

MESSHANDBUCH

STURZ UND DEKUBITUS

Autorinnen und Autoren: Niklaus S. Bernet, Karin Thomas, Cécile JeanRichard,
Silvia Thomann

Version: 2.0

Datum: November 2025

Legende: Anpassungen zur Version 1.3



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1. Ausgangslage	4
2. Zielsetzung & Fragestellungen	6
3. Messmethodik	7
3.1 Organigramm nationale Messung Sturz und Dekubitus	7
3.2 Überblick Datengrundlage und Beobachtungszeitraum	9
3.3 Zielpopulation sowie Ein- und Ausschlusskriterien	10
3.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien Spitäler und Kliniken	10
3.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien auf Ebene Patientin, auf Ebene Patient	10
3.3.3 Falldefinition	11
3.4 Definitionen Sturz, Sturz mit Sturzfolgen und Dekubitus	12
4. Datenexport	14
4.1 Grundprinzipen	14
4.2 Vorgaben zu Struktur und Format der Daten	15
5. Datentransfer	30
6. Datenqualität	32
7. Datenschutz	34
8. Datenanalyse und Berichterstattung	35
8.1 Berechnungsgrundlagen zu den Ergebnisindikatoren	35
9. Zeitplanung im Überblick	37
Literaturverzeichnis	38
Abbildungsverzeichnis	39
Tabellenverzeichnis	40
Anhänge	41
Impressum	48

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AHRQ	Agency for Healthcare Research Quality
BFH	Berner Fachhochschule, Gesundheit
BFS	Bundesamtes für Statistik
BUR	Betriebs- und Unternehmensregister
CT	Computertomographie
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
MASD	Feuchtigkeitsbedingte Hautschäden
FID	Fallidentifikationsnummer
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
Heds FR	Haute école de santé Fribourg
HFG	Humanforschungsgesetz
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. Ausgabe
IAD	Inkontinenz assoziierte Dermatitis
ITD	Intrigenöse Dermatitis
IT	Informatik
KIS	Klinikinformationssystem
Knie-TEP	Kniegelenksendoprothese
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MARSI	Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen
MLZ	Messlogistikzentrum
NDNQI	National Database of Nursing Quality Indicators
NPIAP	National Pressure Injury Advisory Panel
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
QA	Qualitätsausschuss
QM	Qualitätsmanagement
SpiGes	Stationäre Spitalaufenthalte: Mehrfachnutzung der Daten (Projekt SpiGes)
SUPSI	Scuola universitaria della Svizzera Italiana
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. AUSGANGSLAGE

Der ANQ ist für die Messung von Qualitätsindikatoren in Schweizer Spitälern und Kliniken zuständig. Der ANQ, die nationalen Trägerorganisationen H+ Die Spitäler der Schweiz, die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer unterzeichneten am 18. Mai 2011 den nationalen Qualitätsvertrag. Damit regeln die Vertragspartner die Finanzierung und Umsetzung der Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben (Messplan) des ANQ für Spitäler und Kliniken, die dem nationalen Qualitätsvertrag des ANQ beigetreten sind. Die dem Vertrag beigetretenen Spitäler und Kliniken sind verpflichtet, an Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Qualitätsmessungen liefern eine wichtige Grundlage für Vergleiche mit Best-Practice-Organisationen (Benchmarking) und somit für Qualitätsverbesserungen in den Bereichen Prävention und Behandlung. Bis im Jahr 2011 standen für die Schweiz in Bezug auf die pflegesensitiven Indikatoren Sturz und Dekubitus lediglich Daten auf Institutionsebene zur Verfügung. In anderen Fällen wurden die Daten anhand von Komplikationsraten, die durch die Pflegefachpersonen angegeben wurden, geschätzt (Schubert et al., 2009). Im Jahr 2011 hat ANQ gemäss einer Empfehlung einer Literaturanalyse (Kuster et al., 2009) die pflegesensitiven Indikatoren Sturz und Dekubitus bei Erwachsenen in den Messplan Akutsomatik aufgenommen.

Seit 2011 ist die Berner Fachhochschule (BFH) durch den ANQ beauftragt, als Auswertungsinstitut die gesamtschweizerische Qualitätsmessung Sturz und Dekubitus im akutsomatischen Bereich der Schweizer Spitäler und Kliniken zu übernehmen. Für die Datenerhebung im Tessin und in der Westschweiz kooperiert die BFH mit der Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) und der Haute école de santé Fribourg (Heds FR). Bis 2022 wurde für die Datensammlung die Methode «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International) der Universität Maastricht, Niederlande (Bours et al., 1999; Van Nie-Visser et al., 2013) verwendet. Ab 2023 entschied der ANQ, in Zusammenarbeit mit der BFH in die Entwicklung einer Qualitätsmessung Sturz und Dekubitus basierend auf (klinischen) Routinedaten zu investieren ([Link ANQ Webseite](#)). Diese (Weiter)Entwicklung basiert auf dem vom ANQ mitfinanzierten Forschungsprojekt Vis(q)ual Data der BFH (Bernet et al., 2022). Für die neue Messmethode kennzeichnend ist, dass keine Datenerhebung im klassischen Sinne durchgeführt wird, sondern klinische Routinedaten, welche im Behandlungsprozess standardmässig erfasst und im Klinikinformationssystem (KIS) dokumentiert werden, für die Messung von Sturz und Dekubitus in den Spitälern weiterverwendet werden. Mit der neuen Messmethode wird die w hoch 2 GmbH durch den ANQ als technischer Umsetzungspartner beauftragt. Die w hoch 2 GmbH übernimmt die Messlogistik, das Datenhosting und die deskriptive Datenaufbereitung auf Institutionsebene für die Leistungserbringer (Dashboard).

Das vorliegende Messhandbuch beschreibt die Zielsetzung, die Messmethode, das Vorgehen beim Datenexport, Überlegungen zum Datenschutz, die Datenanalyse und Berichterstattung sowie den Zeitplan im Überblick. Das Messhandbuch richtet sich an die in den Institutionen für die Durchführung der nationalen Messung Sturz und Dekubitus verantwortlichen Personen.

2. ZIELSETZUNG & FRAGESTELLUNGEN

Mit der nationalen Messung Sturz und Dekubitus werden in den Spitälern und Kliniken (Akut-somatik) der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein systematisch und flächendeckend Informationen zu den pflegesensitiven Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus (Burston et al., 2013; Heslop & Lu, 2014; Kuster et al., 2009) gesammelt. Die Messung hat in erster Linie zum Ziel, basierend auf vorhandenen Informationen aus dem Klinikinformationssystem, die Inzidenzrate von Sturzereignissen im Spital/in der Klinik, die Inzidenzrate von Sturzereignissen im Spital/in der Klinik mit Sturzfolgen sowie die Inzidenzrate von nosokomialen (im Spital/in der Klinik erworbenen) Dekubitus Kategorie 1 und höher bzw. 2 und höher auszuweisen.

Ziel der ersten nationalen Messung im Jahr 2026 ohne transparente Ergebnispublikation ist die Generierung deskriptiver Ergebnisse auf Institutionsebene sowie auf nationaler Ebene.

Folgende Fragestellungen werden mit der nationalen Messung Sturz und Dekubitus **zukünftig** adressiert:

- Wie hoch ist die Inzidenzrate der im Spital/in der Klinik erfolgten Sturzereignisse?
- Wie gestaltet sich der (risikoadjustierte) Spital-/Klinikvergleich bezogen auf den Indikator Sturz im Spital/in der Klinik?
- Wie hoch ist die Inzidenzrate der im Spital/in der Klinik erfolgten Sturzereignisse mit Sturzfolgen?
- Wie gestaltet sich der (risikoadjustierte) Spital-/Klinikvergleich bezogen auf den Indikator Sturz im Spital/in der Klinik mit Sturzfolgen?
- Wie hoch ist die Inzidenzrate des nosokomialen Dekubitus Kategorie 1 und höher?
- Wie gestaltet sich der (risikoadjustierte) Spital-/Klinikvergleich bezogen auf den Indikator des nosokomialen Dekubitus Kategorie 1 und höher?
- Wie hoch ist die Inzidenzrate des nosokomialen Dekubitus Kategorie 2 und höher?
- Wie gestaltet sich der (risikoadjustierte) Spital-/Klinikvergleich bezogen auf den Indikator des nosokomialen Dekubitus Kategorie 2 und höher?

3. MESSMETHODIK

3.1 ORGANIGRAMM NATIONALE MESSUNG STURZ UND DEKUBITUS

Dieses Kapitel umfasst das Organigramm einschliesslich einer kurzen Beschreibung der beteiligten Organisationen und ihrer Rolle im Zusammenhang mit der nationalen Messung Sturz und Dekubitus, sowie die Kontaktangaben.

Die Organisation und die spezifischen Verantwortlichkeiten im Rahmen der nationalen Messung Sturz und Dekubitus sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt und nachfolgend im Einzelnen beschrieben.

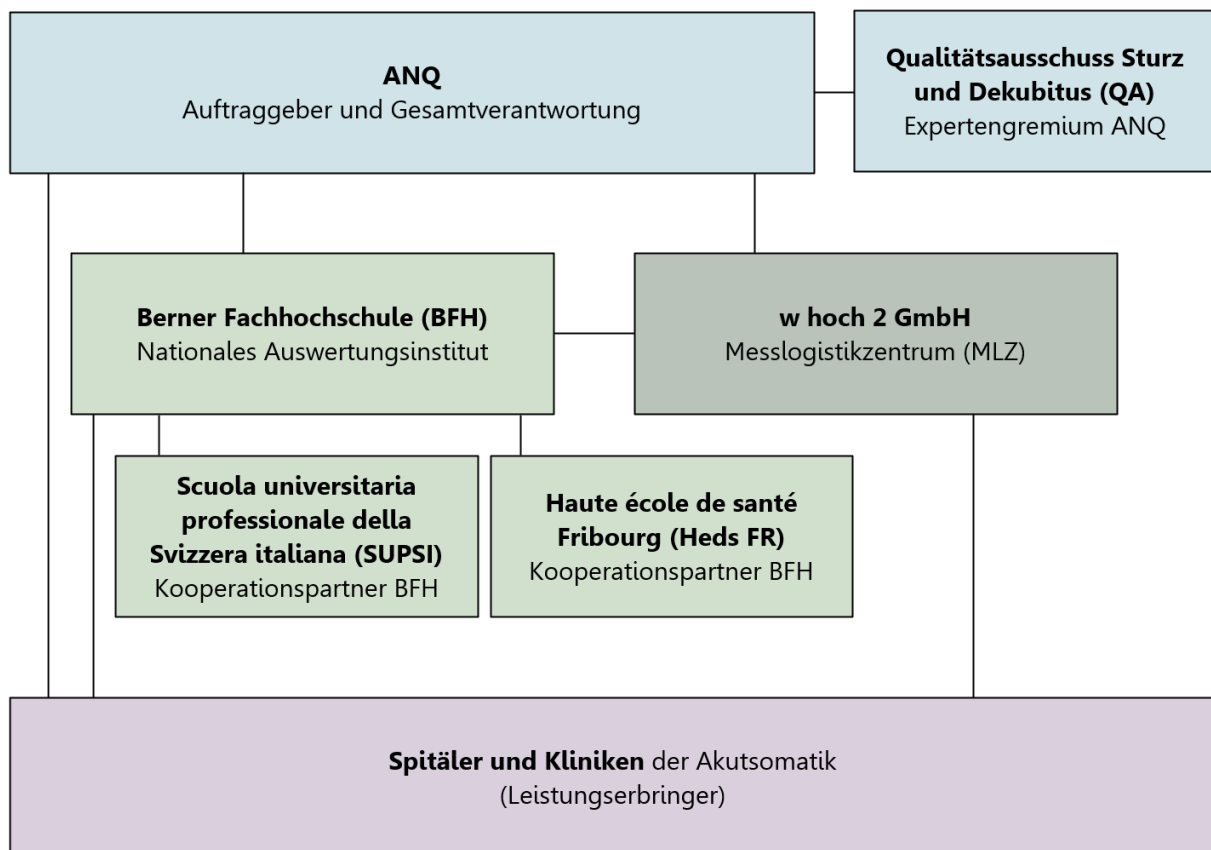


Abbildung 1: Organigramm Messung Sturz und Dekubitus

Die Messung Sturz und Dekubitus wird von folgenden Institutionen mit genannten Verantwortlichkeiten realisiert:

- **ANQ:** Der ANQ ist verantwortlich für die Koordination und Durchführung nationaler Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken in der Schweiz. Als Auftraggeberin obliegt der ANQ-Geschäftsstelle die Gesamtverantwortung für die Messung Sturz und Dekubitus. Die ANQ-Geschäftsstelle formuliert die Aufträge für das nationale Auswertungsinstitut sowie das Messlogistikzentrum (MLZ). Sie koordiniert und kontrolliert die Umsetzung der Messungen und Auswertungen mit den erwähnten Institutionen. Sie stellt zudem die Umsetzung im Einklang mit dem ANQ-Datenreglement sicher. Zu den Kernaufgaben der ANQ-Geschäftsstelle gehören des Weiteren die Leitung der Qualitätsausschüsse inkl. Vor- und Nachbereitung der Sitzungen sowie die Publikation und Distribution der nationalen Ergebnisse.
- **QA:** Der Qualitätsausschuss Sturz und Dekubitus ist als Expertengremium des ANQ für die fachliche Beurteilung sowie für das (Mit)Entwickeln von Empfehlungen und Grundlagen zuständig (siehe auch [Pflichtenheft und Anforderungsprofil für Qualitätsausschüsse \(QAs\)](#)).
- **BFH:** Die BFH ist das nationale Auswertungsinstitut der Messung Sturz und Dekubitus. Sie ist verantwortlich für die fachlich-methodische Weiterentwicklung der Messmethodik sowie für die vergleichende (risikoadjustierte) Auswertung und transparente Berichterstattung der Ergebnisse auf nationaler Ebene. In dieser Funktion steht die BFH als nationales Auswertungsinstitut in engem Kontakt zur Projektleitung seitens der ANQ-Geschäftsstelle, dem Qualitätsausschuss Sturz und Dekubitus sowie dem Messlogistikzentrum (w hoch 2 GmbH).
- **SUPSI und Heds FR:** Die SUPSI und die Heds FR sind als Kooperationspartner der BFH verantwortlich für die fachlich-methodische Korrektheit der italienisch/französischen Übersetzungen des Messhandbuches und Auswertungskonzeptes. Zudem unterstützen sie die BFH beim Einbezug der Leistungserbringer im Tessin und der Westschweiz für die fachlich-methodische Weiterentwicklung der Messung Sturz und Dekubitus.
- **w hoch 2 GmbH:** Die w hoch 2 GmbH ist als MLZ zuständig für die Umsetzung der technischen und administrativen Prozesse rund um die Messung Sturz und Dekubitus. Dies umfasst die Entwicklung und Bereitstellung der eingesetzten Software zum Datenupload, der Datenkontrolle, -aufbereitung und -sicherung sowie die Verwaltung der Online-Zugänge. Weiter werden die Daten durch die w hoch 2 GmbH auf Institutionsebene deskriptiv ausgewertet und in einem Dashboard zuhanden der Leistungserbringer visualisiert. Die w hoch 2 GmbH steht den Institutionen bei technischen Fragen zur Verfügung und unterstützt sowohl die BFH als auch den ANQ bei der Umsetzung des Projekts.
- **Leistungserbringer:** Die Spitäler und Kliniken der Akutsomatik sind verantwortlich für den Datenexport, die Datenkontrolle und die Datenübermittlung an das MLZ.

In nachfolgender Tabelle 1 sind die Kontaktdaten der für den jeweiligen Bereich zuständigen Institution aufgeführt.

INSTITUTION	VERANTWORTLICHKEITEN	KONTAKTPERSON
ANQ (Auftraggeber und Gesamtverantwortung)	Übergeordnete Entscheide zur Durchführung der Messung, transparente Ergebnispublikation	Daniela Zahnd E-Mail: daniela.zahnd@anq.ch
BFH (nationales Auswertungsinstitut)	Messmethodik und nationale (risikoadjustierte) Berichterstattung	Niklaus Bernet, Silvia Thomann, Projektteam BFH E-Mail: qi.gesundheit@bfh.ch
w hoch 2 GmbH (Messlogistikzentrum)	Administration, Messlogistik, Technik, Dashboard	Roman di Francesco, Projektteam w hoch 2 GmbH E-Mail: studek@w-hoch2.ch

Tabelle 1: Übersicht Institution, Verantwortlichkeit und Kontaktperson

3.2 ÜBERBLICK DATENGRUNDLAGE UND BEOBACHTUNGSZEITRAUM

Die zu verwendenden Daten stammen für das Outcome (d.h. Angaben zu Sturz, Sturz mit Sturzfolgen und Dekubitus) aus dem Klinikinformationssystem (medizinische sowie pflegerische Dokumentation). Die weiteren Daten (z.B. Eintrittsdatum oder Diagnosecode) können je nach System auch aus anderen Datenquellen stammen (z.B. Administrations- oder Abrechnungssystem). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Indikatoren, den Beobachtungszeitraum, den Zeitraum für den Datenexport und die Datenaufbereitung sowie die Frist zur Datenübermittlung.

INDIKATOR	BEOBACHTUNGS- ZEITRAUM	DATENEXPORT UND DATENAUFBEREITUNG	FRIST ZUR DATEN- ÜBERMITTLUNG
Sturz und Sturz mit Sturzfolgen	01.02. – 30.04.	01.05. – 31.07.	01.08.
Nosokomialer Dekubitus (Kategorie 1 respektive 2 und höher)	01.02. – 30.04.	01.05. – 31.07.	01.08.

Tabelle 2: Datenerhebungsrhythmus

Die gemäss Ein- und Ausschlusskriterien (Kapitel 3.3) erforderlichen klinischen Routinedaten werden von den Leistungserbringern nach dem Beobachtungszeitraum (3 Monate) einmal jährlich aus ihren individuellen Klinikinformationssystemen (KIS) exportiert und gemäss den in diesem Messhandbuch definierten Datenanforderungen (Kapitel 4) aufbereitet. Im Datenexport werden nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, welche im Zeitraum vom **01.02., 0:00 – 30.04., 23:59 Uhr** ausgetreten sind. Die exportierten und aufbereiteten Daten müssen innerhalb von **3** Monaten nach Abschluss des Beobachtungszeitraums respektive unter Einhaltung der Frist zur Datenübermittlung in elektronischer Form auf der Plattform der w hoch 2 GmbH hochgeladen werden.

3.3 ZIELPOPULATION SOWIE EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN

Dieses Kapitel beschreibt die Zielpopulation der nationalen Messung Sturz und Dekubitus. Die definierten Ein- und Ausschlusskriterien geben Auskunft darüber, welche Spitäler/Kliniken an der Messung teilnehmen und welche Patientinnen und Patienten als Fälle im Datenexport berücksichtigt werden müssen.

3.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien Spitäler und Kliniken

Alle Leistungserbringer, die dem Qualitätsvertrag des ANQ ([Link Q-Vertrag](#)) beigetreten und dem Messplan Akutsomatik unterstellt sind, sind in die Messung Sturz und Dekubitus eingeschlossen. Ausgeschlossen sind Leistungserbringer, die eine von ANQ genehmigte Dispens erhalten haben. Ebenfalls ist der ambulante Bereich, die Pädiatrie sowie nicht-akutsomatische Bereiche (Rehabilitation und Psychiatrie) von der Messung ausgeschlossen.

Für Leistungserbringer mit mehreren Standorten wird jeder Standort, der den Einschlusskriterien entspricht, eingeschlossen.

Leistungserbringer mit Spezialisierung (z.B. spezialisierten Palliative Care Leistungen) sind dann in die Messung eingeschlossen, wenn die Leistungen nach SwissDRG abgerechnet werden.

3.3.2 Ein- und Ausschlusskriterien auf Ebene Patientin, auf Ebene Patient

Im Datenexport sind alle *stationären Fälle* aller Fachgebiete im *akutsomatischen Erwachsenenbereich* (inkl. Intensivpflege, Wochenbett etc.), welche während des Beobachtungszeitraumes gemäss Abbildung 2 aus dem Spital/der Klinik *ausgetreten* sind, einzuschliessen – **unabhängig davon, ob während der Hospitalisation ein Sturz oder ein nosokomialer Dekubitus aufgetreten ist. Es sind dabei alle stationären Fälle im Erwachsenenbereich unabhängig vom Alter der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen. Massgebend ist nicht das Alter, sondern die Hospitalisation im Erwachsenenbereich.** Die Einschlusskriterien sind entsprechend:

- **Stationärer Fall:** Als stationäre Fälle gelten gemäss «tarifaires suisse» Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital/in der Klinik
 - von mindestens 24 Stunden;
 - von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus-Regel; d.h. die Patientin, der Patient ist um Mitternacht 00:00 Uhr in einem Bett hospitalisiert);
 - im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
 - bei Todesfällen.

(Weitere Informationen und Abgrenzungskriterien zu stationär und ambulant sind im Dokument von «tarifaires suisse» [S. 4–5] zu finden: [Link](#))

- **Wohnsitz:** In der Schweiz oder im Ausland.
- **Austritt während Beobachtungszeitraum:** Die Patientin oder der Patient ist im Zeitraum vom **01.02., 0:00 – 30.04., 23:59 Uhr** ausgetreten.

Von der Messung ausgeschlossen sind Patientinnen und Patienten aus allen Fachbereichen, deren Leistungen nicht über das DRG Tarifsysteem abgerechnet werden und entsprechend nicht der Akutsomatik zuzuordnen sind oder in der Pädiatrie hospitalisiert sind. D.h. Fälle aus folgenden Bereichen sind im Datenexport explizit *nicht* zu berücksichtigen:

- Ambulanter Bereich (Tageskliniken)
- Psychiatrie
- Rehabilitation
- Pädiatrie (beinhaltet auch Patientinnen und Patienten, die zwar über 18 Jahre alt sind, aber auf einer pädiatrischen Abteilung hospitalisiert sind).

Eine spezifische Einwilligung der Patientinnen und Patienten zur Nutzung der Routinedaten für die Messung Sturz und Dekubitus ist nicht erforderlich (s. Kapitel 7 Datenschutz).

3.3.3 Falldefinition

Im Datenexport entspricht ein Fall grundsätzlich einer Hospitalisierung. Jede Hospitalisierung wird als eigener Fall erfasst, unabhängig davon, ob es sich um einen Wiedereintritt handelt, der gemäss SwissDRG nicht als neuer Fall gilt. Das heisst, es erfolgt keine Fallzusammenführung. Im Falle von Überweisungen innerhalb einer Spitalgruppe gilt der Tag der Überweisung als Aus- respektive Eintrittsdatum beim entsprechenden Standort. Pro Spital/Standort werden im Datenexport alle den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechenden Fälle berücksichtigt. Dabei werden die Daten des ganzen Falles, d.h. unabhängig davon, ob der Eintritt vor oder während dem Beobachtungszeitraums erfolgte, einbezogen. Abbildung 2 veranschaulicht die (nicht) einzuschliessenden Fälle je nach Ein- und Austrittszeitpunkt.

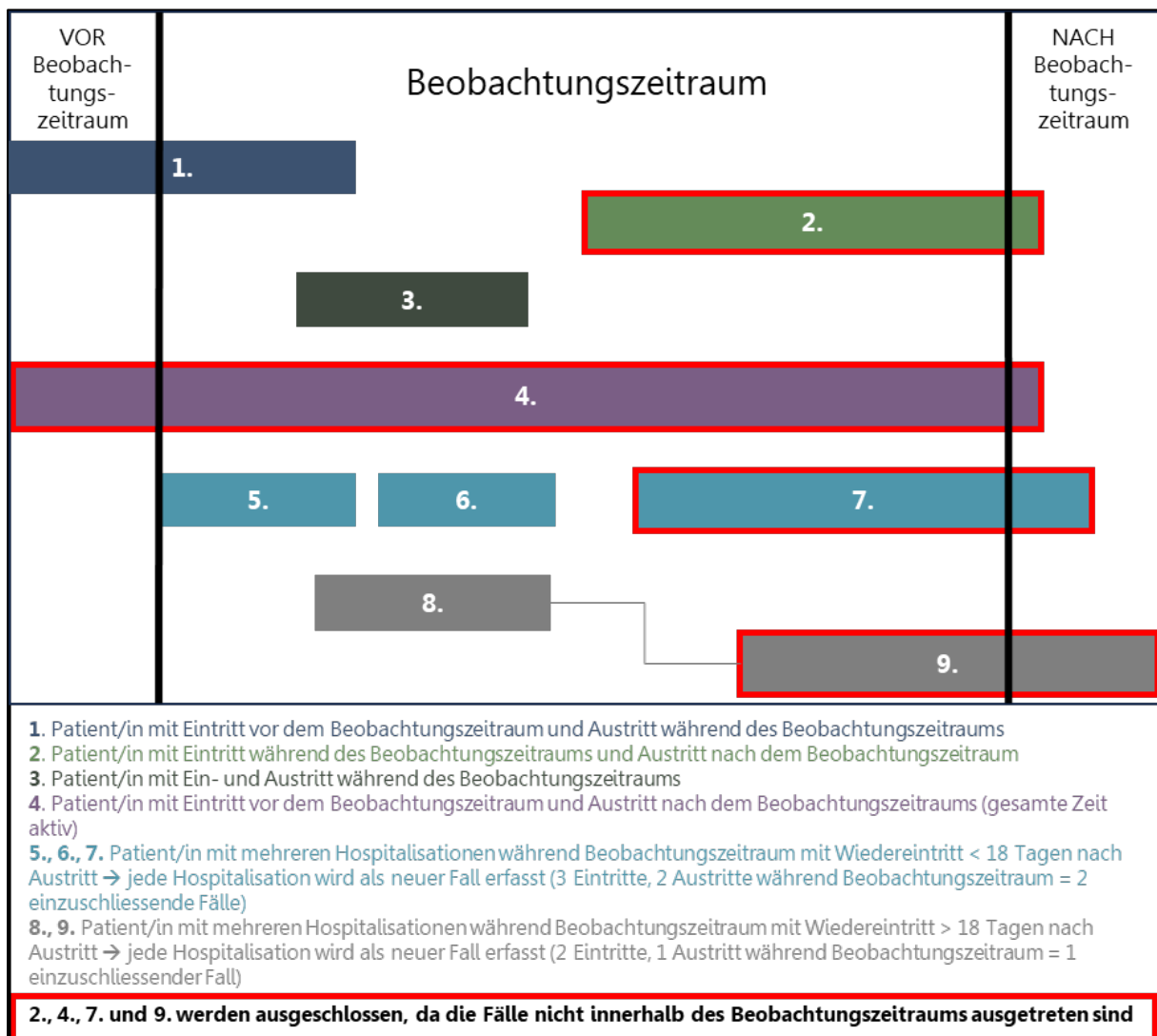


Abbildung 2: Grafische Darstellung der Fälle im Beobachtungszeitraum

3.4 DEFINITIONEN STURZ, STURZ MIT STURZFOLGEN UND DEKUBITUS

Im Rahmen der Messung Sturz und Dekubitus kommen folgende Definitionen der Outcomes zur Anwendung:

Sturz: «Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt» (Übersetzung der WHO Definition 2021 gemäss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, S. 20).

Sturz mit Sturzfolgen: Ein Sturz mit Sturzfolge umfasst sowohl eine durch einen Sturz erlittene Verletzung (in Anlehnung an Montero-Odasso et al., 2022) als auch weiterführende

diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen aufgrund eines Sturzereignisses (Beschluss QA, 2024). In der Messung Sturz und Dekubitus werden vorderhand nur Sturzfolgen ja/nein erhoben, ohne eine weitere Einteilung nach Schweregrad vorzunehmen.

Dekubitus: «Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung aber noch zu klären ist» (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

Weitere Details zu den Definitionen Sturz, Sturz mit Sturzfolgen und Dekubitus inklusive Spezifizierungen und Abgrenzungen sind im Anhang A (Sturz) und Anhang B (Dekubitus inkl. Kategorien) zu finden.

4. DATENEXPORT

Für die Messung Sturz und Dekubitus werden für das Outcome Daten aus dem KIS (medizinische sowie pflegerische elektronische Dokumentation) verwendet. Für die weiteren Daten können je nach System auch andere Datenquellen verwendet werden (z.B. Administrations- oder Abrechnungssystem). Nachfolgend werden die Grundprinzipien für den Datenexport sowie die Vorgaben zur Struktur und dem Format der Daten erläutert.

4.1 GRUNDPRINZIPIEN

Die Daten werden pro Spital/Standort auf Fallebene in eine Datei exportiert. D.h. jeder Fall im exportierten Datensatz repräsentiert einen Spitalaufenthalt einer Patientin, eines Patienten in diesem Spital/Standort. **Bei Verlegungen innerhalb einer Spitalgruppe gilt: Jeder Aufenthalt an einem anderen Standort wird als eigenständiger Fall mit individueller Fallnummer («case_code») behandelt.** Das bedeutet, dass pro Spital/Standort nur jene Ereignisse (bspw. Operation oder Sturz) im Datenexport berücksichtigt werden, die während des Aufenthalts an diesem spezifischen Standort tatsächlich aufgetreten sind.

Wird eine Patientin, ein Patient innerhalb einer Spitalgruppe verlegt, erscheinen die Spitalaufenthalte pro Standort als unabhängiger Fall in den Datensätzen. **Liegen am selben Standort mehrere Spitalaufenthalte vor, kann zur besseren Unterscheidung eine zusätzliche Stelle an die Fallnummer angehängt werden.** Beispiel: Wenn die ursprüngliche Fallnummer «100» lautet, kann für den ersten Aufenthalt «1001» und für den zweiten Aufenthalt «1002» vergeben werden. Dies erleichtert die eindeutige Zuordnung bei mehrfachen Aufenthalten am gleichen Standort.

Die Abbildung 3 verdeutlicht beispielhaft den Datenexport pro Standort bei Verlegungen einer Patientin, eines Patienten innerhalb einer Spitalgruppe.

	Standort A - Datenexport							Standort B - Datenexport						
	burnr	h_type	case_code	eintrittsdatum	austrittsdatum	surgery	falls ...	burnr	h_type	case_code	eintrittsdatum	austrittsdatum	surgery	falls ...
Patient/in XY	12345678	K112	111	2023010413	2023012010	2023010508	NA	12345679	K112	111	2023012011	2023012510	NA	2023012408

Abbildung 3: Überblick über den Datenexport pro Standort bei Verlegungen von Patient/innen innerhalb einer Spitalgruppe

Beim Datenexport muss sichergestellt werden, dass eine eindeutige Fallnummer in allen zu einem Fall gehörigen Datenzeilen erscheinen. Die erstellte Datei pro Spital/Standort wird anschliessend auf die Plattform der w hoch 2 GmbH hochgeladen und übermittelt. Mögliche Dateiformate sind CSV, XLSX, TXT, DAT und RDS.

Datumsangaben sind generell im Format JJJJMMTThh (z.B. 2024030615) aufzubereiten. Sind keine Zeitangaben vorhanden, können analog zu den SpiGes Daten ([Link](#)) die Stunden beim

Datum weggelassen werden (JJJJMMTT), wenn in Tabelle 3 nichts Gegenteiliges spezifiziert wurde.

Nichtzutreffende Ereignisse (z.B. Patientin oder Patient hatte keine Operation, keinen Sturz etc.) sind grundsätzlich gemäss Tabelle 3 mit **NA** (*Not applicable*) zu erfassen. Können Informationen zu einer Variable in einem Spital oder einer Klinik generell nicht exportiert werden, sind die entsprechenden Zellen bei dieser Variable mit **-1** (*Missing*) zu codieren. Dies zeigt an, dass die betreffende Information im Spital oder in der Klinik systematisch fehlt und daher nicht exportiert werden kann. Leere Zellen sind zu vermeiden.

Die Leistungserbringer sind verantwortlich dafür, den Datenexport entsprechend den Vorgaben in Kapitel 4.1 und 4.2 vorzubereiten und durchzuführen. Da in den Spitälern und Kliniken die unterschiedlichsten KIS im Einsatz sind, kann bezüglich Datenexport kein allgemeingültiges Vorgehen beschrieben werden, sondern muss vor Ort mit den zuständigen Personen (IT, QM, externe Softwareanbieter etc.) nach einer individuellen Lösung gesucht werden.

4.2 VORGABEN ZU STRUKTUR UND FORMAT DER DATEN

Tabelle 3 beschreibt die im Rahmen der Messung Sturz und Dekubitus von den Leistungserbringern zu exportierenden Daten sowie die entsprechenden Anforderungen an die Struktur und das Datenformat. Zu jeder Variable wird anhand eines Beispiels aufgezeigt, wie die Daten im Datenexportfile abgebildet wären. Wo möglich wurde die Variablenbezeichnung, -beschreibung, und -definition gemäss SpiGes ([Link](#)) übernommen. Dies bietet für die Spitäler den Vorteil, dass die Datenabfrage auf jener für SpiGes aufgebaut werden kann. Die nach SpiGes definierten Daten/Variablen sind in Tabelle 3 grün gekennzeichnet.

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
Angaben zum Spital/zur Klinik				
burnr	Standort	Achtstellige Nummer des Standorts gemäss dem Betriebs- und Unternehmensregister (BUR) des Bundesamtes für Statistik (BFS).	Integer, max. Länge: 8	Patient X war im Spital Test stationär hospitalisiert und weist ein Austrittsdatum innerhalb des definierten Beobachtungszeitraums auf. Das Spital hat die BUR-Nr. 12345678. 12345678
h_typ «hospital_type»	Spital-/Kliniktyp	Spital-/Kliniktyp des Spitals/der Klinik/des Spital/Klinikstandortes gemäss Klassifikation Krankenhaustypologie des BFS (Link): K111 = K111 Versorgungsniveau 1 K112 = K112 Versorgungsniveau 2 K121 = K121 Versorgungsniveau 3 K122 = K122 Versorgungsniveau 4 K123 = K123 Versorgungsniveau 5 K211 = K211 Versorgungsniveau 1 K212 = K212 Versorgungsniveau 2 K221 = K221 Rehabilitationskliniken K231 = K231 Chirurgie K232 = K232 Gynäkologie/Neonatologie K234 = K234 Geriatrie K235 = K235 Diverse Spezialkliniken	Nominal, max. Länge: 4 Werte: K111-K235	Das Spital Test gehört gemäss BFS zum Spitaltyp K112 Versorgungsniveau 2. K112
w_code «ward_code»	Code der Station(en)	Code der Station(en), auf welcher/welchen die/der Patient/in hospitalisiert war mit Datum des Eintritts/Übertritts auf die Station. Bei Eintritt über den Notfall mit anschliessender stationärer Verlegung wird als Eintrittszeitpunkt das Eintrittsdatum und -zeit auf der Notfallstation verwendet und der Code der Notfallstation ebenfalls angegeben.	Liste (kommagetrennt) mit Datum im Format JJJJMMThh des Eintritts/Übertritts auf die Station ergänzt mit dem Stationscode als Zeichenfolge. Werte: JJJJMMThh_Zeichenfolge	Patient X trat am 04.01.2023 um 13:30 Uhr auf die Notfallstation ein und wurde am 04.01.2023 17:15 Uhr auf eine kardiologische Bettenstation verlegt, von welcher er am 20.01.2023 um 10:00 Uhr austrat. Die Notfallstation hat den internen Code 8023, die kardiologische Bettenstation hat den internen Code 7839. 2023010413_8023,2023010417_7839

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
Angaben zur Patientin / zum Patienten				
case_code «patient/case code»	Fallnummer der/des Patient/in	Fallnummer der/des Patient/in.	Zeichenfolge	Patient X hat die Fallidentifikationsnummer (FID) xy. Spital Test hat nach internen datenschutzrechtlichen Abklärungen entschieden, den Datenexport und Upload anhand der FID durchzuführen. xy
alter	Alter bei Eintritt	Alter in erfüllten Jahren (Eintrittsdatum- Geburtsdatum) bei Spitaleintritt.	Numerisch, max. Länge: 3 Werte: 0-135	Patient X hat das Geburtsdatum 20.05.1940. Er trat am 04.01.2023 ins Spital ein. 82
geschlecht	Geschlecht	Geschlecht des Individuums. Bei Geschlechtsumwandlungen ist das bei Spitaleintritt geltende zivilrechtliche Geschlecht anzugeben. 1 = männlich 2 = weiblich	Numerisch, max. Länge: 1 Werte: 1 2	Patient X ist männlich. 1
eintrittsdatum	Eintrittsdatum und -Stunde	Angabe des Eintrittszeitpunktes. Für Notfälle (Eintrittsart = 1) ist die Angabe der Uhrzeit obligatorisch. Ein Notfall ist definiert durch die Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von 12 Stunden.	Numerisch, max. Länge: 10 Werte: JJJMMTThh	Patient X trat am 04.01.2023 um 13:30 Uhr angemeldet vom Pflegeheim ins Spital ein und trat am 20.01.2023 um 10:00 Uhr wieder ins Pflegeheim aus. 2023010413
eintritt_aufenth alt	Aufenthaltsort vor dem Eintritt	Unmittelbarer Aufenthaltsort vor dem Eintritt. Wo befand sich der Patient/die Patientin? Für die institutionelle Abgrenzung gilt bei den Ausprägungen 5, 55, 6, 66, 83 und 84 die burnr_gesv. 1 = zuhause 2 = zuhause mit SPITEX Versorgung 3 = Krankenhaus, Pflegeheim 4 = Altersheim, andere sozialmed. Institutionen 5 = Psychiatrische Klinik, anderer Betrieb	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99	Patient X trat am 04.01.2023 um 13:30 Uhr angemeldet vom Pflegeheim ins Spital ein und trat am 20.01.2023 um 10:00 Uhr wieder ins Pflegeheim aus. 3

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
		55 = Psychiatrische Abteilung/Klinik, gleicher Betrieb 6 = anderes Krankenhaus (Akutspital) oder Geburtshaus 66 = Akutabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 7 = Strafvollzugsanstalt 8 = andere 83 = Rehabilitationsklinik, anderer Betrieb 84 = Rehabilitationsabteilung/-klinik, gleicher Betrieb 9 = unbekannt		
eintrittsart	Eintrittsart	Beschreibung der Umstände des Eintritts. Wie wurde der Patient/die Patientin aufgenommen? «Interner Übertritt» gilt für: <ul style="list-style-type: none"> den internen Übertritt von einem Bereich (Akut, Psychiatrie, Rehabilitation) in einen anderen Bereich desselben Spitals (burnr_gesv) oder für die sogenannten Wartepatienten/- patientinnen. Für die institutionelle Abgrenzung gilt bei der Ausprägung 5 und 6 die burnr_gesv. 1 = Notfall (Behandlung innerhalb von 12 Std. unabdingbar) 2 = angemeldet, geplant 3 = Geburt (Kind in diesem stationären Aufenthalt und dieser Klinik geboren) 4 = interner Übertritt 5 = Verlegung innerhalb 24 Std. 6 = Rückverlegung 7 = Repatriierung 8 = andere 9 = unbekannt	Numerisch, max. Länge: 1 Werte: 1-9	Patient X trat am 04.01.2023 um 13:30 Uhr angemeldet vom Pflegeheim ins Spital ein und trat am 20.01.2023 um 10:00 Uhr wieder ins Pflegeheim aus. 2

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
austrittsdatum	Austrittsdatum und Stunde	Die Angabe der Stunde des Austritts ist fakultativ. Bei Todesfällen ist das genaue Datum und die Stunde des Todes anzugeben.	Numerisch, max. Länge: 10 Werte: JJJJMMTThh	Patient X trat am 04.01.2023 um 13:30 Uhr angemeldet vom Pflegeheim ins Spital ein und trat am 20.01.2023 um 10:00 Uhr wieder ins Pflegeheim aus. 2023012010
diagnose_kode	Diagnosekode	ICD-10-GM.	Liste (kommagetrennt) mit ICD-10 Codes, max. Länge pro Code: 5 Werte: A0000-Z9999	Patient X hat Diabetes Mellitus Typ 2, leidet unter arterieller Hypertonie und ist aktuell aufgrund einer septischen Myokarditis hospitalisiert. E1190,I1090,I400
surgery	Operation während des Spitalaufenthalt es	Erfassung aller Operationen der/des Patient/in während des Spitalaufenthalts mit Datum. Als Operationen gelten alle chirurgischen Eingriffe mit Hautdurchtrennung, die unter einer Form der Anästhesie (wie bspw. Vollnarkose, Spinalanästhesie, Periduralanästhesie, Regionalanästhesie (z.B. Nervenblockaden), Lokalanästhesie, Sedierung etc.) durchgeführt werden.	Liste (kommagetrennt) mit Datum der Operation, max. Länge pro Operation: 10 Werte: JJJJMMTThh NA	Bei Patientin X wird am 08.01.2023 um 10:00 Uhr eine Kniegelenksendoprothese (Knie-TEP) durchgeführt; der Eingriff erfolgt in Spinalanästhesie. 2023010810
falls	Sturz im Spital	Erfassung aller Sturzereignisse der/des Patient/in während des Spitalaufenthalts mit Datum.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des Sturzereignisses, max. Länge pro Sturzereignis: 10 Werte: JJJJMMTThh NA	Patient X ist am 05.01.2023 gestürzt, jedoch ohne Sturzfolgen. Am 13.01.2023 stürzte Patient X zweimal. Der erste Sturz am 13.01.2023 um 10 Uhr blieb ohne Sturzfolgen. Beim zweiten Sturz am 13.01.2023 um 16 Uhr zog sich Patient X eine Schürfwunde am Unterarm zu. 20230105,2023011310,2023011316

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSBE SCHREIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
injury	Sturz im Spital mit Sturzfolgen	Erfassung aller Stürze mit Sturzfolgen der/des Patient/in während des Spitalaufenthalts mit Datum.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des Sturzes mit Sturzfolge, max. Länge pro Sturz mit Sturzfolge: 10 Werte: JJJJMMTThh NA	Patient X ist am 05.01.2023 gestürzt, jedoch ohne Sturzfolgen. Am 13.01.2023 stürzte Patient X zweimal. Der erste Sturz am 13.01.2023 um 10 Uhr blieb ohne Sturzfolgen. Beim zweiten Sturz am 13.01.2023 um 16 Uhr zog sich Patient X eine Schürfwunde am Unterarm zu. 2023011316

Grundsätzliche Informationen zum Datenexport – nosokomialer Dekubitus

Nummerierung

Jeder nosokomiale Dekubitus pro Fall wird fortlaufend nummeriert (1–n). Die Nummer wird im Datenexport an das Datum angehängt, getrennt durch einen Unterstrich (z.B. 2023011115_2), und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen Dekubitus. Jede Kombination aus Datum und Nummer erscheint pro Fall nur einmal im Datenexport.

Entstehungskontext

Damit vorbestehende Dekubitus (vor dem Spitaleintritt erworben) eindeutig von nosokomialen Dekubitus (im Spital erworben) unterschieden werden können, muss der Entstehungskontext zweifelsfrei dokumentiert sein (Pflichtfeld in der Dokumentation). Sind die Informationen zum Entstehungskontext nicht vorhanden oder unbekannt, ist der Dekubitus im Datenexport als nosokomial zu behandeln.

Schweregrad

Der Schweregrad eines nosokomialen Dekubitus kann sich während der Hospitalisation verändern. Im Datenexport wird für jeden nosokomialen Dekubitus der höchste dokumentierte Schweregrad während der gesamten Hospitalisation berücksichtigt.

Der höchste dokumentierte Schweregrad leitet sich anhand der numerischen Dekubitus Kategorien (1–4) sowie der nicht numerischen Ausprägungen ab:

- **Numerische Kategorien** (1–4): Ein höherer Wert entspricht einem höheren Schweregrad.
- **Nicht numerische Ausprägungen:** «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» oder «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» – gelten als höher als Kategorie 1, aber tiefer als Kategorien 2–4.
- Die beiden nicht-numerischen Ausprägungen (d.h. «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» und «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt») werden als gleichwertig betrachtet. Sind die beiden als höchster Schweregrad dokumentiert und wurden während der Beobachtungszeit bei dem betreffenden Dekubitus die Kategorien 2–4 nicht dokumentiert, wird die zuletzt dokumentierte nicht-numerische Ausprägung exportiert.

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
-----------	---------------------------	---------------	--	---

Fehlen die Angaben zum Schweregrad oder sind diese nicht exportierbar, wird der Dekubitus in der Variable «pi_n_mc» (pressure injury nosocomial missing classification) gekennzeichnet.

Beispiel 1: Patient X hat an der rechten Ferse einen nosokomialen Dekubitus (Dekubitus Nummer 1). Dieser wurde erst als Kategorie 1, dann als nicht numerische Ausprägung «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» und dann wieder als Kategorie 1 klassifiziert. In diesem Beispiel ist die nicht numerische Ausprägung «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» mit Datum der Dokumentation dieser Ausprägung bei der Variable «pi_n_sdti» (pressure injury nosocomial category suspected deep tissue injury) zu exportieren.

Beispiel 2: Patient X hat an der rechten Ferse einen nosokomialen Dekubitus (Dekubitus Nummer 1). Dieser wurde erst als nicht numerische Ausprägung «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» und dann als Kategorie 2 klassifiziert. In diesem Beispiel ist die Kategorie 2 mit Datum der Dokumentation dieser Kategorie bei der Variable «pi_n_2» (pressure injury nosocomial category 2) zu exportieren.

Beispiel 3: Patient X hat an der rechten Ferse einen nosokomialen Dekubitus (Dekubitus Nummer 1). Dieser wurde erst als Kategorie 1, dann als nicht numerische Ausprägung «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» und dann als nicht numerische Ausprägung «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» klassifiziert. In diesem Beispiel ist die nicht numerische Ausprägung «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» mit Datum der Dokumentation dieser Ausprägung bei der Variable «pi_n_upi» (pressure injury nosocomial category unstageable pressure injury) zu exportieren.

Beispiel 4 (komplex): Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum erstmals eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 15.00 wurde beim Dekubitus am Sakrum (Dekubitus Nummer 1) eine Verschlechterung festgestellt, indem an dieser Lokalisation ein nosokomialer Dekubitus Kategorie 2 dokumentiert wurde. Zusätzlich wurde eine nicht wegdrückbare Rötung (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1) am Rücken (Dekubitus Nummer 2) sowie am linken Ellbogen ein nosokomialer Dekubitus Kategorie 2 (Dekubitus Nummer 3) dokumentiert. Bei diesem Dekubitus (Nummer 3) wurde am 21.01.2023 dokumentiert, dass dieser Dekubitus vollständig verheilt ist.

Folgende Daten werden im Datenexport berücksichtigt:

	Dekubitus Variablen													
	pi_n_1	pi_n_2	pi_n_3	pi_n_4	pi_n_upi	pi_n_sdti	pi_n_mc	pi_preadm_1	pi_preadm_2	pi_preadm_3	pi_preadm_4	pi_preadm_upi	pi_preadm_sdti	pi_preadm_mc
Patient X	2023011115_2	2023011115_1,2023011115_3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_n_1 «pressure injury nosocomial category 1»	Nosokomialer Dekubitus «Kategorie 1: Nicht wegdrückbares Erythem»	Erfassung aller nosokomialer (in diesem Spital erworbener) Dekubitus Kategorie 1 der/des Patient/in mit Datum. Pro Fall wird jeder nosokomiale Dekubitus nummeriert (1-n). Diese Nummer wird dem Datum durch Unterstrich «_» getrennt angehängt und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen nosokomialen Dekubitus.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des nosokomialen Dekubitus Kategorie 1, max. Länge pro nosokomialen Dekubitus Kategorie 1: 13 Werte: JJJJMMThh_n NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). 2023010914_1,20230111_2
pi_n_2 «pressure injury nosocomial category 2»	Nosokomialer Dekubitus «Kategorie 2: Teilverlust der Haut»	Erfassung aller nosokomialer (in diesem Spital erworbener) Dekubitus Kategorie 2 der/des Patient/in mit Datum. Pro Fall wird jeder nosokomiale Dekubitus nummeriert (1-n). Diese Nummer wird dem Datum durch Unterstrich «_» getrennt angehängt und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen nosokomialen Dekubitus.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des nosokomialen Dekubitus Kategorie 2, max. Länge pro nosokomialen Dekubitus Kategorie 2: 13 Werte: JJJJMMThh_n NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_n_3 «pressure injury nosocomial category 3»	Nosokomialer Dekubitus «Kategorie 3: Vollständiger Verlust der Haut»	Erfassung aller nosokomialer (in diesem Spital erworbener) Dekubitus Kategorie 3 der/des Patient/in mit Datum. Pro Fall wird jeder nosokomiale Dekubitus nummeriert (1-n). Diese Nummer wird dem Datum durch Unterstrich «_» getrennt angehängt und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen nosokomialen Dekubitus.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des nosokomialen Dekubitus Kategorie 3, max. Länge pro nosokomialen Dekubitus Kategorie 3: 13 Werte: JJJJMMTThh_n NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA
pi_n_4 «pressure injury nosocomial category 4»	Nosokomialer Dekubitus «Kategorie 4: Vollständiger Gewebeverlust»	Erfassung aller nosokomialer (in diesem Spital erworbener) Dekubitus Kategorie 4 der/des Patient/in mit Datum. Pro Fall wird jeder nosokomiale Dekubitus nummeriert (1-n). Diese Nummer wird dem Datum durch Unterstrich «_» getrennt angehängt und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen nosokomialen Dekubitus.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des nosokomialen Dekubitus Kategorie 4, max. Länge pro nosokomialen Dekubitus Kategorie 4: 13 Werte: JJJJMMTThh_n NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_n_upi «pressure injury nosocomial category unstageable pressure injury»	Nosokomialer Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»	Erfassung aller nosokomialer (in diesem Spital erworbener) Dekubitus Kategorie «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» der/des Patient/in mit Datum. Pro Fall wird jeder nosokomiale Dekubitus nummeriert (1-n). Diese Nummer wird dem Datum durch Unterstrich «_» getrennt angehängt und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen nosokomialen Dekubitus.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des nosokomialen Dekubitus Kategorie «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt», max. Länge pro nosokomialen Dekubitus Kategorie «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»: 13 Werte: JJJMMThh_n NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA
pi_n_sdti «pressure injury nosocomial category suspected deep tissue injury»	Nosokomialer Dekubitus «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt»	Erfassung aller nosokomialer (in diesem Spital erworbener) Dekubitus Kategorie «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» der/des Patient/in mit Datum. Pro Fall wird jeder nosokomiale Dekubitus nummeriert (1-n). Diese Nummer wird dem Datum durch Unterstrich «_» getrennt angehängt und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen nosokomialen Dekubitus.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des nosokomialen Dekubitus Kategorie «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt», max. Länge pro nosokomialen Dekubitus Kategorie «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt»: 13 Werte: JJJMMThh_n NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_n_mc «pressure injury nosocomial missing classification»	Nosokomialer Dekubitus ohne Zuordnung zu einer Kategorie	Erfassung aller nosokomialer (in diesem Spital erworbener) Dekubitus ohne Zuordnung zu einer Kategorie der/des Patient/in mit Datum. Pro Fall wird jeder nosokomiale Dekubitus nummeriert (1-n). Diese Nummer wird dem Datum durch Unterstrich «_» getrennt angehängt und dient der eindeutigen Identifikation des jeweiligen nosokomialen Dekubitus.	Liste (kommagetrennt) mit Datum des nosokomialen Dekubitus ohne Zuordnung zu einer Kategorie, max. Länge pro nosokomialen Dekubitus ohne Zuordnung zu einer Kategorie: 13 Werte: JJJJMMThh_n NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA
pi_preadm_1 «pressure injury preadmission category 1»	Dekubitus «Kategorie 1: Nicht wegdrückbares Erythem» vor dem Spitalaufenthalt entstanden	Fakultative Erfassung der Anzahl vor dem Spitaleintritt erworbener Dekubitus Kategorie 1 der/des Patient/in.	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99 NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_preadm_2 «pressure injury preadmission category 2»	Dekubitus «Kategorie 2: Teilverlust der Haut» vor dem Spitalaufenthalt entstanden	Fakultative Erfassung der Anzahl vor dem Spitaleintritt erworbener Dekubitus Kategorie 2 der/des Patient/in.	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99 NA	<p>Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden».</p> <p>Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1).</p> <p>NA</p>
pi_preadm_3 «pressure injury preadmission category 3»	Dekubitus «Kategorie 3: Vollständiger Verlust der Haut» vor dem Spitalaufenthalt entstanden	Fakultative Erfassung der Anzahl vor dem Spitaleintritt erworbener Dekubitus Kategorie 3 der/des Patient/in.	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99 NA	<p>Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden».</p> <p>Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1).</p> <p>NA</p>

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_preadm_4 «pressure injury preadmission category 4»	Dekubitus «Kategorie 4: Vollständiger Gewebeverlust» vor dem Spitalaufenthalt entstanden	Fakultative Erfassung der Anzahl vor dem Spitaleintritt erworbener Dekubitus Kategorie 4 der/des Patient/in.	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99 NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeerlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). NA
pi_preadm_upi «pressure injury preadmission category unstageable pressure injury»	Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» vor dem Spitalaufenthalt entstanden	Fakultative Erfassung der Anzahl vor dem Spitaleintritt erworbener Dekubitus Kategorie «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt» der/des Patient/in.	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99 NA	Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeerlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden». Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). 1

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_preadm_sdti «pressure injury preadmission category suspected deep tissue injury»	Dekubitus «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» vor dem Spitalaufenthalt entstanden	Fakultative Erfassung der Anzahl vor dem Spitaleintritt erworbener Dekubitus Kategorie «Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt» der/des Patient/in.	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99 NA	<p>Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden».</p> <p>Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1).</p> <p>NA</p>

VARIABLEN	VARIABLEN BESCHREIBUNG	ERLÄUTERUNGEN	DATENFORMAT (S. KAPITEL 4.1. GRUNDPRINZIPIEN)	BEISPIEL (SITUATIONSDESCHEIBUNG UND EINTRAG EXPORTFILE [FETT])
pi_preadm_mc «pressure injury preadmission missing classification»	Dekubitus ohne Zuordnung zu einer Kategorie vor dem Spitalaufenthalt entstanden	Fakultative Erfassung der Anzahl vor dem Spitaleintritt erworbener Dekubitus ohne Zuordnung zu einer Kategorie der/des Patient/in.	Numerisch, max. Länge: 2 Werte: 1-99 NA	<p>Patient X tritt am 04.01.2023 ins Spital ein. An der rechten Ferse wird ein bestehender Dekubitus mit einem vollständigen Gewebeverlust festgestellt, wobei Schorf das Feststellen der Tiefe verunmöglicht (Dekubitus «Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt»). Dieser Dekubitus ist im Übergabebericht des Pflegeheims bereits beschrieben als «im Pflegeheim entstanden».</p> <p>Am 09.01.2023 14.30 wurde am Sakrum eine nicht wegdrückbare Rötung (Dekubitus Nummer 1) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1). Am 10.01.2023 wird der Patient X auf die Austrittsstation verlegt. Am 11.01.2023 wurde eine nicht wegdrückbare Rötung am linken Ellbogen (Dekubitus Nummer 2) dokumentiert (nosokomialer Dekubitus Kategorie 1).</p> <p>NA</p>

Tabelle 3: Übersicht über die Struktur und das Format der zu exportierenden Daten (grüne Felder=Variablen in Anlehnung an Variablenliste SpiGes Erhebung V1.5, 25.09.2025)

5. DATENTRANSFER

Das durch die Leistungserbringer gemäss den Vorgaben generierte Exportfile wird nach einer initialen Prüfung auf Korrektheit und Vollständigkeit durch die verantwortliche Person im Spital/in der Klinik (siehe Kapitel 6. Datenqualität) an die w hoch 2 GmbH übermittelt. Dafür erhalten die Institutionen Zugang zu dem von w hoch 2 zur Verfügung gestellten Dashboard «StuDek».

Das Exportfile wird bei Spitalgruppen pro Standort exportiert und hochgeladen. Basierend auf den Rückmeldungen in «StuDek» können gegebenenfalls Korrekturen an den Daten vorgenommen werden, und ein angepasster/korrigierter Datenexport kann wiederum auf das Dashboard hochgeladen werden. Vorgängig hochgeladene Dateien werden dabei automatisch überschrieben. Dieser iterative Prozess kann beliebig oft wiederholt werden, um eine möglichst gute Datenqualität übermitteln zu können.

Vor dem Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung (siehe Kapitel 9) bestätigen die Institutionen, dass der aktuell auf dem Dashboard angezeigte Datensatz final ist, und geben diesen für die Auswertung frei.

Rund zwei Monate nach dem Zeitpunkt der letztmöglichen Datenlieferung steht den Institutionen ein Ergebnisdashboard zur Verfügung, in welchem die eigenen Ergebnisse ausgewertet und visualisiert werden können.

Die untenstehende Abbildung 4 skizziert den gesamten Prozess des Datentransfers.

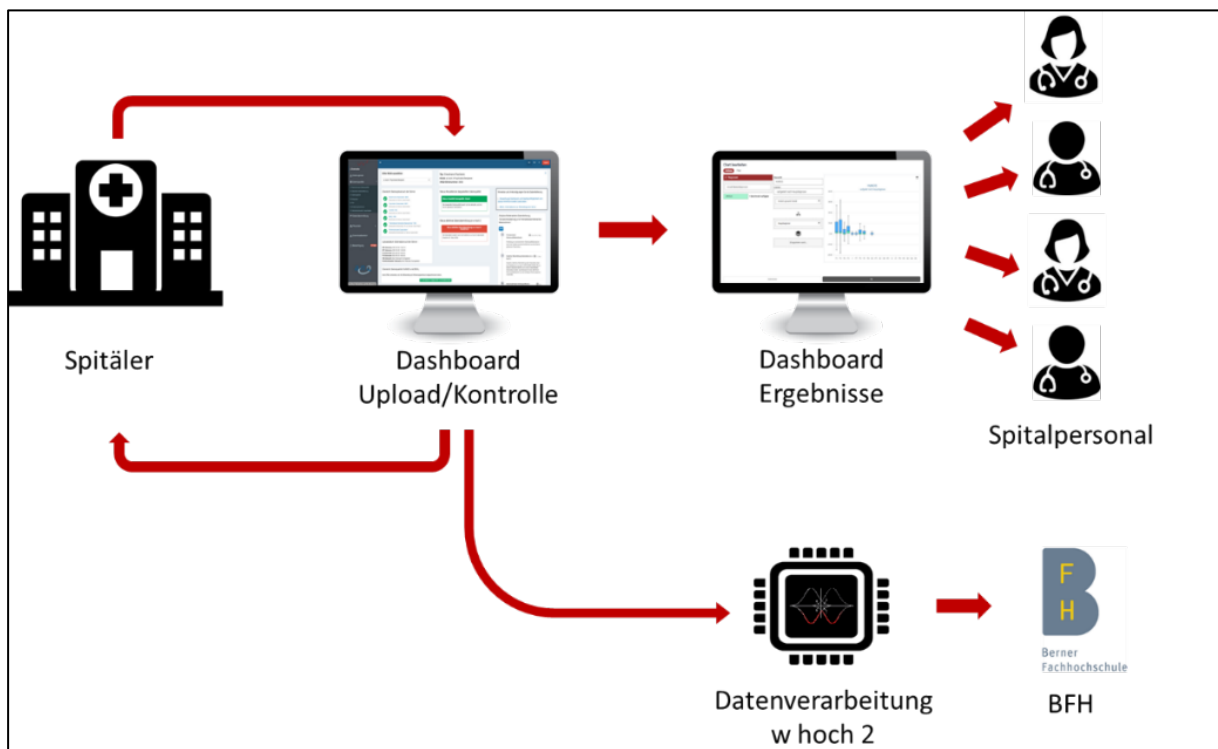


Abbildung 4: Prozess Datentransfer

6. DATENQUALITÄT

Im Rahmen der nationalen Messung Sturz und Dekubitus werden auf verschiedenen Ebenen Massnahmen zur Sicherstellung der Datenqualität getroffen. In der folgenden Tabelle 4 sind relevante Kriterien und Massnahmen zur Sicherstellung und Überprüfung der Datenqualität auf der Ebene der Leistungserbringer (Datenexport), des MLZ der w hoch 2 GmbH (Datenaufbereitung und institutionsspezifische Datenanalyse) und dem Auswertungsinstitut BFH (nationale Datenanalyse) beschrieben. Seitens Leistungserbringer können verschiedene Personen/Stellen für die unterschiedlichen Massnahmen zuständig sein. Es wird empfohlen, dass eine Person alle Aktivitäten koordiniert.

PHASE	MASSNAHMEN	ZUSTÄNDIGKEIT
Vorbereitung (vor/während dem Beobachtungszeitraum)	Vollständigkeit der Daten fördern	
	Detaillierte Unterlagen zu den benötigten Daten und Formaten	w hoch 2 GmbH, BFH, ANQ
	Möglichkeiten zur Integration von Pflichtfeldern hinsichtlich zentraler Informationen (insbesondere zum Entstehungskontext von Dekubitus [nicht-nosokomial/nosokomial entstanden], Sturzdatum und Sturzfolgen) abklären	Leistungserbringer
	Ggf. interne Audits zur Datenqualitätssicherung	Leistungserbringer
Datenexport (nach dem Beobachtungszeitraum)	Vollständigkeit der Daten pro Fall sowie Anzahl Fälle prüfen	
	Ab Ende Beobachtungszeitraum besteht die Möglichkeit, Daten auf der Plattform von w hoch 2 hochzuladen und detaillierte Rückmeldung zur Datenqualität zu erhalten. Die Prüfung der Datenqualität erfolgt zweistufig. Beim Upload der Daten wird deren formale Korrektheit geprüft (Anzahl Spalten, Variablenamen) und allfällige Fehlermeldungen werden ausgegeben. Die Daten können erst hochgeladen werden, wenn sie den formalen Anforderungen genügen. Sobald die Daten hochgeladen sind, kann die Datenqualität mit Hilfe von Grafiken und Tabellen geprüft werden und es wird auf unplausible Werte hingewiesen	w hoch 2 GmbH
	Datenauszug, um Exportfile auf formale Korrektheit, Plausibilität und Vollständigkeit auf der Plattform der w hoch 2 GmbH zu prüfen, um mögliche Lücken oder Fehler frühzeitig vor der finalen Datenübermittlung erkennen und gegebenenfalls Korrekturen am Datenauszug vornehmen zu können. Der Prozess vom Upload eines Datensatzes, und den Rückmeldungen zur Datenqualität zum hochgeladenen Datensatz, kann beliebig oft wiederholt werden. Vorgängig übermittelte Datensätze werden bei einem neuen Datenupload automatisch überschrieben	Leistungserbringer
	Überprüfung folgender Punkte: <ul style="list-style-type: none"> Entspricht die Anzahl Fälle im Exportfile der Anzahl Fälle gemäss Administration? 	Leistungserbringer

PHASE	MASSNAHMEN	ZUSTÄNDIGKEIT
	<ul style="list-style-type: none"> • Sind im Exportfile alle Variablen gemäss Tabelle 3 enthalten? • Gibt es doppelte Fälle? • Gibt es fehlende Werte? 	
	Ggf. Vollständigkeit mittels provisorischem Upload auf die Plattform der w hoch 2 GmbH testen	Leistungserbringer
Datenübermittlung	Formale Korrektheit der Daten prüfen	
	Automatisierte Ablehnung unvollständiger oder fehlerhafter Files inkl. Hinweis auf Problematik: <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Variablen korrekt • Variablennamen korrekt 	w hoch 2 GmbH
	Vollständigkeit und Plausibilität der Daten automatisiert und standardisiert prüfen	
	Automatisierte Überprüfung aller importierten Files anhand definierter Regeln (Validator), bspw.: <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Werte • doppelte Fälle • duplikate Werte • Austrittsdatum in definiertem Beobachtungszeitraum • Wertebereich pro Variable gemäss Vorgaben • Hinweise auf unplausible Werte (+/- 2.5-fachen Standardabweichung), dokumentierte Inzidenzen vor Eintritt resp. nach Austritt • Rückmeldungen zu Verteilungen von Werten (Anzahl Diagnosen, Aufenthaltsdauer, Anzahl Stationen) Deadline Liefertermin, Kontrolle, ob alle, die liefern sollten, geliefert haben	w hoch 2 GmbH
Datenanalyse national	Vollständigkeit und Plausibilität der Daten im Vergleich prüfen	
	Ein- und Ausschluss der Fälle vereinheitlichen für die nationale Berichterstattung (nur Fälle ≥ 18 Jahre alt), Kontextualisierung der Daten mit Bezugnahme auf BFS-Daten sowie Variabilität zwischen den Institutionen wie auch im Messverlauf (in Entwicklung)	BFH
	Ggf. Anteil fehlende Angaben zu Sturz und Sturzfolgen respektive Dekubitus-Klassifikationen pro Institution und im Vergleich (in Entwicklung)	BFH

Tabelle 4: Massnahmen zur Sicherstellung und Überprüfung der Datenqualität

7. DATENSCHUTZ

Das Datenreglement des ANQ, Version 2.0 ([Link](#)), kommt bei der Messung Sturz und Dekubitus zur Anwendung. Dieses besagt: «Die Spitäler und Kliniken sind verantwortlich für die korrekte, vollständige und datenschutzkonforme Erhebung der Daten sowie für deren fristgerechte Übermittlung. [...] Die Spitäler und Kliniken pseudonymisieren oder anonymisieren die Personendaten entsprechend den vom ANQ für die jeweilige Messung festgelegten Vorgaben (z.B. Messkonzept) vor der Übermittlung an den ANQ bzw. an die von diesem bezeichneten ANQ-Kooperationspartner. [...]» (Art. 5). Im Übrigen treffen die verantwortlichen Personen die angemessenen organisatorischen und technischen Massnahmen zum Schutz der Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität der Daten sowie zur Gewährleistung der Nachvollziehbarkeit ihrer Bearbeitung; sie berücksichtigen dabei insbesondere die Anforderungen gemäss den für sie geltenden eidgenössischen und kantonalen Vorschriften zum Datenschutz.

Die Lieferung von Daten an den ANQ im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsmessungen erfolgt im Hinblick auf die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG). Es besteht somit für die Datenlieferung eine gesetzliche Grundlage, und eine Einwilligung der Patientinnen und Patienten ist aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht erforderlich. Ebenfalls braucht es keine generelle Einwilligung (general consent) der Patientinnen und Patienten nach Humanforschungsgesetz (HFG), da die Messung dem HFG nicht unterliegt.

8. DATENANALYSE UND BERICHTERSTATTUNG

Die nationale Datenanalyse und die Berichterstattung (inkl. des risikoadjustierten Spitalvergleichs **ab 2027**) erfolgt durch die BFH. Die Veröffentlichung der nationalen Berichterstattung (inkl. risikoadjustierter Spitalvergleich **ab 2027**) erfolgt durch den ANQ gemäss Publikationsplanung spätestens vor Beginn der nächsten Messperiode. Zusätzlich werden den Institutionen deskriptive Analysen der eigenen Daten auf Institutions- und falls vorhanden auf Stationsebene in Form eines Dashboards durch die w hoch 2 GmbH zur Verfügung gestellt.

Die Schritte der Datenanalyse und der Berichterstattung werden im Detail im Auswertungskonzept beschrieben. Für die nationale Berichterstattung werden nur jene Fälle berücksichtigt, die 18 Jahre und älter sind. Patientinnen und Patienten, die <18 Jahre alt sind, werden lediglich bei der spital-/klinikspezifischen deskriptiven Auswertung im Ergebnisdashboard eingeschlossen.

8.1 BERECHNUNGSGRUNDLAGEN ZU DEN ERGEBNISINDIKATOREN

Bei der nationalen Messung Sturz und Dekubitus wird die Methode der Inzidenzmessung angewandt. Die Ergebnisindikatoren Sturz im Spital, Sturz im Spital mit Sturzfolgen und nosokomialer Dekubitus werden als Inzidenzraten pro Quartal (3 Monate) sowie pro 1000 Pflegetage ausgewertet (in Anlehnung an Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2013; EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019b).

Die Inzidenzrate pro Quartal wird wie folgt berechnet:

$$\frac{\text{Anzahl der Einschlusskriterien entsprechenden Patient/innen (Fälle) mit dem negativen Ergebnis im definierten Zeitraum}}{\text{Anzahl aller der Einschlusskriterien entsprechenden Patient/innen (Fälle) im definierten Zeitraum}} \times 100$$

Die Inzidenzrate pro 1000 Pflegetage wird wie folgt berechnet:

$$\frac{\text{Anzahl der negativen Ereignisse der den Einschlusskriterien entsprechenden Patient/innen (Fälle) im definierten Zeitraum}}{\text{Summe der Aufenthaltsdauer in Tagen (Eintritts- und Austrittstag zählt als Pflege-tag) aller der Einschlusskriterien entsprechenden Patient/innen (Fälle) im definierten Zeitraum}} \times 1000$$

Zusätzlich wird auf Wunsch der Spitäler für Dekubitus eine Periodenprävalenzrate pro Quartal berechnet (sofern entsprechende Daten geliefert wurden). Die Periodenprävalenz umfasst vor Eintritt entstandene und nosokomiale Dekubitus. Die Periodenprävalenzrate wird nur im Ergebnisdashboard angezeigt und wird wie folgt berechnet (EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019b, S. 315):

$$\frac{\text{Anzahl den Einschlusskriterien entsprechenden Patient/innen (Fälle) mit Dekubitus im definierten Zeitraum}}{\text{Anzahl aller den Einschlusskriterien entsprechenden Patient/innen (Fälle) im definierten Zeitraum}} \times 100$$

Für die nationale Berichterstattung werden die Inzidenzraten pro Quartal sowie pro 1000 Pflegetage berichtet.

Für den Indikator Dekubitus werden die Raten über alle Dekubitus Kategorien gemäss EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019b) sowie separat für Dekubitus mit der Kategorie 2 und höher ausgewiesen (siehe Anhang B). Dies vor dem Hintergrund, dass das korrekte Identifizieren eines Dekubitus Kategorie 1 sowie die Abgrenzung zu anderen Phänomenen eine Herausforderung darstellt (Fletcher Obe et al., 2021; Waugh & Bergquist-Beringer, 2020).

9. ZEITPLANUNG IM ÜBERBLICK

Die Messung umfasst den Beobachtungszeitraum vom 1. Februar bis 30. April. Ab Dezember können sich alle Spitäler auf der Plattform der w hoch 2 GmbH registrieren. Anschliessend erfolgt von Dezember bis Januar die Schulung der verantwortlichen Personen seitens Leistungserbringer. Nach Abschluss des Beobachtungszeitraums haben die Leistungserbringer drei Monate (bis Ende Juli) Zeit, die exportierten Daten auf die Plattform der w hoch 2 GmbH hochzuladen, zu prüfen, gegebenenfalls zu korrigieren/vervollständigen, bevor diese für die nationale Auswertung final übermittelt werden. Anschliessend erfolgt die Datenbereinigung durch die w hoch 2 GmbH, bevor ab Ende September die deskriptiven Ergebnisse in einem Dashboard einsehbar sein werden. Die Daten werden ebenfalls auf einer nationalen Ebene durch die BFH ausgewertet. Eine detailliertere Zeitplanung ist in Anhang C zu finden.

Eine nicht transparente Publikation der nationalen Ergebnisse ist Anfang des Folgejahres vorgesehen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2013). 5. *How do you measure fall rates and fall prevention practices?* Retrieved 17.06.2024 from <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/measure-fall-rates.html>
- Bernet, N. S., Thomann, S., Kurpicz-Briki, M., Roos, L., Everink, I. H. J., Schols, J. M. G. A., & Hahn, S. (2022). Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement. *Studies in Health Technology and Informatics*, 292, 51-56. <https://doi.org/10.3233/shti220320>
- Bours, J., Halfens, R. J., Lubbers, M., & Haalboom, J. R. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Manage*, 45(11), 28-33, 36-28, 40.
- Boyle, D. K., Jayawardhana, A., Burman, M. E., Dunton, N. E., Staggs, V. S., Bergquist-Beringer, S., & Gajewski, B. J. (2016). A pressure ulcer and fall rate quality composite index for acute care units: A measure development study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 73-81. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.020>
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2013). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1785-1795. <https://doi.org/10.1111/jocn.12337>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2022). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 14.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019a). Prävention und Behandlung von Dekubitus: Kurzfassung der Leitlinie 2019. <https://epuap.org/download/8565/>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019b). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. <https://internationalguideline.com/s/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf>
- Fletcher Obe, J., Jacklin, A., & Adderley, U. (2021). A brief history of pressure ulcer measurement in England: the last 20 years. *Wound UK*, 17(2), 14-20.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469-2482. <https://doi.org/10.1111/jan.12503>
- Kuster, B., Baumberger, D., Spirig, R., & Müller, M. (2009). *Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden. Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden zuhanden H+ und des Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ).*
- Min, L., Tinetti, M., Langa, K. M., Ha, J., Alexander, N., & Hoffman, G. J. (2019). Measurement of Fall Injury With Health Care System Data and Assessment of Inclusiveness and Validity of Measurement Models. *JAMA Netw Open*, 2(8), e199679. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9679>
- Montalvo, I. (2007). National Database of Nursing Quality Indicators.
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., & Alexander, N. B. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Aging*, 51, 1-36. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Morse Fall Scale. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t24759-000>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2014). *Prävention und Behandlung von Dekubitus: Kurzfassung der Leitlinie*. http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german_quick-reference-guide.pdf
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational stud. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 884-893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008>
- Van Nie-Visser, N. C., Schols, J. M. G. A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M. M., & Halfens, R. J. G. (2013). An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), e18-e29. <https://doi.org/10.1111/jan.12190>
- Waugh, S. M., & Bergquist-Beringer, S. (2020). Methods and Processes Used to Collect Pressure Injury Risk and Prevention Measures in the National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 182-188. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000428>
- World Health Organisation (WHO). (2018). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#:~:text=Key%20facts,greatest%20number%20of%20fatal%20falls>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Organigramm Messung Sturz und Dekubitus	7
Abbildung 2: Grafische Darstellung der Fälle im Beobachtungszeitraum	12
Abbildung 3: Überblick über den Datenexport pro Standort bei Verlegungen von Patient/innen innerhalb einer Spitalgruppe	14
Abbildung 4: Prozess Datentransfer	31

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht Institution, Verantwortlichkeit und Kontaktperson	9
Tabelle 2: Datenerhebungsrhythmus	9
Tabelle 3: Übersicht über die Struktur und das Format der zu exportierenden Daten (grüne Felder=Variablen in Anlehnung an Variablenliste SpiGes Erhebung V1.5, 25.09.2025)	29
Tabelle 4: Massnahmen zur Sicherstellung und Überprüfung der Datenqualität	33
Tabelle 5: Terminplanung der Messung	47

ANHÄNGE

Anhang A: Definitionen und Spezifikationen Indikator Sturz.....	42
Anhang B: Definitionen und Spezifikationen Indikator Dekubitus.....	44
Anhang C: Detailplanung zur Vorbereitung und Durchführung der Messung.....	46

Anhang A: Definitionen und Spezifikationen Indikator Sturz

DEFINITION STURZ

«Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt» (Übersetzung der WHO Definition 2021 gemäss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, S. 20).

Spezifikationen zur Definition Sturz: Neben der allgemeinen Definition zu Sturz kommen in der nationalen Messung Sturz in den akutsomatischen Spitälern folgende Spezifizierungen zum Einsatz:

- Das Gleiten auf einen Stuhl, Zurückfallen auf das Bett, entspricht der Definition von Sturz («tiefere Ebene»).
- «Herabrollen» von einer Matratze, welche sich am Boden befindet, entspricht der Definition von Sturz («tiefere Ebene»).
- «Kontrollierte» Sturzereignisse (= assisted falls), wobei das Sturzereignis kontrolliert wird, indem die Patientin, der Patient durch die beim Sturz anwesende Person sanft zu Boden oder einer tieferen Ebene begleitet wird, sind in die Definition eingeschlossen.
- Jedes Auffinden der Patientin, des Patienten auf einer tieferen Fläche, wo nicht erwartet wird, diese vorzufinden, gilt als Sturz.
- Äussere Gewalteinwirkungen (durch andere Personen) werden nicht als Sturz bezeichnet.

Diese Spezifikationen entsprechen aktueller internationaler Empfehlungen (WHO, 2018; Boyle et al., 2016; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022; Min et al., 2019; Montalvo, 2007).

DEFINITION STURZ MIT STURZFOLGEN

Ein Sturz mit Sturzfolge umfasst sowohl eine durch einen Sturz erlittene Verletzung (in Anlehnung an Montero-Odasso et al., 2022) als auch weiterführende diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen aufgrund eines Sturzereignisses (Beschluss QA, 2024).

Spezifikationen zur Definition Sturz mit Sturzfolgen:

- Sturzfolgen werden oftmals in verschiedene Schweregrade eingeteilt. Jegliche Schweregrade gelten in der nationalen Messung Sturz und Dekubitus als Sturz mit Sturzfolge. Das heisst, bereits leichte/geringfügige Verletzungen aufgrund eines Sturzes gelten als Sturz mit Sturzfolgen (z.B. Schmerzen, kleine Hautdefekte, Schürfungen; Montalvo, 2007; Morse et al., 1989).
- Weiterführende diagnostische Massnahmen in Folge eines Sturzes gelten unabhängig vom Befund als Sturzfolge (Beschluss QA, 2024). **Die Ersteinschätzung nach einem Sturzereignis durch eine Fachperson (Pflege, Ärztin/Arzt, etc.) gilt jedoch nicht als weiterführende diagnostische Massnahme. Ein Sturz mit Sturzfolgen liegt erst dann vor, wenn die initiale Ersteinschätzung offensichtliche oder vermutete Verletzungen ergibt, die**

weiterführende diagnostische und/oder therapeutische Massnahmen erfordern und dadurch ein (finanzieller) Mehraufwand für das Spital/die Klinik entsteht (unabhängig vom Ergebnis). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn zur Abklärung von Verletzungen eine Computertomographie (CT) oder eine regelmässige Überwachung des Bewusstseinszustandes (GCS-Überwachung) notwendig ist (Beschluss QA, 2025).

- Sobald der Sturz eine minimale pflegerische oder medizinische Behandlung zur Folge hat, gilt dies als Sturz mit Sturzfolgen (z.B. Anlegen eines (Schnell)Verbandes, Eisbehandlung, Reinigung einer Wunde, Hochlagerung der Gliedmassen, Verabreichung von Medikamenten).

Die Unterteilung von verschiedene Schweregraden bei Sturzfolgen ist (inter)national sehr heterogen. Dies bestätigte sich auch im Vorprojekt (Bernet et al., 2022) sowie konsultatorisch bei den Institutionen der QA-Mitglieder. Zudem wird die korrekte Einschätzung und Zuweisung des Schweregrads durch Pflegepersonen als schwierig erachtet. Deshalb wurde gemeinsam mit dem ANQ und den QA-Mitgliedern beschlossen, aktuell lediglich eine Unterteilung von Sturz mit/ohne Sturzfolgen zu machen. Eine weitere Ausdifferenzierung des Schweregrad der Sturzfolgen könnte dereinst Bestandteil der Weiterentwicklung der Messung Sturz sein.

Anhang B: Definitionen und Spezifikationen Indikator Dekubitus

DEFINITION DEKUBITUS

«Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung aber noch zu klären ist» (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

Spezifikationen zur Definition Dekubitus:

- Schleimhaut bezogener Dekubitus wird von der Messung ausgeschlossen, da die Kategorisierung nach EPUAP nicht anwendbar ist (EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019b).

Nachfolgende sechs Ausprägungen gemäss EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019a) kommen beim Indikator Dekubitus zur Anwendung:

Kategorie/Stadium I: Nicht wegdrückbares Erythem

Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie/Stadium I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Kann auf «gefährdete» Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).

Kategorie/Stadium II: Teilverlust der Haut

Teilzerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne Beläge oder Bluterguss*. Gemäss NPUAP (2016) zitiert in EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019a) sollte diese Kategorie/dieses Stadium «nicht zur Beschreibung von feuchtigkeitsbedingten Hautschäden (MASD), einschließlich Inkontinenz assoziierter Dermatitis (IAD), intrigenöser Dermatitis (ITD), verbands- oder pflasterbedingten Hautschädigungen (MARSI), oder traumatische Wunden (Hautrisse, Verbrennungen, Abschürfungen) verwendet werden».

* Eine livide Verfärbung weist auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.

Kategorie/Stadium III: Vollständiger Verlust der Haut

Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildung oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums III kann je nach anatomischer Lokalisation variieren. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und Ulcera der Kategorie/des Stadiums III können dort oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können besonders adipöse Bereiche einen extrem tiefen Dekubitus der Kategorie/des Stadiums III entwickeln. Knochen/Sehnen sind nicht sichtbar oder direkt tastbar.

Kategorie/Stadium IV: Vollständiger Gewebeverlust

Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums IV variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und diese Ulcera können oberflächlich sein. Ulcera der Kategorie/des Stadiums IV können sich in Muskeln und/oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (z.B. Faszie, Sehne oder Gelenkkapsel) und eine Osteomyelitis verursachen. Offenliegende Knochen/Sehnen sind sichtbar oder direkt tastbar.

Keiner Kategorie/ keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt

Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt ist, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe – und daher die Kategorie/das Stadium – nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als «natürlicher (biologischer) Schutz des Körpers» und sollte nicht entfernt werden.

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist. Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.

Anhang C: Detailplanung zur Vorbereitung und Durchführung der Messung

WANN	AKTIVITÄTEN	VERANTWORTUNG
Oktober	Onlinedialog (dreisprachig): Der Onlinedialog hat zum Ziel, die dem Q-Vertrag beigetretenen Spitäler über die Entwicklungen hinsichtlich Qualitätsmessung Sturz und Dekubitus zu informieren.	ANQ, BFH, w hoch 2
Ab Dezember	Registration der Spitäler auf der Plattform der w hoch 2 GmbH.	Leistungserbringer, w hoch 2
Dezember / Januar	Alle für die Messung relevanten Dokumente stehen zur Verfügung (Schulungsunterlagen, Messhandbuch, technische Instruktionen).	BFH, w hoch2, ANQ
Dezember / Januar	Online-Schulungsveranstaltungen (in Simultanübersetzung DE/FR/IT).	BFH, w hoch 2, ANQ
Januar – Juni	<p>Vorbereitung Datenexport</p> <ul style="list-style-type: none"> Information und Absprache mit den involvierten Stellen (z.B. IT, KIS-Verantwortliche, Controlling, Kodier-Abteilung). Verfügbarkeit und Exportmöglichkeiten der erforderlichen Informationen im KIS und ggf. weiteren Applikationen prüfen (gemäss Tabelle 3). Möglichkeiten für einen oder mehrere Testdatenuploads stehen ab Mai zur Verfügung. Eine frühzeitige Testung der Datenqualität wird empfohlen. 	Leistungserbringer
Januar – Juni	<p>Datenqualitätssicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> Gemäss Tabelle 4, Kapitel 6. <p>Inhaltlich</p> <ul style="list-style-type: none"> Ggf. interne Audits zur Dokumentationsqualität, Erinnerungen zur Dokumentation an Fachpersonen auf den Abteilungen, Schulungen zu Definitionen und Dokumentation. 	Leistungserbringer
1. Februar – 30. April	Beobachtungszeitraum	Leistungserbringer
Mai – Juli	<p>Plausibilitätsprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> Automatisierte Plausibilitätsprüfung gemäss Tabelle 4, Kapitel 6. Hinweis: Die Datenfiles können automatisiert hinsichtlich formale Korrektheit und Plausibilität geprüft werden. 	Leistungserbringer, w hoch 2
Ende Juli	Finaler Datenexport und Datenupload auf die Plattform der w hoch 2 GmbH. Bis spätestens Ende Juli bestätigen die Institutionen, dass der aktuell auf dem Dashboard angezeigte Datensatz final ist, und geben diesen für die Auswertung frei.	Leistungserbringer
August – September	<p>Datenaufbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> Aufbereitung der Daten pro Leistungserbringer. Aufbereitung des nationalen Datensatzes. 	w hoch 2

Ende September	Ergebnispräsentation im Dashboard. Rohdatensatz pro Leistungserbringer sowie national verfügbar.	w hoch 2
September – Anfang Folgejahr	Ergebnisse nationale Auswertung (Bericht).	BFH

Tabelle 5: Terminplanung der Messung

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Messhandbuch – Sturz und Dekubitus
Jahr	2025
Autorinnen und Autoren	Niklaus S. Bernet, Karin Thomas, Cécile JeanRichard, Silvia Thomann
Kontakt-Korrespondenzadresse	Berner Fachhochschule Departement Gesundheit Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege Nationales Auswertungsinstitut Messung Sturz und Dekubitus Murtenstrasse 10 3008 Bern qi.gesundheit@bfh.ch
Auftraggeberin ANQ	ANQ Daniela Zahnd Geschäftsstelle ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Bern +41 31 511 38 40, info@anq.ch , www.anq.ch
Copyright	Das Messhandbuch wird unter der Creative-Commons-Lizenz CC BY-SA 4.0 öffentlich zur Verfügung gestellt. Es darf von ANQ, der BFH sowie von Dritten frei genutzt, verändert und weiterverbreitet werden – vorausgesetzt, sämtliche Bearbeitungen und Weiterverwendungen erfolgen ebenfalls unter der CC BY-SA 4.0 Lizenz.
Zitierweise	<i>Messhandbuch - Sturz und Dekubitus</i> , © 2025 by ANQ, BFH and w hoch 2 GmbH, lizenziert unter CC BY-SA 4.0 .