



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

La Source.
Institut et Haute
Ecole de la Santé

Scuola universitaria professionale
della Svizzera italiana

SUPSI

Qualitätskriterien für Daten und Datenprozesse rund um die nationalen Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen

Zwischenbericht I - Teilprojekt 1.2 / Arbeitspaket 1

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

Basel, 31.12.2023

Autor:innen: Magdalena Osińska, Laurie Corna, Nereide Curreri, Emmanuelle Poncin, Nathalie IH Wellens, Bastiaan Van Grootven, 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** (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: Magdalena Osińska, Laurie Corna, Nereide Curreri, Emmanuelle Poncin, Nathalie IH Wellens, Bastiaan Van Grootven, Franziska Zúñiga 2024: *Qualitätskriterien für Daten und Datenprozesse rund um die nationalen Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen. Zwischenbericht* zu Handen von ARTISET Branchenverband CURAVIVA und senesuisse im Rahmen des Nationalen Implementierungsprogramms – Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen (NIP-Q-UPGRADE) im Auftrag der eidgenössischen Qualitätskommission. Basel: Pflegewissenschaft, Universität Basel. Doi: 10.5281/zenodo.10619793.

Nationales Implementierungsprogramm – **Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen** (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

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	1
Zusammenfassung	2
<i>Auftrag</i>	2
<i>Hintergrund / Kontext</i>	2
<i>Methode</i>	2
<i>Ergebnisse</i>	2
<i>Schlussfolgerungen und Empfehlungen</i>	3
1. Hintergrund	5
2. Methodik	6
3. Allgemeine Qualitätskriterien für die Daten der Qualitätsindikatoren	6
4. Kriterien für die an den Daten beteiligten Akteure	7
<i>Kriterien auf nationaler Ebene</i>	7
<i>Kriterien auf Ebene der Bedarfserhebungsinstrumente / Bewohnendendokumentationsoftware</i>	9
<i>Kriterien auf Ebene der Pflegeheime</i>	10
5. Kriterien für die Datenerhebung der einzelnen Indikatoren	11
<i>Aktuelle Qualitätsindikatoren</i>	11
Polymedikation	11
Bewegungseinschränkende Massnahmen	13
Mangelernährung	14
Schmerzen - Selbsteinschätzung	15
Schmerzen - Fremdeinschätzung.....	16
Einschlusskriterien und Variablen zur Risikoadjustierung	17
<i>Von Expertengruppe vorgeschlagene Indikatoren</i>	17
Dekubitus	17
Medikationsreview	18
Gesundheitliche Vorausplanung – ärztliche Notfalleinweisung	19
<i>Schlussfolgerung</i>	20
<i>Empfehlungen</i>	20
6. Referenzen	22

Abkürzungsverzeichnis

BISAD Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz

Nationales Implementierungsprogramm – **Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen** (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

BESD	Beurteilung von Schmerz bei Demenz (Skala zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz)
CPS	interRAI Cognitive Performance Scale (Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit)
DRS	interRAI Depression Rating Scale (Skala der Anzeichen von emotionaler Instabilität und Depression)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
MQI	Medizinische Qualitätsindikatoren
NRS	Numeric Rating Scale (Numerische Bewertungsskala)
VAS	Visual Analogue Scale (Visuelle Analogskala)
VRS	Verbal Rating Scale (Verbale Bewertungsskala)

Abstrakt

Projektbeschreibung: Ziel dieses Teilprojekts (1.2) war es, Kriterien für die Datenqualität und für die Qualität der Datenprozesse im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege zu definieren. Die Zusammenstellung der Qualitätskriterien ist noch nicht abschliessend, da im Rahmen von NIP-Q-UPGRADE noch verschiedene Weiterentwicklungen laufen.

Methodischer Ansatz: Es wurde eine Sichtung der Literatur und weiteren öffentlich zugänglichen Dokumenten im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren durchgeführt. Erste Kriterien für die Datenqualität wurden von Pflegeexpert:innen bewertet. Die Kriterien wurden mit Stakeholdern diskutiert und schriftliches Feedback der Stakeholder wurde in zwei Runden eingebaut.

Zentrale Ergebnisse: Es wurden allgemeine, adressatenspezifische und MQI-spezifische Kriterien für die Datenqualität entwickelt, als Basis für eine zukünftige Weiterentwicklung. Die Qualitätskriterien decken den ganzen Lebenszyklus der Daten ab: von der Erhebung bei den Bewohnenden, zur Erfassung in den Bedarfserhebungsinstrumenten, der elektronischen Bewohnendendokumentationen, zur Verarbeitung der Daten und Übermittlung an das Bundesamt für Statistik BFS bis zur Berichterstattung durch das Bundesamt für Gesundheit BAG. Auf Bundesebene regelt die aktuelle Rechtslage die Verwendung der Daten. Neben allgemeinen Qualitätskriterien wurden Kriterien für die verschiedenen an den Daten beteiligten Akteure entwickelt. Dazu gehört die nationale Ebene mit dem BFS und dem BAG, die Ebene der Bedarfserhebungsinstrumente und Bewohnendendokumentationssoftware, sowie die Ebene der Pflegeheime. Zudem wurden Kriterien für die Datenerhebung und -erfassung der einzelnen bereits bestehenden und neu empfohlenen Qualitätsindikatoren entwickelt.

Zusammenfassung

Auftrag

Ziel dieses Teilprojekts (1.2) war es, Kriterien für die Datenqualität und für die Qualität der Datenprozesse im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege zu definieren.

Hintergrund / Kontext

Im Hinblick auf das Gesamtziel des NIP-Q-UPGRADE-Programms, die Qualität der Pflege mit Hilfe von Qualitätsindikatoren zu verbessern, braucht es in einem ersten Schritt eine gemeinsame Definition der Datenqualität. Korrekte Daten erhöhen die Chance, dass Pflegeheime auf der Grundlage solider Informationen angemessene Entscheidungen darüber treffen können, wo sie ansetzen müssen, um die Qualität der Pflege zu verbessern. Qualitätskriterien für Daten und datenbezogene Prozesse dienen dazu, ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln zur Frage, was eine hohe Datenqualität ausmacht und welche Massnahmen, Akteure und Instrumente dazu beitragen, die Datenqualität in Bezug auf die nationalen Qualitätsindikatoren zu erhöhen.

Methode

In einem ersten Schritt wurden die in der Schweiz und international erarbeiteten Dokumente zur Entwicklung und Überprüfung von Qualitätsindikatoren und die dazugehörigen Richtlinien zur Datenerhebung und -verarbeitung im Hinblick auf die Datenqualität analysiert. Es wurden erste Qualitätskriterien formuliert. Die Kriterien für die Datenqualität der aktuellen und empfohlenen Qualitätsindikatoren wurden in einem unabhängigen Ratingverfahren von drei Pflegeexpert:innen bewertet. Sie verfügen alle über Erfahrung im Bereich der stationären Langzeitpflege und der Anwendung von Qualitätsindikatoren. Die Kriterien wurden auf Verständlichkeit und Relevanz geprüft (Skala von 1 (überhaupt nicht verständlich/relevant) bis 9 (sehr verständlich/relevant)). Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Bewertung wurden einige Kriterien angepasst. In einem weiteren Schritt wurden die Erkenntnisse aus einer laufenden ethnographischen Studie berücksichtigt. Dabei werden die aktuellen Datenprozesse auf verschiedenen Ebenen (Teilprojekt 1.3: Pflegeheime, Anbieter von Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendokumentationssoftware sowie Bundesbehörden) beobachtet und analysiert. Dieser Schritt diente dazu, die Datenqualitätskriterien zu verfeinern. In einem letzten Schritt wurden die Kriterien der NIP-Q-UPGRADE Begleitgruppe vorgestellt. Deren mündliche und schriftliche Rückmeldungen sind in die Entwicklung des endgültigen Kriterienkatalogs eingeflossen.

Ergebnisse

Es wurden Kriterien für die Datenqualität entwickelt, um den ganzen Lebenszyklus der Daten abzubilden: von der Erhebung bei den Bewohnenden, zur Erfassung in den Bedarfserhebungsinstrumenten, den elektronischen Bewohnendokumentationen, zur Verarbeitung

der Daten und Übermittlung an das BFS bis zur Berichterstattung durch das BAG. Allgemeine Qualitätskriterien zeigen z. B., dass die aktuelle Rechtsgrundlage (KVG, KVV Art. 30b und BStatG) die Verwendung der Daten regelt, sie adressieren Themen wie die Qualität der Daten selber und deren Zugänglichkeit. Kriterien auf Bundesebene greifen die Definition, Operationalisierung und Umsetzung der Qualitätsindikatoren, die Datenübertragung, Prüfung und Analyse, sowie die Berichterstattung auf. Kriterien auf der Ebene der Bedarfserhebungsinstrumente und der Bewohnendokumentationssoftware greifen z. B. die Standardisierung der Erfassung und Aufbereitung der Daten auf. Kriterien auf Ebene der Pflegeheime nehmen die internen Prozesse zur Sicherstellung der Datenqualität auf. Es wurden auch Qualitätskriterien für die bereits bestehenden und neu empfohlenen Qualitätsindikatoren entwickelt. Diese adressieren nationale Vorgaben zur Messung, die Rolle, Aufgaben und Kompetenzen des erhebenden Personals, den Kontext für das Messthema, die Dokumentation der erhobenen Daten und softwarebasierte Automatisierungen der Erhebungen. Dieses Teilprojekt erlaubt damit einen Überblick, welche Anforderungen an die Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren bestehen. Es greift die aktuelle Rechtsgrundlage für die Verwendung der Daten auf und bietet Grundlagen für die optimale Gestaltung von Mess-, Erfassungs- und Datenmanagementprozessen. Die Kriterien können als Mindeststandards dienen. Sie können Pflegeheime beim Monitoring einer hohen Datenqualität unterstützen, z. B. bei der Durchführung von (Selbst-)Audits. Ebenso können die Kriterien als Grundlage für Bildungs- und Schulungsmaterial dienen, um die Pflegeheime zu unterstützen, zuverlässiger Daten zu erheben. Die Kriterien bilden im Rahmen des NIP-Q-UPGRADE Programms die Grundlage für die weiteren Schritte: standardisierte Massnahmen entwickeln, um die Datenqualität mit den Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendokumentationssoftware zu optimieren (Teilprojekt 1.5) sowie die Pflegeheime unterstützen, um auf ihrer Ebene und unter ihrer Kontrolle Daten besser zu erheben und damit die Datenqualität zu verbessern (1.7).

Die Kriterien dienen als erste Orientierungshilfe, um die Daten im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren zu bewerten, zu erfassen und zu verwalten. Es bleibt jedoch unklar, wie sie auf den verschiedenen Ebenen in die Qualitätssicherungsprozesse integriert werden können. Die Kriterien, welche nicht auf Bundesebene bestehen, haben aktuell keinen verbindlichen Charakter.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Rahmen dieses Teilprojektes wurden erste Kriterien zur Unterstützung einer hohen Datenqualität für die nationalen Qualitätsindikatoren entwickelt. Derzeit ist nicht klar, wie diese Kriterien in das System implementiert werden können. Antworten auf diese Frage werden von Ergebnissen weiterer Programmschritte erwartet. So wird im weiteren Verlauf des NIP-Q-UPGRADE-Programms evaluiert, wie die Indikatoren angewendet werden. Wir empfehlen deshalb einen iterativen Prozess der Kriteriendefinition: das NIP-Q-UPGRADE-Forschungsteam bewertet und aktualisiert die Kriterien auf der Grundlage neuer Erkenntnisse aus anderen Teilprojekten jeweils neu. Zudem wird beurteilt, wie die Kriterien im System angewendet werden. Wir schlagen vor, dass dieser iterative Prozess dreimal

durchgeführt wird, d. h. bis zum 30. November 2024, bis zum 30. November 2025 und bis zum 30. September 2026.

1. Hintergrund

Ziel dieses Teilprojekts (1.2) war es, Kriterien für die Datenqualität und für die Qualität der Datenprozesse im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren in der Langzeitpflege zu definieren.

Im Hinblick auf das Gesamtziel des NIP-Q-UPGRADE-Programms, die Qualität der Versorgung mit Hilfe von Qualitätsindikatoren zu verbessern, ist ein wichtiger erster Schritt, die Datenqualität der 6 aktuell öffentlich rapportierten medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) in der stationären Langzeitpflege zu definieren und zu verbessern. Korrekte Daten erhöhen die Chance, dass Pflegeheime auf der Grundlage solider Informationen adäquate Entscheidungen treffen können, wo anzusetzen ist, um die Pflegequalität zu verbessern. Der Zweck der angestrebten Qualitätskriterien für die Daten und datenbezogenen Prozesse besteht darin, ein Verständnis dafür zu entwickeln, was eine hohe Datenqualität ausmacht und welche Massnahmen, Akteure und Instrumente zur Datenqualität im Zusammenhang mit den nationalen Qualitätsindikatoren beitragen.

Das Festlegen von Kriterien für die Daten unterstützt, dass die Daten bestimmten Standards entsprechen, was eine korrekte Analyse, zuverlässigere Vergleiche und dementsprechend bessere Entscheidungsfindung ermöglichen. Anhand von Datenqualitätskriterien können Datenfehler und Unstimmigkeiten identifiziert und korrigiert werden. Spezifische Qualitätskriterien für die verschiedenen Schritte in den Datenprozessen wie Datenerhebung, -erfassung, -verarbeitung, -übermittlung und -berichterstattung können explizite Hinweise darauf geben, wie die Daten korrekt und einheitlich erhoben und behandelt werden können, um eine hohe Datenqualität zu erreichen. Die Kriterien werden auf verschiedenen Ebenen formuliert, um den verschiedenen Personen oder Organisationen, die diese Prozesse umsetzen, Rechnung zu tragen, z. B. den Datenerhebenden, dem Management von Pflegeheimen, den Anbietern der drei Bedarfserhebungsinstrumente (BESA, RAI, Plaisir/Plex) oder Bewohnendokumentationssoftware und den Bundesbehörden.

Kriterien für die Datenqualität sowie für die verschiedenen Datenprozesse, von der Datenerhebung auf Bewohnendenebene bis zur Berichterstattung von Qualitätsindikatoren an die Öffentlichkeit, werden im NIP-Q-UPGRADE-Programm in verschiedenen Teilprojekten als Grundlage verwendet, z. B. bei der Bewertung vorhandener Daten zu Qualitätsindikatoren und Datenerhebungsprozessen (Teilprojekte 1.3, 1.4), bei der Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Datenqualität (Teilprojekt 1.7) sowie bei der Weiterentwicklung und Prüfung der Qualität in diesem Rahmen (Teilprojekte 3.3, 3.4, 3.5, 3.6). Dieser Bericht zeigt erste Resultate auf. Die Zusammenstellung der Kriterien ist noch nicht abschliessend, da mit den weiteren Teilprojekten Weiterentwicklungen stattfinden, die ermöglichen, die Kriterien noch zu präzisieren.

2. Methodik

In einem ersten Schritt wurden die Dokumente zur Entwicklung und Prüfung der nationalen Qualitätsindikatoren und die dazugehörigen Leitfäden zur Datenerhebung und -verarbeitung, die in der Schweiz und international entwickelt wurden, im Hinblick auf Kriterien zur Datenqualität überprüft (Teilprojekt 1.1). Es wurden erste Qualitätskriterien formuliert.

Anschliessend wurden die Kriterien für die Datenqualität auf der Ebene der aktuellen und der neuen Qualitätsindikatoren in einem unabhängigen Ratingverfahren von drei Pflegeexpert:innen mit Erfahrung im Bereich der Langzeitpflege und der Verwendung von Qualitätsindikatoren auf Verständlichkeit und Relevanz geprüft. Verständlichkeit und Relevanz wurden auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht verständlich/relevant) bis 9 (sehr verständlich/relevant) bewertet. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Bewertung wurden einige Kriterien angepasst. In einem weiteren Schritt haben wir die Kriterien verfeinert auf Basis von Erkenntnissen aus einer laufenden ethnographischen Studie (Teilprojekt 1.3), in der wir die Kontextfaktoren explorierten, die die aktuellen Datenprozesse auf verschiedenen Ebenen prägen (Pflegeheime, Anbieter von Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendokumentationssoftware und Bundesbehörden). In einem letzten Schritt wurden die Kriterien der Begleitgruppe von NIP-Q-UPGRADE vorgelegt, eine Gruppe von Stakeholdern, die sich zweimal pro Jahr trifft um das Programm zu besprechen. Ihre Rückmeldungen dienten zur Entwicklung des aktuellen Kriteriensatzes. Ebenso wurden für die Kriterien auf der Ebene der Qualitätsindikatoren die Ergebnisse der Gespräche mit den Bedarfserhebungsinstrumenten, Bewohnendokumentationssoftware und BAG/BFS aufgenommen.

3. Allgemeine Qualitätskriterien für die Daten der Qualitätsindikatoren

Die in diesem Kapitel aufgeführten Kriterien beruhen auf den Überlegungen aus der Literatur zu Datenqualitätsmerkmalen im Gesundheitswesen (1–3) und sollen einen Überblick darüber geben, was im Rahmen des NIP-Q-UPGRADE-Programms und des Lebenszyklus der Daten (Erhebung, Erfassung, Verarbeitung, Übermittlung und Berichterstattung) von den Qualitätsindikatoren im Allgemeinen erwartet wird. Die Verwendung der Daten wird durch die aktuelle Rechtsgrundlage (KVG, KVV Art. 30b und BStatG) geregelt. Es gilt, dass die Daten der MQI im Bereich der Alters- und Pflegeheime vom BFS erhoben und für administrative und statistische Zwecke verwendet werden.

- Administrative Verwendung: Auf der Grundlage von Artikel 59a KVG veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) jährlich die «Indikatoren zur medizinischen Qualität» im Bereich der Alters- und Pflegeheime. Artikel 59a KVG verpflichtet die Leistungserbringer, den zuständigen Bundesbehörden die Daten zu übermitteln, die für die Überwachung der Anwendung der Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes über die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen erforderlich sind. Die Pflegeheime in der Schweiz müssen daher die Daten zur Verfügung stellen, die für die Berechnung der MQI erforderlich sind (Art. 59a Abs. 1 Bst. f). Diese Daten werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben. Für die Anwendung dieses Gesetzes stellt es die Daten nach Absatz. 1 dem BAG pro Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

- Statistische Verwendung: Die Weitergabe von anonymisierten Einzeldaten zu Statistik-, Forschungs- und Planungszwecken ist grundsätzlich möglich (Art. 19 Abs. 2 des Bundesstatistikgesetzes, SR 431.01 und Art. 9 Abs. 1 der Statistikerhebungsverordnung, SR 431.012.1). Die Individualdaten der Qualitätsindikatoren der sozialmedizinischen Institutionen sind besonders sensibel, und ihre Verwendung für statistische Zwecke muss zwingend durch einen Datenschutzvertrag geregelt werden.

Qualitätskriterien:

- a) Die Daten der MQI sind für die Nutzenden relevant und entsprechen ihrem aktuellen Bedarf (1,3) im Hinblick auf Qualitätsbewertung und -überwachung, Berichterstattung und datenbasierte Qualitätsverbesserung.
- b) Die Variablen werden gemäss der im Artikel 30a KVV Absatz 1 verankerten Vorgabe erfasst: Die Daten werden «korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten» geliefert.
- c) Die gelieferten Daten sind pro Jahr gemäss dem Leitfaden des BAG zur Erfassung der Variablen für die Berechnung der MQI (4) erhoben und gemäss der Spezifikationen von BAG und BFS für die Erhebung der MQI aufbereitet (5).
- d) Die Daten werden gemäß dem Technischen Bearbeitungsreglement erhoben, verarbeitet und an das BAG weitergegeben (6).
- e) Die erhobenen Daten sind valide, genau und zuverlässig, d. h. sie beschreiben die gemessenen Aspekte der Versorgungsqualität korrekt und die Erhebung der Daten ist konsistent (1–3).
- f) Die Daten erlauben die Berechnung von MQI für einen Vergleich zwischen Pflegeheimen und mit einem Benchmark, der für die Nutzenden leicht interpretierbar und verständlich ist.
- g) Die öffentlich rapportierten MQI sind risikoadjustiert wo angebracht. Die Risikoadjustierung beruht auf den erhobenen Daten.
- h) Die Daten sind von den Pflegeheimen mit vertretbarem Aufwand und Ressourcen zu erheben. Die Datenerhebung soll in die Erhebung von Routinedaten (Bedarfserhebungsinstrumente oder Bewohnendendokumentationssoftware) integriert sein. Doppelerfassungen über verschiedene Systeme sind nach Möglichkeit zu vermeiden.
- i) Die Daten werden den Nutzenden zur Verfügung gestellt gemäss KVG von Seiten des BAG, resp. gemäss BstatG von Seiten des BFS.

4. Kriterien für die an den Daten beteiligten Akteure

Kriterien auf nationaler Ebene

- 1) Definition, Operationalisierung und Umsetzung der Qualitätsindikatoren
 - a) Die MQI sind klar definiert in Bezug auf:
 - Zähler und Nenner

- Einschluss- und Ausschlusskriterien
 - Variablen und Verfahren zur Risikoadjustierung
- b) Die Variablen für die Berechnung der Indikatoren und ihre Risikoadjustierung, einschliesslich der möglichen Werte, sind klar definiert: Der Leitfaden zur Erfassung der Variablen (4) spezifiziert die Werte, welche die für die Berechnung der MQI erforderlichen Variablen haben müssen, und berücksichtigt dabei die möglichen Kombinationen und Beziehungen zwischen ihnen.
 - c) Das Vorgehen bezüglich Risikoadjustierung wird vom BAG transparent gemacht.
 - d) Die für die Berechnung der MQI verwendeten Skalen können von allen Softwareanbietern¹ verwendet werden.
 - e) Alle für die Berechnung der MQI verwendeten Variablen und Skalen sind im Hinblick auf Copyright überprüft. Eventuelle Anrechte auf die Variablen und Skalen sind geklärt und Vereinbarungen für deren Anwendung getroffen. Nach Möglichkeit werden Variablen und Skalen ohne Copyright verwendet.
 - f) Algorithmen zur Berechnung von Variablen und Skalen sind standardisiert und offengelegt.
 - g) Vorgaben zu den Algorithmen zur Berechnung der Variablen und Skalen stehen allen Softwareanbietern zur Verfügung. Die Vorgaben sind verbindlich.
 - h) Änderungen des Messverfahrens werden mindestens sechs Monate vor Jahresbeginn, in dem Daten gesammelt werden, den Anbietern von Bedarfserhebungsinstrumenten und elektronischer Bewohnendokumentation mitgeteilt, um eine rechtzeitige Umsetzung zu ermöglichen.
 - i) Es gibt klare Anweisungen für die Messung der MQI, die für die Nutzenden (Anbieter von Bedarfserhebungsinstrumente und elektronischer Bewohnendokumentation, Pflegeheime) zugänglich sind und ein einheitliches Messverfahren ermöglichen.
 - j) Der Zeitplan für die Datenerhebung/-erfassung -übermittlung, -analyse, für die Rückmeldung an die Pflegeheime und die öffentliche Berichterstattung durch das BAG ist festgelegt.
 - k) Erhebende Stellen wie die Pflegeheime haben die Möglichkeit, Probleme zu melden und um Unterstützung bei der Bearbeitung der Variablen und Skalen für die Datenlieferung zu bitten. Entsprechende Ansprechpartner:innen bei den Softwareanbietern sowie beim BFS und BAG sind definiert.
 - l) Alle relevanten Daten (d.h. alle Assessments), die für die Berechnung der MQI nötig sind, werden für das entsprechende Geschäftsjahr aus den Systemen extrahiert und dem BFS geliefert. Das BAG entscheidet nach der Plausibilisierung (Qualitätsmerkmale, nicht valide oder fehlenden Angaben usw.), welche Assessments für die Berechnung berücksichtigt werden und welche nicht.

¹ Gemeint sind Anbieter von Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendokumentationssoftware

- m) Die Daten werden in allen Phasen der Erhebung, Übermittlung, Bearbeitung und Veröffentlichung geschützt.
- 2) Datenübertragung, Prüfung und Analyse
- a) Eine sichere und rechtzeitige Datenübertragung gemäss den Vorgaben des BFS ist gewährleistet.
 - b) Geeignete Kontrollen der Datenqualität werden in Anlehnung an Artikel 30a KVV beim BFS definiert und angewendet.
- 3) Berichterstattung
- a) Die öffentliche Berichterstattung durch das BAG erfolgt in Anlehnung an Artikel 31 KVV.
 - b) Rückmeldung zu den Ergebnissen der MQI sind für alle Pflegeheime verfügbar. Das Feedback erfolgt zeitnah, damit die Daten für die Qualitätsüberwachung und -verbesserung genutzt werden können.
 - c) Pflegeheime mit bis zu zehn Bewohnenden werden nach der Datenbereinigung aus dem Datensatz ausgeschlossen für die Berichterstattung.
 - d) Die Daten werden planmässig gemeldet / veröffentlicht.
 - e) Das BAG definiert, auf welcher Ebene die Daten ein Benchmarking unter den Pflegeheimen erlauben (z.B. Vergleich mit kantonalen Durchschnitt).
 - f) Die öffentliche Berichterstattung durch das BAG beinhaltet eine für Laien verständliche Erläuterung der publizierten Daten.

Kriterien auf Ebene der Bedarfserhebungsinstrumente / Bewohnendendokumentationsoftware

- a) Die Variablen zur Datenerhebung sind in die bestehenden Bedarfserhebungsinstrumente integriert, so dass eine Erhebung anhand von Routinedaten möglich ist.
- b) Die Software ist validiert und wird auf Programmierfehler kontrolliert.
- c) Die Softwareanbieter halten sich an die vorgegeben Spezifikationen zu den Variablen gemäss dem Leitfaden zur Erfassung der Variablen (4)
- d) Die Erfassung und Aufbereitung der Daten ist standardisiert:
 - a. Die Software unterstützt die korrekte Datenerfassung und unmittelbare Überprüfung der Eingaben, z. B. durch vorgeschlagene Wertebereiche, automatische Berechnungen, Pop-up Warnungen und Messanweisungen
 - b. Programmierregeln werden erarbeitet um fehlende Daten, unkorrekte Daten, inkohärente Daten und unvollständige Datensätze zu reduzieren.
 - c. Algorithmen zur Berechnung der MQI und der zugehörigen Skalen (z.B. interRAI CPS) werden gemäss den Messanweisungen implementiert

- d. Die Implementierung von neuen Algorithmen wird ausführlich getestet, bevor eine neue Version den Pflegeheimen zugänglich gemacht wird, um die Korrektheit der Berechnungen sicherzustellen
- e. Validierungsprozesse für Rohdaten aus den Pflegeheimen sind definiert
- e) Rückmeldesysteme für Fehler, Unvollständigkeit und fehlende Kohärenz in den Daten der Pflegeheime sind geklärt.
- f) Die Verwendung der Instrumente und im spezifischen, die Erhebung der Daten für die nationalen MQI werden durch Schulungen unterstützt. Die Schulungen sind in drei Landessprachen zugänglich (Deutsch, Französisch, Italienisch).
- g) Die Softwareanbieter stellen nach Möglichkeit eine Plattform zur Verfügung für eine direkte und unmittelbare Rückmeldung zu den zeitaktuellen MQI. Die Plattform stellt die Daten in einer einfach verständlichen Form dar und erlaubt sowohl einen Quervergleich (Benchmarking) wie einen Vergleich der MQI des eigenen Betriebs im Lauf der Zeit. Die Plattform informiert über die Vergleichbarkeit der vorhandenen Daten mit den öffentlich rapportierten Daten.
- h) Es bestehen offene Schnittstellen zwischen den Softwares der Bedarfserhebungsinstrumente und der Bewohnendokumentationen, um einen einfachen Datenaustausch zu allen Variablen zu ermöglichen, die für die Berechnung der nationalen MQI erforderlich sind und um Doppelerfassungen zu vermeiden.

Kriterien auf Ebene der Pflegeheime

- a) Die Leitungsebene der Pflegeheime, sowie das Pflege- und Betreuungspersonal versteht die MQI und deren Zweck.
- b) Es ist festgelegt, wer die Verantwortung trägt für die Datenerfassung. Das Pflege- und Betreuungspersonal ist sich seiner Rolle bei der Datenerfassung bewusst (z. B., wenn sie routinemässige Gewichtsmessung oder Schmerzassessments durchführen, Medikamentenlisten überprüfen und diese Prozesse dokumentieren).
- c) Das für die Erfassung und Aufzeichnung der Daten für die MQI zuständige Personal ist dafür qualifiziert/geschult und versteht die Hintergründe, einschliesslich der möglichen Fehlerquellen.
- d) Die Daten werden gemäss den Messanweisungen erfasst, z. B. hinsichtlich:
 - der Einhaltung der Datenerhebungszeit,
 - der Einhaltung der Zeitfenster für die klinischen Beobachtungen (z. B. letzte 7 Tage, letzte 30 oder 180 Tage),
 - Erfassung aller erforderlichen Daten,
 - die rechtzeitige Dokumentation der Daten,
 - Einsatz geeigneter Datenerhebungsmethoden, -quellen und -instrumente
 - dem Schutz der Personendaten bei der Erhebung.
- e) Probleme bei der Datenerhebung und -übermittlung (und bei der Verarbeitung, falls zutreffend) werden den Softwareanbietern (z. B. Probleme mit der Eingabemaske, mit dem internen Export

von Daten) oder dem BFS (z. B. technische Probleme bei der Übermittlung der Daten ans BFS) gemeldet.

- f) Jeder Betrieb verfügt über eine klare Ansprechperson für das BAG/BFS für die MQI.
- g) Wenn die Daten direkt von der Einrichtung verarbeitet und an das BFS übermittelt werden:
 - der Datensatz ist nach den gesetzlichen Vorgaben und der vom BFS publizierten Variablenbeschreibung (4) standardisiert,
 - eine sichere und rechtzeitige Datenübertragung gemäss dem technischen Betriebsreglement (6) ist gewährleistet.
- h) Die Leitungsebene der Pflegeheime kennt die Ergebnisse der Einrichtung zu den MQI und kann die gemeldeten Daten interpretieren.

5. Kriterien für die Datenerhebung der einzelnen Indikatoren

Alle oben genannten Kriterien beziehen sich auf die national gemessenen MQI. Im Folgenden werden Kriterien festgehalten, die themenspezifisch sind. Die Kriterien für die einzelnen Indikatoren orientieren sich an a) den Merkblättern zur Messung der aktuellen MQI (7), b) Erfahrungen aus einer Studie zum Thema Polymedikation (8), c) dem Schnittstellenkonzept für die neu vorgeschlagenen MQI (9) und d) den Diskussionen mit Stakeholdern. Weitere Informationen sind in den referenzierten Dokumenten zu finden.

Aktuelle Qualitätsindikatoren

Polymedikation

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung
Prozentualer Anteil an Bewohner:innen, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen	Alle Bewohner:innen, die in den letzten 7 Tagen 9 oder mehr Wirkstoffe einnahmen	Alle Bewohner:innen	Anzahl der Wirkstoffe in den letzten 7 Tagen	Keine Ausschlusskriterien	Pflegestufe, CPS, Alter

Die Qualitätskriterien werden auf der Ebene der nationalen Messvorgaben, des erhebenden Personals, des Messkontextes, der Dokumentation und der softwarebasierten Zählung formuliert.

Nationale Messvorgaben:

- a) Messanweisungen ermöglichen i) die eindeutige Erkennung der Anzahl der Wirkstoffe (sowohl bei regelmässig eingenommenen Medikamenten als auch bei verabreichten Reservemedikamenten), ii) die Unterscheidung zwischen systemisch und lokal wirkenden Medikamenten, standardisierten und nicht standardisierten Medikamenten, und iii) die

einheitliche Handhabung der Zählung von Wirkstoffen, die in längeren Zeitabständen (z. B. monatlich) verabreicht werden.

- b) Es gibt eine nationale Gruppe, die
- sich mindestens alle 2 Jahre trifft
 - neu auftretende Unklarheiten in Bezug auf die Zählung der Wirkstoffe bespricht und die Vorgaben bezüglich Zählung aktualisiert, inkl. dem zugehörigen Algorithmus für die Dokumentationssoftware.
 - In der Gruppe sind mind. die Bedarfserhebungsinstrumente, Bewohnendokumentationssoftware, Heimverbände und Berufsgruppenvertretungen (Geriatric, Pflege, Pharmazie) vertreten.
 - Die Gruppe bespricht mit HCI Solutions eventuelle Anpassungen der Itc-asc Liste.
 - Es ist definiert, wer die Gruppe jeweils einberuft.

Erhebendes Personal:

- c) Die Datensammelnden verfügen über ausreichende Kenntnisse der Pharmakologie oder verwenden zuverlässige Hilfsmittel, um die Anzahl der Wirkstoffe in einem Medikament zu bestimmen, sowie verschiedene Medikamentengruppen (Vitamine, Abführmittel), systemische und lokale Medikamentenwirkung, und standardisierte und nicht standardisierte Medikamente zu unterscheiden. Sie sind in der Lage Anzahl Medikamente von Anzahl Wirkstoffe zu unterscheiden.

Messkontext:

- d) Die Datenerhebung zur Polymedikation wird über die letzten 7 Tage vor dem Datum der Bedarfsabklärung durchgeführt.

Dokumentation:

- e) Die Dokumentation der Medikamente ermöglicht eine genaue Zählung, d. h. es eine Medikamentenliste vor, die alle aktuellen Medikamente an einem Ort enthält, auch wenn die Verantwortung für die Zubereitung der Medikamente zwischen dem Pflegepersonal und einer Apotheke aufgeteilt ist und es liegt eine klare Dokumentation der verabreichten Reservemedikamente vor. Die Daten, an denen die Medikamente verschrieben wurden, sowie das Stoppen der Verordnung und eventuelle Pausen sind festgehalten.

Softwarebasierte Zählung:

- a) Jedem Medikament wird die korrekte Anzahl von Wirkstoffen zugeordnet. Die Anzahl Wirkstoffe sind in der Itc-asc Liste von HCI Solutions festgehalten.
- b) Es gibt einen über alle Bewohnendokumentationssoftware standardisierten und einheitlichen Algorithmus, der möglichst genau die Anzahl von Wirkstoffen auf Basis der Itc-asc Liste erhebt. Das heisst zum Beispiel, der Algorithmus erkennt dieselbe Substanz, die mehr

als einmal verabreicht wird (in unterschiedlicher Dosis, unter anderem Namen, als regelmässige und als Reservemedikamente); Vitamine, Abführmittel usw. werden nur einmal gezählt.

- c) Der Algorithmus ist korrekt in der Software implementiert. Für die Nutzenden ist es einfach, die Anzahl Wirkstoffe per Stichtag einzusehen. Die Nutzenden haben die Möglichkeit, die Basis für die Berechnung zu überprüfen (z. B. einzusehen, welches Medikament mit welcher Anzahl Wirkstoffe hinterlegt ist und wie das System die Zählung pro Stichtag korrigiert hat).

Bewegungseinschränkende Massnahmen

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung
Prozentualer Anteil an Bewohner:innen mit täglicher Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, die die Bewohner:innen am selbständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen	Alle Bewohner:innen mit täglicher: - Fixierung des Rumpfes Oder - Sitzgelegenheit, die die Bewohner:innen am selbständigen Aufstehen hindert	Alle Bewohner/innen	Häufigkeit der Nutzung in den letzten 7 Tagen und Kontext der Massnahme	Bewohner:innen, bei denen die bewegungseinschränkenden Massnahmen auf Wunsch eingesetzt werden	Pflegestufe, CPS
Prozentualer Anteil an Bewohner:innen mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche Bewohner:innen am selbständigen Verlassen des Bettes hindern, in den letzten 7 Tagen	Alle Bewohner:innen mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche Bewohner:innen am selbständigen Verlassen des Bettes hindern	Alle Bewohner/innen	Häufigkeit der Nutzung in den letzten 7 Tagen und Kontext der Massnahme	Bewohner:innen, bei denen die bewegungseinschränkenden Massnahmen auf Wunsch eingesetzt werden	Pflegestufe, CPS

Nationale Messvorgaben:

- a) Die Datenerhebenden orientieren sich im Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen am Kinder- und Erwachsenenschutzrecht.

Erhebendes Personal:

- b) Die Datensammelnden erkennen alle relevanten Arten von bewegungseinschränkenden Massnahmen.
- c) Die Datensammelnden sind in der Lage, die Urteilsfähigkeit der Bewohnenden richtig zu beurteilen.

Messkontext:

- a) Die Datenerhebung wird über die letzten 7 Tage vor dem Datum der Bedarfsabklärung durchgeführt.

Dokumentation:

- d) Art, Datum und Grund der bewegungseinschränkenden Massnahmen werden korrekt und zeitnah dokumentiert.

Mangelernährung

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung
Prozentualer Anteil an Bewohner:innen mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen	Alle Bewohner:innen mit einem Gewichtsverlust von 5% oder mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% oder mehr in den letzten 180 Tagen	Alle Bewohner:innen	Gewichtsverlust von 5% oder mehr in den letzten 30 Tagen oder von 10% oder mehr in den letzten 180 Tagen	Bewohner:innen: - mit einer Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten - mit Eintrittsassessament	Pflegestufe, CPS

Nationale Messvorgaben:

- a) Für die Berechnung des Gewichtsverlusts wird jeweils ein Gewicht in der Erhebungsperiode als Ausgangsgewicht genommen. Für die Berechnung wird ein national bestimmter Algorithmus verwendet. Dieser zeigt auf, wie genau die Differenz zwischen zwei Terminen gerechnet wird und welche Spannbreite zulässig ist für den Einschluss von Gewichten vor 30 und vor 180 Tagen.
- b) Der Algorithmus ist öffentlich zugänglich.

Erhebendes Personal:

- a) Das Personal benennt die Bedeutung der Messung des Gewichts und des Qualitätsindikators und hält sich an die Messvorgaben.

Messkontext:

- b) Die Gewichtsmessung wird mindestens alle 6 Monate, wenn möglich monatlich durchgeführt.
- c) Wenn möglich, wird die Gewichtsmessung jedes Mal zur gleichen Zeit und unter den gleichen Bedingungen durchgeführt, d. h. es wird jedes Mal dieselbe Waage verwendet, mit derselben

Menge an Kleidung, vor oder nach dem Essen. Die Bedingungen werden dokumentiert, um eine Wiederholung zu ermöglichen.

- d) Die Waagen werden regelmässig gemäss den Wartungsanweisungen kalibriert.

Dokumentation:

- e) Die Gewichtsmessung wird zeitnah nach der Messung dokumentiert, einschliesslich Datum und Uhrzeit.
- f) Sofern dies nicht automatisch durch das System erfolgt, wird die Berechnung des prozentualen Gewichtsverlusts vor der Erfassung der QI-Daten überprüft.

Softwarebasierte Zählung:

- a) Die Software unterstützt die Nutzenden bei der Berechnung des Gewichtsverlusts.
- b) Sie nutzen dazu den national gültigen Algorithmus.

Schmerzen - Selbsteinschätzung

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung
Prozentualer Anteil der Bewohner:innen, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige oder mehr Schmerzen angaben oder nicht täglich sehr starke Schmerzen	Alle Bewohner:innen, die in den letzten 7 Tagen folgende Schmerzen angegeben haben: - Täglich mässige, starke oder sehr starke/unerträgliche Schmerzen Oder - Nicht tägliche, sehr starke/ unerträgliche Schmerzen	Alle Bewohner:innen	Häufigkeit und Intensität der selbst eingeschätzten Schmerzen in den letzten 7 Tagen	Keine gültige Antwort auf Fragen zur Häufigkeit ODER Intensität der selbst eingeschätzten Schmerzen	Pflegestufe, CPS, DRS, Geschlecht

Nationale Messvorgaben:

- a) Bei der Frage nach der Schmerzintensität verwenden die Datenerhebenden die verbale Ratingskala (VRS), d. h. mit den im Instrument angegebenen Antwortmöglichkeiten (leicht, mässig, schwer, sehr schwer/unerträglich), auch wenn in der Einrichtung normalerweise eine andere Skala, z. B. eine numerische Ratingskala (NRS) oder eine visuelle Analogskala (VAS), verwendet wird. Sollte dies nicht möglich sein, wird die Umrechnung von anderen Skalen auf die VRS einheitlich gemäss Vorgabe gehandhabt.

Erhebende Person:

- b) Die Erhebenden prüfen, ob die Bewohnenden verstehen, worum es in den Fragen geht, und ob sie sich an die letzten 7 Tage erinnern können.

Messkontext:

- c) Die Angaben zur Schmerzhäufigkeit und -intensität werden nach ihrer eigenen Wahrnehmung von den Bewohnenden gemacht.
- d) Die Fragen zur Schmerzhäufigkeit und -intensität werden am Ende des Bewertungszeitraums gestellt.
- e) Die Bewohnenden werden in einem ruhigen Moment direkt nach der Schmerzhäufigkeit und -intensität gefragt.

Dokumentation:

- f) Was die Bewohnenden zu den beiden Fragen sagen, wird unverändert dokumentiert.

Softwarebasierte Zählung:

- g) Ein eventueller Algorithmus zur Umrechnung von Schmerzintensitätsskalen wird öffentlich zur Verfügung gestellt, um eine einheitliche Umrechnung zu gewährleisten.
- h) Die Softwareanbieter implementieren einen standardisierten, einheitlichen Algorithmus, für eine eventuelle Umrechnung der Skalen.

Schmerzen - Fremdeinschätzung

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung
Prozentualer Anteil der Bewohner:innen, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige oder mehr Schmerzen zeigten oder nicht täglich sehr starke Schmerzen	Alle Bewohner:innen, bei denen in den letzten 7 Tagen folgende Schmerzen beobachtet wurden: - Täglich mässige, starke oder sehr starke/unerträgliche Schmerzen Oder - Nicht tägliche, sehr starke/ unerträgliche Schmerzen	Alle Bewohner:innen	Häufigkeit und Intensität der fremd eingeschätzten Schmerzen in den letzten 7 Tagen	Keine Ausschlusskriterien	Pflegestufe, CPS, DRS, Geschlecht

Nationale Messvorgaben:

- a) Die Datenerhebenden orientieren sich bei der Übertragung der Resultate von Fremdeinschätzungsinstrumenten in die Antwortoptionen des Items des MQI zur Schmerzintensität an nationalen Vorgaben.

Erhebendes Personal:

- b) Die Schmerzbeurteilung wird von einer Person durchgeführt, die den Bewohnenden kennt / in den letzten 7 Tagen zeitweise betreut hat.

Messkontext:

- c) Die Datenerhebenden kennen die Beobachtungsinstrumente zur Unterstützung der externen Bewertung und sind geschult in deren Anwendung, z. B. BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz) oder BESD (Beurteilung von Schmerz bei Demenz).
- d) Andere Teammitglieder und/oder Angehörige werden nach Beobachtungen gefragt, die auf Schmerzen hindeuten könnten (Lautäusserungen, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Bewegung und anderes) und wie sie diese interpretieren.
- e) Die Schmerzintensität wird nach Möglichkeit im Team beurteilt.

Einschlusskriterien und Variablen zur Risikoadjustierung

Qualitätskriterien:

- a) Die Datenerhebenden kennen die verwendeten Skalen (d.h. Cognitive Performance Scale (CPS) und Depressions-Ratingskala (DRS)) und wissen, welche Items zur Berechnung der Skalen verwendet werden.
- b) Die Datenerhebenden bewerten eine Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten zum Zeitpunkt der Bewertung.
- c) Wenn möglich werden Teammitglieder, Angehörige oder der zuständige Arzt/die zuständige Ärztin zu Rate gezogen.

Von Expertengruppe vorgeschlagene Indikatoren

Es werden nachfolgend Kriterien für neue Indikatoren formuliert. Es wurden in einer Expertengruppe zwischen 2019 und 2021 vier MQI in den drei Messthemen Dekubitus, Medikationsreview und gesundheitliche Vorausplanung entwickelt und zur nationalen Messung vorgeschlagen (9). Im Rahmen von NIP-Q-UPGRADE wurden die Empfehlungen der Expertengruppe auf Basis von Stakeholdergesprächen und einer Kontextanalyse in den Pflegeheimen angepasst. Die neuen Indikatoren werden im Arbeitspaket 3 von NIP-Q-UPGRADE in die Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendokumentationssoftware integriert, erhoben und ausgewertet. Auf Basis der Resultate der ersten Datenauswertung wird entschieden, ob die Indikatoren für ein öffentliches Rapportieren durch das BAG eingeführt werden.

Die Entwicklung der hier vorliegenden Kriterien ist unabhängig davon, ob diese Indikatoren tatsächlich eingeführt werden.

Dekubitus

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung

Prozentualer Anteil an Bewohner:innen mit Dekubitus Grad 2-4 oder nicht skalierbar	Bewohner:innen mit Dekubitus Grad 2-4 oder nicht skalierbar	Alle Bewohnende	Vorhandensein von Dekubitus Grad 2-4 oder nicht skalierbar	Dekubitus, der ausserhalb des Pflegeheims entstanden ist	Pflegestufe, CPS
--	---	-----------------	--	--	------------------

Nationale Messvorgaben:

- a) Für die Gradeinstufung der Dekubitus ist die Richtlinie des European Pressure Ulcer Advisory Panel, des National Pressure Injury Advisory Panel und der Pan Pacific Pressure Injury Alliance massgeblich.

Erhebendes Personal:

- b) Die Datenerfassenden sind in der Lage, Dekubitus der Grade 2-4 und nicht skalierbar auf der Grundlage einer Ganzkörperbeurteilung des Bewohnenden und in Übereinstimmung mit den oben genannten Richtlinie zu beurteilen.

Messkontext:

- c) Bei der Aufnahme in der Langzeitpflegeinstitution und bei jeder Rückkehr von Bewohnenden, z. B. nach einem Spitalaufenthalt, einem Besuch in der Notaufnahme, einem Urlaub usw., wird eine Ganzkörperuntersuchung auf das Vorhandensein von Dekubitus durchgeführt. Dies erlaubt die Unterscheidung, ob ein neuer Dekubitus intern oder extern entstanden ist.
- d) Für die Einstufung des Dekubitus berücksichtigen die Datenerfassenden den Grad, der am Ende des Erhebungszeitraums vorliegt.

Dokumentation:

- a) Das Vorliegen eines Dekubitus, der aktuelle Grad und der Entstehungsort werden zeitnah in der Bewohnerdokumentationssoftware dokumentiert..

Medikationsreview

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung
Prozentualer Anteil an Bewohner:innen, die in den letzten 12 Monaten eine interprofessionelle Medikationsreview erhalten haben	Alle Bewohner/innen mit einer interprofessionellen Medikationsreview in den letzten 12 Monaten	Alle Bewohner:innen	Wenn eine interprofessionelle Überprüfung der Medikamente durchgeführt wurde und die beteiligten Fachpersonen	Eintrittsassessment Bewohner:innen, die keine Medikamente erhalten	Keine

Nationale Messvorgaben:

- a) Die Datenerhebenden orientieren sich bei der Bestimmung, ob eine Medikationsreview stattgefunden hat, an den national vorliegenden Minimalkriterien.²
- b) Die Datenerfassenden schliessen dokumentierte Medikationsreviews in ihre Erhebung ein.

Erhebendens Personal:

- c) Das involvierte Gesundheitsfachpersonal versteht die Definition einer interprofessionellen Medikationsreview, die durch den Indikator bewertet wird, und kann sie von einer üblichen kurzen Überprüfung der aktuellen Medikamenten, z. B. während einer ärztlichen Visite, unterscheiden.

Dokumentation:

- d) Die Überprüfung der Medikamente wird in der Pflegedokumentation unter Angabe des Datums und der beteiligten Personen dokumentiert zusammen mit aus dem Review folgenden Veränderungen im Medikationsplan.

Gesundheitliche Vorausplanung – ärztliche Notfallanordnung

Definition	Zähler	Nenner	Messitems	Ausschlusskriterien	Risikoadjustierung
Prozentualer Anteil an Bewohner:innen, bei denen eine ärztliche Notfallanordnung vorliegt	Alle Bewohner:innen mit einer Notfallanordnung	Alle Bewohner:innen	Vorhandensein von ärztlicher Notfallanordnung	Eintrittsassessment	Keine

Nationale Messvorgaben:

- a) Die ärztliche Notfallanordnung beinhaltet im Minimum die Klärung des Wunsches bezüglich Reanimation(Herz-Lungen-Wiederbelebung), bezüglich Beatmung, bezüglich einer Behandlung auf der Intensivstation und bezüglich einer Spitaleinweisung bei Zustandsverschlechterung.
- b) Die ärztliche Notfallanordnung ist nicht älter als 9 Monate (analog zu den mind. 9monatlichen Erhebung mit den Bewohnererhebungsinstrumenten) und entspricht der aktuellen Lebens- und Krankheitssituation.
- c) Die ärztliche Notfallanordnung ist strukturiert erfasst, mit einem eindeutigen Datum versehen und an einem Ort festgehalten, der dem gesamten Pflege- und Betreuungspersonal bekannt

² Es liegen Minimalkriterien für die Umsetzung einer Medikationsreview in Pflegeheimen von der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) vor: <https://www.sfgg.ch/wp-content/uploads/Medikationsreview-D-V1.1.pdf>

und mit wenig Aufwand zugänglich ist. Sie ist widerspruchsfrei und spiegelt die aktuellen Wünsche der Bewohnenden wider.

Erhebendes Personal:

- a) Das erhebende Personal überprüft, wie die gesundheitliche Vorausplanung in der Dokumentation festgehalten ist.

Schlussfolgerung

Anhand von Literatur und Dokumenten rund um die Erhebung von Qualitätsindikatoren wurden Qualitätskriterien für die Datenqualität formuliert. Diese decken allgemeine Themen ab, adressieren die Ebene des Bundes, der Bedarfserhebungsinstrumente / Bewohnendendokumentationssoftware und der Pflegeheime und verfolgen den ganzen Lebenszyklus der Daten von deren Erhebung bei den Bewohnenden, über die Erfassung in den Instrumenten oder der Bewohnendendokumentation, hin zur Überprüfung und Übermittlung an das BFS und zur Berichterstattung durch das BAG. Es wurden auch spezifische Qualitätskriterien für die einzelnen MQI formuliert, die nationale Messvorgaben, das erhebende Personal, den Messkontext, die Dokumentation und eine eventuelle softwarebasierte Zählung adressieren.

Dieses Teilprojekt erlaubt damit einen Überblick, welche Anforderungen an die Datenqualität der nationalen Qualitätsindikatoren bestehen. Es greift die aktuelle Rechtsgrundlage für die Verwendung der Daten auf und bietet Grundlagen für die optimale Gestaltung von Mess-, Erfassungs- und Datenmanagementprozessen. Die Kriterien sind Empfehlungen und haben aktuell keinen verbindlichen Charakter (ausser dort, wo sie die aktuelle Rechtsgrundlage aufgreifen). Die Kriterien erlauben Pflegeheimen, die eigene Datenqualität zu überprüfen und können z. B. bei der Durchführung von (Selbst-)Audits verwendet werden. Ebenso können die Kriterien als Grundlage für Bildungs- und Schulungsmaterial dienen, um die Pflegeheime bei der Erhebung und Erfassung der Daten für die MQI zu unterstützen. Im Rahmen des NIP-Q-UPGRADE Programms werden sie die Grundlage bilden für die weiteren Schritte im Programm zur Optimierung der Datenqualität mit den Bedarfserhebungsinstrumenten und Bewohnendendokumentationssoftware (Teilprojekt 1.5) sowie bei der Entwicklung eines Massnahmenpakets zur Verbesserung der Datenqualität (Teilprojekt 1.7).

Im Rahmen eines parallel laufenden Teilprojekts im NIP-Q-UPGRADE Programm, das hinderliche und förderliche Faktoren für die Datenqualität untersuchte, zeigte sich bei mehreren MQI Handlungsbedarf für die Verbesserung der Datenqualität. Da nicht alle Fragen rund um nationale Vorgaben, Messkontext oder softwarebasierte Zählungen geklärt sind, konnten nicht alle Qualitätskriterien abschliessend formuliert werden. Hier braucht es eine Aktualisierung der Qualitätskriterien im Lauf des Programms.

Empfehlungen

Wir empfehlen folgende Punkte:

- Überprüfung durch ARTISET Branchenverband CURAVIVA und senesuisse, welche Möglichkeiten bestehen die Qualitätskriterien für die Bedarfserhebungsinstrumente /

Bewohnendokumentationsssoftware verbindlich werden zu lassen (innerhalb der nächsten 2 Jahre), sodass eine verbindliche Grundlage für die einheitliche Gestaltung von Mess-, Erfassungs- und Datenmanagementprozessen besteht..

- Verbreitung der Qualitätskriterien auf Ebene der Pflegeheime über verschiedene Kanäle (z. B. Faktenblätter CURAVIVA, Newsletter, Magazin, etc.) durch alle Beteiligten im NIP-Q-UPGRADE Programm unter Einbezug der Stakeholder (bis Mitte 2025).
- Aktualisierung der Qualitätskriterien durch das NIP-Q-UPGRADE-Forschungsteam auf der Grundlage neuer Erkenntnisse aus anderen Teilzeilen. Wir schlagen vor, dass die Überprüfung dieses Teilprojekts noch dreimal durchgeführt wird, d.h. bis zum 30. November 2024, bis zum 30. November 2025 und bis zum 30. September 2026.

6. Referenzen

1. **Health Information and Quality Authority. Data Quality Assessment Tool for health and social care [Internet]. Mahon, Cork, Ireland (2018).** Available from: <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2018-10/Interactive-Data-Quality-Assessment-Tool.pdf>
2. **Juddoo S, George C, Duquenoy P, Windridge D. Data Governance in the Health Industry (2018).** Investigating Data Quality Dimensions within a Big Data Context. ASI. 2018 Nov 1;1(4):43.
3. **Warwick W, Johnson S, Bond J, Fletcher G, Kanellakis P. (2025).** A Framework to Assess Healthcare Data Quality. EJSBS. 2015 May 1;13(2):92–8.
4. **Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2023).** Medizinische Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime. Leitfaden zur Erfassung der Variablen für die Berechnung der medizinischen Qualitätsindikatoren – Datenjahr 2023 [Internet]. 2023 Jan. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed/applikation-hilfe-benutzer.assetdetail.23546538.html>
5. **Bundesamt für Gesundheit / Bundesamt für Statistik BFS (2022).** Spezifikationen für die Erhebung der medizinischen Qualitätsindikatoren im Bereich der Pflegeheime Datenjahr 2023 Erhebungsjahr 2024 [Internet]. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed/applikation-hilfe-benutzer.assetdetail.23304345.html>
6. **Bundesamt für Statistik BFS (2019).** Medizinische Qualitätsindikatoren SOMED Erste Erhebungen des BFS Technisches Bearbeitungsreglement (gemäss Art. 21, Abs. 2 VDSG) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/9847768>
7. **CURAVIVA Schweiz (o.J.).** Medizinische Qualitätsindikatoren. [cited 2023 Sep 5]. Factsheets Medizinische Qualitätsindikatoren. Available from: <http://www.curaviva.ch/Fachwissen/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/PR0oS/>
8. **Zúñiga F, Osińska M, Meyer-Masseti C, Welte N. (2022).** Bericht zur Datenqualität der Erhebung zur Polymedikation. Universität Basel und Inselspital Bern/Universität Bern.
9. **Zúñiga F, Osińska M. (2021).** Schnittstellenkonzept zu den neu vorgeschlagenen medizinischen Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege. Nursing Science, Departement Public Health, Universität Basel.