
Messung Sturz und Dekubitus

FAQ

Oktober 2024 / Version 1.0

Willkommen im FAQ zur Messung Sturz und Dekubitus. Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen im Zusammenhang mit der Messung. Wir aktualisieren diese FAQ regelmäßig.

Wenn Sie Fragen haben, die hier nicht beantwortet sind, können Sie uns gerne direkt kontaktieren (daniela.zahnd@anq.ch).

Fragen zu Organisation und Pilotmessung

Fragen	Antworten
Wie sieht das Verfahren zur Überprüfung der Datenqualität (z. B. Audit) konkret aus?	Derzeit sind keine spezifischen Audits zum Thema Dekubitus und Sturz seitens des ANQ geplant. Gemäss dem Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG können externe Audits durchgeführt werden. Die Schwerpunkte der Audits in der Akutsomatik sind im Anhang 2 zum Qualitätsvertrag, Kap. 1.1.1 festgehalten.
Wird die Messung im Jahr 2024 nach der alten Methode erfolgen?	Die Messung ist seit Anfang 2023 sistiert, das heisst, dass 2024 keine Messung stattfindet.
Wenn eine Institution nicht an der Pilotmessung teilnimmt wegen sehr kleinen Fallzahlen, welche Anforderungen sind im Zeitraum 2024-2026 zu erfüllen?	Auch eine kleine Institution kann an der Pilotmessung teilnehmen, kleine Fallzahlen ist kein Ausschlusskriterium. Bei einer Nicht-Teilnahme kann das KIS-System überprüft werden, ob die notwendigen Variablen erfasst werden und ob ein Datenexport machbar ist.
Gibt es Bestrebungen, mit den KIS-Anbietern einheitliche Lösungen zu finden, damit nicht jedes Spital eigene Lösungen entwickeln muss (KISIM, EPIC, etc.)?	Derzeit ist dies nicht vorgesehen. Der Markt für KIS-Anbieter in der Schweiz ist vielfältig. Auch wenn Spitäler/Kliniken die gleichen Systeme nutzen, sind diese oft auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung zugeschnitten.
Uns würde das Messhandbuch sehr interessieren, um entscheiden zu können, ob wir an der Pilotmessung teilnehmen können.	Das Messhandbuch wird in einem ersten Schritt den Spitälern und Kliniken zur Verfügung gestellt, die sich für eine Teilnahme an der Pilotmessung entscheiden. Als Unterstützung für den Entscheid einer Teilnahme an der Pilotmessung wurde allen Spitälern und Kliniken Ende September 2024 die Tabelle mit den zu liefernden Variablen zugestellt.
Warum wird die Pädiatrie ausgeschlossen?	Die Messung «Dekubitus bei Kindern» ist derzeit nicht im ANQ-Messplan enthalten. Die Messung ist jedoch so konzipiert, dass sie zukünftig im pädiatrischen Bereich eingesetzt werden kann. Ziel des ANQ ist es, diese Messung bald auch für die Pädiatrie zugänglich zu machen.
Wird es auch weiterhin freiwillige Indikatoren geben? Z.B. Mangelernährung?	Zurzeit nicht.
Können Spitäler an der Pilotmessung teilnehmen, die noch keine elektronische Patientendokumentation haben?	Die Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der Pilotmessung ist, dass ein Spital über ein elektronisches KIS verfügt.
Wem gehören die individuellen Auswertungen der Spitäler/Kliniken?	Die individuellen Spitalauswertungen gehören den Spitälern und Kliniken. Der ANQ hat keinen Zugriff auf diese Daten (in den Dashboards).
Wann ist angedacht, dass die Messung obligatorisch für alle Spitäler und Kliniken sein wird?	Die erste national verpflichtende Messung ist für den Frühling 2026 geplant (Datenerhebung Februar – April 2026). Die Ergebnisse dieser

	Messung werden nicht transparent publiziert werden.
--	---

Fragen zur Methode und inhaltlicher Art

Fragen	Antworten
Wie ist das Vorgehen, wenn sich ein Dekubitus im Verlauf des Aufenthalts verschlimmert und eine höhere Einstufung erforderlich macht? Wird er dann als ein Dekubitus gezählt?	Idealerweise wird die höchste Kategorie des Dekubitus pro Lokalisation erfasst. Grundsätzlich wird jeder Dekubitus nur 1x gezählt.
Warum wurde der Beobachtungszeitraum auf 3 Monate festgelegt?	Die 3 Monate stellen einen Kompromiss dar, der so durch den ANQ unter Einbezug des Qualitätsausschuss Sturz und Dekubitus (QA) festgelegt wurde. International werden sehr unterschiedliche Zeiträume berücksichtigt, weshalb es bezüglich Beobachtungszeitraum keine klaren Empfehlungen gibt. 3 Monate haben den Vorteil, dass auch kleinere Spitäler/Kliniken eine robustere Anzahl Fälle einschliessen können. Es wurde auch diskutiert, die Daten eines ganzen Jahres einzuschliessen. Die Idee wurde verworfen, weil das Ziel darin besteht, sobald die Messung etabliert ist, die Ergebnisse im selben Jahr zu veröffentlichen, in dem die Daten erhoben wurden.
Wie werden Dekubitus klassifiziert?	Die Dekubitus werden nach EPUAP / NPIAP / PPIA 2019 klassifiziert.
Ist Dekubitus Kategorie 1 auch eingeschlossen?	Es werden alle Dekubitus-Ereignisse erfasst. In Zukunft wird es - wie bisher - eine separate Auswertung ohne Dekubitus der Kategorie 1 geben.
Was ist mit den Stufen : Uneinstufbar / nicht klassifizierbar: vollständiger Haut oder Gewebeverlust – unbekannte Tiefe und Vermutete tiefe Gewebeschädigung - unbekannte Tiefe?	Beim Dekubitus wird die Kategorisierungen nach EPUAP / NPIAP / PPIA 2019 angewendet. Diese schliessen die in der Frage erwähnten Kategorien ein.
Ist es richtig, dass nur wenige Variablen für die Risikoadjustierung zur Verfügung stehen?	Das konkrete Vorgehen für die Risikoadjustierung gilt es unter Berücksichtigung der Daten zu finalisieren. Es wird aktuell davon ausgegangen, dass es weiterhin ein hierarchisches Modell geben wird. Hinsichtlich der Risikovariablen ist es leider so, dass aufgrund der Heterogenität der verwendeten Instrumente innerhalb der Spitäler zukünftig keine Informationen zur Pflegeabhängigkeit und kein Dekubitusrisikoassessment verfügbar sind. Dafür sind andere Daten, wie beispielsweise die Diagnosen, in einem höheren Detaillierungsgrad verfügbar. Zudem werden neu gewisse Daten, die die Spitäler einheitlich für SpiGes erheben müssen, für die Risikoadjustierung verfügbar sein. Die final einzuschliessenden Variablen wurden gemeinsam mit dem QA auch hinsichtlich Machbarkeit festgelegt. Wenn

	die Methoden dereinst etabliert ist, ist es denkbar, dass das Variablenset erweitert wird. Um mit der neuen Methode starten zu können, mussten wir uns auf ein Minimum Dataset (kleinste gemeinsame Nenner, der dennoch eine Risikoadjustierung erlaubt) einigen, das die meisten Spitäler exportieren können.
Müssen Patientinnen und Patienten, die zwischen Februar und April hospitalisiert waren und bei denen es zu einem Sturz oder Dekubitus gekommen ist, erfasst werden?	Es müssen alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, die zwischen 01. Februar 2025 und 30. April 2025 ausgetreten sind. Wann der Eintritt erfolgte, spielt keine Rolle. Es werden die Daten aller Patient*innen, die im genannten Zeitraum austreten, erfasst, unabhängig davon, ob sich ein Sturz ereignete oder ein Dekubitus entstanden ist.
Wenn das KIS nicht automatisch einen Report erstellt, z.B. Dekubitus pro Kategorie zu unterscheiden, muss dies über 3 Monate manuell pro Patient herausgefunden werden?	Das methodische Vorgehen wurde gemeinsam mit dem QA und weiteren Spitälern, die sich an den Machbarkeitsanalysen beteiligt haben, entwickelt. Die Pilotmessung soll nun dazu dienen, die Umsetzbarkeit in einem erweiterten Kreis von Spitälern zu überprüfen. Daraus erhoffen wir uns Rückmeldungen, was in den Spitälern möglich ist und was nicht. Sollte sich abzeichnen, dass es für eine Mehrheit der Spitäler nicht möglich ist, die Dekubitus pro Kategorie zu exportieren, wird diese Erkenntnis im QA diskutiert und geprüft, ob es Anpassungen im Vorgehen braucht.
Im Rahmen der Machbarkeitsabklärung wurde überlegt, auch Medikamente/Medikamentengruppen als Einflussvariable auf Sturz und Dekubitus zu erfassen. Werden diese mit der neuen Methode erfasst?	Medikamente werden nicht erfasst. Es ist richtig, dass dies einmal angedacht war. Diese Idee wurde aber aufgrund des erwarteten Aufwands im Verhältnis zum erwarteten Nutzen verworfen.
Sind die Wöchnerinnen auch bei der Messung eingeschlossen?	Ja, es ist vorgesehen, auch Wöchnerinnen in die Messung einzuschließen.
Werden Patientinnen und Patienten auch dann in die Messung einbezogen, wenn sie nur eine Nacht stationär behandelt werden?	Ja, alle Patientinnen und Patienten werden in die Messung eingeschlossen, sobald sie eine Nacht stationär behandelt wurden (Mitternachtsregel).
Was ist mit Patientinnen und Patienten, die mehrere Dekubitus aufweisen? Werden sie als ein Fall mit Dekubitus gezählt oder als mehrere?	Mehrere Dekubitus werden getrennt erfasst. Jeder Dekubitus stellt ein eigenes Ereignis dar.
Wenn Patientinnen und Patienten mit einem Dekubitus rehospitalisiert werden, werden dann zwei Fälle gezählt, obwohl es sich um einen Dekubitus handelt, der bereits gezählt wurde?	Wenn Patientinnen und Patienten mit einem Dekubitus rehospitalisiert werden, wird der Dekubitus bei der Wiederaufnahme als «nicht nosokomialer Dekubitus» klassifiziert. Bei der Klassifikation werden Dekubitus in nosokomiale und vorbestehende Ereignisse unterteilt.
Wie wird die Zuverlässigkeit der Dekubitusdiagnose sichergestellt?	Die Daten basieren auf Selbstdeklaration. Die Sicherstellung der Datenqualität ist Aufgabe der Spitäler und Kliniken. Ihre Verantwortung ist es,

	<p>das Personal zu schulen, einen Dekubitus zu erkennen und richtig zu klassifizieren.</p> <p>Seitens der BHF und w hoch 2 werden die Datensätze auf Auffälligkeiten überprüft (Plausibilitätsprüfung).</p>
<p>Welche Datenquelle wird für die Messung von "Dekubitus" verwendet: die Daten, die im Rahmen der Pflege erhoben werden (KIS) oder die Daten aus der medizinischen Kodierung?</p>	<p>Die Messdaten stammen aus dem KIS (Klinikinformationssystem) und nicht aus der medizinischen Kodierung. Studien haben gezeigt, dass die Kodierungsdaten sehr ungenau sind, da teilweise nur abrechnungsrelevante Diagnosen kodiert werden.</p>

Fragen zum Dashboard und Technik

Fragen	Antworten
<p>Gibt es eine Exportvorlage, die zeigt, wie und was vom KIS exportiert werden muss?</p>	<p>Die zu exportierenden Variablen werden im Messhandbuch mit ihren Ausprägungen beschrieben und es sind jeweils Beispiele aufgeführt.</p>
<p>Welche Art von Exportdatei ist erforderlich? xml? csv?</p> <p>Gibt es eine Exportvorlage, dass man sehen kann, wie aus dem KIS exportiert werden muss?</p>	<p>Die Exportdatei muss eine zweidimensionale Tabelle sein. w hoch 2 bemüht sich, die Hürden so niedrig wie möglich zu halten. Daher werden alle gängigen Dateiformate (csv, txt, xlsx, sav, rds, usw.) akzeptiert. Trennzeichen und Kopfzeilen werden automatisch erkannt.</p>