Medizinischer Qualitätsindikator

«Dekubitus»

Faktenblatt Medizinischer Qualitätsindikator (MQI) für die stationäre Langzeitpflege

1. Anleitung

Definition des MQI

Prozentualer Anteil an Bewohnenden, bei denen aktuell ein Dekubitus Grad 2-4 oder nicht zuordenbar vorliegt, der im Heim entstanden ist.

- Für die Erhebung des MQI Dekubitus wird gezählt, bei wie vielen Bewohnenden ein im Heim entstandener Dekubitus Grad 2-4 vorliegt oder ein Dekubitus, bei dem der Grad nicht zuordenbar ist (vermutete tiefe Gewebeschädigung).
- **Ausschlusskriterien**: Es werden alle Bewohnenden in den MQI eingeschlossen, es gibt keine Ausschlusskriterien.

Erhebung MQI Daten

Die Erhebung und Dokumentation der Dekubitus geschehen im Rahmen der täglichen Pflege. Für die Erhebung der MQI Daten werden die in der Bewohnerdokumentation erfassten Daten verwendet (z. B. Wundprotokoll). Im Rahmen der Bedarfsermittlung werden sie in das Bedarfsermittlungsinstrument interRAI LTCF oder Programm IQM (Plaisir) übertragen, je nach dem im eigenen Betrieb verwendeten System (BESA und RAI erheben die neuen MQI nicht). Die Daten zum MQI Dekubitus werden zurzeit nicht an das Bundesamt für Statistik (BFS) übermittelt und werden nicht öffentlich rapportiert. Sie werden intern zur Überwachung der Pflegequalität genutzt.

Ein Instrument von **senesuisse** und **CURAVIVA,** Branchenverband von **ARTISET,** zur kontinuierlichen Entwicklung der Pflegequalität auf Basis solider Daten, erarbeitet in Zusammenarbeit mit Forschungsinstituten. Auftrag und Finanzierung: Eidgenössische Qualitätskommission (EQK). I Version September 2025
www.artiset.ch/pflegequalitaet I © senesuisse und CURAVIVA (www.artiset.ch/pflegequalitaet/lizenzen)

ARTISET CURAVIVA senesuisse

Für die Erhebung der MQI Daten gilt folgendes Vorgehen:

1. Überprüfen Sie die Bewohnerdokumentation, ob beim Bewohnenden aktuell vorliegende Dekubitus dokumentiert sind und ob beschrieben ist, wo (im Heim, zuhause, Spital…) diese Dekubitus entstanden sind und welchen Grad sie haben.

   - Der Dekubitus wird nur für den MQI gezählt, wenn er im Heim entstanden ist und Grad 2-4 oder nicht zuordenbar ist. Ist der Dekubitus z. B. zuhause vor Eintritt ins Pflegeheim oder während eines Spitalaufenthalts entstanden, wird der Dekubitus nicht für den MQI gezählt.

   - Folgende Antwortoptionen können bei der Frage, ob aktuell ein Dekubitus Grad 2-4 oder nicht zuordenbar vorliegt, gewählt werden für die Erhebung des MQI:
     - Nein
     - Ja, im Heim entstanden
     - Ja, extern entstanden

   - Das Pflege- und Betreuungsteam soll bei einem Ein- oder Übertritt zeitnah ein Hautassessment durchführen, um einen bereits bestehenden Dekubitus feststellen zu können. Gleichzeitig werden das Dekubitusrisiko und der Grad des Dekubitus eingeschätzt, um bei Bedarf präventive Massnahmen einzuleiten.

2. Erfassen Sie die Antwort im Bedarfsermittlungsinstrument (interRAI LTCF) oder Programm IQM (Plaisir). Diese Antwort wird zur Berechnung des MQI verwendet.

Der Medizinische Qualitätsindikator (MQI) «Dekubitus»

2. Vertiefung

Was ist ein Dekubitus?

Dekubitus sind örtlich begrenzte Schädigungen der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über einem Knochenvorsprung oder in Zusammenhang mit einem medizinischen oder anderen Gerät. Ihre Entstehung ist auf anhaltenden Druck oder Druck in Kombination mit Scherkräften zurückzuführen. Die Wunde kann unter der intakten Haut oder als offene Wunde bestehen, welche schmerzhaft sein kann (1-3).

Verschiedene pathologische Wege spielen eine Rolle in der Entstehung eines Dekubitus, wobei unterschieden werden kann zwischen schnell schädigenden und langsam schädigenden Mechanismen (s. Abbildung) (3). Auslöser sind immer anhaltende mechanische Belastungen der Haut durch Druck, Reibung oder Scherkräfte:

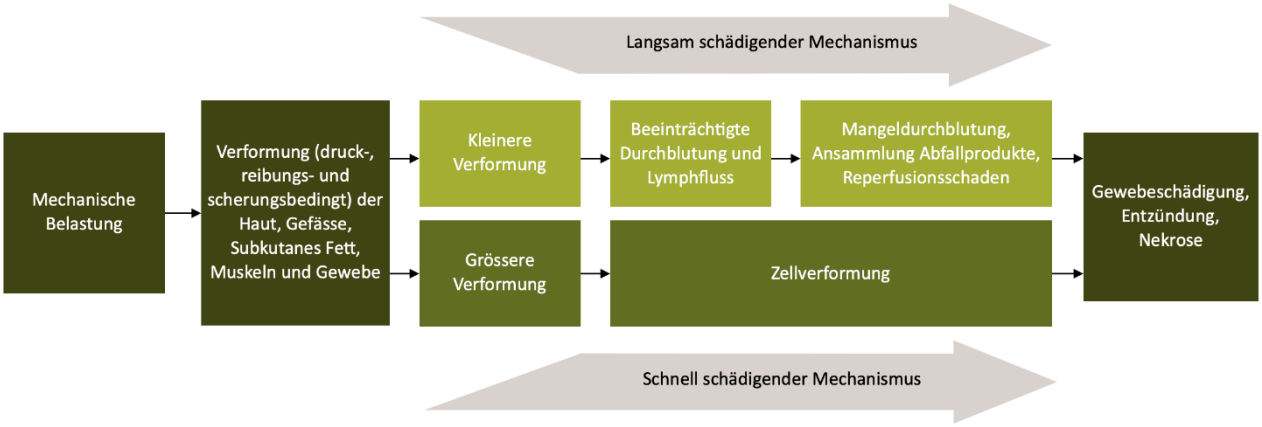
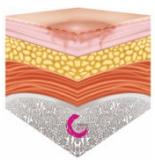
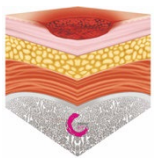
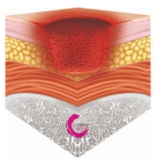
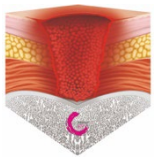
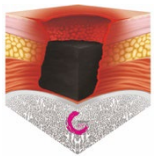
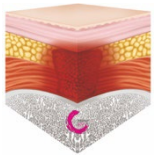


Abbildung. Pathophysiologische Wege zur Entstehung von Dekubitus.
Adaptiert und übersetzt aus: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline: 4th Ed. E. Haesler (Ed.) 2025.

Dekubitus wird in die Grade 1-4 oder nicht zuordenbar eingeteilt (1-4)

Grad 1: Nicht wegdrückbare Rötung bei intakter Haut in einem lokalen Bereich, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung, oder verursacht durch Druck eines Gerätes.	
Grad 2: Teilverlust der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), kann sich als flache, offene Wunde mit einem offenen rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge oder auch in Form einer intakten oder offen/rupturierten, serumgefüllten Blase zeigen.	
Grad 3: Vollständiger Hautverlust (bis ins Fettgewebe), mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Fettgewebes. Die Knochen, Sehnen oder Muskeln liegen nicht offen, Wundbeläge können vorhanden sein.	

Grad 4: Vollständiger Gewebeverlust und Nekrose mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Wundbeläge und Schorf können vorhanden sein.	
Nicht zuordenbar: Nicht klassifizierbar – vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis der Wunde von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün, braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Die wirkliche Tiefe und der Grad sind erst nach Entfernung der Beläge feststellbar. Vermutete tiefe Gewebsschädigung* – Livid oder rötlichbraun, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase, Tiefe der Wunde unbekannt. *Bei dem Verdacht auf eine tieferliegende Gewebeschädigung unter intakter Haut ist eine konsequente und dauerhafte Druckentlastung der betroffenen Körperstelle zwingend erforderlich. Ist die Gewebeschädigung trotz sofort eingeleiteter Massnahmen irreversibel, kann es innerhalb weniger Tage zur Hautablösung und zur Ausbildung einer tiefen Wunde kommen. In diesem Fall ist der Dekubitus entsprechend der klinischen Symptomatik als Kategorie 3 oder 4 gemäss Expertenstandard bzw. NPUAP/EPUAP-Definition zu klassifizieren.	 

Bildquellen: Lamers, J. (o. J.). Infografiken zu Dekubituskategorien I–IV, Vermutete tiefe Schädigung, Nicht klassifizierbar. Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW), Quedlinburg

Dekubitus ist ein international pflegerelevantes Thema. Gemessen und öffentlich rapportiert wird Dekubitus als Qualitätsindikator weltweit schon in mehreren Ländern, jedoch nicht nach einheitlichen und miteinander vergleichbaren Kriterien (5).

International wird in Pflegeheimen von einer Dekubitusprävalenz von 7.2 % ab Grad 2 berichtet (6). Dekubitus Grad 1 und 2 wurden am häufigsten festgestellt. Allgemein waren die Ferse (34.1 %) und das Kreuzbein (27.2 %) die am häufigsten gemeldeten Stellen für Dekubitus.

In einer schweizweiten Studie (7) aus dem Jahr 2013 zeigten 2.7 % der Bewohnenden aus den teilnehmenden Pflegeheimen einen Dekubitus Grad 2 oder höher, wobei 40 % der Dekubitus ausserhalb des Heims entstanden waren. In einer Genfer Pflegeheimstudie vom 2018 lag die Dekubitusprävalenz bei 5.7 %, wobei der Grossteil (77.2 %) dieser Dekubitus im Pflegeheim entstand, 15.2 % während eines Spitalaufenthalts und 7.6 % zu Hause (8).

Welche Bedeutung und Auswirkung haben Dekubitus auf die Bewohnenden?

Ein Dekubitus beeinträchtigt das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohnenden. Je nach Schweregrad kann ein Dekubitus:

- Schmerzen und Unwohlsein (9-12), Stress, Angst, Ärger und Depressionen (13, 14) auslösen
- zu einem Rückgang der Autonomie, der Unabhängigkeit und der Mobilität (11, 13) führen
- das Wohlbefinden beinträchtigen (11) sowie das soziale Verhalten verändern und z. B. einen sozialen Rückzug auslösen (11, 13)
- Exsudat und Geruch von Dekubitus verursachen oft Gefühle wie Scham und Peinlichkeit, was ebenfalls einen Rückzug aus dem sozialen Leben bewirken kann (12)

Ein Dekubitus führt zu Mehraufwand und -kosten und erhöht die allgemeinen Gesundheitskosten. Die Behandlung ist kostenintensiv und zeitaufwändig. Dies kann Pflege- und Betreuungsteams, Bewohnende und Angehörige psychisch belasten und deren Lebensqualität beeinträchtigen (9, 10, 13, 14). Die Spitalaufenthaltsdauer und

Wiedereintrittsquoten sowie die Pflegekosten sind bei Betroffenen höher als bei Personen ohne Dekubitus. Die Kosten für die Behandlung eines schweren Dekubitus sind wesentlich höher als die Kosten für deren Prävention, so dass eine Dekubitusprävention Kosten einspart (15).

Was beeinflusst die Ergebnisse für den MQI Dekubitus und was kann das Pflegeheim tun?

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln. Ältere Menschen haben oft zusätzliche Risikofaktoren, die die Entstehung eines Dekubitus begünstigen (16, 17). Besonders Menschen, die in Pflegeheimen leben, sind stärker gefährdet (18). Durch präventive Massnahmen kann die Entstehung eines Dekubitus im Pflegeheim aktiv verhindert werden. Frühes Erkennen und Einschätzen eines Dekubitus sowie das rechtzeitige Einleiten von präventiven Massnahmen sind hierbei entscheidend.

An erster Stelle steht das regelmässige Hautassessment. Dieses umfasst das Einschätzen von Druck- und Scherkräften, die Hautintegrität, das Hautmilieu (feuchtes Klima), Kontrolle der gefährdeten Hautstellen sowie die Erhebung von Risikofaktoren und Einschätzung des Risikos (1, 2). Die bisherige Evidenz bezüglich des Einsatzes von Assessmentinstrumenten, wie der Braden- oder Norton-Skala, und deren Nutzen für die Vorhersage von Dekubitus in der Langzeitpflege ist widersprüchlich. Die klinische Einschätzung scheint genauso gut zu sein (19, 20). Die erste klinische Einschätzung des Risikos und ein Hautassessment sollten innert acht Stunden nach Eintritt erfolgen (1, 2). Besteht ein Dekubitusrisiko, ist das Einleiten von mit den Bewohnenden abgestimmten, präventiven Massnahmen erforderlich.

In den folgenden Tabellen werden die Risiko- und Einflussfaktoren auf der Ebene der Bewohnenden, des Personals und der Organisation mit möglichen Assessments und Massnahmen, die auf die Dekubitusprävention fokussieren, beschrieben (1, 2, 17, 21-23).

Ebene Bewohnende	
Einflussfaktoren	**Massnahmen**

personenbezogene:
– erhöhtes Alter
– eingeschränkte Aktivität und Mobilität
– eine veränderte Hautintegrität
– Mangelernährung, Dehydratation
– kognitive Beeinträchtigungen, z. B. Demenz
– Inkontinenz
– chronische Erkrankungen wie z. B. Diabetes Mellitus, Herz- Kreislauferkrankungen
– Infektionen, z. B. Harnwegsinfekte
– früher vorhandene Dekubitus
– bestimmte Medikamente wie z. B. Kortison, Beruhigungsmittel
– Nikotin- oder Alkoholabusus
 	
umgebungsbezogene:
– Harte oder ungeeignete Matratzen oder Sitzflächen (z. B. enger Rollstuhl)
	– Regelmässige Hautassessment und Dekubitus-Risikoassessment durchführen:
	  – bei Eintritt, Übertritt, Rückkehr aus dem Spital
	  – bei Gesundheitsveränderungen
	  – nach Eingriffen oder anderen medizinischen Behandlungen
	  – bei der täglichen Pflege bei Bewohnenden, bei denen bereits ein erhöhtes Risiko festgestellt wurde
	– Dekubitusrisiko identifizieren:
	  – Einschätzen der Risiko- und Einflussfaktoren und Inspektion der Haut
	– Bei Hinweisen auf ein Dekubitus-Risiko Ziele festlegen und Massnahmen ergreifen, um Risikofaktoren zu reduzieren oder zu beseitigen:
	  – Mobilisation und Druckentlastung
	  – Scherkräfte vermeiden
	  – Hautreinigung und Hautschutz mit leicht sauren Pflegemitteln

– Materialien und Gegenstände, die im Bett liegengeblieben sind – Unterlage mit Falten – nicht atmungsaktiver Bettschutz **therapiebezogene:** – Katheter und Sonden – Drainagen – Nasenbrille	– auf atmungsaktive Kleidung achten und feuchtes Milieu im Gesäss- und Intimbereich vermeiden – Eine ausgewogene Ernährung und Flüssigkeit sicherstellen – Ziele, Massnahmen und Ergebnisse dokumentieren: – Ergebnisse aus Assessments, Präferenzen der Bewohnenden, Ressourcen und präventive Massnahmen dokumentieren – Evaluation und Re-Assessment Termine festlegen – Individuelle Pflegeplanung, ggf. Wundprotokoll nach internen Vorgaben – Bewohnende und Angehörige durch Aufklärung und Information in die Prävention einbinden

Ebene involvierte Berufsgruppen	
Einflussfaktoren	**Massnahmen**
– Fehlendes Wissen zur Dekubitusprävention – Fehlende Kenntnisse zur klinischen Einschätzung von Dekubitus – Unklare Rollenverteilung und Verantwortlichkeiten im Pflegeteam – Fehlende Kommunikation und Information im Pflege- und Betreuungsteam – Fehlende Adhärenz bei der Umsetzung der präventiven Massnahmen – Fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit – Fehlende Informationen und Fachkenntnisse zur Dekubitusprävention – Fehlende Kommunikation innerhalb des interprofessionellen Teams	– das gesamten Pflege- und Betreuungsteam durch regelmässige Schulungen und Fallgespräche sensibilisieren – Assistenz- und Hilfspersonal zum Erkennen von Hautveränderungen, Präventivmassnahmen sowie Dekubitusidentifikation befähigen – Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Informationswege und Dokumentation klar festlegen – klinische Expertise des Pflegeteams durch Fallbesprechungen, Bedside-Coaching und Konsultation durch Wund- und Pflegeexpertinnen & -experten vertiefen – Zeitressourcen für Austausch bereitstellen – Interprofessionellen Austausch auf Abteilungsebene fördern – Physio-, Ergo-, Ernährungstherapeutinnen & -therapeuten einbeziehen – Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Betreuungsteam, Ärztinnen & Ärzte und Wund- und Pflegeexpertinnen & -experten stärken – Zugang zu Dokumentationssystemen und einheitliche Dokumentation gewährleisten

Ebene Pflegeheim als Organisation	
Einflussfaktoren	**Massnahmen**

– Fehlende Daten zu Dekubitus
– Fehlende konzeptionelle Grundlagen
– Fehlendes Angebot an Schulungen für Pflege- und Betreuungspersonen
– Fehlende Fachexpertise durch Wundexpertinnen & -experten
– Fehlende Ressourcen, wie Geräte/Produkte (z. B. Druckentlastungsvorrichtungen), Entscheidungshilfen (z. B. Präventionsprotokoll, Dekubitus-Gradeinschätzungshilfe, Risikobewertungsskala, Leitlinien)
– Unzureichende Personalausstattung (Anzahl und/oder Fachkenntnisse, Zeitressourcen)
– Fehlende einheitliche Dokumentation
– Logistische Probleme (Bestellsystem)
	– Optimierung der datengestützten Qualitätsentwicklung
	  – Regelmässige Datenerhebung und Monitoring der Dekubitusraten (Inzidenz und Prävalenz)
	  – Analyse, Diskussion und Entwicklung von Massnahmen im interprofessionellen Team
	– Konzeptionelle Entwicklung
	  – Leitfaden / Handlungsanweisungen entwickeln und einführen
	  – Checklisten zur Auswahl geeigneter Materialen zur Prävention und Behandlung einführen
	  – Erinnerungssysteme zur Förderung der Umsetzung der Massnahmen einführen
	– Vertiefung von Fachkenntnissen und klinischer Einschätzung
	  – Schulungen für alle Pflege- und Betreuungspersonen und neue Mitarbeitende anbieten und integrieren
	  – Wund- und Pflegexpertinnen & -experten in die Fachentwicklung einbeziehen
	– Bereitstellung von materiellen Ressourcen
	  – Verfügbarkeit von Lagerungsmaterialien und Auflagen z. B. spezielle Matratzen, sicherstellen
	  – Verfügbarkeit von geeigneten Pflegeprodukten sicherstellen
	  – Einführung von neuen Technologien wie Mobility Monitoren in Erwägung ziehen
	– Qualitätssicherung der Bewohnendenversorgung
	  – Vorgaben zur Dokumentation: Verantwortlichkeiten und Rollen vorgeben
	  – klinischen Führung zur Prävention und Behandlung durch geschultes Fachpersonal sicherstellen
	  – Wundversorgungsteam innerhalb des Heims erwägen, z. B Champions, Fachverantwortung
	  – Wundexpertinnen & -experten intern oder extern engagieren

Der Medizinische Qualitätsindikator (MQI) «Dekubitus»

3. Berechnung

Berechnungsformel

Für den MQI wird der prozentuale Anteil an Bewohnenden berechnet, die die zu messende Kriterien gemäss Definition erfüllen:

$$\frac{\text{Anzahl Bewohnende mit einem Dekubitus Grad 2-4 oder nicht zuordenbar, der im Heim entstanden ist}}{\text{Alle Bewohnenden}} * 100 = \boxed{\text{MQI \%}}$$

Beispiel für die Berechnung des MQI auf Pflegeheimebene

Im Heim waren das letzte Jahr 100 Bewohnende anwesend. Es werden keine Bewohnenden aus der Berechnung ausgeschlossen.

- Von diesen 100 Bewohnenden wurde beim letzten Assessment bei 12 Bewohnenden ein Dekubitus Grad 2-4 oder nicht zuordenbar erfasst.
- Von diesen 12 Bewohnenden ist bei 3 Bewohnenden der Dekubitus im Heim entstanden und bei 9 ist er extern entstanden.
- Das heisst, bei 3 Bewohnenden ist der MQI «erfüllt».
  - 3/100 * 100 = 3.0 % der Bewohnenden erfüllen die Kriterien des MQI

Risikoadjustierung

Dieser MQI wird gegenwärtig nicht risikoadjustiert. Zu einem späteren Zeitpunkt wird abgewogen, ob der MQI auch geeignet ist für ein nationales Rapportieren durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Sollte er öffentlich rapportiert werden, werden für einen fairen Vergleich der MQI-Zahlen von unterschiedlichen Pflegeheimen bei der MQI-Berechnung durch die Behörden voraussichtlich folgende Merkmale der Bewohnenden zusätzlich berücksichtigt:

- Pflegestufe
- Kognitive Einschränkung, gemessen anhand der interRAI *Cognitive Performance Scale* (CPS) (24)

4. Weiterführende Ressourcen und Quellen

Weiterführende Ressourcen

- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2025. https://internationalguideline.com
  - Kurzfassungen der Guideline auf Deutsch abrufbar unter: https://epuap.org/pu-guidelines/#2014qrgtranslations
- NOVAcura: Artikelserie Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen (https://www.hogrefe.com/ch/novacura-best-practice):
  - Baumann S, Benkert B, Wellens NIH, Poncin E, Curreri N, Osińska M, et al. Dekubitus als nationaler medizinischer Qualitätsindikator. NOVAcura. 2024 ;55(5) :45-48. https://www.hogrefe.com/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=16564&token=ba01a2a19957c7cb17d5df54768b34c897257580
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 2. Aktualisierung 2017" Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück ISBN: 978-3-00-009033-2. Bestellbar auf folgender Seite: https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/
- Wundwissen Dekubitus wie One Minute Wonders, Standards/Definitionen, Fachliteratur: abrufbar online z. B. über die Initiative Chronische Wunden e.V.: https://www.icwunden.de/wundwissen/Wundwissen
- Handbücher/Erfassungsanleitungen von interRAI LTCF und Plaisir/Plex (s. dort)

Weiteres Material zum MQI: www.artiset.ch/pflegequalitaet

Quellen

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and treatment of pressure ulcers/Injuries: Quick reference guide. 2019.
2. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 2. Aktualisierung 2017“ Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2017.
3. Haesler E, editor. Prevention and treatment of pressure ulcers/Injuries: Clinical practice guideline. The international guideline: Fourth edition: National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance; 2025.
4. Kottner J, Kröger K, Gerber V, Schröder G, Dissemond J. Dekubitus erkennen und richtig klassifizieren: ein Positionspaper. Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete. 2018.
5. Osińska M, Favez L, Zúñiga F. Evidence for publicly reported quality indicators in residential long-term care: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1408.
6. Sugathapala R, Latimer S, Balasuriya A, Chaboyer W, Thalib L, Gillespie BM. Prevalence and incidence of pressure injuries among older people living in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2023;148:104605.
7. Zúñiga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, De Geest S, Schwendimann R. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Universität Basel; 2013.
8. Courvoisier DS, Righi L, Béné N, Rae AC, Chopard P. Variation in pressure ulcer prevalence and prevention in nursing homes: A multicenter study. Appl Nurs Res. 2018;42:45-50.
9. Gorecki C, Closs SJ, Nixon J, Briggs M. Patient-reported pressure ulcer pain: a mixed-methods systematic review. J Pain Symptom Manage. 2011;42(3):443-59.
10. Gorecki C, Nixon J, Madill A, Firth J, Brown JM. What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. J Tissue Viability. 2012;21(1):3-12.
11. Ibeh C, Hambridge K. A narrative review of patients' lived experience of having a pressure injury. Br J Nurs. 2024;33(4):S10-S23.
12. Liu S, Rawson H, Islam RM, Team V. Impact of pressure injuries on health-related quality of life: A systematic review. Wound Repair Regen. 2025;33(1):e13236.
13. Burston A, Miles SJ, Fulbrook P. Patient and carer experience of living with a pressure injury: A meta-synthesis of qualitative studies. J Clin Nurs. 2023;32(13-14):3233-47.
14. Galhardo VA, Garroni Magalhaes M, Blanes L, Juliano Y, Masako Ferreira L. Health-related quality of life and depression in older patients with pressure ulcers. Wounds. 2010;22(1):20-6.
15. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2015;52(11):1754-74.
16. Scheel-Sailer A, Plattner C, Flückiger B, Ling B, Schaefer D, Baumberger M, et al. Dekubitus-ein Update. Swiss Med Forum. 2016:489-98.
17. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege" Sonderdruck einschliesslich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2023.
18. Kottner J, Hahnel E, Lichterfeld-Kottner A, Blume-Peytavi U, Büscher A. Measuring the quality of pressure ulcer prevention: A systematic mapping review of quality indicators. Int Wound J. 2018;15(2):218-24.
19. Park SH, Lee YS, Kwon YM. Predictive validity of pressure ulcer risk assessment tools for elderly: A meta-analysis. West J Nurs Res. 2016;38(4):459-83.

20. Chen HL, Shen WQ, Liu P. A meta-analysis to evaluate the predictive validity of the Braden Scale for pressure ulcer risk assessment in long-term care. Ostomy Wound Manage. 2016;62(9):20-8.
21. Department of Health and Aged Care. National aged care mandatory quality indicator program (QI Program) manual Part B – Version 3. Canberra: Australian Government Department of Health and Aged Care; 2022.
22. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, et al. Repositioning for pressure injury prevention in adults: An abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021;120:103976.
23. Hajhosseini B, Longaker MT, Gurtner GC. Pressure Injury. Ann Surg. 2020;271(4):671-9.
24. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, et al. MDS Cognitive Performance Scale©. J Gerontol. 1994;49(4):M174-M82.

Impressum

Ein Instrument von senesuisse und CURAVIVA, Branchenverband von ARTISET, zur kontinuierlichen Entwicklung der Pflegequalität auf Basis solider Daten, erarbeitet in Zusammenarbeit mit Forschungsinstituten.
Auftrag und Finanzierung: Eidg. Qualitätskommission (EQK).
www.artiset.ch/pflegequalitaet | Version September 2025

Autor:innen
Brigitte Benkert, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Dr. Nathalie Möckli, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Prof. Dr. Franziska Zúñiga, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Dr. Jianan Huang, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Lisa Kästner, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Daniela Braun, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Prof. Dr. Laurie Corna, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Lugano
Dr. Nereide Curreri, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Lugano
Prof. Dr. Nathalie Wellens, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HES-SO, Lausanne
Alexandra Brodard, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HES-SO, Lausanne

Zugezogene Fachpersonen
Cornelia Bläuer, Seniorenzentrum Aumatt, Reinach
Sandra Gysin Schneider, Seniorenzentrum Schönthal, Füllinsdorf
Margot Klein, Seewadel Zentrum für Gesundheit und Alter, Affoltern am Albis
Anna-Kristina Konrad, Alter und Pflege Stadt Winterthur, Alterszentrum Adlergarten, Winterthur
Esther Leu & Annabelle Pflugi, Stiftung Hofmatt, Münchenstein
Barbara Loew, Stiftung Regionales Alters- und Pflegeheim Frenkenbündten, Liestal
Natascha Nielen, BESA Qsys AG, Bern
Dr. Eva-Maria Panfil, Medizinische Direktion, Abteilung für Praxisentwicklung und Forschung Pflege/MTT, Universitätsspital Basel, Basel
Prof. Dr. Sebastian Probst, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Genève, Université de Genève & Hôpitaux universitaires de Genève
Manuel Ulrich & Marlies Petrig, KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf
Pflegeteams des Alters- und Pflegeheim Johanniter, Basel

Herausgeber
ARTISET | CURAVIVA | senesuisse

Lizenzrechte
© senesuisse und CURAVIVA
Mehr Informationen zur Verwendung der Unterlagen: www.artiset.ch/pflegequalitaet/lizenzen

Zitierweise
ARTISET | CURAVIVA | senesuisse (2025), Faktenblatt: Medizinischer Qualitätsindikator «Dekubitus» für die stationäre Langzeitpflege. Hrsg.: ARTISET | CURAVIVA | senesuisse
Online: www.artiset.ch/pflegequalitaet

Auskünfte/Informationen
E-Mail: quality@senesuisse.ch