



Berner Fachhochschule  
Haute école spécialisée bernoise  
Bern University of Applied Sciences



---

# Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus

---

Veröffentlichungsbericht Messung 2012

Januar 2014 / Version 1.0

# Inhaltsverzeichnis

---

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>                                     | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Zielsetzungen</b>                                  | <b>1</b>  |
| <b>3</b> | <b>Methode</b>  | <b>1</b>  |
| <b>4</b> | <b>Ethik und Datenschutz</b>                          | <b>2</b>  |
| <b>5</b> | <b>Deskriptive Ergebnisse</b>                         | <b>2</b>  |
| 5.1      | Teilnehmende Spitäler                                 | 2         |
| 5.2      | Teilnehmende Patientinnen und Patienten               | 3         |
| 5.3      | Prävalenz Dekubitus                                   | 3         |
| 5.4      | Prävalenz Sturz                                       | 3         |
| <b>6</b> | <b>Risikoadjustierte Ergebnisse</b>                   | <b>4</b>  |
| 6.1      | Dekubitus – im Spital erworben                        | 4         |
| 6.2      | Dekubitus – im Spital erworben, exklusive Kategorie 1 | 5         |
| 6.3      | Sturz im Spital                                       | 6         |
| <b>7</b> | <b>Diskussion und Schlussfolgerungen</b>              | <b>7</b>  |
| 7.1      | Teilnehmende  | 7         |
| 7.2      | Prävalenzrate Dekubitus – im Spital erworben          | 8         |
| 7.3      | Strukturindikatoren Dekubitus                         | 9         |
| 7.4      | Prävalenzrate Stürze im Spital                        | 10        |
| 7.5      | Strukturindikatoren Sturz                             | 10        |
| 7.6      | Risikoadjustierter Spitalvergleich                    | 11        |
| 7.7      | Stärken und Schwächen                                 | 12        |
| <b>8</b> | <b>Empfehlungen</b>                                   | <b>12</b> |

## 1 Einleitung

---

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist für die Qualitätsmessungen in Schweizer Spitälern zuständig. Ziel ist, die Qualität zu dokumentieren und weiter zu entwickeln. Im Rahmen des nationalen Qualitätsvertrags sind die dem Vertrag beigetretenen Spitäler verpflichtet, an periodisch durchgeführten Messungen teilzunehmen. 2012 wurde zum zweiten Mal eine nationale Prävalenzmessung der im Spital erworbenen Dekubitus und der im Spital aufgetretenen Stürze durchgeführt.

Der ANQ beauftragte die Berner Fachhochschule (BFH) mit der Messorganisation und der nationalen Datenaufbereitung für die Prävalenzmessung 2012. Für die Datenerhebung in der Westschweiz und im Tessin kooperiert die BFH mit der Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) und der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

Angewandt wurde die Methode «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International) der Universität Maastricht, Niederlande. Die Messung umfasste die pflegesensitiven Indikatoren Sturz und Dekubitus, die Teilaspekte der Pflege- und Behandlungsqualität messen. In der Schweiz waren bis zur ersten Messung im Jahre 2011 keine Daten zu Sturz und Dekubitus auf nationaler Ebene verfügbar; sie wurden auf Institutionsebene anhand von Komplikationsraten, die Pflegefachpersonen rapportiert hatten, geschätzt.

In diesem Bericht werden die wichtigsten Ergebnisse der Datenauswertung auf nationaler Ebene präsentiert. Der detaillierte Schlussbericht kann auf [www.anq.ch/akutsomatik](http://www.anq.ch/akutsomatik) eingesehen werden.

## 2 Zielsetzungen

---

Aus den Resultaten sollen folgende vertiefte Kenntnisse gewonnen werden: mit Sturz und Dekubitus einhergehende Patientenmerkmale sowie Struktur- und Prozessmerkmale. Weiter soll ein Vergleich dieser Indikatoren zwischen ähnlichen Institutionen ermöglicht werden. Diese Zielsetzung unterstützt die Schweizer Spitäler und Kliniken dabei, ihre Pflegequalität im Bereich Akutsomatik laufend zu verbessern.

Bei der zweiten Prävalenzmessung waren deshalb folgende Faktoren relevant:

- Prävalenzrate der im Spital erworbenen Dekubitus: Kategorien 1–4<sup>1</sup>
- Prävalenzrate der im Spital erworbenen Dekubitus: Kategorien 2–4
- Prävalenzrate der im Spital erfolgten Stürze
- Beschreibung der Struktur- und Prozessindikatoren im Zusammenhang mit Sturz und Dekubitus
- Risikoadjustierte Vergleiche der spitalbezogenen Resultate der Outcome-Indikatoren.

## 3 Methode

---

Die eingesetzten Instrumente basierten im Wesentlichen auf der in den Niederlanden sowie international seit Jahren periodisch wiederholten Messung «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International). Entwickelt wurde sie von der Universität Maastricht. Das LPZ-Verfahren kommt mittler-

---

<sup>1</sup> Der nosokomiale, d.h. im Spital erworbene Dekubitus ist wie folgt eingeteilt: Kategorie 1: nicht wegdrückbare Rötung der intakten Haut | Kategorie 2: Teilverlust der Haut | Kategorie 3: Verlust der Haut | Kategorie 4: Vollständiger Haut- oder Gewebeverlust.

weile in mehreren europäischen Ländern zum Einsatz und erlaubt entsprechende Vergleiche.

Nach einer umfangreichen Vorbereitung und Schulung der Spitalmitarbeitenden wurden die Daten am 6. November 2012 erhoben. Eingeschlossen waren alle über 18 Jahre alten, stationären Patient/innen der Akutspitäler der Schweiz und Liechtensteins (inkl. Intensivpflege, Übergangsstation Intensivpflege/Station und Wochenbettstation). Ausgeschlossen waren Aufwachräume, Tageskliniken, der ambulante- und der Notfallbereich, die Pädiatrie und die Säuglinge der Wochenbettstationen sowie stationäre Patient/innen, bei denen kein Einverständnis vorlag. Die Teilnahme von Wöchnerinnen an der Messung 2012 war – im Gegensatz zur Messung 2011 – obligatorisch. Seit der Messung 2013 werden zusätzlich Dekubitus bei Kindern erfasst.

Dekubitus wurden in einer Punktprävalenzmessung erhoben, also am Messtag. Stürze wurden mittels einer Periodenprävalenzmessung erfasst, die sich auf die letzten 30 Tage bzw. den Zeitraum zwischen Eintritt und Messtag bezog. Jeweils zwei Pflegefachpersonen pro Station führten die Messungen durch. Neben Dekubitus und Sturz wurden weitere patienten-, spital- und stationsbezogene Daten erhoben. Die Daten wurden zunächst deskriptiv, danach risikoadjustiert<sup>2</sup> ausgewertet.

Eine Spitalkoordinationsperson kontrollierte die Mess- und Datenqualität vor Ort. Weiter lag für die Datenerfassung ein Messhandbuch vor. LPZ Maastricht kontrollierte zudem die Plausibilität der eingegebenen Daten mit Datenprofilen. Es wurde nach systematischen Fehlermustern gesucht, beispielsweise nach Werten, die nicht auftreten sollten, die auffällig waren oder fehlten.

## 4 Ethik und Datenschutz

---

Voraussetzung für die Teilnahme war eine mündliche Einverständniserklärung der Patient/in oder der vertretungsberechtigten Person. Diese wurde im Vorfeld über die Datenerhebung und deren Ziel und Zweck schriftlich informiert. Der Wunsch von Patient/innen, die eine Teilnahme ablehnten, wurde respektiert. Alle patientenbezogenen Angaben wurden pseudonymisiert erhoben. Die Entschlüsselung der Pseudonyme ist ausschliesslich durch die Spitäler möglich.

## 5 Deskriptive Ergebnisse

---

### 5.1 Teilnehmende Spitäler

Insgesamt nahmen an der zweiten nationalen Prävalenzmessung 132 Spitäler und Spitalgruppen teil, verteilt auf 186 Spitalstandorte und folgende Spitaltypen: Grundversorgung (Allgemeine Krankenhäuser), Zentrumsversorgung (Universitätsspitäler/Allgemeine Krankenhäuser) und Spezialkliniken mit 75.3 bis 75.8% ihrer Patient/innen.

---

<sup>2</sup> Bei dieser Prävalenzmessung werden die Spitäler bezüglich ihrer Pflegequalität miteinander verglichen. Bei einem solchen Vergleich spielt der generelle Gesundheitsstatus der Patient/innen und der Grad der behandelten Erkrankung eine entscheidende Rolle, denn Patient/innen können auch dann unterschiedliche Pflegeergebnisse aufweisen, wenn die Pflege mit gleicher Qualität erbracht wurde. Ein schlechteres Ergebnis bedeutet also nicht automatisch eine mindere Pflegequalität. Für einen Vergleich ist es deshalb wichtig, die Risikofaktoren der Patient/innen durch die Nutzung eines statistischen Verfahrens, das als Risikoadjustierung bezeichnet wird, zu berücksichtigen.

## 5.2 Teilnehmende Patientinnen und Patienten

Zum Messzeitpunkt waren 18'105 Patient/innen über 18 Jahre in den teilnehmenden Spitälern hospitalisiert. Von diesen Personen beteiligten sich 13'651 an der Erhebung, was einer Antwortrate von 75.4% entspricht. 45.8% waren männliche und 54.2% weibliche Patient/innen. Das Durchschnittsalter betrug 64.4 Jahre. Am Erhebungstag hielten sich die Teilnehmenden durchschnittlich 9.1 Tage im Spital auf, wobei die häufigste Aufenthaltsdauer bei 7 Tagen lag. 39.4% der Teilnehmenden unterzogen sich in den letzten zwei Wochen vor der Messung einem chirurgischen Eingriff. Gemäss Versorgungsschwerpunkte und Spezialisierungen der Spitäler waren beim Krankheitsbild entsprechende Unterschiede auszumachen. Am häufigsten traten Herz- und Gefässerkrankungen (47.6%) gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates (32.0%) auf. Durchschnittlich knapp 20% der Teilnehmenden war auf Hilfe im täglichen Leben oder zumindest auf Hilfe im Haushalt angewiesen.

## 5.3 Prävalenz Dekubitus

### 5.3.1 Patient/innen mit Dekubitus

Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Häufigkeit der im Spital erworbenen Dekubitus Kategorien 1–4 um 1.4% ab und lag im Messjahr 2012 bei 4.4% (Vorjahr: 5.8%). 234 Patient/innen hatten einen Dekubitus exklusive Kategorie 1 bekommen, was einer Prävalenzrate der Kategorien 2–4 von 1.7% (Vorjahr: 2.1%) entspricht.

Insgesamt wurde bei 6.9% von 13'651 Teilnehmenden ein Dekubitus Kategorie 1–4 festgestellt (Vorjahr: 9.4%). Betroffen waren von den 945 Patient/innen in etwa gleich häufig Männer wie Frauen. Diese Rate beinhaltet die Gesamtprävalenz: Patient/innen, die bereits mit einem Dekubitus ins Spital eingetreten sind, sowie diejenigen, die im Spital einen Dekubitus erworben haben. Das Durchschnittsalter betrug 74.6 Jahre und 38% der Betroffenen wurden in den zwei Wochen vor der Messung operiert (+ 4.7% ggü. Vorjahr).

Die Prozentsätze der Dekubitus (ausgenommen Spezialkliniken) unterscheiden sich in den verschiedenen Versorgungsbereichen kaum. Am meisten Dekubitus Kategorie 1 wurden in den Universitätsspitalen erworben. Im Spital erworbene Dekubitus der Kategorien 2 und 3 wurden am häufigsten in der Grundversorgung gemessen, jene der Kategorie 4 in der Zentrumsversorgung Universitätsspitaler und in der Grundversorgung.

### 5.3.2 Präventive Massnahmen

Bei Risikopatient/innen wurden verschiedene Massnahmen ergriffen: allgemeine wie zum Beispiel Positionswechsel, Antidekubitus-Matratzen und -auflagen, verschiedene Arten von Kissen. Bei Patient/innen mit Dekubitus standen in allen Spitaltypen die Bewegungsförderung, die Hautpflege sowie die Entlastung der gefährdeten Körperstellen im Vordergrund.

## 5.4 Prävalenz Sturz

### 5.4.1 Patient/innen mit Sturzereignis

Im Messjahr 2012 wurden mit einem Mittelwert von 20.6% weniger Sturzereignisse erfasst, die während des Spitalaufenthaltes erfolgten (-1% ggü. Vorjahr). Die durchschnittliche Prävalenzrate der im Spital erfolgten Stürze, gemessen am Verhältnis zum Total der Teilnehmenden, betrug für alle Spitaltypen 3.8% (-0.5% ggü. Vorjahr).

In den 30 Tagen vor der Messung waren 18.2% (-1.6% ggü. Vorjahr) der Teilnehmenden mindestens einmal vor oder während des Spitalaufenthaltes gestürzt. Zirka drei Viertel der Stürze ereigneten sich vor Spitaleintritt. Frauen (58.2%) stürzten häufiger als Männer. Die Betroffenen waren durchschnittlich 72.4 Jahre alt,

31.5% wurden in den letzten zwei Wochen vor der Messung operiert. Mehrfachstürze (2 und mehr) wurden bei insgesamt 21.5% der Gestürzten angegeben – mehrheitlich im spitalexternen Bereich.

Stürze ausserhalb des Spitals erfolgten besonders oft im Freien, im Schlafzimmer, im Wohnzimmer oder im Badezimmer/in der Toilette. Innerhalb des Spitals waren das Patientenzimmer, das Badezimmer oder die Toilette die meistgenannten Sturzorte. Bei den Hauptursachen der Stürze standen körperliche Gesundheitsprobleme (41.1%) und Umgebungsfaktoren (35.3%) im Vordergrund. Die Ursachen der Stürze ausserhalb des Spitals waren öfter nicht bekannt. 74.8% der Betroffenen erlitten beim Sturz Verletzungen: minimale (31.5%), mittlere (17.3%), schwere (39.9%) sowie Hüftfrakturen (11.3%). Hüftfrakturen als Sturzfolge kamen vor dem Spitalaufenthalt markant häufiger vor als während und waren höchstwahrscheinlich auch der Grund für die Einweisung.

#### 5.4.2 Präventive Massnahmen

Die am häufigsten angewandte Massnahme zur primären Sturzprävention war die Information der Patient/innen, gefolgt von der Übungs- und Trainingstherapie und der Gehbegleitung. Die anderen angewandten Massnahmen unterscheiden sich je nach Spitaltypen.

Bei Patient/innen, die vor oder nach Eintritt gestürzt waren, wurden tendenziell mehr Massnahmen zur Sturzprävention eingeleitet. Diese umfasste häufig Mehrfachmassnahmen. Die Auswahl bzw. Kombination der Massnahmen schien je nach Spital zu variieren. Generelle Massnahmen zur Verletzungsprävention wurden seltener verwendet. Etwa vier Fünftel der Betroffenen erhielt keine Massnahmen zur Verletzungsprävention.

## 6 Risikoadjustierte Ergebnisse

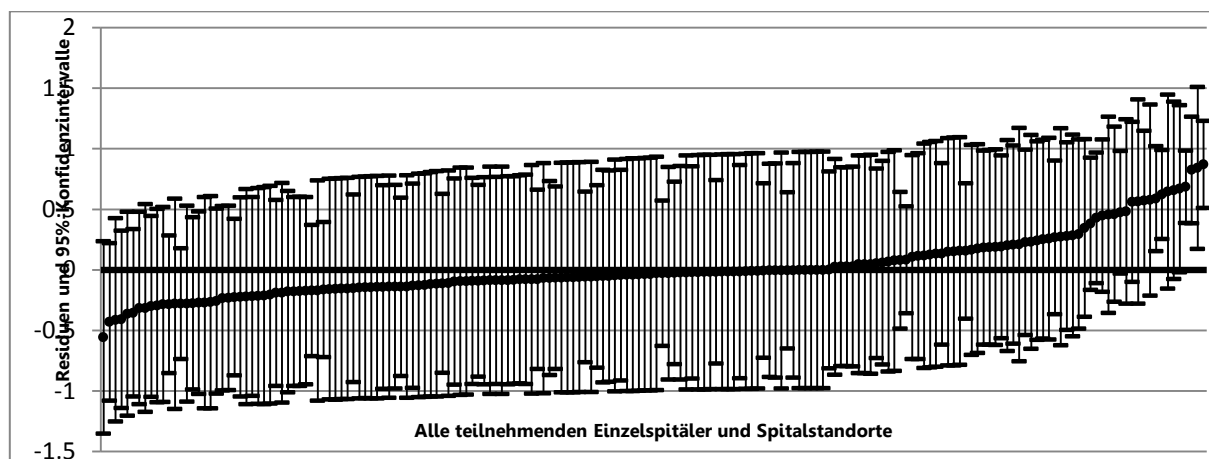
---

Wie im Vorjahr zeigen die risikoadjustierten Vergleiche der drei erhobenen Indikatoren – Dekubitus, Kategorien 1–4 und Kategorien 2–4 sowie Sturzereignisse – eine grosse Homogenität der Spitäler. Bei den Vergleichen der Spitäler wurden nur wenige signifikant abweichende Resultate festgestellt.

### 6.1 Dekubitus – im Spital erworben

Zur Einschätzung des Dekubitus-Risikos wird im LPZ-Verfahren die Braden-Skala verwendet. Patient/innen mit einem Braden Score von 20 und weniger weisen ein mehr als 3x höheres Risiko im Vergleich zu Patient/innen mit einem Wert über 20 auf. Bei der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) zeigt sich mit zunehmender Abhängigkeit ein nahezu linearer Risikoanstieg. Weiter ist die Aufenthaltsdauer relevant. Steigt diese, erhöht sich auch das Risiko. Patient/innen, die länger als 28 Tage hospitalisiert waren, weisen im Verhältnis zu denjenigen mit einem Aufenthalt von bis zu 7 Tagen ein 3.1x höheres Risiko auf. Auch das Alter hat einen Einfluss auf die Entstehung von Dekubitus. Ab 75 Jahren erhöht sich das Risiko im Vergleich zu den unter 55-Jährigen um knapp das Doppelte. Diverse Krankheitsbilder steigern ebenfalls unabhängig voneinander das Risiko. Relevant sind hier Krebserkrankungen, Unfallverletzungen und eine Hüftendoprothese.

**Abbildung 1<sup>3</sup>: Residuen der Spitalebene und 95%-Konfidenzintervalle<sup>4</sup> – Alle teilnehmenden Einzelspitäler bzw. Spitalstandorte – nosokomiale Dekubitusprävalenz sämtlicher Kategorien (1–4)**



Als Referenz gilt das Gesamt der teilnehmenden Spitäler. Auf diese Weise wird eine grössere statistische Aussagekraft erreicht, weil die Risikostruktur einer grossen Stichprobe berücksichtigt wird.

Werte im positiven Bereich zeigen ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus im Spital nach Risikoadjustierung, Werte im negativen Bereich weniger Dekubitus als der Durchschnitt (dargestellt als Nulllinie) aller Spitäler. Lediglich sechs Spitäler unterscheiden sich statistisch signifikant vom Gesamt der Spitäler: ihre Konfidenzintervalle schneiden die Nulllinie nicht. Unter Berücksichtigung der genannten Patientenmerkmale resultiert eine relative Homogenität zwischen den Spitalern. Ein Faktor, der dazu beiträgt, sind die kleinen Fallzahlen in vielen Spitalern, welche die Konfidenzintervalle sehr breit werden lassen. Die Konfidenzintervalle bilden die statistische (Un-)Sicherheit ab, mit der die Resultate interpretiert werden müssen.

Lesebeispiel Grafik: Wenn man die neun Datenpunkte bzw. Spitäler rechts aussen betrachtet, so liegen sechs Spitäler mit ihren Datenpunkten (Residuen) oberhalb der Nulllinie. Der Unterschied besteht darin, dass diese sechs Spitäler mit ihren Konfidenzintervallen die Nulllinie nicht schneiden, während dies bei den andern drei Spitalern der Fall ist. Obwohl bei allen neun Spitalern mehr Dekubitus als im Durchschnitt aller Spitäler auftreten, kann dies nur für die sechs Spitäler mit statistischer Signifikanz angenommen werden, welche mit dem gesamten Konfidenzintervall oberhalb der Nulllinie liegen. Bei den verbleibenden drei Spitalern ist die statistische Unsicherheit grösser, was im Wesentlichen auf die geringere Zahl der teilnehmenden Patient/innen zurückzuführen ist.

## 6.2 Dekubitus – im Spital erworben, exklusive Kategorie 1

Die eindeutige Diagnose des Dekubitus Kategorie 1 stellt eine Herausforderung dar. Bei guter Prävention ist eine Hautläsion jedoch weitgehend vermeidbar. Daher wird der im Spital erworbene Dekubitus exklusive Kategorie 1 einer gesonderten Analyse unterzogen.

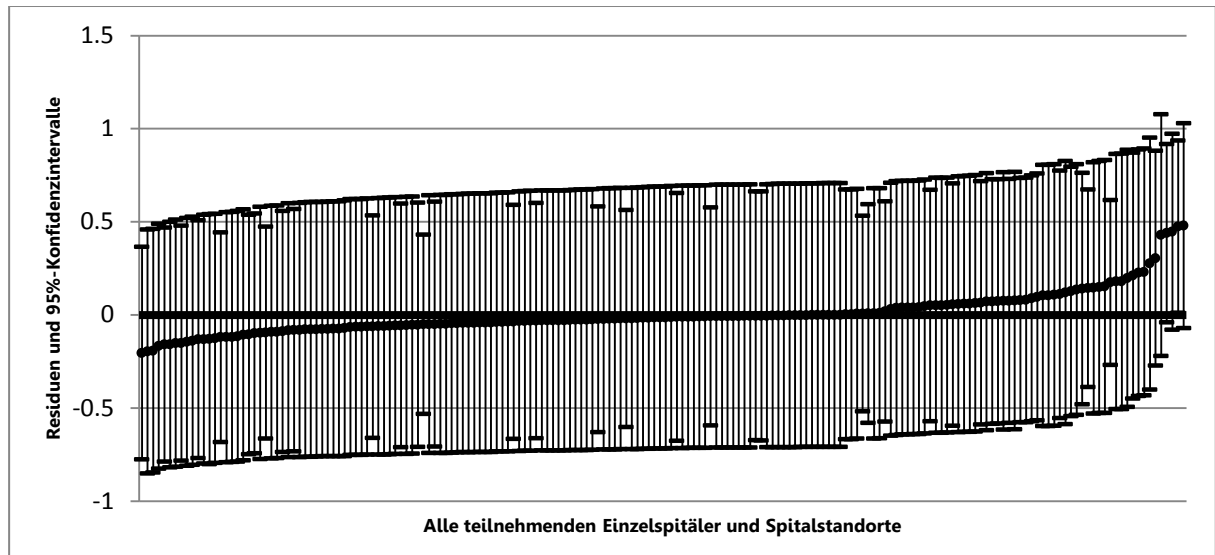
Die Differenz von Dekubitus inklusive und exklusive Kategorie 1 zeigt sich in einer veränderten Risikostruktur. Erneut ist ein Braden Score unter 20 ein relevantes Risikomerkmal. Noch gravierender ist jedoch ein

<sup>3</sup> Eine Leseanleitung für die Grafiken findet sich am Schluss des Berichtes

<sup>4</sup> Ein 95%-Konfidenzintervall (Vertrauensintervall) ist eine statistische Schätzung und beschreibt die Bandbreite, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Messungen sind immer auch durch Zufälligkeiten beeinflusst wie z.B. während der Erhebung anwesende Patienten, saisonale Schwankungen, Messfehler u.a. Daher geben die gemessenen Werte den wahren Wert nur annäherungsweise wieder. Dieser liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Bereich des Konfidenzintervalls.

langer Spitalaufenthalt: Patient/innen, die länger als 28 Tage hospitalisiert waren, weisen ein über 5x höheres Risiko auf als jene, die bis zu 7 Tagen im Spital verbrachten. Noch stärker macht sich hier die Pflegeabhängigkeit bemerkbar. Wiederum steigt das Risiko fast linear an, allerdings ist es mit steigender Abhängigkeit noch grösser als beim Dekubitus inklusive Kategorie 1. Krankheitsbilder, die einen signifikanten Zusammenhang mit dem Dekubitus aufweisen, sind hier: Krebs, Diabetes, Erkrankungen von Herz und Gefässen, des Bewegungsapparats sowie durch Unfall.

**Abbildung 2: Residuen der Spitalebene und 95%-Konfidenzintervalle – Einzelspitäler bzw. Spitalstandorte – nosokomiale Dekubitus exklusive Kategorie 1**



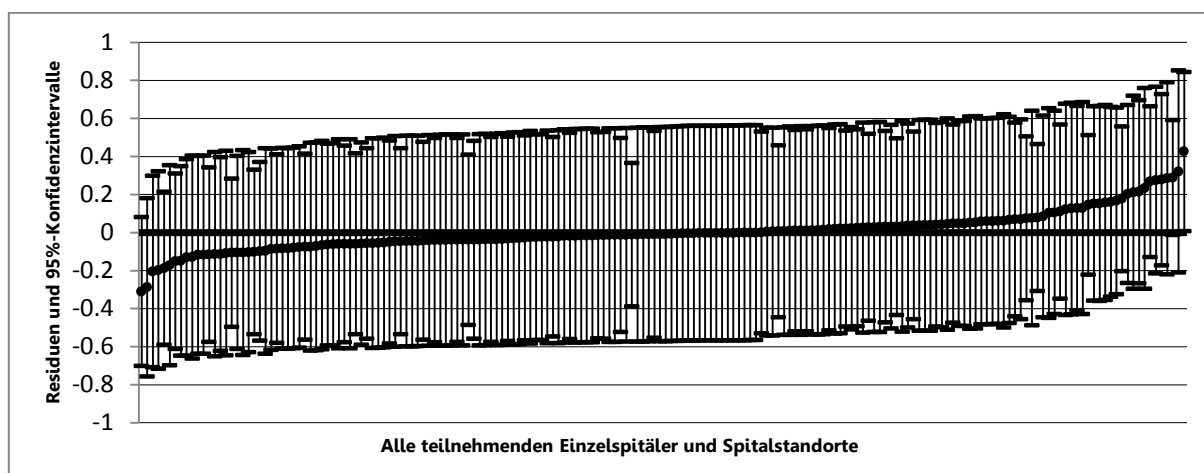
In der Gesamtauswertung zeigt sich, dass nur ein Spital signifikant vom Durchschnitt aller Spitäler abweicht. Auch hier ist wiederum eine erhebliche Homogenität zu sehen. Diese ist jedoch auch durch die im Vergleich zu Kapitel 6.1 noch kleineren Fallzahlen bedingt

### 6.3 Sturz im Spital

Wie bei der Dekubitus-Messung wurden auch hier die Risikomerkmale für Stürze mittels des erwähnten statistischen Verfahrens ermittelt. Mit steigender Aufenthaltsdauer, steigt das Sturzrisiko deutlich an. In Relation zu den Patient/innen, die bis eine Woche hospitalisiert waren, weisen diejenigen mit einem Aufenthalt von 8 bis 28 Tagen ein 3.8x höheres Risiko auf. Patient/innen, die mehr als 29 Tage im Spital verbrachten, haben sogar ein knapp 4.7x höheres Risiko. Ein erhöhtes Risiko ist auch mit zunehmendem Alter zu beobachten, allerdings nur ab 75 und mehr Jahren. Anders als beim Dekubitus zeigt sich kein gradueller Anstieg mit zunehmender Pflegeabhängigkeit. Krankheitsbilder steigern oder senken das Sturzrisiko unabhängig voneinander. Als Risiken bemerkbar machen sich insbesondere psychische und kognitive Erkrankungen sowie Einschränkungen bei den Sinnesorganen, aber auch Krebserkrankungen. Ein chirurgischer Eingriff hingegen wirkt als Schutzfaktor, weil das Sturzrisiko um knapp die Hälfte reduziert wird. Dagegen ist Hilfsbedürftigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden.



Abbildung 3: Residuen der Spitalenebene und 95%-Konfidenzintervalle – Einzelspitäler bzw. Spitalstandorte – Sturz im Spital



Ein Spital unterscheidet sich signifikant vom Durchschnitt, und zwar im negativen klinischen Sinne, indem das Konfidenzintervall die Nulllinie nicht schneidet. Ansonsten ist auch hier eine relative Homogenität der Spitäler festzustellen.

## 7 Diskussion und Schlussfolgerungen

Im direkten Vergleich mit LPZ-Messungen anderer Länder, aber auch im Vergleich mit Daten in der internationalen Literatur, ergibt sich folgendes Bild: Die nosokomialen Dekubitus-Raten Kategorien 1–4 und Kategorien 2–4 sind vergleichsweise niedrig. Hingegen ist die Häufigkeit der im Spital erfolgten Stürze im internationalen Vergleich relativ hoch.

Mit den Ergebnissen der nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus 2012 liegen zum zweiten Mal auf nationaler Ebene Aussagen zur Häufigkeit von Sturz und Dekubitus vor. Die ermittelten Resultate können für ein Benchmarking zwischen den Spitälern verwendet werden. Diese erhalten erneut die Möglichkeit, die Qualitätssicherung auf struktureller Ebene und die eingesetzten Massnahmen und Präventionsstrategien auf Prozessebene zu überdenken bzw. weiterzuentwickeln.

### 7.1 Teilnehmende

An der Messung 2012 beteiligten sich 132 Einzelspitäler und Spitalgruppen, verteilt auf 186 Spitalstandorte in der Schweiz und in Liechtenstein. Die beteiligten Stationen bilden die Stationen der Schweizer Akutspitäler repräsentativ ab.

Im Vergleich mit anderen Ländern fällt die mit 75.4% eher tiefe Beteiligung der Patient/innen auf. In den Niederlanden lag sie bei den letzten drei LPZ-Erhebungen (mit mündlicher Einverständniserklärung) bei durchschnittlich 93.4%. Allerdings nahmen dort im Durchschnitt jeweils nur 43 Spitäler teil.

Das mündliche Einwilligungsverfahren wurde als viel einfacher erlebt als das schriftliche, das bei der Messung 2011 vorgegeben war. Die Patienten-Information und das Einholen der mündlichen Zustimmung schienen jedoch nicht einfach zu sein. Deshalb ist die Schulung der Messteams wichtig. Auch die Öffentlichkeit muss noch besser über die Verpflichtung der Spitäler zur Qualitätssicherung informiert werden. Patient/innen können dadurch besser erkennen, wie wichtig solche Messungen für die Spitäler, aber auch für sie selber sind.

Die soziodemografischen Angaben der Teilnehmenden entsprechen der Population der in Schweizer Spitälern Hospitalisierten. Allerdings hält die Messung die Aufenthaltsdauer bis zum Erhebungstag fest und nicht die gesamte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag mit 9.1 Tagen gemäss der Krankenhausstatistik 2011 (BFS) nahe beim Schweizer Durchschnitt von 9.52 Tagen. Fast 40% der Hospitalisierten mussten sich im Akutspital einer Operation unterziehen. Erkrankungen von Herz- und Gefässen, des Bewegungsapparates, der Nieren und Harnwege, des Verdauungstraktes sowie der Atemwege waren die häufigsten Diagnosegruppen. In der medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2011 (BFS) stehen die Diagnosegruppen Verletzungen, Muskel-Skelettsystem, Kreislaufsystem, Verdauungssystem sowie Neubildungen im Vordergrund. Somit besteht eine gewisse, jedoch keine vollständige Übereinstimmung mit den erhobenen Daten.

Gut ein Fünftel der teilnehmenden Patient/innen ist auf Hilfe im täglichen Leben und im Haushalt angewiesen. Knapp ein Viertel ist mindestens teilweise pflegeabhängig.

## 7.2 Prävalenzrate Dekubitus – im Spital erworben

### 7.2.1 Merkmale der Patient/innen mit nosokomialen Dekubitus

Die von nosokomialen – das heisst im Spital erworbenen – Dekubitus Betroffenen sind durchschnittlich etwas häufiger männlich und etwa 10 Jahre älter als die Gesamtstichprobe. Diese Patient/innen wurden in den letzten zwei Wochen ungefähr gleich häufig operiert wie die Gesamtstichprobe.

Beim Vergleich der Krankheitsbilder der gesamthaft hospitalisierten Teilnehmenden und der von nosokomialen Dekubitus Betroffenen fällt auf, dass für letztere erheblich mehr Krankheitsbilder berichtet werden. Auch sind diese Patient/innen eindeutig stärker auf Hilfe angewiesen als die Gesamtstichprobe. Dies stimmt überein mit den Ergebnissen der Pflegeabhängigkeitsskala.

Der Einfluss des Alters auf das Dekubitus-Risiko bestätigt sich auch in der risikobereinigten Analyse, allerdings nur beim Auftreten inklusive Kategorie 1. Ohne Kategorie 1 erscheint das Alter nicht mehr als signifikantes Merkmal. Bei beiden Dekubitus-Auswertungen macht sich die Pflegeabhängigkeit besonders bemerkbar. Das Risiko steigt linear mit zunehmender Pflegeabhängigkeit an.

### 7.2.2 Prävalenzrate der nosokomialen Dekubitus

Die Ergebnisse der Spitäler sind, bezogen auf die Prävalenzraten, relativ gleichmässig verteilt. Mit 4.4% nosokomialer Prävalenz zeigen die Daten der Schweiz im internationalen Vergleich (Brandbreite zwischen 5.0% und 11.6%) auch in der Messung 2012 niedrige Werte. Bei den nosokomialen Prävalenzraten exkl. Kategorie 1 zeigt die Schweizer Messung mit einem Durchschnittswert von 1.7% über alle Spitaltypen erneut eine tiefere Rate als in den internationalen Publikationen, wo Werte zwischen 3.1% und 6.3% angegeben sind. Innerhalb der Stationen sind Patient/innen in Überwachung/Herzüberwachung am häufigsten von nosokomialen Dekubitus exklusive Kategorie 1 betroffen, gefolgt von chirurgischen, nichtchirurgischen Stationen sowie der Intensivstation. Diese Ergebnisse entsprechen denen der internationalen Literatur sowie auch einer Studie aus der Schweiz.

Dekubitusprävalenz exklusive Kategorie 1: Bei Risikopatient/innen bewegen sich die Ergebnisse zur Gesamtprävalenz in den Schweizer Spitälern im unteren Bereich (6.4%), verglichen mit der in den internationalen Publikationen angegebenen Prävalenz (zw. 6.1 und 27.6%).

Vergleicht man die Resultate 2011 und 2012, fällt bei den deskriptiven Prävalenzraten sowohl in Bezug auf Dekubitus als auch auf Sturz, eine leichte Abnahme auf. Gesamthaft gesehen sind diese Verschiebungen jedoch gering. Die Ergebnisse der risikoadjustierten Auswertung, die ähnlich homogen verteilt sind wie in der Vorjahresmessung, bestätigen diese abnehmende Tendenz nicht. Insgesamt ist in Bezug auf die Zuverlässigkeit dieser Ergebnisse die Höhe der Rücklaufquote und die grössere Stichprobe und deren Auswir-

kung zu beachten. Es lassen sich daher aus den pflegesensitiven Qualitätsindikatoren noch keine neuen Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Pflegepraxis im Vergleich zur Messung 2011 ziehen.

Bei der nosokomialen Dekubitusprävalenz exklusive Kategorie 1 bei Risikopatient/innen liegt das Ergebnis der Schweizer Spitäler mit 3.3% unter den in der Literatur angegebenen Prävalenzraten zwischen 5.3 und 11.2%. Dieses Resultat könnte möglicherweise im Zusammenhang mit der tiefen Antwortrate stehen. Oder es könnte damit zusammenhängen, dass Risikopatient/innen möglicherweise untervertreten waren.

Bei der Kategorie der im Spital erworbenen Dekubitus zeigt sich, dass Kategorie 1 mit einem Anteil von 52.1% in Bezug auf die nosokomiale Prävalenz am häufigsten vorkommt. An zweithäufigster Stelle tritt Kategorie 2 mit 32.2% auf. Dies entspricht der internationalen Datenlage.

Wie im Vorjahr tritt Dekubitus am häufigsten am Kreuzbein, an den Fersen sowie dem Gesäss auf. Auch diese Ergebnisse entsprechen der internationalen Datenlage.

Im nationalen Vergleich fällt auf, dass die Ergebnisse der Spezialkliniken teilweise von jenen der übrigen Spitaltypen abweichen. Dies hängt möglicherweise mit den kleineren Fallzahlen und der spezifischeren Patientenpopulation dieser Institutionen zusammen.

Wichtig für die Interpretation der gesamten Messresultate ist die Antwortrate der Messung 2012. Diese lässt vermuten, dass die Prävalenzrate der nosokomialen Dekubitus höher sein könnte (siehe Kapitel 7.1). Es kann weiterhin mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass ein Teil der Risikopatient/innen nicht an der Messung teilnahm. Dabei handelt es sich um Patient/innen mit kognitiven Einschränkungen und um ausserordentlich schwer erkrankte Menschen, die besonders Dekubitus gefährdet sind.

### 7.3 Strukturindikatoren Dekubitus

Die Ergebnisse zu den Strukturindikatoren auf Spitalebene zeigen in einigen Bereichen Unterschiede zwischen den Schweizer Spitaltypen hinsichtlich der Verfügbarkeit dieser Indikatoren. Im internationalen Vergleich mit anderen LPZ-Messungen der letzten drei Jahre ist die Verfügbarkeit von Standards und Richtlinien in den Schweizer Spitälern (78.6%) tiefer als in den Niederlanden (100%).

Der Indikator zu den standardisierten Informationen bei einer Verlegung schneidet im internationalen Vergleich besser ab. Die Ergebnisse zu Fachpersonen und einer Fachgruppe sind vergleichbar mit den österreichischen Ergebnissen im Jahr 2010 und liegen leicht unter den Resultaten der letzten zwei Jahre in den Niederlanden. Die Verfügbarkeit der Fortbildungen liegt tendenziell unter den internationalen Werten. Die Ergebnisse zur Informationsbroschüre sind leicht höher als in Österreich (2010), liegen jedoch markant unter den Werten der Niederlande in den letzten zwei Jahren.

Bei der Betrachtung dieser Strukturindikatoren auf Stationsebene zeigen sich moderate Unterschiede zwischen den Spitaltypen. Im internationalen Vergleich erzielen die Schweizer Spitäler bei den standardisierten Informationen bei Verlegung, bei der Verfügbarkeit von Präventionsmaterial sowie bei der Risikoerfassung ähnliche bis leicht höhere Werte als die Niederlande. Informationsbroschüren hingegen sind markant weniger vorhanden als in den Niederlanden. Auch die Durchführung multidisziplinärer Besprechungen wurde in den Schweizer Spitälern weniger häufig angegeben.

## 7.4 Prävalenzrate Stürze im Spital

### 7.4.1 Merkmale der Patient/innen mit einem Sturzereignis

Im Vergleich mit der Gesamtstichprobe zeigt sich Folgendes: Der Frauenanteil ist 4% höher und die betroffenen Personen sind im Schnitt etwa 8 Jahre älter. Der Anteil der Gestürzten, die in den zwei Wochen vor der Messung operiert wurden, ist um 8% kleiner. Diese Ergebnisse sind annäherungsweise gleich wie im Vorjahr.

Werden die Krankheitsbilder aller Hospitalisierten mit denjenigen verglichen, die von einem Sturzereignis betroffen waren, ist der Anteil Verunfallter (8.1%) sowie der Anteil der Teilnehmenden mit Herz- und Gefässerkrankungen (9.8%) höher als in der Gesamtstichprobe. Auch Erkrankungen der Nieren oder der Harnwege/Geschlechtsorgane (7.7% höher), psychische Erkrankungen (2.1% höher), Krebs (9.1% höher), Demenzerkrankungen (26.6% höher) sowie Diabetes mellitus (8.3% höher) treten etwas mehr hervor. Diese Patient/innen sind stärker auf Hilfe angewiesen als die Gesamtstichprobe.

Diese deskriptiven Ergebnisse stellen sich in der risikobereinigten Analyse teilweise etwas anders dar. Demnach ist das Geschlecht nicht mehr ausschlaggebend. Die Faktoren Alter und chirurgischer Eingriff sind jedoch auch in der risikobereinigten Analyse signifikant. Allerdings taucht beim Alter nur noch das Alter von 75 und mehr Jahren auf.

Wie schon beim Dekubitus spielt die Pflegeabhängigkeit eine relativ grosse Rolle. Anders als dort ist hier jedoch nur teilweise ein linearer Zusammenhang feststellbar. Bis zur überwiegenden Abhängigkeit steigt das Sturzrisiko an, bei der völligen Abhängigkeit sinkt es jedoch wieder. Vermutlich hat dies mit der geringeren Mobilität der Patient/innen zu tun, die völlig pflegeabhängig sind. Ebenso hängen zahlreiche Krankheitsbilder eng mit einem Sturzrisiko zusammen. Gleiches gilt für den «positiven» Effekt eines chirurgischen Eingriffs. Weil man nach einer Operation weniger mobil ist, wirkt sich dies als Schutzfaktor aus. Die in der Analyse identifizierten Merkmale decken sich weitgehend mit den aus der internationalen Literatur bekannten Risikofaktoren.

### 7.4.2 Prävalenzrate der im Spital gestürzten Patient/innen

Im internationalen Vergleich liegt die Quote der in Schweizer Spitälern erfolgten Stürze relativ hoch. Dies gilt insbesondere auch für den Vergleich mit Erhebungen nach der LPZ-Methode. Während in den Schweizer Spitälern die Prävalenzrate über alle Spitaltypen hinweg 3.8% beträgt, ergaben die letzten verfügbaren Raten aus den Niederlanden 1.5% und aus Österreich (2010) 3.2%.

Die Angaben zu den Sturzfolgen sind in der Schweizer Messung anders verteilt als in den letzten beiden LPZ-Erhebungen in den Niederlanden. Es werden mehr leichte (33.8%) und mittlere (20.6%) Sturzfolgen als bei LPZ (ca. 18.7 respektive 14%) angegeben. Hingegen werden vergleichbare Aussagen zu schweren Verletzungen (37.7%) und markant tiefere Angaben zu Hüftfrakturen (7.9%) als bei LPZ (30.5–46% respektive 20–33%) gemacht. Allerdings sind bei Stürzen im Spital nur bei etwa einem Drittel Angaben zu den Sturzfolgen vorhanden. Hier stellt sich die Frage, ob und wie die unvollständige Dokumentation der im Spital erfolgten Stürze oder ob die LPZ-Fragebogenlogik zu diesem Ergebnis beigetragen hat. Denn bei den Strukturindikatoren wird angegeben, dass Sturzereignisse in der Mehrheit der Spitälern erfasst werden. Ab Messung 2013 werden ausschliesslich bei Stürzen im Spital detailliertere Daten zum Sturz sowie zu den Folgen erhoben. Zudem wird die Fragebogenlogik hinsichtlich der Sturzfolgen angepasst.

## 7.5 Strukturindikatoren Sturz

Die Ergebnisse zu den Strukturindikatoren Sturz auf Spitalebene zeigen auch Unterschiede betreffend deren Verfügbarkeit zwischen den Spitaltypen der Schweiz auf.

Im internationalen Vergleich mit den letzten drei LPZ-Messungen ist zu beachten, dass in den Niederlanden die Stichprobe mit sechs bis neun teilnehmenden Institutionen vergleichsweise klein ist. Die Erfassung der Stürze in Schweizer Spitälern gleicht den LPZ-Messungen der letzten drei Jahre in den Niederlanden und in Österreich (2010), wobei in den Niederlanden im Messzyklus 2012 für diesen Indikator eine Abnahme von 20% festgestellt wurde. Die Weitergabe von Informationen bei Verlegung (80.7%) findet in der Schweiz häufiger statt als in den Niederlanden (im Durchschnitt 40%), aber etwas weniger als in Österreich (2010). Die Verfügbarkeit eines Standards oder einer Richtlinie zur Sturzprävention ist mit 61.5% vergleichbar mit internationalen Resultaten (LPZ 40–77.8%).

Auf Stationsebene weisen die Schweizer Spitäler, hinsichtlich Besprechung der Präventionsmassnahmen mit den Patient/innen und standardisierten Informationen bei Verlegung, eine ähnliche Verfügbarkeit auf wie die Spitäler in den Niederlanden und in Österreich (2010). Ausser in der vergleichsweise hohen Verfügbarkeit der Hilfsmittel zur Verletzungsprävention (Schweiz 70.2 versus 55.6% bei LPZ) zeigen sich bei den restlichen Strukturindikatoren weniger starke Unterschiede betreffend Verfügbarkeit.

## 7.6 Risikoadjustierter Spitalvergleich

Die Resultate weisen bei allen drei Indikatoren eine erhebliche Homogenität auf. Es gibt nur sehr wenige Spitäler, die sich signifikant vom Gesamt der Spitäler unterscheiden. Die geringe Anzahl der Abweichungen kann in der gewählten Methode der hierarchischen Modellierung liegen. Diese entspricht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand und wird jeweils für solch komplexe Aufgaben angewandt. Die Methode tendiert bekanntermassen zu «konservativen» Resultaten. Das heisst, aufgrund der umfassenden Adjustierung sind tendenziell weniger statistische Abweichungen zu erwarten als bei anderen Methoden. Ein wichtiger Grund für die Wahl dieser Methode liegt auch bei den nach wie vor kleinen Fallzahlen in den einzelnen Spitälern. Denn bei einer Prävalenzmessungen ist stets zu berücksichtigen: Je niedriger die Fallzahlen pro Spital, desto stärker werden sie von Zufälligkeiten beeinflusst.

Wie beispielsweise der Vergleich der Grafiken der Universitätsspitäler mit den anderen drei Spitaltypen nahelegt, werden auch die dargestellten 95%-Konfidenzintervalle der Residuen durch die Fallzahlen der teilnehmenden Patient/innen beeinflusst. Die Universitätsspitäler mit relativ hohen Fallzahlen haben erwartungsgemäss schmalere Konfidenzintervalle als die Spitäler der anderen Spitaltypen.

Gleiches gilt für den Vergleich zwischen einzelnen Spitälern innerhalb eines Spitaltyps. Betrachtet man die Dekubitus-Vergleiche zwischen den Universitätsspitalern, so gilt für im klinischen Sinne negativ abweichende Spitäler, dass diese sowohl die höchsten nichtadjustierten Prävalenzraten als auch die mit Abstand grössten Fallzahlen aufweisen. Diese Kombination aus Prävalenzrate und Fallzahl macht eine Abweichung aus statistischer Sicht eher wahrscheinlich. Kurz: Kleine Spitäler haben nach dieser Methode so gut wie keine Chance, jemals zu den statistischen Ausreissern zu zählen. Dieser Umstand kann als Schwachpunkt gesehen werden, er kann aber auch als Schutz für kleinere Spitäler betrachtet werden. Kleinere Spitäler haben ein deutlich grösseres Risiko von Prävalenzraten, die an einem Stichtag zufällig hoch sein können. Würde dieser Umstand nicht berücksichtigt, wäre die Vergleichbarkeit erheblich eingeschränkt.

Im Vergleich zur Messung 2011 lassen sich nur geringe Unterschiede feststellen. Lediglich bei den Dekubitus-Kategorien 1–4 wurden mehr Spitäler als Ausreisser identifiziert. Beim Dekubitus der Kategorien 2–4 war es nur ein Spital, analog Vorjahr. Beim Sturz war es nur eines (Vorjahr: zwei). Die Gründe dafür sind vermutlich eher methodischer Natur. Dass mehr bei Kategorie 1 zu finden waren, hängt sehr wahrscheinlich mit der grösseren Unsicherheit bei der Einstufung dieser Kategorien zusammen.

Ein weiterer Grund könnte das leicht veränderte Risikomodell auf Patientenebene sein. Durch den Einschluss der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) hat sich das Risikomodell etwas gewandelt. Hinzu kommt, dass die Anpassung der Auswertungsebene von Spitalgruppen auf Spitalstandorte die Fallzahlen pro analysier-

ter Einheit im Schnitt gesenkt hat; dies trotz gestiegener Teilnahmequote. Mit der Abnahme der Fallzahlen pro Einheit werden die entscheidenden Konfidenzintervalle weiter als Ausreisser identifiziert zu werden, was für die Spitäler ein geringeres Risiko bedeutet.

## 7.7 Stärken und Schwächen

Bei der Messung 2012 handelte es sich um die zweite Schweizer Erhebung. Dies kann gemäss der Erfahrungen der internationalen LPZ-Partner die Datenqualität positiv beeinflussen, aufgrund der zunehmenden Routine während der Datenerhebung. Zur Vermeidung dieser Schwäche wurden alle Spitalkoordinatoren von der BFH und ihren Kooperationspartnern einheitlich geschult, die Schulungsunterlagen inhaltlich vorgegeben und strukturiert, das Messhandbuch detailliert ausgearbeitet. Zudem stand am Vortag und am Messtag eine Hotline zur Verfügung.

Eine Stärke dieser Messung sind die international vergleichbaren Messinstrumente. Sie weisen zwar noch einige Schwächen auf, die jedoch in den weiteren Messungen behoben werden können. Die Erfassung von klinischen Daten am Patientenbett erhöht zudem die Zuverlässigkeit der Ergebnisse.

Die eher tiefe Beteiligung der Patient/innen kann die Repräsentativität der Stichprobe beeinträchtigen. Bei der zweiten Messung war nur noch eine mündliche Einwilligung erforderlich (Vorjahr: schriftliche Einwilligung). Trotzdem sind die Teilnahmequoten sehr unterschiedlich. Für die Prävalenzmessung sollte eine Beteiligung von mindestens 80% angestrebt werden, da dies die Vergleichbarkeit der Daten mit LPZ-Erhebungen und international erhöht.

Eine weitere Stärke ist das Evaluationsverfahren nach den jeweiligen Messzyklen. Die Ergebnisse führen zu Anpassungen in der Messorganisation sowie der Erhebungsinstrumente. So konnten für die Messung 2012 sprachliche Optimierungen in den Strukturfragen vorgenommen werden. Auch konnten im Bereich Dekubitus und Sturz von den Teilnehmenden vorgeschlagenen Antwortkategorien ergänzt werden. Insgesamt wurden die Messorganisation sowie die Messung von den Evaluationsteilnehmenden im 2012 positiv bewertet.

Die Analyse nach Spitalstandorten gemäss Krankenhaustypologie des BFS (2006) hat zur Konsequenz, dass sich Institutionen mit einem gemischten Leistungsauftrag möglicherweise standortspezifisch unterschiedliche Spitaltypen zugewiesen haben. Das führt dazu, dass ihre Ergebnisse in der Analyse ebenfalls mehreren Spitaltypen zugewiesen wurden. Dadurch wurden unterschiedliche Leistungsaufträge auf Standortebene – nicht aber auf Ebene der Gesamtinstitution – berücksichtigt, was den Benchmark negativ beeinflusst. Ein Benchmarking auf Gesamtinstitutionsebene ist gegebenenfalls nicht möglich. Diese Ungenauigkeit lässt sich aufgrund der BFS-Typologie nicht vermeiden. Sie muss als unvermeidbare Konsequenz der Verwendung dieser Typologie angenommen werden.

Die grösste Stärke der zweiten nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus liegt, verglichen mit 2011, im noch grösseren Umfang der Stichprobe, der die Repräsentativität der Daten weiter erhöht und aufwändige statistische Verfahren ermöglicht, die für eine adäquate Adjustierung nötig sind.

## 8 Empfehlungen

---

Die Diskussion sowie die Stärken und Schwächen der Messung zeigen, dass nach der zweiten nationalen Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus in der Schweiz noch keine weitreichenden Empfehlungen abgegeben werden sollten. Sicher ist, dass wiederholte Messungen den Spitälern die Möglichkeit geben, ihre Qualität in Bezug auf Sturz und Dekubitus zu überprüfen und allenfalls anzupassen.

Trendauswertungen von wiederholten Messungen im internationalen Kontext legen nahe, dass die Prävalenzraten tendenziell häufig (weiter) abnehmen und dass die Sensibilisierung für die gemessenen Themen sowie der gezielte Einsatz von Behandlung und präventiven Massnahmen zunehmen.

Für die Entwicklung und Umsetzung von solchen Massnahmen wird allerdings mehr Zeit benötigt als nur ein Jahr. Somit ist es wohl noch zu früh, Trendauswertungen oder Effekte des nationalen Benchmarking zu diskutieren. Aus den Ergebnissen der Messung 2013 sollten deutlichere Schlussfolgerungen gezogen werden können. Der Widerspruch zwischen der Homogenität der risikobereinigten Ergebnisse im Spitalvergleich und die Unterschiede bei den eingesetzten Massnahmen und Strukturindikatoren wirft die Fragen auf, wie effektiv und wie effizient Massnahmen zu Prävention und Behandlung sind oder eingesetzt werden. Indizien für Fehlversorgung und Überversorgung zeigen sich beispielsweise im Einsatz von Wundverbandsmaterialien bei Dekubitus Kategorie 1 sowie für Unterversorgung der Anwendung der Patientenedukation. Die Tatsache, dass ein Fünftel der gestürzten Teilnehmenden keine sturzpräventiven Massnahmen erhalten, kann als ein Indiz für eine Unterversorgung gesehen werden.

Im internationalen Vergleich weisen die Prävalenzraten auf Folgendes hin: Beim Dekubitus kann die Qualität, bezogen auf die pflegesensitiven Indikatoren, als gut eingeschätzt werden kann. Weniger erfolgreich scheinen die Bemühungen bei der Sturzprävention zu sein. Hier scheint eine weitere Reduktion der Stürze nötig.

Weiter fällt im Vergleich mit anderen Ländern die eher tiefe Beteiligung der Patient/innen auf. Um die Nichtteilnahme fundierter analysieren zu können, wäre es sinnvoll, nähere Angaben über diejenigen Patient/innen zu erhalten, die sich nicht an der Messung beteiligen wollen oder können. Nebst soziodemografische Daten auch Angaben zur Morbidität, zum Grund und zur Dauer des Aufenthalts sowie zu den persönlichen Gründen.

Hinsichtlich der Wundbehandlung bei Dekubitus sind die Ergebnisse 2012 vergleichbar mit der Messung 2011. Hier stellt sich die Frage, inwiefern die präventiven Massnahmen sowie die Behandlung des Dekubitus jeweils dem aktuellen Stand der Wissenschaft und der aktuellen Evidenzlage entsprechen. Beispielsweise wird – wie im Vorjahr – bei Dekubitus Kategorie 1 ein unerwartet breites Spektrum an Wundbehandlungsmaterialien angewendet. Da bei dieser Kategorie die Haut intakt ist, empfehlen internationale Richtlinien sofortige Druckentlastung und Hautpflege als erste Massnahmen. Bei Dekubitus der Kategorien 2-4 wird recht häufig angegeben, dass keine Wundaufgaben verwendet werden. Auch dieses Vorgehen entspricht nicht dem aktuellen Fachwissen.

Fast ein Fünftel der gestürzten Patient/innen haben keine sturzpräventiven Massnahmen bzw. gut Vierfünftel der Gestürzten keine verletzungspräventive Massnahmen erhalten. Wird berücksichtigt, dass ein Sturz in der Anamnese als wichtigstes Merkmal für weitere Sturzereignisse gesehen wird, so ist hier weiterhin ein grosses Potenzial für Qualitätsentwicklung auszumachen.

Die nationale Prävalenzmessung gibt den Spitälern erneut die Möglichkeit, sowohl die Elemente der Qualitätssicherung auf struktureller Ebene als auch die Evidenz und Effizienz der eingesetzten Massnahmen und Präventionsstrategien auf Prozessebene zu überdenken bzw. weiterzuentwickeln. Bis gesicherte Empfehlungen möglich sind, können Institutionen die aktuellen Leitlinien und Empfehlungen befolgen und die neueste Forschungsliteratur zum Vergleich der eigenen Pflegepraxis mit den publizierten Standards berücksichtigen. Zudem wird empfohlen, die Benchmarking-Resultate mit internen Prozessanalysen (Fallanalysen der betroffenen Patient/innen) zu kombinieren. Dies ermöglicht einen konkreten Soll-Ist-Vergleich zum intern definierten Qualitätsniveau, wodurch wichtige Hinweise für interne Qualitätsentwicklungsprozesse gewonnen werden können.

## Leseanleitung für die Grafiken

Patient/innen haben unterschiedliche Risiken, einen Dekubitus im Spital zu entwickeln oder im Spital zu stürzen (z.B. Alter, Aufenthaltsdauer, Grunderkrankung etc.). Demzufolge ergibt sich für Spitäler eine unterschiedliche Zusammensetzung der Patient/innen (Risikostruktur). Damit die Ergebnisse der Spitäler fair verglichen werden können, werden diese Risiken mittels eines geeigneten statistischen Verfahrens ausgeglichen (adjustiert). Die Nulllinie markiert den Wert aller an der Messung beteiligten Spitäler, wenn deren Risikostruktur gleich wäre. Jeder rote Datenpunkt (Residuum) stellt den berechneten Wert eines Spitals dar, dies wiederum unter Berücksichtigung der Risikostruktur. Werte oberhalb der Nulllinie weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus bzw. Sturzereignissen hin, Werte unterhalb der Nulllinie lassen eine geringere Dekubitus-Häufigkeit bzw. Anzahl Stürze gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

Die vertikal verlaufende Linie, auf welcher der Datenpunkt liegt, signalisiert das sog. Vertrauensintervall (95%-Konfidenzintervall) eines Spitals. Das Vertrauensintervall repräsentiert unter anderem die Verteilung der Patientenwerte und die Anzahl teilnehmender Patient/innen an der Messung. Solange diese Linie die Nulllinie schneidet, kann nicht von einem bedeutsamen (signifikanten) statistischen Unterschied gesprochen werden.