

QS-Verfahren *Dekubitusprophylaxe*

Bundesqualitätsbericht 2025

Impressum

Titel	QS-Verfahren <i>Dekubitusprophylaxe</i> . Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Hintergrund	6
2 Einordnung der Ergebnisse	10
2.1 Datengrundlage.....	10
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	11
2.2.1 Überblick	11
2.2.2 Detailergebnisse	16
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	19
2.3.1 Überblick	19
2.3.2 Detailergebnisse	23
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	27
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	27
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	30
4 Evaluation	32
5 Ausblick.....	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – DEK	8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – DEK	9
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – DEK	10
Tabelle 4: Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik (AJ 2025, EJ 2024) – RST ...	11
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – DEK	13
Tabelle 6: Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – DEK	14
Tabelle 7: QI 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	16
Tabelle 8: QI 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	17
Tabelle 9: TKez 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	18
Tabelle 10: TKez 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3	18
Tabelle 11: TKez 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet	18
Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – DEK	20
Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – DEK.....	21
Tabelle 14: AK 850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	23
Tabelle 15: AK 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	24
Tabelle 16: AK 850095: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation.....	24
Tabelle 17: AK 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	25
Tabelle 18: AK 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	25
Tabelle 19: AK 851806: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik	25
Tabelle 20: AK 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	26
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK	27
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK	29
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK	30
Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK	31

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019 (coronavirus disease 2019)
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>)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – 10. Revision – German Modification
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LE	Leistungserbringer
MDS	Minimaldatensatz
n. a.	nicht anwendbar
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
POA	Present on Admission
QS	Qualitätssicherung
QS DEK	QS-Verfahren <i>Dekubitusprophylaxe</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
RST	Risikostatistik
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Ein Dekubitus, auch als Druckgeschwür (Ulkus) bzw. Wundliegen bezeichnet, gilt als ernstzunehmende Komplikation in der medizinischen Versorgung und tritt häufig bei zu pflegenden Patientinnen und Patienten auf. Er kann im Zusammenhang mit schwerwiegenden Erkrankungen und als Folge von Bewegungseinschränkungen entstehen. Risikofaktoren für das Entstehen eines Dekubitalulcus sind z. B.

- eine eingeschränkte Mobilität unterschiedlicher Ausprägung nach Gelenkkontrakturen oder im Rahmen von Querschnittslähmungen (Paresen),
- eine erhöhte Hautfeuchte,
- eine schlechte Durchblutung,
- Mangelernährung,
- starkes Übergewicht (Adipositas),
- bestimmte Infektionen (z. B. Pneumonien)
- eine Sepsis sowie
- bestimmte Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus).

Dekubitalulcera werden gemäß ICD-10-GM in die folgenden vier Stadien unterteilt, die unterschiedliche Schweregrade widerspiegeln:

- Dekubitus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet: Dekubitus ohne Angabe eines Stadiums oder einer Kategorie
- Stadium 1: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
- Stadium 2: Dekubitus mit Vorliegen einer Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung der Oberhaut (Epidermis) und/oder Lederhaut (Dermis)
- Stadium 3: 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
- Stadium 4: Dekubitus mit Absterben (Nekrose) von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

Gegenstand des QS-Verfahrens *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* ist die Erfassung von Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien¹ 2, 3 und 4 oder eines nicht näher bezeichneten Stadiums bzw. einer nicht näher bezeichneten Kategorie bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren, welche während eines vollstationären Aufenthalts neu aufgetreten sind. Da in der Praxis oft Unsicherheit bei der Abgrenzung eines Dekubitus Stadium/Kategorie 1 von einer Hautrötung besteht, werden Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1 nicht im QS-Verfahren erhoben und ausgewertet. Die Inzidenz lag im Jahr 2024 bezogen auf Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 und 3 bei etwa 55.000 bzw. ca. 9.600 Fällen, und in 724 Fällen waren Patientinnen und Patienten von einem Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 betroffen.

¹ Der Begriff „Stadium“ wird in der ICD-10-GM verwendet, der Begriff „Kategorie“ im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“.

Ein Dekubitus kann in der Regel durch eine angemessene Dekubitusprophylaxe vermieden werden. Ausnahmefälle sind im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ beschrieben und beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, deren Verletzung einer Mobilisation zur Druckentlastung bzw. -verteilung überwiegend entgegensteht (beispielsweise bei Verletzungen der Wirbelsäule). 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).

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 durch eine adäquat durchgeführte Dekubitusprophylaxe vorzubeugen. Ziel des Verfahrens QS DEK ist in diesem Zusammenhang die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität, damit möglichst wenig neue Dekubitalulcera entstehen.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Indikatoren messen inzidente, d. h. neu aufgetretene Dekubitalulcera bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts.

Mit dem risikoadjustierten Qualitätsindikator „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) werden sämtliche während eines Krankenhausaufenthalts entstandenen Dekubitalulcera der Stadien/Kategorien 2 bis 4 sowie des Stadiums / der Kategorie „nicht näher bezeichnet“ von vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren betrachtet. Die Inzidenz des Auftretens von Dekubitalulcera des jeweiligen Stadiums (2, 3, 4, nicht näher bezeichnet) wird über 3 Transparenzkennzahlen (IDs 52326, 521801 und 521800) ausgegeben.

In den Zähler des Sentinel-Event-Indikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) gehen alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 4 ein. Dekubitalulcera dieses Stadiums bzw. dieser Kategorie sollen unbedingt verhindert werden. Aufgrund ihrer besonderen Schwere erfolgt daher im Stellungnahmeverfahren der externen Qualitätssicherung in jedem Einzelfall eine Analyse der Ursachen für die Entstehung.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – 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	2024
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QS-Dokumentation, Risikostatistik	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Verfahren QS DEK sind 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 5 zur Überprüfung der Vollzähligkeit definiert.

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 850359) überprüft, wie oft der Status zum Dekubitus bei Aufnahme nicht dokumentiert wurde. Im Verfahren QS DEK gehen ausschließlich diejenigen Fälle in den Zähler der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen ein, für die die Frage „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“)“ mit „Nein“ oder „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ beantwortet wurde. So werden inzidente (neu aufgetretene) Dekubitalulcera identifiziert.

Die Risikostatistik bildet die Grundgesamtheit für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens und wird außerdem für die Berechnung der Risikoadjustierung verwendet. Das 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) zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation.

Die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation zur QS-Dokumentation bzw. zur Unter- und Überdokumentation der Risikostatistik prüfen, ob weniger oder mehr Fälle in der QS-Dokumentation bzw. für die Risikostatistik dokumentiert wurden, als gemäß der jeweiligen Sollstatistik zu erwarten waren. Es werden diejenigen Leistungserbringer auffällig, bei denen eine Vollzähligkeit von < 95 % bzw. > 110 % vorliegt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Be-

rechnung der Indikatorenergebnisse zu gewährleisten. Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz hingegen prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – 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 Underdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik
851806	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Risikostatistik, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Die Anzahl der im Erfassungsjahr 2024 gelieferten Datensätze unterscheidet sich geringfügig von der Anzahl der erwarteten Datensätze. Die Datengrundlage weist eine Vollzähligkeit von 100,31 % auf und ist im Vergleich zum Erfassungsjahr 2023 (100,92 %) nahezu unverändert geblieben. Im Erfassungsjahr 2024 wurden, bei einer marginal geringeren Anzahl an entlassenden Standorten, im Vergleich zum Erfassungsjahr 2023 insgesamt 1.981 Datensätze (gesamt) mehr übermittelt. Dies lässt sich auf den allgemeinen und noch immer andauernden Wiederanstieg der stationären Fälle nach der COVID-19-Pandemie zurückführen (Anzahl der Datensätze EJ 2018: 282.271, EJ 2019: 271.556, EJ 2020: 243.442, EJ 2024: 275.828).

Für das Verfahren QS DEK werden neben den Daten der QS-Dokumentation auch Abrechnungsdaten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) genutzt. Bei den Abrechnungsdaten handelt es sich zum einen um Informationen zu jeder stationär behandelten Patientin und jedem stationär behandelten Patienten ab 20 Jahren mit oder ohne Dekubitus und zum anderen um Risikofaktoren, durch die ein Dekubitus entstehen kann. Die einzelnen Risikofaktoren werden in Gruppen zusammengefasst (z. B. eingeschränkte Mobilität, Infektion oder Inkontinenz) und zur Berechnung der erwarteten Anzahl inzidenter Dekubitalulcera in den Rechenregeln des Qualitätsindikators „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) verwendet. Aufgrund dieses Verwendungszwecks werden diese Daten im Verfahren QS DEK als „Risikostatistik“ bezeichnet.

Die Risikostatistik wird von den Leistungserbringern im Anschluss an das jeweilige Erfassungsjahr erstellt. Für das Erfassungsjahr 2024 wurden 15.893.665 Fälle an das IQTIG übermittelt. Die Anzahl der Datensätze für die Risikostatistik ist weiterhin geringer als vor der COVID-19-Pandemie (EJ 2019: 17.664.961, EJ 2020: 15.043.534), zeigt aber insgesamt einen Trend zum Wiederanstieg.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - DEK

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	275.828 275.722 106	274.968	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	1.646		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	1.646	1.637	100,55

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit QS-Dokumentation Bund (gesamt)	1.354	1.346	100,59
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene mit Risikostatistik Bund (gesamt)	1.510	1.501	100,60

Tabelle 4: Anzahl Fälle mit und ohne Dekubitus in der Risikostatistik (AJ 2025, EJ 2024) - RST

	Erfassungsjahr 2024	
	geliefert	
Bund (gesamt)	15.893.665	

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Sowohl die beiden Qualitätsindikatoren „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 52009) und „Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4“ (ID 52010) als auch die der Gruppe „Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ zugehörigen Transparenzkennzahlen zu Stadium/Kategorie 2 (ID 52326), Stadium/Kategorie 3 (ID 521801) und Stadium/Kategorie „nicht näher bezeichnet“ (ID 521800) weisen in ihren rechnerischen Ergebnissen im Auswertungsjahr 2025 keine relevanten Änderungen zum Vorjahr auf.

Hingegen lassen sich Unterschiede in der Tendenz der Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 gegenüber dem Vorjahr zwischen den beiden Qualitätsindikatoren des Verfahrens beobachten – und zwar sowohl in der Anzahl als auch im Anteil derjenigen Leistungserbringerergebnisse mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessprobleme. Während im Indikator zu Dekubitalulcera ohne Stadium/Kategorie 1 (ID 52009) nach dem sprunghaften Anstieg (+ ca. 6.000 Fälle im EJ 2022, O/E = 1,18) nun eine Verbesserung in der Prozess- und Strukturqualität erkennbar ist, lässt sich bezüglich des Indikators zu Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 (ID 52010) keine nennenswerte Veränderung beobachten. Für Letzteren liegt der Anteil von als qualitativ auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen mit Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel an allen als rechnerisch auffällig bewerteten Leistungserbringerergebnissen seit 2017 kontinuierlich über dem des Indikators ohne Stadium/Kategorie 1 (2017: 11,1 %; 2018: 17,7 %; 2019: 13,7 %; 2020: 15,2 %; 2021: 10,8 %; 2022: 17,7 %; 2023: 20,7 %).

Die Ergebnisse zeigen, dass etwa jeder 5. Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis im Sentinel-Event-Indikator zum Auftreten eines Dekubitus Stadium/Kategorie 4 (ID 52010) aufweist, wovon bereits die Hälfte im Vorjahr ein rechnerisch auffälliges Ergebnis hatte. Im Indikator 52009 zeigt etwa jeder 20. Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, wobei bei ebenfalls der Hälfte im Vorjahr bereits ein rechnerisch auffälliges Ergebnis festgestellt wurde. Die Bewertungen nach Stellungnahmeverfahren zeigen in beiden Indikatoren einen hohen Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse (QI 52009: 50,55 %; QI 52010: 31,78 %). Die häufigsten Begründungen adressieren dabei Mängel in der Risikoerfassung eines Dekubitus sowie in der Prävention eines solchen. Fehler bei der Dokumentation und Nichteinhaltung des Expertenstandards werden ebenfalls häufig genannt. Das IQTIG leitet daraus ab, dass weiterhin ein maßgebliches Verbesserungspotenzial besteht.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2025) – DEK

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)				
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	1,11 O/E = 67.636 / 61.172,54 0,4367 % O/N = 67.636 / 15.489.731	1,06 O/E = 66.309 / 62.410,55 0,4172 % O/N = 66.309 / 15.893.663 (≤ 2,45; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2*	0,3682 % O = 57.029 N = 15.489.731	0,3496 % O = 55.568 N = 15.893.663	vergleichbar
521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3*	0,0635 % O = 9.829 N = 15.489.731	0,0605 % O = 9.621 N = 15.893.663	vergleichbar
521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet*	0,0059 % O = 911 N = 15.489.731	0,0062 % O = 979 N = 15.893.663	vergleichbar
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	0,0050 % O = 768 N = 15.489.731	0,0046 % O = 724 N = 15.893.663 (Sentinel Event)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 6: Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – DEK

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	2023	91 von 1.878	4,85	43
		2024	91 von 1.853	4,91	39
52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	2023	428 von 1.886	22,69	214
		2024	411 von 1.857	22,13	210

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 kann es nachvollziehbare Begründungen für die Entstehung eines Dekubitus geben (z.B. terminale Lebensphase, Wirbelsäulenverletzungen).

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 Beatmungsstunden über die ICD-Kodes (Einschlussdiagnosen) der Abrechnungsdaten in der Risikostatistik abgebildet.

Nach Beratung mit dem Expertengremium im Herbst 2021 wurde die Spezifikation (zum Erfassungsjahr 2023) für die Überarbeitung der Risikoadjustierung zum Auswertungsjahr 2025 angepasst. Diagnosekodes ohne ausreichenden Zusammenhang mit der Entstehung eines Dekubitus wurden aus den bisherigen Datenfeldern („weitere, schwere Erkrankungen“, „eingeschränkte Mobilität“) herausgenommen und in eigene temporäre Datenfelder („eingeschränkte Mobilität-Verhalten“, „eingeschränkte Mobilität- Muskelzerrung“ und „weitere schwere Erkrankung – andernorts klassifizierte Pneumonie“) separiert, um deren Einfluss im Risikoadjustierungsmodell betrachten zu können und sie nach den Beratungen mit dem Expertengremium im Herbst 2025 ggf. zu den Spezifikationsempfehlungen zum Erfassungsjahr 2027 zu streichen. Hierzu gehören die ICD-Kodes M62.6.- „Sonstige Muskelkrankheiten“, R46.- „Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen“ (mit Ausnahme von R46.3) sowie U69.0- „anderenorts klassifizierte Pneumonie“. Kodes zu Atemwegserkrankungen, die in der Literatur für die Entstehung eines Dekubitus als relevant beschrieben sind, wurden in eigenen Datenfeldern („Infektion - Pneumonie“, „Infektion - ARDS“) erfasst und im Modell ergänzt (ICD-Kodes J12.- „Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert“, J13 „Pneumonie durch *Streptococcus pneumoniae*“, J14 „Pneumonie durch *Haemophilus influenzae*“ sowie J80.- „Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]).

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 7: QI 52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,08 O/E = 66.464 / 61.516,45 N = 15.175.228 O/N = 66.646 / 15.175.228	1,11 O/E = 67.636 / 61.172,54 0,4367 % O/N = 67.636 / 15.489.731	1,06 O/E = 66.309 / 62.410,55 0,4172 % O/N = 66.309 / 15.893.663
rechnerische Auffälligkeiten	92 von 1.916 4,80 %	91 von 1.878 4,85 %	91 von 1.853 4,91 % (Refbereich: ≤ 2,45; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	55 / 92 (59,78 %)	46 / 91 (50,55 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	55 / 1.916 (2,87 %)	46 / 1.878 (2,45 %)	n. a.

In den Zähler des Indikators 52009 gehen alle vollstationär behandelten Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Stadium/Kategorie 2, 3, 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium / nicht näher bezeichneter Kategorie ein, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand. Dabei soll der Anteil neu aufgetretener Dekubitalulcera möglichst niedrig sein.

Das risikoadjustierte Bundesergebnis liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 1,06 und damit leicht unter dem Wert des Vorjahres. Von insgesamt 91 rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnissen wurden nach dem Stellungnahmeverfahren 50,55 % als qualitativ auffällig bewertet. Hierbei wurden als Gründe vor allem Fehler in der Risikoerfassung und der Dekubitusprophylaxe bzw. -prävention sowie Dokumentationsfehler und die Nichteinhaltung des Expertenstandards genannt. Der Anteil qualitativer Auffälligkeiten in diesem Indikator liegt damit unter dem des Vorjahres (AJ 2024: 59,78 %). Gleichzeitig ist dieser Wert vergleichsweise hoch und zeigt ein weiterhin bestehendes deutliches Verbesserungspotenzial auf.

Es wurden 12-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert. Dies beinhaltet beispielsweise die Empfehlung zur Durchführung eines kollegialen Gesprächs, in welchem gemeinsam Zielvereinbarungen zur Verbesserung erarbeitet werden, oder auch Empfehlungen zur Teilnahme an Fortbildungen sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Tabelle 8: QI 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,0059 % 0 = 893 N = 15.175.228	0,0050 % 0 = 768 N = 15.489.731	0,0046 % 0 = 724 N = 15.893.663
rechnerische Auffälligkeiten	457 von 1.919 23,81 %	428 von 1.886 22,69 %	411 von 1.857 22,13 % (Refbereich: Sentinel Event)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	142 / 457 (31,07 %)	136 / 428 (31,78 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	142 / 1.919 (7,40 %)	136 / 1.886 (7,21 %)	n. a.

In den Zähler des Indikators 52010 gehen alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Stadium/Kategorie 4 ein. Es handelt sich um einen Sentinel-Event-Indikator, das heißt, der Referenzbereich liegt bei 0, denn jeder neu aufgetretene Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4 sollte vermieden werden.

Im Auswertungsjahr 2024 sind in 768 Fällen Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 während des stationären Aufenthalts neu aufgetreten. 428 Leistungserbringer hatten im Auswertungsjahr 2024 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, wovon 31,78 % nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet wurden. Der Wert ist ähnlich hoch wie im Vorjahr. Den Rückmeldungen der LAG ist zu entnehmen, dass vor allem die Einschätzung des Dekubitusrisikos häufig fehlerhaft ist, ebenso die Ergreifung prophylaktischer Maßnahmen und die Umsetzung des Expertenstandards. Zudem finden sich immer wieder Hinweise auf Dokumentationsfehler. Der hohe Anteil an qualitativ auffälligen Leistungserbringerergebnissen bei diesem Sentinel-Event-Indikator zusammen mit den Begründungen seitens der LAG zeigen ein deutliches Qualitätsdefizit.

Das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 liegt bei 724 Fällen und ist entsprechend vergleichbar zum Vorjahr. Es haben 411 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Das sind weniger als in den beiden Vorjahren. Bei den rechnerischen Auffälligkeiten ist also ein leichter Abwärtstrend zu beobachten.

Tabelle 9: TKez 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,3633 % O = 55.127 N = 15.175.228	0,3682 % O = 57.029 N = 15.489.731	0,3496 % O = 55.568 N = 15.893.663
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 10: TKez 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,0654 % O = 9.928 N = 15.175.228	0,0635 % O = 9.829 N = 15.489.731	0,0605 % O = 9.621 N = 15.893.663
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 11: TKez 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,0062 % O = 938 N = 15.175.228	0,0059 % O = 911 N = 15.489.731	0,0062 % O = 979 N = 15.893.663
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Transparenzkennzahlen 52356, 521800 und 521801 dienen als Strata des Qualitätsindikators 52009 und geben die Häufigkeit des Auftretens inzidenter Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 (ID 52356), Stadium/Kategorie 3 (ID 521801) und Stadium/Kategorie „nicht näher bezeichnet“ (ID 521800) während eines stationären Krankenhausaufenthalts an. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass am häufigsten Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 auftreten. Das Bundesergebnis hierzu liegt im Auswertungsjahr 2025 bei 0,35 % (55.568 Fälle) und ist damit auf dem Niveau der

beiden Vorjahre. Im Erfassungsjahr 2024 traten 9.621 Fälle von Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 3 neu auf, was einem Anteil von 0,06 % entspricht. Dieses Ergebnis ist ebenfalls nahezu unverändert zu den beiden vorangegangenen Erfassungsjahren. Weiterhin wurden mittels der Transparenzkennzahl 521800 979 Fälle „nicht näher bezeichneter“ Dekubitalulcera erfasst. Auch zu dieser Kennzahl sind die Vergleichsergebnisse aus den Vorjahren quasi unverändert.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die meisten Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten im Auswertungsjahr 2025 (n = 75) wurden zum Auffälligkeitskriterium „Angabe ‚POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation‘“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)“ (ID 850359) ermittelt – einem Auffälligkeitskriterium zur Plausibilität. Bezogen auf 1.646 Leistungserbringer mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium entspricht das einem Anteil von 4,56 %. Davon waren 18 bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig. Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurden im Auswertungsjahr 2024 67 Stellungnahmen geführt und in 50 Fällen wurde eine fehlerhafte Dokumentation bestätigt und Schulungsmaßnahmen zur Verbesserung der Dekubitusdokumentation empfohlen. Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? (\"Present on Admission-POA\")“ ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. Wird in diesem Datenfeld „ja“ angegeben, gehen diese Fälle entsprechend nicht in die Kennzahlen (QI und Transparenzkennzahlen) des QS Verfahrens DEK ein. Zur Verbesserung der Dokumentationsqualität wurden 4-mal Zielvereinbarungen als Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 eingeleitet.

Unter den Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit liegen im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der QS-Dokumentation (ID 850095) die meisten rechnerischen Auffälligkeiten vor (30 von 1.637 Ergebnissen (1,83 %)). Nach Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 79 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Die am häufigsten genannten Begründungen sind dabei die fehlende Übermittlung der Soll- und Risikostatistik sowie die Bestätigung der Fehldokumentation. In diesem Auffälligkeitskriterium wurden 2-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Dokumentation initiiert.

Tabelle 12: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – DEK

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850359	Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	0,7373 % 2.033/275.722 (≤ 3,58 %; 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	0,8135 % 2.243/275.722 (≤ 20,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850095	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	100,3128 % 275.828/274.968 (≥ 95,00 %)
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,3128 % 275.828/274.968 (≤ 110,00 %)
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,0386 % 106/274.968 (≤ 5,00 %)
851806	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik	99,9392 % 15.895.429/15.905.104 (≥ 95,00 %)
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	99,9392 % 15.895.429/15.905.104 (≤ 110,00 %)

Tabelle 13: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – 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	2024	75 von 1.646	4,56	18
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 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	2024	22 von 1.646	1,34	1

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
		521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet				
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit						
850095	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	30 von 1.637	1,83	0
850096	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 1.637	0,49	1
850230	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	1 von 1.637	0,06	0
851806	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	15 von 1.854	0,81	5
851808	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	4 von 1.854	0,22	1

2.3.2 Detailergebnisse

Tabelle 14: AK 850359: Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,72 % O = 1.921 N = 266.023	0,75 % O = 2.048 N = 273.764	0,74 % O = 2.033 N = 275.722
rechnerische Auffälligkeiten	66 von 1.698 3,89 %	67 von 1.669 4,01 %	75 von 1.646 4,56 % (Refbereich: ≤ 3,58 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	53 / 66 (80,30 %)	52 / 67 (77,61 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	53 / 1.698 (3,12 %)	52 / 1.669 (3,12 %)	n. a.

In den Zähler des Auffälligkeitskriteriums 850359 gehen die Fälle ein, zu denen im entsprechenden Datenfeld des QS-Dokumentationsbogen angegeben wird, dass es aufgrund unvollständiger Dokumentation nicht nachvollziehbar ist, ob der Dekubitus bereits bei Aufnahme vorlag oder nicht. Das Ergebnis des Auffälligkeitskriteriums sollte möglichst niedrig sein.

Das Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2025 liegt bei 0,74 % und ist damit nahezu unverändert gegenüber den beiden Vorjahren. Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist vom Auswertungsjahr 2024 (67) zum Auswertungsjahr 2025 (75) leicht gestiegen. Der Anteil qualitativ auffälliger Leistungserbringerergebnisse ist vom Auswertungsjahr 2023 (80,30 %) zum Auswertungsjahr 2024 (77,61 %) etwas zurückgegangen, jedoch noch immer sehr hoch. Im überwiegenden Teil der Fälle wurde die fehlerhafte Dokumentation im Stellungnahmeverfahren bestätigt. Aufgrund wiederholter Auffälligkeiten wurden 4-mal Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert.

Tabelle 15: AK 851805: Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,20 % O = 3.190 N = 266.023	1,54 % O = 4.217 N = 273.764	0,81 % O = 2.243 N = 275.722
rechnerische Auffälligkeiten	23 von 1.698 1,35 %	33 von 1.669 1,98 %	22 von 1.646 1,34 % (Refbereich: ≤ 20,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 23 (56,52 %)	24 / 33 (72,73 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 1.698 (0,77 %)	24 / 1.669 (1,44 %)	n. a.

Mittels des Auffälligkeitskriteriums 851805 wird geprüft, 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 Auswertungsjahr 2025 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 0,81 %. Das bedeutet, es wurden 2.243 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 (1,54 %; n = 4.217, N = 273.764) ist dies ein deutlicher Rückgang.

Die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (AJ 2025: n = 22; AJ 2024: n = 33) sowie deren Anteil an allen betrachteten Leistungserbringern (AJ 2025: 1,34 %) hat sich gegenüber dem Vorjahr (AJ 2024: 1,98 %) ebenso deutlich verringert.

Tabelle 16: AK 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 266.090 N = 263.818	100,92 % O = 273.847 N = 271.346	100,31 % O = 275.828 N = 274.968
rechnerische Auffälligkeiten	33 von 1.695 1,95 %	28 von 1.658 1,69 %	30 von 1.637 1,83 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	15 / 33 (45,45 %)	22 / 28 (78,57 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	15 / 1.695 (0,88 %)	22 / 1.658 (1,33 %)	n. a.

Tabelle 17: AK 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 266.090 N = 263.818	100,92 % O = 273.847 N = 271.346	100,31 % O = 275.828 N = 274.968
rechnerische Auffälligkeiten	22 von 1.695 1,30 %	10 von 1.658 0,60 %	8 von 1.637 0,49 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 22 (45,45 %)	4 / 10 (40,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	10 / 1.695 (0,59 %)	4 / 1.658 (0,24 %)	n. a.

Tabelle 18: AK 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,03 % O = 67 N = 263.818	0,03 % O = 83 N = 271.346	0,04 % O = 106 N = 274.968
rechnerische Auffälligkeiten	1 von 1.695 0,06 %	1 von 1.658 0,06 %	1 von 1.637 0,06 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	1 / 1.695 (0,06 %)	0 / 1.658 (0,00 %)	n. a.

Tabelle 19: AK 851806: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation der Risikostatistik

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,96 % O = 178.028 N = 15.337	99,32 % O = 491.630 N = 15.598	99,94 % O = 895.429 N = 15.905
rechnerische Auffälligkeiten	21 von 1.902 1,10 %	28 von 1.889 1,48 %	15 von 1.854 0,81 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 21 (52,38 %)	22 / 28 (78,57 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 1.902 (0,58 %)	22 / 1.889 (1,16 %)	n. a.

Tabelle 20: AK 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,96 % O = 178.028 N = 15.337	99,32 % O = 491.630 N = 15.598	99,94 % O = 895.429 N = 15.905
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 1.902 0,53 %	3 von 1.889 0,16 %	4 von 1.854 0,22 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 10 (50,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 1.902 (0,26 %)	3 / 1.889 (0,16 %)	n. a.

Zur Vollzähligkeit werden 5 Auffälligkeitskriterien berechnet: 3 mit Bezug zur QS-Dokumentation und 2 mit Bezug zur Risikostatistik. Zur QS-Dokumentation ist ein Auffälligkeitskriterium zur Über- und eines zur Unterdokumentation definiert, außerdem ein Auffälligkeitskriterium zu Minimaldatensätzen (MDS). Zur Risikostatistik werden ebenfalls 2 Auffälligkeitskriterien zur Über- bzw. Unterdokumentation berechnet.

Bis auf das Auffälligkeitskriterium zum MDS haben sich sämtliche rechnerischen Ergebnisse – von einem bereits hohen Niveau aus – im Vergleich zum Vorjahr nochmals verbessert. Der Anteil an Minimaldatensätzen lag anteilig minimal höher als im Vorjahr. Insgesamt wertet das IQTIG diese Ergebnisse als positiv. Zu 41 von 127 qualitativen Auffälligkeiten wurden Begründungen für die Einstufungen durch die LAG genannt. Häufigste Begründung war, dass die fehlerhafte Dokumentation bestätigt wurde bzw. dass keine oder keine entschuldenden Gründe für die fehlerhafte Dokumentation genannt wurden.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	3.835	-	3.764	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	3.835	100,00	3.764	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	549	14,32	519	13,79
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	549	100,00	519	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	549	100,00	519	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	5	0,91	2	0,39
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	544	99,09	517	99,61
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	544	100,00	517	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	3	0,55	8	1,55
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	0,74	5	0,97
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	273	49,73	241	46,44
Bewertung als qualitativ auffällig	197	35,88	182	35,07
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	61	11,11	79	15,22
Sonstiges	13	2,37	15	2,89

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	38	n. a.	94	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	1	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Verfahren *QS DEK* hat sich die Anzahl der Indikatorenergebnisse von 3.835 im Auswertungsjahr 2024 zu 3.764 im Auswertungsjahr 2025 nicht wesentlich verändert. Weniger Indikatorenergebnisse gehen in diesem Verfahren nach Einschätzung des IQTIG in erster Linie darauf zurück, dass die Anzahl an Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten in Deutschland aufgrund von Schließungen oder Zusammenführungen rückläufig ist.

Der Anteil rechnerisch auffälliger Indikatorenergebnisse ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken – von 14,32 % auf 13,79 %.

Ein Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurde nur in 2 Fällen nicht eingeleitet (0,39 %). Grund dafür war, dass die betroffenen Einrichtungen bereits geschlossen waren.

Sämtliche Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden schriftlich eingeleitet. Im Verlauf wurden 8-mal kollegiale Gespräche geführt. Bei 2 der Leistungserbringer, mit denen ein Gespräch geführt wurde, fanden auch Begehungen statt. Außerdem wurden 3 weitere Begehungen durchgeführt.

241 rechnerische Auffälligkeiten (46,44 %) wurden als qualitativ unauffällig bewertet, ein geringfügig niedrigerer Wert als im Vorjahr. Diese Bewertung wurde u. a. vergeben, wenn die rechnerische Auffälligkeit plausibel erklärt werden konnte, z. B. aufgrund der besonderen Schwere des Krankheitsverlaufs oder wenn keine systematischen Qualitätsmängel erkennbar waren. Die Bewertung als qualitativ unauffällig wurde aber auch vorgenommen, wenn Mängel im Prozess erkannt worden sind, die Verlaufsdarstellung noch unzureichend war oder Schulungen empfohlen wurden.

Der Anteil an als qualitativ auffällig bewerteten rechnerischen Auffälligkeiten liegt zum Auswertungsjahr 2024 bei 35 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verändert. Gründe für die Vergabe dieser Bewertung waren u. a. Mängel bei der Wunddokumentation, nicht ausreichende prophylaktische Maßnahmen, nicht ausreichende Umsetzung des Expertenstandards oder eine unzureichende Einschätzung des Dekubitusrisikos.

79-mal, und damit 18-mal häufiger als im Vorjahr, wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Einschätzung abgeschlossen, dass eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich war. Häufig wurde hierzu als Begründung genannt, dass entweder ein falsches Dekubitusstadium dokumentiert wurde oder der Dekubitus schon bei Aufnahme vorlag und die entsprechende Dokumentation fehlte.

Die Maßnahmenstufe 1 wurde 94-mal und somit deutlich häufiger als noch im Vorjahr eingeleitet (38-mal). In erster Linie wurden Zielvereinbarungen festgelegt und die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien empfohlen – konkret wurde hier häufig auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Bezug genommen.

Die 8 rechnerisch auffälligen Ergebnisse, zu denen Gespräche geführt wurden, wurden auch als qualitativ auffällig bewertet. Als inhaltliche Gründe für diese Bewertung wurden z. B. Verbesserungsbedarf bei der Dekubitusprophylaxe, die nicht durchgängig nachvollziehbare Nichtumsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe, Herausforderungen bei der Pflegeplanung, das Erfassen von Risikofaktoren und das Ableiten von Maßnahmen oder das Ausbleiben berufsübergreifender Fallbesprechungen genannt.

Bei 5 der Leistungserbringer, mit denen ein Gespräch geführt wurde, wurden Maßnahmen der Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, einmal wurden Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2 initiiert. Sämtliche Maßnahmenstufen wurden aufgrund wiederholter Auffälligkeiten eingeleitet.

Bezogen auf den Leistungserbringer, zu dem Maßnahmenstufe 2 eingeleitet wurde, berichtete die LAG, dass weiterhin qualitative Auffälligkeiten bezogen auf die Prävention von Dekubitalulcera bestehen und umfangreiche qualitätsfördernde Maßnahmen eingeleitet worden seien, z. B. Zielvereinbarung, Vorlage einer SOP oder Schulungsmaßnahmen. Weiterhin sei die Landesplanungsbehörde informiert worden, und es habe Gespräche mit allen Verantwortlichen im zuständigen Ministerium gegeben.

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
467	26	0	164	9	0

Da im Verfahren QS DEK nur 2 Indikatoren definiert sind, können Leistungserbringer maximal in 2 Indikatoren rechnerisch auffällig werden. Im Vergleich zu einem Verfahren mit mehr Indikatoren geht dies auch mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Leistungserbringer mit 2 oder mehr Auffälligkeiten einher. Das IQTIG wertet den Anteil von je ca. 5 % Leistungserbringer mit 2 rechnerischen Auffälligkeiten bzw. 2 qualitativen Auffälligkeiten als positiv. Bei dem Großteil der Leistungserbringer mit Auffälligkeit bezieht sich diese auf einen der beiden Indikatoren. Bei Leistungserbringern mit einer Auffälligkeit ist das Verbesserungspotenzial vermutlich weniger ausgeprägt als bei Leistungserbringern mit 2 Auffälligkeiten.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Insgesamt blieb die Anzahl rechnerisch auffälliger Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien im Verfahren QS DEK gegenüber dem Vorjahr unverändert. Gleichzeitig wurden mehr Stellungnahmeverfahren eingeleitet (94,12 % zum AJ 2024 gegenüber 77,84 % zum AJ 2023). 74,71 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien wurden im Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig bewertet. Als Begründungen für Bewertungen als qualitativ auffällig wurden insbesondere die fehlende Übermittlung von Risiko- und Sollstatistik, bestätigte fehlerhafte Dokumentationen und technische Probleme angegeben. Nicht eingeleitete Stellungnahmeverfahren wurden vor allem mit Einzelfällen begründet.

In 15 Fällen (8,82 %) wurde das Stellungnahmeverfahren mit der Bewertung „Sonstiges“ abgeschlossen. Den Begründungen der LAG zufolge handelte es sich dabei im Großteil der Fälle entweder um Softwareprobleme oder die betroffenen Krankenhäuser wurden geschlossen.

Bei 2 qualitativ unauffälligen Ergebnissen wurde die korrekte Dokumentation (U60) bestätigt. Einmal lag ein Softwareproblem vor und einmal wurde die Bewertung als qualitativ unauffällig damit begründet, dass kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität bei vereinzelt Dokumentationsproblemen vorläge. Circa 9 % der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurden noch nicht abgeschlossen.

In 15 Fällen wurden Maßnahmen der Stufe 1 zur Verbesserung des festgestellten Defizits initiiert. Gründe dazu waren in erster Linie nicht übermittelte Risikostatistiken und wiederholt auffällige Fehldokumentationen. Maßnahmen der Stufe 2 wurden nicht eingeleitet.

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul DEK

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	12.361	100,00	12.164	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	176	1,42	170	1,40
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	176	100,00	170	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	39	22,16	10	5,88
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	137	77,84	160	94,12
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	137	100,00	160	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	1	0,73	1	0,62
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	7	5,11	14	8,75
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	11	6,25	4	2,35
Bewertung als qualitativ auffällig	108	61,36	127	74,71
Sonstiges	11	6,25	15	8,82
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	5	n. a.	15	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – DEK

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten
131	15	3	99	11	2

Insgesamt sind im Verfahren QS DEK 7 Auffälligkeitskriterien definiert. Ein Leistungserbringer kann in bis zu 5 Auffälligkeitskriterien gleichzeitig ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufweisen, da sich 4 der Auffälligkeitskriterien auf Über- bzw. Unterdokumentation beziehen. Ein Leistungserbringer kann nicht gleichzeitig bezogen auf die Unter- und Überdokumentation eine rechnerische Auffälligkeit haben. 3 Leistungserbringer haben mehr als 3 rechnerische oder sonstige Auffälligkeiten, 2 Leistungserbringer haben mehr als 3 qualitative Auffälligkeiten.

4 Evaluation

Insgesamt haben 5 LAG jeweils unterschiedliche Probleme in Bezug auf das Verfahren zurückgemeldet:

- Abrechnungsdaten können aufgrund von Vorgaben des Medizinischen Dienstes in wenigen Fällen trotz Fehldokumentation nicht angepasst werden, was zur fälschlichen Auslösung von QS-Dokumentationsbögen führen kann.
- Es bestehen Hinweise auf eine unzureichende Risikoadjustierung bei Kliniken mit besonderen Patientenkollektiven (geriatrischem und/oder psychiatrischem Schwerpunkt), da z. B. fehlende Compliance nicht abgebildet werde.
- Im Klinikalltag seien die Stadien des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) bzw. des National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) gebräuchlicher als die Einteilung gemäß ICD-10 – dies führe zu Unsicherheiten bei der Dokumentation der Dekubitus-Stadieneinteilungen.
- Da die Abrechnungsdaten gemäß § 21 KHEntg zur Berechnung der Indikatoren erst zu den Jahresberichten vorliegen, können die Qualitätsindikatorenergebnisse in den Quartalsberichten noch nicht ausgewertet werden. Eine LAG schlägt vor, stattdessen Ergebnisse ohne Risikoadjustierung (rohe Rate) in die Quartalsberichte aufzunehmen.
- Im Vergleich zu anderen QS-Verfahren sei der Aufwand zur Einreichung und Sichtung von Dokumenten aufgrund des langen Verlaufs bei Entwicklung und Behandlung von Dekubitalulcera für Leistungserbringer und Fachkommission deutlich höher als bei anderen Verfahren.
- Die Auffälligkeitskriterien würden von einigen Kliniken nicht verstanden.

Insgesamt wertet das IQTIG die geringe Menge der Rückmeldungen und dass von 12 LAG keine Probleme gemeldet wurden als Hinweise darauf, dass keine wesentlichen Einschränkungen der Wirksamkeit des Verfahrens bestehen.

Das Verfahren *QS DEK* soll qualitätsrelevante Aspekte zum Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Die 2 Qualitätsindikatoren verfolgen die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Verbesserung der Ergebnisqualität

5 Ausblick

Seitens der LAG werden seit Jahren gleichbleibende Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel an das IQTIG übermittelt, sodass eine Weiterentwicklung des Verfahrens hinsichtlich der Erfassung relevanter Prozesse zur Dekubitusprophylaxe zukünftig ebenfalls fokussiert werden sollte.

Als Ergebnis der Beratungen mit dem Expertengremium auf Bundesebene hinsichtlich der Erweiterung des Patientenkollektivs auf Personen unter 20 Jahren empfiehlt das IQTIG, Früh- und Neugeborene aufgrund niedriger Fallzahlen nicht in eine zukünftige Betrachtung aufzunehmen.

Unter Einbezug des Expertengremiums auf Bundesebene sollen zwei Möglichkeiten zum Einschluss von Kindern und Jugendlichen geprüft werden: zum einen die Einschränkung auf vulnerable Gruppen bei den unter 20-jährigen Patientinnen und Patienten und zum anderen die Durchführung der Qualitätssicherung im Rahmen einer Stichprobenziehung.