



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

# Dekubitusprophylaxe

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

---

# Impressum

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

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

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

# Inhaltsverzeichnis

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

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

## Ergebnisübersicht

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

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt. Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Aufgrund von Änderungen des Filters der Risikostatistik im Erfassungsjahr 2020 sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2019 und Entlassung in 2020) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2020 enthalten. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten- Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

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

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

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

## Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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

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

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

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>				
850359	Häufige Angabe „POA = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	≤ 3,51 % (95. Perzentil)	0,7221 % 1.921 / 266.023	3,89 % 66 / 1.698
851805	Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik	≤ 20,00 %	1,1991 % 3.190 / 266.023	1,35 % 23 / 1.698

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

## Einleitung

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

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

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

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

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

-Dekubitus 1. Grades: Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut

-Dekubitus 2. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis oder Hautverlust ohne nähere Angaben

-Dekubitus 3. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann

-Dekubitus 4. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln)

-Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades

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

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

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

## Datengrundlagen

Für die Berechnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe werden sowohl QS-Daten als auch Daten aus der Risikostatistik verwendet. Die Risikostatistik muss von jedem Krankenhausstandort mit vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren erstellt und übermittelt werden und bildet die Grundlage zur Berechnung der Nenner der Qualitätsindikatoren. Für das Erfassungsjahr 2022 wurden 15.178.028 Fälle in der Risikostatistik geliefert.

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

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

Aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen kann es passieren, dass für einzelne Krankenhausstandorte Risikostatistik und QS-Daten nicht exakt übereinstimmen. Für einige Krankenhausstandorte liegen fälschlicherweise sogar nur QS-Daten, jedoch keine Daten zur Risikostatistik vor (18 Standorte im Erfassungsjahr 2022, 31 Standorte im Erfassungsjahr 2021). Umgekehrt liegen für das Erfassungsjahr 2022 für 12 Standorte (2021: 32 Standorte) Daten zur Risikostatistik mit dokumentierten Dekubitalulcera vor, ohne dass diese Standorte QS-Daten geliefert hätten.

Zu QI 52009

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

### Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

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

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

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

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

#### Für Leistungserbringer

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

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

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

#### Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen

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

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

## Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

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

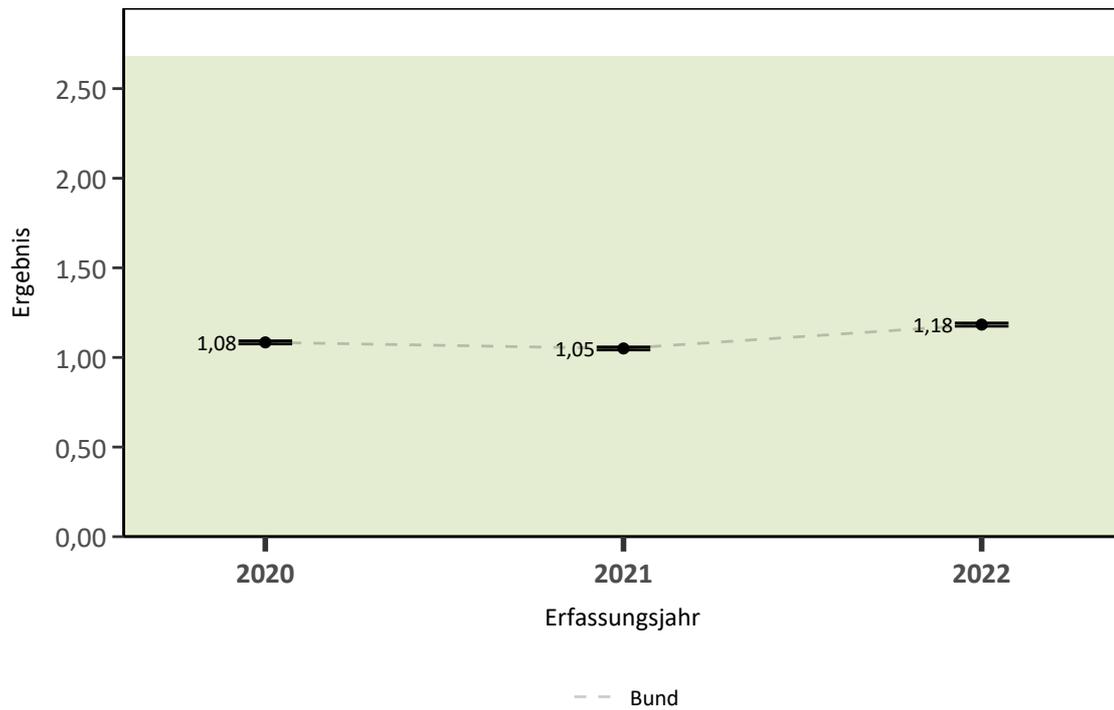
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits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

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

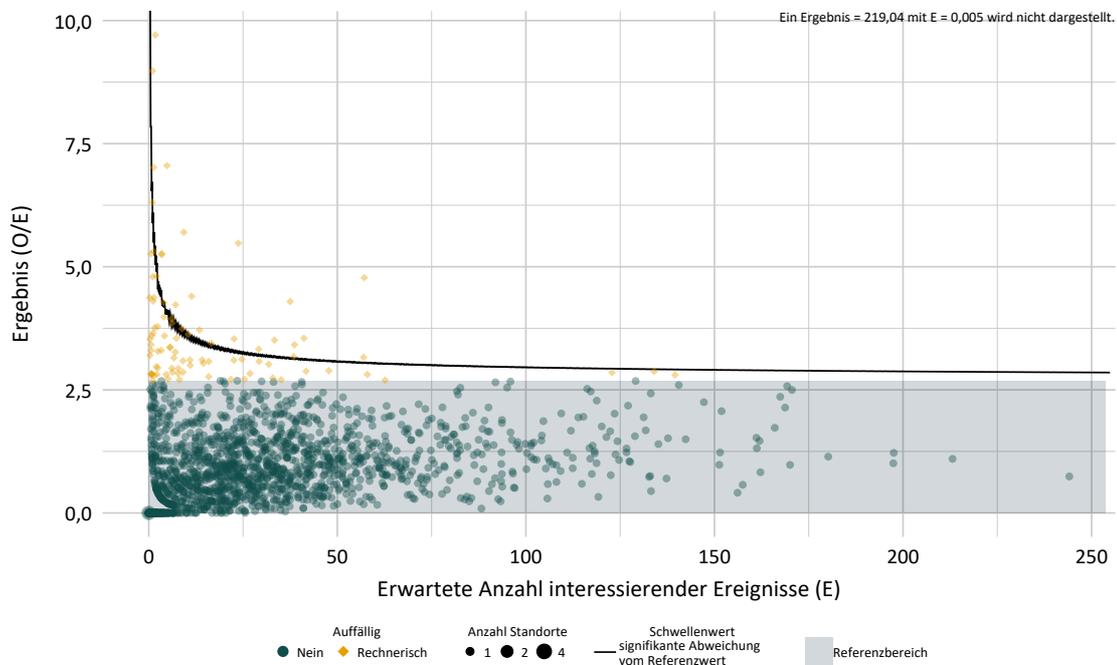
ID	52009
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, risikoadjustiert nach logistischem Dekubitus-Score für ID 52009
Referenzbereich	≤ 2,68 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

### Ergebnisse im Zeitverlauf

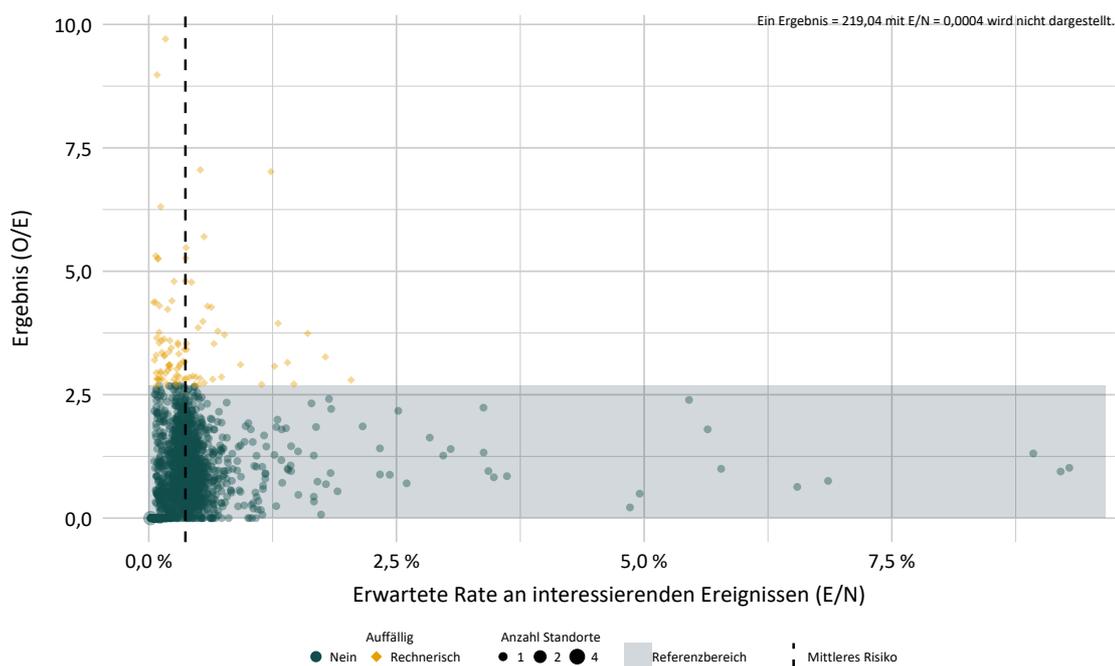
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



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



### Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

\* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

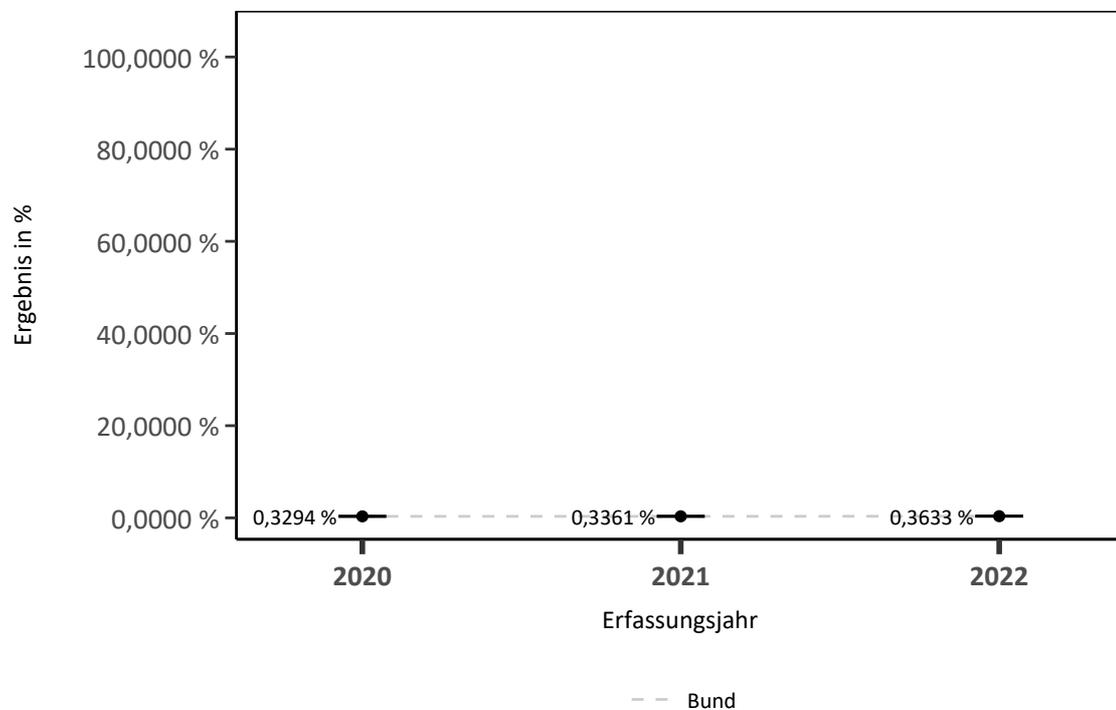
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

## 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

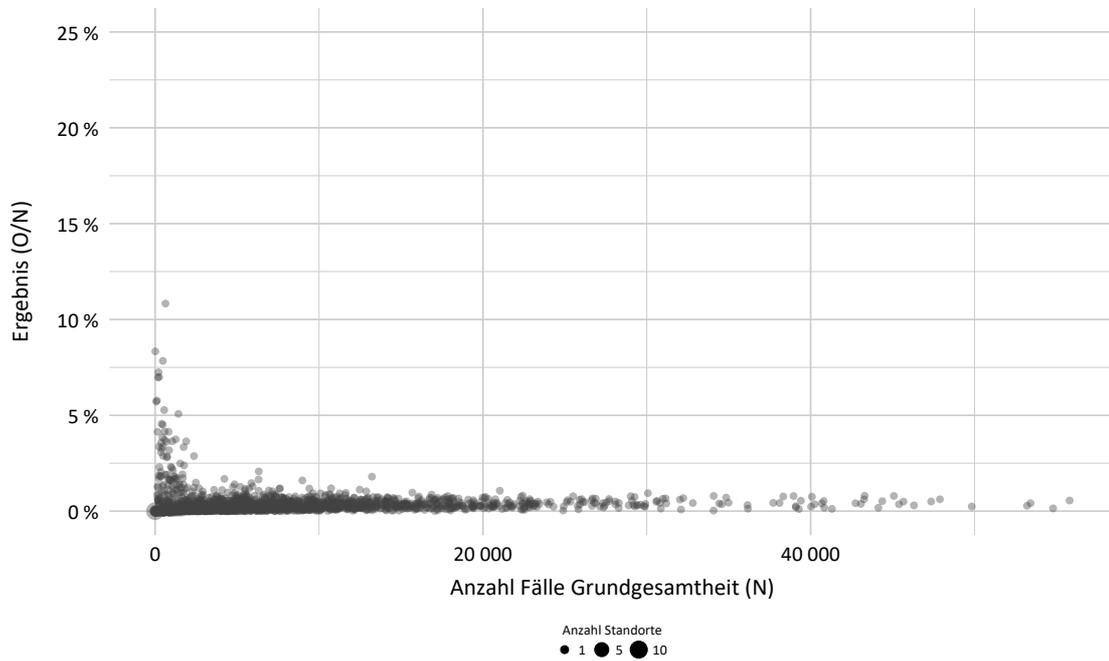
ID	52326
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 2, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

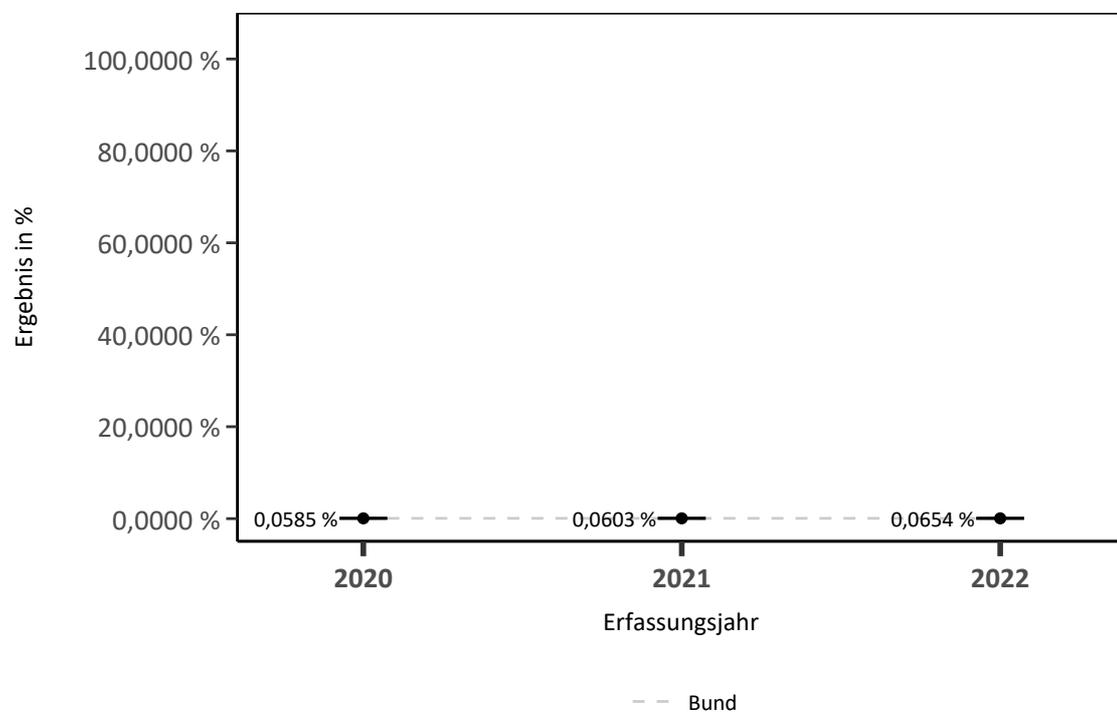
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	49.554 / 15.043.534	0,3294 %	0,3265 % - 0,3323 %
	2021	50.645 / 15.070.673	0,3361 %	0,3331 % - 0,3390 %
	2022	55.127 / 15.175.228	0,3633 %	0,3603 % - 0,3663 %

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

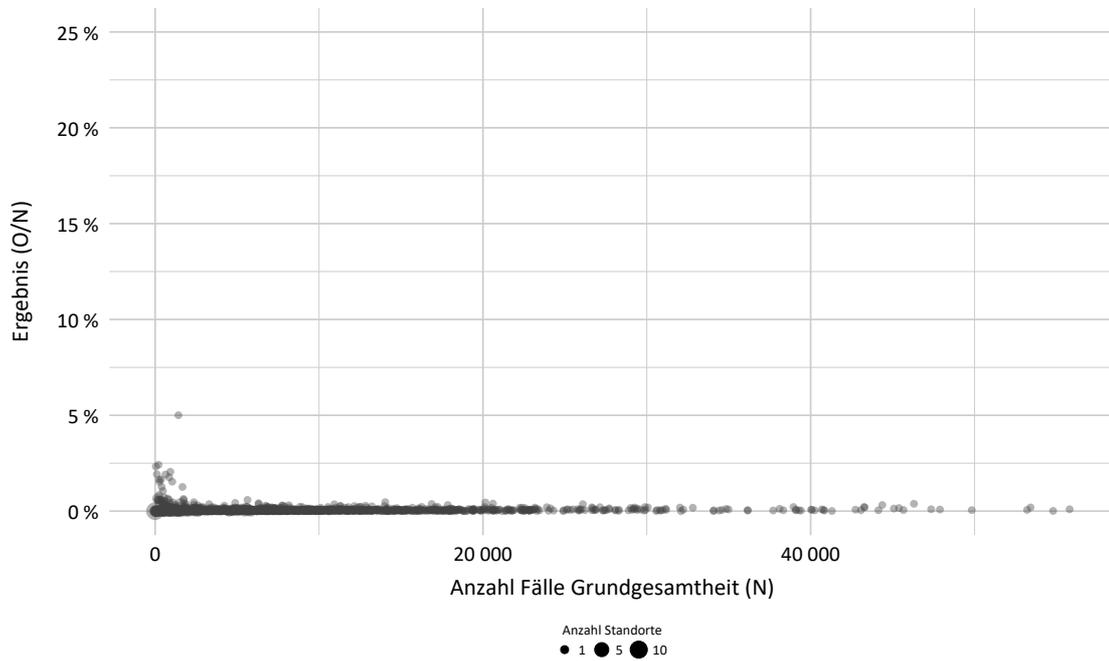
ID	521801
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 3, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben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

#### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

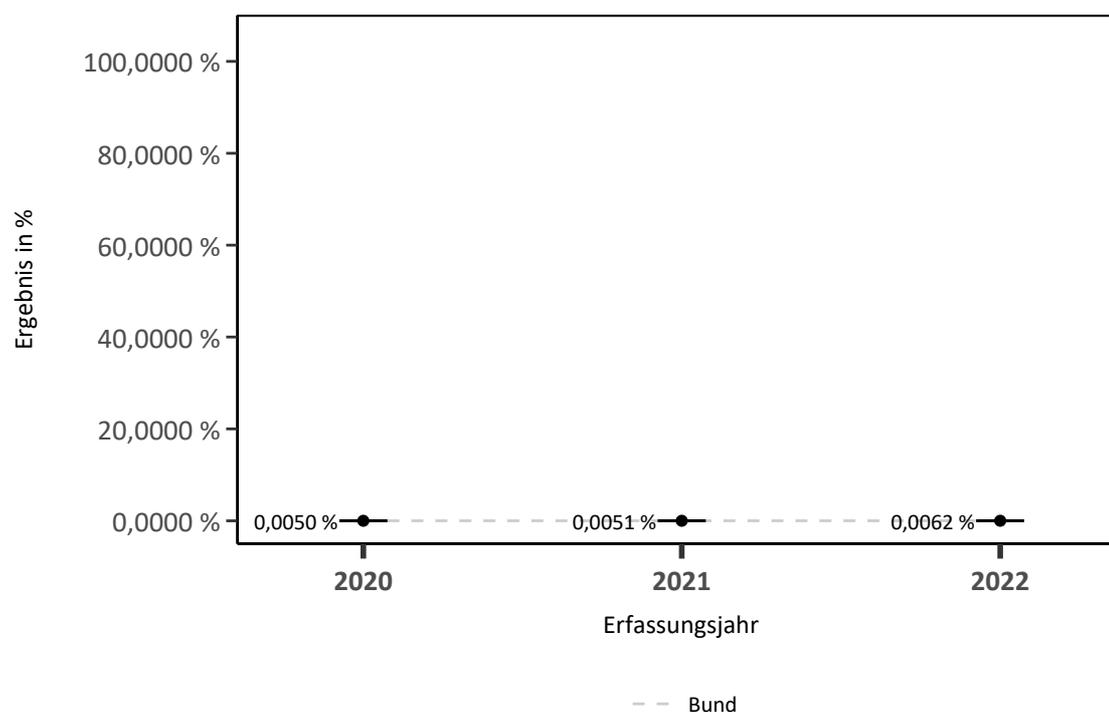
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	8.798 / 15.043.534	0,0585 %	0,0573 % - 0,0597 %
	2021	9.085 / 15.070.673	0,0603 %	0,0591 % - 0,0615 %
	2022	9.928 / 15.175.228	0,0654 %	0,0641 % - 0,0667 %

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

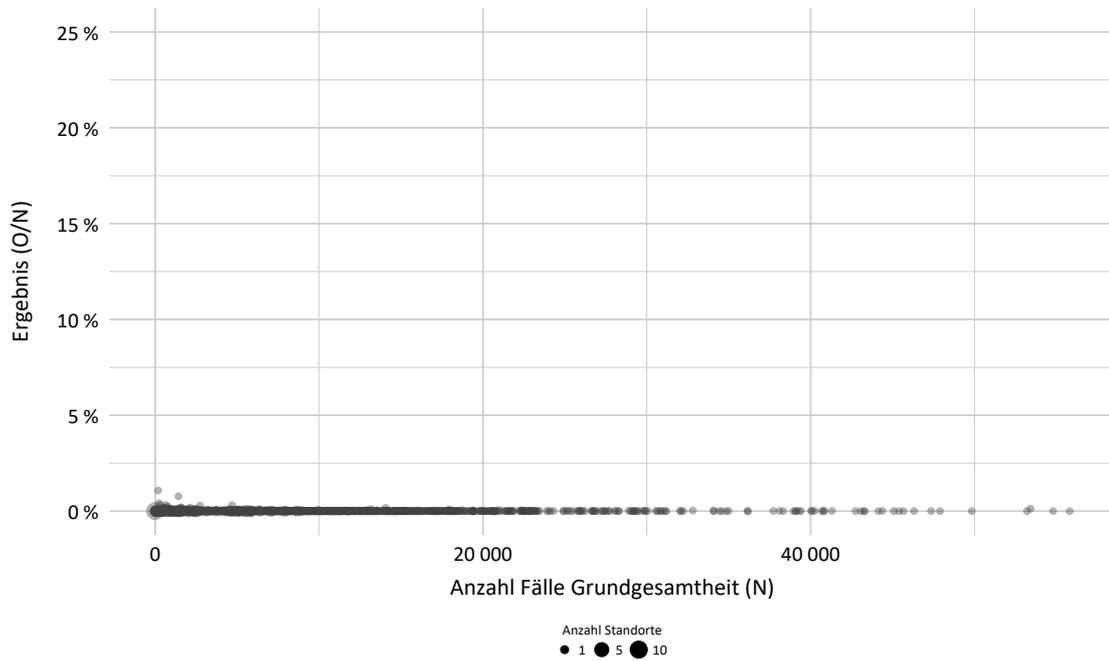
ID	521800
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Dekubitus nicht näher bezeichneten Grades / bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben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

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



**Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer**



**Detailergebnisse**

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

## Details zu den Ergebnissen

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

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

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

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

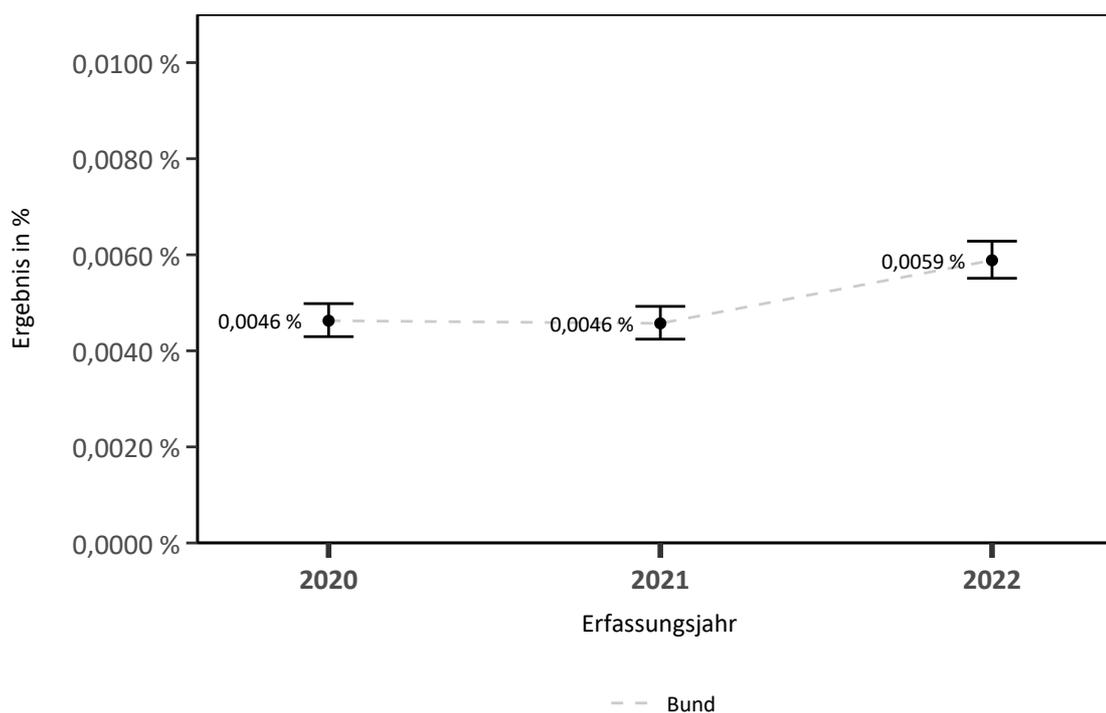
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	<b>ID: 521800</b> <b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet</b>	0,0062 % 938/15.175.228

## 52010: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

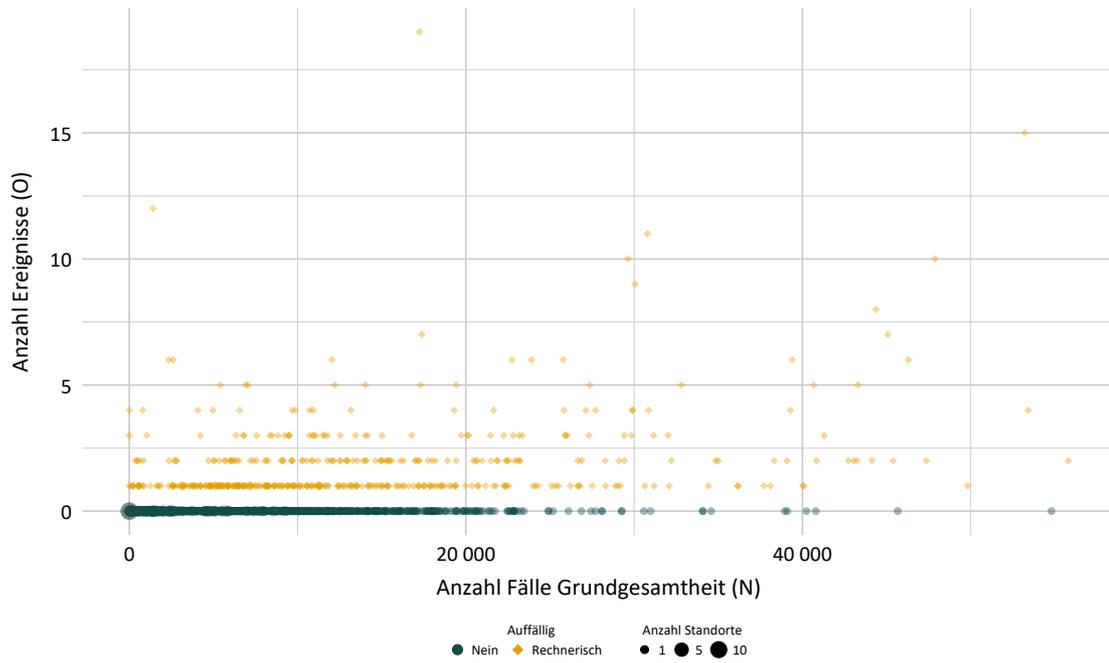
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
ID	52010
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der Risikostatistik
Zähler	Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem Dekubitus Grad/Kategorie 4, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

### Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



### Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



### Detaillergebnisse

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

## Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

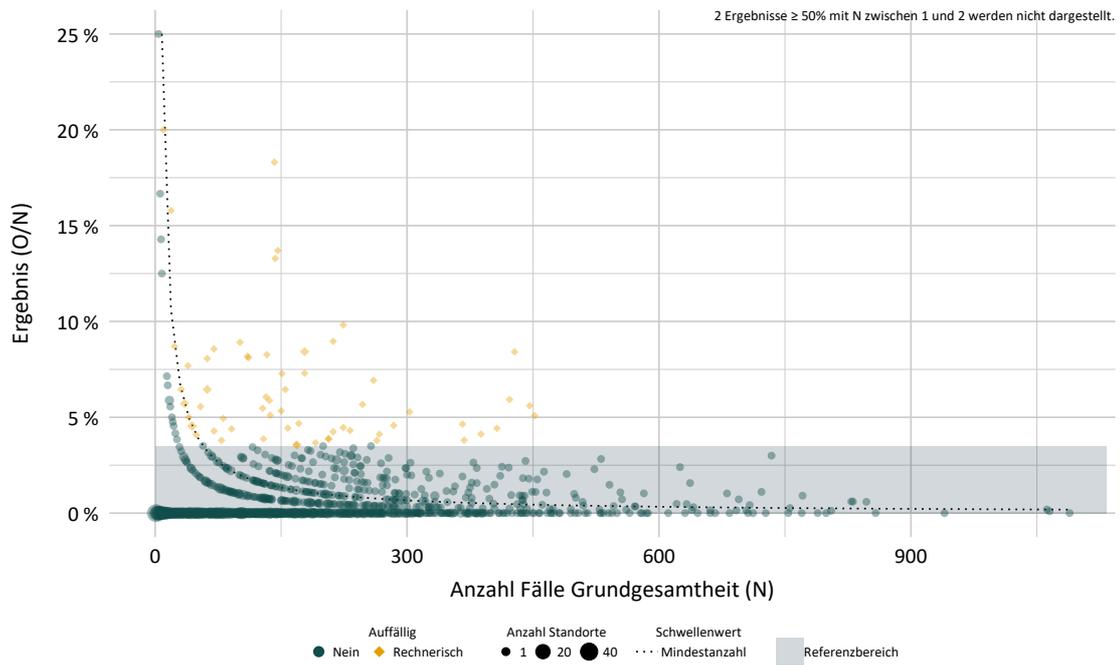
### Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

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

ID	850359
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")“ ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. <b>Hypothese</b> Fehldokumentation. Tatsächlich wurde dokumentiert, ob ein Dekubitus bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden oder nicht vorhanden war.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52326: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 521801: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 521800: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Grundgesamtheit	Alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit mindestens einem dokumentierten Dekubitalulcus in der QS-Dokumentation
Zähler	Fälle mit mindestens einer Angabe „Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“
Referenzbereich	≤ 3,51 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

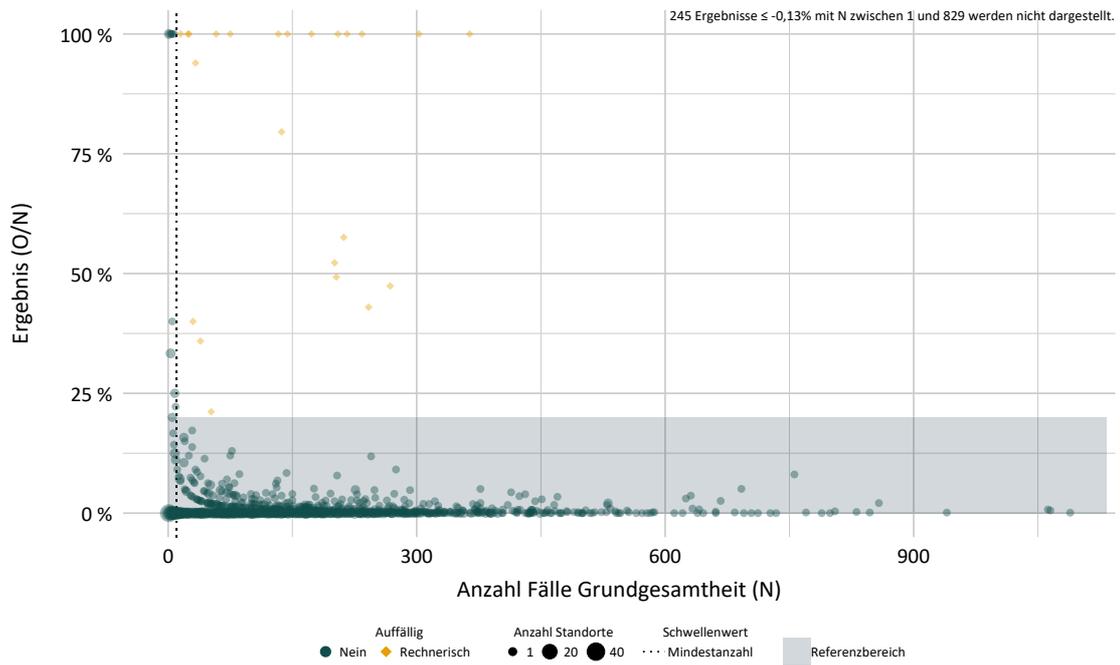
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.921 / 266.023	0,7221 %	3,89 % 66 / 1.698

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

ID	851805
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> Das AK zeigt, wieviel Prozent weniger Fälle mit „Dekubitus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ mit der Risikostatistik geliefert wurden als mit der QS-Dokumentation. Die Risikostatistik ist für alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens relevant; sie bildet deren Grundgesamtheit. <b>Hypothese</b> Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52009: Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) 52010: Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 52326: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2 521801: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3 521800: Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle mit einem „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation
Zähler	Differenz zwischen - der Anzahl der Fälle mit mindestens einem „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der QS-Dokumentation und - der Anzahl der Fälle mit „Dekubitalulcus Grad 2 bis 4“ oder „Dekubitalulcus, Grad nicht näher bezeichnet“ aus der Risikostatistik
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Risikostatistik

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Details zu den Ergebnissen

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

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

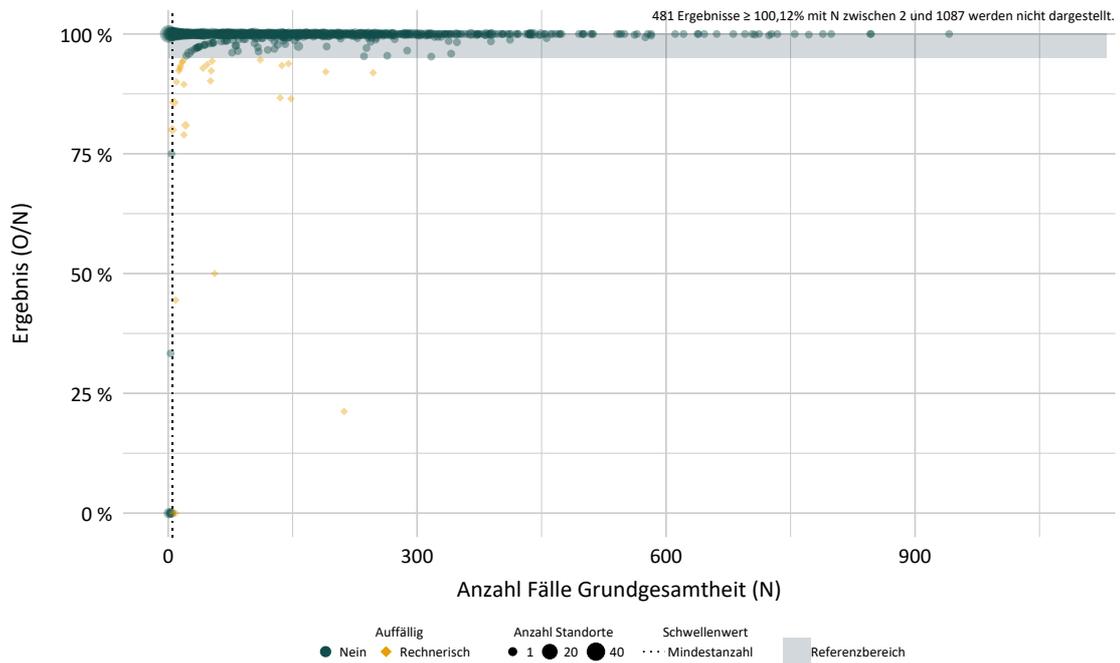
## Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

### 850095: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

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

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

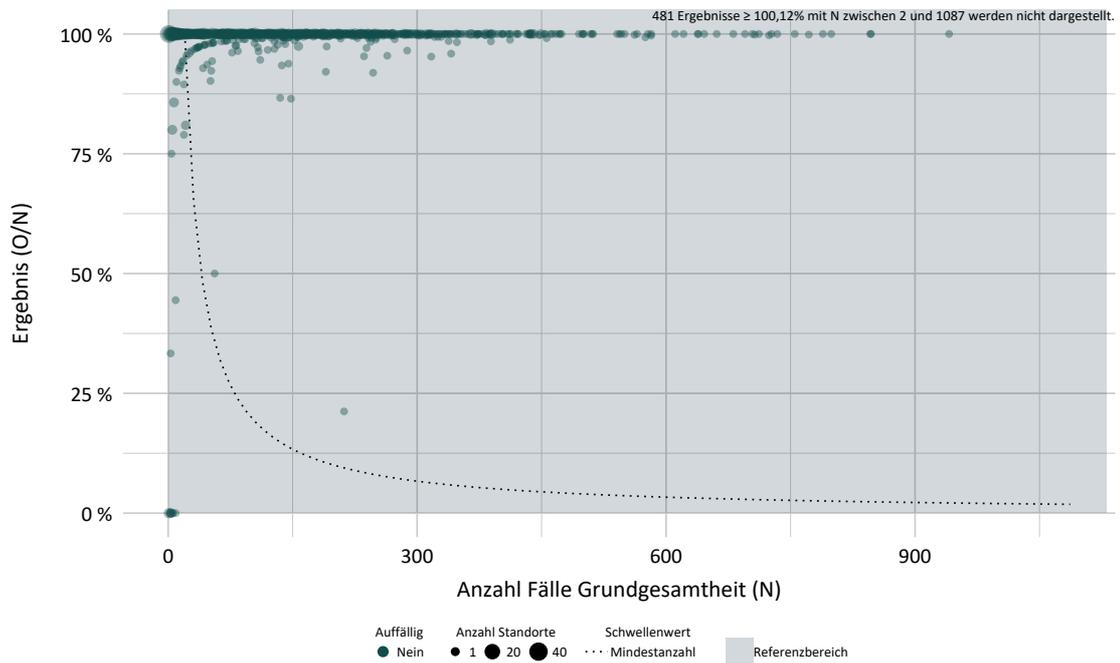
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	266.090 / 263.818	100,8612 %	1,95 % 33 / 1.695

## 850096: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

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

---

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



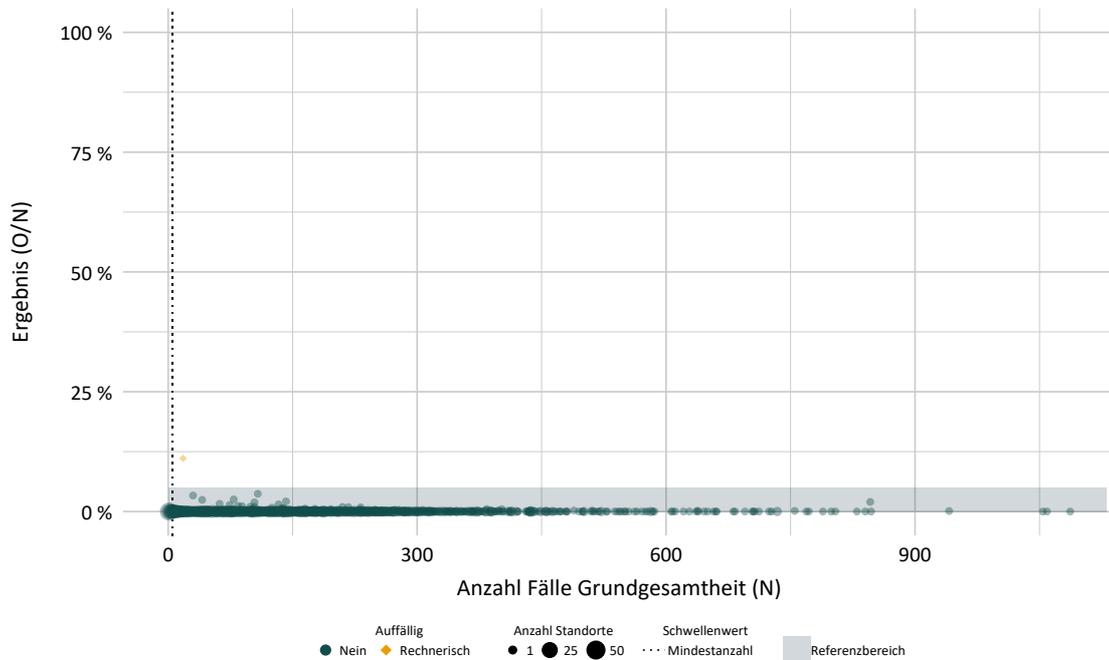
### Detailergebnisse

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

## 850230: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

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

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



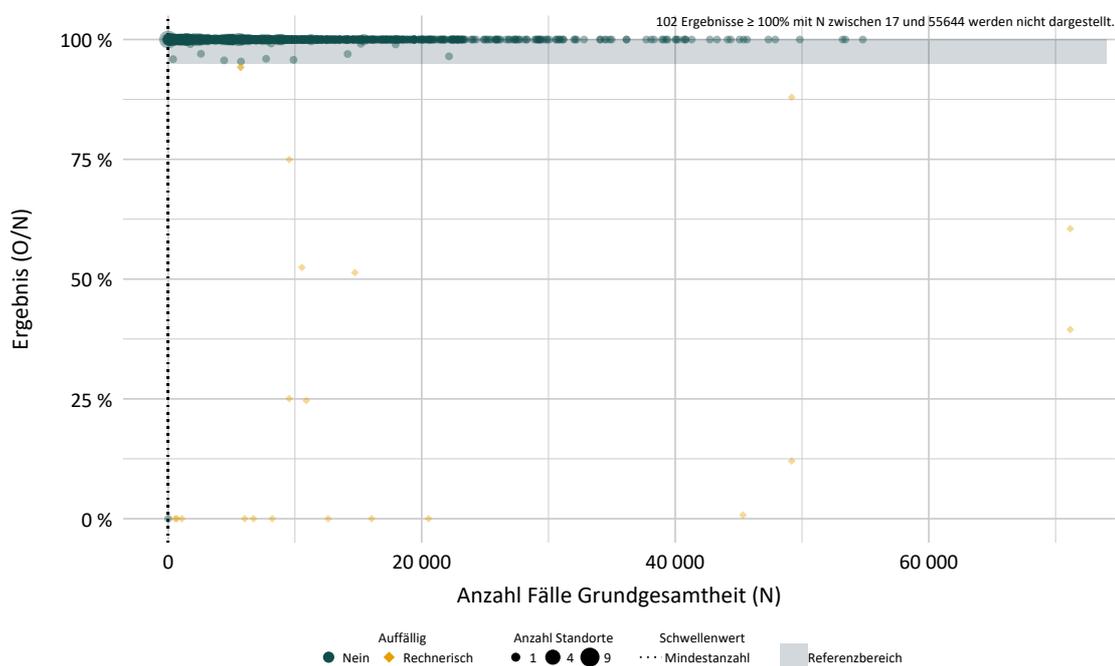
### Detailergebnisse

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

## 851806: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation der Risikostatistik

ID	851806
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Unterdokumentation in der Risikostatistik oder fehlerhafte Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEPRUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



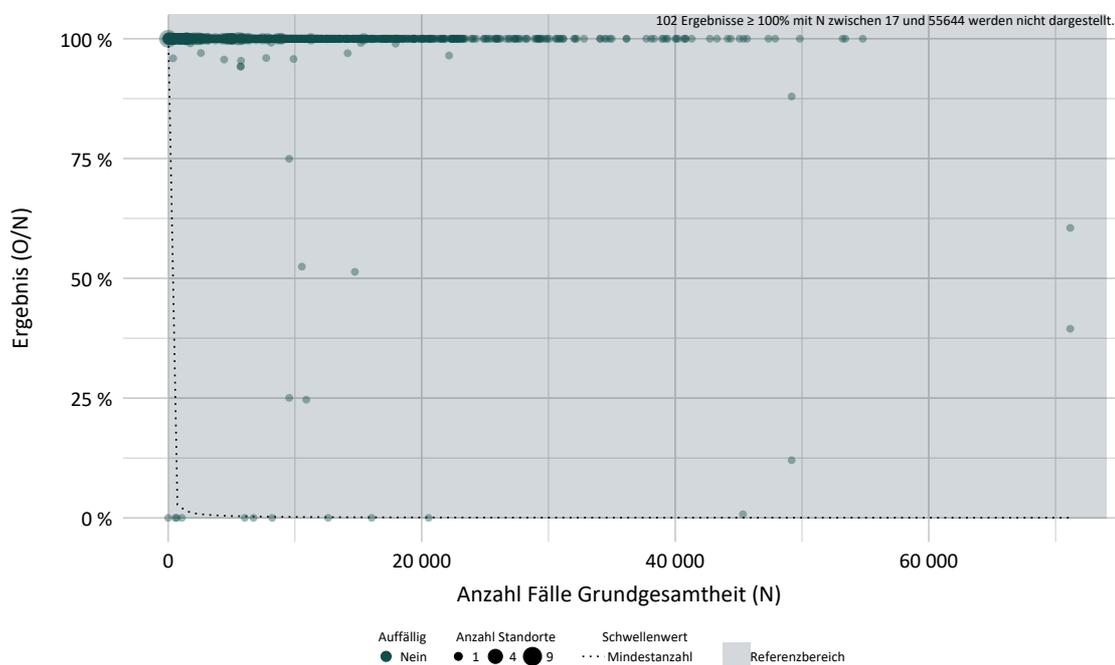
### Detailergebnisse

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

## 851808: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation der Risikostatistik

ID	851808
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<b>Relevanz</b> QI-relevant <b>Hypothese</b> Fehlerhafte Risikostatistik oder fehlende/fehlerhafte Sollstatistik zur Risikostatistik
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl der Fälle gemäß methodischer Sollstatistik zur Risikostatistik (FAELLE_GEP RUEFT_RS)
Zähler	Anzahl der in der Risikostatistik gelieferten Fälle
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	Risikostatistik, Sollstatistik zur Risikostatistik

### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



### Detailergebnisse

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

## Basisauswertung

### QS-Dokumentation

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

### Altersverteilung

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

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

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

## Geschlecht

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 266.023</b>	
<b>Geschlecht</b>		
männlich	137.758	51,78
weiblich	128.251	48,21
divers	≤3	x
unbestimmt	4	0,00
unbekannt	8	0,00

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

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

## Aufnahme

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

## Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 266.023</b>	
<b>Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)</b>		
(01) Behandlung regulär beendet	130.462	49,04
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5.414	2,04
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	446	0,17
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1.703	0,64
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	15	0,01
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	23.170	8,71
(07) Tod	49.724	18,69
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit <sup>4</sup>	634	0,24
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	10.420	3,92
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	40.406	15,19
(11) Entlassung in ein Hospiz	1.708	0,64
(13) externe Verlegung zu einer psychiatrischen Behandlung	146	0,05
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	19	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	45	0,02
(17) interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen (nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) <sup>5</sup>	1.373	0,52
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	83	0,03
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) <sup>6</sup>	≤3	x
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	15	0,01
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	24	0,01
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	215	0,08

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

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

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

## Risikofaktoren

Mehrfachnennung möglich

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Patienten mit mindestens einem inzidenten Dekubitus</b>	<b>N = 66.886</b>	
<b>Risikofaktoren<sup>7</sup></b>		
Diabetes mellitus	21.994	32,88
Eingeschränkte Mobilität	35.846	53,59
Infektion	26.653	39,85
Demenz und Vigilanzstörung	9.445	14,12
Inkontinenz	31.843	47,61
Untergewicht oder Mangelernährung	8.985	13,43
Adipositas	1.531	2,29
Weitere schwere Erkrankungen	44.356	66,32
Beatmungsstunden $\geq$ 24 Stunden	16.237	24,28
Keine Risikofaktoren	4.371	6,53

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

## Beatmungsstunden

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Alle Patienten</b>	<b>N = 266.023</b>	
<b>Dauer der Beatmung</b>		
$\leq$ 23 Stunden	235.217	88,42
24 - 71 Stunden	5.767	2,17
72 - 239 Stunden	9.202	3,46
$\geq$ 240 Stunden	15.837	5,95

## Dekubitus

### Gradeinteilung

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

	Bund (gesamt)	
	n	%
<b>Inzidente Dekubitalulcera</b>	<b>N = 76.728</b>	
<b>Gradeinteilung<sup>8</sup></b>		
Dekubitus 2. Grades	63.421	82,66
Dekubitus 3. Grades	11.102	14,47
Dekubitus 4. Grades	964	1,26
Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet	1.241	1,62

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

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

### Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POA

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

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

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

### Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus - POD

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

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

## Lokalisationen

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

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

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

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

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

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

## Risikostatistik

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die Daten der Risikostatistik bei Patientinnen und Patienten von 20 bis 120 Jahren

### Altersverteilung

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

## Risikofaktoren

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

## Beatmungsstunden

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