Medizinische Qualitätsindikatoren

«Bewegungseinschränkende Massnahmen»

Faktenblatt Medizinische Qualitätsindikatoren (MQI) für die stationäre Langzeitpflege

1. Anleitung

Definition des MQI

Zum Thema der bewegungseinschränkenden Massnahmen werden zwei MQI erfasst (1):



Prozentualer Anteil an Bewohnenden

– Mit täglicher **Fixierung des Rumpfes (im Sitzen oder Liegen) oder mit Sitzgelegenheit**, die die Bewohnenden am selbstständigen Aufstehen hindert, in den letzten 3 Tagen.



Prozentualer Anteil an Bewohnenden

– Mit täglichem Gebrauch von **Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes**, die am selbstständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 3 Tagen.



– **Art der Massnahme**: Es gibt verschiedene Arten an bewegungseinschränkenden Massnahmen (siehe «Vertiefung»). Alle werden in der Bewohnerdokumentation festgehalten und einige davon in der Bedarfsermittlung erfasst. Für die Berechnung der beiden MQI werden nur **drei Arten** einbezogen:
  a. Fixierung des Rumpfes
  b. Sitzgelegenheit, die am selbständigen Aufstehen hindert
  c. Bettgitter
– **Frequenz der Massnahme:** Die drei bewegungseinschränkenden Massnahmen werden nur als MQI gezählt, wenn sie während 3 Tagen täglich angewendet werden.
– **Ausschlusskriterien – Kontext der Massnahme**: Urteilsfähige Bewohnende, bei denen die bewegungseinschränkenden Massnahmen auf Wunsch oder mit ihrem Einverständnis eingesetzt werden, sind von der MQI-Berechnung ausgeschlossen (1).

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

ARTISET CURAVIVA senesuisse

Erhebung MQI Daten

Die Erhebung und Dokumentation der bewegungseinschränkenden Massnahmen geschehen im Rahmen der täglichen Pflege. Für die Erhebung der MQI Daten werden die erfassten Daten in der Bewohnerdokumentation verwendet. Im Rahmen der Bedarfsermittlung werden sie in das Bedarfsermittlungsinstrument (BESA, RAI, interRAI LTCF), das Programm IQM (Plaisir) oder in separate Module der Bewohnerdokumentationssysteme übertragen, je nach dem im eigenen Betrieb verwendeten System. Die Angaben für die MQI werden jährlich aus diesen Systemen zusammengestellt und dem Bundesamt für Statistik (BFS) übermittelt.

Für die Erhebung der MQI Daten gilt folgendes Vorgehen:

1. Berücksichtigen Sie für die nächsten Schritte die **letzten 3 Tage** der Beobachtungsperiode der Bedarfsermittlung**.**

2. Überprüfen Sie die Pflegedokumentation und das Protokoll über die eingesetzten bewegungseinschränkenden Massnahmen. Besprechen Sie sich mit dem Pflege- und Betreuungsteam, ob alle angewendeten bewegungseinschränkenden Massnahmen vollständig schriftlich dokumentiert sind (gemäss Art. 384 ZGB).

   - Offensichtlich nicht bewegungseinschränkende Massnahmen müssen nicht dokumentiert werden (z. B. Bewohnende mit Tetraplegie mit Fixiergurt im Rollstuhl, die nicht mehr selbständig aufstehen können). Die Massnahme muss nur dann nicht dokumentiert werden, wenn die Unfähigkeit, selbstständig aufzustehen, dauerhaft ist (=zu jeder Zeit und unter allen Umständen vorhanden, wie dies z. B. bei querschnittsgelähmten oder tetraplegischen Bewohnenden der Fall ist.)
   - Weiteres zu den rechtlichen Grundlagen zur Dokumentation finden Sie im Abschnitt «Vertiefung».

3. Überprüfen Sie für den MQI, ob eine der **3 folgenden Arten** von bewegungseinschränkenden Massnahmen angewendet wurde:

   a. **Fixierung des Rumpfes**

      Fixierung des Rumpfes wird dokumentiert, wenn Bewohnende deswegen nicht aufstehen und die Fixierung nicht selber lösen können, *z. B. Rumpfgurte (im Stuhl, Bett oder Rollstuhl).*

   b. **Sitzgelegenheiten, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindern**
      Als Sitzgelegenheiten, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindern, gelten z. B. *Stuhl, der nach hinten gekippt ist; tief gelegene oder weiche Sitzgelegenheiten, aus denen der Bewohner/die Bewohnerin nicht selber aufstehen kann; Rollstuhl mit fixierten Bremsen, welche der Bewohner/die Bewohnerin nicht selbstständig lösen kann (z. B. aus kognitiven Gründen, fehlende Kraft in Händen); durch einen Tisch blockierte Sitzpositionen.* Den Bewohnenden ist es weder möglich, selbständig aufzustehen, noch sich selbständig aus der Blockierung zu befreien.

   c. **Bettgitter und andere Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes**
      Bettgitter zählen als bewegungseinschränkend, wenn Bewohnende das Bett deswegen nicht verlassen können, *z. B. Bett steht an einer Wand und hat auf der anderen Seite ein hochgezogenes Bettgitter entlang der ganzen Matratze → Bewohnende können das Bett auf beiden Seiten nicht verlassen.*

      - Bettgitter zählen nicht als bewegungseinschränkend, wenn Bewohnende trotzdem die Möglichkeit haben das Bett zu verlassen, *z. B. das Bett hat geteilte Bettgitter und es wird nur das halbe Bettgitter am Kopfteil hochgezogen → Bewohnende können das Bett weiterhin selbstständig verlassen, da das Gitter am Fussteil keine Einschränkung darstellt*.

4. Überprüfen Sie**, wie häufig** die bewegungseinschränkenden Massnahmen angewendet wurden und dokumentieren sie es entsprechend (**Frequenz der Massnahme)**:

Es stehen folgende Antwortoptionen zur Verfügung in den Bedarfsermittlungsinstrumenten:

0) Keine
1) täglich in den letzten 3 Tagen
2) Nicht täglich in den letzten 3 Tagen

Nur täglich angewendete bewegungseinschränkende Massnahmen zählen als MQI, wobei zwischen Tag und Nacht kein Unterschied gemacht wird. Auch spielt es für den MQI keine Rolle, ob die Einschränkung nur für 1h, 6h oder für 24h angewendet wird. *z. B.:*

- *In den letzten 3 Nächten sind die Bettgitter angebracht (= täglich)*
- *In den letzten 3 Mittagspausen sind die Bettgitter während dem Mittagsschlaf angebracht (= täglich)*
- *In den letzten 3 Tagen wurde ausnahmsweise am Mittwoch das Bettgitter den ganzen Tag hochgestellt (= nur an 1 Tag von 3 Tagen, d. h. nicht täglich)*

– **Wichtig**: Der MQI misst, ob bewegungseinschränkende Massnahmen täglich oder nicht täglich angewendet werden – unabhängig von der täglichen Anwendungsdauer. So lassen sich alle Bewohnenden mit täglicher Anwendung identifizieren und veranlassen genauer hinzuschauen. Dennoch ist die Dauer der Massnahme für die Bewohnenden bedeutsam. Deshalb sollte auch geprüft werden, ob die Massnahmen so kurz als möglich angewendet werden oder ganz entfernt werden kann.

5. Überprüfen Sie **den Kontext**, in dem die bewegungseinschränkenden Massnahmen angewendet wurden. Das heisst, ob die Einschränkung auf Wunsch oder mit Einverständnis der Bewohnenden eingesetzt wurde (2).

Sie haben dazu für den MQI drei Antworten zur Auswahl:

1. Einsatz auf Wunsch der Bewohnerin/des Bewohners oder im Einverständnis mit der dazu urteilfähigen Bewohnerin/dem dazu urteilsfähigen Bewohner
2. Einsatz bei dazu nicht urteilsfähiger Bewohnerin/nicht urteilsfähigem Bewohner
3. Kontext ist noch nicht geklärt

Überlegen Sie, ob Bewohnende urteilsfähig bezüglich des Einsatzes der bewegungseinschränkenden Massnahmen waren. Sprechen Sie sich bei Unsicherheit zur Einschätzung der Urteilsfähigkeit im Pflege- und Betreuungsteam, resp. interprofessionellen Team ab.

Für den MQI zählen bewegungseinschränkende Massnahmen nur:

- wenn der Bewohner/die Bewohnerin **nicht** urteilsfähig ist

  oder

- wenn der Kontext noch nicht geklärt ist.

Beispiel*: Die Kinder möchten, dass ihre Mutter (mit fortgeschrittener Demenzerkrankung) ein Bettgitter bekommt, weil sie Angst haben, dass sie aus dem Bett fällt.*

- Aber: Es bleibt eine bewegungseinschränkende Massnahme, da die Bewohnerin das Bett so nicht mehr eigenständig verlassen kann.
- Auch wenn es der Wunsch von Angehörigen ist, bleibt es eine bewegungseinschränkende Massnahme, die für den MQI gezählt wird, da die Bewohnerin selber nicht urteilsfähig ist. Es müssen rechtliche Vorgaben beachtet werden (siehe «Vertiefung»).

Nicht als MQI gezählt wird, wenn Bewohnende verstehen, was eine bewegungseinschränkende Massnahme ist und was diese für Auswirkungen auf sie hat. Sie können die Konsequenzen abschätzen und zur Einschränkung ihr Einverständnis geben (=urteilsfähig). Z. B.:

- *Eine Bewohnerin wünscht sich zu ihrer Sicherheit auf beiden Seiten des Bettes durchgängige Bettgitter zur Nacht.*

Auch nicht als MQI gezählt werden Massnahmen, die nicht bewegungseinschränkend sind, weil sich Bewohnende nicht selbständig bewegen können. Z. B.:

- *Ein Bewohner mit starker kognitiver Einschränkung und Hemiplegie wird im Rollstuhl für die Rumpfstabilisierung fixiert. Er ist körperlich nicht in der Lage, selbstständig aufzustehen.*

6. Erfassen Sie die Antworten im Bedarfsermittlungsinstrument (BESA, RAI, interRAI LTCF), Programm IQM (Plaisir) oder im entsprechenden Modul in der Bewohnerdokumentation (je nach betriebseigenem System). Diese Antworten werden als Daten zur Berechnung der MQI verwendet.

7. Bei vorhandenem Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen: Gehen Sie zusammen mit dem Behandlungsteam den Ursachen nach und suchen Sie nach Alternativen (s. «Vertiefung»).



Die Medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) «Bewegungseinschränkende Massnahmen»

2. Vertiefung

Was sind bewegungseinschränkende Massnahmen?

Bewegungseinschränkende Massnahmen sind Tätigkeiten oder Massnahmen, die eine Person daran hindern, sich frei zu bewegen oder auf ihren Körper zuzugreifen (3). Dazu gehören Massnahmen, die direkt am Körper oder nahe am Körper angewendet werden. Die betroffenen Personen können die Massnahmen nicht kontrollieren oder selber entfernen.

Für die MQI-Messung wurden zwei besonders körpernahe bewegungseinschränkende Massnahmen gewählt (a und b) und eine sehr häufige (c) (1):

a. Fixierung des Rumpfes
b. Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden beim selbständigen Aufstehen hindert
c. Bettgitter

Weitere Arten von bewegungseinschränkenden Massnahmen sind z. B. elektronische Einschränkungen (Funkortung mit GPS, Bewegungsmelder, elektronische Raumüberwachung etc.), architektonische/bauliche Massnahmen (weglaufgeschützte Abteilungen etc.) oder andere (Bodenbett, Body etc.). Diese bewegungseinschränkenden Massnahmen werden bei der Messung des MQI nicht berücksichtigt. Sie werden jedoch genauso in der Bewohnerdokumentation festgehalten. Sie sind in der Praxis mit der entsprechenden Zurückhaltung und unter Berücksichtigung des Kinder- und Erwachsenenschutzrechtes (Artikel 383 und 384 ZGB) anzuwenden. Der MQI gibt somit Hinweise auf die Anwendung einzelner bewegungseinschränkender Massnahmen. Er dient als Grundlage für das Monitoring, kann Hinweise für eine genauere Analyse geben und unterstützt die datenbasierte Qualitätsentwicklung. Er ersetzt nicht die klinische Beurteilung einer Situation.

Wie unterscheiden sich bewegungseinschränkende Massnahmen von freiheitsbeschränkenden Massnahmen?

Bewegungseinschränkende Massnahmen sind ein Teil der freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Letztere sind breiter gefasst und beinhalten nicht nur eine Einschränkung der Bewegung, sondern andere Bereiche der Freiheit, wie zum Beispiel (2):

- Verbote und Einschränkung von Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Handy, Kontakte etc.)
- Verbote und Einschränkung von Nahrung, Getränken und Genussmitteln
- Zwangsmassnahmen (z. B. wenn die Körperpflege unter erheblichem Widerstand von Bewohner:in durchgeführt wird, Verabreichung von beruhigenden Medikamenten) (2,4,5)

Was gilt es rechtlich zu beachten?

Die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen muss sich nach dem Kinder- und Erwachsenenschutzrecht von 2013 richten (2,4,5). Dieses Gesetz regelt, wie bewegungseinschränkende Massnahmen bei Bewohnenden angewendet werden dürfen, die nicht urteilsfähig sind (Artikel 383 und 384 ZGB). Bewegungseinschränkende Massnahmen dürfen nur eingesetzt werden «wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein als ungenügend erscheinen und die Massnahme dazu dient, 1. eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter abzuwenden; oder 2. eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zu beseitigen.» (Art. 383 Abs. 1 ZGB). Es wird regelmässig geprüft, ob die Einschränkung noch nötig ist, und sie wird so bald wie möglich wieder aufgehoben. Für jede Massnahme wird ein Protokoll erstellt.

Wenn eine Person nicht urteilsfähig ist, wird die vertretungsberechtigte Person für medizinische Massnahmen über die bewegungseinschränkende Massnahme informiert. Sie kann das Protokoll jederzeit einsehen.

Während die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen im Kompetenzbereich der einzelnen Institution liegt unter Beachtung der entsprechenden Gesetzesartikel (Art. 383 ZGB), dürfen Zwangsmassnahmen nur mit Zustimmung der vertretungsberechtigten Person angewendet werden (Art. 378 ZGB) (4,5).

Urteilsfähige Bewohnende entscheiden selber über die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen. Bei diesen Bewohnenden dürfen keine solchen Massnahmen gegen ihren Willen eingesetzt werden.

Da es keine nationale Vorschrift gibt für einschränkende Massnahmen und für Behandlungen ohne Einwilligung, unterscheiden sich die Vorschriften von Kanton zu Kanton. Das BAG empfiehlt daher, die kantonale Gesetzgebung einzusehen (6).

Welche Bedeutung und Auswirkung haben bewegungseinschränkende Massnahmen auf die Bewohnenden?

Bewegungseinschränkende Massnahmen können eine Gefahr für die Bewohnenden sein. Gemäss Schätzungen erlebt in der Schweiz jeder vierte Bewohner/jede vierte Bewohnerin (ca. 27 %) im Pflegeheim eine Art von bewegungseinschränkenden Massnahmen (7). Von den drei als MQI gemessenen Massnahmen kommen gemäss der Erhebung des Bundesamtes für Gesundheit (1,8) am häufigsten Bettgitter vor (1.8 %), gefolgt von der Fixierung des Rumpfes und Sitzgelegenheit, die Bewohnende beim selbständigen Aufstehen hindern (0.3 %, die beiden Massnahmen werden für die MQI Messung kombiniert (8)).

Obwohl bewegungseinschränkende Massnahmen häufig mit der Absicht und dem Ziel eingesetzt werden, Verletzungen oder Stürze zu verhindern, fehlen wissenschaftliche Belege für ihre Wirksamkeit und Nützlichkeit. Bewegungseinschränkende Massnahmen können negative Auswirkungen auf die Lebensqualität, Sicherheit und Würde der Bewohnenden haben (9–14), z. B.:

- Beeinträchtigung von Würde und Selbstwirksamkeit, Gefühl des eingeschlossenen Seins
- Verschlechterung des physischen (z. B. Verlust der Muskelkraft) und psychischen Zustandes (z. B. Depression)
- Zunehmende Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Verminderter Appetit
- Verminderung der kognitiven Fähigkeiten
- Vermehrte Aggression
- Vermehrte soziale Isolation
- Zunahme an Stürzen und Verletzungen, Dekubitus, Inkontinenz, Todesfällen
- Tödlicher Ausgang durch unkorrekte Anwendung von Massnahmen oder Anwendung von nicht geeigneten Massnahmen

Was beeinflusst die Ergebnisse für die MQI bewegungseinschränkende Massnahmen und was kann das Pflegeheim tun?

Im Allgemeinen basiert jede Anwendung bewegungseinschränkender Massnahmen auf einer individuellen Evaluation der Situation der Bewohnenden und auf dem Ansatz einer personenzentrierten Pflege. Weniger einschränkende Alternativen sind grundsätzlich den stärker einschränkenden Massnahmen vorzuziehen. In der Tabelle finden sich Einflussfaktoren, die mit einer vermehrten Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen zusammenhängen (10,13–21).

Ebene Bewohnende	
Einflussfaktoren	**Massnahmen**
– Kognitive Beeinträchtigung, Symptome von Demenz – Wiederholte verbale oder körperliche Aggression, Agitation, Unruhe, Umherwandern – Unterstützungsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens, stark eingeschränkte Mobilität – Frühere Stürze, mit oder ohne Verletzungen – Erwartungen und Einstellung von Angehörigen, dass sie mit bewegungseinschränkenden Massnahmen die Bewohnenden vor Schaden schützen können	– Identifizieren von Bewohnenden, die ein erhöhtes Risiko haben, dass bei ihnen bewegungseinschränkende Massnahmen angewendet werden. – Ursachen für verhaltensbezogene und psychologische Symptome bei Demenz multiprofessionell abklären (z. B. medizinische Ursachen, physiologische, psychosoziale Bedürfnisse, physikalische und soziale Umgebung), nach Möglichkeit beheben (z. B. medizinische Probleme angehen, ungedeckte Bedürfnisse decken, Stressquellen reduzieren) – Individuelle, weniger einschneidende Alternativen suchen für bewegungseinschränkende Massnahmen – Ein auf die Bedürfnisse der Bewohnenden angepasstes Umfeld schaffen (z. B. Aktivitäten, Betreuung, Einrichtung, Beleuchtung) – Sturzprävention (z. B. Stärkung von Balance und Muskelkraft), Diskussion über akzeptable Risiken im Team und mit Angehörigen – Regelmässige Überprüfung von angewendeten Massnahmen – Besprechung mit Bewohnenden und Angehörigen über Erwartungen, Ängste, mögliche Alternativen und das geplante Vorgehen. Einbezug in die Umsetzung alternativer Massnahmen und welches Risiko von allen getragen werden mag.

Ebene involvierte Berufsgruppen	
Einflussfaktoren	**Massnahmen**

– Fehlende Kenntnisse oder Bildung über negative Auswirkungen der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen und zu alternativen Massnahmen
– Umgang mit Erwartungen von Angehörigen und/oder Kollegen/-innen, dass bewegungseinschränkende Massnahmen zum Schutz der Bewohnenden eingesetzt werden sollten
– Mangel an Bildung und Wissen über geriatrische Syndrome, neurokognitive Störungen und verhaltensbezogene und psychologische Symptome bei Demenz.
	– Sensibilisierung auf das Thema, regelmässige Fortbildungen mit folgenden Themen:
	  – Negative Auswirkungen der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen, Alternativen
	  – Sturzprävention
	  – Umgang mit verhaltensbezogenen und psychologischen Symptomen bei Demenz
	  – Einschätzung der Urteilsfähigkeit
	– Konsultation Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen, ärztliche Fachpersonen, Fallbesprechungen

Ebene Pflegeheim als Organisation	
Einflussfaktoren	**Massnahmen**
– Fehlender Leitfaden / fehlende Handlungsanweisung zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen und zur Unterstützung des Personals bei der Entscheidungsfindung – Komplexe Arbeitsbedingungen resp. Arbeitsumgebungsqualität (z. B. hoher Arbeitsanfall, fehlende Autonomie, hohe Fluktuation und Krankheitsausfälle)	– Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung zur personenzentrierten Pflege und zur möglichst geringen Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen. – Einführung und Umsetzung von Leitfaden / Handlungsanweisung zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen und zur Einschätzung der Urteilsfähigkeit. – Einführung von Thementräger:innen / Multiplikator:innen zum Thema bewegungseinschränkende Massnahmen. – Entwicklung eines interprofessionellen Vorgehens im Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen – Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit – Anpassung der Umgebung (z. B. Lichtverhältnisse, geschützter Aussenbereich für Spaziergänge, Sitzgelegenheiten für Bewohnende mit Bewegungsdrang) – Aktivierungsprogramm anpassen (z. B. soziale Aktivitäten, physische Aktivitäten) – Anschaffung von Alternativen wie (z. B. tief absenkbare Betten)



Die Medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) «Bewegungseinschränkende Massnahmen»



3. Berechnung



Fixierung des Rumpfes / Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindert

Berechnungsformel

Für den ersten MQI wird der prozentuale Anteil an Bewohnenden berechnet, die die zu messende Kriterien erfüllen (1):

$$\frac{\text{Fixierung des Rumpfes ODER Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbstständigen Aufstehen hindert}}{\text{Alle nicht ausgeschlossenen Bewohnenden}} * 100 = \boxed{\text{MQI \%}}$$

Beispiel für die Berechnung des MQI auf Pflegeheimebene

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Angaben aller Bewohnenden des Pflegeheims erhalten, die im letzten Jahr anwesend waren. Von den insgesamt 100 Bewohnenden haben:

- 3 Bewohnende eine tägliche Fixierung des Rumpfes im Rollstuhl: 2 sind urteilsfähig und mit der Fixierung einverstanden, 1 ist nicht urteilsfähig in Bezug auf die Massnahme.
- 1 Bewohnerin wird täglich mit blockierten Bremsen am Rollstuhl an den Tisch gesetzt, so dass sie nicht selbständig aufstehen kann. Sie ist nicht urteilsfähig in Bezug auf die Massnahme.
- 1 Bewohnerin sitzt täglich in einem eigenen Sessel, aus dem sie nicht selbständig aufstehen kann. Sie ist nicht urteilsfähig in Bezug auf die Massnahme.
    - Total haben 5 Bewohnende eine der genannten bewegungseinschränkenden Massnahmen, 3 davon sind nicht urteilsfähig in Bezug auf die Anwendung der Massnahmen.
    - Insgesamt 98 Bewohnende werden bei der Berechnung berücksichtigt (100 minus 2 mit bewegungseinschränkenden Massnahmen, die urteilsfähig sind):
        - 3/98 * 100 = 3.1 % der Bewohnenden erfüllen die Kriterien des MQI.



Bettgitter und andere Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes

Berechnungsformel

Für den zweiten MQI wird der prozentuale Anteil an Bewohnenden berechnet, die die zu messenden Kriterien erfüllen (1):

$$\frac{\text{Bettgitter und andere Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes}}{\text{Alle nicht ausgeschlossenen Bewohnenden}} * 100 = \boxed{\text{MQI \%}}$$

Beispiel für die Berechnung des MQI auf Pflegeheimebene

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Angaben aller Bewohnenden des Pflegeheims erhalten, die im letzten Jahr anwesend waren. Von den insgesamt 100 Bewohnenden haben:

- 8 Bewohnende Bettgitter an beiden Seiten des Bettes, 3 davon nachts auf ausdrücklichen Wunsch, 5 sind nicht urteilsfähig in Bezug auf die Massnahme
- 1 Bewohnerin links Bettgitter in der Nacht und rechts ist eine Wand, so dass sie nicht selbständig aufstehen kann, sie ist nicht urteilsfähig in Bezug auf die Massnahme.
  - Total haben 9 Bewohnende Bettgitter, 6 davon sind nicht urteilsfähig in Bezug auf die Massnahme.
  - Insgesamt 97 Bewohnende werden bei der Berechnung berücksichtigt (100 minus 3 mit Bettgitter, die urteilsfähig sind).
    - 6/97 * 100 = 6.2 % der Bewohnenden erfüllen die Kriterien des MQI.

Risikoadjustierung

Für den fairen Vergleich der MQI-Zahlen von unterschiedlichen Pflegeheimen werden bei der MQI-Berechnung durch die Behörden folgende Merkmale der Bewohnenden zusätzlich berücksichtigt (22):

- Pflegestufe
- Kognitive Einschränkung, gemessen anhand interRAI *Cognitive Performance Scale* (CPS) (23)

4. Weiterführende Ressourcen und Quellen

Weiterführende Ressourcen

- CURAVIVA Erwachsenenschutzrecht
- Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW/ASSM) (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin. Bern. Homepage: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html
- Kantonale Vorschriften zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen
- ARTISET Homepage: Gesetzliche Regelung FEM
- Handbücher/Erfassungsanleitungen von BESA,RAI, interRAI LTC und Plaisir/Plex (s. dort)
- Homepage Bundsamt für Gesundheit (BAG): Patientenrechte: Einschränkende Massnahmen
- Homepage Bundesamt für Gesundheit (BAG): Medizinische Qualitätsindikatoren
- Homepage CURAVIVA: FAQ zu MQI
- Savaskan E, Georgescu D, Becker S, Benkert B, Blessing A, Bürge M, u. a. Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis. 2024;113(2):34–43.; *Verfügbar via Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie (SGAP) ; Link*
- Ritzi S. Freiheitseinschränkende Massnahmen bei Menschen mit Demenz in professionellen Sorgebeziehungen: Kritische Darstellung und ethisch-fachliche Reflexion. 2023. *Verfügbar als PDF; Link*

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

Quellen

1. Bundesamt für Gesundheit. Medizinische Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime 2023. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2025.
2. Mösch Payot P. Freiheitsbeschränkungen für Erwachsene in Heimen, Ist dank dem neuen Erwachsenenschutzrecht alles klar? Pflegerecht. 2018;2:67–75.
3. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH, the International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. J Am Geriatr Soc. 2016;64(11):2307–10.
4. Salathé M, Brauer S, Bally K. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW, Teil 2: Zwangsmassnahmen in der Medizin. Prim Hosp Care - Allg Inn Med. 20218;18(10):180–2.
5. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Zwangsmassnahmen in der Medizin [Internet]. 2018. Verfügbar unter: https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html
6. Bundesamt für Gesundheit BAG. Einschränkende Massnahmen und Behandlungen ohne Einwilligung [Internet]. [zitiert 31. Juli 2025]. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/de/einschraenkende-massnahmen-und-behandlungen-ohne-einwilligung
7. Hofmann H, Schorro E, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. BMC Geriatr. 21 03/26/received 10/12/accepted 2015;15:129.
8. Zúñiga F, Favez L, Baumann S, Kindlimann A, Oeri A, Benkert B, u. a. SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel; 2021.
9. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. Med Care. 2009;47(11):1164–73.
10. De Bellis A, Mosel K, Curren D, Prendergast J, Harrington A, Muir-Cochrane E. Education on physical restraint reduction in dementia care: A review of the literature. Dementia. 2013;12(1):93–110.
11. de Boer ME, Depla M, Frederiks BJM, Negenman AA, Habraken JM, van Randeraad-van der Zee CH, u. a. Involuntary care - capturing the experience of people with dementia in nursing homes. A concept mapping study. Aging Ment Health. 2019;23(4):498–506.
12. Evans D, Wood J, Lambert J. Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. J Adv Nurs. 2003;41(3):274–82.
13. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? Z Für Gerontol Geriatr. 2005;38(1):19–25.
14. Poncin E, de Goumoëns V, Kiszio B, Van Grootven B, Thuillard S, Benkert B, u. a. Evidence on interventions in quality indicators areas, implementation strategies and scale up evaluation. Final report for the attention of ARTISET industry association CURAVIVA and senesuisse as part of the National Implementation Programme – Strengthening quality of care in partnership with residential long-term care facilities for older people (NIP-Q-UPGRADE) on behalf of the Federal Quality Commission. Lausanne: Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HES-SO University of Applied Sciences Western Switzerland; 2024.
15. Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18).
16. Lan SH, Lu LC, Lan SJ, Chen JC, Wu WJ, Chang SP, u. a. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. Kaohsiung J Med Sci. 2017;33(8):411–21.
17. Liang SH, Huang TT. The optimal intervention for preventing physical restraints among older adults living in the nursing home: A systematic review. Nurs Open. 2023;10(6):3533–46.

18. Möhler R, Richter T, Kopke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review. J Clin Nurs. 2012;21(21–22):3070–81.
19. Savaskan E, Georgescu D, Becker S, Benkert B, Blessing A, Bürge M, u. a. Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis. 2024;113(2):34–43.
20. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. J Nurs Manag. 2013;21(5):709–24.
21. Favez L, Simon M, Bleijlevens MHC, Serdaly C, Zúñiga F. Association of surveillance technology and staff opinions with physical restraint use in nursing homes: Cross-sectional study. J Am Geriatr Soc. 2022;70(8):2298–309.
22. Bundesamt für Gesundheit. Medizinische Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime. Berechnung der risikoadjustierten medizinischen Qualitätsindikatoren. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2025.
23. Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, u. a. MDS Cognitive Performance Scale©. J Gerontol. Juli 1994;49(4):M174–82.

Impressum

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

Autor:innen
Prof. Dr. Franziska Zúñiga, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Daniela Braun, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Magda Osinska, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Sonja Baumann, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Angelika Barco Rüttimann, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Dr. Bastiaan Van Grootven, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Brigitte Benkert, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Serena Sibilio, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Prof. Dr. Laurie Corna, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Lugano
Dr. Nereide Curreri, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Lugano
Prof. Dr. Nathalie Wellens, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne
Prof. Dr. Delphine Roulet Schwab, Institut et Haute École de la Santé La Source, HES-SO, Lausanne
Alexandra Brodard, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne
Nathalie Rebetez, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne

Zugezogene Fachpersonen
Anna-Kristina Konrad, Alter und Pflege Stadt Winterthur, Alterszentrum Adlergarten, Winterthur
Benedetta Stefanelli, Opera Charitas, Rete Fondazioni Anziani, Lugano
Dr. med. Blaise Martin, conseillé et représentant de la commission technique PLAISIR, Genève.
Caroline Gachet, Home médicalisé de la Sarine, Villars-sur-Glâne.
Chantal Janzi, WiA Wohnen im Alter, Thun
Christine Papilloud-Rey, BESA QSys AG, Bern
Doris Schmutz, Alterszentrum Sumiswald AG, Sumiswald
Dr. Lauriane Favez, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
Manuel Ulrich, KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf
Margot Klein, Seewadel Zentrum für Gesundheit und Alter, Affoltern am Albis
Natascha Nielen, BESA QSys AG, Bern
Niklas Hug, Adullam Spitäler und Pflegezentren, Basel
Priska Avis, Alters- & Pflegeheim Marienhaus, Basel
Rahel Giger, Alterszentrum und Spitex Neuhausen am Rheinfall, Neuhausen am Rheinfall

Herausgeber
ARTISET | CURAVIVA | senesuisse

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

Zitierweise
ARTISET | CURAVIVA | senesuisse (2025), Faktenblatt: Medizinische Qualitätsindikatoren «Bewegungseinschränkende Massnahmen» für die stationäre Langzeitpflege. Hrsg.: ARTISET | CURAVIVA | senesuisse
Online: www.artiset.ch/pflegequalitaet

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