

QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*. Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechperson Claudia Damrau

Datum der Abgabe 15. August 2024

Datum aktualisierte Abgabe 11. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Hintergrund	7
2 Einordnung der Ergebnisse	12
2.1 Datengrundlage.....	12
2.2 Risikoadjustierung.....	13
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	14
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	16
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	21
3.1 Hintergrund	21
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	21
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	29
4 Evaluation	38
5 Fazit und Ausblick.....	41
Literatur	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – DEK.....	9
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – DEK	10
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) – DEK	12
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – DEK	15
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – DEK.....	15
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – DEK	16
Tabelle 7: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – DEK.....	18
Tabelle 8: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK.....	22
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – DEK.....	23
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – DEK	27
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – DEK	28
Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK.....	29
Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – DEK	32
Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – DEK ...	35
Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – DEK.....	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Summe der der QS-Datensätze im Zeitverlauf (Erfassungsjahre 2020 und 2021 ohne Überlieger der Erfassungsjahre 2019 und 2020)	13
--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019 (<i>coronavirus disease 2019</i>)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
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

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 auf die im Krankenhaus angewendeten Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen ermöglicht. Bei einer wirkungsvollen Prophylaxe können Dekubitalulcera zumeist 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, welche durch eine Pflegekraft unmittelbar nach der Aufnahme im Krankenhaus erfolgen sollte; diese Ersteinschätzung ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Risikofaktoren für das Entstehen eines Dekubitalulcus stellen z. B. eine eingeschränkte Mobilität unterschiedlicher Ausprägung nach Gelenkkontrakturen oder im Rahmen von Querschnittslähmungen (Paresen), eine erhöhte Hautfeuchte bzw. dadurch ursächliche Hautschäden durch Inkontinenz, ein starkes Übergewicht (Adipositas), aber auch Infektionen wie Sepsis (Blutvergiftung) oder Osteomyelitis (Entzündung des Knochenmarks) sowie Begleiterkrankungen (Diabetes mellitus) dar. Besteht bei einer Patientin oder einem Patienten bereits ein Dekubitus, sollte dieser ebenfalls in der Patientenakte dokumentiert werden. Anhand der in Form von Diagnosen aufgenommenen Risiken können 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).

Die Schwere der Hautschädigung wird nach Stadieneinteilung des Dekubitus nach Kode L89.- der deutschen Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (sogenannte ICD-10-GM-Klassifizierung Version 2023; BfArM 2022) folgendermaßen unterteilt:

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

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

Qualitätsindikatoren

Das QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* umfasst zwei Qualitätsindikatoren (Ergebnisindikatoren) und drei Transparenzkennzahlen (Tabelle 1). Die Ergebnisse der beiden Indikatoren ermöglichen indirekte Rückschlüsse (vgl. Abschnitt 3.2) 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.

Mit dem risikoadjustierten Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) werden alle während eines Krankenhausaufenthalts entstandenen Dekubitalulcera der Kategorie 2 bis 4 sowie nicht näher bezeichneter Kategorie von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren betrachtet. Ein Dekubitus ist nur in Ausnahmefällen entschuldbar, weshalb der Qualitätsindikator das Ziel hat, dass mittels

¹ Im Folgenden wird im auf die Bezeichnung „Stadium“ überwiegend verzichtet und stattdessen der Begriff „Kategorie“ verwendet, genauso wie z. B. im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe DNQP (2017). Die einzige Ausnahme bildet die Auflistung der Kategorien der ICD-10-GM, da dort der Begriff „Stadium“ verwendet wird.

adäquater Prophylaxe möglichst wenig inzidente Dekubitalulcera der genannten Kategorien entwickelt werden.

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

Risikostatistik

In die Berechnung der Qualitätsindikatoren (und Transparenzkennzahlen) des Verfahrens QS DEK gehen zum einen Daten aus der QS-Dokumentation, zum anderen aus der sogenannten Risikostatistik ein. Bei der Risikostatistik, welche ausschließlich im Verfahren QS DEK erhoben wird, handelt es sich um gesonderte Erfassungen der Leistungserbringer für die gesamte Zielpopulation des jeweiligen Krankenhauses. Diese Statistik wird im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr (EJ) von sämtlichen Leistungserbringern erstellt und enthält für jede stationär behandelte Patientin und jeden stationär behandelten Patienten ab 20 Jahren mit oder ohne Dekubitus die Information, ob die berücksichtigten Risikofaktoren jeweils vorliegen oder nicht. Die einzelnen Faktoren werden in Gruppen zusammengefasst (z. B. eingeschränkte Mobilität, Infektion oder Inkontinenz). Um den Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser möglichst gering zu halten, erfolgt die Erfassung der Risikofaktoren aller Patientinnen und Patienten über die Abrechnungsdaten; Ausnahmen stellen das Alter und die Beatmungstunden dar.

Die Risikostatistik verfolgt zwei Ziele. Zum einen werden, wie bereits erläutert, die Risikofaktoren übermittelt (siehe Abschnitt 2.2). Zum anderen geht die Statistik in die Rechenregeln der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Verfahrens QS DEK ein. Dort bildet sie die jeweilige Grundgesamtheit. Zudem wird auf Basis der Risikostatistik die erwartete Anzahl inzidenter Dekubitalulcera in den Rechenregeln des Qualitätsindikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) berechnet.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – DEK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)			
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2023
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2023
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2023
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2023

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2023

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS DEK gibt es 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 5 zur Vollzähligkeit (Tabelle 2). Das Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität und Vollständigkeit „Angabe Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet“ (ID 850361) wird seit dem Erfassungsjahr 2021 pausiert. Grund hierfür ist die Diskrepanz zwischen der von den Leistungserbringern angewendeten internationalen Klassifikation gemäß European Pressure Ulcer Advisory Panel und National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/NPUAP; EPUAP et al. 2019) und der abrechnungsrelevanten nationalen Klassifikation gemäß dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM 2022). Sollte zunächst die Einführung der Klassifikation ICD-11-GM abgewartet werden, wird das Auffälligkeitskriterium zum Erfassungsjahr 2026 vom Expertengremium auf Bundesebene aufgrund der langen Aussetzungszeit zur Abschaffung empfohlen. Darüber hinaus war für das Erfassungsjahr 2023 ein Anstieg der Fälle mit inzidentem Dekubitus in der Kategorie „nicht näher bezeichnet“ erwartet worden; laut Literatur werden ca. 20 % der Kategorie „vermutete tiefe Gewebeschädigung“ gemäß internationaler Klassifikation (EPUAP et al. 2019) als Dekubitus nicht näher bezeichnet kodiert (Mao und Zhu 2021, Bergquist-Beringer et al. 2013, Alderden et al. 2011). Dies ließ sich jedoch nicht beobachten.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/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

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe* erfolgt die Auswertung entsprechend dem ICD-abrechnenden Standort (= Auswertungsstandort).

Tabelle 3 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) - DEK

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	273.847	271.346	100,92
	Basisdatensatz	273.764		
	MDS	83		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.669		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.670	1.658	100,72
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit QS-Dokumentation Bund (gesamt)	1.373	1.365	100,59
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit Risikostatistik Bund (gesamt)	1.522	1.527	99,67

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 1.670 entlassenden Standorten 273.847 QS-Datensätze inklusive 83 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze unterscheidet sich von der Anzahl der erwarteten Datensätze (271.346); die Datengrundlage weist damit eine Vollzähligkeit von 100,92 % auf; sie ist zum Erfassungsjahr 2022 (100,86 %) nahezu unverändert geblieben. Im Erfassungsjahr 2023 wurden im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 insgesamt 7.757 Datensätze (gesamt) mehr übermittelt. Die seit dem Erfassungsjahr 2020 deutlich zurückgegangene Anzahl der QS-Datensätze (gesamt) ist auf den allgemeinen Rückgang der stationären Fälle im Zuge der COVID-19-Pandemie (*coronavirus disease 2019*) zurückzuführen (Abbildung 1). Im Erfassungsjahr 2023 wurden Basisdatensätze von insgesamt 273.764 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022:

266.023) ein Anstieg um 2,83 % ($n = 7.741$), welcher sich u. a. auch auf den allgemeinen Wiederanstieg der stationären Fälle nach der COVID-19-Pandemie zurückführen lässt. Die Anzahl der entlassenden Standorte auf Bundesebene entspricht nahezu der Anzahl der erwarteten entlassenden Standorte auf Bundesebene (1.658).

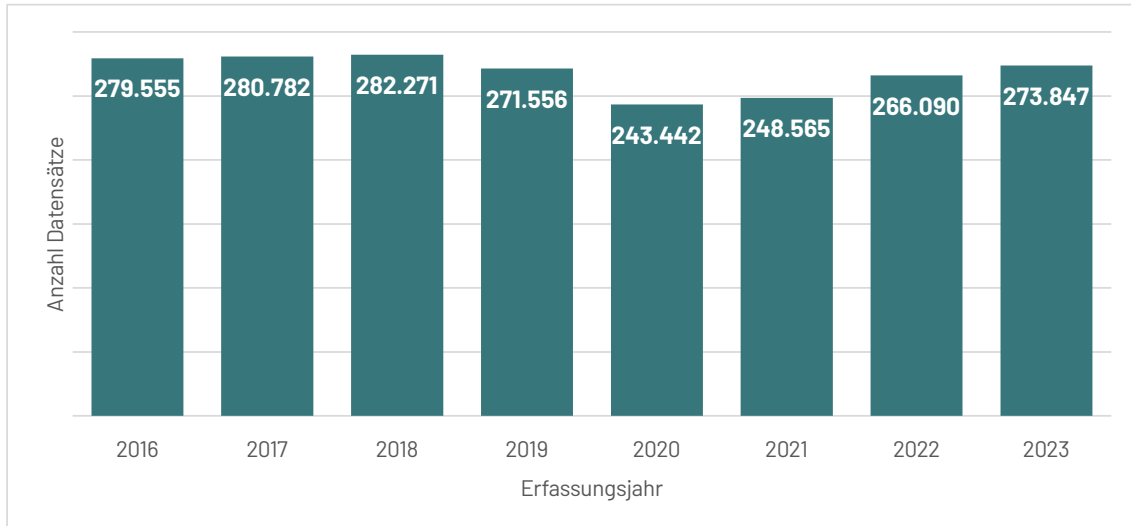


Abbildung 1: Summe der der QS-Datensätze im Zeitverlauf (Erfassungsjahre 2020 und 2021 ohne Überlieger der Erfassungsjahre 2019 und 2020)

Im Erfassungsjahr 2023 gab es im Auswertungsmodul QS DEK 22 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

2.2 Risikoadjustierung

Die Risikoadjustierung im Verfahren QS DEK steht im Spannungsfeld zwischen einer unbedingten Vermeidung eines Dekubitus und dem Anspruch eines fairen Vergleichs der Leistungserbringer in der externen Qualitätssicherung. Im Einzelfall, wie bspw. in Notfallsituationen, kann es nachvollziehbare Begründungen für die Entstehung eines Dekubitus geben.

Die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) erfolgt mittels logistischer Regression. Die einzelnen Risikofaktorgruppen werden mit Ausnahme des Alters der Patientin bzw. des Patienten sowie der Beatmungstunden sämtlich über die ICD-Kodes (Einschlussdiagnosen) der Abrechnungsdaten in der Risikostatistik abgebildet (vgl. Kapitel 1, Abschnitt „Risikostatistik“).

Die letzte Anpassung der Risikostatistik im Verfahren QS DEK erfolgte für das Erfassungsjahr 2023 auf Empfehlung des Expertengremiums. Zum einen wurden Kodierungen bzw. Diagnosen, die keinen Zusammenhang mit einer Entstehung eines Dekubitalulcus aufweisen, herausgenommen (z. B. ICD-Kodes M62.6 Sonstige Muskelkrankheiten; R46.- Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen). Zum anderen wurden Risikofaktoren, die in der Literatur für die Entstehung eines Dekubitus als relevant benannt werden, als Kodierungen bzw. Diagnosen

das Modell ergänzend neu aufgenommen (z. B. ICD-Kodes J12.- Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert; J13 Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*; J14 Pneumonie durch *Haemophilus influenzae*; J80.- Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]). Die betreffenden ICD-Kodes werden temporär in den Erfassungsjahren 2023 und 2024 jeweils in separaten Risikofaktor-Gruppen erfasst. Dies hat einerseits zum Ziel, die betreffenden Risikofaktoren bei der Berechnung des Risikoadjustierungsmodells hinsichtlich der Überlieger aus dem Erfassungsjahr 2022 und der Patientenfälle ohne Überlieger aus dem Erfassungsjahr 2023 zu berücksichtigen. Andererseits ist es so möglich, den Einfluss einzelner Faktoren zu ermitteln. Im Auswertungsjahr 2025 werden die Auswirkungen dieser Anpassung erstmals unter Einbezug der Überlieger analysiert und im Bundesqualitätsbericht 2025 ausgeführt. Die temporär geschaffenen Datenfelder werden je nach Ergebnis der Analyse frühestens mit der Spezifikation 2027 bzw. der Risikostatistik 2027 gestrichen.

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Verfahren *QS DEK* weisen 493 von insgesamt 1.907 Standorten mindestens ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in mindestens einem Qualitätsindikator auf.

In Tabelle 4 werden die Bundesraten für die beiden Qualitätsindikatoren mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt.

Die beiden Qualitätsindikatoren „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) und „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010), welche möglichst wenige (ID 52009) bzw. keine (ID 52010) neu entstandene Dekubitalulcera der entsprechenden Kategorien zum Ziel haben, weisen in ihren Ergebnissen keine relevanten Änderungen zum Vorjahr auf.

Die fachlichen Diskussionen im Expertengremium auf Bundesebene beziehen sich im Wesentlichen auf die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens der Bundesländer, aus welchen sich inhaltlich für das Verfahren wichtige Erkenntnisse ergeben (vgl. Abschnitt 3.2). Demzufolge werden Probleme und Schwierigkeiten des Verfahrens in diesem Kontext diskutiert und erörtert.

In Tabelle 5 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der in ihrem Ergebnis als rechnerisch auffällig bewerteten Leistungserbringer für die Erfassungsjahre 2022 und 2023 abgebildet. In den Spalten zu „Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen“ werden ihr Anzahl bzw. ihr prozentualer Anteil an allen betrachteten Leistungserbringern dargestellt. Zudem wird ausgewiesen, wie viele Leistungserbringer davon auch schon im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten. Während die Anzahl der Leistungserbringer mit bereits im Vorjahr rechnerisch auffälligen Ergebnissen für den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) geringfügig zurückgegangen ist, stieg diese Anzahl für den Sentinel-Event-Indikator, welcher die inzidenten Dekubitalulcera der Kategorie 4 betrachtet (ID 52010), leicht an. Eine diesbezügliche inhaltliche Beurteilung wird durch die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2025 erwartet.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - DEK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundes- ergebnis AJ 2023	Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)				
52009	Stationär erworbener Deku- bitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	1,10 O/E = 66.464 / 60.519,78 N = 15.175.228	1,05 O/E = 67.636 / 64.279,92 N = 15.489.731 (≤ 2,27; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52326	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Stadium/Kategorie 2*	0,3633 % O = 55.127 N = 15.175.228	0,3682 % O = 57.029 N = 15.489.731	vergleichbar
521801	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Stadium/Kategorie 3*	0,0654 % O = 9.928 N = 15.175.228	0,0635 % O = 9.829 N = 15.489.731	vergleichbar
521800	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	0,0062 % O = 938 N = 15.175.228	0,0059 % O = 911 N = 15.489.731	vergleichbar
52010	Stationär erworbener Deku- bitalulcus Stadium/Kategorie 4	0,0059 % O = 893 N = 15.175.228	0,0050 % O = 768 N = 15.489.731 (Sentinel Event)	vergleichbar

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) - DEK

ID	Indikator	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
52009	Stationär erworbener Deku- bitalulcus (ohne Dekubital- ulcera Stadium/Kategorie 1)	2022	92 von 1.916	4,80	50
		2023	91 von 1.878	4,85	43
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2022	457 von 1.919	23,81	198
		2023	428 von 1.886	22,69	214

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QS DEK werden im Erfassungsjahr 2023, analog zum Vorjahr, insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 5 zur Vollzähligkeit betrachtet. Von insgesamt 1.923 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 149 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

In Tabelle 6 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	0,7481 % 2.048/273.764 (≤ 3,76 %; 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	1,5404 % 4.217/273.764 (≤ 20,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,9217 % 273.847/271.346 (≥ 95,00 %)
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,9217 % 273.847/271.346 (≤ 110,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,0306 % 83/271.346 (≤ 5,00 %)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	99,3165 % 15.491.630/15.598.250 (≥ 95,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	99,3165 % 15.491.630/15.598.250 (≤ 110,00 %)

In Tabelle 7 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden. Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten im Erfassungsjahr 2023 (n = 67) wurden zum Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 850359) ermittelt. Bezogen auf 1.669 Leistungserbringer mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium entspricht das einem Anteil von 4,01%. Insgesamt 20 von ihnen waren bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig.

Tabelle 7: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2023	67 von 1.669	4,01	20
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 Stadium/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2023	33 von 1.669	1,98	1

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet				
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	28 von 1.658	1,69	0
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	10 von 1.658	0,60	1
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	1 von 1.658	0,06	0
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	28 von 1.889	1,48	0
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	3 von 1.889	0,16	0

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

Das Auffälligkeitskriterium prüft, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Stadium 2 bis 4“ oder „Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für die Berechnung sämtlicher Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Verfahrens relevant, da sie deren jeweilige Grundgesamtheit bildet. Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 1,54 %. Das bedeutet, es wurden 4.217 mehr Fälle mit Dekubitus Stadium 2 bis 4 bzw. nicht näher bezeichnet in der QS-Dokumentation übermittelt als in der Risikostatistik. Im Vergleich zum Vorjahr (1,19 %; n = 3.190, N = 266.023) sind dies 1.027 Krankenhausstandorte mehr. Gründe, Fälle in der Risikostatistik nicht zu übermitteln, liegen bspw. darin, dass nicht jeder Dekubitus abgerechnet wird; für diese Fälle werden keine Abrechnungsdaten übermittelt.

Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (EJ 2023: n = 33; EJ 2022: n = 23) sowie deren Anteil an allen betrachteten Leistungserbringern (EJ 2023: 1,98 %) hat sich gegenüber dem Vorjahr (EJ 2022: 1,35 %) erhöht. Rückschlüsse über die Gründe hierfür sind mit den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens im Auswertungsjahr 2025 im nächsten Bundesqualitätsbericht erwartbar.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

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 99,3165 % zeigt, dass mit 15.491.630 in der Risikostatistik gelieferten Fällen gegenüber 15.598.250 Fällen der Sollstatistik zur Risikostatistik 106.620 Fälle weniger übermittelt wurden als erwartet. Bei einem Referenzbereich von $\geq 95,00$ % und einer Mindestanzahl von 5 Fällen im Nenner wurden in ihrem Ergebnis 28 von 1.889 Leistungserbringern rechnerisch auffällig. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist mit 1,48 % im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen (EJ 2022: 1,10 %, n = 21, N = 1.902).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2023 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2022 beziehen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 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.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Verfahren *QS DEK* wurde zum Erfassungsjahr 2022 zum zweiten Mal das Stellungnahmeverfahren durchgeführt (Tabelle 8). Die Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sind Tabelle 10 zu entnehmen.

Von insgesamt 3.835 Indikatorenergebnissen sind 549 rechnerisch auffällig (14,32 %). Für 544 der insgesamt 549 rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (99,09 %), von denen alle abgeschlossen wurden. Sämtliche Stellungnahmeverfahren wurden schriftlich durchgeführt. Zudem erfolgte mit 3 Leistungserbringern ein Gespräch (0,55 %), und es wurden 4 Begehungen durchgeführt (0,74 %); im Vorjahr erfolgte eine Begehung (0,22 %). Kein Stellungnahmeverfahren wurde in 0,91 % der Fälle (n = 5) eingeleitet; dies sämtlich bei rechnerischen Auffälligkeiten im Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009). Begründet wurde dies mit statistischen, methodischen oder inhaltlichen Gründen.

Nach Abschluss der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurden 197 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (35,88 %), was einen Anstieg um nahezu 14 Prozentpunkte zum Vorjahr bedeutet (22,06 %; N: 467). Aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation war eine Bewertung bei 61 rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht möglich (11,11 %). Sonstige Gründe einer Nichtbewertung wurden 13-mal vergeben (2,37 %).

Als qualitativ unauffällig wurden 273 der übermittelten 549 rechnerisch auffälligen Ergebnisse eingestuft (49,73 %). Bezogen auf alle bisher durchgeführten Stellungnahmeverfahren stellt dies einen Anteil von 50,18 % (N: 544) dar. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Einstufung als qualitativ unauffällig nach rechnerischer Auffälligkeit um 10 Prozentpunkte zurückgegangen (EJ 2021: 60,61 %).

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

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.829	-	3.835	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.829	100	3.835	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	471	12,30	549	14,32
davon ohne QSEB-Übermittlung	4	0,85	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	467	100	549	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	467	100	549	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	0	0
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	10	2,14	5	0,91
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	457	97,86	544	99,09
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	457	100	544	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,66	3	0,55
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,22	4	0,74
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,22	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	277	59,31	273	49,73
Bewertung als qualitativ auffällig	103	22,06	197	35,88
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	70	14,99	61	11,11
Sonstiges	6	1,28	13	2,37
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	32	n. a.	38	n. a.
Maßnahmenstufe 2	2	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 9 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit einem oder mehreren rechnerisch bzw. qualitativ auffälligen Ergebnissen abgebildet. Insgesamt 503 (EJ 2021: 383) Leistungserbringer weisen ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf; 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse weisen 23 (EJ 2021: 75) Leistungserbringer auf. 3 oder mehr rechnerische Auffälligkeiten weist keiner der Leistungserbringer auf (EJ 2021: 9). Damit hat sich die Anzahl der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr deutlich erhöht, während diejenige mit mehr als einem rechnerisch auffälligen Ergebnis gesunken ist. Insgesamt 175 Leistungserbringer weisen ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf (EJ 2021: 97). 2 qualitativ auffällige Ergebnisse weisen 11 Leistungserbringer (EJ 2021: 3), 3 oder mehr qualitative Auffälligkeiten weist kein Leistungserbringer auf. Damit ist auch bei den Leistungserbringern mit qualitativen Auffälligkeiten die Anzahl im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen; diejenige für Leistungserbringer mit einem qualitativ auffälligen Ergebnis hat sich nahezu verdoppelt, gleiches gilt für solche mit 2 qualitativ auffälligen Ergebnissen. Für 38 der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis wurde Maßnahmenstufe 1, für keinen wurde Maßnahmenstufe 2 eingeleitet.

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – DEK

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
503	23	0	175	11	0

In Tabelle 10 werden pro Qualitätsindikator die Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens für das Auswertungsjahr 2023 dargestellt. Ein Großteil der insgesamt 549 übermittelten und als rechnerisch auffällig bewerteten Ergebnisse entfällt mit 457 auf den Sentinel-Event-Indikator **„Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“** (ID 52010). Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Anstieg von nahezu 4 Prozentpunkten (EJ 2022: 83,24 %; EJ 2021: 79,66 %). Außer 457 schriftlich durchgeführten Stellungnahmeverfahren wurden aufgrund von rechnerisch auffälligen Ergebnissen 3 Gespräche und 2 Begehungen durchgeführt. Die absolute Anzahl der als qualitativ auffällig eingestuft Ergebnisse beträgt 142 und ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen (EJ 2021: 68). Gemessen an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen in diesem Indikator entsprechen die 142 Ergebnisse einem Anteil von 31,07 % (EJ 2021: 18,28 %). Insgesamt 81 von ihnen werden mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel begründet (57,04 %; EJ 2021: 58,82 %, n: 40). Auch wenn dieser Anteil schwach zurückgegangen ist, stechen sowohl der Anstieg der absoluten Anzahl der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen als auch der Anteil derjenigen mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel an allen Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (EJ 2022:

17,7 %; EJ 2021: 10,8 %) deutlich hervor. Insgesamt 39-mal (27,47 %; EJ 2021: 20-mal, 29,41 %) wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die qualitative Auffälligkeit genannt; in 22 Fällen (15,49 %; EJ 2021: 8; 11,77 %) wurde hierfür „Sonstiges“ angegeben.

Von den im QSEB übermittelten 549 rechnerisch auffälligen Ergebnissen entfallen 92 (20,04 %; EJ 2021: 95; 20,34 %) auf den Qualitätsindikator „**Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)**“ (ID 52009). Es wurden mit Ausnahme der 5 bereits erläuterten Standorte für sämtliche rechnerisch auffälligen Ergebnisse schriftliche Stellungnahmeverfahren durchgeführt; Gespräche oder Begehungen fanden nicht statt. Die Begründungen für eine Bewertung als qualitativ auffällig umfassen 39-mal (42,39 %, N = 92) Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (EJ 2021: 23-mal, 24,21 %, N = 95), 10-mal (10,87 %, N = 92) wurden keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die qualitative Auffälligkeit genannt (EJ 2021: 8-mal; 8,42 %; N = 95), und bei 6 Ergebnissen (6,52 %) wurde „Sonstiges“ als Grund der Bewertung angegeben (EJ 2021: 4; 4,21 %; N: 95).

Somit ist für beide Qualitätsindikatoren des Verfahrens QS DEK ein deutlicher Anstieg sowohl der Anzahl der Leistungserbringer mit qualitativ auffälligen Ergebnissen als auch des diesbezüglichen Anteils an Struktur- und Prozessmängeln an allen Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen und an allen betrachteten Leistungserbringern zu beobachten. Gleichzeitig ist die Bewertung rechnerisch auffälliger Leistungserbringerergebnisse als qualitativ unauffällig in beiden Indikatoren gesunken (ID 52009: EJ 2022 = 28,26 %, EJ 2021 = 40,0 %; ID 52010: EJ 2022 = 54,05 %, EJ 2021 = 64,3 %). Möglicherweise kann sowohl die quantitative Zunahme der als qualitativ auffällig als auch der Rückgang der als qualitativ unauffällig bewerteten Leistungserbringern partiell darauf zurückgeführt werden, dass nach dem Wechsel des Verfahrens QS DEK in die DeQS-RL für das Erfassungsjahr 2021 die Bewertungen durch die Landesarbeitsgemeinschaften bzw. den jeweiligen Fachkommissionen erstmals im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL vorgenommen wurden und dabei keine Vergleichsergebnisse zur Verfügung standen. Vergleiche waren erstmals für die hier zu berichtenden Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 möglich. Aus den inhaltlichen Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften zu wiederholten Auffälligkeiten aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln lassen sich quantitativ betrachtet zunächst keine Hinweise auf eine Qualitätsverschlechterung in der Dekubitusprophylaxe von 2021 zu 2022 ablesen. Diesbezüglich belastbare Aussagen bzw. Tendenzen könnten mit den Ergebnissen des Qualitätssicherungsergebnisberichts für das Erfassungsjahr 2023 möglich sein und würden im folgenden Bundesqualitätsbericht berichtet werden.

Eine Bewertung als qualitativ auffällig mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel wurde sowohl für den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) als auch für den Sentinel-Event-Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (ID 52010) inhaltlich damit begründet, dass Mängel in der praktischen Umsetzung des Expertenstandards ersichtlich waren bzw. die Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe nicht dem aktuellen Standard entsprechen. Die Risikoeinschätzung für das Entstehen eines Dekubitus bei der Patientenaufnahme erfolgt nicht immer zeitnah, ungenügend oder gar

nicht bzw. gab es Dokumentationsdefizite bei den Risikofaktoren. Zudem werden Mängel bzw. Defizite in der Erkennung und korrekten Klassifizierung von Dekubitalulcera ersichtlich. Im Weiteren werden Maßnahmen zur Prophylaxe nicht ausreichend umgesetzt bzw. evaluiert. Es kommt darüber hinaus häufig zu Fehldokumentationen oder die Dokumentation ist nicht nachzuvollziehen. Auch für das Erfassungsjahr 2022 gibt es im Rahmen der Ergebnisse für den Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) die Rückmeldung, dass Fersenfreilagerungen nicht konsequent durchgeführt werden. Für den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) wird zudem angegeben, dass häufig Wund-, Lagerungs- und/oder Dekubitusdokumentation fehlen, die Wundexpertin/der Wundexperte zu spät einbezogen wurde bzw. es zum zeitlich verzögerten Einsatz der Wechseldruckmatratze kam. Von einem Leistungserbringer wird die qualitative Auffälligkeit in diesem Indikator mit einem Pflegeengpass begründet. Die Fachkommission gibt hierzu den Hinweis, dass der „Arbeitsaufwand der machbaren Pflege angepasst sein muss“ und Notfallplan sowie Risikokzept überarbeitet werden sollten.

Insbesondere für die Fachrichtungen Psychiatrie, Geriatrie und Neuro-Frührehabilitation erfolgen Rückmeldungen zu fehlenden Dokumentationen zur Risikoeinschätzung bzw. zur Nichtdokumentation von Prophylaxemaßnahmen oder deren unzureichende Umsetzung. Auch wird von einer Landesarbeitsgemeinschaft über eine hohe Anzahl an Fehleinschätzungen und Falschangaben zum Status des Dekubitus bei Aufnahme der Patientin bzw. des Patienten berichtet.

Die Maßnahmen der Stufe 1 umfassen Empfehlungen u. a. für die Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien (ID 52009: 3-mal; ID 52010: 9-mal), für die Implementierung von Behandlungspfaden (ID 52009: 1-mal; ID 52010: 1-mal), für die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien (ID 52009: 5-mal; ID 52010: 5-mal) sowie für die Durchführung von Audits (ID 52009: 2-mal; ID 52010: 1-mal) und für die Teilnahme an einem Qualitätszirkel (ID 52010). Gründe für die Durchführung der Audits vor Ort sind die hohe Anzahl auffälliger Vorgänge ohne nachvollziehbare Erklärung bzw. ohne erkennbare Qualitätsverbesserungen (ID 52009) sowie häufig fehlende Wund- und Dekubitusdokumentationen und nicht aussagekräftige Sachverhaltsbeschreibung mit lückenhafter Dokumentation bis hin zu fachlichen Mängeln (Mittel zur Prophylaxe oder Therapie wurden mehrfach nicht rechtzeitig eingesetzt) (ID 52010).

Die in zwei Bundesländern von den jeweiligen Fachkommissionen für insgesamt 3 im Erfassungsjahr 2021 als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnisse empfohlene Maßnahmenstufe 2 war zum Zeitpunkt der Erstellung des QSEB im Auswertungsjahr 2023 noch nicht abgeschlossen. Zu den bereits in den Vorjahren mit einem dieser Leistungserbringer getroffenen Vereinbarungen über qualitätsverbessernde Maßnahmen war z. B. kein Erfolg zu verzeichnen, weshalb zunächst ein erweitertes kollegiales Gespräch durchgeführt wurde. Im Rahmen dieses Gesprächs wurden u. a. die Erarbeitung einer umfangreichen Ist-Analyse und „eines strukturierten Handlungsplans mit koordinierten Maßnahmen durch den LE mit Hilfe eines externen Beratungsunternehmens“ sowie, jeweils terminiert, eine schriftliche Rückmeldung zum Umsetzungsstand

und eine Begehung beschlossen. Mit einem zweiten Leistungserbringer wurden ebenfalls Vereinbarungen getroffen, u. a. vierteljährliche Meldungen zu inzidenten und prävalenten Dekubitalulcera. Von einem weiteren Leistungserbringer, bei welchem ebenfalls weitgehende Prozess- und Strukturängel ausgemacht wurden und diesbezüglich keine Verbesserungen beobachtet werden konnten, wird aktuell regelmäßig der Status „Present on Discharge“ an die Landesarbeitsgemeinschaft übermittelt; bei mehr als zwei inzidenten Dekubitalulcera werden die jeweiligen Fallanalysen an die Fachkommission gemeldet.

Die Mehrheit der als qualitativ unauffällig bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten entfällt mit 247 (54,05 %), bezogen auf alle 457 rechnerisch auffälligen Ergebnisse des Verfahrens auf den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (ID 52010) und wird mehrheitlich mit Einzelfällen begründet (152); im Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 52009) werden Einzelfälle hingegen nur 14-mal aufgeführt (3,06 %; N: 457).

Als Begründungen für die Bewertung als qualitativ unauffällig werden für den Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) u. a. mangelnde Compliance, schicksalhafte Verläufe bzw. komplexe palliative Situationen genannt. In einem Fall führte die unzureichende Abbildung der Risikofaktoren des Gesamtpatientenkollektivs zu einem falsch zu niedrig erhobenen E-Wert; dies wurde zwar als qualitativ unauffällig eingestuft, es wurde jedoch eine Maßnahme der Stufe 1 (Fortbildung) empfohlen. Die Begründungen für die Bewertung als besondere klinische Situation beziehen sich für den Sentinel-Event-Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) ebenfalls auf die Schwere der Grunderkrankung sowie des klinischen Verlaufs bzw. auf eine ausgeprägte intensivmedizinische Therapie und auf eine sehr lange OP-Zeit u. a. in Verbindung mit hochdosierten Katecholaminen. Zudem werden in diesem Indikator 152 Einzelfälle rückgemeldet, die sich u. a. auf zu wenige Intervalle der Risikoeinschätzung und einen nicht aktualisierten Pflegestandard beziehen.

Wiederholte Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2023 und der Vorjahre werden in Tabelle 11 abgebildet. Für beide Qualitätsindikatoren des Verfahrens QS DEK ist festzustellen, dass ein höherer Anteil Leistungserbringer mit auffälligen Ergebnissen im Erfassungsjahr 2022 bereits im Vorjahr (2021) auffällige Ergebnissen hatten (ID 52009: 54,35 %; ID 52010: 42,89 %). Wiederholt qualitativ auffällige Ergebnisse wiesen im Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 5200) 29,09 % sowie im Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4“ (ID 52010) 15,49 % der Leistungserbringer auf. Da das Verfahren QS DEK erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – DEK

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)	92 / 1.916 (4,80 %)	5	0 / 92 (0,00 %)	0 / 1.916 (0,00 %)	26 / 92 (28,26 %)	26 / 1.916 (1,36 %)	55 / 92 (59,78 %)	55 / 1.916 (2,87 %)	4 / 92 (4,35 %)	4 / 1.916 (0,21 %)	2 / 92 (2,17 %)	2 / 1.916 (0,10 %)
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	457 / 1.919 (23,81 %)	0	0 / 457 (0,00 %)	0 / 1.919 (0,00 %)	247 / 457 (54,05 %)	247 / 1.919 (12,87 %)	142 / 457 (31,07 %)	142 / 1.919 (7,40 %)	57 / 457 (12,47 %)	57 / 1.919 (2,97 %)	11 / 457 (2,41 %)	11 / 1.919 (0,57 %)

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – DEK

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	92	50	-	55	16	-
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	457	196	-	142	22	-

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß § 16 Teil 1 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul DEK insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 5 zur Vollständigkeit geprüft, zu denen 12.361 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 12 wiedergegeben, wurden 176 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 137 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet, 39-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Zu einem Ergebnis wurde zudem ein Gespräch geführt. Von den 137 eingeleiteten schriftlichen Stellungnahmeverfahren sind 7 noch nicht abgeschlossen, sodass eine Bewertung mit „Sonstiges“ erfolgte.

Es wurden 108 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 176) einem Anteil von 61,36 % entspricht und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einem Anteil von 78,83 %.

Bei 5 Leistungserbringern, für welche eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde, sind Qualitätssicherungsmaßnahmen der Maßnahmenstufe 1 initiiert worden. Dabei wurden 3-mal Zielvereinbarungen bei wiederholter Fehldokumentation zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen sowie 2-mal die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien bei Dokumentationsmängeln bezüglich des Feststellens des Dekubitusstatus bei Aufnahme empfohlen.

Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.361	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	176	1,42
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	176	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	39	22,16

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	137	77,84
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	137	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,73
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	7	5,11
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	11	6,25
Bewertung als qualitativ auffällig	108	61,36
Sonstiges	11	6,25
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	5	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 13 werden pro Auffälligkeitskriterium die Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens für das Auswertungsjahr 2023 dargestellt. Die meisten als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringer (n = 53) lassen sich für das Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 850359) beobachten.

Zusammengefasst weisen die beiden Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit eine höhere Rate an qualitativen Auffälligkeiten auf. Im Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 850359) waren 53 von 66 (80,30 %) der im Erfassungsjahr 2022 rechnerisch auffälligen Standorte qualitativ auffällig. Die Angabe, dass unbekannt sei, ob bei Aufnahme ein Dekubitus vorlag oder nicht vorlag, wurde bei diesen Standorten also für die Qualitätssicherung fälschlicherweise gemacht, obwohl der Status bekannt war. Für nahezu alle Standorte (50) wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt; es wurden 3 Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen sowie 2-mal die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien empfohlen. 5 Standorte waren qualitativ unauffällig, bei keinem wurde die Bewertung „sonstiges“ abgegeben und bei 8 wurde das Stellungnahmeverfahren nicht

eingeleitet. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein deutlicher Anstieg der qualitativ als auffällig bewerteten Ergebnisse zu verzeichnen (EJ 2021: 61,76 %).

Im Auffälligkeitskriterium „Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik“ (ID 851805) waren 13 von 23 (56,52 %) der im Erfassungsjahr 2022 rechnerisch auffälligen Standorte qualitativ auffällig; diese Standorte weisen Fälle mit Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation, jedoch nicht in der Risikostatistik auf. Bei insgesamt 10 Standorten wurde die fehlerhafte Dokumentation bestätigt, bei einem von ihnen aufgrund von Problemen mit dem Krankenhausinformationssystem (KIS). Maßnahmen wurden keinem der Standorte empfohlen. Ein Standort war qualitativ unauffällig, bei keinem wurde die Bewertung „sonstiges“ abgegeben und bei 5 wurde das Stellungnahmeverfahren nicht eingeleitet. Im Vergleich zum Vorjahr ist auch hier ein deutlicher Anstieg der qualitativ als auffällig bewerteten Ergebnisse zu verzeichnen (EJ 2021: 40,74 %).

Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	66 / 1.698 (3,89 %)	8	0 / 66 (0,00 %)	0 / 1.698 (0,00 %)	5 / 66 (7,58 %)	5 / 1.698 (0,29 %)	53 / 66 (80,30 %)	53 / 1.698 (3,12 %)	0 / 66 (0,00 %)	0 / 1.698 (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	23 / 1.698 (1,35 %)	5	4 / 23 (17,39 %)	4 / 1.698 (0,24 %)	1 / 23 (4,35 %)	1 / 1.698 (0,06 %)	13 / 23 (56,52 %)	13 / 1.698 (0,77 %)	0 / 23 (0,00 %)	0 / 1.698 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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											
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	33 / 1.709 (1,93 %)	15	0 / 33 (0,00 %)	0 / 2.709 (0,00 %)	2 / 33 (6,06 %)	2 / 1.709 (0,12 %)	15 / 33 (45,45 %)	15 / 1.709 (0,88 %)	1 / 33 (3,03 %)	1 / 1.709 (0,06 %)
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	22 / 1.709 (1,29 %)	4	1 / 22 (4,55 %)	1 / 1.709 (0,06 %)	3 / 22 (13,64 %)	3 / 1.709 (0,18 %)	10 / 22 (45,45 %)	10 / 1.709 (0,59 %)	4 / 22 (18,18 %)	4 / 1.709 (0,23 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	1 / 1.695 (0,06 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1.695 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1.695 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1.695 (0,06 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1.695 (0,00 %)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	21 / 1.926 (1,09 %)	6	2 / 21 (9,52 %)	2 / 1.926 (0,10 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 1.926 (0,00 %)	11 / 21 (52,38 %)	11 / 1.926 (0,57 %)	2 / 21 (9,52 %)	2 / 1.926 (0,10 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	10 / 1.926 (0,52 %)	1	0 / 10 (0,00 %)	0 / 1.926 (0,00 %)	0 / 10 (0,00 %)	0 / 1.926 (0,00 %)	5 / 10 (50,00 %)	5 / 1.926 (0,26 %)	4 / 10 (40,00 %)	4 / 1.926 (0,21 %)

In Tabelle 14 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS DEK erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

In den beiden Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen. In den 5 Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit gab es keine Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Auffälligkeitskriterien des Verfahrens QS DEK über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)“ (ID 850359) weist die meisten wiederholt rechnerischen und wiederholt qualitativen Auffälligkeiten seit dem Erfassungsjahr 2021 auf. Sämtliche 5 Empfehlungen der Fachkommissionen betreffen dieses Auffälligkeitskriterium (Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien aufgrund von Mängeln bei der Dokumentation des Dekubitusstatus bei Aufnahme, Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität wegen wiederholt auffälligen Fehldokumentationen).

In Tabelle 15 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten dargestellt, wobei mehrfache rechnerische Auffälligkeiten bei insgesamt 26 Leistungserbringern zu beobachten sind und damit häufiger vorkommen als Leistungserbringer mit mehrfachen qualitativen Auffälligkeiten (7).

Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit							
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	66	25	-	53	17	-
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	23	1	-	13	0	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	33	0	-	15	0	-
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	22	0	-	10	0	-
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	1	0	-	1	0	-

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	21	0	-	11	0	-
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	10	0	-	5	0	-

Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – DEK

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
123	25	1	93	6	1

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften) eingeholt werden.

Das Richtlinienziel des Verfahrens *QS DEK* besteht gemäß § 1 Abs. 3 Teil 2 Verfahren 11 (*QS DEK*) DeQS-RL in der Messung der inzidenten Dekubitalulcera sowie in ihrer vergleichenden Darstellung und Bewertung. Dabei sind insbesondere die Verbesserung von Prozessqualität und Ergebnisqualität Ziele des Verfahrens. Beide Qualitätsindikatoren adressieren diese Ziele, wobei der Sentinel-Event-Indikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) ausschließlich die Dekubitalulcera Kategorie 4 als schwerwiegendste Komplikation des Wundliegens betrachtet. Im zeitlichen Verlauf lässt sich anhand der Ergebnisse bzw. den inhaltlichen Begründungen des Stellungnahmeverfahrens tendenziell eine Verschlechterung in der Qualität der Dekubitusprophylaxe beobachten. Das Verfahren ist bezüglich seiner in der Richtlinie formulierten Ziele aufgrund der sich seit Jahren nicht verbessernden Prozessqualität als bedingt wirksam einzuschätzen. Die Angemessenheit der Methoden zur Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe könnten sowohl mit Blick auf die anhaltenden Struktur- und Prozessmängel als auch bezüglich der Anzahl von Leistungserbringern, welche Fälle mit inzidentem Dekubitus nur unzureichend oder gar nicht im Stellungnahmeverfahren erläutern, z. B. auf eine Erweiterung in Form einer Strukturabfrage hin geprüft werden. Um hierfür zunächst in einen breiteren fachlichen Austausch zu kommen, könnte ein Bund-Land-Treffen zum Thema Dekubitusprophylaxe in Erwägung gezogen werden. Vom IQTIG wurde das Verfahren aktuell nicht angepasst, da es keine Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene hierfür gibt.

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).

Für das Erfassungsjahr 2023 haben 7 der insgesamt 16 Landesarbeitsgemeinschaften die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Inhaltliche Rückmeldungen zum *QS DEK* haben 4 Landesarbeitsgemeinschaften gegeben. Die Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften zur Evaluation für das Erfassungsjahr 2023 bilden inhaltlich Themen ab, die bereits seit Jahren aus den Bundesländern benannt werden; diese wurden im Expertengremium Dekubitusprophylaxe auf Bundesebene wiederholt besprochen.

Wiederholt aufgeführt wird zunächst die fehlende Übereinstimmung der Klassifikation gemäß BfArM mit den von den Leistungserbringern im Alltag oftmals gebrauchten NPUAP/EPUAP-Kategorien, wodurch Unsicherheiten z. B. beim Kodieren der Kategorie „Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“ entstünden, welche sich auch auf die QS-Dokumentation auswirkten. 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 der 2023 von einem Mitglied des Expertengremiums auf Bundesebene im Rahmen seiner Institution gestellte Antrag ebenfalls zur Ablehnung empfohlen. Im Kontext dieser Klassifikationsproblematik wurde die für das Erfassungsjahr 2024 vorgenommene Streichung des für das Erfassungsjahr 2023 aufgenommenen Ausfüllhinweises „Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung ist als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet zu dokumentieren.“ kritisiert; diese Streichung führe zu vielen leistungserbringerseitigen Rückfragen. Das IQTIG legt dazu dar, dass ein ähnlich lautender Satz im Ausfüllhinweis bereits im Erfassungsjahr 2018 gestrichen wurde, da u. a. eine inhaltliche Bewertung der Kategorie „nicht näher bezeichnet“ nicht vorgenommen bzw. nicht durch Evidenz gestützt werden konnte. Außerdem wurde für das Erfassungsjahr 2023 davon ausgegangen, dass mit diesem Ausfüllhinweis die Anzahl der unter der Kategorie „nicht näher bezeichnet“ dokumentierten Dekubitalulcera deutlich ansteigen würde. Tatsächlich wurde im Ergebnis der Transparenzkennzahl „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet“ (ID 521800) für das Erfassungsjahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr ersichtlich, dass die Anzahl der in dieser Kategorie kodierten Dekubitalulcera zurückgegangen ist (EJ 2023: 0,0059; EJ 2022: 0,0062); konkrete Gründe hierfür sind nicht nachvollziehbar; möglicherweise wurde der Ausfüllhinweis seltener gelesen als zunächst angenommen.

Auch auf die für die Leistungserbringer nicht verwertbaren quartalsweisen Rückmeldeberichte einschließlich der nicht enthaltenen Basisauswertung wird erneut kritisch eingegangen.² Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Berichte für die Leistungserbringer keine Informationen enthielten. Als Verbesserungsvorschläge wird die Ausweisung der rohen Raten für beide Qualitätsindikatoren des Verfahrens oder die Darstellung der Anzahl der inzidenten Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2, 3, 4 und nicht näher bestimmten Stadiums „im Sinne einer Basisstatistik anhand der ausgezählten QS-Bögen bzw. als Kennzahlen“ angeführt. Die Vorschläge bezogen sich darüber hinaus auch auf die Abbildung der Ergebnisse in der mandantenfähigen Datenbank zur Unterstützung der Leistungserbringer bei unterjährig entstandenen inzidenten Dekubitalulcera durch die Landesarbeitsgemeinschaften. Das IQTIG teilte bezüglich der Quartalsberichte bereits mit, dass an einer Lösung gearbeitet werde.

Des Weiteren wurde thematisiert, dass die nachträgliche Änderung von Abrechnungsdaten seit 2021 nicht mehr zulässig ist. So kann ein versehentlich falsch kodierter Dekubitus Grad 4, der korrekt als Grad 3 hätte dokumentiert werden müssen, nicht korrigiert werden. Da im Verfahren QS DEK nahezu alle Daten der QS-Dokumentation aus Abrechnungsdaten bestünden, sei dieses von

² Aufgrund der noch nicht zur Verfügung stehenden Risikostatistik zum Zeitpunkt der Berichte für die Quartale 1, 2 und 3 sind keine Indikatorberechnungen möglich.

der Problematik besonders betroffen. Das IQTIG weist darauf hin, dass grundsätzlich davon auszugehen ist, dass die Abrechnungsdaten vor dem Versenden geprüft werden. Entsprechende Fälle sind weiterhin im Stellungnahmeverfahren zu klären.

5 Fazit und Ausblick

Für die Bundesergebnisse 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. Aus den Ergebnissen der Stellungnahmeverfahren der Länder geht hervor, dass die Dekubitusprophylaxe persistent nicht bzw. nicht korrekt von allen Leistungserbringern umgesetzt wird. Das Expertengremium auf Bundesebene sieht hierin ein relevantes Qualitätsproblem. Aus den QSEB-Berichten lassen sich für beide Qualitätsindikatoren weiterhin die bekannten Gründe für qualitative Auffälligkeiten 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. Der Umsetzung des grundsätzlich vorhandenen Engagements der Pflegenden zur Dekubitusprophylaxe stehen weiterhin die anhaltenden Rahmenbedingungen in der Pflege gegenüber.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 (G-BA 2023) beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* und *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht wurde am 14. Juni 2024 dem G-BA übergeben. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung der Empfehlungen vorgesehen.

Literatur

- Alderden, J; Whitney, JD; Taylor, SM; Zaratkiewicz, S (2011): Risk Profile Characteristics Associated With Outcomes of Hospital-Acquired Pressure Ulcers: A Retrospective Review. *Critical Care Nurse* 31(4): 30-43. DOI: 10.4037/ccn2011806.
- Bergquist-Beringer, S; Dong, L; He, J; Dunton, N (2013): Pressure Ulcers and Prevention Among Acute Care Hospitals in the United States. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 39(9): 404-414. DOI: 10.1016/s1553-7250(13)39054-0.
- BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte]; Hrsg. (2022): ICD-10-GM. Version 2023. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification [Referenzfassung]. Stand: 16.09.2022. Köln: BfArM. URL: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/version2023/icd10gm2023syst-pdf.zip.html> [Download > Zip-Archiv > icd10gm2023syst_referenz_20220916.pdf] (abgerufen am: 20.12.2023).
- 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.
- EPUAP [European Pressure Ulcer Advisory Panel]; NPIAP [National Pressure Injury Advisory Panel]; PPIA [an Pacific Pressure Injury Alliance] (2019): Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Third edition. EPUAP [u. a.]. ISBN: 978-0-6480097-8-8. URL: <https://internationalguideline.com/s/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf> (abgerufen am: 20.12.2023).
- 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: 30.01.2023).
- Mao, X; Zhu, L (2021): Effects of care bundles for patients with pressure ulcers and the impact on self-care efficacy. *American Journal of Translational Research* 13(3): 1799-1807. URL: <https://e-century.us/files/ajtr/13/3/ajtr0120784.pdf> (abgerufen am: 29.01.2024).