer Hautrötung besteht, werden Dekubitalulcera dieser Kategorie nicht im Verfahren erhoben und ausgewertet. Die 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 unterteilt.

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
- 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 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. Um den Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser möglichst gering zu halten, erfolgt die Erfassung der Risikofaktoren aller Patientinnen und Patienten über die Abrechnungsdaten.

Die patientenindividuellen Risikofaktoren können die Entstehung eines Dekubitus begünstigen und variieren zwischen den Leistungserbringern. Um dennoch einen fairen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen, 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

wird im vorliegenden Text auf die Bezeichnung „Grad“ überwiegend verzichtet und stattdessen der Begriff „Kategorie“ verwendet, genauso wie z. B. im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (DNQP, 2007). Die einzige Ausnahme bildet die Auflistung der Kategorien der ICD-10-GM, da dort der Begriff „Grad“ verwendet wird.

Krankenhausaufenthalts entstandenen Dekubitalulcera der Kategorie 2 bis 4 sowie nicht näher bezeichneter Kategorie 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.

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023)

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)			
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2022
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2022
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2022
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2022
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2022

* Transparenzkennzahl

Im vorliegenden Bericht werden zudem Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien (AK) umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze.

Mittels dieser Auffälligkeitskriterien 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 wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

Im Verfahren *QS DEK* gibt es 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 5 zur Vollzähligkeit (Tabelle 2).

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
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, Risikostatistik
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, 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 enthält deskriptive Analysen sowie die Bewertung der Indikatorergebnisse des Erfassungsjahres 2022 (vgl. Abschnitt 2.4). Des Weiteren betrachtet er, ob es bei bestimmten Indikatoren besonders verbreitete Qualitätsdefizite gibt. (vgl. Abschnitt 2.5). Die Erläuterung zum Risikoadjustierungsmodell für ID 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ erfolgt in Abschnitt 2.2. Außerdem beinhaltet der Bericht die Ergebnisse zur statistischen Basisprüfung im Rahmen der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2022 (vgl. Abschnitt 2.3).

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

2.1 Datengrundlage

Die nachfolgende Tabelle 3 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten sowie die Daten zur Risikostatistik (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der auf Daten der QS-Dokumentation und Risikostatistik basierenden Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutskennezeichnung (IKNR) als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Indikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das Verfahren QS DEK erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 1.698 entlassenden Standorten 266.090 QS-Datensätze inklusive 67 Minimaldatensätze übermittelt; das sind 0,86 % mehr als erwartet. Mit einer Vollzähligkeit von 100,86 % ist damit eine leichte Überdokumentation zu beobachten. Eine Risikostatistik haben 1.553 Leistungserbringer (Bund gesamt) übermittelt; erwartet worden war dies von 1.546. Mit einer Vollzähligkeit von 100,45 % ist hier ebenfalls eine leichte Überdokumentation ersichtlich. Es wurden Daten zu insgesamt 15.178.028 Fällen in der Risikostatistik geliefert. 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 vollstationären Fälle ab 20 Jahren – mit und ohne Dekubitus – vom jeweiligen Leistungserbringer übermittelt werden.

Vom Erfassungsjahr 2021 zum Erfassungsjahr 2022 kam es zu einem leichten Anstieg der gelieferten QS-Daten, die Vollzähligkeit ist im ähnlichen Bereich geblieben. Der Anstieg der QS-Daten kann teilweise durch den Einschluss der Überlieger (5,09 %) im Erfassungsjahr 2022 erklärt werden, die im Erfassungsjahr 2021 nicht enthalten waren; in der Risikostatistik waren 1,38 % Überlieger mit Aufnahme in 2021 eingeschlossen. Die Anzahl der Leistungserbringer (Bund gesamt) mit Risikostatistik blieb vom Erfassungsjahr 2021 zum Erfassungsjahr 2022 gleich.

Es gab 14 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassender Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023)

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	266.090	263.818	100,86
	Basisdatensatz	266.023		
	MDS	67		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene Bund (gesamt) mit QS-Dokumentation		1.388		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene Bund (gesamt) mit Risikostatistik		1.553	1.546	100,45
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		1.698		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		1.698	1.695	100,18

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 relevanter patientenbezogener 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 des Erfassungsjahres 2022 entspricht demjenigen des Erfassungsjahres 2021 und wurde auf Basis der Grundgesamtheit des Erfassungsjahres 2021 entwickelt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QS DEK werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Dabei weisen 149 von insgesamt 1.935 Leistungserbringern mindestens ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in mindestens einem Auffälligkeitskriterium auf.

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

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	0,7221 % 1.921/266.023 (≤ 3,51 %; 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	1,1991 % 3.190/266.023 (≤ 20,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,8612 % 266.090/263.818 (≥ 95,00 %)
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,8612 % 266.090/263.818 (≤ 110,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,0254 % 67/263.818 (≤ 5,00 %)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	98,9623 % 15.178.028/15.337.188 (≥ 95,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	98,9623 % 15.178.028/15.337.188 (≤ 110,00 %)

In Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten. Zusätzlich wird auch die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren.

Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
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	2022	66 von 1.698	3,89	25

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
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 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	2022	23 von 1.698	1,35	1
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	33 von 1.695	1,95	0
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	22 von 1.695	1,30	0
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	1 von 1.695	0,06	0
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	21 von 1.902	1,10	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	10 von 1.902	0,53	0

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 ab. Das Auffälligkeitskriterium steht im Bezug zu allen Indikatoren und Transparenzkennzahlen des Verfahrens QS DEK. Bei 266.023 gelieferten Datensätzen von Fällen mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus (QS-Dokumentation) wurde 1.921-mal (0,7221%) nicht angegeben, ob ein Dekubitus bei Aufnahme vorlag oder nicht (POA). Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 3,51\%$ und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 wiesen 66 von 1.698 Leistungserbringern (3,89%; Referenzbereich: $\leq 3,51\%$, 95. Perzentil) rechnerisch auffällige Ergebnisse auf.

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 266.023 gelieferte Datensätze aus der QS-Dokumentation 262.833 Fällen mit mindestens einem dokumentierten Dekubitus in der Risikostatistik gegenüber, d. h., es wurden 3.190 mehr Fälle mit Dekubitus in der QS-Dokumentation übermittelt als in der Risikostatistik. Von 1.698 Leistungserbringern mit mindestens einem dokumentierten Fall eines „Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet“ in der QS-Dokumentation wurden bei einem Referenzbereich von $\leq 20,00\%$ und einer Mindestanzahl im Nenner von 10 insgesamt 23 (1,35 %) Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis bewertet. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bleibt im Vergleich zum Vorjahr auf einem vergleichbaren Niveau (EJ 2021: n = 27; N = 1.683; 1,60 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer eine gewisse Schwelle überschreiten: Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100 %ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Unterdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben.

Das letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 geprüfte Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850095) wurde seit dem Erfassungsjahr 2022 wiedereingeführt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Berechnung der Indikatorergebnisse zu gewährleisten und auch bei Unterdokumentation den Gründen nachzugehen. Die Wiedereinführung dieses Auffälligkeitskriteriums

erfolgt in seiner letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 angewandten Form (Rechenregeln, Referenzbereiche).

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850095)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständig und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren QS DEK eine Dokumentationsrate von 100,8612 %; dies bedeutet, dass mit 266.090 gelieferten vollständigen und plausiblen QS-Datensätzen (inklusive MDS) gegenüber 263.818 durch den QS-Filter ausgelösten Fällen (Sollstatistik) etwas mehr Fälle übermittelt wurden als erwartet. Bei einem Referenzbereich von $\geq 95,00\%$ und einer Mindestanzahl im Nenner von 5 Fällen wurden in ihrem Ergebnis 33 von 1.695 Leistungserbringern (1,95 %) rechnerisch auffällig. Das Auffälligkeitskriterium wurde zum Erfassungsjahr 2022 wiedereingeführt, weshalb ein Vergleich mit dem Vorjahr nicht möglich ist.

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 Sollstatistik zu erwarten waren. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren QS DEK eine Dokumentationsrate von 100,8612 %; dies bedeutet, dass mit 266.090 gelieferten vollständigen und plausiblen QS-Datensätzen (inklusive MDS) gegenüber 263.818 durch den QS-Filter ausgelösten Fällen (Sollstatistik) etwas mehr Fälle übermittelt wurden als erwartet. Bei einem Referenzbereich von $\leq 110,0\%$ und einer Mindestanzahl im Zähler von 20 Fällen wurden in ihrem Ergebnis 22 von 1.695 Leistungserbringern (1,30 %) rechnerisch auffällig.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850230)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Für das Erfassungsjahr 2022 wurden 67 Minimaldatensätze bei 263.818 durch den QS-Filter ausgelösten Fällen (Sollstatistik) übermittelt (0,025 %). Insgesamt einer der 1.695 Leistungserbringer (0,06 %) wurde bei einem Referenzbereich von $\leq 5,0\%$ und mindestens 5 Fällen in der Sollstatistik (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 98,9623 % zeigt, dass mit 15.178.028 in der Risikostatistik gelieferten Fällen gegenüber 15.337.188 Fällen der Sollstatistik zur Risikostatistik weniger Fälle übermittelt wurden als erwartet. Bei einem Referenzbereich von $\geq 95,00\%$ und einer Mindestanzahl von 5 Fällen im Nenner wurden in ihrem Ergebnis 21 von 1.902 Leistungserbringern (1,10 %) 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 98,9623 % zeigt, dass mit 15.178.028 in der Risikostatistik gelieferten Fällen gegenüber 15.337.188 Fällen der Sollstatistik zur Risikostatistik weniger Fälle übermittelt wurden als erwartet. Bei einem Referenzbereich von $\leq 110,0$ % und einer Mindestanzahl von 20 Fällen im Zähler wurden im Ergebnis 10 von 1.902 Leistungserbringern (0,53 %) rechnerisch auffällig.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* weisen 526 von insgesamt 1.928 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: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023)

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)				
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1,1832 66.464/56.172,77 (≤ 2,68; 95. Perzentil)	1,0501 60.562/57.670,00	eingeschränkt vergleichbar
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2*	0,3633 % 55.127/15.175.228	0,3360 % 50.645/15.070.673	eingeschränkt vergleichbar
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3*	0,0654 % 9.928/15.175.228	0,0603 % 9.085/15.070.673	eingeschränkt vergleichbar
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet*	0,0062 % 938/15.175.228	0,0051 % 768/15.070.673	eingeschränkt vergleichbar
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	0,0059 % 893/15.175.228 (Sentinel Event)	0,0046 % 689/15.070.673	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein LE-Mapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahrs 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

In Tabelle 7 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der in ihrem Ergebnis als rechnerisch auffällig bewerteten Leistungserbringer für das Erfassungsjahr 2022 abgebildet. In den beiden Spalten zu „Leistungserbringer rechnerisch auffällig“ werden ihre Anzahl bzw. ihr prozentualer Anteil an allen betrachteten Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023)

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	2022	92 von 1.916	4,80	50
		2021	95 von 1.913	4,97	-*
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	2022	457 von 1.919	23,81	198
		2021	376 von 1.916	19,62	-*

* Da das Verfahren erst seit dem EJ 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann an dieser Stelle kein Ergebnis ausgegeben werden.

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. Der Indikator zielt auf möglichst wenige inzidente Dekubitalulcera genannter Kategorien. Sein Referenzbereich liegt auf dem 95. Perzentil (EJ 2022: $\leq 2,68$). Im Erfassungsjahr 2022 beträgt das Bundesergebnis 1,1832. Von insgesamt 1.916 betrachteten Leistungserbringern wurden 92 (4,80 %) in ihrem Ergebnis rechnerisch auffällig.

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 15.175.228 vollstationär behandelten Patientinnen bzw. Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik haben 893 mindestens einen Dekubitus Kategorie 4 entwickelt. Damit beträgt das Bundesergebnis des Indikators 0,0059 %. Als rechnerisch auffällig eingestuft worden sind in ihrem Ergebnis 457 (23,81 %) von insgesamt 1.919 betrachteten Leistungserbringern; für sie wird jeweils eine Einzelfallprüfung vorgenommen werden.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses QS-Verfahren wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL im Jahr 2022 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2021 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß Teil 1 § 19 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

Das Verfahren *QS DEK* wird seit dem Erfassungsjahr 2021 erstmalig unter der DeQS-RL geführt und dementsprechend erstmalig im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL behandelt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) Erfassungsjahr 2021

Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien (Tabelle 8). Die Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sind Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	9.400	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	164	1,74
davon ohne QSEB-Übermittlung	3	1,83
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	161	100
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	61	37,89
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	100	62,11
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	100	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	1
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	1
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	12	7,45
Bewertung als qualitativ auffällig	83	51,55
Sonstiges	5	3,11
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei den aktuell berichteten Ergebnissen zur Überdokumentation kann es im Vergleich zum Vorjahr für einzelne Verfahren zu minimalen Abweichungen kommen. Dies ist ursächlich auf eine technische Umsetzungsproblematik zurückzuführen. Durch die Automatisierung dieses Prozesses wurde die Problematik bereits in diesem Jahr behoben.

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	68 / 1.683 (4,04 %)	19	0 / 68 (0,00 %)	0 / 1.683 (0,00 %)	6 / 68 (8,82 %)	6 / 1.683 (0,36 %)	42 / 68 (61,76 %)	42 / 1.683 (2,50 %)	1 / 68 (1,47 %)	1 / 1.683 (0,06 %)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	27 / 1.683 (1,60 %)	15	0 / 27 (0,00 %)	0 / 1.683 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 1.683 (0,00 %)	11 / 27 (40,74 %)	11 / 1.683 (0,65 %)	1 / 27 (3,70 %)	1 / 1.683 (0,06 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	9 / 1.386 (0,65 %)	1	0 / 9 (0,00 %)	0 / 1.386 (0,00 %)	1 / 9 (11,11 %)	1 / 1.386 (0,07 %)	7 / 9 (77,78 %)	7 / 1.386 (0,51 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 1.386 (0,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 1.386 (0,00 %)	0	0 / - (-)	0 / 1.386 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1.386 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1.386 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 1.386 (0,00 %)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	53 / 1.368 (3,87 %)	26	0 / 53 (0,00 %)	0 / 1.368 (0,00 %)	4 / 53 (7,55 %)	4 / 1.368 (0,29 %)	21 / 53 (39,62 %)	21 / 1.368 (1,54 %)	2 / 53 (3,77 %)	2 / 1.368 (0,15 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	4 / 1.631 (0,25 %)	0	0 / 4 (0,00 %)	0 / 1.631 (0,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 1.631 (0,06 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 1.631 (0,12 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 1.631 (0,06 %)

Im Verfahren QS DEK wurden im Erfassungsjahr 2021 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit geprüft. Es wurden 164 rechnerisch auffällige Ergebnisse (1,75 %; N: 9.400) festgestellt; davon 3 ohne QSEB-Übermittlung. Auf das Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 850359) entfällt mit 68 (42,24 %; N: 161) die Mehrzahl der übermittelten und als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnisse für alle 7 ausgewerteten Auffälligkeitskriterien. Insgesamt weisen 139 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf. Mehrfache rechnerische bzw. qualitative Auffälligkeiten bei Leistungserbringern sind selten (Tabelle 10).

Tabelle 10: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022)

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
121	14	4	65	6	2

Für 61 der 161 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet; dies entspricht 37,89 %. Im Fall von 100 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt (62,11 %; N: 161). Es fanden zudem ein Gespräch sowie eine Begehung statt; beide Maßnahmen erfolgten infolge rechnerischer Auffälligkeiten im Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 850359). Die zweithöchste Anzahl an als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnissen weist das Auffälligkeitskriterium „Unterdokumentation der Risikostatistik“ (ID 851806) mit 53 auf (32,92 %; N: 161).

Es wurden 83 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet; dies entspricht, bezogen auf die Gesamtzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, einem Anteil von 51,55 % (N: 161). Die Hälfte der qualitativ auffälligen Ergebnisse, bezogen auf alle betrachteten Auffälligkeitskriterien, entfällt mit 42 auf ID 850359 „Häufige Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (50,60 %). Bei insgesamt 68 als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnissen macht dies mit einem Anteil von 61,77 % zudem mehr als die Hälfte in diesem Auffälligkeitskriterium aus. Mit der Begründung „fehlerhaft/unvollständig bestätigte Dokumentation“ wurden insgesamt 41 der 42 Ergebnisse in diesem Auffälligkeitskriterium versehen. Bei einem Ergebnis lagen keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit vor. Die inhaltlichen Erläuterungen für eine Bewertung als qualitativ auffällig umfassen den alleinigen Einsatz von Risiko-Assessment-Skalen zur Risikoeinschätzung eines Dekubitus, die für den diagnostischen Prozess lediglich unterstützend verwendet werden sollten und die klinische Beurteilung der betroffenen Patientinnen und Patienten einschließlich der Hautinspektion der gefährdeten Bereiche nicht ersetzen könnten. Besonders kritisch wird hierbei die Braden-Skala

hervorgehoben, für die Validität und Reliabilität pflegewissenschaftlich nicht ausreichend nachgewiesen seien und deren Einsatz in der Praxis häufig nicht einheitlich erfolge.

Bei keinem der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse wurden Maßnahmenstufe 1 oder 2 eingeleitet.

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Verfahren QS DEK wurde zum Erfassungsjahr 2021 erstmalig das Stellungnahmeverfahren durchgeführt (Tabelle 11). Die Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sind Tabelle 12 zu entnehmen.

Von insgesamt 3.826 Indikatorergebnissen wurden 468 als rechnerisch auffällig bewertet (12,23 %); für eines hiervon (0,21 %) fand keine QSEB-Übermittlung statt. Insgesamt 383 Leistungserbringer weisen ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf. 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse weisen 75 und 3 oder mehr rechnerische Auffälligkeiten weisen 9 Leistungserbringer auf.

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. §17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.826	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	468	12,23
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,21
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	467	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	467	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	2,14
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	457	97,86
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	457	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,66
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,22
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,22

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	277	59,31
Bewertung als qualitativ auffällig	103	22,06
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	70	14,99
Sonstiges	6	1,28
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	32	n. a.
Maßnahmenstufe 2	2	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	95 / 1.913 (4,97 %)	10	1 / 95 (1,05 %)	1 / 1.913 (0,05 %)	38 / 95 (40,00 %)	38 / 1.913 (1,99 %)	35 / 95 (36,84 %)	35 / 1.913 (1,83 %)	7 / 95 (7,37 %)	7 / 1.913 (0,37 %)	4 / 95 (4,21 %)	4 / 1.913 (0,21 %)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	372 / 1.913 (19,45 %)	0	0 / 372 (0,00 %)	0 / 1.913 (0,00 %)	239 / 372 (64,25 %)	239 / 1.913 (12,49 %)	68 / 372 (18,28 %)	68 / 1.913 (3,55 %)	63 / 372 (16,94 %)	63 / 1.913 (3,29 %)	2 / 372 (0,54 %)	2 / 1.913 (0,10 %)

Für 457 der insgesamt 467 als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnisse wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (97,86 %), von denen eines noch nicht abgeschlossen wurde (0,22 %). Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich durchgeführt. Zudem erfolgte mit 3 Leistungserbringern ein Gespräch (0,66 %; N: 457) sowie einmal eine Begehung (0,22 %; N: 457). Kein Stellungnahmeverfahren wurde in 2,14 % der Fälle (n: 10; N: 467) eingeleitet; dies sämtlich bei rechnerischen Auffälligkeiten in ID 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“. Als Begründungen wurden die Zuordnungsproblematik durch Standortschließung bzw. -zusammenführung (einmal) sowie eine Konzentration im Stellungnahmeverfahren auf rechnerisch signifikante medizinische Auffälligkeiten (9-mal) angegeben.

Nach Abschluss der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurden 103 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (22,06 %; N: 467). Aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation war eine Bewertung bei 70 rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht möglich (14,99 %; N: 467). Sonstige Gründe einer Nichtbewertung wurden 6-mal vergeben (1,28 %; N: 467). Insgesamt 97 Leistungserbringer weisen 1 qualitativ auffälliges Ergebnis auf. 2 qualitativ auffällige Ergebnisse weisen 3 Leistungserbringer, 3 oder mehr qualitative Auffälligkeiten weist kein Leistungserbringer auf. Für sämtliche als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnisse wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. Für 32 von ihnen wurde Maßnahmenstufe 1 und für 2 Maßnahmenstufe 2 eingeleitet.

Als qualitativ unauffällig wurden 277 der übermittelten 467 rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingestuft (59,31 %). Bezogen auf alle bisher durchgeführten Stellungnahmeverfahren stellt dies einen Anteil von 60,61 % (N: 457) dar.

Mehrfache rechnerische bzw. qualitative Auffälligkeiten bei Leistungserbringern sind selten (Tabelle 13).

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022)

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥3 qual. Auffälligkeiten
419	24	0	97	3	0

Ein Großteil der insgesamt 467 übermittelten und als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnisse entfällt mit 372 (79,66 %) auf den Sentinel-Event-Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (ID 52010). Außer 372 schriftlich durchgeführten Stellungnahmeverfahren wurden aufgrund der rechnerisch auffälligen Bewertungen im ID 52010 2 Gespräche und eine Begehung durchgeführt. Die Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnisse beträgt 68; dies entspricht, gemessen an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Indikator, einem An-

teil von 18,28 %. Von diesen 68 qualitativ auffälligen Ergebnissen wurden 58,82 % (n: 40) mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel begründet, 20-mal (29,41 %) wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die qualitative Auffälligkeit genannt, und in 8 Fällen (11,77 %) wurde hierfür „Sonstiges“ angegeben.

Von den im QSEB übermittelten 467 rechnerisch auffälligen Ergebnissen entfallen 95 (20,34 %) auf ID 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“. Es wurden für sämtliche rechnerisch auffälligen Ergebnisse schriftliche Stellungnahmeverfahren sowie für ein Ergebnis zusätzlich ein Gespräch durchgeführt. Die Begründungen für eine Bewertung als qualitativ auffällig umfassen 23-mal Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (24,21 %; N: 95), 8-mal wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die qualitative Auffälligkeit genannt (8,42 %; N: 95), und bei 4 Ergebnissen wurde „Sonstiges“ als Grund der Bewertung angegeben (4,21 %; N: 95).

Eine Bewertung als qualitativ auffällig mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel wurde sowohl für ID 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ als auch für ID 52010 „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ inhaltlich wie folgt begründet: Die Risikoeinschätzung für das Entstehen eines Dekubitus bei der Patientenaufnahme inklusive der Hautinspektion erfolgt nicht immer zeitnah, ungenügend oder anhand nicht valider Assessments (ausschl. Verwendung der Braden-Skala). Eine wiederholte Risikoeinstufung erfolgt im Behandlungsverlauf entweder gar nicht oder in zu großen Zeitintervallen sowie mit inkonsequenter Umsetzung. Es wird ausgeführt, dass prophylaktische Maßnahmen gar nicht, zu spät oder unzureichend ergriffen wurden. Beim Personal bestehen zudem Unsicherheiten bezüglich einer korrekten Dekubitusklassifikation sowie bei der Abgrenzung eines Dekubitus von anderen Wunden und im korrekten Befüllen der Formulare für die externe Qualitätssicherung. Des Weiteren werden Fehler in der Dekubitusdokumentation und der Pflegeplanung aufgeführt. Mängel bestehen außerdem in der Anpassung der Anforderungen des Expertenstandards an besondere Erfordernisse der jeweiligen Fachrichtung, insbesondere in der Psychiatrie sowie in der Neurologie-Frührehabilitation. Es wird ferner über fehlende Positionierungsmaterialien im OP berichtet.

Die Mehrheit der als qualitativ unauffällig bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten wird, bezogen auf alle 467 rechnerisch auffälligen Ergebnisse beider Indikatoren des Verfahrens in ID 52010 „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“, mit Einzelfällen (n: 133; N: 467; 28,48 %) begründet, wohingegen Einzelfälle im ID 52009 „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ 14-mal aufgeführt werden (3,00 %; N: 467).

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 11 (QS DEK) § 2 Abs. 4 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Wie diese abschließende Bewertung des Verfahrens gestaltet werden soll, ist in den Tragen den Gründen lediglich cursorisch aufgeführt. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem IQTIG noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2026 effizient nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen empfohlen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anpassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die LAG auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Prozesse des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 6 der insgesamt 16 LAG² die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Inhaltliche Rückmeldungen zum QS DEK haben 3 LAG³ gegeben. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet und werden nachfolgend dargestellt.

Das Verfahren QS DEK befindet sich derzeit gemäß dem Beschluss des G-BA zur „Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren“ vom 19. Januar 2023 in der Prüfung (G-BA 2023). Die Rückmeldungen der LAG bilden inhaltlich Themen ab, die bereits seit Jahren aus den Bundesländern benannt werden; diese wurden im Expertengremium Dekubitusprophylaxe auf Bundesebene wiederholt besprochen.

Aufgeführt wird die fehlende Übereinstimmung der DIMDI-Kategorien/Stadien (BfArM) gegenüber den von den Leistungserbringern im Alltag oftmals gebrauchten NPUAP/EPUAP-Kategorien/Stadien, wodurch Unsicherheiten und Probleme beim Kodieren der Kategorien/Stadien „Tiefe unbekannt“ und „Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“ entstünden. Nachdem das IQTIG in den vergangenen Jahren wiederholt den Antrag zur Einführung eines Codes für die „Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“ beim BfArM eingereicht hatte, wurde 2023 der Antrag von einem Mitglied des Expertengremiums Dekubitusprophylaxe auf Bundesebene im Rahmen seiner Institution gestellt. Zu den quartalsweisen Rückmeldeberichten, in denen aufgrund der noch nicht zur Verfügung stehenden Risikostatistik keine QI-Berechnungen möglich seien, wurde angemerkt, dass dadurch das unterjährige Monitoring bzw. die Nachbeobachtung durch die Fachkommission bzw. die LAG erschwert werde. Bisher könnten die Rückmeldeberichte lediglich gewährleisten, dass anhand des abgebildeten Datenbankstands eine erfolgreiche Übermittlung der Daten an die Bundesauswertungsstelle stattgefunden habe. Einen weiteren Punkt stellt der Sachverhalt dar, dass es keine spezifische Zuordnung der Dekubitalulcera zu einem Standort gebe, da deren Erfassung auf IK-Ebene erfolge. Ein Dekubitus werde somit oft nicht dem Standort zugerechnet, der ihn zu verantworten habe. Das IQTIG weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es sich hierbei um Dekubitalulcera bei Fallzusammenführung handelt, diese Problematik bekannt ist, jedoch aktuell nicht zu lösen ist. Die Aufarbeitung dieser Fälle ist im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens möglich. Zudem wurde Bezug darauf genommen, dass Qualitätsindikatoren mit Bezug zur Sollstatistik und damit auch ID 52009 und 52010 nicht in der mandantenfähigen Datenbank dargestellt würden, was das Stellungnahmeverfahren erheblich erschwere. Bei Rückfragen der Fachkommission oder der Leistungserbringer seien die LAG dadurch nicht auskunftsfähig.

² Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg, Bremen, Sachsen, Nordrhein-Westfalen (Westfalen-Lippe) und Bayern haben den Evaluationsfragebogen übermittelt.

³ Baden-Württemberg, Sachsen, Nordrhein-Westfalen (WL) und Bayern

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 weiterhin wenig Veränderung zu beobachten. Die Ergebnisse sowohl der Strukturierten Dialoge bis zum Erfassungsjahr 2020 als auch des Stellungnahmeverfahrens des Erfassungsjahrs 2021 zeigen hingegen eine differenziertere Situation auf: Unter den aus den Ländern 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 grundsätzlich vorhandenen Engagements der Pflegenden zur Dekubitusprophylaxe stehen die aktuellen Rahmenbedingungen in der Pflege gegenüber.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG, die QS-Verfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht ist dem G-BA bis zum 15. März 2024 vorzulegen. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

Literatur

BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte]; Hrsg. (2020): ICD-10-GM. Version 2021. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification [Referenzfassung]. Stand: 18.09.2020 mit Aktualisierung vom 11.11.2020. Köln: BfArM URL: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/vorgaenger/icd10gm2021_zip.html [Download > Zip-Archiv > icd10gm2021syst_referenz_20200918_20201111.pdf] (abgerufen am: 04.08.2023).

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.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 10.07.2023).

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 14: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollzählige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022)- DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	19 / 68 (27,94 %)	49 / 68 (72,06 %)	1 / 68 (1,47 %)	1 / 68 (1,47 %)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	15 / 27 (55,56 %)	12 / 27 (44,44 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1 / 9 (11,11 %)	8 / 9 (88,89 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	26 / 53 (49,06 %)	27 / 53 (50,94 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	0 / 4 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022)- DEK

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	10 / 95 (10,53 %)	85 / 95 (89,47 %)	1 / 95 (1,05 %)	0 / 95 (0,00 %)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	0 / 372 (0,00 %)	372 / 372 (100,00 %)	2 / 372 (0,54 %)	1 / 372 (0,27 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 17: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvollständige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	68	41 / 68 (60,29 %)	1 / 68 (1,47 %)	0 / 68 (0,00 %)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	27	9 / 27 (33,33 %)	1 / 27 (3,70 %)	1 / 27 (3,70 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvollständige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit					
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	9	6 / 9 (66,67 %)	1 / 9 (11,11 %)	0 / 9 (0,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	53	20 / 53 (37,74 %)	1 / 53 (1,89 %)	0 / 53 (0,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	4	0 / 4 (0,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	0 / 4 (0,00 %)

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022)– DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewer- tung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	A70	<p>Der Einsatz von Risiko-Assessment Skalen als Ergänzung der klinischen Beurteilung wird zwar mehrheitlich empfohlen (BABEZH, 2010, DNQP, 2017), jedoch ist die alleinige Anwendung von Skalen zur Beurteilung des Dekubitusrisikos nicht ausreichend (BABEZH, 2010, DNQP, 2017). Risiko-Assessment Skalen sollten für den diagnostischen Prozess nur unterstützend eingesetzt werden und nicht die pflegfachliche klinische Beurteilung ersetzen (NICE 2001, Hampton, & Collins 2005, NPUAP, EPUAP PPPI, 2014, DNQP 2017). Die Bradenskala wird häufig als Assessmentinstrument zur Beurteilung des Dekubitusrisikos verwendet (BABEZH, 2010). Obwohl die Skala wichtige Risiken der Dekubitus-Entstehung beinhaltet, ist ihre Validität und Reliabilität pflegewissenschaftlich nicht ausreichend nachgewiesen. Weiterhin zeigen Studienergebnisse, dass die Anwendung der Bradenskala in der Praxis häufig nicht einheitlich erfolgt (DNQP, 2017). Den Empfehlungen ist zu entnehmen, dass die alleinige Anwendung einer Risikoskala nicht ausreichend ist und in jedem Fall eine klinische Beurteilung des Patienten/ der Patientin vorzunehmen ist, die auch eine Inspektion der Haut im Bereich der gefährdeten Bereiche beinhaltet (BABEZH, 2010, DNQP, 2017). (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. (2x berichtet)</p>
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	A99	Strukturelles Problem und das angegebene Tool, welches angeschafft wird, ist ein Tool zur Erstellung u.a. der Risikostatistik, aber kein QS-Monitor (1x berichtet)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	A70	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. (1x berichtet)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	A70	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. (3x berichtet)

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	95	23 / 95 (24,21 %)	8 / 95 (8,42 %)	4 / 95 (4,21 %)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	372	40 / 372 (10,75 %)	20 / 372 (5,38 %)	8 / 372 (2,15 %)

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - DEK

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
52009	Stationär erworbener Deku- bitalulcus (ohne Deku- bitalulcera Grad/Kategorie 1)	A71	<p>Behebung der häufig fehlenden Dokumentation nicht bekannt. (1x berichtet)</p> <p>Die Analyse/Stellungnahme hat folgendes gezeigt: Kein strukturierter Dokumentationsprozess für die Erfassung der Dekubitusprophylaxe und Therapie. Unsicherheit des Personals über den Dokumentationsort und über Inhalte Korrektes Befüllen der Formulare für die Externe QS Schulungsbedarf in unterschiedlichen Bereichen: (Risikoerfassung, Dekubitusdokumentation, Wunde --Differentialdiagnosen - usw.) Die Maßnahmenplanung ist dazu stimmig (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission begrüßt die ergriffenen Maßnahmen zum verbesserten Meldewesen. Die Fachkommission sieht den- noch Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel hinsichtlich der Erkennung und korrekten Klassifizierung von Deku- bitalulcera und sieht hier noch Verbesserungspotenzial beim zuständigen Pflegepersonal. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission erkennt an, dass die Klinik aufgrund des klinischen Schwerpunkts besondere Herausforderungen hat. Dennoch gilt es die Anforderungen gemäß Expertenstandard an die besonderen Erfordernisse der jeweiligen Fachrichtung (hier Psychiatrie, Neuro-Frühreha) entsprechend anzupassen (Assessment, Pflegeplanung und Interventionen) und in den klinikinternen Strukturen und Prozessen zu integrieren. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission schätzt ein, dass das beschriebene Managementkonzept zur Dekubitusprophylaxe geeignet ist, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht anhaltende Struktur- und Prozessmängel. Mit der Klinik fanden in den vergangenen Jahren mehrfach Kollegialgespräche statt und konkrete Verbesserungspotenziale und -maßnahmen wurden in Form von Zielver- einbarungen festgehalten. Trotz intensiver Bemühungen der Fachkommission sind bisher keine Verbesserungstendenzen erkennbar. (1x berichtet)</p> <p>Die mitgesendeten Unterlagen bzgl. Konzept Dekubitusprophylaxe entsprechen nicht dem Expertenstandard Dekubituspro- phylaxe DNQP, 2017. Laut dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege sollte nicht mehr als 8 Stunden zwi- schen Aufnahme und Risikoassessment liegen. Die Fachkommission merkt an, dass in der Risikoeinschätzung und Hautin- spektion Auffälligkeiten vorliegen, da diese teils zu spät, nicht kontinuierlich durchgeführt wurden. Die Bradenskala wird häufig als Assessmentinstrument zur Beurteilung des Dekubitusrisikos verwendet (BABEZH, 2010). Obwohl die Skala wich- tige Risiken der Dekubitus-Entstehung beinhaltet, ist ihre Validität und Reliabilität pflegewissenschaftlich nicht ausreichend nachgewiesen. Weiterhin zeigen Studienergebnisse, dass die Anwendung der Bradenskala in der Praxis häufig nicht einheit-</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>lich erfolgt (DNQP, 2017). Den Empfehlungen ist zu entnehmen, dass die alleinige Anwendung einer Risikoskala nicht ausreichend ist und in jedem Fall eine klinische Beurteilung des Patienten/ der Patientin vorzunehmen ist, die auch eine Inspektion der Haut im Bereich der gefährdeten Bereiche beinhaltet (BABEZH, 2010, DNQP, 2017). (1x berichtet)</p> <p>Es sind zuviele Fersen-Dekubiti aufgetreten. Die Prävention "Fersenfreilagerung" scheint nicht konsequent durchgeführt zu werden. (1x berichtet)</p> <p>Fehlende Positionierungsmaterialien im OP, wurden jetzt aber eingeführt (1x berichtet)</p> <p>Gemäß Stellungnahme bestehen Prozessmängel in Form einer unzureichenden Pflegeüberleitung. (1x berichtet)</p> <p>Hohe Dekubituszahl. Prävention inkomplett (1x berichtet)</p> <p>Keine Patientendokumentation eingereicht (1x berichtet)</p> <p>Kollegiales Gespräch mit dem Leistungserbringer noch im Rahmen der QSKH-RL. Dort Besprechung und Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung des Ergebnisses. Aufgrund des zeitlichen Ablaufs, können die Maßnahmen für die Daten 2021 noch nicht greifen. Das Ergebnis bleibt damit aber qualitativ auffällig. Der Leistungserbringer beschäftigt einen Wundmanager. Konkrete Gründe für die Auffälligkeit sind u.a. ein besonderer Patientenmix mit v.a. gerontopsychiatrischen Patienten mit fehlender Compliance und hoher Multimorbidität. Es existieren Verfahrensanweisungen zu Assessment bei Patientenaufnahme und Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe. Es finden Mitarbeiterschulungen statt. (1x berichtet)</p> <p>Offensichtlich Probleme bei der OP-Lagerung bei Knie-TEPs. Mit der Bearbeitung wurde begonnen (1x berichtet)</p> <p>Prophylaktische Maßnahmen nicht ausreichend umgesetzt. Dokumentationsdefizite bei den Risikofaktoren und Defizite bei der Einschätzung des Dekubitus. (1x berichtet)</p> <p>Standard Dekubitusprophylaxe des LE entspricht nicht dem aktuellen Stand. Keine konsequente Umsetzung erforderlicher, prophylaktischer Maßnahmen. (2x berichtet)</p> <p>Vollständig fehlende Dokumentation. Es ist nicht klar, welche Maßnahmen ergriffen wurde. Zudem häufige Fehldokumentation und viele Fälle. (1x berichtet)</p> <p>Wurden im Detail von der Klinik beschrieben (1x berichtet)</p> <p>Zielformulierung der Fachkommission zum Erfassungsjahr 2022 (1x berichtet)</p> <p>Zur Einschätzung der Dekubitusgefährdung ist die Braden-Skala allein nicht ausreichend. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			Zwischen der Beurteilung von ärztlicher und pflegerischer Seite gibt es in einem Fall Diskrepanzen (1x berichtet) wird in der Stellungnahme klar dargestellt, Prozess Überleitung zwischen einzelnen Häusern ist nicht eindeutig, Wenig Klarheit über Dokumentation, usw. (1x berichtet)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	A72	Um die rechnerische Auffälligkeit im QI 52009 beurteilen zu können, hätte sich die Fachkommission eine detailliertere Begründung gewünscht. Insbesondere wären Angaben zum Aufnahmegrund, Alter der Patienten, Vorerkrankungen und Risikofaktoren, AZ und Compliance, Lokalisation und Ausprägungs-Grad der Dekubitusulcerationen, Verweildauer und ggf. Art der Entlassung hilfreich und notwendig gewesen. Die FK DEK wird für das nächste Jahr einen Anforderungskatalog zu den Anfragen erstellen. (1x berichtet)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	A99	Die Fachkommission würdigt ausdrücklich die eingeleiteten Maßnahmen im Rahmen der getroffenen Zielvereinbarung zum Kollegialgespräch in 2021. Eine Besserungstendenz ist erkennbar. Noch bestehende Struktur- und Prozessmängel werden von der Klinik angemessen adressiert - es ist allerdings nachvollziehbar, dass die weitreichenden Verbesserungsmaßnahmen/Veränderungsprozesse Zeit brauchen, um ihre volle Wirkung entfalten zu können. (1x berichtet) Keine Patientendokumentation eingereicht (1x berichtet) Möglicher Strukturmangel gemäß Expertenstandard: Wissen zu druckentlastenden und die Eigenbewegung fördernden Maßnahmen sowie die Kompetenz, die Notwendigkeit und die Eignung druckverteiler und -entlastender Hilfsmittel zu beurteilen und diese zielgerichtet einzusetzen ist womöglich nicht umfassend vorhanden. Die Einrichtung stellt vermutlich nicht sicher, dass dem Risiko des Patienten/Bewohners entsprechende Wechseldruck- und Weichlagerungssysteme unverzüglich und nicht erst nach Entstehung des Dekubitus zugänglich sind. (1x berichtet) Struktur- und Prozessmängel bereits erkannt, ebenso deutliche Dokumentationsmängel, (1x berichtet)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	A71	Anpassung der Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe entsprechend dem geänderten Risiko im Verlauf erforderlich (1x berichtet) Dekubitusrisiko nicht ermittelt, keine ausreichende Prophylaxe vorgenommen und Dokumentationsdefizite. Das Krankenhaus hat mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen. (1x berichtet) Der Stellungnahme war, neben Fehldokumentationen, eine verbesserungsbedürftige Risikoeinschätzung zu entnehmen. Zudem wurden Schnittstellenprobleme identifiziert. Das Krankenhaus wird gebeten, entsprechende Mitarbeiterschulungen

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>zur Risikoeinschätzung und der Dokumentation zu veranlassen sowie die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu verbessern. (1x berichtet)</p> <p>Der aktuelle Expertenstandard ist in beiden vorgestellten Fällen nicht sach- und fachgerecht angewendet worden (1x berichtet)</p> <p>Die Darstellung lässt folgende Schlüsse zu: Es gibt keinen strukturierten Prozess für den Einsatz von Antidekubitussystemen Es gibt Wissensdefizite für den Einsatz der Antidekubitussysteme. Inkontinenzmanagement ist nicht nachvollziehbar, Inkontinenz begünstigt Dekubitusbildung, verursacht sie aber nicht allein. Unklar, welche Positionierungshilfsmittel im Sitzen verwendet wurden. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (2x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel hinsichtlich der fachlich korrekten Klassifikation und Kodierung von Dekubitalulcera. Die pflegerischen Interventionen sind sehr allgemein formuliert und nicht auf die individuellen Patientenbedarfe fokussiert. Die individuelle Pflegeplanung wird anhand der Fallanalysen nicht deutlich. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht anhaltende Struktur- und Prozessmängel. Mit der Klinik fanden in den vergangenen Jahren mehrfach Kollegialgespräche statt und konkrete Verbesserungspotenziale und -maßnahmen wurden in Form von Zielvereinbarungen festgehalten. Trotz intensiver Bemühungen der Fachkommission sind bisher keine Verbesserungstendenzen erkennbar. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission übermittelte einen ausführlichen Kommentar zur Bewertung. Sie beobachtet die Entwicklung im Folgejahr. (1x berichtet)</p> <p>Die Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe erfolgt nicht umfassend. (1x berichtet)</p> <p>Die eingeleiteten Maßnahmen sind noch nicht umfänglich umgesetzt (1x berichtet)</p> <p>Ein erhöhtes Dekubitusrisiko wurde bei Aufnahme festgestellt, aber es wurden keine einschlägigen Maßnahmen eingeleitet (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Eingereichte Dokumente der Wunddokumentation enthalten nicht die Kriterien des DNQP Standard Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, die dokumentierten Prophylaxemaßnahmen unzureichend (1x berichtet)</p> <p>Einleitung weiterer Maßnahmen gemäß § 17 Abs. 3. Zeitlicher Verlauf der Entstehung der Dekubitalulcera und daraus abgeleitete pflegerische Maßnahmen nicht nachvollziehbar. Prophylaxemaßnahmen im Rahmen des Dekubitusmanagements ebenso nicht nachvollziehbar. teilweise fehlerhafte und nicht vollständige Dokumentation (1x berichtet)</p> <p>Ersteinschätzung des Dekubitusrisikos bei Aufnahme: Kein Risiko vorhanden. Keine weitere Beurteilung der Situation nach Veränderung der Risikosituation. Keine Maßnahmen zur Prophylaxe erkennbar, ein Sitzkissen wird erst nach Nekrosektomie und Teilresektion des os coccygis bestellt und zur Verfügung gestellt. Eine fachgerechte Wundbeschreibung und Angaben zum Wundverlauf sind nicht vorhanden. Die Angaben zum Grad des Dekubitus sind auch nach der OP auf der versorgenden Station nicht mit dem OP-Bericht in Einklang zu bringen (Grad II bis III vs. Kategorie IV). (1x berichtet)</p> <p>Es bestehen Mängel in der Gesamtdokumentation im Rahmen der Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe. (1x berichtet)</p> <p>Es bestehen Mängel in der Risikoeinschätzung und Gesamtdokumentation im Rahmen der Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe. (1x berichtet)</p> <p>Es bestehen im vorliegenden Fall Lagerungs- (keine zeitnahe Lagerung auf Wechsellagersystem) und Mobilisierungsmängel im Rahmen der Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe. (1x berichtet)</p> <p>Es fehlt die Dokumentation der Hilfsmittel bei Fall 5704201. Es fehlt die Dokumentation zum Hausstandard der Lagerungsmittel bei Fall 5981101 (1x berichtet)</p> <p>Es scheint Schwierigkeiten in Ihrer Einrichtung zu geben, die eigenen festgelegten Prozesse umzusetzen, die Risikoeinschätzung ist nicht regelmäßig erfolgt und es liegt ein Strukturmangel im Risikoassessment vor. (1x berichtet)</p> <p>Es sind zu viele Fersen-Dekubiti aufgetreten. Die Prävention "Fersenfreilagerung" scheint nicht konsequent durchgeführt zu werden. (1x berichtet)</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass für die Einschätzung der Dekubitusgefährdung die Braden-Skala allein nicht ausreichend ist. (1x berichtet)</p> <p>Fachkommission sieht strukturelle Mängel. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>Gemäß Stellungnahme lag eine Fehleinschätzung des Dekubitus-Risikos vor. Die Fachkommission sieht demnach Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel hinsichtlich der Einschätzung des Risikos und der anschließenden Planung und Durchführung von Maßnahmen. (1x berichtet)</p> <p>Gängige und gültige Pflegestandards finden bislang nicht durchgängig Beachtung. (1x berichtet)</p> <p>Keine Dokumentation eingereicht (1x berichtet)</p> <p>Keine nachvollziehbare Dokumentation eingereicht (1x berichtet)</p> <p>Klärung im Kollegialen Gespräch (1x berichtet)</p> <p>Maßnahmen zur Behebung von Defiziten der pflegerischen Dokumentation sind umzusetzen (1x berichtet)</p> <p>Prophylaktische Maßnahmen nicht ausreichend umgesetzt und einzelne Dokumentationsdefizite. Das Krankenhaus hat mit Maßnahmen zur Behebung des Problems begonnen. (1x berichtet)</p> <p>Risikoeinschätzung zu spät erfolgt, Prophylaxe-Maßnahmen zu spät ergriffen, unzureichende Dokumentation. (1x berichtet)</p> <p>Risikoeinschätzung zu spät erfolgt, die prophylaktischen Maßnahmen wurden zu spät ergriffen. (1x berichtet)</p> <p>Risikoeinschätzung zu spät und in zu großen Zeitintervallen erfolgt, Maßnahmen zur Prophylaxe nicht adäquat und ebenfalls zu spät (Gelmatten nicht geeignet). (1x berichtet)</p> <p>Umsetzung des Expertenstandards nicht ersichtlich, prophylaktische Maßnahmen zu spät ergriffen, Aufarbeitung der Dekubitusfälle findet nicht zeitnah statt (1x berichtet)</p> <p>Unzureichende Falldarstellung, Bewegungspläne fehlen, Pflegeprozess incl. Evaluation nicht nachvollziehbar (1x berichtet)</p> <p>Unzureichende Risikoeinschätzung in zu großen Zeitintervallen, Prophylaxe-Maßnahmen zu spät. (1x berichtet)</p> <p>Zielvereinbarung in Umsetzung, weiterführende Unterlagen fehlen. (1x berichtet)</p> <p>keine umfassende Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Grad/Kategorie 4	A72	<p>Die Fachkommission weist darauf hin, dass die geschilderte Grunderkrankung keinen ausreichenden Grund für die unzu- reichende Umsetzung von Dekubitusprophylaxemaßnahmen darstellt. (2x berichtet)</p> <p>Die abgegebene Stellungnahme ist in Inhalt und Umfang nicht ausreichend. (1x berichtet)</p> <p>Pflegerischer Aspekt fehlt in den dargestellten Epikrisen. Keine ausreichenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. (1x berichtet)</p> <p>Rückfrage (1x berichtet)</p>
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Grad/Kategorie 4	A99	<p>1. Epikrise 2. Risikoeinschätzung und ggf. ergriffene Maßnahmen zu Beginn der stationären Aufnahme und unmittelbar vor dem Zeitpunkt der Entstehung des Dekubitalulcus 3. Auflistung der Hilfsmittel und Erläuterung zu welchem Zeitpunkt die einzelnen Hilfsmittel eingesetzt wurden 4. Vollständige Wunddokumentation und die dazugehörige Pflegedokumentation mit dem Beginn des Auftretens des Dekubitalulcus und im weiteren Verlauf. (1x berichtet)</p> <p>2021001589: keine Angabe von Kat. IV Dekubitus ersichtlich 2021005173: keine Angabe, warum keine prophylaktischen Maß- nahmen vor der OP unmittelbar nach Aufnahme durchgeführt wurden Keine Angaben zu Veränderungen der Prozesse. Aber vermutlich schicksalshafte Entwicklung. (1x berichtet)</p> <p>Das Sentinel Event wurde bei 2 Patienten augenscheinlich über Fehler in der Dokumentation generiert. beide Patienten wur- den laut Unterlagen bereits mit Dekubitus aufgenommen, was aber nicht so kodiert wurde. Es liegen keine Unterlagen über Für den 3. Patienten fehlen sämtliche Unterlagen, bitte nachreichen (1x berichtet)</p> <p>Der Dekubitus kann innerhalb eines Zeitrahmens von 2 Tagen entstehen und kann aufgrund der fehlenden, bzw. nicht ausrei- chend hochgeladenen Unterlagen im ersten Fall nicht durch die Fachkommission beurteilt werden. (1x berichtet)</p> <p>Der Dekubitus wurde bei Aufnahme nicht dokumentiert. -Der zur Verfügung gestellte Pflegestandard zur Dekubitusprophy- laxe und -therapie ist sehr umfangreich, im konkreten Fall ist er jedoch nicht umgesetzt worden. (1x berichtet)</p> <p>Dokumentationsproblem (1x berichtet)</p> <p>Unzureichende Falldarstellung (1x berichtet)</p> <p>It. Wunddokumentation ein Dek. Grad III (1x berichtet)</p>

Tabelle 21: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022)- DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	68	4 / 68 (5,88 %)	2 / 68 (2,94 %)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	27	0 / 27 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	9	0 / 9 (0,00 %)	1 / 9 (11,11 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)	0 / - (-)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	53	4 / 53 (7,55 %)	0 / 53 (0,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	4	1 / 4 (25,00 %)	0 / 4 (0,00 %)

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022)– DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	U99	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (2x berichtet)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	U99	Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (1x berichtet)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	U60	Gemäß Stellungnahme sind die Fälle gemäß Risikostatistik und gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik übereinstimmend (=244 Fälle). Die Berechnung des QI hingegen schließt im Zähler allerdings die Überlieger aus dem Vorjahr aus. (1x berichtet)

Tabelle 23: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – DEK

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	95	7 / 95 (7,37 %)	14 / 95 (14,74 %)	11 / 95 (11,58 %)	6 / 95 (6,32 %)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	372	28 / 372 (7,53 %)	133 / 372 (35,75 %)	72 / 372 (19,35 %)	6 / 372 (1,61 %)

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - DEK

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	U61	<p>Aufgrund der psychiatrischen Grunderkrankung waren präventive Maßnahmen nur punktuell möglich oder nahezu ausgeschlossen. (1x berichtet)</p> <p>Besondere Situation des Krankenhauses (Gerontopsychiatrischer Schwerpunkt) (1x berichtet)</p> <p>Es handelt sich um ein Level 1 Krankenhaus und die Dekubitus entstanden überwiegend auf der Intensivstation. (2x berichtet)</p> <p>Es liegt eine besondere klinische Situation aufgrund risikobehaftetem Patientenklintel vor. Es existiert bereits ein gutes Schulungskonzept. (2x berichtet)</p> <p>Hochrisikopatienten mit z.B. Endokarditis mit operativer Ersatz der Aortenprothese mit postoperativen Nierenversagen Zustand nach Reanimation respiratorische Globalinsuffizienz, Beatmung septischer kardiogener Schock und weiteren Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Adipositas (1x berichtet)</p>
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	U62	Vielen Dank für die Einladung, die Fachkommission sieht aktuell jedoch keinen Anlass eine Begehung durchzuführen. (1x berichtet)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	U99	<p>Abgegebene Unterlagen lassen eine Prozessverbesserung auf unterschiedlichen Ebenen erkennen. (1x berichtet)</p> <p>E-Wert relevante Dokumentation der Risikofaktoren nicht durchgängig erfasst (3x berichtet)</p> <p>gut aufgearbeitete und reflektierte Einzelfallanalyse, bei Ausprägung in diesem Setting kann die Auffälligkeit vorkommen. (1x berichtet)</p> <p>klinikinterne Besonderheiten erklären das rechnerisch auffällige Ergebnis (1x berichtet)</p>
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	U61	<p>1. Hochaltigkeit und Multimorbidität bei Aufnahme 2. Bei täglicher Hämodialysetherapie (extern) ist die Durchführung der Körperpositionswechsel und anderer prophylaktischer Maßnahmen während Dialyse extern nicht im Verantwortungsbereich des KH, Durchschnittlicher Aufenthalt in der Dialyse 5 Stunden (1x berichtet)</p> <p>3/22259 Fällen, 3x Fehldokumentation (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>5/49218 Fällen stark vorerkrankte Patienten, Intensivtherapie, septischer Schock, kardiogener Schock, teils Incompliance des Patienten oder Einschränkung der Lagerungsmöglichkeiten (osteolytische WS-Frakturen). (1x berichtet)</p> <p>6/26384 Fällen 3x noncompliant, 1x Dekubitus an der Nase durch Nasenmaske (wurde ersetzt durch Full-Face-Maske), 2x Adipositas, Patienten waren u.a. an der ECMO, Septischer Schock, Dialyse, CPR. (1x berichtet)</p> <p>Adipositas, Katecholaminpflichtigkeit (1x berichtet)</p> <p>Aufgrund der Gesamtsituation des Patienten war die Entstehung des Dekubitus und dessen Verlauf nicht zu verhindern. (1x berichtet)</p> <p>Ausgeprägte Morbidität, komplexer Krankheitsverlauf. (1x berichtet)</p> <p>Beide Vorgänge zeigen schwerste Krankheitsverläufe. (1x berichtet)</p> <p>Dekubitusentdeckung bei Wundversorgung unter Gips-Verband (1x berichtet)</p> <p>Für die Behandlung sind keine Alternativen vorhanden (1x berichtet)</p> <p>Hemiplegie, Zustand nach Reanimation. Dokumentation ist gut. (1x berichtet)</p> <p>Hohe Morbidität mit komplexen Krankheitsverläufen und ausgeprägten intensivmedizinischer Behandlung. Behandlung, soweit aus dem Kommentar ableitbar bei fehlender weiterer Dokumentation, nach State of the Arts. Detaillierte Informationen fehlen aber. (1x berichtet)</p> <p>Hämodynamische Instabilität bei Positionierungen (1x berichtet)</p> <p>Individuelle Fallschwere (1x berichtet)</p> <p>Komplikationsreicher Krankheitsverlauf, Prophylaktische Maßnahmen wurden nachvollziehbar eingeleitet (1x berichtet)</p> <p>Multimorbider Patient mit schwerem Krankheitsverlauf. (1x berichtet)</p> <p>Multimorbider Patient, der schon in einem sehr schlechten Allgemeinzustand eingeliefert wurde. (1x berichtet)</p> <p>Schwere Krankheitsverläufe, mangelnde Compliance des Patienten (1x berichtet)</p> <p>Schwerer Krankheitsverlauf (2x berichtet)</p> <p>Schwerer Krankheitsverlauf diverse Risikofaktoren-Beatmung, Adipositas, Delir etc. (1x berichtet)</p> <p>Umfangreiche Maßnahmen zur Prophylaxe nachgewiesen (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			<p>Verbesserungspotential bei den Prophylaxemaßnahmen (1x berichtet)</p> <p>aufgrund der Gabe von Hochdosiskatecholaminen, der eingeschränkten Positionierungsmöglichkeiten und des rapiden Krankheitsverlaufs (Coronainfektion) war der Dekubitus nicht zu vermeiden. (1x berichtet)</p> <p>gut aufbereitet (1x berichtet)</p> <p>schwere Krankheitsverläufe (1x berichtet)</p> <p>schwerer Krankheitsverlauf (2x berichtet)</p>
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Grad/Kategorie 4	U62	<p>Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass die beschriebenen Risikofaktoren wie eingeschränkte Mobilität, postoperatives Delir, geringe Compliance und Adipositas die Lagerungsversuche und Mobilisierung des Patienten erschwerten. Zudem wurde bereits bei Aufnahme eine leichte Rötung beschrieben. Das Krankenhaus wird seitens der Fachkommission gebeten, ein besonderes Augenmerk auf die Dekubitusprophylaxe und die Dokumentation zu legen. (1x berichtet)</p>
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Grad/Kategorie 4	U63	<p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich z. T. auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden. Ebenso empfiehlt die Fachkommission eine Überprüfung der DEK-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle. (2x berichtet)</p> <p>Unter Bezugnahme auf den Hinweis in der Stellungnahme, dass die Abweichung vom Referenzbereich z.T. auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, bittet die Fachkommission verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden. Ebenso empfiehlt die Fachkommission eine Überprüfung der DEK-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle. Das Krankenhaus wird zudem darum gebeten, Schulungen hinsichtlich der Risikoeinschätzung durchzuführen. (1x berichtet)</p>
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Grad/Kategorie 4	U99	<p>Aufgrund der erstmaligen Auffälligkeit wertet die Fachkommission das Ergebnis als qualitativ unauffällig. Aus der Stellungnahme geht allerdings nicht hervor, ob eine individuelle Risikoeinschätzung erfolgt ist. Aus Sicht der Fachkommission ist gerade bei Intensivpatienten eine engmaschige Kontrolle der Fersen zu empfehlen. (1x berichtet)</p> <p>Dekubitus bereits bei Aufnahme vorhanden, therapiebedingt jedoch erst später gesehen (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Der Krankheitsverlauf lässt vermuten, dass der Dekubitus anhand pflegerisch-medizinischer Maßnahmen nicht zu verhindern war. (1x berichtet)</p> <p>Direkt eingesetztes Matratzensystem/Lagerungsplan, etc. vorhanden. (1x berichtet)</p> <p>Intervalle der Evaluation von durchgeführten Maßnahmen sind zu hinterfragen - hätte möglicherweise zu der Entscheidung geführt, den Einsatz einer Wechseldruckmatratze zu einem früheren Zeitpunkt durchzuführen (1x berichtet)</p> <p>Per se ist eine Nekrose als Dekubitus Grad III zu werten, der ICD sagt, falls die Tiefe nicht erkennbar ist, ist der niedrigere Grad zu kodieren. (1x berichtet)</p>

Tabelle 25: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	68	1 / 68 (1,47 %)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	27	1 / 27 (3,70 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	9	0 / 9 (0,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	53	2 / 53 (3,77 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	4	1 / 4 (25,00 %)

Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	S99	Die Dokumentation ist zu spät erfolgt. Es liegt eine Schnittstellenproblematik vor. (1x berichtet)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	S99	fehlerhafte Dokumentation der Risikostatistik durch unterjährige Softwareumstellung (1x berichtet)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	S99	fehlerhafte Dokumentation der Risikostatistik durch Softwareprobleme (2x berichtet)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	S99	Softwarefehler hat die Überdokumentation verursacht (1x berichtet)

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – DEK

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	95	7 / 95 (7,37 %)	0 / 95 (0,00 %)	4 / 95 (4,21 %)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	372	63 / 372 (16,94 %)	0 / 372 (0,00 %)	2 / 372 (0,54 %)

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – DEK

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	D80 / S80	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, da bereits bei der Aufnahme ein Dekubitus vorlag. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden. Ebenso empfiehlt die Fachkommission eine Überprüfung der DEK-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle. (1x berichtet)
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	S99	Ausführungen zu individuellen Maßnahmen in Bezug zur Risikoeinschätzung und zum Befund des Dekubitus fehlen (1x berichtet) Die Arbeitsgruppe schätzt ein, dass das beschriebene Managementkonzept zur Dekubitusprophylaxe geeignet ist, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. (1x berichtet) Konzept zur Verbesserung der Ergebnisse wurde erstellt. (1x berichtet) korrekte Dokumentation erforderlich (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Grad/Kategorie 4	D80 / S80	<p>Bei allen Fällen liegt entweder eine fehlerhafte Gradeinteilung des Dekubitus oder ein bereits bei Aufnahme bekannter Dekubitus dem rechnerisch auffälligen Ergebnis zugrunde. Die Schulung der Mitarbeitenden wird dringend empfohlen. (2x berichtet)</p> <p>Bereits bei Aufnahme bekannter Dekubitus. Die Schulung der Mitarbeitenden zur korrekten Dokumentation wird dringend empfohlen. (1x berichtet)</p> <p>Dekubitus war bereits bei Aufnahme vorhanden. Die Schulung der Mitarbeitenden zur korrekten Dokumentation wird dringend empfohlen. (2x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass bei der Aufnahme bereits ein Dekubitus vorlag, sodass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden. Ebenso empfiehlt die Fachkommission eine Überprüfung der DEK-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation des Dekubitusstadiums zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden. Ebenso empfiehlt die Fachkommission eine Überprüfung der DEK-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden. Ebenso empfiehlt die Fachkommission eine Überprüfung der DEK-Daten vor dem Versand an die Datenannahmestelle. (1x berichtet)</p> <p>Die Dokumentation ist zu spät erfolgt. (1x berichtet)</p> <p>Die vorliegende Wunde wurde fälschlich als Dekubitus diagnostiziert. (1x berichtet)</p> <p>Fehlerhafte Gradeinteilung des vorliegenden Dekubitus. Die Schulung der Mitarbeitenden zur korrekten Dokumentation wird dringend empfohlen. (3x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewer- tung	Freitext
			Vorrangig führte eine Fehldokumentation zu den rechnerisch auffälligen Ergebnissen. Die Schulung der Mitarbeitenden zur korrekten Dokumentation wird dringend empfohlen. (1x berichtet)
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Grad/Kategorie 4	S99	Die Organisation hat begonnen den Verbesserungsprozess durch Implementierung einer VA zur Dokumentation in 2022 (1x berichtet) Die in der Erläuterung des Trägers erwähnten Positionswechsel sind in der Dokumentation nachzubessern. (1x berichtet)

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	0 / 42 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	42 / 42 (100,00 %)
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	0 / 11 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	11 / 11 (100,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 7 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	7 / 7 (100,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	0 / 21 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	21 / 21 (100,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – DEK

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	10 / 35 (28,57 %)	0 / 49 (0,00 %)	25 / 35 (71,43 %)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	15 / 68 (22,06 %)	4 / 304 (1,32 %)	53 / 68 (77,94 %)

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – DEK

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	273	34 / 1.580 (2,15 %)	34 / 34 (100,00 %)	31 / 34 (91,18 %)	31 / 34 (91,18 %)
Brandenburg	63	6 / 336 (1,79 %)	5 / 6 (83,33 %)	4 / 6 (66,67 %)	4 / 5 (80,00 %)
Berlin	55	4 / 296 (1,35 %)	3 / 4 (75,00 %)	2 / 4 (50,00 %)	2 / 3 (66,67 %)
Baden-Württemberg	191	15 / 1.078 (1,39 %)	11 / 15 (73,33 %)	8 / 15 (53,33 %)	8 / 11 (72,73 %)
Bremen	14	0 / 80 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Hessen	132	10 / 756 (1,32 %)	10 / 10 (100,00 %)	6 / 10 (60,00 %)	6 / 10 (60,00 %)
Hamburg	27	1 / 166 (0,60 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	42	6 / 224 (2,68 %)	6 / 6 (100,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	6 / 6 (100,00 %)
Niedersachsen	148	13 / 922 (1,41 %)	13 / 13 (100,00 %)	12 / 13 (92,31 %)	12 / 13 (92,31 %)
Nordrhein-Westfalen	375	59 / 1.998 (2,95 %)	2 / 59 (3,39 %)	2 / 59 (3,39 %)	2 / 2 (100,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	91	3 / 484 (0,62 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 3 (100,00 %)
Schleswig-Holstein	58	8 / 320 (2,50 %)	7 / 8 (87,50 %)	6 / 8 (75,00 %)	6 / 7 (85,71 %)
Saarland	20	1 / 118 (0,85 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Sachsen	88	2 / 484 (0,41 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)
Sachsen-Anhalt	56	2 / 292 (0,68 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Thüringen	50	0 / 266 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Gesamt	1683	164 / 9400 (1,74 %)	100 / 164 (60,98 %)	83 / 164 (50,61 %)	83 / 100 (83,00 %)

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – DEK

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	324	73 / 648 (11,27 %)	73 / 73 (100,00 %)	19 / 73 (26,03 %)	19 / 73 (26,03 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Brandenburg	68	18 / 136 (13,24 %)	18 / 18 (100,00 %)	6 / 18 (33,33 %)	6 / 18 (33,33 %)
Berlin	62	20 / 124 (16,13 %)	20 / 20 (100,00 %)	3 / 20 (15,00 %)	3 / 20 (15,00 %)
Baden-Württemberg	236	40 / 472 (8,47 %)	39 / 40 (97,50 %)	1 / 40 (2,50 %)	1 / 39 (2,56 %)
Bremen	15	3 / 30 (10,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 3 (66,67 %)
Hessen	156	27 / 312 (8,65 %)	27 / 27 (100,00 %)	8 / 27 (29,63 %)	8 / 27 (29,63 %)
Hamburg	33	14 / 66 (21,21 %)	14 / 14 (100,00 %)	1 / 14 (7,14 %)	1 / 14 (7,14 %)
Mecklenburg-Vorpommern	44	11 / 88 (12,50 %)	11 / 11 (100,00 %)	1 / 11 (9,09 %)	1 / 11 (9,09 %)
Niedersachsen	173	32 / 346 (9,25 %)	32 / 32 (100,00 %)	5 / 32 (15,62 %)	5 / 32 (15,62 %)
Nordrhein-Westfalen	402	126 / 804 (15,67 %)	116 / 126 (92,06 %)	33 / 126 (26,19 %)	33 / 116 (28,45 %)
Rheinland-Pfalz	101	25 / 202 (12,38 %)	25 / 25 (100,00 %)	4 / 25 (16,00 %)	4 / 25 (16,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Schleswig-Holstein	73	9 / 146 (6,16 %)	9 / 9 (100,00 %)	5 / 9 (55,56 %)	5 / 9 (55,56 %)
Saarland	21	7 / 42 (16,67 %)	7 / 7 (100,00 %)	3 / 7 (42,86 %)	3 / 7 (42,86 %)
Sachsen	90	34 / 180 (18,89 %)	34 / 34 (100,00 %)	9 / 34 (26,47 %)	9 / 34 (26,47 %)
Sachsen-Anhalt	61	23 / 122 (18,85 %)	23 / 23 (100,00 %)	0 / 23 (0,00 %)	0 / 23 (0,00 %)
Thüringen	54	6 / 108 (5,56 %)	6 / 6 (100,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 6 (50,00 %)
Gesamt	1.913	468 / 3.826 (12,23 %)	457 / 468 (97,65 %)	103 / 468 (22,01 %)	103 / 457 (22,54 %)

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – DEK

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	1	0	0	0	0	0	9
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	4	0	2	0	0	1	15

* Mehrfachnennungen möglich



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Dekubitusprophylaxe

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

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
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	5
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	7
Einleitung.....	9
Datengrundlagen.....	11
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	11
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	14
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1).....	14
52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1).....	14
52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2.....	17
521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3.....	19
521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet.....	21
Details zu den Ergebnissen.....	23
52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4.....	24
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	26
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	26
850359: Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1).....	26
851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik.....	28
Details zu den Ergebnissen.....	30
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	31
850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	31
850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	33
850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	35
851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik.....	37
851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik.....	39
Basisauswertung.....	41

QS-Dokumentation.....	41
Altersverteilung.....	41
Geschlecht.....	42
Aufnahme.....	43
Entlassung.....	44
Risikofaktoren.....	45
Beatmungsstunden.....	46
Dekubitus.....	46
Gradeinteilung.....	47
War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? - "Present on Admission" (POA).....	48
War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? - "Present on Discharge" (POD).....	48
Lokalisationen.....	49
Risikostatistik.....	51
Altersverteilung.....	51
Risikofaktoren.....	52
Beatmungsstunden.....	52

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) 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 der Patientin oder des Patienten 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 von Änderungen des Filters der Risikostatistik im Erfassungsjahr 2020 sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2019 und Entlassung in 2020) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2020 enthalten. 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. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten- Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- 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 „Ergebnisse 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)				
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 2,68 (95. Perzentil)	1,18 66.464 / 56.172,77 N = 15.175.228	1,17 - 1,19
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	Transparenzkennzahl	0,3633 % O = 55.127 N = 15.175.228	0,3603 % - 0,3663 %
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	Transparenzkennzahl	0,0654 % O = 9.928 N = 15.175.228	0,0641 % - 0,0667 %
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	Transparenzkennzahl	0,0062 % O = 938 N = 15.175.228	0,0058 % - 0,0066 %
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Sentinel Event	0,0059 % O = 893 N = 15.175.228	0,0055 % - 0,0063 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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 Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 3,51 % (95. Perzentil)	0,7221 % 1.921 / 266.023	3,89 % 66 / 1.698
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 %	1,1991 % 3.190 / 266.023	1,35 % 23 / 1.698

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,8612 % 266.090 / 263.818	1,95 % 33 / 1.695
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,8612 % 266.090 / 263.818	1,30 % 22 / 1.695
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,0254 % 67 / 263.818	0,06 % 1 / 1.695
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	≥ 95,00 %	98,9623 % 15.178.028 / 15.337.188	1,10 % 21 / 1.902
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	≤ 110,00 %	98,9623 % 15.178.028 / 15.337.188	0,53 % 10 / 1.902

Einleitung

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Bundesergebnisse für das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe (DEK).

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.

Dekubitalulcera können in Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge lang andauernder Bewegungseinschränkung auftreten. Dementsprechend sind besonders häufig ältere Menschen von einem Dekubitus betroffen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten sind aufgrund eines Dekubitus in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, da dieser meist mit Schmerzen, Einschränkungen der Selbständigkeit und einer monatelangen Pflegebedürftigkeit einhergeht, die zudem mit erhöhter Mortalität korrelieren kann. 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. Für das Erfassungsjahr 2022 wurden 15.178.028 Fälle in der Risikostatistik geliefert.

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik
- eingegangene Risikostatistik

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 (18 Standorte im Erfassungsjahr 2022, 31 Standorte im Erfassungsjahr 2021). Umgekehrt liegen für das Erfassungsjahr 2022 für 12 Standorte (2021: 32 Standorte) Daten zur Risikostatistik mit dokumentierten Dekubitalulcera vor, ohne dass diese Standorte QS-Daten geliefert hätten.

Zu QI 52009

Bei der Berechnung des Ergebnisses zum Qualitätsindikator 52009 „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ ist zu beachten, dass für die Angabe der Fälle mit neu aufgetretenem Dekubitus die Angaben aus dem Qualitätssicherungsbogen genutzt wurden. Dabei ist aufgefallen, dass in den Qualitätssicherungsbögen mehr Fälle mit Dekubitus vorlagen, als in der Risikostatistik. Dies erscheint plausibel, da die Angaben aus den QS-Bögen aktiv für Zwecke der Qualitätssicherung dokumentiert wurden, während die Angaben in der Risikostatistik aus den Abrechnungsdaten abgeleitet sind, wo ein Dekubitus nicht immer abrechnungsrelevant ist.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene).

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zu der Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR-Ebene als auch auf Standortebezug ausgegeben. Auf der Standortebezug wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

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

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten nach entlassendem Standort“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten nach IKNR“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollständigkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen

geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollzähligkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten nach entlassendem Standort“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	266.090 266.023 67	263.818	100,86
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) mit QS-Dokumentation	1.388		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR- Ebene Bund (gesamt) mit Risikostatistik	1.553	1.546	100,45
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.698		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	1.698	1.695	100,18

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

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

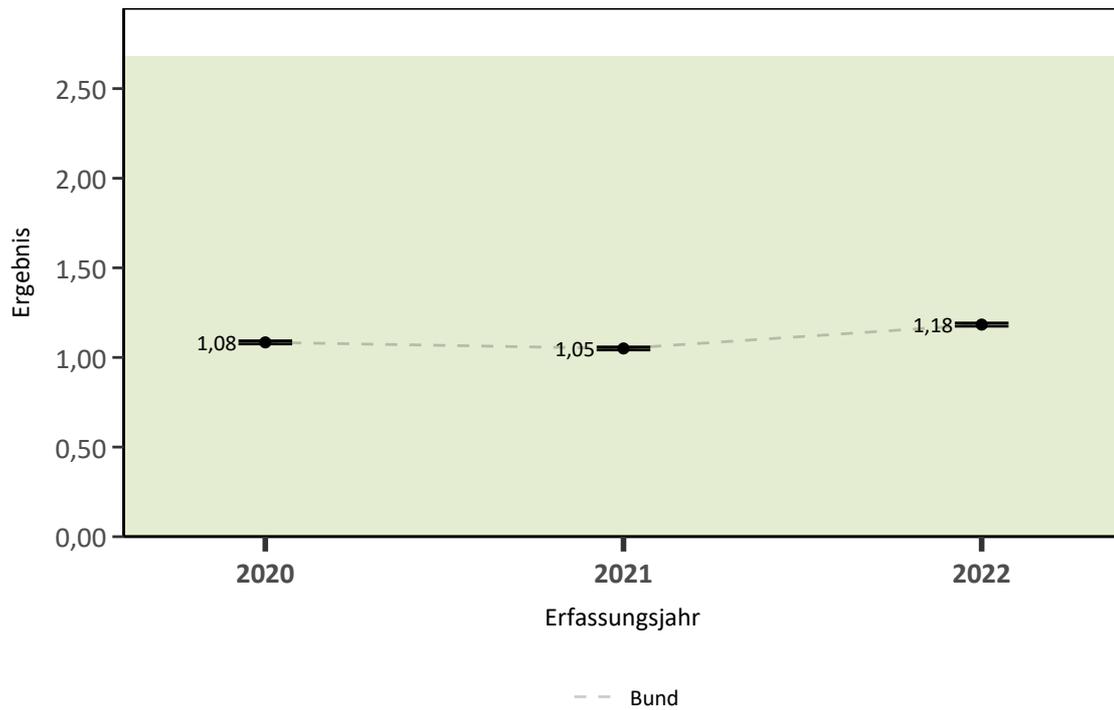
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits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

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

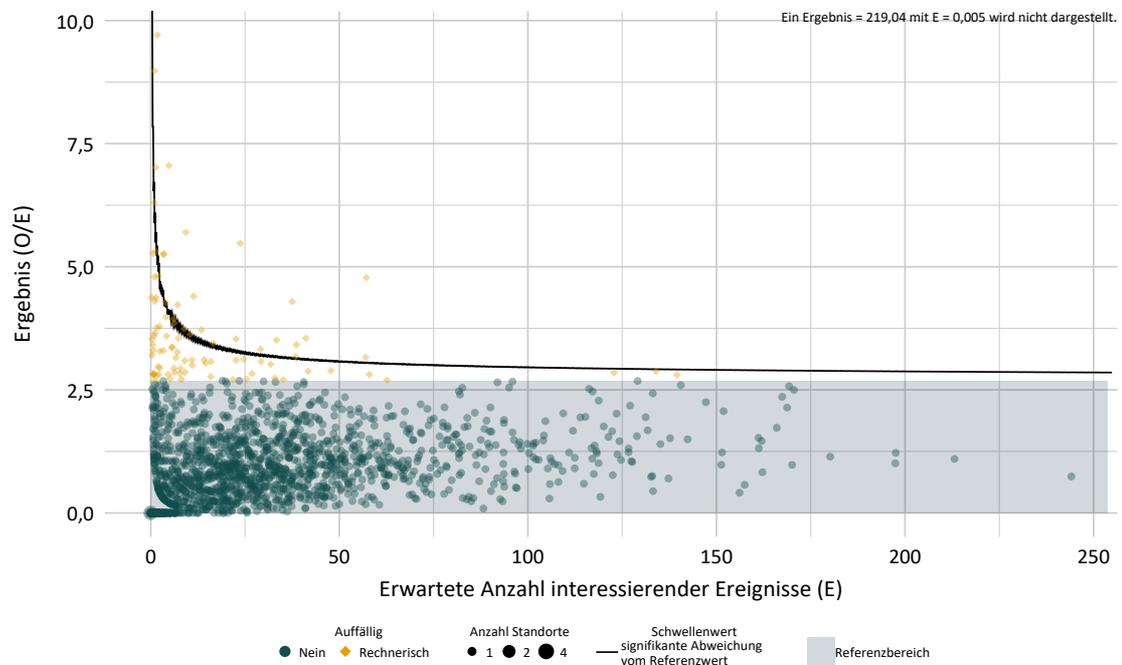
ID	52009
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus 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	≤ 2,68 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

Ergebnisse im Zeitverlauf

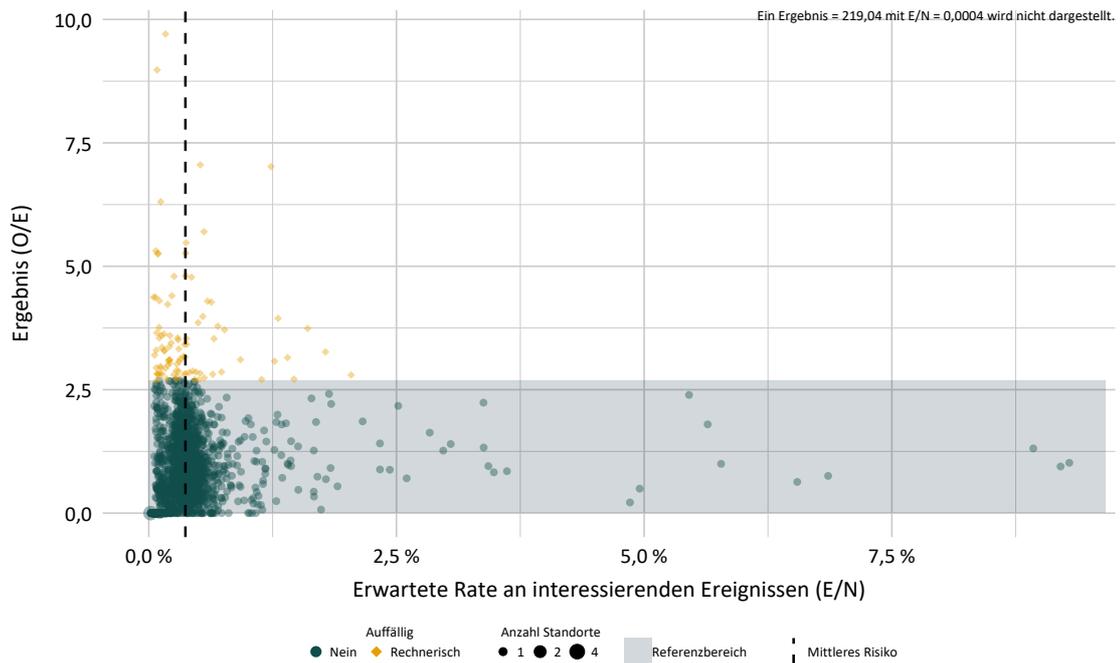
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	15.043.534	59.658 / 55.030,76	1,08	1,08 - 1,09
	2021	15.070.673	60.562 / 57.670,00	1,05	1,04 - 1,06
	2022	15.175.228	66.464 / 56.172,77	1,18	1,17 - 1,19

* 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.

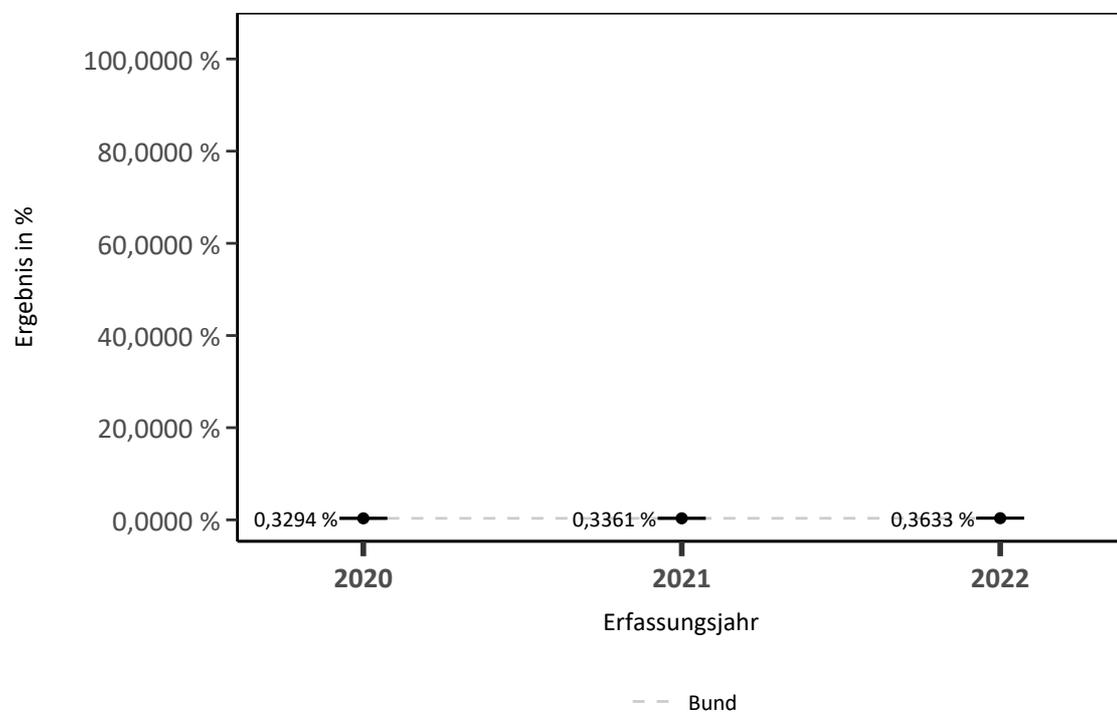
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

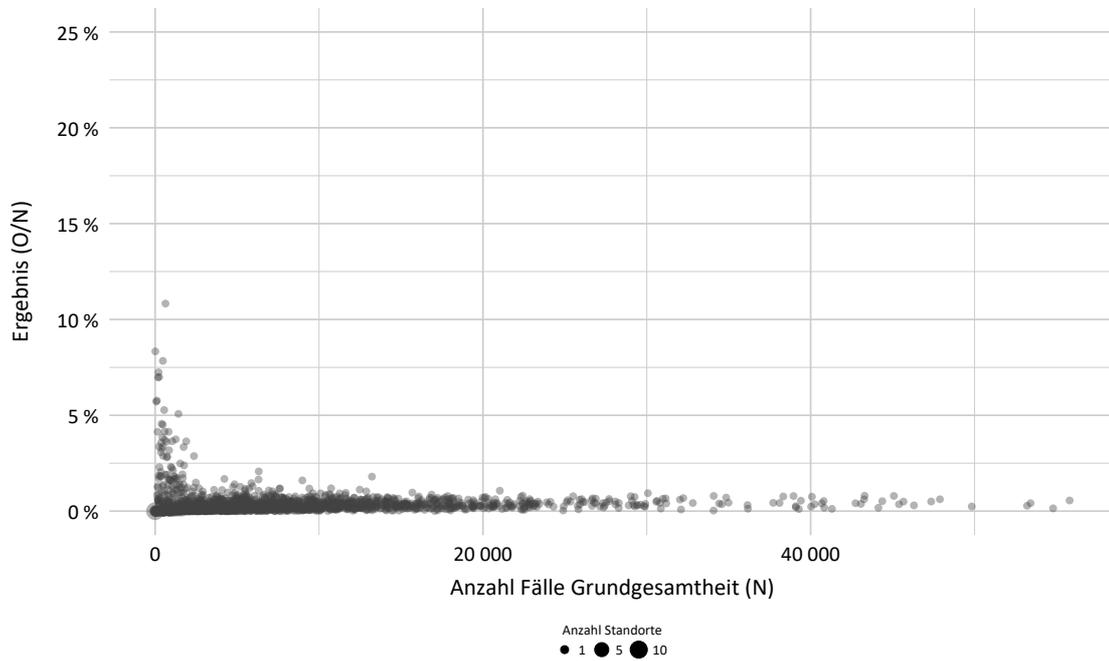
ID	52326
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben 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

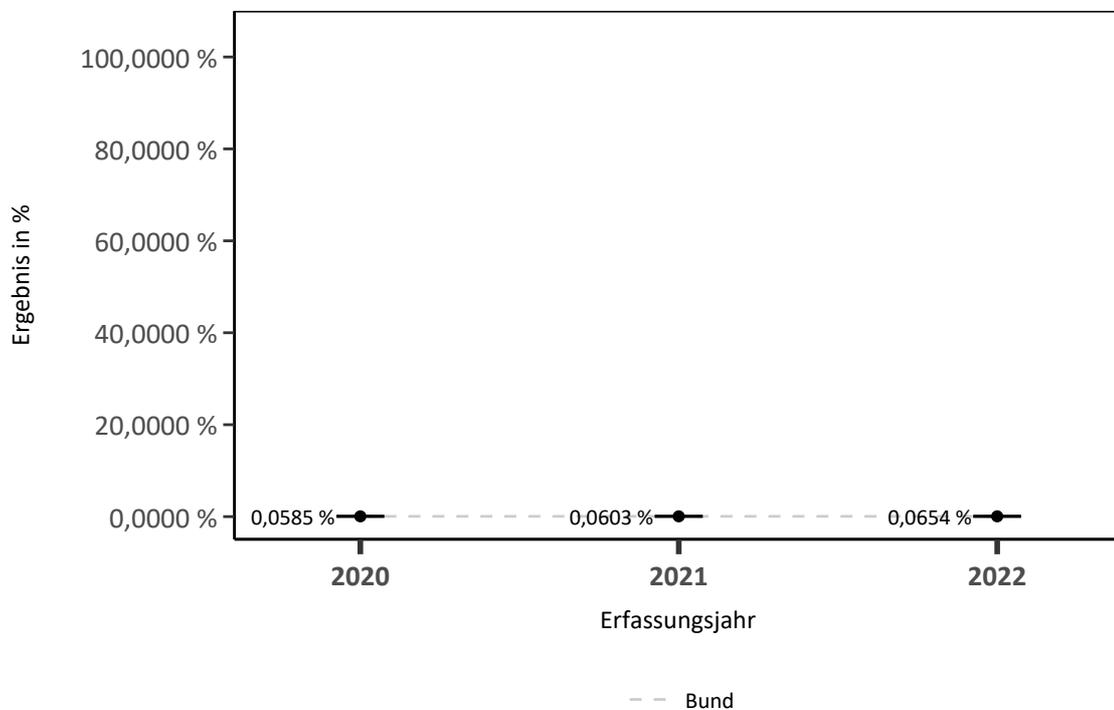
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	49.554 / 15.043.534	0,3294 %	0,3265 % - 0,3323 %
	2021	50.645 / 15.070.673	0,3361 %	0,3331 % - 0,3390 %
	2022	55.127 / 15.175.228	0,3633 %	0,3603 % - 0,3663 %

521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

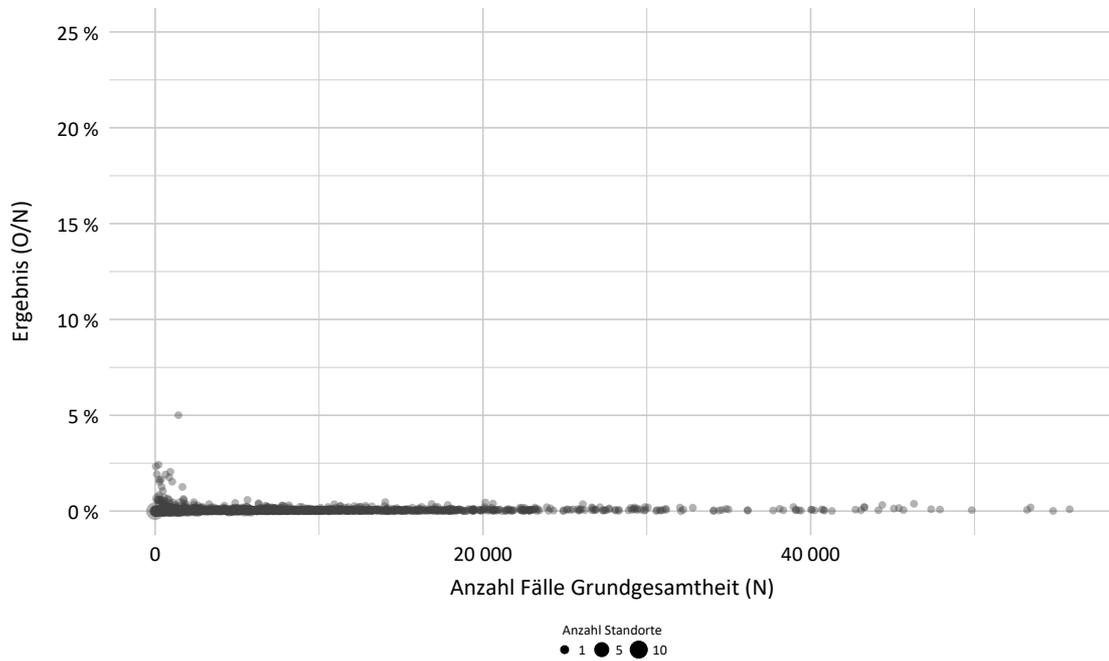
ID	521801
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben 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

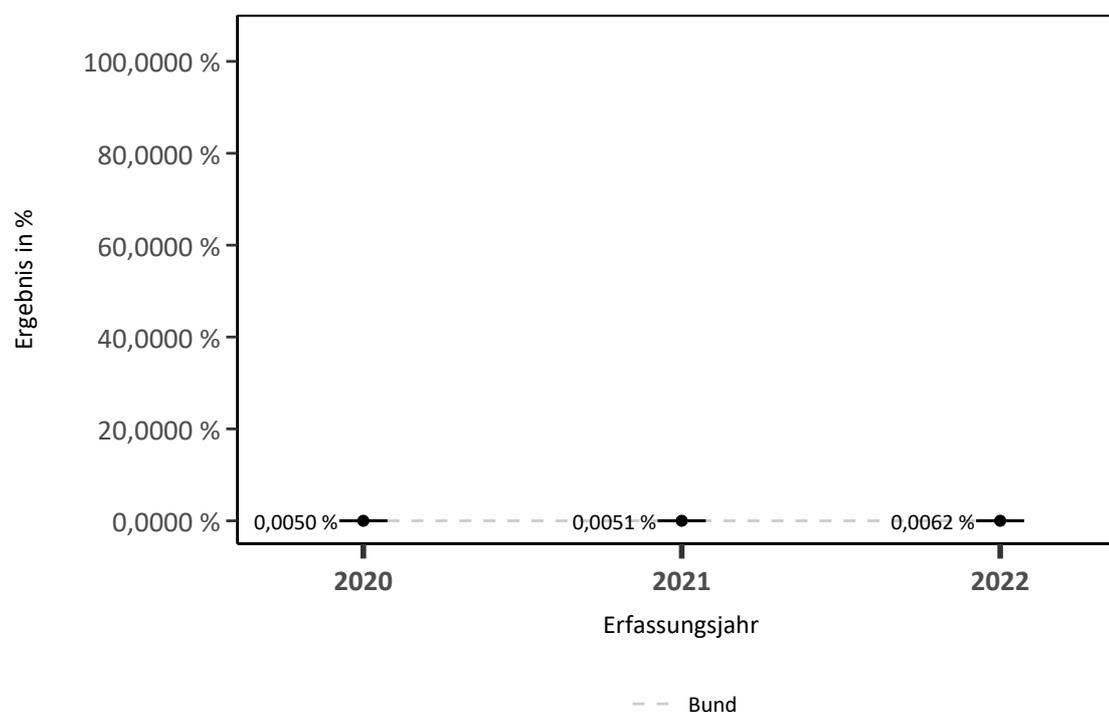
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	8.798 / 15.043.534	0,0585 %	0,0573 % - 0,0597 %
	2021	9.085 / 15.070.673	0,0603 %	0,0591 % - 0,0615 %
	2022	9.928 / 15.175.228	0,0654 %	0,0641 % - 0,0667 %

521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet

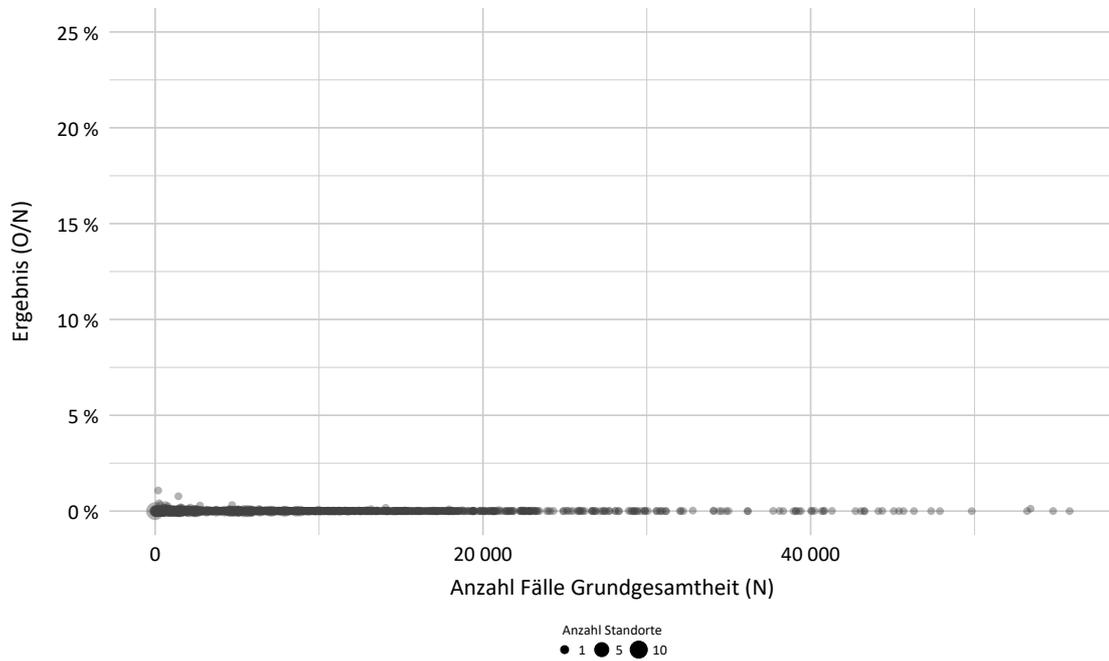
ID	521800
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	749 / 15.043.534	0,0050 %	0,0046 % - 0,0053 %
	2021	768 / 15.070.673	0,0051 %	0,0047 % - 0,0055 %
	2022	938 / 15.175.228	0,0062 %	0,0058 % - 0,0066 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 52_22000 Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	0,4380 % 66.464/15.175.228
1.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹	
1.1.1.1	ID: O_52009 O/N (observed, beobachtet)	0,4380 % 66.464/15.175.228
1.1.1.2	ID: E_52009 E/N (expected, erwartet)	0,3702 % 56.172,77/15.175.228
1.1.1.3	ID: 52009 O/E	1,18

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

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 52326 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	0,3633 % 55.127/15.175.228

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 521801 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3	0,0654 % 9.928/15.175.228

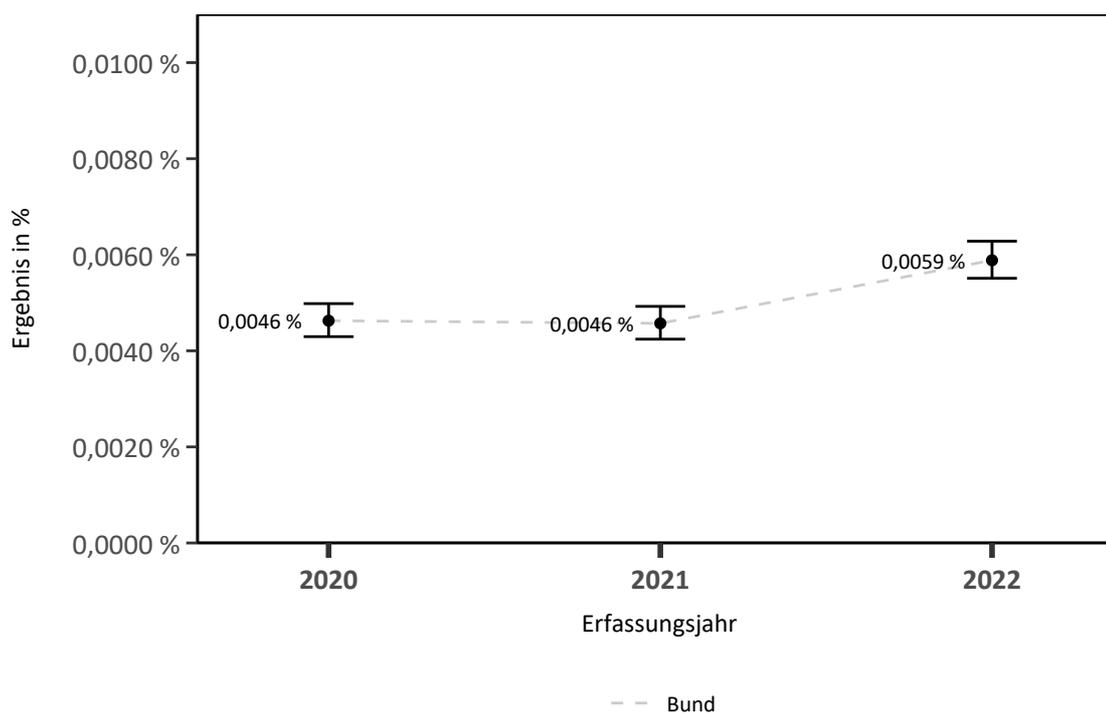
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	ID: 521800 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	0,0062 % 938/15.175.228

52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

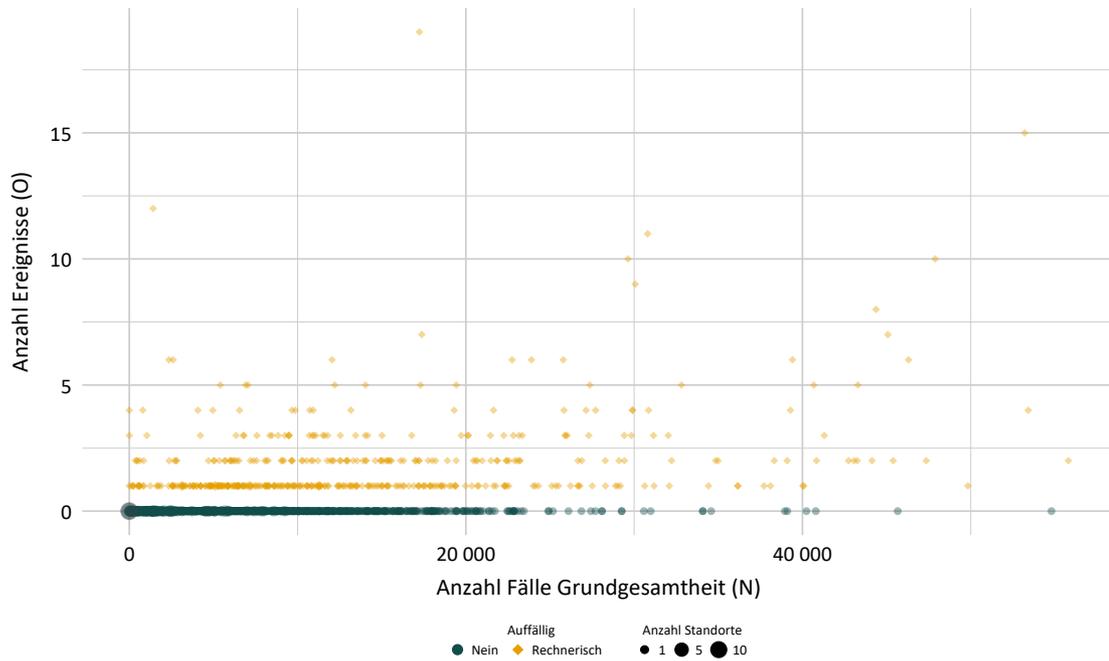
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
ID	52010
Art des Wertes	Qualitätsindikator
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



Detaillierergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	696 / 15.043.534	0,0046 %	0,0043 % - 0,0050 %
	2021	689 / 15.070.673	0,0046 %	0,0042 % - 0,0049 %
	2022	893 / 15.175.228	0,0059 %	0,0055 % - 0,0063 %

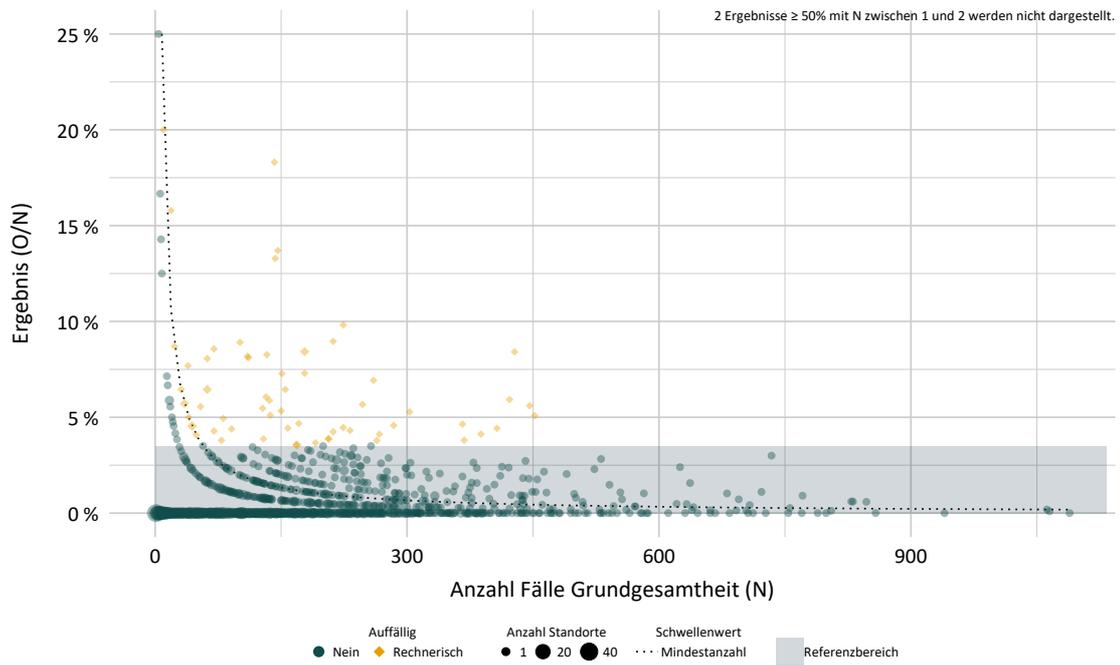
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

ID	850359
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")“ ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. Hypothese Fehldokumentation. Tatsächlich wurde dokumentiert, ob ein Dekubitus bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden oder nicht vorhanden war.
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 Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
Zähler	Fälle mit mindestens einer Angabe „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“
Referenzbereich	≤ 3,51 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



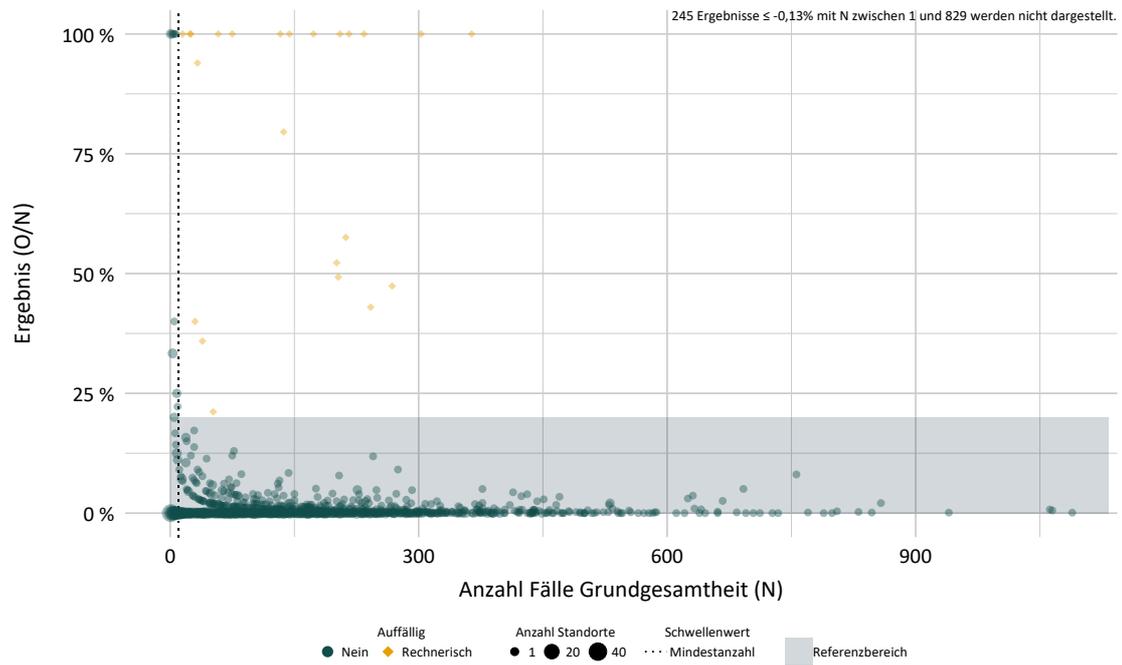
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.921 / 266.023	0,7221 %	3,89 % 66 / 1.698

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
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Das AK zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens relevant; sie bildet deren Grundgesamtheit. Hypothese 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 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
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

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	3.190 / 266.023	1,1991 %	1,35 % 23 / 1.698

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.1	ID: 850359 Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalucera Grad/Kategorie 1)	0,7221 % 1.921/266.023

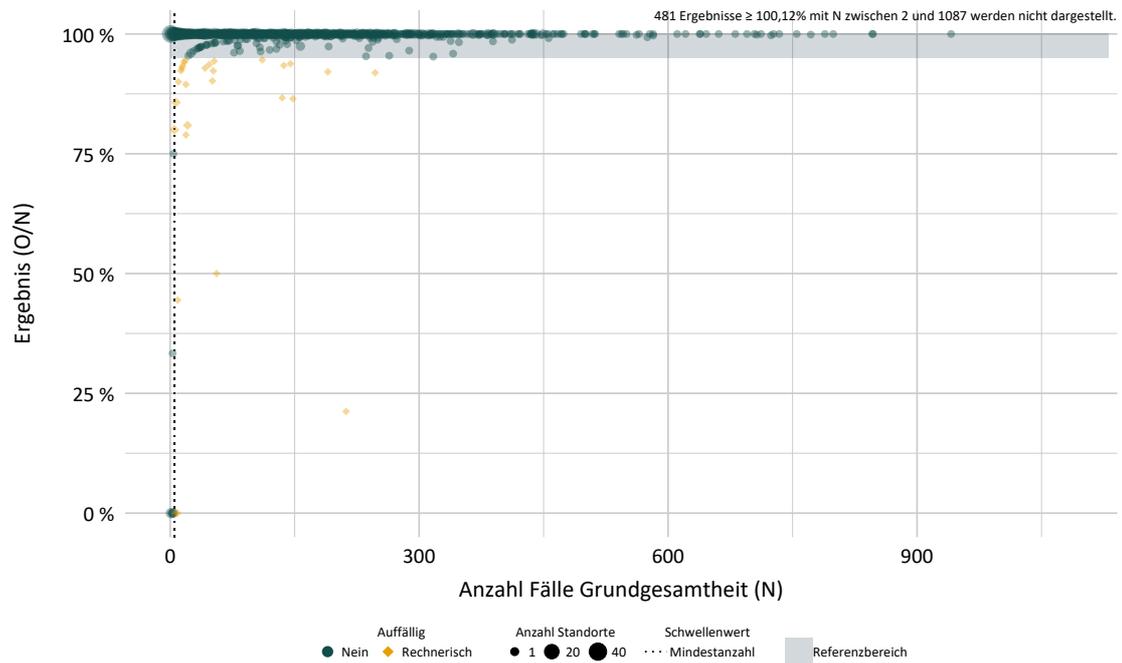
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
AK.2	ID: 851805 Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalucera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	1,1991 % 3.190/266.023
AK.2.1	ID: 52_22003 Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der QS-Dokumentation	266.023
AK.2.2	ID: 52_22004 Davon: Anzahl der Fälle mit Dekubitus aus der Risikostatistik	262.833

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850095
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation 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 Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



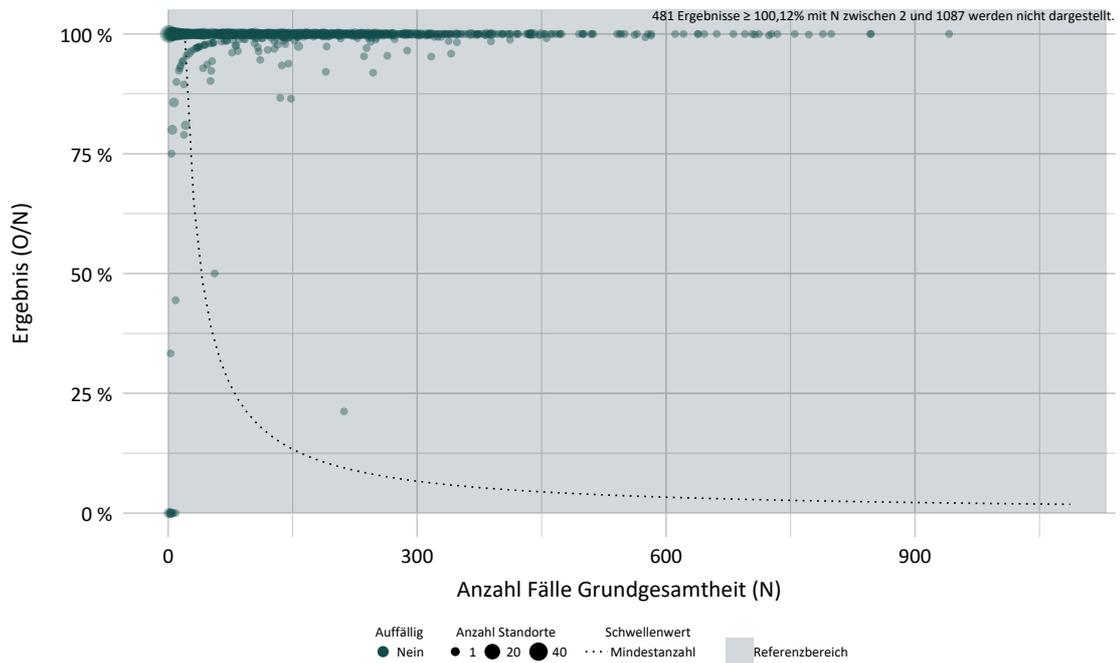
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	266.090 / 263.818	100,8612 %	1,95 % 33 / 1.695

850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850096
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz 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. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



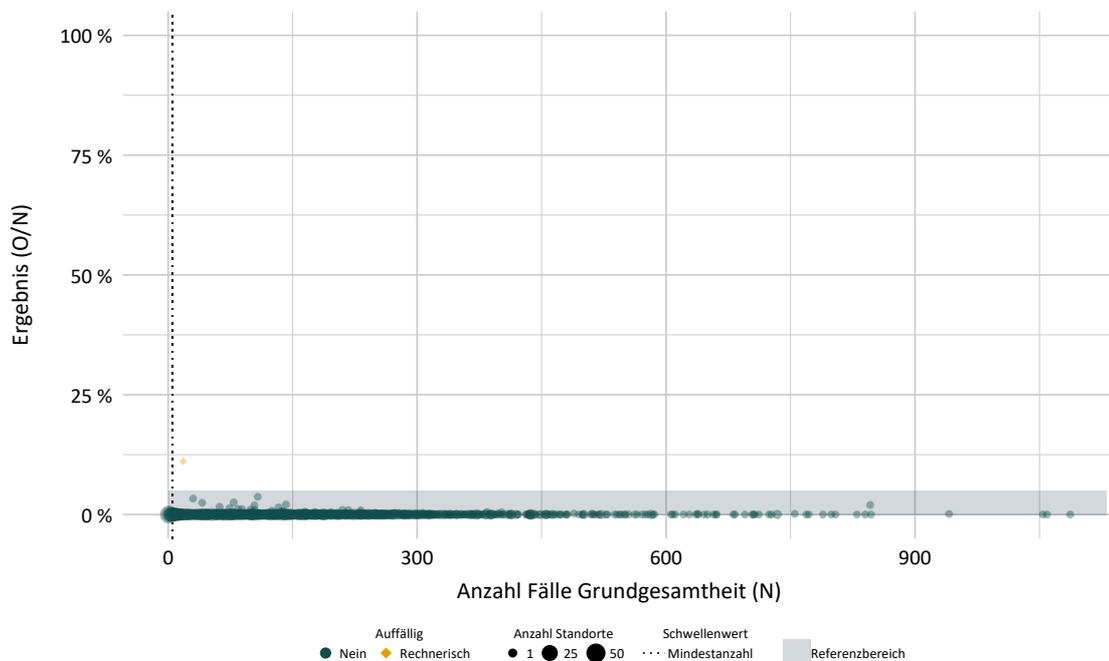
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	266.090 / 263.818	100,8612 %	1,30 % 22 / 1.695

850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850230
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz 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>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



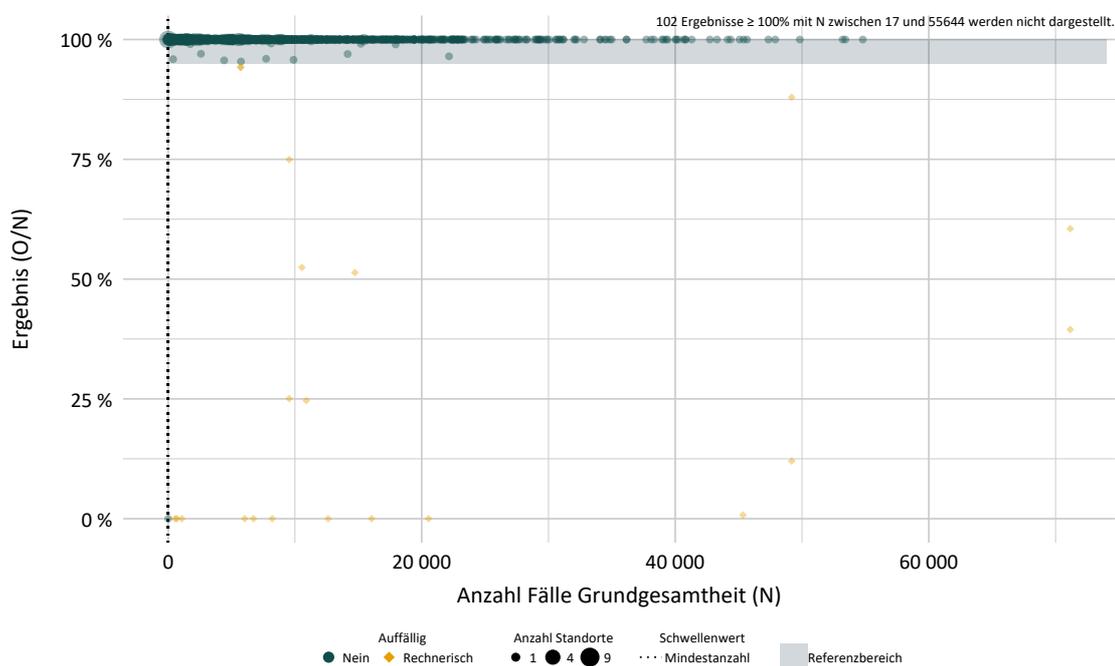
Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		67 / 263.818	0,0254 %	0,06 % 1 / 1.695

851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

ID	851806
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
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



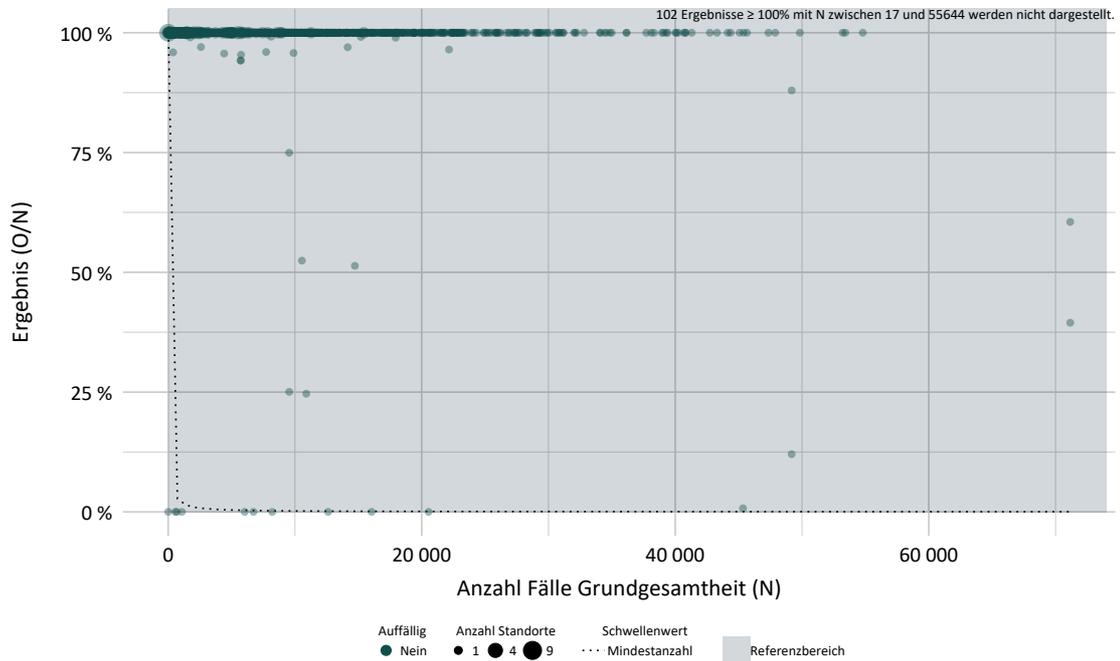
Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		15.178.028 / 15.337.188	98,9623 %	1,10 % 21 / 1.902

851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

ID	851808
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEP RUEFT_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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		15.178.028 / 15.337.188	98,9623 %	0,53 % 10 / 1.902

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	%
Alle Patienten	N = 266.023	
Altersverteilung		
20 - 29 Jahre	1.059	0,40
30 - 39 Jahre	2.356	0,89
40 - 49 Jahre	4.957	1,86
50 - 59 Jahre	17.262	6,49
60 - 69 Jahre	40.953	15,39
70 - 79 Jahre	65.558	24,64
≥ 80 Jahre	133.878	50,33

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus	N = 66.886	
Altersverteilung²		
20 - 29 Jahre	313	0,47
30 - 39 Jahre	705	1,05
40 - 49 Jahre	1.402	2,10
50 - 59 Jahre	4.826	7,22
60 - 69 Jahre	11.267	16,85
70 - 79 Jahre	17.152	25,64
≥ 80 Jahre	31.221	46,68

² 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	%
Alle Patienten	N = 266.023	
Geschlecht		
männlich	137.758	51,78
weiblich	128.251	48,21
divers	≤3	x
unbestimmt	4	0,00
unbekannt	8	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus	N = 66.886	
Geschlecht³		
männlich	36.358	54,36
weiblich	30.525	45,64
divers	≤3	x
unbestimmt	0	0,00
unbekannt	≤3	x

³ 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

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 266.023	
Aufnahmegrund		
(01) Krankenhausbehandlung, vollstationär	258.099	97,02
(02) Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung	7.811	2,94
(05) stationäre Entbindung	46	0,02
(06) Geburt	0	0,00
(07) Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003	66	0,02
(08) stationäre Aufnahme zur Organentnahme	≤3	x

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 266.023	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	130.462	49,04
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.414	2,04
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	446	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.703	0,64
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	15	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	23.170	8,71
(07) Tod	49.724	18,69
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ⁴	634	0,24
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	10.420	3,92
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	40.406	15,19
(11) Entlassung in ein Hospiz	1.708	0,64
(13) externe Verlegung zu einer psychiatrischen Behandlung	146	0,05
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	19	0,01
(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) ⁵	1.373	0,52
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	83	0,03
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) ⁶	≤3	x
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	15	0,01
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	24	0,01
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	215	0,08

⁴ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

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

⁶ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Risikofaktoren

Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 266.023	
Risikofaktoren		
Diabetes mellitus	92.598	34,81
Eingeschränkte Mobilität	149.254	56,11
Infektion	82.197	30,90
Demenz und Vigilanzstörung	50.836	19,11
Inkontinenz	130.614	49,10
Untergewicht oder Mangelernährung	29.035	10,91
Adipositas	5.249	1,97
Weitere schwere Erkrankungen	145.314	54,62
Beatmungstunden \geq 24 Stunden	30.806	11,58
Keine Risikofaktoren	20.846	7,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus	N = 66.886	
Risikofaktoren⁷		
Diabetes mellitus	21.994	32,88
Eingeschränkte Mobilität	35.846	53,59
Infektion	26.653	39,85
Demenz und Vigilanzstörung	9.445	14,12
Inkontinenz	31.843	47,61
Untergewicht oder Mangelernährung	8.985	13,43
Adipositas	1.531	2,29
Weitere schwere Erkrankungen	44.356	66,32
Beatmungsstunden \geq 24 Stunden	16.237	24,28
Keine Risikofaktoren	4.371	6,53

⁷ 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	%
Alle Patienten	N = 266.023	
Dauer der Beatmung		
\leq 23 Stunden	235.217	88,42
24 - 71 Stunden	5.767	2,17
72 - 239 Stunden	9.202	3,46
\geq 240 Stunden	15.837	5,95

Dekubitus

Gradeinteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Dekubitalulcera	N = 340.743	
Gradeinteilung		
Dekubitus 2. Grades	215.535	63,25
Dekubitus 3. Grades	83.747	24,58
Dekubitus 4. Grades	35.177	10,32
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	6.284	1,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Inzidente Dekubitalulcera	N = 76.728	
Gradeinteilung⁸		
Dekubitus 2. Grades	63.421	82,66
Dekubitus 3. Grades	11.102	14,47
Dekubitus 4. Grades	964	1,26
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	1.241	1,62

⁸ 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
Alle Dekubitalulcera				
Bund (gesamt)				
Dekubitus 2. Grades	61.808 18,14 %	152.114 44,64 %	1.613 0,47 %	215.535 63,25 %
Dekubitus 3. Grades	10.719 3,15 %	72.645 21,32 %	383 0,11 %	83.747 24,58 %
Dekubitus 4. Grades	920 0,27 %	34.213 10,04 %	44 0,01 %	35.177 10,32 %
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	1.141 0,33 %	5.043 1,48 %	100 0,03 %	6.284 1,84 %
Gesamt	74.588 21,89 %	264.015 77,48 %	2.140 0,63 %	340.743 100,00 %

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
Alle Dekubitalulcera				
Bund (gesamt)				
Dekubitus 2. Grades	27.302 8,01 %	184.139 54,04 %	4.094 1,20 %	215.535 63,25 %
Dekubitus 3. Grades	5.089 1,49 %	77.897 22,86 %	761 0,22 %	83.747 24,58 %
Dekubitus 4. Grades	3.443 1,01 %	31.606 9,28 %	128 0,04 %	35.177 10,32 %
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	752 0,22 %	5.378 1,58 %	154 0,05 %	6.284 1,84 %
Gesamt	36.586 10,74 %	299.020 87,76 %	5.137 1,51 %	340.743 100,00 %

Lokalisationen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad nnb	Gesamt
Alle Dekubitalulcera					
Bund (gesamt)					
Kopf	4.630 1,36 %	1.683 0,49 %	236 0,07 %	172 0,05 %	6.721 1,97 %
Obere Extremität	2.873 0,84 %	1.329 0,39 %	310 0,09 %	131 0,04 %	4.643 1,36 %
Dornfortsätze	1.668 0,49 %	588 0,17 %	178 0,05 %	27 0,01 %	2.461 0,72 %
Beckenkamm (Spina iliaca)	2.783 0,82 %	987 0,29 %	296 0,09 %	96 0,03 %	4.162 1,22 %
Kreuzbein (Steißbein)	95.787 28,11 %	28.723 8,43 %	15.280 4,48 %	1.755 0,52 %	141.545 41,54 %
Sitzbein	34.136 10,02 %	8.185 2,40 %	4.420 1,30 %	526 0,15 %	47.267 13,87 %
Trochanter	8.453 2,48 %	4.743 1,39 %	2.669 0,78 %	201 0,06 %	16.066 4,71 %
Ferse	41.419 12,16 %	24.242 7,11 %	6.617 1,94 %	1.507 0,44 %	73.785 21,65 %
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	15.223 4,47 %	10.133 2,97 %	4.333 1,27 %	951 0,28 %	30.640 8,99 %
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	8.558 2,51 %	3.134 0,92 %	838 0,25 %	918 0,27 %	13.448 3,95 %
Gesamt	215.535 63,25 %	83.747 24,58 %	35.177 10,32 %	6.284 1,84 %	340.743 100,00 %

Lokalisationen bei inzidenten Dekubitalulcera⁹

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad nnb	Gesamt
Inzidente Dekubitalulcera					
Bund (gesamt)					
Kopf	2.789 3,63 %	774 1,01 %	51 0,07 %	70 0,09 %	3.684 4,80 %
Obere Extremität	739 0,96 %	186 0,24 %	12 0,02 %	26 0,03 %	963 1,26 %
Dornfortsätze	542 0,71 %	92 0,12 %	≤3 x %	≤3 x %	639 0,83 %
Beckenkamm (Spina iliaca)	702 0,91 %	89 0,12 %	≤3 x %	8 0,01 %	801 1,04 %
Kreuzbein (Steißbein)	28.986 37,78 %	4.239 5,52 %	489 0,64 %	363 0,47 %	34.077 44,41 %
Sitzbein	9.451 12,32 %	920 1,20 %	81 0,11 %	85 0,11 %	10.537 13,73 %
Trochanter	1.676 2,18 %	280 0,36 %	26 0,03 %	21 0,03 %	2.003 2,61 %
Ferse	12.430 16,20 %	3.130 4,08 %	209 0,27 %	337 0,44 %	16.106 20,99 %
Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	3.028 3,95 %	803 1,05 %	50 0,07 %	146 0,19 %	4.027 5,25 %
Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	3.077 4,01 %	589 0,77 %	42 0,05 %	182 0,24 %	3.890 5,07 %
Gesamt	63.421 82,66 %	11.102 14,47 %	964 1,26 %	1.241 1,62 %	76.728 100,00 %

⁹ 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 bei Patientinnen und Patienten von 20 bis 120 Jahren

Altersverteilung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.175.228	
Altersverteilung		
20 - 29 Jahre	1.064.366	7,01
30 - 39 Jahre	1.498.309	9,87
40 - 49 Jahre	1.200.908	7,91
50 - 59 Jahre	2.143.380	14,12
60 - 69 Jahre	2.789.269	18,38
70 - 79 Jahre	2.912.723	19,19
≥ 80 Jahre	3.566.273	23,50

Risikofaktoren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.175.228	
Risikofaktoren		
Diabetes mellitus	2.671.625	17,61
Eingeschränkte Mobilität	2.190.050	14,43
Infektion	897.504	5,91
Demenz und Vigilanzstörung	722.023	4,76
Inkontinenz	1.658.232	10,93
Untergewicht und Mangelernährung	319.152	2,10
Adipositas	214.789	1,42
Weitere schwere Erkrankungen	2.670.282	17,60
Beatmungsstunden \geq 24 Stunden	226.326	1,49
Keine Risikofaktoren	8.566.944	56,45

Beatmungsstunden

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 15.175.228	
Dauer der Beatmung		
\leq 23 Stunden	14.948.902	98,51
24 - 71 Stunden	82.370	0,54
72 - 239 Stunden	79.796	0,53
\geq 240 Stunden	64.160	0,42