

Faktenblatt Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Überblick

Auf Basis von Artikel 59a Krankenversicherungsgesetzes KVG sind Pflegeheime in der Schweiz verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um medizinische Qualitätsindikatoren zu überwachen.

Auf der Basis von Art. 8a Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV werden die Daten für die Berechnung der Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen im Rahmen der üblichen Assessments mit den Bedarfserhebungsinstrumenten erfasst. Das für die Bedarfsermittlung verwendete Instrument muss die Erfassung der Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren ermöglichen.

Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik gesammelt und dem Bundesamt für Gesundheit zur Verfügung gestellt. Diese medizinischen Qualitätsindikatoren werden veröffentlicht werden. Zusätzlich zur öffentlichen Verwendung der Qualitätsindikatoren macht es Sinn, die Daten aus den Bedarfserhebungsinstrumenten auch intern im Pflegeheim für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zu verwenden zur Überwachung und Optimierung der Qualität. Dieses Faktenblatt unterstützt die interne Verwendung von Qualitätsindikatoren.

Was wird gemessen?

Es wurden sechs Qualitätsindikatoren in vier Messthemen festgelegt: bewegungseinschränkende Massnahmen (zwei Qualitätsindikatoren), Mangelernährung, Polymedikation und Schmerzen (zwei Qualitätsindikatoren). Die sechs Qualitätsindikatoren sind wie folgt definiert:

Bewegungseinschränkende Massnahmen:

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglicher Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindert in den letzten 7 Tagen.
- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche Bewohnende am selbständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen.

Mangelernährung:

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen.

Polymedikation:

- Prozentualer Anteil an Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnehmen.

Schmerzen:

- Selbsteinschätzung: Der prozentuale Anteil der Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen oder nicht täglich sehr starke Schmerzen angaben.
- Fremdeinschätzung: Prozentualer Anteil der Bewohnenden, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen zeigten oder nicht täglich sehr starke Schmerzen.

Was sind Ausschlusskriterien?

Bei mehreren Qualitätsindikatoren werden Ausschlusskriterien angewendet. Dies bedeutet, dass Bewohnende, die festgelegte Kriterien erfüllen, nicht in die Berechnungen eingeschlossen werden. Dies gilt z. B. bei der Mangelernährung: hier werden alle Bewohnenden ausgeschlossen bei denen angegeben wird, dass ihre Lebenserwartung weniger als 6 Monate beträgt. Da ein Gewichtsverlust am Lebensende zu erwarten ist, lässt sich daraus keine Aussage über die Qualität eines Pflegeheims ableiten. Ebenso werden bei der Mangelernährung alle Bewohnenden ausgeschlossen, bei denen nur ein Eintrittsassessament vorliegt. Da der Gewichtsverlust über die letzten 30, bzw. 180 Tage gemessen wird, misst das Eintrittsassessament die Entstehung eines Problems vor dem Eintritt ins Pflegeheim. Dies liegt nicht im Einflussbereich des Pflegeheims und Bewohnende mit nur Eintrittsassessament werden deshalb ausgeschlossen von der Messung. Mit dem Ausschluss wird also die Auswahl der untersuchten Bewohnenden auf diejenigen beschränkt, bei denen das Vorliegen des untersuchten Indikators tatsächlich ein Qualitätsmerkmal ist. Damit verringert sich die Gesamtanzahl der berücksichtigten Bewohnenden in der Berechnung des Indikators. Die konkreten Ausschlusskriterien pro Qualitätsindikator sind in den Faktenblättern zu den einzelnen Messthemen aufgeführt.

Was ist eine Risikoadjustierung?

Verschiedene Faktoren können die Unterschiede zwischen den Pflegeheimen in der Messung der Qualitätsindikatoren beeinflussen. So unterscheiden sich Pflegeheime auf der Organisationsebene (z. B. in Bezug auf Grösse, Schwerpunkt des Pflegeheims, Casemix) und auf der Ebene der Bewohnenden (z. B. kognitive Fähigkeiten, Pflegeintensität). Ein Teil der Unterschiede, die sich bei der Messung der Qualitätsindikatoren zeigen, hat mit diesen Unterschieden auf der Ebene der Organisation und der Bewohnenden zu tun. Zudem gibt es Unterschiede, die rein zufällig entstehen. Nicht alle Unterschiede sind somit ein Zeichen von tatsächlich unterschiedlicher Qualität. Um diesem Problem zu begegnen, wird mit einer Risikoadjustierung gearbeitet. Dabei werden bekannte Faktoren, die die Unterschiede beeinflussen, in der Berechnung der Qualitätsindikatoren berücksichtigt. Damit werden die Resultate besser vergleichbar, da die gefundenen Unterschiede in den Kennzahlen der Pflegeheime eher tatsächliche Qualitätsunterschiede widerspiegeln.

Bei allen sechs Qualitätsindikatoren wird eine Risikoadjustierung aufgrund der Pflegestufe und der kognitiven Einschränkung (gemessen mit der Cognitive Performance Scale CPS) durchgeführt. Für einzelne Qualitätsindikatoren werden noch weitere Merkmale adjustiert, Hinweise finden Sie in den zugehörigen Faktenblättern.

Wie können Qualitätsindikatoren im Pflegeheim verwendet werden?

Die Qualitätsindikatoren helfen, die Qualität im eigenen Pflegeheim in Bezug auf das gemessene Thema zu überprüfen. Es gilt zu berücksichtigen, dass ein Indikator kein direktes Mass der Qualität ist, sondern ein Werkzeug, um die Qualitätsentwicklung zu unterstützen. Die nationalen Qualitätsindikatoren machen auch keine Aussage über die Gesamtqualität eines Pflegeheimes, sie sprechen nur die Themen an, die sie messen. Es gilt sorgfältig zu analysieren, wie eine Kennzahl zu Stande kommt und wie sie sich interpretieren lässt.

Die interne Verwendung von Qualitätsindikatoren braucht somit eine Einbettung im Gesamtkonzept der Qualitätsentwicklung im Pflegeheim. Zudem verändert die Datensammlung alleine die Qualität nicht, wenn die Daten nicht ausgewertet und in einen Kontext gesetzt werden und Entwicklungsprozesse eingeleitet werden.

Eine gezielte Verwendung der Qualitätsindikatoren kann anhand von sieben Schritten durchgedacht werden:

1. Zielsetzung klären
2. Konzepte klären
3. Messkonzept definieren
4. Einheitliche Messung sicherstellen
5. Datensammlung planen und durchführen
6. Daten analysieren und interpretieren
7. Massnahmen ableiten und umsetzen, Nachhaltigkeit sicherstellen

1. Zielsetzung klären

Wie sind die nationalen Qualitätsindikatoren in die Ziele des Pflegeheims integriert? Ist für die Mitarbeitenden verständlich, warum das Pflegeheim diese Qualitätsindikatoren monitorisiert?

2. Konzepte klären

Ist für die Mitarbeitenden verständlich, wie diese Qualitätsindikatoren in die Gesamtqualität, die das Pflegeheim bietet, eingebettet sind, welche Aussagen sie erlauben und was aus den Resultaten nicht abgeleitet werden kann?

3. Messkonzept definieren

Die Pflegeheime sind verpflichtet, die Daten für die Messung der Qualitätsindikatoren dem Bundesamt für Statistik kostenlos zur Verfügung zu stellen. Es steht ihnen jedoch frei, wie sie die Daten intern verwenden, ob sie die Qualitätsindikatoren auch intern regelmässig messen möchten. Wenn ein Pflegeheim ein internes Monitoring aufbauen möchte, gehören dazu z. B. die Fragen, ob mit Benchmarking gearbeitet wird, ob alle oder eine Auswahl von Qualitätsindikatoren monitorisiert werden, oder auf welcher Ebene das interne Monitoring durchgeführt wird (Abteilung, Pflegeheim).

Für die Auswertung können zwei Arten von Vergleichen unterschieden werden:

- **Interner Vergleich:** Das Pflegeheim vergleicht seine Kennzahlen im Lauf der Zeit: mit einer regelmässigen, z. B. dreimonatlichen Zusammenstellung der Daten aus den Bedarfserhebungsinstrumenten können Kernthemen im Pflegeheim überwacht werden, ob gesetzt Ziele erreicht werden, Verbesserungen erreicht und erhalten werden oder ob neuer Handlungsbedarf besteht, wenn sich die Kennzahlen im Lauf der Zeit verschlechtern.
- **Benchmarking:** Das Pflegeheim vergleicht sich zu einem bestimmten Zeitpunkt mit anderen Pflegeheimen: Ein Benchmarking kann z. B. jährlich oder zweijährlich durchgeführt, um sich in Bezug auf die Messthemen mit anderen Pflegeheimen zu vergleichen und so die eigenen Leistungen zu überwachen sowie Stärken und Handlungsbedarf zu identifizieren. Die Bedarfserhebungsinstrumente stellen hier Möglichkeiten zur Verfügung, um solche Benchmarkings durchzuführen. Benchmarking kann auch helfen, Pflegeheime mit guten Resultaten zu identifizieren und im Austausch voneinander zu lernen. Anhand vom Benchmarking können funktionierende Prozesse und Aktivitäten identifiziert werden und es gibt neue Ideen, wie Qualität erreicht und erhalten werden kann.

Die Daten können auf der Pflegeheimebene oder auf der Abteilungsebene ausgewertet werden. Es zeigt sich, dass Unterschiede unter Abteilungen innerhalb eines Pflegeheims genau so gross sein können wie Unterschiede zwischen Pflegeheimen. Für das interne Monitoring lohnt es sich, die Berechnung der Qualitätsindikatoren auf Abteilungsebene zu machen und den Teams zurückzumelden. So erhalten diejenigen Personen eine Rückmeldung, die aktiv in der Pflege der betroffenen Bewohnenden involviert sind. Dabei ist zu beachten, dass zu kleine Einheiten keine hilfreichen Daten liefern: wenn z. B. eine Einheit mit nur 10 Plätzen gewählt wird, würde bei zwei vom Qualitätsindikator betroffenen Personen bereits ein Resultat von 20% für die Einheit rapportiert. Jede zusätzlich betroffene Person verändert das Resultat um 10%. Es empfiehlt sich, die interne Auswertung in Einheiten von 20 Plätzen und mehr zu machen oder Resultate von kleineren Einheiten mit der entsprechenden Vorsicht zu interpretieren.

4. Einheitliche Messung sicherstellen

Für vergleichbare Daten ist es wichtig, dass die Mitarbeitenden, die die Einschätzung anhand der Bedarfserhebungsinstrumente machen, die Fragen gleich verstehen. Die Anleitungen der Instrumente selber geben hier Auskunft ebenso wie die Faktenblätter von CURAVIVA. Schulungen und Rückmeldung in konkreten Situationen an die Ausfüllenden unterstützen die einheitliche Messung.

Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren kann auf die endgültige Definition des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zurückgegriffen werden. Für das interne Monitoring empfehlen wir aus Gründen der Machbarkeit, nur mit den Ausschlusskriterien und nicht mit der Risikoadjustierung zu rechnen. In der internen Auswertung lässt sich gut direkt klären, inwiefern z. B. eine Verschiebung im Casemix Veränderungen in den Kennzahlen erklären könnte.

5. Datensammlung planen und durchführen

Hier geht es z. B. darum zu bestimmen, welche Möglichkeiten die Systeme bieten, in denen die Assessmentdaten gesammelt werden, um Daten herauszuholen, wer die Daten aus dem System holt und in welchem Abstand.

6. Daten analysieren und interpretieren

Als nächstes gilt es zu klären, wer die Daten analysiert und evtl. die Berechnungen überprüft. Wie werden die Berechnungen gemacht (z. B. im System selber, Excel), in welcher Form werden die Resultate dargestellt (besser Grafik als nur Zahlen oder Tabelle), welche Software wird benutzt? Wem werden die Daten

kommuniziert (z. B. Kader, Qualitätsverantwortliche, Pflegeexperten, Pflege- und Betreuungspersonal), in welcher Form (z. B. E-Mail, Intranet, Aushang)? Worauf wird bei der Interpretation geachtet, welche Zielwerte werden angestrebt (z. B. absoluter Grenzwert oder unter dem nationalen / kantonalen Mittelwert)? Bei der Interpretation gilt es zu beachten, wie die Daten entstehen. Wenn z. B. dreimonatlich eine Zusammenstellung über die Qualitätsindikatoren gemacht wird, gilt es den Rhythmus zu berücksichtigen, in welchem die Erhebungen mit den Bedarfserhebungsinstrumenten gemacht werden. So werden bei RAI-NH und BESA die Bewohnenden mindestens alle 9 Monate neu beurteilt. Bei einem dreimonatlichen Auszug kann also wieder dasselbe Assessment eines Bewohnenden, das ein Problem angab, mit in die Berechnung des Qualitätsindikators einbezogen worden sein, obwohl das Problem unterdessen angegangen und evtl. gelöst wurde.

7. Massnahmen ableiten und umsetzen, Nachhaltigkeit sicherstellen

Bei allen vorherigen Schritten geht es schlussendlich darum zu entscheiden, ob und welche Massnahmen notwendig sind zur Qualitätsverbesserung, und bei Bedarf einen entsprechenden Massnahmenkatalog zu erstellen und umzusetzen.

Jedes Messthema wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst und es ist das Zusammenspiel von verschiedenen Ebenen, die eine gute Qualität entstehen lassen. In jedem Qualitätsentwicklungsprozess gilt es folgende Ebenen zu berücksichtigen:

- Betrieb: Strukturen und Prozesse
- Personal
- Bewohnende

Massnahmen können auf allen drei Ebenen angebracht sein, je nachdem, wo Probleme identifiziert werden.

Es gibt verschiedene Methoden, die die Qualitätsentwicklung unterstützen können. Eine häufig angewendete Methode ist der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act). Dieser geht davon aus, dass Qualitätsentwicklung ein kontinuierlicher Prozess ist, in dem der PDCA- Zyklus immer wieder durchlaufen wird mit der Feststellung vom Problem und Planen von Massnahmen (Plan), der Umsetzung (Do) und Überprüfung (Check) der Massnahmen und der anschliessenden Einführung in den Gesamtprozess (Act). Mit dem Aufbau eines Monitorings der Qualitätsindikatoren kann regelmässig überprüft werden, ob ein Problem vorhanden ist in einem der Messthemen. Mit dem regelmässigen Durchlaufen des PDCA- Zyklus wird auch eine Nachhaltigkeit in der Qualitätsverbesserung erreicht.

Für eine Identifizierung von konkreten Problemfeldern und möglichen Massnahmen empfehlen wir, den Abteilungen sowohl die Kennzahlen zu den Qualitätsindikatoren zurückzumelden wie auch konkret, welche Bewohnenden betroffen sind. Dies hilft der Abteilung einzuschätzen, warum ein Indikator bei den betreffenden Bewohnenden angibt. Damit können einerseits Messfehler identifiziert werden.

Andererseits kann bei den betreffenden Bewohnenden eine vertiefte Analyse durchgeführt werden, sei es, um der Ursache für das Problem auf den Grund zu gehen (z. B. wie es dazu kam, dass eine bewegungs-einschränkende Massnahme angewendet wurde), sei es, um Lösungsmöglichkeiten auszuarbeiten (z. B. eine Medikationsreview mit dem zuständigen Arzt bei Polypharmazie oder eine interprofessionelle Fallbesprechung und eventuell Beizug externer Experten bei schwer kontrollierbaren Schmerzen). Bei der Ursachenanalyse können je nach Situation Instrumente für eine Root Cause Analysis unterstützend sein, die helfen, das Problem systemisch zu betrachten. Der systemische Ansatz hilft, nicht nur Einzelsituationen zu lösen, sondern grundsätzliche Strukturen und Prozesse im Betrieb anzuschauen, die die Entstehung von Problemen begünstigen.

Umgang mit öffentlich rapportierten Daten

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird ab 2024 die Daten auf Ebene der Pflegeheime voraussichtlich jährlich veröffentlichen. Mit der Integration der nationalen Qualitätsindikatoren in das interne Qualitätsmanagement können sich die Pflegeheime vorbereiten. Mit dem Verstehen der eigenen Daten wird es besser möglich sein, zu den öffentlich rapportierten Daten Stellung zu nehmen. Die eingeleiteten Massnahmen tragen zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei und werden sich somit auch positiv in den öffentlich rapportierten Kennzahlen niederschlagen.

Weiterführende Ressourcen

Bitte beachten Sie weitere Hinweise zu der Messung der Qualitätsindikatoren auf den Webseiten von:

- Bundesamtes für Gesundheit (BAG) [Bundesamt für Gesundheit BAG](#) > Zahlen und Statistiken > Pflegeheime > Medizinische Qualitätsindikatoren
- CURAVIVA www.curaviva.ch > Fachwissen > Faktenblatt zum jeweiligen Qualitätsindikator

Herausgeber

CURAVIVA, Branchenverband von ARTISET,
Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf, Bern

Autorin

Prof. Dr. Franziska Zúñiga
Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Auskünfte/Informationen

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2. Aufl., Januar 2024