

Qualitätsverbesserungsmassnahme: Dekubitusprävention – FHV-Programm

Ablauf Antrag	Datum
Eingereicht	11.10.2022
fachliche Anerkennung	13.12.2022
vertragliche Anerkennung	06.04.2023
Publikation	April 2023

Allgemeines
Qualitätsverbesserungsmassnahmen sind konkrete, systematische und von den Vertragspartnern anerkannte Massnahmen in Bezug auf Strukturen und Prozesse innerhalb eines Spitals oder einer Klinik. Sie haben zum Ziel, einen Teilaspekt der Behandlungsqualität und der Sicherheit von Patientinnen und Patienten in einem Handlungsfeld zu verbessern. Deren Wirkung in einem spezifischen Spital oder einer spezifischen Klinik wird im Rahmen des übergeordneten Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds evaluiert und kontinuierlich verbessert. Die QVM wird in den PDCA-Zyklus des Qualitätskonzeptes des Handlungsfelds integriert. Diese Integration muss im Qualitätskonzept festgehalten und beschrieben sein.

Änderungen	Datum
Kap. 1e: Ausweitung auf den Fachbereich Psychiatrie	11.09.2023
Kap. 1d: Anpassung Themenbereiche in Handlungsfelder aufgrund des überarbeiteten Qualitätsvertrags	18.09.2023
Anpassung Bereich Pädiatrie	April 2026

1. Abgrenzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM)

a) Name der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Dekubitusprävention – FHV-Programm
b) Einordnung
Das Handlungsfeld ist «Patientensicherheit». Dekubitus ist ein unerwünschtes Ereignis, das bei adäquater Prävention weitgehend vermieden werden kann. Das Entstehen von Dekubitus ist zudem ein Indikator für die Behandlungsqualität. Der ANQ führt alljährlich eine Prävalenzmessung für die Dienste der Akutsomatik durch.
c) Ziel der Qualitätsverbesserungsmassnahme
Gesamtziel: Reduktion des Entstehens von Dekubitus (Kategorien 1-4+) im Rahmen einer medizinischen und pflegerischen Versorgung - Unterziele: Systematisches Screening zur Erfassung des Dekubitusrisikos bei allen Patient:innen, die in den unter Punkt 1e definierten Bereich fallen, mittels eines anerkannten Risiko-Scores (Braden-Skala oder Skala mit nachgewiesener Äquivalenz). Umsetzung eines Präventionsmassnahmen-Bundles für alle Risikopatient:innen gemäss den Empfehlungen aus der EPUAP/NPIAP/Pan Pacific – International Guideline
d) Handlungsfelder
☐ Qualitätskultur ☒ Patientensicherheit ☐ Evidenzbasierte Entscheidungsfindung ☐ Patientenzentriertheit
e) Fachbereich(e)
☒ Akutsomatik ☒ Psychiatrie ☒ Rehabilitation
f) Abgrenzung: Abteilungen/Bereiche, Professionen etc.
Alle stationären Abteilungen der Akutsomatik mit Ausnahme der Gynäkologie/Geburtshilfe. Alle Abteilungen der Rehabilitation und Geriatrie/Psychogeriatric. Die Gesundheitseinrichtung legt fest, ob die Notaufnahme und die teilstationären Angebote (z. B. Tagesklinik, Tageschirurgie) zum Bereich gehören. Betroffen sind alle krankenschweflerischen Berufe sowie Ärzt:innen, Ernährungsberater:innen und Therapeut:innen. Die optimale Dekubitusprävention ist interprofessionell. Dabei haben Wundspezialist:innen die Funktion von Expert:innen und Coaches. Für den Bereich Pädiatrie: alle Angaben in diesem Dokument gelten für die Altersstufe 0 – 18 Jahre.

2. Methodik, Entwicklung und Wirkung

a) Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahme

Risikoscreening

- Die Braden-Skala ermöglicht die Einschätzung des Dekubitusrisikos.
- Sie umfasst Sensorik, Ernährung, Mobilität, Aktivität, Feuchtigkeit, Reibungs- und Scherkräfte.
- Der ermittelte Score ist im Patientendossier spätestens innert 24 Stunden nach dem Eintritt zu dokumentieren.
- Patient:innen mit einer Punktzahl zwischen 6 und 15 gelten als risikogefährdet.
- Die Punktzahl wird bei jeder Änderung des Patientenzustands und bei einem Abteilungswechsel neu ermittelt.
- Beim Eintritt – spätestens aber nach 6 Stunden – antizipiert das Pflegepersonal den Braden-Score mittels klinischen Befundes und ergreift Präventionsmassnahmen, wenn ein Dekubitusrisiko erkannt wird.

Risikoscreening Pädiatrie

- Aufgrund ungenügender Evidenz, Vollständigkeit und Wirksamkeit auf die Inzidenz ^{1,2}, wird auf die Anwendung der Braden-Skala ^{3,4} als Risikobewertungstool verzichtet.
- Innerhalb von 6 Stunden nach stationärem Eintritt findet eine Risikoeinschätzung durch Dipl. pflegerische Fachpersonen/FaGe (Experteneinschätzung) anhand der bekannten Risikofaktoren statt. Diese umfassen Einschränkungen in der Mobilität und Aktivität, der Sensorik, des Bewusstseins, der Ernährung, des Haut- und Gewebezustandes und die Exposition auf Druck und Scherkräfte durch Auflageflächen oder medizinische Installationen und Hilfsmittel.

Präventionsmassnahmen-Bundle

Bei allen Patient:innen mit einem Dekubitusrisiko werden je nach individuellem Bedarf Präventionsmassnahmen mit den folgenden Schwerpunkten durchgeführt:

- Gewährleistung der richtigen Auflagefläche
- Regelmässige Inspektion der Haut
- Regelmässige Mobilisierung und Positionierung, Druckentlastung vulnerabler Stellen
- Feuchtigkeitsmanagement der Haut
- Gewährleisten ausreichender Ernährung und Hydratation

Zusätzlich Pädiatrie:

- Regelmässige visuelle und taktile Inspektion der Haut → head-to-toe (Durchblutung, sensorisches Empfinden, Auffälligkeiten), sowie bei der Hautpflege und Positionierung ^{5,6}. Einbezug Hautreife: wichtig bei Frühgeborenen.
- Regelmässige Inspektion medizinischer Gerätschaften und/oder Hilfsmittel beim Kind und in der Umgebung, die auf der Haut aufliegen. Entlastung des Drucks, durch Umpositionierung, maximale Vergrösserung der Auflagefläche und Schutzpolsterung ^{5,7}

Ausserdem ist bei allen Patient:innen die Eigenbewegung ausserhalb des Betts zu fördern. So wird ein Funktionsverlust vermieden, der seinerseits zur Entstehung von Dekubitus beiträgt.

Klinische Dokumentation

Im Patientendossier sind der Braden-Score, der klinische Befund, die durchgeführten Präventionsmassnahmen, die Aufklärung der Patient:innen und Angaben zum Dekubitus zu dokumentieren.

Einbezug von Patient:innen

Patient:innen und Angehörige müssen informiert und zu den Präventionsmassnahmen, die sie beanspruchen sollten sowie dem Beitrag, den sie leisten können, geschult werden.

Einbezug Familie in der Pädiatrie:

Die Familien und Bezugspersonen sind über die individuellen Risikofaktoren bei ihrem Kind und die Präventions- oder Behandlungsmassnahmen informiert und sensibilisiert. Sie werden in Massnahmen, die sie selbstständig übernehmen können während dem Aufenthalt angeleitet. Bei einem persistierenden Dekubitusrisiko im nachfolgenden häuslichen oder institutionellen Setting sind sie bis zum Zeitpunkt des Übertritts befähigt, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, notwendige Massnahmen umzusetzen und einzuleiten.

Schulung

Das Pflegepersonal muss im Hinblick auf das Einschätzung des Dekubitusrisikos, die Prävention und die Erkennung von Dekubitus geschult werden. Die Gesundheitseinrichtung legt dabei fest, wie und in welcher Form die Schulung erfolgen soll.

Beilagen zur Methodik der Qualitätsverbesserungsmassnahmen

LPZ International, Informationsdossier/Schweizer Handbuch, Nationale Prävalenzmessung Sturz, Dekubitus sowie Dekubitus Kinder 2015 im Rahmen der internationalen Messung der Prävalenz von Pflegeindikatoren

HIS. Prevention of pressure ulcers driver diagram and change package. Healthcare improvement scotland. 2011

Gibbons W, Shanks HT, Kleinhalter P, Jones P. Eliminating facility-acquired pressure ulcers at Ascension Health. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* Sep 2006;32(9):488-496.

¹ Moore, Z. E. H. & Patton, D. (2019). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub4. Abgerufen unter <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006471.pub4/ful>

² Kottner, J., Hauss, A., Schlier A. B. & Dassen, T. (2013). Validation and clinical impact of paediatric pressure ulcer risk assessment scales: A systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 50(6), 807-818. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.04.014.

³ Hester, A., Braden, B. & Bergstrom, N. (2022). *The Braden Scale II®*. Abgerufen unter <https://www.bradenscale.com/>

⁴ Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A. & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*, 36(4), 205-210.

⁵ Nie, A. M. (2024). Top ten tips: preventing pressure injuries in paediatric patients. *Wounds International*, 15(4). Abgerufen unter https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2025/01/WINT_15-4_6-10_NieTTT.pdf

⁶ National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). *Preventive Skin Care. In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition*. Emily Haesler (Ed.). Abgerufen unter <https://www.internationalguideline.com/>

⁷ National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2025). Device-Related Pressure Injuries. *In: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: Fourth Edition*. Emily Haesler (Ed.). Abgerufen unter <https://www.internationalguideline.com/>

b) Gestaltungsspielraum		
Die Gesundheitseinrichtung kann sich auch für eine andere Skala als die als von Braden entscheiden. Tut sie dies, muss sie den Nachweis (wissenschaftliche Literatur) erbringen, dass die gewählte Skala für ihren Kontext mindestens genauso relevant ist wie die Braden-Skala. Es besteht ausserdem die Möglichkeit, systematische Präventionsmassnahmen erst ab einem Braden-Score von 16 statt ab 15 einzuführen. Die Gesundheitseinrichtung legt fest, ob teilstationäre Angebote (Notaufnahme, Tagesklinik, Tageschirurgie) in den Bereich einbezogen werden oder nicht. Pädiatrie: Aufgrund fehlender effektiver Einschätzungsskalen in der Pädiatrie gilt als first-line Methode die klinische Experten-Einschätzung durch Dipl. pflegerische Fachpersonen zur Erhebung des Dekubitusrisikos ^{8, 9}.		
c) Übertragbarkeit auf andere Abteilungen und/oder Spitäler		
Zur Umsetzung dieses Präventionskonzepts muss die Gesundheitseinrichtung eine systematische Erfassung der folgenden Daten vornehmen: Klinischer Befund: Patient:in mit geringem Dekubitusrisiko (erwarteter Braden-Score 16–23), Patient:in mit mittlerem Dekubitusrisiko (erwarteter Braden-Score 12–15), Patient:in mit hohem Dekubitusrisiko (erwarteter Braden-Score 6–11) mit dem Zeitpunkt der Dokumentation der Beurteilung. Braden-Score mit dem Zeitpunkt der Dokumentation der Beurteilung. Aufgetretener Dekubitus (systematische Dokumentation) mit Angabe der Kategorie.		
d) Entwicklungsphase		
Selbstdeklaration: Die Qualitätsverbesserungsmassnahme ist...		
☒ ... praxisnah entwickelt worden.	☐ ... und ist durch mindestens ein <u>Pilotprojekt</u> erprobt.	☐ Nicht erfüllt
	<i>Als ein Pilotprojekt gilt, wenn die QVM in mind. einem Spital oder Teilbereich eines Spitals umgesetzt und Erfahrungen dazu gesammelt wurden.</i>	
e) Erwünschte Wirkung auf die Behandlungsqualität und/oder die Sicherheit von Patientinnen und Patienten		
Um das Entstehen von Dekubitus so weit wie möglich zu verhindern, sollte bei allen Patient:innen ein systematisches Screening auf Dekubitusrisiko mittels klinischem Befund innert 6 Stunden nach dem Eintritt sowie mittels Ermittlung des Braden-Scores innert 24 Stunden nach dem Eintritt durchgeführt werden. Bei allen Patient:innen, bei denen der klinische Befund auf ein mittleres oder hohes Risiko hinweist, wird das Präventions-Bundle systematisch umgesetzt. Dasselbe gilt für alle Patient:innen mit einem Braden-Score von 15 oder weniger. In regelmässigen Abständen (z. B. vierteljährlich) erhält jede Abteilung die nachfolgenden, für sie errechneten Daten: Indikator für die Dekubitusinzidenz, Prozentsätze der Patient:innen mit einem innert 6 Stunden dokumentierten klinischen Befund, einem innert 24 Stunden dokumentierten Braden-Score sowie mit einem Dekubitusrisiko (Braden-Score von 15 oder weniger), bei denen alle fünf der im Bundle enthaltenen Massnahmen angewendet wurden (automatische Extraktion des Patientendossiers oder Audit einer Stichprobe von Dossiers).		

Pädiatrie:

- Bei allen Kindern und Jugendlichen mit einem Dekubitusrisiko sind die entsprechenden Präventionsmassnahmen innerhalb 24 Stunden nach Eintritt individuell geplant und durchgeführt.
- Im regelmässigen Intervall (mind. jährlich) erhalten die Abteilungen Fallzahlen zur Inzidenz von Dekubitus ab Kategorie II.

Beilagen zur Wirkung bzw. Evidenz

Staines, A., Amherdt, I., Burnand, B., Rotzetter, M., Currat, P., Roux, S., & Lécureux, E. (2021). [Impact of a Swiss pressure ulcer prevention breakthrough collaborative](#). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(5), 1143-1153.

Website des [Programms Patientensicherheit und Behandlungsqualität der Vereinigung der Waadtländer Spitäler](#) (Fédération des hôpitaux vaudois, FHV).

⁸ Kottner, J., Hauss, A., Schluer A. B. & Dassen, T. (2013). [Validation and clinical impact of paediatric pressure ulcer risk assessment scales: A systematic review](#), *International Journal of Nursing Studies*, 50(6), 807-818. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.04.014.

⁹ Dessi, F., Valeille, J., Beloni, P. & Toniolo J. (2025). Assessment tools for the risk of pressure injury in children: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*. Doi: 10.1016/j.ijnsa.2025.100410. Abgerufen unter <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12801159/pdf/main.pdf>

3. Umsetzung und Kosten

a) Register		
Sieht die QVM das Führen eines Registers oder mehrerer Register vor?	☐ Ja	☒ Nein
b) Zertifizierung		
Sieht die QVM eine Zertifizierung vor?	☐ Ja	☒ Nein
c) Lizenzen		
Sieht die QVM Lizenzen vor (z.B. Fragebogen, IT-System)?	☐ Ja	☒ Nein
d) Abschätzung des personellen und finanziellen Aufwands zur Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme		
Die Umsetzungsphase des von der Vereinigung der Waadtländer Spitäler durchgeführten Pilotprojekts dauerte 18 Monate. Während dieser Phase verfügte jedes Spital über eine:n Projektleiter:in mit einem Arbeitspensum von 15–45 % (30 % bei 200 Betten). Zwei weitere Mitglieder des Projektteams (Wundspezialist:in, Qualitätsspezialist:in) beteiligten sich mit einem Pensum von 10 %. Die Audits zur Umsetzung der Präventionsmassnahmen (Einhaltung des Bundles) erforderten 4 Stunden zur Einsicht der Dossiers pro Pflegeabteilung und Quartal.		

Diese Ressourcen wurden 18 Monate lang benötigt. Nach Ablauf dieser Phase wurden sie nicht weiter eingesetzt. Die Weiterführung wurde durch die reguläre Organisationsstruktur sichergestellt.

4. Überprüfung der Integration in das betriebsinterne Qualitätskonzept

*Die externe Prüfstelle überprüft, ob die QVM in das interne Qualitätskonzept (PDCA-Zyklus) integriert ist. Für eine zielführende und faire Überprüfung dieser Integration sind hier **Kriterien festgelegt**.*

Ein institutioneller Text beschreibt die erwartete Risikoscreeningpraxis (klinischer Befund innert 6 Stunden, Ermittlung des Braden-Scores innert 24 Stunden) sowie den Inhalt des Präventions-Bundles, das bei allen Risikopatient:innen umgesetzt wird.

Dieser Text legt den angestrebten Prozentsatz der Mitarbeiter:innen, die an einer Schulung/Sensibilisierung teilgenommen haben sowie die Ziele derselben fest.

Er bestimmt weiterhin den Rhythmus, in dem die unter Punkt 2 genannten Indikatoren berechnet und den Teams mitgeteilt werden (Aushang und Diskussion über Verbesserungsmassnahmen).

Zudem beschreibt er, wie leitende Angestellte daran teilnehmen und ihr Engagement mittels Verbreitung von Best Practices und Überwachung der Indikatoren unter Beweis stellen.

5. Antragsteller und Interessenskonflikte

Antragssteller (Institution)	Fédération des hôpitaux vaudois, FHV Stiftung Ostschweizer Kinderspital (Pädiatrie)
<i>Beschrieb von allfälligen Interessenskonflikten des Antragsstellers</i>	
Die Vereinigung der Waadtländer Spitäler hat das in diesem Antrag vorgestellte Programm mit fünf ihrer Mitglieder durchgeführt. Sie hat ein Interesse daran, dass diese Gesundheitseinrichtungen das Programm anerkennen. Die FHV hat keinerlei kommerzielle oder wirtschaftliche Interessen an diesem Programm.	