



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement 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

Schlussbericht Teilprojekt 1.3/3.3 Arbeitspaket 1 und 3

NATIONALES IMPLEMENTIERUNGSPROGRAMM – QUALITÄT DER
LANGZEITPFLEGE IN ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN 2022-2026
NIP-Q-UPGRADE

Version 2, 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

Nationales Implementierungsprogramm – **Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen
2022–2026** (NIP-Q-UPGRADE), Übertragung von Aufgaben mit Abgeltung durch die Eidgenössische
Qualitätskommission (EQK) an: ARTISET mit dem Branchenverband CURAVIVA und senesuisse –
Laufende Programme und Projekte

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 der 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 Handen 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 \(Version 2\). Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel. Doi: 10.5281/zenodo.11312583.](#)

Die Autor:innen möchten den Pflegeheimen danken, die einen Einblick in ihren Alltag gewährt haben, allen Firmen, die Auskunft zu ihren Abläufen und Daten gegeben haben, sowie den Kantonen und den Bundesämtern für Gesundheit und für Statistik für ihre Bereitwilligkeit Auskunft zu geben und ihr Feedback zu den entwickelten Unterlagen.

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	1
Zusammenfassung	2
<i>Auftrag</i>	2
<i>Hintergrund</i>	2
<i>Methode</i>	2
<i>Resultate</i>	2
<i>Schlussfolgerungen und Empfehlungen</i>	3
1. Hintergrund	4
2. Methodik	5
<i>Rapid Ethnography Studie</i>	5
<i>Umfrage bei den Kantonen</i>	6
3. Resultate	6
<i>Ergebnisse der Beobachtungen und Interviews in Pflegeheimen</i>	6
Angaben zu den teilnehmenden Pflegeheimen	7
Infrastruktur für Datenerhebung	7
Dokumentation der Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren	7
Individuelle Wahrnehmung der medizinischen Qualitätsindikatoren	10
Strukturelle Faktoren	11
Die medizinischen Qualitätsindikatoren im Detail	12
Neu vorgeschlagene nationale Qualitätsindikatoren	13
<i>Ergebnisse der Befragung von Anbietern</i>	14
Herausforderungen der Anbieter	14
Von den Anbietern festgestellte Bedürfnisse	16
<i>Ergebnisse der kantonalen Umfrage</i>	16
Qualitätssicherungsprogramme	17
Verantwortung für Qualitätsprogramme bei den Kantonen	17
Inhalte der Qualitätsprogramme	17
Qualitätsindikatoren auf Ebene Bewohnende	17
Weitere Qualitätsdaten	18
4. Schlussfolgerung	18
5. Empfehlungen	19
Referenzen	22
Anhang A: Empfehlungen aus der Befragung von Anbietern	23
Anhang B: Empfehlungen aus der kantonalen Umfrage	24
Anhang C: Empfehlungen aus der Rapid Ethnography bei den Pflegeheimen	25

<i>A. Handlungsfeld Programm zur Verbesserung der Datenqualität</i>	<i>25</i>
<i>B. Handlungsfeld Bildung und Forschung</i>	<i>30</i>
<i>C. Handlungsfeld Infrastruktur und Prozesse zu den medizinischen Qualitätsindikatoren</i>	<i>33</i>
<i>D. Handlungsfeld Software und Interoperabilität</i>	<i>35</i>
<i>E. Handlungsfeld Qualitätsentwicklung</i>	<i>36</i>

Abkürzungsverzeichnis

AFISA	Vereinigung Freiburger Alterseinrichtungen und Spitex
AVALEMS	Vereinigung der Walliser Alters- und Pflegeheime
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEM	Bewegungseinschränkende Massnahmen
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
CIVESS	Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux
CPS	interRAI Cognitive Performance Scale
CT PLAISIR	Commission technique Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
DE	Deutschsprachig
DGS	Department Gesundheit und Soziales
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale (Kanton Waadt)
DIRHEB	Partenaire pour les institutions vaudoises d'accompagnement et d'hébergement des personnes âgées, en situation de handicap, souffrant d'addictions ou de troubles en santé mentale
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale (Kanton Waadt)
DRS	interRAI Depression Rating Scale
ECPA	Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes
EDok	Elektronische Bewohnendokumentation
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
FaGe	Fachmann/-frau Gesundheit
FaBe	Fachmann/-frau Betreuung
FR	Französischsprachig
GDS	Geriatric Depression Scale
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
IT	Italienischsprachig
IQM	Indicateurs de Qualité Médicaux
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LTC-ASC	Long-Term Care – Active Substance Count
MDS	Minimal Data Set

NRS	Numeric Rating Scale
OMC	Office du médecin cantonal
OPQRS	Onset - Provocation/ Palliation – Quality – Radiation – Severity – Time
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
PAINad	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale
RAI NH	Resident Assessment Instrument for Nursing Homes
VAS	Visuelle Analog Skala
VRS	Verbal Rating Scale

Abstrakt

Projektbeschreibung: Im Rahmen dieses Projektes wurde untersucht, wie Daten für die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren gesammelt, erfasst und verarbeitet werden mit dem Ziel, Faktoren zu identifizieren, die die Datenqualität beeinflussen.

Methodischer Ansatz: Es wurde eine Rapid Ethnography Studie in Betrieben der stationären Langzeitpflege (Pflegeheimen), Interviews mit Anbietern von Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendokumentationssystemen und eine Umfrage bei den kantonalen Gesundheitsämtern durchgeführt.

Zentrale Ergebnisse: Die Datenqualität der aktuellen Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen wird von verschiedenen Faktoren geprägt: Einstellung des Personals gegenüber den Qualitätsindikatoren, vorhandenes Wissen und verfügbares Personal für die Erhebung und Verarbeitung; IT-Infrastruktur, sowie Herausforderungen im Bereich von Schnittstellen, Prozessabläufen und in der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Von den neu einzuführenden Qualitätsindikatoren wird Dekubitus in allen Pflegeheimen zumindest im Wundprotokoll bereits erfasst. Bei der gesundheitlichen Vorausplanung und Medikationsreview zeigten sich grosse Unterschiede, wie sie in den Pflegeheimen umgesetzt und die Begriffe mit Inhalt gefüllt werden.

Durch Gruppendiskussionen und Softwaredemonstrationen mit sieben Software-Anbietenden wurden die wichtigsten Herausforderungen und Bedürfnisse der Anbieter festgestellt. Die kantonale Umfrage zeigt eine fragmentierte Landschaft innerhalb der Kantone beim Thema Qualitätssicherungsprogramme. Einzelne Kantone messen ebenfalls Qualitätsindikatoren auf Bewohnendenebene, teilweise dieselben, wie national gemessen werden. Es werden Empfehlungen auf der Ebene des Personals, der Pflegeheime, der Anbieter, sowie Kantone und Bund ausgesprochen.

Zusammenfassung

Auftrag

Das übergeordnete Ziel von Teilprojekt 1.3/3.3 bestand darin, zu verstehen, wie die Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren erhoben, erfasst und verarbeitet werden. Durch die Untersuchung dieser Datenprozesse identifizierte das Studienteam Faktoren, die der Datenqualität für die nationalen Qualitätsindikatoren zugrunde liegen. Diese Kontextanalyse erlaubt uns, hinderliche und förderliche Faktoren und damit mögliche Ansatzpunkte für Verbesserungsprozesse zu identifizieren.

Hintergrund

Seit 2019 sind die Betriebe der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime) auf Basis des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG Art. 59a) verpflichtet, nationale medizinische Qualitätsindikatoren anhand von sechs Qualitätsindikatoren in vier Messthemen zu messen. Dazu gehören die bewegungseinschränkende Massnahmen, Schmerzen, Polymedikation und Mangelernährung. Das NIP--Q-UPGRADE Projekt überprüft die Erhebung von weiteren Qualitätsindikatoren in drei Messthemen (Medikationsreview, vorausschauende Gesundheitsplanung, Dekubitus).

Methode

Es wurde eine Rapid Ethnography Studie durchgeführt, die Beobachtungen und Interviews mit Mitarbeitenden von Betrieben der stationären Langzeitpflege sowie Interviews mit Anbietern von Bedarfsermittlungsinstrumenten und elektronischer Bewohnendokumentation umfasste. Zusätzlich wurde eine Umfrage bei Vertretungen der Kantone durchgeführt.

Resultate

Die Datenqualität in Schweizer Pflegeheimen basiert auf einem komplexen Prozess. In den Pflegeheimen gibt es unterschiedliche Praktiken bei der Datenerhebung und -erfassung (z. B. die Verwendung verschiedener Instrumente zur Messung der Schmerzintensität oder unterschiedliche Definitionen für bewegungseinschränkende Massnahmen). Unterschiede in Kenntnissen, Haltung und Praxis unter den Fachpersonen der Pflege und Betreuung beeinflussen die Datenqualität. So mangelt es teilweise am Bewusstsein und Wissen über die (Existenz von) nationalen Qualitätsindikatoren und Vorgaben zu deren Messung. Auch ist dem Personal nicht bekannt, wie die von ihnen erhobenen Daten verwendet werden. Eine kritische Einstellung gegenüber Instrumenten zur Bedarfsermittlung beeinflusst auch die Erhebung der Qualitätsindikatoren. Verschiedene Prozesse in den Organisationen, wie die Themen während den Pfllegetätigkeiten erhoben werden, kann die Datenqualität beeinträchtigen. Das Pflegepersonal nimmt einzelne nationale Qualitätsindikatoren als Indikatoren wahr, die primär im Einflussbereich der Ärzt:innen liegt. Dazu gehören die Polymedikation sowie die neu geplanten Indikatoren Medikationsreview und vorausschauende Gesundheitsplanung.

Bezüglich gesundheitlicher Vorausplanung und Medikationsreview traf das Erhebungsteam auf grosse Unterschiede in den Pflegeheimen, wie diese aktuell umgesetzt werden, respektive welche Vorstellungen die Teilnehmenden darüber hatten. So wurde bei etwa der Hälfte der Teilnehmenden eine Art Überprüfung der Medikamente mit Ärzt:innen und diplomierten Pflegefachpersonen durchgeführt, wenige machen jedoch tatsächlich eine Medikationsreview. Bezüglich Beim Dekubitus zeigte sich hingegen, dass diese in allen Betrieben in einem Wundprotokoll erfasst werden.

Die Rolle der Heim- und Hausärzt:innen und die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeheims ist sehr wichtig für eine gute Datenqualität. Fehlendes Fachpersonal und hohe Personalfuktuation erschweren es den Pflegeheimen, die

Datenprozesse so zu gestalten, dass eine hohe Datenqualität erreicht wird. Das Vorhandensein einer unterstützenden IT-Infrastruktur kann diesen Prozess erleichtern.

Probleme mit der Datenqualität wurden durch Fehler in den Datenalgorithmen und durch Unterschiede in den Algorithmen zwischen den Softwareanbietern verstärkt. Diese Fehler führten zu falschen Eintragungen für die Qualitätsindikatoren. Viele Softwareanbieter verfügen bereits über Module, die Informationen für die vorgeschlagenen neuen Qualitätsindikatoren erfassen. Allerdings gibt es Unterschiede, wie diese erfragt werden, und es braucht eine Vereinheitlichung für die nationale Messung.

Die Kantone unterschieden sich in ihren Aktivitäten zur Qualitätsüberwachung in Pflegeheimen. Dazu gehören auch Unterschiede bei den Indikatoren, die zusätzlich zu den nationalen Qualitätsindikatoren gemessen werden. Rund die Hälfte der Kantone verfügt über kein Qualitätsmonitoring-Programm. Andere Kantone setzen vor allem qualivista ein und verwenden in RAI oder Plaisir integrierte Daten, um die Qualität auf der Ebene der Bewohnenden zu monitorieren. Es gibt derzeit keine Verbindung zu den nationalen Qualitätsindikatoren; die Betriebe müssen Daten sowohl für die nationalen als auch für die kantonalen Qualitätsindikatoren erfassen, weshalb es für einige Pflegeheime zu einer Doppelerfassung kommt. Die Datenqualität wird von den Kantonen nicht monitoriert.

Insgesamt zeigt das Teilprojekt erhebliche Probleme bei der Datenqualität für die nationalen Qualitätsindikatoren auf. Dies deutet darauf hin, dass systematische Messfehler wahrscheinlich zu Problemen mit der Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Daten führen. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die national gemeldeten Daten aufgrund von systematischen Messfehlern wahrscheinlich verzerrt sind. Mögliche Einflussfaktoren dafür sind die Infrastruktur und Systemfaktoren, Merkmale des Pflege- und Betreuungspersonals, Praktiken innerhalb der Betriebe und die Gestaltung der Instrumente. Es gibt keine formalen Mechanismen, um diese Einflussfaktoren auf eine mögliche Verzerrung zu überprüfen.

Das Teilprojekt konnte wie geplant abgeschlossen werden und liefert eine erste Bestandsaufnahme der Datenqualitätsprozesse und Faktoren, die der Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren zugrunde liegen. In den nächsten Teilprojekten werden diese Informationen genutzt, um konkrete Aktionspunkte und Determinanten zu ermitteln, die im Rahmen des nationalen Implementierungsprogramms verbessert werden können.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Ergebnisse des Teilprojekts geben einen ersten Einblick in den Kontext der Datenqualität in Schweizer Pflegeheimen. Die Datenqualität wird in Teilprojekt 1.4 durch eine Doppelerhebung von Qualitätsindikator-Daten weiter untersucht und quantifiziert. Gleichzeitig werden in Teilprojekt 1.7 Strategien entwickelt, um Pflegeheime bei der Verbesserung der Datenqualität zu unterstützen. Wir empfehlen, dass Strategien zur Verbesserung der Datenqualität sowohl auf die Pflegeheime als auch auf die Pflege- und Betreuungsfachpersonen abzielen sollten. Die wichtigsten Faktoren, die es zu verbessern gilt, sind das Bewusstsein, das Wissen und die Einstellung der einzelnen Personen. Derzeit werden im Rahmen des Teilprojekts 1.5 Treffen mit den Softwareanbietern organisiert, um ihre Algorithmen zu aktualisieren. Wir empfehlen, die Algorithmen für Schmerzen, Mangelernährung und Polymedikation anzupassen. Ebenso werden Treffen mit den Kantonen organisiert. Wir empfehlen, die Rolle der Kantone bei der Unterstützung der Pflegeheime im Hinblick auf eine gute Datenqualität bei den Indikatoren für die Versorgungsqualität zu untersuchen. Schliesslich bieten diese Informationen auch Einblicke in den Kontext der Einführung neuer Qualitätsindikatoren in das System. Diese Informationen werden in Arbeitspaket 3 (Teilprojekt 3.4) bei der Ausarbeitung eines Massnahmenpaketes für die Implementierung neuer Qualitätsindikatoren verwendet. Wir empfehlen, dass bei der Einführung der neuen Indikatoren die beobachteten Kontextelemente berücksichtigt werden.

1. Hintergrund

Die Betriebe der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime) sind auf Basis des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG Art. 59a) verpflichtet, nationale Qualitätsindikatoren zu messen und dem Bundesamt für Statistik (BFS) zu übermitteln. Seit 2019 werden in diesem Rahmen sechs Qualitätsindikatoren in vier Messthemen national gemessen. Dazu gehören die bewegungseinschränkende Massnahmen, Schmerzen, Polymedikation und Mangelernährung ((BFS, Sektion Gesundheitsversorgung 2021). Das NIP-Q-UPGRADE Projekt hat unter anderem den Auftrag, die Erhebung von weiteren Qualitätsindikatoren in drei Messthemen (Medikationsreview, vorausschauende Gesundheitsplanung, Dekubitus) zu untersuchen, um die Basis zu schaffen für die Entscheidung bezüglich deren Einführung in den nächsten Jahren (Kästner, Van Grootven & Zúñiga, 2023).

Bisher ist wenig bekannt zur Datenqualität der Qualitätsindikatoren, wenn man den ganzen Weg von der Datenerhebung bei den Bewohnenden bis zur Veröffentlichung der Daten durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) betrachtet. Der Prozess von der Erhebung und 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 dem Administrativvertrag 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). Diese Informationen geben die Pflege- und Betreuungspersonen in die im Betrieb angewendeten EDOK oder direkt in das Bedarfserhebungsinstrument ein. Danach werden sie entweder via die Bedarfserhebungsinstrumente oder direkt von den Pflegeheimen an das BFS weitergeleitet, welches die Daten überprüft und an das Bundesamt für Gesundheit weiterleitet. Für eine Überprüfung der Datenqualität braucht es daher eine Betrachtung des ganzen Prozesses.

Die Kantone sind nicht direkt involviert in die Erhebung und Verarbeitung der Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren. Ihnen obliegt jedoch – je nachdem direkt oder zusammen mit den Gemeinden – die Verantwortung und Aufsicht für die Langzeitpflege. Dementsprechend erlassen die Kantone Vorgaben für Pflegeheime. Im Rahmen solcher Vorgaben verlangen einzelne Kantone auch ein Reporting von Qualitätsindikatoren auf Ebene der Bewohnenden, die unabhängig von der nationalen Erhebung sind. Im Rahmen von NIP-Q-UPGRADE wollten wir daher wissen, was bereits erhoben wird von Kantonen auf Ebene der Bewohnenden. Mehrfacherhebungen von denselben Messthemen können die Datenqualität beeinflussen und führen auch zu Mehrfachbelastungen für die Pflegeheime. Gleichzeitig wollten wir in Erfahrung bringen, welche Qualitätsüberwachungs- oder -sicherungsprogramme von Kantonen umgesetzt werden, nicht nur im Zusammenhang mit Anforderungen bezüglich der Datenqualität, sondern vor allem auch im Hinblick auf das Arbeitspaket 2 von NIP-Q-UPGRADE, in dem es um die Entwicklung von Massnahmen geht zur Unterstützung der Pflegeheime in der datenbasierten Qualitätsentwicklung.

Dieser Bericht bezieht sich auf die folgenden Ziele von drei Studien:

Studie 1a: Ziel dieser Studie war herauszufinden, welche Faktoren aus Sicht der Anwendenden in den Pflegeheimen zu einer guten Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren beitragen, respektive diese behindern. Ebenso um zu erfahren, wie die nationalen Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen bewertet und erfasst werden, und um Wahrnehmungen der mit nationalen Qualitätsindikatoren Arbeitenden zu erfassen.

Studie 1b: Ziel dieser Studie war es zu verstehen, wie EDok Software und Instrumente zur Bedarfserhebung die Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren

unterstützen oder behindern, so wie es die Anbieter dieser Softwareanwendungen wahrnehmen.

Studie 2: Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, welche Indikatoren in Pflegeheimen von den kantonalen Gesundheitsämtern gemessen werden und welche Massnahmen zur Qualitätsüberwachung sie umsetzen.

2. Methodik

Dieses Teilprojekt umfasste mehrere Methoden. Einerseits wurde eine Rapid Ethnography Studie in Schweizer Pflegeheime durchgeführt (Studie 1a). Dazu gehörten auch Interviews mit Anbietern von Bedarfserhebungsinstrumenten und EDok Softwares (Studie 1b). Andererseits wurde eine Umfrage mit Vertretern der Schweizer Kantone durchgeführt (Studie 2). Die Methodik der einzelnen Studien wird im Folgenden in separaten Abschnitten beschrieben. Für die drei Studien liegen separate Bericht in den Anhängen A, B und C vor, wo detaillierte Informationen zu jeder Studie nachgelesen werden können. Die Berichterstattung der Befragung der Anbieter (Studie 1b) erfolgte im September 2023, diejenige zur Umfrage der Kantone (Studie 2) im Oktober 2023. Die detaillierte Berichterstattung zur Studie in den Pflegeheimen wurde parallel zu diesem Schlussbericht über alle Studien erstellt.

Rapid Ethnography Studie

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. Um diese komplexen Prozesse zu erfassen, wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, welcher verschiedene Methoden umfasste, darunter Beobachtungen, Interviews, Fokusgruppendifkussionen und Dokumentenanalysen. Durchgeführt wurde die Rapid Ethnography von drei verschiedenen Studienteams aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz.

Für alle Mitglieder des Studienteams 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 im Studienteam statt, um den Forschungsprozess und die Analyse zu koordinieren und zu begleiten.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden für die Rapid Ethnography umfasste drei verschiedene Gruppen: 1) Pflegeheime und pro Heim eine Auswahl von Mitarbeitenden, 2) Mitarbeitende von Anbietern von Bedarfserhebungsinstrumenten und EDok (zusammenfassend als Softwareanbieter bezeichnet) und 3) Mitarbeitende des BFS und des Bundesamts für Gesundheit. Die Langzeitpflegeeinrichtungen wurden gezielt nach Softwareanbietern und Sprachregionen geschichtet ausgewählt, um eine möglichst grosse Vielfalt der teilnehmenden Pflegeheime zu erreichen. Für die Softwareanbieter wurden einerseits alle drei Schweizer Bedarfserhebungsinstrumente eingeschlossen (RAI, BESA, PLAISIR/PLEX) und EDok Anbieter gesucht, die in ihrer Dokumentation auch die nationalen Qualitätsindikatoren erheben. Es wurden vier Anbieter von EDok Software eingeschlossen (Lobos, Myneva, Topcare, Wigasoft). Abklärungsgespräche mit den Bundesämtern haben ergeben, dass auf dieser Ebene keine weiteren Gespräche notwendig waren, da die Prozesse und das Vorgehen bezüglich der Sicherung der Datenqualität bereits in verschiedenen Dokumenten erläutert sind.

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 Studienteams gleichzeitig 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: Vindrola-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.

Mit den Softwareanbietern fanden Gruppendiskussionen und Softwaredemonstrationen statt. Die mittlere Anzahl der Teilnehmenden pro Interview betrug zwei (die Spanne lag zwischen zwei und sechs), die durchschnittliche Dauer des Gesprächs betrug zwei Stunden. Die Treffen fanden vor Ort und teilweise im Online Format statt. Auch hier wurden die Resultate in RAP-Sheets zusammengetragen und die Resultate wurden den Softwareanbietern zur Überprüfung und Ergänzung zugestellt.

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 das Studienteam durch eine eindeutige Nummer anonymisiert und durch die Sprachregion, in der sie arbeiten (IT: Italienischsprachige Schweiz, DE: deutschsprachige Schweiz, FR: französischsprachige Schweiz).

Umfrage bei den Kantonen

Um herauszufinden, welche Qualitätsüberwachungs- oder -sicherungsprogramm kantonal umgesetzt werden und welche Qualitätsindikatoren auf kantonaler Ebene in den Pflegeheimen bereits abgefragt werden, wurde eine schriftliche Umfrage bei allen Kantonen über die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) durchgeführt. Die Umfrage wurde Ende August 2023 dreisprachig (deutsch, italienisch und französisch) per E-Mail in Form eines ausfüllbaren Word-Dokument von der Projektleiterin bei der GDK, an die Dienstchefinnen und Dienstchefs der kantonalen Gesundheitsdirektionen, sowie in Kopie an die Mitglieder der von der GDK geführten Arbeitsgruppe Langzeitpflege und der Begleitgruppe Qualitätssicherung im Spital versendet. Die Umfrage beinhaltete allgemeine Kontaktinformationen, wie Kanton, Funktion und Kontaktdaten, ebenso wie Fragen zu den vorhandenen Qualitätsüberwachungs- oder sicherungsprogrammen bei den Kantonen. Die erhaltenen Rückmeldungen aus der Umfrage wurden in einer Excel-Übersichtstabelle zusammengefasst.

3. Resultate

Die Ergebnisse der drei Studien werden nachstehend in separaten Abschnitten dargestellt. Für alle drei Studien liegen separate Berichte mit detaillierten Resultaten vor (Van Grootven, Wellens & Zúñiga, 2023 (Anhang A); Kästner, Van Grootven, Zúñiga, 2023 (Anhang B); Baumann et al., 2024 (Anhang C)).

Ergebnisse der Beobachtungen und Interviews in Pflegeheimen

Angaben zu den teilnehmenden Pflegeheimen

Schweizweit nahmen 20 Pflegeheime an der Erhebung teil, 11 in der deutschsprachigen, sechs in der französischsprachigen und 3 in der italienischsprachigen Schweiz mit einer Grösse von 28 bis 255 Betten. Wir hatten 13 verschiedene Kantone in der Stichprobe.

Von den 145 teilnehmenden Personen aus den 20 Pflegeheimen wurden 57% nur interviewt, und die anderen 43% wurden auch beobachtet. Die Teilnehmenden waren zu 62% Vollzeit angestellt, 72% waren weiblich, mit durchschnittlich 11 Jahren Berufserfahrung in der Langzeitpflege. Die Mehrheit der Befragten waren Heimleitungen (17%) oder Leitungen Pflege (17%), gefolgt von Fachpersonen Gesundheit / Fachpersonen Betreuung (16%), diplomierten Pflegefachpersonen (12%) und Assistenz- und Hilfspersonen (11%). Zu den Befragten gehörten unter anderen auch Pflegeexpert:innen, Expert:innen für die Bedarfserhebungsinstrumente, Qualitätsmanager:innen, Ärzt:innen, Pharmazeut:innen und Personal aus der Administration.

Infrastruktur für Datenerhebung

Die Pflegeheime arbeiten mit elf verschiedenen EDok Anbietern (z. B. careCoach, SADIES, eadyDOK, ePDOK oder SIEMS). Die verschiedenen Anbieter haben teilweise Schnittstellen zum Bedarfserhebungsinstrument geschaffen, oder verfügen über einen Fragenkatalog der nationalen Qualitätsindikatoren. Die einzelnen EDoks sind je nach Ausstattung des Betriebs auf Computern, und/ oder Handgeräten (Smartphone, Tablet) verfügbar. 16 Pflegeheime arbeiteten mit BESA, sechs mit RAI-NH, ein Verbund arbeitete sowohl mit BESA als auch mit RAI-NH, vier Pflegeheime der französischsprachige Schweiz arbeiteten mit Plaisir/PLEX und erheben die nationalen Qualitätsindikator-Daten mit dem Zusatzmodul Indicateurs de Qualité Médicaux (IQM).

Dokumentation der Daten für die medizinischen Qualitätsindikatoren

Erfassen der Daten

Viele Teilnehmende der Studie waren sich nicht bewusst, dass sie Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren erheben. Sie erfassten die Daten im Rahmen der täglichen Pflege und Betreuung während der Beobachtungsphase mit den Bedarfserhebungsinstrumenten und nahmen dies primär als Leistungserfassung für die Krankenkassen wahr.

Nach der Erfassung der Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren bei den Bewohnenden wird das Ergebnis, z. B. das Gewicht, als erstes auf einem Notizzettel vermerkt. Dies ist selbst in Pflegeheimen so, wo elektronische Handgeräte genutzt werden und das Ergebnis sofort in der EDok eingetragen werden könnte. Grund dafür war die Zeitnot, weil die EDok zum Aufstarten lange benötigt und dann Einträge vergessen gehen (DE: diplomierte Pflegefachfrau). Im Falle, dass eine Assistenzperson die Daten erhoben hat, werden diese mündlich an die diplomierte Pflegefachperson, oder Fachmann/-frau Gesundheit (FaGe) / Fachmann/-frau Betreuung (FaBe) weitergegeben, die sich diese wiederum handschriftlich notiert, um sie später in der EDok einzutragen. Dies birgt die Gefahr von Übertragungsfehlern, das Übertragen kann vergessen gehen, oder es wird an die nachfolgende Schicht delegiert (IT: diplomierte Pflegefachfrau).

Die Pflege- und Betreuungspersonen nehmen sich meistens am Ende der Schicht Zeit, um ihre Einträge in die EDok zu machen, wenn alle Tätigkeiten mit Bewohnenden und Aufgaben des Wohngruppenalltags verrichtet sind. Das kann in Pflegeheimen ohne Handgeräten Probleme bereiten, wenn in den Wohngruppenbüros zu wenig PCs vorhanden sind (FR: Leitung Pflege).

Transfer der Daten in den Fragenkatalog der medizinischen Qualitätsindikatoren

Fast alle Pflegeheime der Deutschschweiz, 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 entfallen und nur noch digital vorhanden sein, was bereits in einem Betrieb der deutschsprachigen Schweiz und in allen italienischsprachigen Pflegeheimen mit RAI-NH umgesetzt ist. Das Ausfüllen des 14-seitigen Bogens bei einer Vollerfassung wird von einigen Anwendenden kritisch kommentiert, welche die Daten ins RAI-NH-System übertragen (DE: RAI-NH – Supervisorin; Heimleitung; Admin).

Nahezu alle Interviewten der drei Sprachregionen wünschen sich als Erleichterung Schnittstellen und mehr Interoperabilität für den Transfer zwischen EDok und Bedarfserhebungsinstrument um Zeit einzusparen bei der Dokumentation. In zwei EDoks beobachtete das Studienteam Erleichterungen für Pflege- und Betreuungspersonen durch eine Schnittstelle zwischen der EDok und BESA. Mit dieser wurde die Anzahl Wirkstoffe für den nationalen Qualitätsindikator Polymedikation direkt übernommen. Es entfiel das Zusammenzählen der Wirkstoffe und deren Übertragung. Alle weiteren nationalen Qualitätsindikator-Daten mussten bei der Übertragung in das Bedarfserhebungsinstrument aus der EDok kopiert und dort erneut eingetragen werden. Zeitlich rechneten die Personen für die Eingabe der nationalen Qualitätsindikator-Daten in das Bedarfserhebungsinstrument mit 10-20 Minuten pro Bewohner:in. Somit erstaunt es nicht, dass die Dokumentation der Daten von den Pflegenden aller drei Sprachregionen negativ betrachtet wird: *«Ich sehe die Qualitätsindikatoren als Arbeit, die Zeit von den Bewohnenden wegnimmt»* (FR: Qualitätsmanagement), wobei ein Heimleiter kontinuierlich am schulen ist, dass Pflegenden das Dokumentieren, Ausfüllen von Skalen, usw. zur Pflegequalität gehörend sehen. Eine Stellvertretende Leitung Pflege hatte die Strategie, es in der Nachtschicht zu machen.

Laut einer Beobachtung in einem Betrieb werden die Daten beim Eingeben in die Bedarfserhebung angepasst, wenn sie nicht mit den Vorgaben im Instrument übereinsimmen (z. B. Daten der Gewichtsmessung, die nicht in den vom System geforderten Zeitrahmen fallen, mit der NRS Skala erhobene Schmerzintensität wurde in die VRS Skala umgewandelt).

Für die Pflege- und Betreuungspersonen ist der Prozess mit der Dateneingabe der nationalen Qualitätsindikatoren in BESA/ RAI-NH/ Plaisir/Plex abgeschlossen. Das Management erklärte in Interviews den nächsten Schritt: die Daten werden durch eine bestimmte Person in ihrem Betrieb, meist um den Jahreswechsel, für das Bedarfserhebungsinstrument freigegeben und via dieses an das BFS weitergeleitet, das es wiederum dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weiterleitet. Selten stellt der Betrieb die Daten dem BFS direkt zu.

Rückmeldung zu den Daten und deren Verwendung

Die freigebende Person im Betrieb ist gemäss der Befragungen auch die, die den jährlichen Benchmarkbericht im späten Frühjahr von BESA QSys AG erhält. Meist ist das die Heimleitung, oder Leitung Pflege oder das Qualitätsmanagement. In diesem werden die betriebseigenen Daten im Vergleich zum nationalen Durchschnitt dargestellt und erläutert. Etwa die Hälfte der Pflegeheime in der deutschsprachigen Schweiz kritisierte, 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 lancierten sämtliche an der Studie teilnehmenden Pflegeheime der deutsch- und italienischsprachigen Schweiz seit Einführung der nationalen Qualitätsindikatoren auf Basis der Resultate eigene Projekte zu den Themen Polymedikation oder Schmerzmanagement. Heime, die mit Plaisir/Plex arbeiten, haben bisher keine Daten erhalten und konnten dementsprechend auch keine Projekte lancieren.

Die Auswertung und Verbreitung der Daten aus dem Benchmarkbericht gestalteten sich je nach Betriebsgrösse unterschiedlich. Sofern ein Betrieb über grössere Ressourcen verfügt, werden die Daten in interprofessionelle Gremien diskutiert. In kleineren Pflegeheimen bleibt der Benchmarkbericht meist nur bei den Empfangenden, oder wird im Pflegekader besprochen.

Im Rahmen der Ergebnisse der Polymedikation im Benchmarkbericht wurde in einem deutschsprachigen Schweiz Betrieb eine Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung gefunden, indem eine spezielle 20% Stelle geschaffen wurde, die sich ausschliesslich um Polymedikation kümmert. Die Einführung der Stelle brachte mit sich, dass die Polymedikation 15% tiefer liegt als im Schweizer Durchschnitt. Zwei weitere deutschsprachige Schweizer Pflegeheime führten Projekte zur Reduktion von Polymedikation durch aufgrund der Resultate im Benchmarkbericht. So sollten alle Hausärzt:innen, regelmässig die Medikamentenlisten mit den Pflegenden 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. In allen Sprachregionen wurden seit Einführung der nationalen Qualitätsindikatoren 2019 weniger bewegungseinschränkende Massnahmen angewendet, jedoch begleitet von einem höheren Einsatz von körperfernen bewegungseinschränkende Massnahmen wie Bodenbetten, Kontaktmatten und Bewegungsmeldern.

Sprache

Wie die Ergebnisse der nationalen Qualitätsindikatoren dokumentiert werden, hängt von mehreren Faktoren ab. Ein wichtiges Element ist die Sprache. In der deutschsprachigen Schweiz wurde mehrfach geäussert, dass die Dokumentation vom Verständnis und Beherrschen der deutschen Sprache abhängt, obwohl eine Voraussetzung zur Anerkennung von Diplomen in der Schweiz das Sprachniveau B2 ist (<https://www.redcross.ch/de/unserangebot/gesundheitsberufe-erkennung-und-registrierung/erkennung-auslaendischer-diplome>). So zeigt sich ein mangelndes Verständnis der nationalen Qualitätsindikatoren in Folge von mangelndem Sprachverständnis auf allen Berufsstufen (DE: Leitung Pflege; Berufsbildung; diplomierte Pflegefachfrau), weshalb viel Zeit zum Dokumentieren aufgrund der Sprachschwierigkeiten benötigt werde (DE: diplomierte Pflegefachfrau; Stellvertretung Wohngruppenleitung). Weder für Personal mit guten, noch mit eingeschränkten Deutschkenntnissen ist die Formulierung der Frage zu den nationalen Qualitätsindikatoren in BESA logisch, dass die *«doppelte Verneinung bei bewegungseinschränkenden Massnahmen bedeutet, dass nie eigentlich immer ist.»* (DE: Leitung Pflegeentwicklung). Sprachliche Barrieren wurden auch in italienischsprachigen Pflegeheimen geäussert, da Dokumente und Schulungen von BESA QSys AG nur in Deutsch und nicht in Italienisch vorliegen.

Zum Thema Sprache gehört nicht nur das Sprachverständnis, sondern auch die *«gemeinsamen Sprache für die Krankenkasse»* (DE: Leitung Pflege). Die Dokumentation der erbrachten Leistungen bildet die Basis für die Abrechnung mit den Krankenkassen und soll in einem Audit durch diese bestehen, um Leistungskürzungen zu vermeiden. Im Fall ungenügender Dokumentation der erbrachten Leistungen berichten alle Sprachregionen von der Krankenkasse Druck zu erleben und Leistungen werden gestrichen, was sich letztlich wieder auf eine Reduktion des Stellenplans auswirkt, weshalb die Dokumentation noch mehr leidet (DE: BESA-Tutor; Leitung Pflege; RAI-NH Kodierer, FR: FaGe in Ausb.). Es entwickelt sich ein Teufelskreis.

Ein weiterer Faktor, von dem die Dokumentation abhängt, ist, wie vertraut der Umgang mit digitaler, oder IT-Sprache ist (DE: Stellvertretung Wohngruppenleitung). Bei fehlender Vertrautheit werden Daten auch nicht eingegeben, so dass die Eingabe von anderen Fachpersonen, resp. der Leitung übernommen wird.

Individuelle Wahrnehmung der medizinischen Qualitätsindikatoren

In den Interviews wurden die Teilnehmenden nach ihren individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen bzgl. der nationalen Qualitätsindikatoren gefragt. Daraus entstanden zwei Unterthemen: Unterschiedliche Einschätzungen der Erfassungen und unterschiedliche Kenntnisse zu den Daten. Die Teilnehmenden formulierten verschiedene Änderungswünsche.

Generell trafen wir in allen drei Sprachregionen auf Aussagen von Fachpersonen der Pflege- und Betreuung, dass die Erhebung der Daten hinsichtlich Schmerz, Depression, Kognition und Lebenserwartung subjektiv sei (IT/DE: Wohngruppenleitungen, FR: Qualitätsmanagement). Es kommt auf die Tagesform der Bewohnenden und die Einschätzung der Erhebenden an. Bei der Frage nach der Lebenserwartung zum Ausschluss von Bewohnenden in Palliative Care und End-of-Life Situationen für den Qualitätsindikator Mangelernährung gibt es eine Diskrepanz. Einerseits trauen sich Fachpersonen der Pflege- und Betreuung keine Einschätzung der Lebenserwartung zu, andererseits bestehen Ärzt:innen darauf, dass dieser Punkt nicht in den pflegerischen, sondern ärztlichen Zuständigkeitsbereich falle (DE: RAI NH-Kodiererin). Deshalb wird die Frage in beiden Fällen mit: «*Lebenserwartung wurde nicht geklärt/ erhoben*» beantwortet.

Die Faktenblätter zu den nationalen Qualitätsindikatoren von CURAVIVA (s. <https://www.curaviva.ch/Fachwissen/Medizinische-Qualitätsindikatoren/PR0oS/>), in denen sich auch Hinweise zur Datenerhebung finden, werden von den meisten Teilnehmenden praxistauglich eingeschätzt, andere beurteilen sie eher abstrakt (DE: Pflegeexpertin). Es zeigte sich allerdings auch, dass die Faktenblätter in Pflegeheimen der deutsch- und der französischsprachigen Schweiz teilweise gänzlich unbekannt sind. Aufgrund des fehlenden Wissens um die Faktenblätter lässt sich erklären, dass es oft unklar ist, mit welchen Assessmentinstrumenten die nationalen Indikatoren zu erheben sind. Vor allem bei der Erfassung der Schmerzintensität traf das Studienteam auf 11 verschiedene Assessmentinstrumente für die Selbst- und Fremdeinschätzung.

Ein Missverständnis zum Qualitätsindikator Schmerz zeigt sich auch in der Verknüpfung der Entscheidung, ob eine Selbst- oder Fremdeinschätzung gemacht werden soll, anhand der Cognitive Performance Scale (CPS). Die Wichtigkeit wird korrekt erkannt, wann zu wechseln und von der Selbsteinschätzung abzusehen ist (DE: Wohngruppenleitung). Hingegen ist diese Einschätzung in der Fachkompetenz der Befragenden, ob Bewohnende unabhängig vom CPS in der Lage sind ihre Schmerzen der letzten sieben Tagen anzugeben.

Qualitätsindikatoren waren gemäss verschiedener Personen in der Grundausbildung kein Thema (DE: FaGe, DE: Berufsbildung), obwohl die gemessenen Themen (z. B. Schmerz) unterrichtet werden. Ausserdem war auffällig, dass in den Pflegeheimen keine, oder kaum Weiterbildungen bezüglich der nationalen Qualitätsindikatoren angeboten werden (DE: diplomierte Pflegefachfrau).

Im Rahmen der Interviews wurden verschiedene Änderungswünsche angesprochen:

- Fördern eines grösseren Bewusstseins der nationalen Qualitätsindikatoren bei Pflege- und Betreuungspersonen aller Stufen (alle Sprachregionen) durch Einbezug der Basis mittels Schulungen, um die Sinnhaftigkeit der nationalen Qualitätsindikatoren zu verdeutlichen (DE: Abteilungsleitungen).
- Schnittstellen zur Vermeidung der Doppeldokumentation (alle Sprachregionen). So sollten diese zwischen der EDok und der Bedarfserhebungsinstrumente Erleichterung bringen, dass Medikamentenwirkstoffe, Gewicht, wie auch erhobene Assessments zu Schmerzen, Kognition und Depression automatisch übernommen werden.
- Benchmarking für IQM: Alle Teilnehmenden der französischsprachigen Schweiz mit Plaisir/Plex forderten einen Benchmarkbericht für ihr Verbesserungspotential.

- Einfachere Formulierung gewisser Fragen im Fragenkatalog für die nationalen Qualitätsindikatoren:
 - Lebenserwartung: Ein Vorschlag dafür war: «*Würde es sie erstaunen, wenn der Bewohner in den nächsten sechs Monaten sterben würde?*» mit ja/nein Antwortmöglichkeiten.
 - Doppelte Verneinung der bewegungseinschränkenden Massnahmen auflösen bei BESA
- Einfache Sprache für Anwendende, die Deutsch nicht als Muttersprache haben.
- Digitalisierung in der stationären Langzeitpflege: Dazu gehören unter anderem anwenderfreundlichere Anwendungen gewünscht, so dass es «*Spass macht damit zu arbeiten*» (DE: Applikationsverantwortliche), und ein «*intuitiveres Klicksystem*», so dass ein schneller Informationszugang ohne langes Suchen möglich ist (DE: RAI-Supervisorin).
- Hardware: Fachpersonen der Pflege- und Betreuung sollen Handgeräte zum Dokumentieren an Ort und Stelle haben, aber auch Schulungen im Umgang damit, und die Softwareanbieter sollen sicherstellen, dass ihre Produkte auf Handgeräten laufen.

Strukturelle Faktoren

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

Personalsituation

Aufgrund des Personalmangels sind Fachpersonen der Pflege- und Betreuung damit konfrontiert, grössere Gruppen an Bewohnenden zu pflegen. Damit verbunden ist eine wahrgenommene Zunahme des bürokratischen Aufwands, zu dem auch die nationalen Indikatoren gehören. Somit haben sie weniger Zeit für Beziehungen und qualitativ aussagekräftige Assessments pro Bewohner:in (DE: Fachverantwortliche Pflege; IT: Pflegeexpertin). Mit dem Einsatz von Temporärpersonal gestaltet sich die Einschätzung von Bewohnenden während der Beobachtungsphase schwieriger, gerade auch das Schmerzassessment mittels Fremdeinschätzung, da das Temporärpersonal die Bewohnenden nicht gut genug kennt (DE: Wohngruppenleitung).

Durch den Personalmangel findet ausserdem eine Verschiebung der Aufgaben statt. Assessment werden an weniger qualifiziertes Personal delegiert, so dass Assistenz- und Hilfspersonen Assessments ohne entsprechende Schulung durchführen (IT: diplomierte Pflegefachfrau). Gleichzeitig sind die anderen Fachpersonen der Pflege- und Betreuung auf ihre Rückmeldung angewiesen, da sonst Erhebungen vergessen werden (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 haben Zugang zu den beiden Skalen CPS und Depression Rating Scale (DRS). Betroffen sind Pflegeheime, die in BESA das Zusatzmodul zur Qualität nicht erworben haben.

Andere Probleme, die die Arbeit mit dem PC mit sich bringt, sind häufige Updates (DE: Wundexpertin), die ein stetig langsamer werdendes System nach sich ziehen, oder die Anfälligkeit für Fehler und Abstürze erhöhen (DE: Applikationsverantwortliche). In der französischsprachigen Schweiz mit dem IQM sieht man auch, dass die notwendige neue

Version Schwierigkeiten bereitet, Passwörter veraltet und Uploads der Qualitätsindikator-Daten durch neue Prozesse herausfordernd sind (FR: Qualitätsmanagement).

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 werden zu jedem nationalen Qualitätsindikator von den Teilnehmenden Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Bewegungseinschränkende Massnahmen

In zwei Beispielen zeigte sich, dass die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen (BEM) manchmal nicht bewegungseinschränkend ist, sondern die Funktion hat, das Sicherheitsbedürfnis von Angehörigen zu erhöhen oder Ablagefläche zu bieten, was zu Unsicherheiten in der Kodierung führt. Eine andere Herausforderung in einem Betrieb war die Frage, ob geteilte Bettgitter auch als BEM kodiert werden, wenn nur ein Teil hoch gestellt ist (DE: Qualitätsmanagement). Hier zeigt sich, dass Definitionen bezüglich halbhoher und geteilter Bettgittern Auslegungssache sind. Das Faktenblatt klärt nur die Anwendung von Bettgittern auf der gesamten Länge der Matratze, so dass Bewohnende das Bett nicht selbst verlassen können (CURAVIVA, 2018).

In den RAI-NH- Pflegeheimen kommt es zu Verwirrung, da der Titel im MDS-Bogen freiheits- und bewegungseinschränkende Massnahmen erwähnt und den Teilnehmenden der Unterschied zwischen den beiden oft nicht klar ist und auch nicht klar ist, was nun in die nationalen Qualitätsindikatoren einfließt. Ebenso beeinträchtigt das Verständnis der doppelten Verneinung in BESA zu BEM die Datenqualität.

Schmerzen

Pflegeheime erzählen von Bewohnenden, 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 Fachpersonen der Pflege- und Betreuung auf Basis ihrer Beobachtungen auch so eingeschätzt werden. Dem entgegengesetzt ist die Aussage einer Wohngruppenleitung, dass man dem vertraut, was Bewohnende sagen. Andere finden es lästig, beide Einschätzungen zu machen, da fast gleich ausgefüllt wird und es nur bei einem Teil der Bewohnenden Sinn macht zu unterscheiden.

Ausserdem wurde es gewöhnungsbedürftig beschrieben, wenn die Schmerzintensität täglich mit der Visuellen Analog Scala (VAS)/ Numeric Rating Scale (NRS-Skala) erfasst wird, aber während der Beobachtungsphase die Verbale Rating Scale (VRS-Skala) dafür zu nutzen ist. Es führe teilweise dazu, dass die Schmerzerfassung von den Bewohnenden nicht verstanden wird, weshalb Pflege- und Betreuungspersonen angeben, dass sie eine Art «Übersetzung» von den Resultaten aus den sonst verwendeten Assessmentinstrumenten zur VRS-Skala vornehmen: «Wenn er NRS 2 angibt, sind es für mich leichte Schmerzen.» (DE: Fachverantwortliche Pflege). Die Datenqualität ist somit durch Subjektivität, Doppelspurigkeiten und möglichen «Übersetzungsfehlern» aus anderen Schmerzassessments geprägt.

Polymedikation

Bei diesem Indikator sah das Studienteam unterschiedliche Prozesse, wie die Daten erhoben wurden. So konnten Teilnehmende auf allfällige Hilfsmittel in den EDoks zurückgreifen, wobei das Wissen um Hilfsmittel überhaupt erst vorhanden sein muss. Mittlerweile bietet jede EDok, die wir in der Studie sahen, eine Möglichkeit, die Anzahl Wirkstoffe pro Medikament gemäss LTC-ASC-Liste (long term care – active substance count) herauszulesen. Es ist jedoch mit

Kosten verbunden, die Liste freizuschalten und sie enthält nicht alle Medikamente. Dennoch wird den Systemen blind vertraut und nicht nachkontrolliert. Auch Wirkstoffe der Reservemedikamente, die in der Beobachtungsphase zusätzlich verabreicht wurden, zählen dazu, müssen aber speziell aus dem Verlaufsbericht herausgelesen werden, was laut Anwendenden der deutschsprachigen Schweiz oft vergessen wird.

Die Datenqualität kann beeinträchtigt sein, aufgrund von Kosten mit der Freischaltung der LTC-ASC-Liste, mögliche Unvollständigkeit derer; desweiteren Unwissen der Anwendenden der Liste, respektive mangelnder Kontrolle in der EDok.

Mangelernährung

Komponenten, die das Wiegen zu einer zeitaufwändigen pflegerischen Massnahmen machen, sind nach unseren Beobachtungen: Alter, körperliche Einschränkung, Funktionalität der Waage (Akku), Stress, sowie die Verfügbarkeit/Örtlichkeit von Waagen.

Bezüglich der Datenqualität zeigte sich, dass diplomierte Pflegefachpersonen aller Sprachregionen keine Berechnung des Gewichtsverlusts machen, sondern einfach schätzen.

Neu vorgeschlagene nationale Qualitätsindikatoren

Mit der geplanten Erweiterung der 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).

Das Studienteam befragte die Teilnehmenden dementsprechend nach den drei neuen Messthemen. In Interviews und Beobachtungen wurde dem Studienteam berichtet und gezeigt, was bereits gemessen wird, wie es erhoben (Screening, Wundprotokoll) und an andere Stellen rapportiert wird (Kantone, Qualivista für Audits).

Für die Umsetzung wurde der Wunsch geäußert, dass interprofessionell informiert und geschult werden solle und auch Ärzt:innen und Apotheker:innen einbezogen sind, vor allem bei den Themen Medikationsreview und gesundheitliche Vorausplanung.

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. Zwei Kantone (Tessin, Graubünden), in denen Pflegeheime an unserer Studie teilnahmen, erheben bereits Zahlen zu Dekubitus in Pflegeheimen.

Bezüglich gesundheitlicher Vorausplanung traf das Studienteam 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 weniger bekannt war. Die Umsetzung reichte vom Vorhandensein von Patient:innenverfügungen, und 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. Ein grundlegender Punkt ist die Frage, wer für die gesundheitliche Vorausplanung verantwortlich sein sollte, was teilweise zu Konflikten mit Hausärzt:innen führte. In den besuchten Pflegeheimen der französischsprachigen Schweiz ist die gesundheitliche Vorausplanung generell wenig bekannt. Auf die Frage nach dem Konzept setzten viele Befragte es mit einer Patient:innenverfügung gleich. Andere wussten zwar darum, aber keiner der teilnehmenden Pflegeheime 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 zur Gesprächsführung für die gesundheitliche Vorausplanung (vier Tage) und die Unklarheit darüber, wer die Bemühungen zur Anpassung und Förderung von gesundheitlicher Vorausplanung in den Pflegeheimen finanzieren soll.

Hinsichtlich Medikationsreview fand das Studienteam ebenfalls grosse Unterschiede in den teilnehmenden Pflegeheimen. Es herrscht Verwirrung, was eine Medikationsreview beinhaltet. Viele Interviewte und Beobachtete verstehen unter Medikationsreview einfach, dass Ärzt:innen und diplomierte Pflegefachpersonen, bestenfalls gemeinsam oder per Mail die Medikamentenliste evaluieren. Für einige ist die Medikationsreview gleichzusetzen mit einem jährlichen oder halbjährlichen Gespräch mit einem/r Apotheker:in, der allgemeine Ratschläge zur Medikation erteilt. Andere haben Erfahrungen mit umfassenderen Medikationsreviews gemacht, bei denen Apotheker:innen die Medikation von Bewohnenden analysieren und Empfehlungen für die Fachpersonen der Pflege- und Betreuung formulieren. Aus der Sicht einer Apothekerin wäre eine gemeinsame Visite mit Ärzt:innen sinnvoll, jedoch müsste die Kostenfrage geklärt sein. Fachpersonen der Pflege- und Betreuung äusserten sich hingegen oft zurückhaltend, falls die Medikationsreviews in Zusammenarbeit mit Ärzt:innen passieren soll, da sich diese bereits sonst herausfordernd gestaltet. 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.

Ergebnisse der Befragung von Anbietern

Alle sieben Anbieter, welche im Rahmen der Erhebung befragt wurden, erfassten Informationen zu den aktuellen nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren. Mehrere Anbieter messen bereits Informationen zu den neu vorgeschlagenen nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren.

Im Rahmen der Befragungen wurden verschiedene Themenbereiche identifiziert, welche für die Software Anbieter eine Herausforderung darstellen. Ebenso ergaben sich aus den Befragungen verschiedene Bedürfnisse der Anbieter, um zukünftig gut mit den nationalen Qualitätsindikatoren arbeiten zu können. Die wichtigsten Ergebnisse werden nachfolgend unterteilt in Herausforderungen und Bedürfnisse und nach Themenblöcken sortiert, zusammengefasst dargestellt.

Herausforderungen der Anbieter

Fehler in Algorithmen, die die automatische Datenerhebung und -erfassung unterstützen

Anbieter berichten über Schwierigkeiten bei der automatischen Zählung von Wirkstoffen beim Indikator Polymedikation. Die Anbieter stützen sich auf den HCI-Index, in dem die ITC-ASC Liste hinterlegt ist mit der Anzahl Wirkstoffe pro Medikament, berichten aber, dass der Algorithmus für die Zählung komplex ist, und erkennen an, dass es keinen Algorithmus gibt, der korrekt zählen kann. Ein besonderes Problem scheint es zu geben, wenn ein Wirkstoff mehr als einmal verordnet ist; der Algorithmus kann nicht alle möglichen doppelten Vorkommnisse erkennen. Dies macht manuelle Korrekturen erforderlich. Nicht alle Anbieter sind zuversichtlich, dass diese Zählfehler behoben werden können, und verweisen auf die Notwendigkeit einer verstärkten Schulung des Pflegepersonals zur Zählung der Polymedikation, resp. Überprüfung der vom System generierten Anzahl Wirkstoffe.

Es gibt unterschiedliche Berechnungen des Gewichtsverlusts, die nicht immer mit der Definition des Indikators übereinstimmen. Einige Anbieter rechnen die Schmerzintensität automatisch aus auf Basis der Eingabe mit der NRS im Schmerzprotokoll. Dabei ist ein Algorithmus hinterlegt, der den NRS in den im Indikator verwendeten VRS umwandelt, obwohl eine solche Umrechnung explizit nicht vorgesehen ist, da die Werte sich nicht entsprechen auf den beiden Skalen.

Jeder Anbieter entwickelt eigene Algorithmen, es gibt keine Stelle, mit der die Entwicklung gecheckt werden kann. Dementsprechend werden die entwickelten Algorithmen kaum überprüft, ausser es kommen Anfragen von aussen, es gibt neue Vorgaben oder es gibt ein Update der Software. Zentrale Informationsquelle sind die Faktenblätter von CURAVIVA.

Mangelnde Softwarekompatibilität zwischen verschiedenen Anbietern

Die Kompatibilität zwischen EDok Softwares und Bedarfserhebungsinstrumenten ist gering. Die Kompatibilität ist von Anbieter zu Anbieter unterschiedlich. Bei einigen gibt es keine Kompatibilität, was bedeutet, dass die Daten aus den Bedarfserhebungsinstrumente (z. B. Pflegestufe, CPS, DRS) manuell eingegeben werden müssen. Systeme, die einen automatischen Datentransfer zwischen EDok Softwares und Bedarfserhebungsinstrumenten ermöglichen, melden Fehler, die manuell korrigiert werden müssen. Neben der technischen Kompatibilität treten einige Probleme auf, wenn die Systeme unterschiedliche Formulierungen oder Operationalisierungen von Skalen verwenden, die eine automatische Datenübertragung verhindern.

Herausforderungen bei Lizenzen für die Risikoadjustierung

Derzeit haben die Anbieter der EDok Softwares keinen Zugang zu den interRAI CPS- und DRS-Skalen, die für die Risikoanpassung der Qualitätsindikatoren erforderlich sind; diese Skalen sind urheberrechtlich geschützt. Derzeit gibt es einen Engpass im System, da zwischen den Anbietern von Bedarfsermittlungsinstrumenten und den Anbietern von EDok Software Unklarheit über den Zugang zu diesen Lizenzen herrscht. Von den Beteiligten wurden unterschiedliche Ansichten geäußert, u. a., dass die Anbieter keinen Zugang zu den Lizenzen haben, aber auch, dass der Zugang zu den Lizenzen von den Anbietern der Software nie beantragt wurde.¹ Unabhängig vom Ursprung des Problems bedeutet dies derzeit, dass Informationen über kognitive Leistungen und depressive Symptome nicht in der EDok Software dokumentiert werden können (gemäß den von interRAI definierten Standards des CPS und DRS). Die Pflegeheime müssen die Daten manuell eingeben, indem sie sie aus dem Bedarfsermittlungsinstrument extrahieren. Wenn eine BESA-Einrichtung jedoch nicht das zusätzliche BESA-Qualitätsmodul erwirbt (das sind etwa 140 Einrichtungen, die mit BESA arbeiten), haben sie keinen Zugang zu diesen Skalen, weder über die EDok Softwares noch über das Bedarfsermittlungstool. Wenn die BESA-Einrichtungen die EDok Software nutzen, um die Daten an das BFS zu melden, fehlen ihnen die Daten für die CPS- und DRS-Bewertungen, oder die Skalendaten werden von den Pflegeheimen manuell berechnet, ohne dass eine offizielle Version der Skala vorliegt, oder geschätzt.

¹Das NIP-Q-UPGRADE-Programm und sein Team beabsichtigen nicht, eine formelle Erklärung über die Ursache des Problems beim Zugang zu den interRAI-Skalen abzugeben.

Herausforderungen bei der Datenverwaltung

Fehler bei Betriebsnummern (BUR) und Mehrfacheinträge erschweren die Identifikation von korrekten Daten bei den Anbietern. Weitere Herausforderungen bestehen bezüglich des Zeitpunkts der Dateneingabe und der rechtzeitigen Übermittlung oder Korrektur der Daten durch die Pflegeheime.

Datenübermittlung an das BFS

Die Mehrheit der Pflegeheime beauftragt die Anbieter mit der Datenaufbereitung und -übermittlung an das BFS. BESA- Pflegeheime, die ihre Daten selbst aufbereiten und das Zusatzmodul BESA Qualität nicht erwerben, haben keinen Zugang zu den interRAI CPS und DRS Skalen und können entsprechend, keine vollständigen Daten an das BFS senden. Die Übermittlung der Daten von den Pflegeheimen an das BFS gilt allgemein als aufwändig. Deshalb beauftragen die meisten Pflegeheime für diese Dienstleistung den Anbieter eines Bedarfserhebungsinstrument und bezahlen dafür.

Von den Anbietern festgestellte Bedürfnisse

Unterstützung bei der Operationalisierung von Qualitätsindikatoren in elektronischen Systemen

Anbieter wünschen sich eine Zusammenarbeit zwischen Anbietern, Bundesämtern und CURAVIVA für klare Anleitungen und Programmierregeln auch hinsichtlich der Programmierung neuer Qualitätsindikatoren. Es besteht Bedarf an proaktiven Informationen zu Änderungen bei Qualitätsindikatoren.

Bedarf an Schulungen für Einrichtungspersonal

Es gibt unterschiedliche Erfahrungen mit Schulungen von Pflegeheimen zur Verwendung von Produkten. Bei Anbietern von Bedarfserhebungsinstrumenten gehört die Schulung der Erfassung der Indikatoren zu ihrem Schulungsprogramm. EDok Softwares bieten Schulungen zur Verwendung ihrer Produkte an, die jedoch nicht die Erhebung von Qualitätsindikatoren beinhalten. Bei den Bedarfserhebungsinstrumenten werden auch Fragen rund um die Indikatoren vom Support beantwortet, bei der EDok Software ist das eher nicht der Fall. Ein verstärktes Schulungsangebot über die Verwendung von Qualitätsindikatoren als Teil des Rahmenlehrplans in der Pflegeausbildung wird gewünscht.

Datengesteuerte Strategien zur Optimierung der Datenqualität

Als Strategien zur Optimierung der Datenqualität werden von den Anbietern unter anderem die Kennzeichnung fehlender Daten, Benutzerhandbücher, Visualisierung ausgefüllter oder fehlender Daten und obligatorischer Angaben in Produkten genutzt.

Es gibt eine Einschränkung bei der Verwendung von Grenzwerten in der EDok Software, da die Festlegung von Standardgrenzwerten zu einer Einstufung als Medizinprodukt mit der entsprechenden Notwendigkeit einer Zertifizierung führen würde. Die Anbieter umgehen das Problem, indem sie in ihrer Software die Option anbieten, dass die Benutzer die Grenzwerte selbst festlegen können.

Auch wenn Software Möglichkeiten für eine automatisierte Überprüfung der Datenqualität anbieten, ist es bei den Klient:innen, wann sie tatsächlich ein Update der Software machen und entsprechend die Anpassungen nutzen könnten. Dies kann bis zu 2 Jahren gehen.

Unterschiedliche Ansichten über die Nutzung von Echtzeitdaten

Mehrere Anbieter bieten die Visualisierung von Bewohnendendaten, einschließlich Qualitätsindikatoren, über Dashboards (in Echtzeit) an. Dies beinhaltet jedoch im Allgemeinen kein Benchmarking. Die Anbieter vertreten unterschiedliche Ansichten zum Benchmarking, die von «*dies ist Aufgabe des Bundesamtes*» bis hin zu «*dies könnte durch ein vernetztes nationales Dashboard unterstützt werden*» reichen. Wenn die Anbieter Benchmarking anbieten, dann noch nicht mit Echtzeitdaten, sondern mit Berichten, die Daten aus den Vorjahren enthalten, jedoch meistens nur mit Pflegeheimen, die das gleiche Produkt verwenden (oder auch nationale Daten, soweit vom BAG publiziert).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Anbieter Befragung, dass Herausforderungen im Bereich der Algorithmen, Softwarekompatibilität, Lizenzen, Datenverwaltung und -übermittlung bestehen. Die Anbieter benötigen unter anderem Unterstützung bei der Operationalisierung von Qualitätsindikatoren, im Bereich Schulungen der Pflegeheime, sowie einer klaren Kommunikation bezüglich Änderungen bei den Qualitätsindikatoren.

Ergebnisse der kantonalen Umfrage

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der Umfrage, welche bei allen Schweizer Kantonen erfolgte, nach Themenblöcken gegliedert zusammenfassend dargestellt.

Qualitätssicherungsprogramme

Die Rücklaufquote der Umfrage betrug 26 von 26 Kantonen. Bei fast der Hälfte der Kantone ist mit 42% ein Qualitätsprogramm vorhanden (n=11), bei 91% der Kantone, welche ein Qualitätsprogramm haben, ist das Programm für die Pflegeheime auch obligatorisch, bei einem Kanton fehlte die Angabe dazu. Zudem werden bei 82% der Kantone mit einem Qualitätsprogramm auch Qualitätsindikator-Daten auf Ebene Bewohnende erhoben. Mit 73% ist ein Grossteil der Kantone an zukünftigen Updates zum NIP-Q-UPGRADE Programm interessiert.

Verantwortung für Qualitätsprogramme bei den Kantonen

Die Verantwortung für die Organisation von Qualitätssicherungsprogrammen variiert, wobei mehrere Kantone mit qualivista zusammenarbeiten. qualivista ist ein gemeinnütziger Verein, der das Qualitätsmanual qualivista zur Verfügung stellt und die strukturierte Qualitätssicherung in Pflegeheimen fördert (<https://qualivista.ch/ueber-uns/verein>). Weitere Kantone arbeiten teilweise mit anderen Stellen zusammen wie z. B. die kantonalen Heimverbände oder Fachhochschulen.

Inhalte der Qualitätsprogramme

Inhaltlich decken Qualitätsprogramme Themen wie Pflege- und Betreuungskonzepte, Autonomie der Bewohnenden und Sicherheitskonzepte ab. Darüber hinaus gibt es Programme, die spezifisch die Medikation und andere Qualitätsdaten, wie Palliative Care Konzepte und die Zufriedenheit von Bewohnenden und Angehörigen, erfassen. Einzelne Kantone, wie der Kanton Aargau und der Kanton Freiburg, haben umfassende eigene Qualitätsprogramme, welche ähnliche Inhalte wie qualivista abdecken, wie Qualitätsentwicklung insgesamt (Institutionsführung, Projekt- und Prozessmanagement), Pflege- und Betreuungskonzepte, sowie Autonomie und Rechte der Bewohnenden. Ebenso wurde der PLAISIR Bericht als Teil des Qualitätsprogramms von den PLAISIR nutzenden Kantonen genannt. Dieser wird auf der Ebene einzelner Pflegeheime, sowie auf kantonaler Ebene bereitgestellt und beinhaltet die Themenfelder Mobilität, kognitive Defizite, Verhalten und Stimmung, Ernährung, Ausscheidung und Hygiene.

Hier nicht weiter ausgeführt werden Angaben der Kantone im Bereich Zulassung-, Struktur- und Outcomekriterien, wo gesetzliche Verpflichtungen bezüglich Aufsicht der Kantone bestehen. Hier gaben die Kantone an, dass zum Zweck der Qualitätssicherung unter anderem Prüfungen im Rahmen der Erteilung und Erneuerung von Betriebsbewilligungen, Aufsichtsbesuche oder Inspektionsberichte, sowie Berichte zur Pflege- und Betreuungsqualität nach KVG zum Einsatz kommen. Dabei geht es übergreifend um die Prüfung der Konformität der Pflegeleistungen, sowie die Prüfung von Mindestanforderungen aus den Bereichen Finanzen, Stellenpläne, Pflege- und Betreuungskonzepte. Ebenso gaben verschiedene Kantone an, dass sie überprüfen, ob Pflegeheime mit einem Qualitätsprogramm / Qualitätsmanagement arbeiten, ohne vorzugeben, welches die Pflegeheime nutzen sollten.

Qualitätsindikatoren auf Ebene Bewohnende

Die Erhebung von Qualitätsindikatoren auf Ebene der Bewohnenden variiert zwischen den Kantonen. Auf Ebene der Bewohnenden werden in einigen Kantonen die RAI Qualitätsindikatoren erhoben und die Ergebnisse jährlich anhand des RAI Vergleichsberichts an die Pflegeheime zurückgemeldet. Dies haben die Kantone Basel-Stadt, Freiburg und Tessin angegeben. Des Weiteren wird in den Kantonen Genf, Neuenburg und Waadt gleichermaßen der Indikator Mundgesundheit via das Modul IQM erhoben, das auch zur Erhebung der nationalen Qualitätsindikatoren dient. Diese Messung befindet sich jedoch laut Rückmeldung der Kantone aktuell noch in Entwicklung. Zudem werden Indikatoren zu den Themenbereichen kognitive Einschränkung/Demenz, Medikamente, bewegungseinschränkende Massnahmen, Dekubitus, Stürze und Ernährung von mehreren

Kantonen erhoben. Ausserdem werden in einigen Kantonen Umfragen zur Bewohnenden-Zufriedenheit abgefragt.

Die Häufigkeit der Rückmeldung an Pflegeheime und die Unterstützungsmaßnahmen differieren zwischen jährlich bis zu alle fünf Jahre oder nur auf Anfrage der Pflegeheime. Unterstützungsmaßnahmen für die Pflegeheime bestehen seitens der Kantone in Form von Ausbildungstagen, Workshops, Auditierungen und Besuchen vor Ort oder einem Angebot zur fachlichen Unterstützung bei Bedarf.

Im Bereich Medikation gibt es unterschiedliche Ansätze, von RAI-Qualitätsindikatoren bis hin zu qualivista-Kriterien und Programmen zur Überarbeitung von Medikationsplänen. Die genannten Qualitätsindikatoren im Bereich Medikation unterscheiden sich nicht von der bereits umgesetzten nationalen Messung (Polymedikation). Die Unterstützung bei der Überarbeitung des Medikationsplans im Kanton Waadt ist eine passende Begleitmassnahme für den geplanten Qualitätsindikator Medikationsreview, beinhaltet jedoch selber keine Messung des Indikators.

Weitere Qualitätsdaten

Unabhängig von den gemeldeten Qualitätsprogrammen und Qualitätsindikatoren auf Ebene Bewohnende wurden von den Kantonen noch weitere Qualitätsdaten angegeben, welche erhoben werden. Hier sind z. B. Befragungen zum Thema Bewohnenden und Angehörigen Zufriedenheit zu nennen, ebenso wie die Abfrage von Palliative Care Konzepten, sowie insgesamt von Pflege und Betreuungskonzepten, sowie Angaben zu den Themen selbstbestimmtes Sterben, Patientenverfügungen, Hygiene, sowie Gewalt – und Aggressionsereignisse.

Dekubitus und/oder bewegungseinschränkende Massnahmen werden von den Kantonen Basel-Landschaft, Aargau und Graubünden erhoben, womit eine Parallelität zu den nationalen Qualitätsindikatoren entsteht. Diese Qualitätsindikatoren werden zusätzlich zu den bereits mit den Bedarfserhebungsinstrumenten RAI oder PLAISIR erhobenen Daten den Kantonen geliefert, resp. weichen in ihrer Operationalisierung von der national umgesetzten oder geplanten Messung ab.

Die Resultate der Umfrage verdeutlichen, dass die Nutzung von Qualitätssicherungsprogrammen in den 26 Schweizer Kantonen fragmentiert ist. Etwa die Hälfte der Kantone nutzt bisher keine Programme, während qualivista in 11 Kantonen weit verbreitet ist. Nur 10 Kantone erheben Daten auf der Bewohnendenebene, hauptsächlich durch RAI oder PLAISIR, wobei Aargau und Graubünden zusätzliche Indikatoren nutzen.

Die fehlende Verfügbarkeit nationaler Daten auf Betriebsebene führt zu Doppelbelastungen für Pflegeheime, die Daten sowohl dem Bund als auch dem Kanton liefern müssen. Aktuell bieten die Kantone wenig konkrete Unterstützung im Umgang mit Daten, doch einige zeigen Entwicklungen in dieser Hinsicht.

4. Schlussfolgerung

Die Datenqualität in Schweizer Pflegeheime ist komplex. Auf der Ebene der Pflegeheime gibt es Unterschiede darin, wie und welche Daten bewertet und erfasst werden. Dies wurde für alle nationalen Qualitätsindikatoren festgestellt. Dies scheint mit unterschiedlichen Praktiken innerhalb der Pflegeheime zusammenzuhängen, aber auch Unterschiede zwischen einzelnen Pflege- und Betreuungspersonen wurden beobachtet. Die Unterschiede könnten mit (mangelndem) Bewusstsein und Wissen, Einstellungen, Gewohnheiten und kulturellen Normen zusammenhängen. Das Bewusstsein und die Wahrnehmung der Qualitätsindikatoren und damit auch die Wahrnehmung ihrer Datenqualität wurden auch durch die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, z. B. mit Hausärzt:innen,

beeinflusst. Wichtige Kontextelemente waren die Verfügbarkeit von Ressourcen zur Unterstützung qualitativ hochwertiger Datenprozesse. Probleme mit der Datenqualität wurden durch Fehler in den Datenalgorithmen und durch Unterschiede in den Algorithmen zwischen den Anbietern verstärkt. Es wurden kantonale Unterschiede bei der Qualitätsüberwachung in Pflegeheime festgestellt. Dazu gehören Unterschiede bei den Indikatoren, die zusätzlich zu den nationalen Qualitätsindikatoren gemessen werden. Die Datenqualität wird von den Kantonen nicht überwacht. Insgesamt zeigt das Teilprojekt erhebliche Probleme mit der Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren auf, was darauf hindeutet, dass systematische Messfehler wahrscheinlich zu Problemen mit der Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Daten führen. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse auch darauf hin, dass die national gemeldeten Daten wahrscheinlich verzerrt sind.

Mit diesem Teilprojekt wurde zum ersten Mal eine nationale Kontextanalyse zur Datenqualität der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren gemacht. Es dient als Grundlage für das weitere Vorgehen im Arbeitspaket 1 von NIP-Q-UPGRADE für die Verbesserung der Datenqualität. Im Teilprojekt 1.4 wird die Datenqualität weiter untersucht, indem sie quantifiziert wird. Gleichzeitig werden in Teilprojekt 1.7 Strategien entwickelt, um die Einrichtungen bei der Verbesserung der Datenqualität zu unterstützen. Hier sind die Erkenntnisse aus 1.3/3.3 zentral, um gezielt auf identifizierte hinderliche Faktoren für die Datenqualität einzuwirken und förderliche Faktoren zu nutzen. Im Teilprojekt 1.5 werden derzeit Treffen mit den Anbietern organisiert, um die in 1.3/3.3 identifizierten Problembereiche anzugehen, wie z. B. die Erstellung von einheitlichen Algorithmen. Auf Basis der Resultate der Umfrage bei den Kantonen werden Treffen mit den Kantonen organisiert, um deren Rolle bei der Förderung einer guten Datenqualität und einer datenbasierten Qualitätsentwicklung zu erkunden und zu diskutieren, wo Synergien mit dem NIP-Q-UPGRADE Programm bestehen können. Die Verbesserung der identifizierten Problemstellungen wird letztlich zu einer genaueren Berichterstattung über die Pflegequalität führen, so dass die Pflegeheime, die Angehörigen und Bewohnende sowie die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen korrekt informiert werden.

Das Teilprojekt 1.3/3.3 konnte wie geplant umgesetzt werden um eine erste Bestandsaufnahme zu machen bezüglich der Datenqualitätsprozesse und Faktoren, die der Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren zugrunde liegen. Nach Befragung der ersten Pflegeheime wurde das Teilprojekt um die Befragung der Kantone erweitert, die ursprünglich nicht geplant war.

5. Empfehlungen

Empfehlungen wurden bereits im September 2023 aus der Studie 1b mit der Befragung der Anbieter (vgl. Anhang A: Empfehlungen aus der Befragung von Anbietern) und im Oktober 2023 aus der Studie 2 mit der Befragung der Kantone (vgl. Anhang B: Empfehlungen aus der kantonalen Umfrage) ausgesprochen. Es werden hier die zentralen Aussagen aufgenommen und mit Empfehlungen auf Basis der Erhebungen in den Pflegeheime (vgl. Anhang C: Empfehlungen aus der Rapid Ethnography bei den Pflegeheimen) kombiniert.

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.

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 Indikator beeinträchtigen.

- Die Algorithmen zur automatisierten Berechnung der Variablen für die Qualitätsindikatoren sollen vereinheitlicht werden.
- Es soll geklärt werden, inwiefern die Messung der aktuellen QI eine Aktualisierung braucht, insbesondere die Wahl der Instrumente zur Messung der Schmerzintensität und die Berechnung des Gewichtsverlusts.
- Im Bereich des Qualitätsindikators Polymedikation sollen die Regeln zur Zählung der Wirkstoffe aktualisiert werden.
- Die Faktenblätter zu den medizinischen Qualitätsindikatoren CURAVIVA sollen aktualisiert, resp. für die neuen Messthemen entwickelt werden.
- Es soll mit den Kantonen, die aktuell separat dieselben Qualitätsindikatoren erheben wie der Bund, überprüft werden, wie die Doppelbelastung für die Heime reduziert werden kann.

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, um ein evidenzbasiertes Angehen der Messthemen zu ermöglichen.
- Wir empfehlen eine Untersuchung der Bedeutung der Art der Medikamentenverteilung 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. Diese greift verschiedene Themen auf und kann die Arbeit mit Ansprechpersonen von verschiedenen Stakeholdern (z. B. BAG, BFS, GDK, Bedarfserhebungsinstrumente, Bewohnendendokumentation, CURAVIVA, senesuisse) kombinieren
- Wir empfehlen die Klärung der Lizenzfrage für die urheberrechtlich geschützten Skalen von interRAI CPS und DRS für alle Schweizer EDok-Software-Anbieter und Anbieter von Bedarfsermittlungsinstrumenten, um 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.

- Wir empfehlen die Erhöhung der Lesbarkeit und Verständlichkeit der Assessmentfragen.
- Wir empfehlen die Zertifizierung von Softwareanbietern zu prüfen, die nationale 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 zu prüfen, wie die nationalen Qualitätsindikatoren in Qualitätsverbesserungsmassnahmen von Behörden und Zertifizierungsstellen integriert werden können.
- Wir empfehlen, Finanzierungsfragen zu klären in Bezug auf die Datenerhebung und die Durchführung von interprofessionellen Medikationsreviews.
- Wir empfehlen, die Kantone nach Möglichkeit in die Entwicklungen des Programms zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung miteinzubeziehen.

Referenzen

- **Bastiaan Van Grootven, Nathalie IH Wellens, Franziska Zúñiga und das NIP-Q-UPGRADE Consortium (2023):** *Von den Anbietern von Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendokumentationssoftware gemeldete Herausforderungen und Bedürfnisse im Hinblick auf die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren.* 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 (Version 3). Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel.
- **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).
- **Lisa Kästner, Bastiaan Van Grootven, Franziska Zúñiga (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 (Version 3). Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel.
- **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 2022-2026 (NIP-Q-UPGRADE) im Auftrag der eidgenössischen Qualitätskommission (Version 3). Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel.
- **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.
- **Webseite qualivista (2020):** <https://qualivista.ch/bewertung/stationaer/nutzung> (Stand 2020, abgerufen 23.10.2023)
- **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/Betriebe der stationären Langzeitpflege, Version 1.3 | Publikation | Bundesamt für Statistik (admin.ch).

Anhang A: Empfehlungen aus der Befragung von Anbietern

Bei den Empfehlungen aus den Gesprächen mit den Anbietern wurde zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen unterschieden und gruppiert nach Klärungen im Bereich der Algorithmen, Lizenz, Anlaufstelle, Schnittstellen und Schulungen.

1. Kurzfristig (innerhalb 1 Jahr)

Algorithmen:

- Vereinheitlichung der Algorithmen zur automatisierten Berechnung der Variablen für die QI. Basierend auf den Rückmeldungen der Pflegeheime eine Verschriftlichung von Hinweisen zu Algorithmen, Grenzwerten und möglichen Hinweisen in der Software.
- Klärung einer möglichen Anpassung der Berechnung der Schmerzintensität (VRS vs. NRS)
- Gespräch mit HCI Solution zu möglicher Unterstützung der Algorithmen zur Polymedikation

Lizenz u.ä.:

- Klärung der Lizenzen für die urheberrechtlich geschützten Skalen von interRAI CPS und DRS für alle Schweizer EDok-Software-Anbieter und Anbieter von Bedarfsermittlungsinstrumenten. Dazu gehört auch die Klärung des Verfahrens zur Beantragung des Zugangs zu urheberrechtlich geschützten Skalen.
- Beantragung von Lizenzen für alle urheberrechtlich geschützten Items von interRAI, die für die nationalen Qualitätsindikatoren der Schweiz verwendet werden.
- Überprüfung des Prozesses der Definition von Assessment-Items für aktuelle und zukünftige nationale Qualitätsindikatoren im Hinblick auf mögliche Urheberrechte und Anforderungen an Lizenzen für Skalen. Dazu gehört auch die Definition von Standardprozessen für den Erwerb von Lizenzrechten, um den Zugang zu den für die nationalen Qualitätsindikatoren benötigten Daten zu erleichtern.

2. Mittelfristig (innerhalb von 2 Jahren)

Algorithmen:

- Anpassung der Algorithmen und Vereinheitlichung
- Anpassung der Faktenblätter zu den bestehenden QI und Integration von Hinweisen, wie mit automatischen Berechnungen durch die Software umzugehen ist und worauf es zu achten gilt

Lizenz u.ä.:

- Integration von CPS und DRS in Bewohnerdokumentationssoftware

Anlaufstelle:

- Klärung einer einheitlichen Anlaufstelle für Fragen rund um die nationalen QI

Schulung:

- Erarbeitung von unterstützenden Hilfsmaterialien für Schulungen rund um die Datenqualität (bereits geplant in NIP-Q-UPGRADE)

3. Langfristig (innerhalb von 3-5 Jahren)

Schnittstellen:

- Klärung, wo Schnittstellen fehlen und Aufgleisen von entsprechenden Arbeiten

Anhang B: Empfehlungen aus der kantonalen Umfrage

Die Empfehlungen aus der kantonalen Umfrage werden hier zusammenfassend dargestellt.

Reduktion der Doppelerhebung:

- Klärung mit betroffenen Kantonen, die bereits Daten zu neuen Qualitätsindikatoren erheben.
- Potenzielle Kooperationen mit qualivista prüfen, da es in vielen Kantonen weit verbreitet ist.
- Nutzung bestehender kantonalen Strukturen für Sensibilisierung und Schulungen.

Unterstützung für Pflegeheime:

- Entwicklung von Maßnahmen und Unterstützung für die Einführung neuer Qualitätsindikatoren.
- Einbeziehung der Kantone in die Gestaltung von Unterlagen zur datenbasierten Qualitätsverbesserung.

Offene Fragen und weitere Abklärungen:

- Klärung der Vollständigkeit der Rückmeldungen einiger Kantone zu Qualitätsprogrammen.
- Festlegung eines Mechanismus, um Kantone und andere Zuständige über NIP-Q-UPGRADE auf dem Laufenden zu halten.

Empfehlungen für die Zukunft:

- Rückmeldung und Ergänzungen zum Bericht von den Kantonen einholen.
- Anpassungen bei der Einführung neuer nationaler Qualitätsindikatoren mit den betroffenen Kantonen abstimmen.
- Regelmäßige Updates für Kantone über NIP-Q-UPGRADE sicherstellen, um Synergien zu nutzen.
- Fortlaufender Austausch mit qualivista für potenzielle gemeinsame Initiativen.

Workshop/Treffen mit den Kantonen:

- Organisation eines Workshops im Laufe von 2025, um die entwickelten Unterlagen zu präsentieren und in kantonale Programme zu integrieren.

Anhang C: Empfehlungen aus der Rapid Ethnography bei den Pflegeheimen

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	Teilprojekt 1.7

				Qualitätsentwicklung wird nicht gesehen (S. 12).	
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	Hoch	EDok Anbieter	Die Automatisierung der Zählung erlaubt valide und	Teilprojekt e 1.5 / 1.7

	der Polymedikation unterstützen. Der entsprechende Algorithmus soll national einheitlich umgesetzt werden.		NIP-Q-UPGRADE-Team	vergleichbare Daten zu erhalten.	
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.	Teilprojekte 1.5 / 1.7

				22). Ein einheitlicher Algorithmus erlaubt valide und vergleichbare Daten zu erhalten.	
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 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	Teilprojekt 3.4

				darunter zu verstehen ist (S. 23).	
--	--	--	--	------------------------------------	--

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	Mittel	Fort- und Weiterbildungsprogramme	Die Integration der nationalen Qualitätsindikatoren in laufende Fort- und Weiterbildungen stärkt deren Umsetzung.	Teilprojekte 1.7 / 2.4

	erste Bestandesaufnahme der vorhandenen Fort- und Weiterbildungsprogramme umfassen.		NIP-Q-UPGRADE-Team		
B-3	Wir empfehlen, die Rolle von Assistenz- und Hilfspersonen bei der Bewertung und Erfassung von Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren zu 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.	Mittel	Leistungserbringerverbände	Die Assistenzpersonen sind am nächsten bei Bewohnenden und sind oft diejenigen, die die Daten erheben (S. 17). Wenn Assistenzpersonen Daten direkt eingeben können, werden Doppeldokumentationen und Datenverlust bei der mündlichen Weitergabe minimiert (S. 11).	Teilprojekte 1.7 /2.4
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	Keine

				Klärung um je nach Resultat Massnahmen zu ergreifen.	
--	--	--	--	---	--

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,	Hoch	Bedarfserhebungsinstrumente	Ein Dashboard mit Live Daten erlaubt Pflegeheimen, kontinuierlich ihre Qualität zu	Teilprojekt 1.5

	Möglichkeiten zu prüfen, um aktuelle (Live-)Daten für die nationalen Qualitätsindikatoren anzubieten		EDok Anbieter Eidgenössische Qualitätskommission	überwachen und bei Bedarf Massnahmen zu ergreifen.	
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	Tief	Pflegeheime	Die Digitalisierung könnte Prozesse vereinfachen. Daten werden oft auf Handzettel notiert und erst später in eDOK übertragen, was zu Übertragungsfehlern	Teileziel 1.7

	Effizienzsteigerungen sollten gegen potenzielle Risiken abgewogen werden.			führen kann. Gleichzeitig wurde auch bei vorhandenen Handgeräten auf Papier dokumentiert wegen technischen 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	Teilprojekt 1.6

				verstehen und Beobachtungen / Tätigkeiten zu dokumentieren (S. 13/17).	
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 erhoben und weiterverarbeitet werden.	Teilprojekt 1.6

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	Teilprojekt 2.4

				Auswertungen zu machen und aus ihren Daten zu lernen.	
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 Qualitätsindikator in der hausärztlichen Versorgung schärfen	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Es ist wichtig, die Hausärzt:innen einzubeziehen in die Messung der Polymedikation, damit ein gemeinsames Verständnis zu den nationalen Qualitätsindikatoren vorhanden ist.	Teilprojekt 2.4
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	Hoch	NIP-Q-UPGRADE-Team	Eine gelingende interprofessionelle	Teilprojekt 2.4

	Zusammenarbeit zwischen dem Personal der Pflegeheime und den Hausärzt:innen aufzeigen. Dazu gehört auch die Verbesserung der strukturellen Zusammenarbeit.			Zusammenarbeit erleichtert das Angehen der nationalen Qualitätsindikatoren im Medikationsbereich und zur gesundheitlichen Vorausplanung.	
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, Qualitätskriterien auf kantonaler Ebene, Qualitätsstandards in Zertifizierungsprogrammen).	Mittel	Eidgenössische Qualitätskommission Kantone Zertifizierungsprogramme	Mit der Integration der nationalen Qualitätsindikatoren in Qualitätskriterien (insbesondere auch von anderen Berufsgruppen, die in die Qualitätsmessung und -verbesserung involviert sind) und Qualitätsprogramme können diese optimal genutzt werden.	Teilprojekt 2.4
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	Mittel	Eidgenössische Qualitätskommission BAG	Zusätzliche finanzielle Ressourcen mit z. B. der Möglichkeit, Fachpersonen anzustellen, die Qualitätsmessung und -	Keine

	Verbesserung der Datenqualität und der Qualität der Pflege in Pflegeheimen einzubeziehen.			verbesserung im Pflegeheime unterstützen (z. B. Qualitätsmanager:in, Pflegeexpert:in), stützt die Professionalisierung der Qualitätsentwicklungsprozesse.	
--	---	--	--	---	--