



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Département Public Health



La Source.
Institut et Haute
Ecole de la Santé

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

Rapid Ethnography zur Erhebung und Erfassung von Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren – Perspektive der Pflegeheime

Teilprojekt 1.3/3.3 / Arbeitspaket 1 und 3

NATIONALES IMPLEMENTIERUNGSPROGRAMM – QUALITÄT DER
LANGZEITPFLEGE IN ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN
NIP-Q-UPGRADE

Basel, 27.05.2024

Autor:innen: Sonja Baumann, Bastiaan Van Grootven, Lisa Kästner, Sandra Staudacher-Preite,
Brigitte Benkert, Emmanuelle Poncin, Nereide Curreri, Nathalie IH Wellens, Laurie Corna &
Franziska Zúñiga, im Namen des NIP-Q-UPGRADE Consortiums

Institut für Pflegewissenschaft (INS), Department of Public Health, Universität Basel, Basel
Institut et Haute École de la Santé (La Source), University of Applied Sciences Western Switzerland,
Lausanne

Centro Competenze Anziani, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI),
Manno

Das NIP-Q-UPGRADE Programm unterstützt Betriebe der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime) bei der datengestützten Qualitätsverbesserung auf Grundlage der nationalen Qualitätsindikatoren.

Das Nationale Programm wird mit implementierungswissenschaftlichen Ansätzen umgesetzt. ARTISET und senesuisse haben die wissenschaftliche Leitung des Programms an ihren Kooperationspartner, die Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft (INS), delegiert. Das INS seinerseits arbeitet mit dem Institut et Haute École de la Santé La Source (La Source) Universities of Applied Sciences Western Switzerland in Lausanne und dem Centro Competenze Anziani, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) bei der nationalen Umsetzung des Programms zusammen und hat verschiedene Teilprojekte an die Partnerinstitutionen delegiert. Die Interpretation der wissenschaftlich fundierten Ergebnisse durch die Forschungsinstitute, ihre Schlussfolgerungen und Empfehlungen an den Auftraggeber und an die Eidgenössische Qualitätskommission EQK können von der Sichtweise des Auftraggebers abweichen.

Vorgeschlagene Zitierung: [Sonja Baumann, Bastiaan Van Grootven, Lisa Kästner, Sandra Staudacher-Preite, Brigitte Benkert, Emmanuelle Poncin, Nereide Curreri, Nathalie IH Wellens, Laurie Corna & Franziska Zúñiga 2024: *Rapid Ethnography zur Erhebung und Erfassung von Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren*](#). Schlussbericht zu Händen von ARTISET Branchenverband CURAVIVA und senesuisse im Rahmen des Nationalen Implementierungsprogramms – Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen (NIP-Q-UPGRADE) im Auftrag der eidgenössischen Qualitätskommission. Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel. Doi: 10.5281/zenodo.11312624.

Die Autor:innen möchten den Pflegeheimen danken, die einen Einblick in ihren Alltag gewährt haben und Auskunft zu ihren Abläufen und der Datenverarbeitung gegeben haben.

Inhaltsverzeichnis

EINFÜHRUNG	1
METHODE	3
ERGEBNISSE.....	4
<i>Demographische Daten</i>	<i>4</i>
<i>Infrastruktur für Datenerhebung.....</i>	<i>6</i>
<i>Dokumentation der Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren.....</i>	<i>8</i>
Vorbereitung	8
Erfassen der Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren.....	8
Notieren der Daten	8
Übertragung der Daten in die EDok	8
Transfer der Daten in den Fragenkatalog der medizinischen Qualitätsindikatoren	9
Rückmeldung zu den Daten und deren Verwendung	10
Sprache	11
<i>Individuelle Wahrnehmung der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren</i>	<i>13</i>
Unterschiedliche Einschätzungen.....	13
Kenntnisse zu medizinischen Qualitätsindikatoren	14
Praxistauglichkeit.....	15
Änderungswünsche	16
<i>Strukturelle Faktoren</i>	<i>17</i>
Personalsituation	17
Zusammenarbeit mit Ärzt:innen	17
Assessmentzeitpunkt	18
IT und IT-Infrastruktur	18
<i>Die Medizinischen Qualitätsindikatoren im Detail.....</i>	<i>19</i>
Bewegungseinschränkende Massnahmen.....	19
Schmerzen	20
Polymedikation.....	21
Mangelernährung	22
Zukünftige nationale Qualitätsindikatoren	23
SCHLUSSFOLGERUNGEN	26
Referenzen	28
Anhang 1: DETAILLIERTE EMPFEHLUNGEN	29
<i>A. Handlungsfeld Programm zur Verbesserung der Datenqualität</i>	<i>29</i>

<i>B. Handlungsfeld Bildung und Forschung</i>	<i>33</i>
<i>C. Handlungsfeld Infrastruktur und Prozesse zu den medizinischen Qualitätsindikatoren</i>	<i>35</i>
<i>D. Handlungsfeld Software und Interoperabilität</i>	<i>37</i>
<i>E. Handlungsfeld Qualitätsentwicklung</i>	<i>38</i>

Änderungsverzeichnis

Version 3:

Formatierung als separiertes Word-Dokument vom Hauptbericht

Einfügen einer Danksagung

Einfügen der Versionsnummer in Zitiervorschlag

Einfügen eines Inhaltsverzeichnis

Einfügen eines Änderungsverzeichnis

Formatierung der Tabellenüberschriften

Aktualisierung der Zitierweise

Einfügen des Teilprojektes 3.3 im Titel

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiede im Prozess der Bedarfserhebungsinstrumente	2
Tabelle 2: Charakterisierung der teilnehmenden Pflegeheime	4
Tabelle 3: Charakterisierung der teilnehmenden Personen	5
Tabelle 4: Anzahl Teilnehmende bei Interviews und Beobachtungen.....	6
Tabelle 5: Angewendete Bedarfserhebungsinstrumente und elektronische Dokumentationssysteme der teilnehmenden Pflegeheime	7
Tabelle 6: Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung	14
Tabelle 7: Wünsche bezüglich neuer Themen für nationale Qualitätsindikatoren	25

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohner:innen-Einstufungs- und -Abrechnungssystem
BESD	Beurteilung von Schmerz bei Demenz
BFS	Bundesamt für Statistik
BISAD	Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz
CPS	interRAI Cognitive Performance Scale
DE	Deutschsprachig
DRS	interRAI Depression Rating Scale
ECPA	Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes
EDok	Elektronische Bewohnendokumentation
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
EVA	EVA: escala visual analógica para dor
FaGe	Fachmann/-frau Gesundheit
FaBe	Fachmann/-frau Betreuung
FH	Fachhochschule
FR	Französischsprachig
GDS	Geriatric Depression Scale
HF	Höhere Fachschule
IT	Italienischsprachig
IQM	Indicateurs de Qualité Médicaux
LTC-ASC	Long-Term Care – Active Substance Count
MDS	Minimal Data Set
NRS	Numeric Rating Scale
OPQRS	Onset - Provocation/ Palliation – Quality – Radiation – Severity – Time
PAINad	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
RAI NH	Resident Assessment Instrument for Nursing Homes
SA	Standardabweichung
VAS	Visuelle Analog Skale
VRS	Verbal Rating Scale

EINFÜHRUNG

Im nationalen Implementierungsprogramm NIP-Q-UPGRADE geht es im Teilprojekt 1.3/ 3.3 um eine Kontextanalyse zur Datenerhebung und -verwendung der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren, vom Zeitpunkt der Datenerhebung im Betrieb der stationären Langzeitpflege bis zum öffentlichen Rapportieren durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und wie diese Daten in der Praxis weiter verwendet werden. Die Kontextanalyse ist in das Arbeitspaket 1 von NIP-Q-UPGRADE eingebettet, das zum Ziel hat, die Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren zu verbessern mit der Entwicklung eines passenden Massnahmenpakets.

Seit 2019 sind die Pflegeheime auf Basis des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG Art. 59a) verpflichtet, nationale Qualitätsindikatoren anhand von sechs Qualitätsindikatoren in vier Messthemen zu messen. Dazu gehören die bewegungseinschränkende Massnahmen, Schmerzen, Polymedikation und Mangelernährung (Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion Gesundheitsversorgung, 2021). Das NIP-Q-UPGRADE Projekt erforscht die Erhebung von weiteren Qualitätsindikatoren in drei Messthemen (Medikationsreview, vorausschauende Gesundheitsplanung, Dekubitus), welche in den nächsten Jahren eingeführt werden könnten (Kästner, Van Grootven & Zúñiga, 2023).

Der Prozess von der Eingabe der Daten in den Pflegeheimen über deren Aufbereitung und Weiterleitung an den Bund geht über verschiedene Schritte. Die Erhebung findet üblicherweise im Rahmen der gesetzlich verordneten Bedarfserhebung statt. Diese findet gemäss Administrativvertrag mit den Krankenkassen mindestens alle 9 Monate oder bei akuten Zustandsveränderungen statt. Die Bedarfserhebung geschieht über eine Phase von 7 bis 14 Tagen (abhängig von der Fragestellung zu der der Bedarf erhoben wird). So fragen die Erhebenden in den Pflege- und Betreuungsteams in dieser Phase z. B. Bewohnende nach der Häufigkeit und Intensität von Schmerzen in den letzten sieben Tagen und machen auch eine Fremdeinschätzung. Sie berechnen den Gewichtsverlust über die letzten 30 und 180 Tage, zählen die Anzahl Wirkstoffe aller verabreichten Medikamente der letzten sieben Tage und erheben die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen.

Diese Informationen geben die Pflege- und Betreuungspersonen in die im Betrieb angewendete elektronische Bewohnendokumentation (EDok) ein. Auf dem Schweizer Markt finden sich zahlreiche Anbieter und Softwaresysteme dafür. Danach gibt es drei Wege, wie die Daten für das BFS aufbereitet und übermittelt werden:

1. Über die Bedarfserhebungsinstrumente: Es findet eine Übertragung der Daten durch diplomierte Pflegefachperson, das Management oder Administrativpersonen in die Maske des Bedarfserhebungsinstruments (BESA, RAI-NH, Plaisir/Plex) statt. Bei BESA und Plaisir/Plex kann die Eingabe der Daten zur Bedarfserhebung bei der Krankenkasse erst erfolgen, nachdem die nationalen Qualitätsindikator-Daten ein- und freigegeben wurden. Bei RAI-NH findet die Eingabe im Rahmen der Bedarfserhebung im Minimal-Data-Set-Bogen (MDS) statt. Die Erfassung der nationalen Qualitätsindikatoren ist also ein Pflichtteil, der nicht umgangen werden kann. Die Übertragung der nationalen Qualitätsindikatoren an das BFS gestaltet sich je nach Anbieter des Bedarfserhebungsinstruments unterschiedlich (siehe Tabelle 1).
2. Eigenständiger Export von Daten aus RAISoft/BESA: Je nach vorhandenen Kenntnissen im Betrieb oder Grösse (z. B. Verbund von mehreren Pflegeheimen) bereiten Pflegeheime ihre Daten selbst auf und senden sie dem BFS.
3. Über die Bewohnendokumentation: Die Daten können in separate Module in den Bewohnendokumentation zusammengezogen und als .csv File exportiert werden. Die Pflegeheime senden das File direkt ans BFS.

Tabelle 1: Unterschiede im Prozess der Bedarfserhebungsinstrumente

RAI NH-NH (BESA QSys AG)	BESA (BESA QSys AG)	Plaisir/Plex (Eros Inc.)
Eintrag der nationalen Qualitätsindikator-Daten in MDS-Bogen auf Papier aus EDok durch diplomierte Pflegefachperson oder FaGe/FaBe	Eingabe der nationalen Qualitätsindikator-Daten in Maske im BESA-System aus EDok durch in BESA geschulte diplomierte Pflegefachperson oder Management	Eingabe und Freigabe der nationalen Qualitätsindikator-Daten aus EDok in separatem Programm IQM durch Management
In manchen Heimen werden die Daten in Teamdiskussionen verifiziert		
Übertragung in RAIfsoft-System durch geschulte diplomierte Pflegefachperson / Management / Administrativperson	Freigabe der Daten in Maske für nationale Qualitätsindikatoren im BESA-System an BESA QSys AG durch diplomierte Pflegefachperson oder Management	Freigabe und Übermittlung an Eros Inc. durch die Mitarbeitenden per Mail
Einmal jährlich (im 1. Quartal) Aufbereitung und Übermittlung der Heimdaten an BESA QSys AG durch Management		
Aufbereiten und Versand der Daten für das Bundesamt für Statistik durch die Anbieter der Bedarfserhebungsinstrumente.		
Bundesamt für Statistik leitet die Daten an das Bundesamt für Gesundheit weiter		
Veröffentlichung der Statistiken der nationalen Qualitätsindikatoren einmal jährlich mit zeitlicher Verzögerung dem gesamten Prozessablauf geschuldet		

Abkürzungen: MDS: Minimal Data Set; FaGe: Fachmann/-frau Gesundheit; FaBe: Fachmann/-frau Betreuung; EDok: Elektronische Bewohnendokumentation; IQM: Indicateurs de Qualité Médicaux; BESA: Bewohner:innen Einstufungs- und Abrechnungssystem, PLAISIR: Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis; RAI-NH: Resident Assessment Instrument for Nursing Homes

Ziel dieser Studie war herauszufinden, welche Faktoren aus Sicht der Anwendenden in den Pflegeheimen zu einer guten Datenqualität der nationalen Qualitätsindikator-Daten beitragen, respektive diese behindern. Ebenso um zu erfahren, wie die Indikatoren in den Pflegeheimen bewertet und registriert werden, und um Wahrnehmungen der mit Daten Arbeitenden zu erfassen.

METHODE

In diesem Teilprojekt (1.3/ 3.3) von NIP-Q-UPGRADE untersuchten wir in einer umfassenden ethnographischen Studie die Prozesse und Praktiken der Datenerhebung, -erfassung, -verwaltung und -berichterstattung in Pflegeheimen für ältere Menschen in der Schweiz. Das Hauptziel bestand darin, die Faktoren zu identifizieren, die die Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren beeinflussen von deren Erhebung bei den Bewohnenden bis zum öffentlichen Rapportieren. Die Studie folgte einem qualitativen Ansatz basierend auf der Rapid Ethnography-Methodologie (Vindrola-Padros & Vindrola-Padros, 2017; Staudacher & Ammann, 2023). Durchgeführt wurde die Rapid Ethnography von drei verschiedenen Erhebungsteams aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz. Der vorliegende Schlussbericht fokussiert auf die Rapid Ethnography in den Pflegeheimen.

Um diese komplexen Prozesse zu erfassen, wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, welcher verschiedene Methoden umfasste, darunter Beobachtungen, Interviews und Dokumentenanalysen. Eine Kontextanalyse wurde durchgeführt, um den gesamten Prozess der Datensammlung und Weitergabe für Qualitätsindikatoren umfassend zu erfassen.

Um einen kooperativen Teamansatz zu gewährleisten, wurden drei verschiedene Erhebungsteams gebildet, die jeweils spezifische Rollen und Fachkenntnisse hatten. Für alle Mitglieder der Erhebungsteams wurden Schulungsmodulare organisiert, die eine Einführung in die Studie, relevante Hintergrundmaterialien, Workshops zum ethnografischen Studiendesign, Beobachtungs- und Interviewtechniken sowie Forschungsverfahren umfassten. Die Teams wurden bei den ersten Beobachtungen und Interviews in den Pflegeheimen durch eine erfahrene qualitativ Forschende betreut, und es fanden regelmässige Treffen mit den Erhebungsteams statt, um den Forschungsprozess und die Analyse zu koordinieren und zu begleiten.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden umfasste Pflegeheime und pro Pflegeheim eine Auswahl von Mitarbeitenden. Die Langzeitpflegeeinrichtungen wurden gezielt nach Softwareanbietern und Sprachregionen ausgewählt, um eine möglichst grosse Vielfalt der teilnehmenden Pflegeheime zu erreichen.

Die Datengenerierung wurde auf die verschiedenen Gruppen von Teilnehmenden angepasst. In den Pflegeheimen fielen darunter Heimleitungen, Leitungen Pflege, Mitarbeitende im Qualitätsmanagement, Pflegeexpert:innen, Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit und andere. Weil mehrere Mitglieder der Erhebungsteams gleichzeitig Daten Interviews und Beobachtungen durchführten, wurden im Team auf individueller als auch auf betrieblicher Ebene Vorlagen entwickelt, in welchen die Daten zusammengefasst in Analyseeinheiten eingefügt werden konnten (sogenannte RAP-Sheets: Vidrola-Padros et al., 2022). Diese RAP-Sheets wurden durch ausführlichere Notizen aus den Interview- und Beobachtungsbögen ergänzt und dienten dann als Basis für die Diskussion und Analyse im Team.

Ethische Überlegungen wurden sorgfältig berücksichtigt. Die Ethikkommission der Nordwest- und Zentralschweiz erklärte die Studie für unbedenklich, die Ethikkommission der Universität Basel bewilligte die Studie. Von den Teilnehmenden wurde eine informierte Zustimmung eingeholt, und die Vertraulichkeit wurde durch die Kodierung indirekter Identifizierungsinformationen gewahrt. Es wurde besonders darauf geachtet, dass während der Beobachtungen keine Daten von Bewohner:innen erhoben wurden. Die Teilnehmenden der Studie wurden durch die Erhebungsteams durch eine eindeutige Nummer anonymisiert und durch die Sprachregion, in der sie arbeiten (IT: italienischsprachige Schweiz, DE: deutschsprachige Schweiz, FR: französischsprachige Schweiz). Bei Zitaten im Resultateteil schreiben wir jeweils die Abkürzung der Sprachregion, gefolgt von der Rolle der Teilnehmenden im Betrieb.

ERGEBNISSE

Demographische Daten

Schweizweit nahmen 20 Pflegeheime teil, drei in der italienisch-sprachigen Schweiz, 11 in der deutschsprachigen– zwei davon mit je zwei Standorten – , und sechs in der französischsprachigen Schweiz. In letzterer waren zwei Pflegeheime mit je drei Standorten vertreten, so dass effektiv zehn Pflegeheime besucht wurden. Die Verteilung, Charakteristika und Trägerschaften sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Charakterisierung der teilnehmenden Pflegeheime

Anzahl Pflegeheime	n= 20
- Deutschsprachige Schweiz ¹	11
- Französischsprachige Schweiz ²	6
- Italienischsprachige Schweiz ³	3
Trägerschaft, n	
- öffentlich	8
- Privat	8
- Andere oder fehlend	4
Anzahl verschiedener Kantone in der Stichprobe, n	13
Bandbreite der Bettenanzahl in den Pflegeheimen, n	28– 255

¹ Deutschsprachige Schweiz: Insgesamt haben 11 Pflegeheime teilgenommen, zwei der Pflegeheime haben mit jeweils zwei Standorten teilgenommen, insgesamt haben daher 13 Erhebungen stattgefunden.

² Französischsprachige Schweiz: Insgesamt haben 6 Pflegeheime teilgenommen, zwei der Pflegeheime haben mit jeweils 3 Standorten teilgenommen, insgesamt haben daher 10 Erhebungen stattgefunden.

³ Italienischsprachige Schweiz: Insgesamt haben 3 Pflegeheime teilgenommen.

Insgesamt nahmen 145 Personen an der Studie teil, die die ganze Spannweite vom Management bis zur Basis abdeckten, unter anderem Heimleitungen, Leitungen Pflege, Pflegeexpert:innen, Qualitätsbeauftragte, Berufsbildende, Lernende, diplomierte Pflegefachpersonen, Fachangestellte Gesundheit/ Betreuung, Assistenzpersonen sowie ärztliches Personal und Pharmazeut:innen. Die genaue Verteilung nach Sprachregionen, Beschäftigungsverhältnis, Geschlecht, Berufserfahrung und Rolle im Betrieb kann aus Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Charakterisierung der teilnehmenden Personen

Anzahl Teilnehmende	n (%), 145 (100.0)
- Deutschsprachige Schweiz	92 (63.5)
- Französischsprachige Schweiz	29 (20.0)
- Italienischsprachige Schweiz	24 (16.5)
Beschäftigungsverhältnis, ¹	
- Vollzeit	89 (62.2)
- Teilzeit	54 (37.7)
Geschlecht,	
- weiblich	104 (71.7)
- männlich	41 (28.3)
Erfahrung der Teilnehmenden, Mittelwert (SA) ¹	
- Im Gesundheitswesen (in Jahren)	18 (13.0)
- In der stationären Langzeitpflege (in Jahren)	11 (10.0)
- In diesem Betrieb (in Jahren)	7 (7.0)
Rolle im Betrieb,	
- Diplomierte Pflegefachperson HF/FH	17 (11.7)
- Fachperson Gesundheit/Fachperson Betreuung	23 (15.9)
- Assistenz- und Hilfspersonen	16 (11.0)
- Pflegeexpert:innen	7 (4.8)
- Expert:in für Bedarfsermittlungsinstrument	9 (6.2)
- Heimleitung	25 (17.2)
- Leitung Pflege	25 (17.2)
- Qualitätsmanagement	6 (4.1)
- Verwaltungsangestellte	2 (1.4)
- Hausärzt:innen	1 (0.7)
- Heimärzt:innen	3 (2.1)
- Pharmazeut:innen	2 (1.4)
- Andere ²	9 (6.2)

Abkürzungen: FH Fachhochschule, HF höhere Fachschule, SA Standardabweichung

1 Zwei Fälle mit fehlenden Daten

2 Andere sind: Fachperson Gesundheit in Ausbildung, Zivildienstleistende, Polymedikation Beratung, Küchenchef, Assistentin Pflege in Ausbildung, interne Physiotherapie/Leitung Physiotherapie-Ergotherapie-Einheit, Leiterin Dienste (Reinigung/Essen/Wäsche), Verantwortliche für Berufsbildung

Die Teilnehmenden wurden nach der Methode Rapid Ethnography entweder interviewt, oder beobachtet, oder beides kombiniert, wie in Tabelle 4 aufgezeigt.

Tabelle 4: Anzahl Teilnehmende bei Interviews und Beobachtungen

Region	Anzahl			
	Nur Interviews, ohne Beobachtung	Nur Beobachtungen, ohne Interviews	Interviews und Beobachtungen	Gesamt
Deutschsprachige Schweiz	45	28	19	92
Französisch- sprachige Schweiz	15	-	14	29
Italienisch- sprachige Schweiz	22	-	3	25

Nachfolgend werden zusammenfassend die Ergebnisse aus den Pflegeheimen beschrieben. Wir stellen vor allem Herausforderungen dar, die die Teilnehmenden in den Interviews oder während den Beobachtungen beschrieben, oder die die Erhebungsteams vor Ort während der Datenerhebung und -verarbeitung beobachteten. Das waren Probleme betreffend Dokumentation der nationalen Qualitätsindikatoren, individueller Wahrnehmung der Indikatoren und strukturelle Faktoren. Im Weiteren erläutern wir Herausforderungen, die mit den einzelnen nationalen Qualitätsindikatoren verbunden sind. Nach einem Fazit geben wir Empfehlungen auf verschiedenen Ebenen heraus. Auch wenn hier besonderes Augenmerk auf Herausforderungen bezüglich Datenerhebung und -verarbeitung gelegt werden, erlebten die Erhebungsteams auch sehr viele positive Aspekte in der Arbeit um die nationalen Qualitätsindikatoren.

Infrastruktur für Datenerhebung

Die Pflegeheime arbeiten mit verschiedenen Anbietern der EDok, deren Aufstellung in der Tabelle unten ersichtlich sind. Die verschiedenen Anbieter haben teilweise Schnittstellen zum Bedarfserhebungsinstrument geschaffen, respektive verfügen über einen Fragenkatalog zu den nationalen Qualitätsindikatoren. Die einzelnen EDoks sind je nach Ausstattung des Betriebs der stationären Langzeitpflege auf Computern, oder auch auf Handgeräten (Smartphone, Tablet) verfügbar. Acht Pflegeheime arbeiteten mit BESA, acht arbeiteten mit RAI-NH, ein Verbund arbeitete sowohl mit BESA, als auch mit RAI-NH, und drei Pflegeheime arbeiteten mit Plaisir/PLEX und erheben die nationalen Qualitätsindikator-Daten mit dem Zusatzmodul IQM (Indicateurs de Qualité Médicaux). Die elektronischen Dokumentationssysteme sind in Tabelle 5 mit Häufigkeiten aufgeführt.

Tabelle 5: Angewendete Bedarfserhebungsinstrumente und elektronische Dokumentationssysteme der teilnehmenden Pflegeheime

	Deutschsprachige Schweiz ¹	Französischsprachige Schweiz ²	Italienischsprachige Schweiz ³
Bedarfserhebungsinstrumente			
RAI-NH	5+1 ⁴	1	2
BESA	5+1 ⁴	2	1
Plaisir/Plex / IQM		3	
Bewohnendendokumentationssoftware (EDok)			
ePDOK (BESA QSys AG)	2		
easyDOK (easyDOK AG)	3		
Lobos3.X (LOBOS Informatik AG)	1		
BESADoc (BESA QSys AG)	1		
Nexus (NEXUS Schweiz AG)			1
careCoach (topCare AG)	3	1	
WiCare (Wigasoft AG)	1		
SADIES (SADIES SA)		3	
SIEMS (Tecost AG)		2	
E-Clinic (Ti-Care AG)			1
Easy Sana (SISMA AG)			1

¹ Deutschsprachige Schweiz: Insgesamt haben 11 Pflegeheime teilgenommen, zwei der Pflegeheime haben mit jeweils zwei Standorten teilgenommen, insgesamt haben daher 13 Erhebungen stattgefunden.

² Französischsprachige Schweiz: Insgesamt haben 6 Pflegeheime teilgenommen, zwei der Pflegeheime haben mit jeweils 3 Standorten teilgenommen, insgesamt haben daher 10 Erhebungen stattgefunden.

³ Italienischsprachige Schweiz: Insgesamt haben 3 Pflegeheime teilgenommen.

⁴ Ein Pflegeheim mit mehreren Standorten arbeitete sowohl mit RAI-NH wie mit BESA. Das Pflegeheim wurde als einer gezählt und nicht pro Standort, da die Datenerfassung für die nationalen Qualitätsindikatoren zentral läuft.

Dokumentation der Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren

Vorbereitung

Die Information, welche Bewohnenden am heutigen Tag in der Beobachtungsphase, somit auch in der Erhebung der nationalen Qualitätsindikatoren sind, finden die Pflege- und Betreuungspersonen in unterschiedlichen Quellen. Das kann die Wohngruppenübersicht in der EDok sein, an einem Huddleboard (Magnettafel) im Wohngruppenbüro, oder es ist ein Blatt ausgehängt, auf dem die Bewohnenden mit Datum und aktuellen Aufgaben aufgeführt sind.

Erfassen der Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren

Mit dem Wissen, dass heute Daten für die Leistungserfassung der Beobachtungsphase erhoben werden, gehen die Pflege- und Betreuungspersonen zu den entsprechenden Bewohnenden. Viele Teilnehmenden unserer Studie waren sich nicht bewusst, dass sie auch für die nationalen Qualitätsindikatoren speziell Daten erheben und taten dies unbewusst im Rahmen der täglichen Pflege, Betreuung und Routine.

Zusätzlich zu den sechs Qualitätsindikatoren in den vier Messthemen bewegungseinschränkende Massnahmen, Schmerzen, Polymedikation und Mangelernährung, werden laut den Teilnehmenden unserer Studie je nach Betrieb, Bedarfserhebungsinstrument und Kanton noch weitere Qualitätsindikatoren erhoben. Das sind vor allem Stürze, Aggressionsereignisse, Dekubitus, oder Medikamentenfehler. In zwei Kantonen der französischsprachigen Schweiz wird auch die Mundgesundheit zusammen mit den nationalen Qualitätsindikatoren mit dem IQM erfasst.

Notieren der Daten

Nach der Erfassung der Daten für die Indikatoren bei den Bewohnenden wird das Ergebnis, z. B. das Gewicht, meist auf einen Notizzettel geschrieben. Selbst in Pflegeheimen, in denen Handgeräte genutzt werden und das Ergebnis sofort in der EDok eingetragen werden könnte, wurde es erst einmal auf einem Notizzettel vermerkt. So beschreibt ein Betrieb, in dem Tablets verwendet werden, dass die Ergebnisse *«aus Zeitnot nicht sofort auf dem Tablet eingegeben [werden], weil es zum Aufstarten lange benötigt und dann Einträge vergessen gehen»* (DE: diplomierte Pflegefachfrau). Die Dokumentation in der EDok kann wiederum in Pflegeheimen ohne Handgeräte zu Problemen führen, wenn in den Wohngruppenbüros zu wenig PCs vorhanden sind (FR: Leitung Pflege): mit den Wartezeiten können Daten verloren gehen, weil die Dokumentation ans Schichtende herausgeschoben wird.

Die Notizzettel können sowohl kleine Zettelchen sein, oder der Schichtzettel, auf dem die Bewohnenden der Wohngruppe als Übersicht zu sehen sind, oder ein Zettel mit den heutigen To Dos, der aus der EDok ausgedruckt wurde.

Die Weiterverarbeitung der Daten vom Notizzettel kann unterschiedlich erfolgen. Wenn eine Assistenzperson die Daten erhoben hat, werden diese mündlich beim nächsten Zusammentreffen aller in der Schicht tätigen Personen weitergegeben, worauf sich die diplomierte Pflegefachperson oder Fachperson Gesundheit (FaGe)/Fachperson Betreuung (FaBe) die mündlich rapportierten Daten wiederum handschriftlich notiert, um sie später in der EDok einzutragen. Dies birgt die Gefahr von Übertragungsfehlern, das Übertragen kann vergessen gehen, oder wird an die nachfolgende Schicht delegiert (IT: diplomierte Pflegefachfrau).

Übertragung der Daten in die EDok

Meist gegen Ende der Schicht, wenn alle anderen Tätigkeiten mit Bewohnenden und Aufgaben des Wohngruppenalltags verrichtet sind, nehmen sich die Pflegenden Zeit, um ihre

Einträge in die EDok zu machen. Gewicht und Schmerzen sind Items, die bei oder mit den Bewohnenden erfasst und erfragt werden und entsprechend eingetragen werden.

Bei der Polymedikation, wo die Wirkstoffe aller in der Beobachtungsphase verabreichten Medikamente gezählt werden, wird direkt in der EDok in der Medikamentenliste zusammengezählt. Hier haben einige Anbieter der EDoks Hilfsmittel eingebaut, um das Zählen zu erleichtern. Das Vorgehen wird im Kapitel Polymedikation näher beleuchtet. Bei den bewegungseinschränkenden Massnahmen wird die Erhebung in den Pflegeheimen oft von einer Evaluation begleitet, ob die Massnahmen noch nötig sind.

Transfer der Daten in den Fragenkatalog der medizinischen Qualitätsindikatoren

Die meisten Pflegeheime der deutschsprachige Schweiz, die mit dem Bedarfserhebungsinstrument RAI-NH arbeiten, tragen die erhobenen Daten, die bereits in der EDok dokumentiert sind, zusätzlich von Hand in den MDS-Bogen ein. Zukünftig soll jedoch laut Aussagen einiger Anwendenden die Papierversion des MDS-Bogens entfallen und nur noch digital vorhanden sein, was bereits in einem deutschsprachigen und allen italienischsprachigen Pflegeheimen mit RAI-NH umgesetzt ist. Das Ausfüllen des 14-seitigen Bogens bei einer Vollerfassung wird von einigen Pflegefachpersonen kritisch kommentiert, wie auch von Personen, die der Administration angehören, welche die Daten ins RAI-NH-System übertragen: *«die Hälfte würde auch reichen und dafür wieder mehr Zeit für den Bewohner haben»* (DE: RAI-NH – Supervisorin; DE: Heimleitung); *«Die Lieblingsbeschäftigung von Bewohnenden gehört doch nicht ins Abrechnungsprogramm»* (DE: Administrationsperson). Hier wird auch deutlich, dass die Erhebung der Daten mit den Bedarfserhebungsinstrumenten primär als eine administrative Aufgabe für die Krankenkassen wahrgenommen wird. Die Pflegeheime, die mit BESA und Plaisir/Plex arbeiten, geben ihre nationalen Qualitätsindikator-Daten in eine extra dafür entwickelte Maske ein: ein Fragenkatalog, in dem die Antworten angeklickt werden können.

Die Übertragung der nationalen Qualitätsindikator-Daten (wie auch allgemein der Assessmentdaten) in die Bedarfserhebungsinstrumente wird nach unseren Beobachtungen in der deutschsprachigen Schweiz zunehmend an Stellen ausserhalb der Wohngruppen ausgelagert. In einem grossen Verbund geschah die Dateneingabe sogar durch eine eigene Abteilung, die zu der ganzen Dokumentation der Bewohnenden Zugang hat, daraus kodiert und bei Bedarf auf den Wohngruppen zurückfragt. Hier entsteht eine Professionalisierung der Datenerfassung und Abspaltung von bewohnendennahen Prozessen, so dass nicht mehr der ganze Prozess der nationalen Qualitätsindikatoren von den Pflege- und Betreuungspersonen durchgeführt wird.

In einem Betrieb konnte beobachtet werden, wie Daten, die nicht ganz übereinstimmen, von der eingebenden Person frei angepasst oder übersetzt werden, um den Fragebogen für die nationalen Qualitätsindikatoren auszufüllen (z. B. Daten der Gewichtsmessung, die nicht in den vom System geforderten Zeitrahmen fallen, Bewertung der Schmerzen auf der NRS Skala, die auf die VRS Skala übersetzt werden) (FR: Pflegekoordinatorin).

In zwei EDoks beobachteten die Erhebungsteams Erleichterungen für Pflege- und Betreuungspersonen durch eine Schnittstelle zwischen der EDok und BESA. Mit dieser wurde die Anzahl Wirkstoffe direkt übernommen. Es entfiel das Zusammenzählen der Wirkstoffe und deren Übertragung. Alle weiteren Daten mussten bei der Übertragung in das Bedarfserhebungsinstrument aus der EDok übernommen werden und dort erneut eingetragen werden. Zeitlich rechneten die Personen, die die Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren in das Bedarfserhebungsinstrument eingaben, mit 10-20 Minuten pro Bewohner:in für die Eingabe.

Ein kritischer Aspekt ist die Finanzierung der Dokumentation der nationalen Qualitätsindikatoren, da alles ausserhalb der Bedarfserhebung nicht finanziert wird: *«ich finde es nach wie vor befremdend gerade in den Pflegeheimen, dass ständig irgendwelche*

Auflagen kommen vom Verband und im Vergleich zu den Spitälern kann ich für Forschung, Weiterbildung und Qualitätsarbeit im Tarif nichts geltend machen. Wir machen alles zusätzlich und kostenlos» (DE: Leitung Pflege). So wünschten sich nahezu alle Interviewten der drei Sprachregionen als Erleichterung Schnittstellen für den Transfer zwischen EDok und Bedarfserhebungsinstrument. Es erstaunt nicht, wenn die Dokumentation der Indikatoren von den Pflegenden negativ betrachtet wird: *«Man tut es, weil man muss.»* (DE: diplomierte Pflegefachfrau). Eine Pflegekoordinatorin äusserte: *«Ich sehe die Qualitätsindikatoren als Arbeit, die Zeit von den Bewohnenden wegnimmt, die Essenz meiner Arbeit. Bessere Qualität der Pflege bedeutet mehr Zeit für die Pflege»* (FR: Pflegekoordinatorin), wobei der Heimleiter bemüht ist zu schulen, dass das Dokumentieren, Ausfüllen von Skalen, Nachverfolgen usw. zur Pflegequalität gehört (FR: Heimleitung). Um trotzdem mehr Zeit für die Bewohnenden zu haben, äussert eine Pflegenden zur Dokumentation der nationalen Qualitätsindikatoren: *«es nimmt mir Zeit von den Bewohnenden weg, deshalb ist es für mich einfacher, es in der Nachtschicht zu machen.»* (IT: Stellvertretende Leitung Pflege).

Für die Pflege- und Betreuungspersonen an der Basis ist der Prozess der nationalen Qualitätsindikatoren mit der Dateneingabe in BESA/ RAI-NH/ Plaisir/Plex abgeschlossen. Das Management erzählte in den Interviews über den nächsten Schritt, dass die Daten durch eine bestimmte Person in ihrem Betrieb – meist um den Jahreswechsel – für das Bedarfserhebungsinstrument freigegeben und via dieses an das BFS weitergeleitet werden. Selten stellt der Betrieb die Daten dem BFS direkt zu. Die freigebende Person im Betrieb ist gemäss unseren Erhebungen auch die, die den jährlichen Benchmarkbericht von BESA QSys AG erhält. Meist ist das die Heimleitung oder Leitung Pflege oder das Qualitätsmanagement.

Rückmeldung zu den Daten und deren Verwendung

Die Interviewten aus Pflegeheimen, die mit RAI-NH oder BESA arbeiten, erhalten im späten Frühjahr einen Benchmarkbericht zugestellt, in dem die betriebseigenen Daten im Vergleich zum nationalen Durchschnitt dargestellt und erläutert werden. Bei etwa der Hälfte der Pflegeheime in der deutschsprachigen Schweiz kam die Kritik, dass der Zeitpunkt ungünstig und zu spät sei, da Jahresziele bereits festgelegt sind und nicht direkt auf Ergebnisse aus dem Bericht reagiert werden kann (DE: Qualitätsmanagement). Jedoch sahen wir Pflegeheime, die die Resultate des Benchmarking aufgriffen und Projekte zur Verbesserung von einzelnen nationalen Qualitätsindikatoren lancierten. Inhaltlich wurde der Bericht unterschiedlich bewertet. Teilweise wurde er als zufriedenstellend und aussagekräftig beschrieben (DE: Leitung Pflege, IT: Heimleitung), einmal wurden die unübersichtlichen Grafiken bemängelt (DE: Qualitätsmanagement). Festgestellt wurde auch, dass bei fehlendem Qualitätsmodul von BESA zwar Qualitätsindikatoren wie Stürze dargestellt werden, allerdings der Betrieb keinen Benchmark in der Grafik hat um sich mit anderen Pflegeheimen zu vergleichen. Sie behelfen sich dann, indem sie eigene, interne Jahresstatistiken aus ihrer EDok heranzogen und die Verantwortlichen eigene Vergleiche anstellten (DE: Qualitätsmanagement). Die Auswertung und Verbreitung der Daten aus dem Benchmarkbericht gestalteten sich je nach Betriebsgrösse unterschiedlich. Sofern ein Betrieb über grössere Ressourcen verfügt, werden interprofessionelle Gremien mit den Daten betraut und diese diskutiert. In kleineren Pflegeheimen bleibt der Benchmarkbericht eventuell nur bei den Empfangenden, oder wird zu zweit im Kader besprochen. Häufig wurden dann Projekte im Bereich Schmerzmanagement und Polymedikation erwähnt, die auf Basis der Daten in die Wege geleitet wurden.

Praxisbeispiel eines Verbunds mit fünf Pflegeheimen der stationären Langzeitpflege mit Heim- und Hausarztssystem

Die Leitung Pflegeentwicklung erhält den Benchmarkbericht von BESA vom Qualitätsmanager weitergeleitet. 2023 erfolgte erstmals der Ablauf, dass sich der Qualitätsmanager, die BESA-Tutoren und der Leistungscontroller BESA mit der Leitung Pflegeentwicklung zu den Ergebnissen des Benchmarkberichts der nationalen Qualitätsindikatoren zusammenkamen und übergeordnete Massnahmen als Empfehlungen erarbeiteten. Die Empfehlungen zu den nationalen Qualitätsindikatoren und weiteren internen pflegerischen Qualitätsindikatoren gehen in einen Qualitätszirkel (Leiter Heimarzt, Leiter Therapien, alle Leitungen Pflege, Leistungscontroller BESA, Qualitätsmanager und Leitung Pflegeentwicklung). Gemeinsam leiteten sie einen Aktionsplan ab: Polymedikation, freiheits- und bewegungseinschränkende Massnahmen und Medikamentenmanagement. Der Leiter Heimarzt, Leiter Therapien und Leitung Pflegeentwicklung bilden den interprofessionellen medizinischen Fachdienst, in dem übergeordnet gearbeitet wird. Die Leitung Pflegeentwicklung beschreibt: *«von der Basis bis Übergeordnet passiert etwas mit den Daten. Früher war es sehr viel Arbeit für die diplomierten Pflegenden mit erweitertem Fachwissen das zu interpretieren und es ist dann letztlich versandet. Jetzt ist herausgekommen, dass es systemtechnische Massnahmen für alle fünf Pflegeheime für die Polymedikation benötigt. Man sieht die Unterschiede, die ein Hausarztssystem und ein Heimarztssystem mit sich bringt... in einem Hausarztssystem interessiert Polymedikation niemanden- in den meisten Fällen, das ist in einem Heimarztssystem viel einfacher. Durch das, dass der Leiter Heimarzt für alle Pflegeheime übergeordnet zuständig ist, sieht er dann, dass es in den Hausarztssystemhäusern anders ist. Und die Leitungen Pflege und Betreuung bekommen dann nicht einfach einen Massnahmenkatalog übergestülpt, sondern sie entscheiden aktiv mit, was überhaupt möglich ist. Denn sie haben ja letztlich die Verantwortung für die Pflege an ihrem Standort.»* (DE: Leitung Pflegeentwicklung)

Die Pflegeheime, die mit Plaisir/Plex arbeiten, erhielten bislang keinen Benchmarkbericht, oder generell keine Rückmeldung zu ihren Daten. Dies kann erklären, dass sich nahezu alle Teilnehmenden dieser Pflegeheime positiv zu einem Benchmarkbericht äusserten und diesen zukünftig wünschten.

Wir erlebten in einigen Pflegeheimen, dass aufgrund des Benchmarkberichts zum nationalen Qualitätsindikator Schmerz Jahresziele dazu erstellt wurden. In einem deutschsprachigen Betrieb wurde eine Pflegenden neu zur Pain-Nurse ausgebildet, die Schulungen übernimmt und die Einführung von Assessmentinstrumenten initiiert, sowie ab 2024 Praxisbegleitungen durchführt.

Im Rahmen der Ergebnisse der Polymedikation im Benchmarkbericht wurde in einem deutschsprachigen Betrieb eine Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung gefunden, indem eine spezielle 20% Stelle geschaffen wurde, die sich ausschliesslich um Polymedikation kümmert. Diese Person überprüft die Medikamentenlisten, verhandelt mit Hausärzt:innen und stellt Pflegenden Listen zur Prüfung der Polymedikation ihrer Bewohnenden und Anpassungsvorschläge zur Verfügung. Ihre Arbeit führte dazu, dass die Polymedikation 15% tiefer liegt als im Schweizer Durchschnitt. Zwei weitere deutschsprachige Schweizer Pflegeheime hatten Projekte, die auch aufgrund der Daten im Benchmarkbericht zustande kamen. Sie wollten alle Hausärzt:innen (geschätzt um die 30) dazu bringen, regelmässig die Medikamentenlisten mit den Pflegenden zu evaluieren. Die Projekte verliefen sich jedoch innerhalb eines Jahres, da nicht alle Hausärzt:innen bereit waren mitzuwirken. Einzelne Hausärzt:innen blieben jedoch bis heute auf Polymedikation sensibilisiert.

Sprache

Wie die Ergebnisse der nationalen Qualitätsindikatoren dokumentiert werden, hängt von mehreren Faktoren ab. Ein wichtiges Element ist die Sprache. In unserer Erhebung in der deutschsprachigen Schweiz wurde mehrfach geäussert, dass die Dokumentation

entscheidend vom Verständnis und Beherrschen der deutschen Sprache abhängt: So zeigt sich ein mangelndes Verständnis der Indikatoren in Folge von mangelndem Sprachverständnis auf allen Berufsstufen (DE: Leitung Pflege, DE: Berufsbildung, DE: diplomierte Pflegefachfrau), weshalb auch viel Zeit zum Dokumentieren aufgrund der Sprachschwierigkeiten benötigt werde (DE: diplomierte Pflegefachfrau; DE: Stellvertretung Wohngruppenleitung). Eine weitere sprachlichen Barriere wurde in allen Pflegeheimen in der italienisch-sprachigen Schweiz festgehalten. Die Anweisungen, Schulungen, oder Kontaktpersonen von BESA QSys AG sprechen oft nur Deutsch und nicht Italienisch.

Zum Thema Sprache gehört nicht nur das Sprachverständnis, sondern auch die *«gemeinsamen Sprache in der Langzeitpflege für die Krankenkasse»* (DE: Leitung Pflege), da die Bedarfserhebung die Basis für die Abrechnung mit den Krankenkassen bildet. Die Erhebung der Daten für die Bedarfserhebungsinstrumente wird so eingeübt, dass sie in einem Audit der Krankenkassen besteht um Leistungskürzungen zu vermeiden. Pflegende lernen, den Pflegeverlauf und die Planung entsprechend den Erwartungen der Krankenkassen zu schreiben, damit kodiert und abgerechnet werden kann, ansonsten werden von der Krankenkasse Leistungen womöglich gestrichen, was letztlich zu einer Reduktion des Stellenplans führt (DE: Leitung Pflege, DE: RAI-NH Kodierung, FR: FaGe in Ausbildung). Es entwickelt sich ein Teufelskreis: aufgrund lückenhafter Dokumentation werden von den Krankenkassen weniger Leistungen vergütet (die Bewohnenden kommen in tiefere Pflegestufen) und der Betrieb erhält weniger Geld. Stellenprozente pro Abteilung werden auf Basis der Leistungsvergütung berechnet. Bei weniger Vergütung werden Stellen gekürzt, was die Arbeit auf weniger Personen verteilt, weshalb die Dokumentation noch mehr leidet. *«Die ganze Dokumentation ist für Externe: Krankenkassen, BAG, ... dem Bewohner bringt das nichts»* (DE: BESA-Tutor). Eine Leitung Pflege erzählte im Interview, dass sie früher lange Jahre im Spital tätig war und die Dokumentation keinen Erwartungen bezüglich Sprachgebrauchs unterworfen war, da die Abrechnung mittels DRG erfolgte. Als sie in die stationäre Langzeitpflege wechselte, war sie über die Gewichtung der Dokumentation erstaunt (DE: Leitung Pflege). Sie und ein Heimleiter (DE) philosophierten, ob eine Art DRG-System, respektive eine Abgeltung für Forschungs-, Qualitäts- und Ausbildungsarbeit in der stationären Langzeitpflege nicht auch möglich wäre?

Ein weiterer Faktor, von dem die Dokumentation ebenso abhängt, ist, wie vertraut der Umgang mit der digitalen, oder IT-Sprache ist (*«Digitale Natives versus Papiergeneration»*, DE: Stellvertretung Wohngruppenleitung). Leitungspersonen von älteren Mitarbeitenden, oder Pflege- und Betreuungspersonen mit fehlender Vertrautheit mit der fortschreitenden Digitalisierung hören dann wiederholt, dass die Beobachtungsphase *«vergessen geht»*, oder *«komme damit nicht klar»*. Die Interviewten lassen sich in solchen Situationen die Pflegetätigkeiten erzählen und schreiben den Verlaufsbericht selbst (DE: Stellvertretung Wohngruppenleitung, DE: Leitung Pflege).

Individuelle Wahrnehmung der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren

In den Interviews wurden die Teilnehmenden nach ihren individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen bzgl. der nationalen Qualitätsindikatoren gefragt. Hieraus entstanden drei Unterthemen: die Einschätzungen der Erfassungen werden unterschiedlich gehandhabt, es liegen unterschiedliche Kenntnisse zu den Indikatoren vor und die Praxistauglichkeit der Indikatoren wird unterschiedlich beurteilt. Die Teilnehmenden formulierten dementsprechend verschiedene Änderungswünsche.

Unterschiedliche Einschätzungen

Die Erfassung der nationalen Qualitätsindikator-Daten wird von den Pflege- und Betreuungspersonen unterschiedlich gehandhabt. Generell trafen wir in allen drei Sprachregionen auf Aussagen, dass die Erhebung der nationalen Qualitätsindikatoren hinsichtlich Schmerz, Depression und Kognition und Lebenserwartung subjektiv sei (IT/ DE: Wohngruppenleitungen, FR: Pflegekoordinatorin). Im Folgenden sind exemplarisch drei Beispiele erläutert.

- Fremdeinschätzung von Schmerzen: Hier gehen die Meinungen bzgl. des Schmerzassessment von Menschen mit Demenz weit auseinander. Zum einen sind sich Pflege- und Betreuungspersonen einig, dass es von der Tagesform, oder auch Tageszeit abhängig ist, ob Menschen mit Demenz Auskunft zu Schmerzen geben können. Andere wiederum sprechen dieser Bewohnendengruppe ab, diese Angabe klar machen zu können und machen somit ausschliesslich eine Fremdeinschätzung der Schmerzen. Diese Einschätzung wird jedoch auch kontrovers diskutiert und in einem Betrieb zeichnet sich eine Änderung ab (DE: RAI-NH Kodierung). Unabhängig von der Kognition gibt es aber auch Stimmen, die meinen, dass eine Selbsteinschätzung überflüssig und die Expertise der Pflege- und Betreuungspersonen genug sei (DE: RAI- Supervisorin).
- Einschätzung der Stimmungslage mittels Depression Rating Scale (DRS): Dieser Wert wird, wie auch die Cognitive Performance Scale (CPS), zur Risikoadjustierung einbezogen. In der Skala wird die Stimmungslage mit verschiedenen Items erfragt. Hier stellen Pflege- und Betreuungspersonen spezifische Items infrage: es ist für sie nicht beurteilbar, ob die Äusserungen zu nicht begründbaren Ängsten, oder zu bedrohlichen Vorahnungen nicht reell sein könnten: «*wer sagt, dass es nicht begründbar ist?*» (FR: Abteilungsleitung). Ausserdem sehen die Pflegenden diese Einschätzung als subjektiv an, da es tagesformabhängig sein kann und auch von den Pflegenden, wer es wie einschätzt.
- Frage nach der Lebenserwartung: Die Frage wird zum Ausschluss von Bewohnenden in Palliative Care und End-of-Life Situationen genutzt für den Qualitätsindikator Mangelernährung, da ein Gewichtsverlust am Lebensende erwartet wird und Bewohnende somit nicht in die Berechnung der nationalen Qualitätsindikatoren aufgenommen werden. Viele Pflege- und Betreuungspersonen trauen sich keine Einschätzung der Lebenserwartung zu. In Interviews und Beobachtungen fallen Sätze wie: «*ich bin doch nicht Gott*» (FR: Bereichsleitung). Oftmals wird diese Fragestellung beantwortet mit: «Lebenserwartung wurde nicht geklärt/nicht erhoben.» Es scheint eine Angst vorzuherrschen, dass etwas passieren könnte, wenn man die Bewohnenden kürzer lebend einschätzt, als es dann tatsächlich der Fall sein sollte. Andererseits gibt es auch Heimärzt:innen, die darauf bestehen, dass die Pflegenden diesen Punkt nicht beantworten, sondern ebenfalls mit «*Lebenserwartung wurde nicht geklärt/nicht erhoben*» angeben. Sie meinen, dass die Beantwortung dieser Frage nicht in den pflegerischen, sondern den ärztlichen Zuständigkeitsbereich falle (DE: RAI-NH-Kodierung).

Kenntnisse zu medizinischen Qualitätsindikatoren

Die Faktenblätter von CURAVIVA werden von den meisten Teilnehmenden als sehr praxistauglich angesehen, andere Stimmen sehen sie als «zu abstrakt» (DE: Pflegeexpertin). Es zeigte sich allerdings auch, dass die Faktenblätter von CURAVIVA zu den nationalen Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen der deutschsprachigen Schweiz und der französischsprachigen Schweiz gänzlich unbekannt sind. Aufgrund des fehlenden Wissens um die Faktenblätter lässt sich somit auch erklären, dass es oft unklar ist, mit welchen Assessmentinstrumenten die Indikatoren zu erheben sind. Vor allem bei der Schmerzerfassung trafen die Erhebungsteams auf 11 verschiedene Assessmentinstrumente und die negativierende Fragestellung: «Gell, sie haben keine Schmerzen?» (DE: diplomierte Pflegefachfrau), die in Tabelle 6 aufgeführt sind.

Tabelle 6: Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung

Selbsteinschätzung	Fremdeinschätzung	Beides
<ul style="list-style-type: none"> - VAS (ca. 20%) - NRS (ca. 70%) - VRS - Negativierende Fragestellung 	<ul style="list-style-type: none"> - VAS - NRS - BESD = PAINad (ca. 60%) - ECPA = BISAD (ca. 20%) - Doloplus - ESAS - Algoplus - OPQRST 	<ul style="list-style-type: none"> - VAS - NRS

Abkürzungen: BESD: Beurteilung von Schmerz bei Demenz, BISAD: Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz, ECPA: Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes, ESAS: Edmonton Symptom Assessment System, NRS: Numeric Rating Scale, OPQRST: Onset - Provocation/ Palliation – Quality – Radiation – Severity - Time, PAINad: Pain Assessment in Advanced Dementia Scale, VAS: Visuelle Analog Skale, VRS: Verbal Rating Scale

Ein Missverständnis zum Indikator Schmerz zeigt sich auch in der Verknüpfung der Entscheidung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung mit dem CPS. Es wird korrekt die Wichtigkeit erkannt, im richtigen Moment zu wechseln und von einer Selbsteinschätzung abzusehen: «Vielleicht befragt das Team demente Bewohnende, dann ist die Einschätzung inkorrekt.» (DE: Wohngruppenleitung). Hingegen ist die Einschätzung, ob Bewohnende in der Lage sind ihre Schmerzen in den letzten sieben Tagen zu benennen unabhängig vom CPS, sondern liegt in der Fachkompetenz der Befragenden.

Qualitätsindikatoren waren gemäss verschiedener Personen kein Thema in der Grundausbildung (DE: FaGe, DE: Berufsbildung), obwohl selbstverständlich die gemessenen Themen (z. B. Schmerz) durchaus unterrichtet werden. Ausserdem war auffällig, dass keine, oder kaum Weiterbildungen in den Pflegeheimen bezüglich nationaler Qualitätsindikatoren angeboten werden: «bisher hat es keine Schulungen zur Datenerhebung und zum Management der nationalen Qualitätsindikatoren gegeben» DE: diplomierte Pflegefachfrau).

Fehlende Kenntnisse sind nicht nur in den Pflegeheimen selber ein Thema, sondern auch in der Öffentlichkeit, wenn es nach der Publikation um das Verstehen der nationalen Daten geht (DE: Qualitätsmanagement). Es wird davon ausgegangen, dass die Daten nicht selbsterklärend sein werden. So wurde in einem Betrieb bereits entgegengewirkt, indem

Infoveranstaltungen mit Angehörigen durchgeführt wurden, damit diese die Bedeutung, Philosophie und Handhabung im Betrieb verstehen.

Praxistauglichkeit

Generell wurden die nationalen Qualitätsindikatoren als praxistauglich eingeschätzt, wenn man die *«Zahlen nicht einfach stehen lasse, sondern etwas damit gemacht werde»* (DE: Leitung Pflegeentwicklung und sämtliche Teilnehmenden vom Management und Diplomierte dieses Betriebs). Es gab jedoch auch Stimmen, die Indikatoren nur auf Bundesebene sinnvoll finden, um einen Vergleich zu haben, jedoch im eigenen Betrieb keinen Nutzen darin sehen (DE: Qualitätsmanagement). Vor allem für die Teilnehmenden der französischsprachigen Schweiz ergeben die nationalen Qualitätsindikatoren keinen Sinn und werden als bürokratischer Ballast betrachtet, der von Leuten ausgedacht wurde, die völlig losgelöst von den Geschehnissen vor Ort sind (FR: Pflegekoordinatorin, Leitung Pflege). Das aufgrund der Tatsache, dass die Pflegeheime der französischsprachigen Schweiz keine Rückmeldung zu ihren Daten, z. B. durch den Benchmarkbericht erhalten. Hingegen ist das *«etwas mit den Zahlen machen»* in vielen Pflegeheimen mit einer Qualitätsentwicklung zum Wohl der Bewohnenden verbunden. Das können Projekte sein, die zum Ziel haben die Polymedikation zu senken, das Wohlbefinden zu steigern, indem das Schmerzmanagement angepasst wird, oder auch die Reduktion bewegungseinschränkender Massnahmen, wobei letztere mit dem Risiko von häufigeren Stürzen in Verbindung gebracht werden. so dass die Pflegeheime hier abwägen und der Autonomie mehr Gewicht geben als dem Risiko eines Sturzes.

Hingegen wurden Vorgaben und Formulierungen rund um die Erhebung der nationalen Qualitätsindikatoren von den Teilnehmenden bemängelt. So ist es gewöhnungsbedürftig, wenn tagein tagaus mit der VAS/NRS-Skala die Schmerzintensität von Bewohnenden erfasst werden, aber während der Beobachtungsphase die VRS-Skala dafür zu nutzen ist. Es führe teilweise dazu, dass die Schmerzerfassung von den Bewohnenden nicht verstanden wird, weshalb Pflegendes angeben, dass sie eine Art *«Übersetzung»* von den Resultaten aus den sonst verwendeten Assessmentinstrumenten zur VRS-Skala vornehmen: *«Wenn er NRS 2 angibt, ist es für mich leichte Schmerzen.»* (DE: Fachverantwortliche Pflege). Ein weiteres Beispiel nicht praxistauglicher Formulierung gibt die Frage zur Häufigkeit von bewegungseinschränkenden Massnahmen in BESA. Weder für Personal mit guten, noch mit eingeschränkten Deutschkenntnissen ist es logisch, dass die *«doppelte Verneinung bei bewegungseinschränkenden Massnahmen bedeutet, dass nie eigentlich immer ist.»* (DE: Leitung Pflegeentwicklung).

Wie bereits oben beschrieben, haben Pflege- und Betreuungspersonen Mühe damit, die Frage nach der Lebenserwartung zu formulieren. Ein Vorschlag dafür war, dass die Frage umformuliert werden und sie folgendermassen lauten könnte: *«Würde es sie erstaunen, wenn der Bewohner in den nächsten sechs Monaten sterben würde?»* (FR: Heimleitung und Leitung Pflege) und damit verbunden der Wunsch nach ja/nein Antwortmöglichkeiten.

Wie auch bereits vorne erwähnt, finden die Teilnehmenden, die den Benchmarkbericht erhalten, den Rückmeldungszeitpunkt zu spät, da das Jahr und die Entwicklung der Jahresziele fortgeschritten ist.

Änderungswünsche

Im Rahmen der Interviews wurden verschiedene Änderungswünsche angesprochen.

- Grösseres Bewusstsein der nationalen Qualitätsindikatoren bei Pflege- und Betreuungspersonen aller Stufen (alle Sprachregionen). Hier wünschten sich die Teilnehmenden, den Einbezug der Basis durch Schulungen um die Sinnhaftigkeit der nationalen Qualitätsindikatoren zu verdeutlichen: «*Assistenzpersonal ist am Bett, sammelt Daten, meldet diese weiter. Dort besteht Handlungsbedarf in Bezug auf Verstehen des Zusammenhangs und Wissen zur Bedeutung der nationalen Qualitätsindikatoren.*» (DE: Abteilungsleitungen).
- Schnittstellen zur Vermeidung der Doppeldokumentation (alle Sprachregionen). So sollten zwischen der EDok und der Bedarfserhebungsinstrumente Schnittstellen Erleichterung bringen, dass hinsichtlich Polymedikation die Wirkstoffe automatisch übernommen werden sollten, oder auch das Gewicht bei der Berechnung der Mangelernährung, wie auch erhobene Assessments zu Schmerzen, Kognition und Depression. Zudem wurde der Wunsch nach mehr Schnittstellen mit Hausärzt:innen, Physiotherapie, Apotheken, Spitälern etc. geäussert, um Einträge und Verordnungen schlanker zu gestalten.
- Direkte Verbindung zum BFS: ein «*standardisiertes Produkt vom Bund, das mit RAI verbunden ist*», wünscht sich eine Heimleitung des Tessins (IT: Heimleitung)
- Direkte Verbindung von EDok zu Bedarfserhebungsinstrumenten: ein Betrieb in der deutschsprachigen Schweiz äussert: «*Verbesserung wäre, wenn alle nationalen Qualitätsindikatoren-Assessments in den Dokumentationsprogrammen fix drin wären und die Systeme es automatisch in BESA/RAI einspeisen würden. Das müsste natürlich schweizweit gleich sein.*» (DE: Leitung Pflegeentwicklung)
- Benchmarking für IQM: Alle Teilnehmenden der französischsprachigen Schweiz mit Plaisir/Plex forderten einen Benchmarkbericht, sei es um sich im Kanton, in der Westschweiz, oder auch national vergleichen zu können und in der Lage zu sein, verbesserungsbedürftige Bereiche zu ermitteln.
- Umformulierung der Items: Ein weiterer Änderungsvorschlag betraf die Umformulierung, respektive einfachere Formulierung gewisser bereits oben beschriebener Fragen in der Maske der nationalen Qualitätsindikatoren z. B. Frage nach Lebenserwartung, oder die der doppelten Verneinung bei den bewegungseinschränkenden Massnahmen. Zudem eine einfache Sprache für Anwendende, die Deutsch nicht als Muttersprache haben.
- Digitalisierung in der stationären Langzeitpflege: dies schlugen diplomierte Pflegefachpersonen, Management und Administrativpersonen in der deutschsprachigen, wie auch der italienischsprachigen Schweiz vor, dass diese Ressource zukünftig mehr genutzt werden muss (IT/ DE: Heimleitungen). «*Alles digitalisierte vereinfacht.*» (IT: diplomierte Pflegefachfrau). Ein übergeordneter Wunsch an CURAVIVA war die Entwicklung einer Strategie zur Digitalisierung in der Langzeitpflege (stationär und Spitex) (DE: Applikationsverantwortliche). Digitale Innovationen, die weniger Zeit mit administrativen Aufgaben seitens Pflegenden am Computer erfordern und dadurch mehr Zeit beim Bewohner ermöglichen (DE: Heimarzt). Auf Ebene der Pflege- und Betreuungspersonen wurden anwenderfreundlichere Anwendungen gewünscht, so dass es «*Spass macht damit zu arbeiten*» (DE: Applikationsverantwortliche). Hiermit war gemeint, dass die EDok farbiger sein könnte (DE: Stellvertretung Leitung Pflege) und ein «*intuitiveres Klicksystem*» ist, so dass nicht lang gesucht werden muss und ein schneller Informationszugang möglich ist (DE: RAI-Supervisorin). Für Pflege- und Betreuungspersonen, die in der deutschen Sprache nicht so versiert sind, wurde der Wunsch nach einer Diktierfunktion geäussert, oder auch die neuartige Unterstützung durch künstliche Intelligenz (KI) (DE: Stellvertretung Wohngruppenleitung).

- Hardware: Pflege- und Betreuungspersonen sollen Handgeräte zum Dokumentieren an Ort und Stelle haben. «*Tablets sind nötig, um die Fehlerquoten zu senken*» (IT: Pflegeexpertin), aber auch dass die Pflege- und Betreuungspersonen im Umgang mit dem Gerät geschult werden sollten, sowie das Sicherstellen der Softwareanbieter, dass ihre Produkte auch auf Handgeräten funktionieren.

Strukturelle Faktoren

Strukturelle Faktoren, die den Prozess der nationalen Qualitätsindikatoren beeinflussen, sind unter anderem die Personalsituation, die Zusammenarbeit mit Heim-/Hausärzt:innen, der Assessmentzeitpunkt sowie die IT und IT Infrastruktur. Alle Faktoren werden nachfolgend näher erläutert.

Personalsituation

Aufgrund des Personalmangels und eine wahrgenommene Zunahme des bürokratischen Aufwands, zu dem auch die nationalen Qualitätsindikatoren gehören, sind Pflege- und Betreuungspersonen damit konfrontiert, grössere Gruppen an Bewohnenden zu pflegen. Somit haben sie weniger Zeit pro Bewohner:in und auch für qualitativ aussagekräftige Assessments: «*Wir haben dafür keine Beziehung mehr zu den Bewohnern. Vor lauter Dokumentieren und Personalmangel, sind wir fast an dem Punkt: warm, satt und sauber- wie früher.*» (DE: Fachverantwortliche Pflege; IT: Pflegeexpertin). Mit dem Einsatz von Temporärpersonal und Aushilfen gestaltet sich die Einschätzung von Bewohnenden während der Beobachtungsphase schwieriger: «*Temporäre Mitarbeitende löschen Feuer, kennen aber die Bewohnenden nicht. Sie können keine Beziehung aufbauen*» (DE: Fachverantwortliche Pflege). Gerade auch das Schmerzassessment mittels Fremdeinschätzung (ECPA) bei Bewohnenden mit Demenz ist für Temporärmitarbeitende herausfordernd, wenn sie diese nicht kennen (DE: Wohngruppenleitung).

Ein stellvertretender Pflegedienstleiter erzählte davon, dass es bei Krankheitsausfällen vorgekommen sei, dass die Beobachtungsphase verlängert werden musste, weil ungenügend dokumentiert war. «*Das war eine Strafe für das ganze Team*» (DE: Stellvertretung Leitung Pflege).

Durch den Personalmangel findet eine Verschiebung der Aufgaben statt. Einerseits eine Delegation zu weniger qualifiziertem Personal, so dass Assistenz- und Hilfspersonen Assessments durchführen: «*wir sind auf Rückmeldung von Pflegehilfen angewiesen, sonst geht vielleicht auch einiges unter*» (DE: diplomierte Pflegefachfrau), «*Assistenten sind die Augen und Ohren auf der Wohngruppe, aber nicht geschult, um nationale Qualitätsindikatoren zu erheben.*» (IT: diplomierte Pflegefachfrau).

Zusammenarbeit mit Ärzt:innen

Ein häufig genanntes Thema im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren, insbesondere der Polymedikation, ist die Erreichbarkeit der Hausärzt:innen. Dabei ging es in den Beispielen weniger um die Datenerhebung, sondern um das Angehen des Themas der Polymedikation.

Je nach Betrieb und Anzahl Bewohnenden, lag die Anzahl Hausärzt:innen, mit denen die Pflege- und Betreuungspersonen zusammenarbeiteten zwischen eins bis über dreissig. Die Herausforderungen bestanden bei der Art der Erreichbarkeit (Telefon, Mail, Fax), der Dauer bis eine Antwort zurückkam und unklaren Zuständigkeiten. Es gab Aussagen, nach denen eine diplomierte Pflegefachfrau einen Hausarzt ihrer langjährigen Bewohnerin noch nie persönlich angetroffen hatte (DE: Fachverantwortliche Pflege). Bezüglich der nationalen Qualitätsindikatoren waren Zuständigkeiten oft unklar, so dass es zu Diskussionen zur

Reduktion von Medikamenten bei Polymedikation kam, wie auch zur Durchführung von vorausschauenden Gesundheitsplanungen.

Die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen wurde typabhängig wahrgenommen. *«Es gibt nicht sooo viele Hausärzte in der Stadt [...]; ich kenne die Hausärzte schon seit Jahren und sie sagen oft: sie wissen das besser, sie sind näher dran; also fragen die Hausärzte uns Diplomierte nach unserer Meinung»* (DE: Stellvertretung Leitung Pflege). Es gibt jedoch auch Negativbeispiele. So hat sich eine Leitung Pflege (DE) nach dem letzten Benchmarkbericht über die nationalen Qualitätsindikatoren mit allen Hausärzten in Verbindung gesetzt mit der Bitte, dass die Ärzt:innen die Medikationslisten überprüfen im Hinblick auf Polymedikation. Worauf ein Arzt zurückschrieb, sie solle mit den *«blöden Fragen»* aufhören, er beantworte ab sofort keine solchen mehr. Die Akzeptanz von Vorschlägen zur Reduktion der Medikation hängt auch von der Kompetenz des Pflegepersonals ab. Je nachdem, wie die Pflege- und Betreuungspersonen von den Hausärzt:innen in Bezug auf Wissen und Kommunikation respektiert werden, sind Änderungsvorschläge bei Polymedikation möglich oder nicht (DE: Leitung Pflege, Heimleitung).

Assessmentzeitpunkt

Eine weitere Herausforderung war der Assessmentzeitpunkt, insbesondere für die Gewichtsmessung. Hier waren zwar Abläufe geplant, die aber nur teilweise umsetzbar waren, wenn z. B. selbständige Bewohnende zur Erhebung des Gewichts nicht anwesend sind und ein zweites Mal hingegangen werden muss. So war z. B. die Pflegeassistentin für das Mitnehmen der Stehwaage und des Blutdruckmessgeräts auf ein Wägelchen und damit auf den Lift angewiesen, der auch jedes Mal Wartezeit erforderte. Oft sind die Morgen mit Terminen und Therapien voll geplant, so dass das Wiegen vergessen geht (DE: Wundexpertin). Ebenfalls ist das Wiegen oft mit Ortswechseln verbunden, da die Rollstuhlwaage in vier deutschsprachigen Schweizer Pflegeheimen auf einer anderen Wohngruppe, oder sogar im Keller steht, oder die Sitzwaage in einem vollgestellten Badezimmer ist, zu der die diplomierte Pflegeperson erst einmal einen Weg für die Bewohnerin mit Rollator bahnen musste (DE: diplomierte Pflegefachfrau).

IT und IT-Infrastruktur

Es zeigte sich, dass die Finanzierung der Module für die Erhebung der nationalen Qualitätsindikator-Daten ein zentraler Punkt der Ungleichheit für die Pflegeheime in der Schweiz darstellt. Nicht alle Pflegeheime in der Schweiz haben Zugang zu den beiden Skalen CPS und DRS. Betroffen sind Pflegeheime, die in BESA das Zusatzmodul zur Qualität nicht erworben haben, welches nur gegen eine Gebühr zur Verfügung gestellt wird.

Andere Probleme, die die Arbeit mit dem PC mit sich bringt, sind häufige Updates, *«teils wöchentlich, man kommt gar nicht mehr hinterher, was schon wieder neu ist»* (DE: Wundexpertin). Die Updates ziehen ein stetig langsamer werdendes System nach sich, oder Systemabstürze, die die Pflege- und Betreuungspersonen teils stundenlang auf die Papierversion angewiesen sein lassen. Das System ist nach Updates anfällig für Fehler und Abstürze (DE: Applikationsverantwortliche). So wurde berichtet, dass einmal eine Übermittlung an BESA problematisch gewesen sei: *«Daten gingen korrekt raus, aber kamen falsch bei BESA an»* (DE: Applikationsverantwortliche).

Auch in der französischsprachigen Schweiz mit dem Anbieter Eros Inc. von Plaisir/Plex sieht man, dass am Ende des Jahres die notwendige neue Version Schwierigkeiten bereitet, dass Passwörter veraltet sind und Uploads der Daten durch neue Prozesse herausfordernd sind (FR: Pflegekoordinatorin).

Die Medizinischen Qualitätsindikatoren im Detail

Grundsätzlich ist die Erhebung der Daten in den Handbüchern der Instrumente geregelt, mit denen die Daten erhoben werden (CURAVIVA, 2018). Nachfolgend wird zu jedem nationalen Qualitätsindikator ein beobachtetes Beispiel aus dem Pflegealltag beschrieben, um dann im Detail von den Teilnehmenden erzählte Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Bewegungseinschränkende Massnahmen

Der Bewohner ist 48 Jahre und hatte vor etwa 15 Jahren einen Autounfall, der ihn körperlich wie geistig beeinträchtigte. Er ist vollständig auf Unterstützung angewiesen. Deshalb zeigt mir die diplomierte Pflegefachfrau seine bewegungseinschränkende Massnahmen. Er hat beidseitig Bettgitter, weil die Eltern das wünschen. Die Pflegenden ist sich nicht sicher, ob der Bewohner so viel Kraft hätte, dass er selbst im Bett an die Bettkante rutschen und dann herausfallen könnte. Tagsüber sitzt er in einem Pflegerollstuhl, der ein Tischchen vorne dran hat. Dieses ist auch auf Wunsch der Eltern, dass etwas darauf abgestellt werden könnte. Gemäss der Pflegefachfrau kann der Bewohner nicht selbständig im Rollstuhl aufstehen. In den beiden Fällen entspricht die Anwendung mehr einem Sicherheitsbedürfnis, respektive ist mit praktischem Nutzen verbunden und dient nicht dazu, jemanden aktiv an der Bewegung zu hindern. Trotzdem ist das Formular zu den bewegungseinschränkenden Massnahmen bei ihm ausgefüllt und wie ich sehe finden 6-monatlich Evaluationen statt. (DE: diplomierte Pflegefachfrau)

Das Beispiel zeigt auf, dass die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen in manchen Situationen nicht tatsächlich bewegungseinschränkend ist, da sich der Bewohnende gar nicht bewegen kann, sondern eine andere Funktion hat, wie das Sicherheitsbedürfnis von Angehörigen zu erhöhen oder Ablagefläche zu bieten. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der erhobenen bewegungseinschränkenden Massnahmen in diese Kategorien fallen.

Eine andere Herausforderung war die Frage, ob geteilte Bettgitter auch als bewegungseinschränkend gelten, wenn nur ein Teil hoch gestellt ist. So hat eine externe Expertin einen Betrieb darauf hingewiesen, dass geteilte Bettgitter nicht codiert werden müssen, wenn ein Bewohner zwischen den Bettgittern hindurch noch selbständig aufstehen kann. Hiernach wurde im Betrieb beschlossen, dass geteilte Bettgitter nicht mehr codiert werden, da es möglich ist aufzustehen, auch wenn beide Seiten hochgestellt sind (DE: Qualitätsmanagement). Hier zeigt sich, dass Definitionen bezüglich halbhohen und geteilten Bettgittern Auslegungssache sind. Das Faktenblatt klärt nur die Anwendung von Bettgittern, die auf der gesamten Länge der Matratze angewendet werden, so dass Bewohnende das Bett nicht selbst verlassen können (CURAVIVA, 2018).

In allen Sprachregionen kam es seit Einführung der nationalen Qualitätsindikatoren 2019 zur Reduktion von bewegungseinschränkenden Massnahmen begleitet von einem höheren Einsatz von technischen Hilfsmitteln zur Bewegungseinschränkung. Der Qualitätsindikator hat in Verbindung mit dem Erwachsenenschutzgesetz dazu geführt, dass weniger fixiert wird und mehr Bodenbetten, Bodenmatten und Bewegungsmelder anstelle von Bettgittern verwendet werden. ZEWI Decken werden nicht mehr angewendet, betont eine Abteilungsleitung (DE), die den Wandel erlebt hat.

Der Indikator hat auch sprachliche Herausforderungen: Wie bereits erwähnt, wurde die komplizierte Formulierung in Form der doppelten Verneinung im BESA-Fragenkatalog in der Erhebungsmaske der nationalen Qualitätsindikatoren bemängelt (DE: Leitung Pflegeentwicklung). In den RAI-NH- Pflegeheimen kommt es zu Verwirrung, da der Titel im MDS-Bogen freiheits- und bewegungseinschränkende Massnahmen erwähnt und der

Unterschied zwischen den beiden den Teilnehmenden oft nicht klar ist und vermengt wird, was die Datenqualität beeinträchtigen könnte. Dies könnte auf dem MDS-Bogen noch besser erläutert werden.

Schmerzen

Bei einem 97-jährigen Bewohner erfolgt eine Schmerzabklärung. Er bräuchte eigentlich ein neues Kniegelenk, lässt es aber in seinem Alter nicht mehr machen. Stattdessen nimmt er ausserhalb des Zimmers einen Rollator und regelmässig Dafalgan. In Reserve hat er Novalgin, was er aber nicht nehmen möchte, da es ihm zu stark erscheint. Die Pflegende fragt ihn mittels NRS-Skala und er gibt eine 6 an. Sie fragt ihn mehrfach, ob er das Novalgin aus der Reserve möchte, was er ablehnt. «Ich wott ja nid klöne, aber guet isches nöd» ist seine Antwort. Sie weist ihn mehrfach darauf hin, dass er sich melden solle, wenn die Schmerzen bei NRS 8 seien. (DE: Assistentin)

Hier zeigt sich eine der Problematiken zum Thema Schmerz. Es gab in mehreren Pflegeheimen Bewohnende, die zwar Schmerzen haben, aber aufgrund von Alter, Prägung und Religion die Meinung haben, dass Schmerzen im Alter dazugehören und sie deshalb nicht klagen wollen. Sie erscheinen damit in der Auswertung, obwohl sie es nicht anders haben möchten. Andererseits gibt es Bewohnende, die sehr hohe Schmerzwerte angeben, ohne dass diese von den Pflegenden auf Basis ihrer Beobachtungen auch so eingeschätzt werden, was sie zu der Aussage bringt: *«ich finde es nicht logisch, zwei Evaluationen zu haben, man sollte als Pflegende selbst aussuchen können (Selbst- oder Fremdeinschätzung), abhängig vom persönlichen Stand, andernfalls fühle ich meine Arbeit infrage gestellte, z. B. Kleinreden von Schmerzen.»* (FR: Stellvertretung Leitung Pflege, DE: Supervisorin). Dem entgegengesetzt ist die Aussage einer Wohngruppenleitung: *es «macht ... mich verrückt, in 15 Jahren Arbeit in Palliativpflege weiss man, dass man darauf vertraut, was der Bewohner sagt»* (FR: Wohngruppenleitung). Wieder andere finden es lästig, beide Einschätzungen zu machen, da eh beide annähernd gleich ausgefüllt werden und es nur bei einem Teil der Bewohnenden Sinn macht zu unterscheiden (FR: Pflegekoordinatorin).

Die Datenqualität ist somit durch Subjektivität, Doppelspurigkeiten und möglichen «Übersetzungsfehlern» aus anderen Schmerzassessments (wie weiter oben beschrieben) geprägt.

Polymedikation

In einem deutschsprachigen Betrieb zeigte eine Wohngruppenleitung dem Mitglied des Erhebungsteams, wie sie die Wirkstoffe erhebt. Sie googelt die Wirkstoffe und sonst zählt sie die Anzahl Medikamente, nicht die Wirkstoffe; sie sagt, dass sie weiss, dass es eine Liste gibt, aber weiss nicht, wo diese abgelegt ist. Eine Stellvertretung Wohngruppenleitung, die zusätzlich Applikationsverantwortliche der EDok ist, gibt an, dass die Wirkstoffe im RAI-Handbuch hinterlegt sind, die dann von Hand ausgezählt werden, und meint, dass in der EDok keine Wirkstoffe hinterlegt sind. Wohingegen die RAI-Koordinatorin der Wohngruppe während dem Interview in der EDok die Liste der Wirkstoffe zeigt. Die Liste ist in der Medikamentenübersicht, man muss etwas weiter nach rechts klicken, dann sieht man alle Wirkstoffe gemäss LTC-ASC-Liste in einer Spalte und kann sie zusammenzählen.

Bei diesem Indikator sahen die Erhebungsteams unterschiedliche Prozesse, wie die Daten erhoben wurden. So konnten Teilnehmenden auf allfällige Hilfsmittel in den EDoks zurückgreifen, wobei das Wissen um Hilfsmittel überhaupt erst vorhanden sein muss, wie das Beispiel zeigt.

Mittlerweile bietet jede EDok eine Möglichkeit, die Anzahl Wirkstoffe pro Medikament gemäss LTC-ASC-Liste (long term care – active substance count) herauszulesen. Dies kann eine zusätzliche Spalte sein bei den Medikamenten, oder es kann via Button in der Medikamentenübersicht ein pdf erstellt werden, auf dem ein Überblick der Medikamente und Anzahl Wirkstoffe zu sehen ist. Es ist jedoch mit Kosten verbunden, die LTC-ASC Liste freizuschalten. Ein weiteres Thema ist, dass die LTC-ASC Liste nicht alle Medikamente enthält (DE: RAI-Koordinatorin). Dennoch wird den Systemen blind vertraut und nicht nachkontrolliert (DE: Leitung Pflegeentwicklung).

Zum Zählen der Wirkstoffe gehören auch die Reservemedikamente, die in der Beobachtungsphase zusätzlich verabreicht wurden. Das geschieht durch das Lesen des Pflegeberichts, wo es allenfalls Filter gibt, um gezielt nach der Verabreichung von Reservemedikamenten zu suchen. Oftmals geht das Zählen der Reservemedikamente vergessen.

Das Erkennen der Polymedikation ist vielfach vorhanden, ebenso der Wunsch nach Änderung, aber oft fühlen sich Pflege- und Betreuungspersonen in der Argumentation gegenüber Ärzt:innen unsicher und stossen nicht immer auf offene Ohren. Andererseits beschrieb ein Hausarzt (DE) aber auch Bewohnende, die auf ihren Medikamenten beharren, dass es ein «*Statussymbol*» ist, viele Medikamente zu haben.

Die Datenqualität kann beeinträchtigt sein durch fehlenden Zugang zur ltc-asc Liste, z. B. aufgrund von Kosten für deren Freischaltung, und durch mögliche Unvollständigkeit der Liste; des Weiteren Unwissen der Anwendenden dass es so eine Liste gibt und wo sie zugänglich ist.

Mangelernährung

Der Fachangestellte Gesundheit stellt eine handelsübliche Standwaage vor der auf der Bettkante sitzenden Bewohnerin auf den dicken Floorteppich und drückt an der Seite den On-Knopf. Die Waage geht nach einem kurzen aufflackern des Displays wieder aus. Er drückt nochmal den Knopf und sagt, dass das bei der Waage normal ist, dass sie immer wieder aus geht. Er gibt der Bewohnerin ihre Sandalen zum reinschlüpfen. Die Anzeige flackert wieder kurz und zeigt dann 0.00, worauf der FaGe der Bewohnerin den Rollator hinschiebt, die Bremsen feststellt und sie sich daran hochziehen kann. Dann zieht er ihr die Sandalen ab. Ehe sie den ersten Fuss auf die Waage stellen kann, ist das Display schon wieder dunkel. Die Dame gerät ins Wanken, als der FaGe ihr sagt, dass sie nochmal mit dem Fuss zurücktreten soll. Wir halten sie beide am Rollator. Der FaGe stellt die Waage vom dicken Floorteppich auf den Parkettboden und meint, vielleicht geht es ja dann besser. Der Dame hilft er wieder in die Sandalen und dann mit dem Rollator, die 5 Schritte weiter nach vorne zu gehen. Sie stellt den Rollator neben der alten Kommode ab und hält sich an ihr fest, während der FaGe die Sandalen wieder abzieht und sie daneben stellt. Die Waage wird einmal mehr angemacht, wobei es einen zweiten, festeren Drücker auf den On-Knopf benötigt, dann ist sie auf 0.00. Die Dame steigt darauf, auf dem Display springen die Zahlen, jedoch wird es nun etwas hektisch, denn die Dame hat die Kommode noch nicht los gelassen- nicht, dass die Zahlen dann nicht stimmen. Sie lässt mit einer kleinen Unsicherheit im Stand los, die Anzeige bleibt auf dem definitiven Gewicht stehen und sie kann sich gleich wieder halten (DE: FaGe).

Aus dem oben beschriebenen Beispiel sieht man, dass «*mal schnell wiegen*» bei älteren, körperlich eingeschränkten Menschen auf einer Standwaage nicht geht. Im Beispiel war eine eingeschränkte Mobilität vorhanden, der Dame musste mehrfach festes Schuhwerk an- und ausgezogen werden, sie hatte ohne Rollator einen unsicheren Stand und die Funktionalität der Waage erschwerte das Vorgehen. Eine technische Herausforderung zeigte sich auch in einem anderen Beispiel, wo der Akku bei der Sitzwaage leer war, jedoch im Stress nicht als das auf der Anzeige in Englisch geschriebene «*Batt. low*» identifiziert wurde. Die FaGe (DE) meinte, die Waage sei kaputt und liess eine Praktikantin auf einer anderen Wohngruppe eine andere Sitzwaage holen.

Eine weitere Herausforderung ist die Verfügbarkeit von Waagen. In einem Betrieb verfügte jede Wohngruppe über eine Sitzwaage, wohingegen in einem anderen Beispiel nur zwei Sitzwaagen für sechs Abteilungen vorhanden waren. Häufig war die Rollstuhlwaage nicht auf der Wohngruppe, wo sie benötigt wurde, was eine erhöhte Wegezeit für einen Wiegevorgang in mehreren Pflegeheimen nach sich zog.

In der französischsprachigen Schweiz zeigte sich, dass das IQM den Eingebenden Probleme bereiten kann, wenn es keine «*Wiegetermine*» nach genau 30/180 Tagen gibt. Dann kann das System die Daten nicht übernehmen. Die Eingebenden «*modifizieren*» dann die Zeiten für das System, damit dieses die Werte übernimmt und der Qualitätsindikator valide erscheint (FR: Pflegekoordinatorin). Bezüglich der Berechnung des Gewichtsverlusts gaben auch diplomierte Pflegefachpersonen (DE) an, dass sie keine eigene Berechnung machen, ob ein Gewichtsverlust von 5-10% vorliegt, sondern einfach schätzen.

Die Sensibilisierung für das Thema Mangelernährung bei den Ärzt:innen wurde den Erhebungsteams mehrfach positiv geschildert. Jedoch sahen die Pflegenden die Kontroverse, dass zwar bei einem Gewichtsverlust schnell ein Rezept für ein proteinhaltiges Nahrungsergänzungsmittel ausgestellt wurde, jedoch keine differenzierte Abklärung stattfand, was für ein Mangel vorliege. Die Problematik hierbei schilderten Pflegenden, wie auch teilweise das Management, dass die Eiweissdrinks grosser Firmen zwar schnell verschrieben werden, aber dass die Bewohnenden die verschiedensten Geschmacksvarianten einfach nicht gern

haben und sie somit kaum längerfristig zur Anwendung kommen. Das Proteinpulver hingegen, das die Küche oft in Suppen, Joghurts oder andere weiche Nahrungsmittel mischte, oder den Pflegenden dafür zur Verfügung stellte, zwar von den Bewohnenden toleriert wurde, die Büchsen allerdings nicht von den Krankenkassen finanziert werden und die Kosten somit zu Lasten der Pflegeheime gehen (DE: Leitungen Pflege). Positiv bewertet wurde hingegen in einigen Pflegeheimen die gute Zusammenarbeit zwischen Servicepersonal (DE: diplomierte Pflegefachfrauen, Leitung Pflege, FR: Küchenchef), oder auch Zivis (DE: diplomierte Pflegefachfrau), dass veränderte Essgewohnheiten gleich den Pflege- und Betreuungspersonen rückgemeldet werden.

Bezüglich der Datenqualität zeigte sich, dass diplomierte Pflegefachpersonen aller Sprachregionen keine Berechnung des Gewichtsverlusts machen, sondern einfach schätzen und das Angaben fehlen, wie damit umgegangen werden soll, wenn ein Gewicht nicht genau vor 30 oder 180 Tagen vorliegt.

Zukünftige nationale Qualitätsindikatoren

Mit der geplanten Erweiterung der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren für Pflegeheime werden drei neue Messthemen vorgeschlagen: Dekubitus, gesundheitliche Vorausplanung und Medikationsreview. Wie für die bestehenden Qualitätsindikatoren wird die Messung auch hier so aufgestellt, dass sie in die bestehenden Bedarfserhebungsinstrumente und in die Bewohnerdokumentation integriert werden kann (Zúñiga & Osinska, 2021).

Die Erhebungsteams befragte die Teilnehmenden dementsprechend nach den drei neuen Messthemen. Die Reaktionen darauf reichten von Angst vor neuen Indikatoren, da es bei all der Arbeit, die sie haben, «*unmöglich*» zu sein scheint noch mehr zu erheben (FR: Pflegekoordinatorin), über «*spannend*» (DE: Leitung Pflegeentwicklung), bis hin zu «*das wurde auch Zeit*» hinsichtlich Dekubitus (DE: Abteilungsleitung; FR: Wohngruppenleitung). In Interviews und Beobachtungen wurde den Erhebungsteams berichtet und gezeigt, was bereits gemessen wird, wie es erhoben (Screening, Wundprotokoll) und an andere Stellen rapportiert wird (Kantone, Qualivista für Audits).

Für die Einführung neuer nationalen Qualitätsindikatoren wurde der Wunsch nach partizipativer Entwicklung der Indikatoren geäußert (FR: Abteilungsleitung). Wie bereits in einem anderen Teilprojekt von NIP-Q-UPGRADE soll jeweils ein Experten-Gremium pro Sprachregion Feedback geben und Ideen einbringen. Ein weiterer Wunsch bezüglich Umsetzung war, dass interprofessionell informiert und geschult werden sollte und auch Ärzt:innen und Apotheker:innen einbezogen sind, vor allem bei den Themen Medikationsreview und gesundheitliche Vorausplanung (DE: Pflegeexpertin, IT: Leitung Pflege).

Bezüglich Dekubitus zeigte sich, dass diese jetzt schon in allen Pflegeheimen zumindest im Wundprotokoll erfasst werden. Teilweise wird darüber Statistik geführt, wobei nach intern und extern erworbenen Dekubitus unterschieden wird. Die Erhebungsteams hörte immer wieder, dass man hier im Betrieb sehr gut sei und eine niedrige Prävalenz habe (DE: Leitung Pflege, FR: Leitung Pflege). Zwei Kantone (Tessin, Graubünden), in denen Pflegeheime an unserer Studie teilnahmen, erheben bereits Zahlen zu Dekubitus von Pflegeheimen.

Bezüglich gesundheitlicher Vorausplanung trafen die Erhebungsteams auf grosse Unterschiede in der Praxis, wie diese aktuell umgesetzt wird. Beinahe alle Pflegeheime unserer Studie gaben zwar an, ein Palliative Care Konzept zu haben und danach zu handeln, wohingegen das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung kaum bekannt war. Die Umsetzung von Teilaspekten hierzu reichte von (fehlenden) Patient:innenverfügungen, über das Vorhandensein von medikamentösen Notfallverordnungen bis zu einem kompletten Paket, das zu den beiden genannten Punkten noch regelmässige Gespräche und Evaluationen mit Ärzt:innen, diplomierten Pflegefachpersonen, Bewohnenden und Angehörigen beinhaltet. Gesundheitliche Vorausplanung und Patient:innenverfügungen

werden in allen Tessiner Pflegeheimen empfohlen. Die Daten besagen, dass Daten zur gesundheitlichen Vorausplanung gesammelt werden und die Mehrheit der Bewohnenden über Patient:innenverfügungen verfügt. Ein grundlegender Punkt ist die Frage, wer für die gesundheitliche Vorausplanung verantwortlich sein sollte. Hier kommen die Hausärzt:innen ins Spiel. In der französischsprachigen Schweiz ist die gesundheitliche Vorausplanung in Pflegeheimen generell wenig bekannt. Auf die Frage nach dem Konzept setzten viele Befragte es mit einer Patientenverfügung gleich. Andere wussten zwar, was gesundheitliche Vorausplanung ist, aber keine der teilnehmenden Einrichtungen hat es umgesetzt. Einige Kantone, wie z. B. der Kanton Waadt, entwickeln derzeit Strategien zur Förderung von gesundheitlicher Vorausplanung in der Langzeitpflege. Zu den Hindernissen bei der Umsetzung davon gehören die Länge der derzeitigen Schulung um Gespräche zur gesundheitlichen Vorausplanung zu führen (vier Tage) und die Unklarheit darüber, wer die Bemühungen zur Anpassung und Förderung von gesundheitlicher Vorausplanung in den Pflegeheimen finanzieren soll. Die Teilnehmenden wurden auch zu dem vorgeschlagenen Indikator für die Durchführung von Standortgesprächen befragt, der allgemein als schwer verständlich empfunden wurde (z. B. ob eine Diskussion über die Werte der Bewohnenden stattgefunden hat) und zu Missverständnissen und damit zu falschen Daten führen könnte.

Hinsichtlich Medikationsreview fanden die Erhebungsteams ebenfalls grosse Unterschiede in den teilnehmenden Pflegeheimen. Es herrscht Verwirrung darüber, was ein Medikationsreview beinhaltet. Für einige ist der Medikationsreview gleichzusetzen mit einem jährlichen oder halbjährlichen Gespräch mit einem Apotheker, der allgemeine Ratschläge zur Medikation erteilt. Andere haben Erfahrungen mit umfassenderen Medikationsüberprüfungen gemacht, bei denen Apotheker die Medikation einzelner Bewohner analysieren und Empfehlungen für das Fachpersonal auf der Abteilung formulieren, um sie an die individuellen Bedürfnisse anzupassen. Viele Interviewte und Beobachtete verstehen aber unter Medikationsreview auch, dass Ärzt:innen und diplomierte Pflegefachpersonen bestenfalls gemeinsam (FR: Tagesverantwortliche), sonst per Mail (DE: diplomierte Pflegefachfrau), die Medikamentenliste durchgehen und evaluieren, ob und welche Medikamente noch zwingend sind, oder ob eine Dosierung reduziert werden könnte. Wobei es nicht nur darum geht, die Verordnungen anzuschauen, sondern auch mit Ärzt:innen, Apotheker:innen und diplomierten Pflegefachpersonen eine Art Fallbesprechung zu machen. Aus der Sicht einer Apothekerin wäre eine gemeinsame Visite mit Ärzt:innen sinnvoll, jedoch müsste die Kostenfrage geklärt sein. Pflege- und Betreuungspersonen äusserten sich hingegen oft zurückhaltend, falls die Überprüfung der Medikation in Zusammenarbeit mit Ärzt:innen passieren soll, da sich diese sonst bereits herausfordernd gestaltet (DE: Leitung Pflegeentwicklung). Ein positives Beispiel zeigte sich in der französischsprachigen Schweiz, wo es bereits seit zwei Jahren die Möglichkeit gibt, dass 5-10% der Bewohnenden pro Betrieb von Apotheker:innen und Ärzt:innen evaluiert werden. Das dadurch gewonnene Wissen wurde auf andere Bewohnende übertragen, auch wenn dieses nicht evaluiert wurden.

Beispiel: Überprüfung der Medikation in einem Betrieb der französischsprachigen Schweiz

Die Apotheke beteiligte sich am zweiten Pilotprojekt mit Unisanté (Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und Public Health in Lausanne) zur Medikationsanalyse (d. h. Medikationsüberprüfung) (acht teilnehmende Apotheken): Überprüfung der Medikation eines Bewohners, wobei der Bewohner im Mittelpunkt der Analyse steht. Der Betrieb und die Apotheke wählten einen Prozentsatz «*interessanter*» Bewohnender aus und arbeiteten drei Wochen bis einen Monat lang an ihren Fällen (anfangs dauerte die Analyse der Medikation vier Stunden pro Bewohner:in, jetzt sind es zwischen eineinhalb und zwei Stunden, da sie schnell erkennen, was genauer untersucht werden muss; neuer Zugang zu klinischen Daten wie Diagnosen, Lebenszielen und Laborergebnissen der letzten sechs Monate, um die Überprüfung durchzuführen); dann führte die Apothekerin eine Präsentation mit Ärzt:innen und diplomierten Pflegefachpersonen durch, in der sie ihre Verbesserungsvorschläge (drei bis

fünf Punkte) darlegte. In den folgenden vier Monaten wurden die ausgewählten Empfehlungen umgesetzt, dann wurde ein neuer Qualitätszirkel abgehalten, um die Ergebnisse zu überprüfen.

Ein Brainstorming rund um das Pilotprojekt brachte viele Verbesserungen und Reflexionen, so dass der Kanton beschloss, das Projekt ab 2022 unverbindlich für alle Pflegeheime der stationären Langzeitpflege zu öffnen. Die Medikamentenanalyse oder -überprüfung wird somit für 10 % der Bewohnenden in den teilnehmenden Pflegeheimen durchgeführt; fast alle Pflegeheime stimmten der Teilnahme zu, wobei eine erste Medikamentenüberprüfung Mitte des Jahres stattfand und Ende des Jahres abgeschlossen wurde; wird wahrscheinlich obligatorisch werden (FR: Apothekerin)

In den vier Kantonen der französischsprachigen Schweiz ist die Mundgesundheit ein zusätzlicher Qualitätsindikator. Hier wird beim Eintritt ein Mundstatus erhoben. Entweder kommt dann ein/e Zahnarzt:ärztin in den Betrieb, oder die Pflege-/ Betreuungspersonen machen für die Bewohnenden einen Termin in der Praxis (FR: Tagesverantwortliche). Die orale Gesundheit wurde in den anderen beiden Sprachregionen als Wunsch für einen neuen nationalen Qualitätsindikator geäußert (DE: Heimleitung; IT: Leitung Pflege).

Wenn die Studienteilnehmenden nach ihren Wünschen für neue nationale Qualitätsindikatoren gefragt wurden, gaben sie die in Tabelle 5 aufgeführten an.

Tabelle 7: Wünsche bezüglich neuer Themen für nationale Qualitätsindikatoren

Wünsche zu neuen nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren der Teilnehmenden	Erfassung von Betreuungsleistungen (DE: RAI Supervisorin; Qualitätsmanagement; Leitung Pflege; Pflegeexpertin)
	Lebensqualität (FR: Leitung Pflege; FaGe Lernende)
	Zufriedenheit mit Essen (DE: Leitung Pflege)
	nicht nur Mangel-, sondern auch Überernährung (DE: FaGe)
	Stürze (FR: Stellvertretung Leitung Pflege; FR/ DE: Wohngruppenleitung, DE: Pflegeexpertin, Leitung Pflege)
	Aggressionsereignisse (DE: Leitung Pflege, Heimleitung, Qualitätsmanagement)

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ziel dieser Studie war herauszufinden, wie sich die Erhebung der nationalen Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen gestaltet und welche Faktoren die Datenqualität der Indikatoren beeinflussen. Als Kontextanalyse bildet sie die Basis für die weiteren Schritte im Arbeitspaket 1 von NIP-Q-UPGRADE und die Erkenntnisse werden für die Entwicklung und Umsetzung eines Programms zur Verbesserung der Datenqualität genutzt. Die Studie konnte wie geplant umgesetzt werden.

Es zeigten sich unterschiedliche Prozesse der Erhebung, je nachdem mit welcher EDok und welchem Bedarfserhebungsinstrument die Indikatoren erfasst werden. Es wurde damit deutlich, dass Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität die unterschiedlichen Kombinationen berücksichtigen müssen. Ebenso zeigten sich Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen auf die Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren, angefangen bei der Einstellung des Personals gegenüber den Indikatoren, zu vorhandenem Wissen und verfügbarem Personal für die Erhebung und Verarbeitung, zur Infrastruktur bezüglich IT und Schnittstellenproblemen, unklaren Prozessabläufen, hin zu spezifischen Fragestellungen pro Indikatoren und Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Das Angehen der Datenqualität erfordert daher das Adressieren von verschiedenen Zielgruppen und kann nicht auf die Ebene der Pflegeheime reduziert werden. Gleichzeitig wurde damit deutlich, dass das Programm von verschiedenen Faktoren abhängig ist, die nicht alle in seinem Einflussbereich sind, wie z. B. Herausforderungen im IT-Bereich oder bei der Finanzierung von Tätigkeiten im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren.

Auf Basis der Resultate sprechen wir Empfehlungen in 5 Handlungsfeldern aus. Dabei greifen wir sowohl Punkte auf, die für die Verbesserung der Datenqualität wichtig sind wie auch Punkte, die Hinweise geben zur datenbasierten Qualitätsentwicklung (Arbeitspaket 2) und gezieltem Verbessern der Messthemen. Wir beziehen uns sowohl auf die aktuell gemessenen wie neuen Messthemen. Wir zeigen hier einen Überblick, die detaillierten Empfehlungen mit Priorisierung, Zielgruppe, Begründung und Verbindung zum NIP-Q-UPGRADE finden sich im Appendix A.

A. Handlungsfeld Programm zu Verbesserung der Datenqualität: Wir empfehlen die Entwicklung eines Programms zur Verbesserung der Datenqualität, wie dies bereits fürs Arbeitspaket 1 von NIP-Q-UPGRADE geplant ist. Darin soll ein Umsetzungsplan entwickelt werden, der die nationalen Qualitätsindikatoren bei allen Akteur:innen bekannt macht, Schulungsmaterialien und -instrumente entwickelt, Pflegeheime bei der Überwachung der Datenqualität unterstützt und konkrete Punkte angeht, welche die Datenqualität pro Indikatoren beeinträchtigen. Ebenso sollen die Faktenblätter CURAVIVA aktualisiert, resp. für die neuen Messthemen entwickelt werden.

B. Handlungsfeld Bildung und Forschung: Wir empfehlen zu prüfen, inwiefern die nationalen Qualitätsindikatoren in bestehende Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller involvierten Berufsgruppen in allen drei Sprachregionen integriert werden können. Insbesondere soll die Rolle der Assistenzpersonen geklärt und diese entsprechend geschult werden. Wir empfehlen in Zukunft die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Messthemen anzudenken und eine Untersuchung der Bedeutung der Art der Medikamentenabgabe für die Polymedikation.

C. Handlungsfeld Infrastruktur und Prozesse zu den medizinischen Qualitätsindikatoren: Wir empfehlen die Festlegung einer nationalen Anlaufstelle für Fragen rund um die nationalen Qualitätsindikatoren. Wir empfehlen so bald als möglich allen Pflegeheimen einen freien Zugang zu den Skalen CPS und DRS zu ermöglichen. Ebenso soll der Zugang zu nationalen Live-Daten auf einem Dashboard entwickelt werden und grundsätzlich dafür gesorgt werden, dass die Pflegeheime, die mit Plaisir/Plex arbeiten, rasch

Zugang zu ihren Daten haben. Bedarfserhebungsinstrumente und BAG sollen klären, wie rasch ihre entsprechenden Benchmarkberichte zugänglich sein sollten. Pflegeheime sollen überprüfen, ob es verfügbare IT-Lösungen gibt, welche die Datenerfassung erleichtern.

D. Handlungsfeld Software und Interoperabilität: Wir empfehlen den Ausbau von Schnittstellen zwischen Bedarfserhebungsinstrumenten und EDok, sowie die Erhöhung der Lesbarkeit und Verständlichkeit der Assessmentfragen. Wir empfehlen die Zertifizierung von Softwareanbietern zu prüfen, die die nationalen Qualitätsindikatoren in ihre Software integriert haben. Wir empfehlen den Softwareanbietern, den Einsatz von künstlicher Intelligenz zu prüfen.

E. Handlungsfeld Qualitätsentwicklung: Im Programm zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung, das im Arbeitspaket 2 von NIP-Q-UPGRADE entwickelt wird, sollen best practice Beispiele aufgezeigt, der Zugang zu den eigenen Daten ermöglicht und die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden, insbesondere hinsichtlich des Einbezugs von Hausärzt:innen in den Bereichen Polymedikation, Medikationsreview und gesundheitliche Vorausplanung. Wir empfehlen aufzuzeigen, wie die nationalen Qualitätsindikatoren in Qualitätsverbesserungsmassnahmen von Behörden und Zertifizierungsstellen integriert werden können. Wir empfehlen auch, Finanzierungsfragen zu klären in Bezug auf die Datenerhebung und die Durchführung von interprofessionellen Medikationsreviews.

Referenzen

- **Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheitsversorgung (2021).** Bearbeitungsreglement – gültig ab 11.11.2021 Daten der Leistungserbringer nach Art. 59a KVG do-d-14.04-KVG59a (1).pdf).
- **CURAVIVA (2018).** Medizinische Qualitätsindikatoren. Heruntergeladen am 11.05.2023 von Medizinische Qualitätsindikatoren - Fachwissen - Medizinische Qualitätsindikatoren (CURAVIVA.ch).
- **Kästner, L., Van Grootven, B. & Zúñiga, F. (2023).** Kantonale Qualitätsprogramme in Schweizer Pflegeheimen – Resultate Umfrage Kantone. Schlussbericht zu Händen von ARTISET Branchenverband CURAVIVA und senesuisse im Rahmen des Nationalen Implementierungsprogramms – Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen 2022-2026 (NIP-Q-UPGRADE) im Auftrag der eidgenössischen Qualitätskommission, Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel.
- **Staudacher, Sandra, and Eva Soom Ammann. 2023.** "Rapid Ethnography: Gesundheitssysteme handlungsorientiert, akteurszentriert und partizipativ verstehen" QuPuG Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft 10 (2):6-13.
- **Vindrola-Padros, Cecilia, and Bruno Vindrola-Padros. 2017.** "Quick and dirty? A systematic review of the use of rapid ethnographies in healthcare organisation and delivery." BMJ Quality & Safety 27 (4):321-30. doi: 10.1136/bmjqs-2017-007226.
- **Vindrola-Padros, Cecilia, Georgia Chisnall, Natalia Polanco, and Norha V. San Juan (2022).** "Iterative Cycles in Qualitative Research: Introducing the RREAL Sheet as an Innovative Process." OSF Preprints. June 25. doi:10.31219/osf.io/9dp2w.
- **Zúñiga, F., Osinska, M. (2021).** Schnittstellenkonzept zu den neu vorgeschlagenen medizinischen Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege. Heruntergeladen am 06.12.2023 von Schnittstellenkonzept medizinische Qualitätsindikatoren Pflegeheime der stationären Langzeitpflege, Version 1.3 | Publikation | Bundesamt für Statistik (admin.ch).

Anhang 1: DETAILLIERTE EMPFEHLUNGEN

A. Handlungsfeld Programm zur Verbesserung der Datenqualität

	Empfehlung	Priorität im Programm	Zielgruppe der Empfehlung	Begründung	Verbindung innerhalb NIP-Q-UPGRADE
A-1	Wir empfehlen, ein Programm zur Verbesserung der Datenqualität für die aktuellen nationalen Qualitätsindikatoren zu entwickeln, das auf Veränderungen in Betrieben der stationären Langzeitpflege, bei Softwareanbietern und Bundesbehörden abzielt	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Bei allen Messungen der sechs Indikatoren wurden Probleme mit der Datenqualität festgestellt, die mit verschiedenen Massnahmen angegangen werden können.	Teilprojekt 1.7
A-1a	Es soll ein Umsetzungsplan entwickelt und in das Programm zur Verbesserung der Datenqualität eingebettet werden (1), um sicherzustellen, dass Inhalt, Zweck, Ziel, Verfahren und Prozess im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren allen beteiligten Akteuren bekannt sind	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Ein besseres Verständnis der Hintergründe kann die Akzeptanz and Qualität der Datenerhebung der nationalen Qualitätsindikatoren fördern.	Teilprojekt 1.7
A-1b	Der Umsetzungsplan soll Strategien zur Änderung der Wahrnehmung und Einstellung des Personals der Pflegeheime gegenüber nationaler Qualitätsindikatoren enthalten, damit die Verwendung der Indikatoren als klinisch wertvoll angesehen wird.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Die Datenerhebung für die nationalen Qualitätsindikatoren wird primär als administrativer Aufwand verstanden. Die Bedeutung für die Versorgungsqualität und Qualitätsentwicklung wird nicht gesehen (S. 12).	Teilprojekt 1.7

A-1c	Der Umsetzungsplan sollte sicherstellen, dass die Mitarbeitenden der Pflegeheime Zugang zu Schulungsmaterialien oder -instrumenten haben, um ihr Bewusstsein, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten im Zusammenhang mit der Bewertung und Erfassung von Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren zu verbessern. Die Materialien sollten in drei Landessprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch) auf Anfrage zugänglich sein und mehrere Formate umfassen, um den unterschiedlichen Lernbedürfnissen des Personals in der Langzeitpflege gerecht zu werden (Sprachkenntnisse, digitale Fähigkeiten usw.)	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Es braucht einen breiten Zugang zu Informationen, damit verschiedene Berufsgruppen rasch erreicht werden können und die Pflegeheime Unterstützung erleben im Vermitteln der zentralen Inhalte zu den Indikatoren.	Teilprojekt 1.7
A-2	Das Programm zur Verbesserung der Datenqualität sollte Möglichkeiten zur Unterstützung der Einrichtungen bei der Festlegung interner Qualitätsstandards für ihre Datenqualität und bei der Ermittlung von Strategien zur Überwachung der Qualität (einschließlich des Zeitplans für die Beobachtungsphasen und Eingabe der Daten) untersuchen. Dazu können auch Hinweise gehören, wie in Zeiten von Personalengpässen und hohem Anteil von Temporärmitarbeitenden die Datenerhebung durchgeführt werden kann.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Mit der Personalfuktuation und verschiedenen Berufsgruppen braucht es konstantes Dranbleiben, um die Datenqualität zu erhalten (S. 18).	Teilprojekt 1.7
A-3	Das Programm zur Verbesserung der Datenqualität adressiert konkrete Faktoren pro nationalem Qualitätsindikator, die gemäss der vorliegenden Studie die Datenqualität beeinträchtigen.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Bei jedem nationalen Qualitätsindikator wurde Faktoren identifiziert, deren Angehen die Datenqualität verbessern kann.	Teilprojekt 1.7
A-3a	Das Programm soll die weitere Umsetzung der automatischen Zählung von Wirkstoffen zur Bewertung der Polymedikation unterstützen. Der entsprechende Algorithmus soll national einheitlich umgesetzt werden.	Hoch	EDok Anbieter NIP-Q-UPGRADE-Team	Die Automatisierung der Zählung erlaubt valide und vergleichbare Daten zu erhalten.	Teilprojekt e 1.5 / 1.7

A-3b	Das Programm soll prüfen, wie für die Selbsteinschätzung der Schmerzintensität für Bewohnende eine Umrechnungstabelle von VRS zu NRS/VAS eingeführt werden kann und wie die wissenschaftliche Evidenz dafür ist. Die Umrechnung soll national einheitlich gehandhabt werden.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Im Alltag werden die NRS und VAS zur Messung der Schmerzintensität deutlich häufiger verwendet als die VRS (S. 16). Eine Umrechnung würde erlauben, mit der den Bewohnenden vertrauten Skala den Schmerz zu erheben (S. 16).	Teilprojekte 1.5 / 1.7
A-3c	Das Programm soll das Bewusstsein und das Wissen über die geeignete Auswahl eines Instrumentes zur Fremdeinschätzung der Schmerzintensität erhöhen unter Berücksichtigung der Kompetenzen im Pflege- und Betreuungsteam.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Es zeigen sich hier Wissenslücken beim Personal aller Stufen zur Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Schmerzintensität.	Teilprojekt 1.7
A-3d	Das Programm sollte untersuchen, ob es sinnvoll ist, die Bewertung der Lebenserwartung durch die Überraschungsfrage zu ersetzen	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Es zeigt sich, dass die Pflege- und Betreuungspersonen Zurückhaltung üben, diese Frage zu beantworten und oft «nicht geklärt» ankreuzen (S. 15).	Teilprojekte 1.5 / 1.7
A-3e	Wir empfehlen einen Algorithmus einzuführen in den Softwares, die die Berechnung des Gewichtsverlusts vereinfachen. Der entsprechende Algorithmus soll national einheitlich umgesetzt werden.	Mittel	EDok Anbieter NIP-Q-UPGRADE-Team	Es zeigen sich unterschiedliche Berechnungsweisen und dass Pflegenden eher schätzen als berechnen (S. 22). Ein einheitlicher Algorithmus erlaubt valide und vergleichbare Daten zu erhalten.	Teilprojekte 1.5 / 1.7

A-3f	Das Programm sollte Strategien entwickeln, um das Wissen des Personals der Einrichtung über die Definition von bewegungseinschränkenden Massnahmen zu verbessern. Dazu gehört auch die Klärung der Rolle von Bettgittern.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Ein klares Verständnis der Messung erhöht die Messgenauigkeit.	Teilprojekt 1.7
A-4	Wir empfehlen, die Faktenblätter von CURAVIVA zu aktualisieren, resp. neue Faktenblätter für die neuen Messthemen zu entwickeln. Die Faktenblätter sollen die national einheitlichen Algorithmen aufgreifen und erläutern.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Die Faktenblätter vermitteln kompakt das notwendig Wissen zu den nationalen Qualitätsindikatoren.	Teilprojekte e 1.7 / 3.4
A-4a	Wir empfehlen, dass alle Faktenblätter von CURAVIVA zu den nationalen Qualitätsindikatoren auf Basis der Erkenntnisse aus dieser Studie einem Update unterzogen werden.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Es zeigten sich in den Beobachtungen und Gesprächen verschiedene Punkte, die in den Faktenblätter noch nicht aufgegriffen sind oder noch deutlicher erklärt werden könnten (S. 20)	Teilprojekt 1.7
A-4b	Wir empfehlen, dass für die neuen Messthemen Faktenblätter analog den bisherigen erstellt werden.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Mit den Faktenblättern sind alle Informationen zu den neuen Messthemen an einem Ort zusammengefasst. Es zeigen sich sowohl im Bereich ACP wie im Bereich Medikationsreview Unsicherheiten, was darunter zu verstehen ist (S. 23).	Teilprojekt 3.4

B. Handlungsfeld Bildung und Forschung

	Empfehlung	Priorität im Programm	Zielgruppe der Empfehlung	Begründung	Verbindung innerhalb NIP-Q-UPGRADE
B-1	Wir empfehlen, dass Bildungseinrichtungen untersuchen, wie nationale Qualitätsindikatoren (vertieft) in den Lehrplan von Gesundheitsfachpersonen (z. B. Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Apotheker:innen) und Programmen zu Management im Gesundheitswesen aufgenommen oder integriert werden können. Diese Empfehlung könnte eine erste Bestandesaufnahme der vorhandenen Ausbildungsprogramme beinhalten.	Mittel	Bildungseinrichtungen NIP-Q-UPGRADE-Team	Ein früher Kontakt zu Qualitätsindikatoren und deren Nutzen im Gesundheitswesen kann das Verständnis fördern im Umgang damit. Es gibt kaum Mitarbeitende, die während der Ausbildung Inhalte zu Qualitätsindikatoren in der Langzeitpflege vermittelt erhielten (S. 16)	Teilprojekte 1.7 /2.4
B-2	Wir empfehlen, dass Berufs- und Bildungseinrichtungen prüfen, wie spezifische Schulungen für Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Apotheker:innen sowie Heimleitungen/Leitungen Pflege im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsprogrammen zu den Themen Qualität in der stationären Langzeitpflege und die Rolle der nationalen Qualitätsindikatoren organisiert werden können. Diese Empfehlung könnte eine erste Bestandesaufnahme der vorhandenen Fort- und Weiterbildungsprogramme umfassen.	Mittel	Fort- und Weiterbildungsprogramme NIP-Q-UPGRADE-Team	Die Integration der nationalen Qualitätsindikatoren in laufende Fort- und Weiterbildungen stärkt deren Umsetzung.	Teilprojekte 1.7 / 2.4
B-3	Wir empfehlen, die Rolle von Assistenz- und Hilfspersonen bei der Bewertung und Erfassung von Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren zu	Mittel	Leistungserbringerverbände	Die Assistenzpersonen sind am nächsten bei Bewohnenden und sind oft	Teilprojekte 1.7 /2.4

	untersuchen. Dies würde unter anderem die Klärung rechtlicher Aspekte, die Definition und Bewertung der Kompetenzen des derzeitigen Personals, die Untersuchung möglicher Änderungen im Lehrplan für Assistenzpersonen und die Untersuchung potenzieller Risiken umfassen. Dies kann Führungspersonen in Pflegeheimen der stationären Langzeitpflege bei der Entscheidung bezüglich Einsatz unterstützen.			diejenigen, die die Daten erheben (S. 17). Wenn Assistenzpersonen Daten direkt eingeben können, werden Doppeldokumentationen und Datenverlust bei der mündlichen Weitergabe minimiert (S. 11).	
B-4	Wir empfehlen, dass ein zukünftiges Projekt evidenzbasierte Qualitätsstandards für jedes Messthema der nationalen Qualitätsindikatoren erstellt, resp. international Qualitätsstandards identifiziert und auf den Schweizer Kontext adaptiert werden.	Tief	Eidgenössische Qualitätskommission	Es zeigt sich in den Interviews und Beobachtungen, dass nicht überall klar ist, wie die Messthemen evidenzbasiert verbessert werden können. Eine Zusammenstellung der Evidenz in Qualitätsstandards erlaubt den Pflegeheimen den raschen Zugang zu aktuellem Wissen.	Keine
B-5	Wir empfehlen zu untersuchen, wie Verteilungssystem von Medikamenten mit Polymedikation zusammenhängen, um zu klären, inwiefern hier ein Ansatzpunkt zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Bewohnenden in Betrieben der stationären Langzeitpflege vorliegt.	Tief	Eidgenössische Qualitätskommission	Pflegeheime mit Ärzt:innen mit Selbstdispensation äussern wiederholt, dass es schwieriger ist für sie, Polymedikation zu reduzieren. Hier braucht es Klärung um je nach Resultat Massnahmen zu ergreifen.	Keine

C. Handlungsfeld Infrastruktur und Prozesse zu den medizinischen Qualitätsindikatoren

	Empfehlung	Priorität im Programm	Zielgruppe der Empfehlung	Begründung	Verbindung innerhalb NIP-Q-UPGRADE
C-1	Wir empfehlen die Festlegung einer nationalen Anlaufstelle für Fragen rund um die nationalen Qualitätsindikatoren.	Mittel	ARTISET Branchenverband CURAVIVA senesuisse	Es braucht eine Stelle, die Fragen und Entwicklungen rund um die nationalen Qualitätsindikatoren koordiniert, die über den Aufgabenbereich des BAG und BFS hinausgehen. Dies Stelle kann die jetzigen koordinativen Tätigkeiten von NIP-Q-UPGRADE nach Beendigung des Programms weiterführen.	keine
C-2	Wir empfehlen, dass die Lizenzen für die Verwendung von InterRAI-Items und -Skalen auf Ebene der Software- und Bedarfsermittlungsanbieter geregelt werden. Auf der Ebene der Pflegeheime sollten alle Pflegeheime Zugang zu allen bei der Arbeit mit den nationalen Qualitätsindikatoren verwendeten Skalen (und deren Anleitungen) haben (insbesondere CPS und DRS); ohne zusätzliche Kosten (direkt oder indirekt)	Hoch	ARTISET Branchenverband CURAVIVA BESA QSys AG Eros Inc. Software Anbieter	Der Zugang zu den Skalen ist eine Bedingung, um vollständige nationale Qualitätsindikator-Daten zu haben. Die Lizenzierung ist eine Voraussetzung für die Einhaltung des Urheberrechts.	Teilprojekt 1.5
C-3	Wir empfehlen den Anbietern von Bedarfserhebungsinstrumenten und EDok sowie der eidgenössischen Qualitätskommission, Möglichkeiten zu prüfen, um aktuelle (Live-)Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren anzubieten	Hoch	Bedarfserhebungsinstrumente EDok Anbieter Eidgenössische Qualitätskommission	Ein Dashboard mit Live Daten erlaubt Pflegeheimen, kontinuierlich ihre Qualität zu überwachen und bei Bedarf Massnahmen zu ergreifen.	Teilprojekt 1.5

C-4	Wir empfehlen zu prüfen, wie Pflegeheime, die mit PLAISIR/Plex arbeiten, innerhalb einer mit den Pflegeheimen festgelegten nützlichen Frist Rückmeldung zu ihren nationalen Qualitätsindikator-Daten erhalten und entsprechende Massnahmen aufzugleisen.	Hoch	ARTISET sensuisse	/	Ohne Zugang zur ihren nationalen Qualitätsindikator- Daten ist kein Monitoring der Datenqualität möglich und keine datenbasierte Qualitätsentwicklung, wie dies im Arbeitspaket 2 geplant ist (S. 13/17).	Teilprojekt 1.5
C-5	Wir empfehlen den Anbietern der Bedarfserhebungsinstrumente Möglichkeiten zu prüfen, wie die Zeit zwischen der Erhebung der nationalen Qualitätsindikatoren und dem Erhalt eines Berichts auf Ebene der Einrichtungen verkürzt werden kann.	Mittel	Bedarfserhebungs- instrumente		Für Pflegeheime, die mit RAI-NH oder BESA arbeiten, kommt der individuelle Bericht von BESA QSys zu ihren Resultaten im Frühjahr zu spät, da die Jahresplanung bereits steht (S. 16).	Teilprojekt 1.6
C-6	Wir empfehlen den Anbietern der Bedarfserhebungsinstrumente und dem BAG, einen Mindeststandard für die zeitgerechte Meldung der nationalen Qualitätsindikatoren zu definieren	Mittel	Bedarfserhebungs- instrumente BAG		Es ist für die Pflegeheime hilfreich zu wissen, wann sie mit den Resultaten rechnen können um evtl. ihre Planung darauf auszurichten.	Teilprojekt 1.6
C-7	Wir empfehlen, dass die Einrichtungen Möglichkeiten zur Verbesserung der Effizienz der Datenerfassung prüfen, indem sie in IT-Lösungen investieren, die die direkt bei Bewohnenden erleichtern. Dabei sollten auch die Folgen bewertet werden, und potenzielle Effizienzsteigerungen sollten gegen potenzielle Risiken abgewogen werden.	Tief	Pflegeheime		Die Digitalisierung könnte Prozesse vereinfachen. Daten werden oft auf Handzettel notiert und erst später in eDOK übertragen, was zu Übertragungsfehlern führen kann. Gleichzeitig wurde auch bei vorhandenen Handgeräten auf Papier dokumentiert wegen technischen	Teileziel 1.7

				Herausforderungen (S. 11/17).	
--	--	--	--	-------------------------------	--

D. Handlungsfeld Software und Interoperabilität

	Empfehlung	Priorität im Programm	Zielgruppe der Empfehlung	Begründung	Verbindung innerhalb NIP-Q-UPGRADE
D-1	Wir empfehlen die Einführung von Schnittstellen zwischen den Bedarfserhebungsinstrumenten und den EDok zur Erleichterung der Dateneingabe.	Hoch	Anbieter von Bedarfserhebungsinstrumenten und EDok	Schnittstellen würden Doppeleingaben und damit Übertragungsfehler reduzieren sowie den Zeitaufwand reduzieren.	Teilprojekt 1.5
D-2	Wir empfehlen, dass die Anbieter der Bedarfserhebungsinstrumente und EDok die Lesbarkeit und Darstellung der Assessmentfragen und der Bewohnerdokumentation evaluieren und verbessern, um Personal mit unterschiedlichem Bildungshintergrund (inkl. Assistenz- und Hilfspersonal) die Eingabe zu erleichtern.	Hoch	Anbieter von Bedarfserhebungsinstrumenten und EDok	Die Anwenderfreundlichkeit in den EDok erhöht die Datenqualität. Vor allem in der deutschsprachigen Schweiz hat es mehr Personal, dessen erste Sprache nicht Deutsch ist und das je nach Training / Erfahrung entsprechend Schwierigkeiten hat, die Assessmentfragen zu verstehen und Beobachtungen / Tätigkeiten zu dokumentieren (S. 13/17).	Teilprojekt 1.6
D-3	Wir empfehlen, den potenziellen Nutzen einer Zertifizierung von Softwareanbietern im Hinblick auf die Einhaltung von Mindeststandards für Datenqualität, Aktualität, Benutzerfreundlichkeit und Sicherheit zu prüfen.	Mittel	Eidgenössische Qualitätskommission	Eine Zertifizierung würde erlauben sicherzustellen, dass Daten korrekt und über alle Systeme einheitlich	Teilprojekt 1.6

				erhoben und weiterverarbeitet werden.	
--	--	--	--	---------------------------------------	--

E. Handlungsfeld Qualitätsentwicklung

	Empfehlung	Priorität im Programm	Zielgruppe der Empfehlung	Begründung	Verbindung innerhalb NIP-Q-UPGRADE
E-1	Wir empfehlen die Umsetzung eines Programms zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung, wie dies im Arbeitspaket 2 von NIP-Q-UPGRADE vorgesehen ist.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Ein solches Programm unterstützt die Pflegeheime, die vorhandenen Daten zu nutzen zur Qualitätsverbesserung.	Teilprojekt 2.4
E-1a	Das Programm soll best practice Beispiele aufzeigen	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Best Practice Beispiele unterstützen Pflegeheime in der Innovation im Bereich der Qualitätsentwicklung.	Teilprojekt 2.4
E-1b	Das Programm soll aufzeigen, wie Pflegeheime Zugang zu ihren eigenen Daten haben können und mit diesen selbständig arbeiten können.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Der Zugang zu den eigenen Daten erlaubt den Pflegeheimen, selbständig Auswertungen zu machen und aus ihren Daten zu lernen.	Teilprojekt 2.4
E-2	Wir empfehlen bei der Entwicklung des Programms zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit gezielt zu stärken.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere mit Ärzt:innen, wurde wiederholt als hinderlicher Faktor beim Umsetzen von Verbesserungsmaßnahmen für die nationalen Qualitätsindikatoren erwähnt.	Teilprojekt 2.4
E-2a	Das Programm soll das Bewusstsein für die Messung der Polymedikation als nationalen	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Es ist wichtig, die Hausärzt:innen einzubeziehen in die Messung der	Teilprojekt 2.4

	Qualitätsindikator in der hausärztlichen Versorgung schärfen			Polymedikation, damit ein gemeinsames Verständnis zu den nationalen Qualitätsindikatoren vorhanden ist.	
E-2b	Bei der Entwicklung des Programms soll eruiert werden, wie das Bewusstsein und das Wissen über Polymedikation bei den Hausärzt:innen erhöht werden kann. Dies könnte die Prüfung von Möglichkeiten beinhalten, die geriatrische Ausbildung in der Ausbildung zu Hausärzt:innen zu verstärken, sowie die Weiterbildung für Hausärzt:innen, die in Pflegeheimen der stationären Langzeitpflege tätig sind, zu Polymedikation und Medikationsreviews obligatorisch zu erklären.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Das Angehen des nationalen Qualitätsindikator Polymedikation kann nur im interprofessionellen Team gelingen.	Teilprojekt 2.4
E-2c	Das Programm soll Möglichkeiten zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen dem Personal der Pflegeheime und den Hausärzt:innen aufzeigen. Dazu gehört auch die Verbesserung der strukturellen Zusammenarbeit.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert das Angehen der nationalen Qualitätsindikatoren im Medikationsbereich und zur gesundheitlichen Vorausplanung.	Teilprojekt 2.4
E-2d	Das Programm soll dazu bewährte Verfahren für die Zusammenarbeit zwischen einer Einrichtung und Hausärzt:innen ermitteln (best practice), um Strategien zur Förderung dieser Zusammenarbeit vorzuschlagen.	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Best-Practice Beispiele können beigezogen werden, um Möglichkeiten aufzuzeigen.	Teilprojekte 2.3 / 2.4
E-3	Wir empfehlen, die Erhebung der nationalen Qualitätsindikatoren in bestehende und künftige Initiativen zur Qualitätsverbesserung zu integrieren (z. B. Qualitätsverträge,	Mittel	Eidgenössische Qualitätskommission Kantone	Mit der Integration der nationalen Qualitätsindikatoren in Qualitätskriterien (insbesondere auch von	Teilprojekt 2.4

	Qualitätskriterien auf kantonaler Ebene, Qualitätsstandards in Zertifizierungsprogrammen).		Zertifizierungsprogramme	anderen Berufsgruppen, die in die Qualitätsmessung und -verbesserung involviert sind) und Qualitätsprogramme können diese optimal genutzt werden.	
E-4	Wir empfehlen zu klären, inwiefern (zusätzliche) Finanzmittel für die Durchführung interprofessioneller Medikationsreviews zur Verfügung gestellt werden können.	Mittel	Eidgenössische Qualitätskommission	Ohne entsprechende finanzielle Abgeltung ist es schwierig, sowohl die Ärzt:innen wie die Apotheker:innen ins Boot zu holen.	Keine
E-5	Wir empfehlen, Änderungen am Finanzierungssystem zu prüfen, um die Finanzierung der Zeit für die Arbeit an den nationalen Qualitätsindikatoren in Bezug auf die Verbesserung der Datenqualität und der Qualität der Pflege in Pflegeheimen einzubeziehen.	Mittel	Eidgenössische Qualitätskommission BAG	Zusätzliche finanzielle Ressourcen mit z. B. der Möglichkeit, Fachpersonen anzustellen, die Qualitätsmessung und -verbesserung im Pflegeheim unterstützen (z. B. Qualitätsmanager:in, Pflegeexpert:in), stützt die Professionalisierung der Qualitätsentwicklungsprozesse.	Keine