

# Planungsgrundlage für die Erstellung eines «Monitorings Pflege»

Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Autorenschaft:

Prof. Dr. Maria Schubert, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW,  
Department Gesundheit, Institut für Pflege (Projektleitung)

Dr. Marc Höglinger, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW,  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Nicole Zigan, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW,  
Department Gesundheit, Institut für Pflege

Sarah Heiniger, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW,  
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Winterthur, 04. Oktober 2022

**Vertragsnummer:** 142005222

**Laufzeit:** 01.05. – 31.10.2022

**Datenerhebungsperiode:** 01.05. – 30.06.2022

**Projektleitung im BAG:** Jean-Damien Meyer, Sektion Grundversorgung Gesundheitsberufe

**Plattform Gesundheitspersonal, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung**  
(Name, Akteursgruppe in alphabetischer Reihenfolge)

#### Arbeitnehmende

- Juan Barahona, Syna, Plattform Gesundheitspersonal
- Migmar Dhakyel, Syna, Plattform Gesundheitspersonal
- Marco Geu, Syna, Plattform Gesundheitspersonal und Kerngruppe Monitoring
- Roswitha Koch, SBK/ASI, Kerngruppe Monitoring
- Yvonne Ribi, SBK/ASI, Plattform Gesundheitspersonal
- Beatriz Rosende Carobbio, VPOD/SSP, Plattform Gesundheitspersonal und Kerngruppe Monitoring
- Pierre-André Wagner, SBK/ASI, Plattform Gesundheitspersonal
- Elvira Wiegand, VPOD/SSP, Plattform Gesundheitspersonal

#### Arbeitgebende

- Franziska Adam, Spitex Schweiz, Kerngruppe Monitoring
- Pia Coppex, Senesuisse, Plattform Gesundheitspersonal
- Marcel Durst, Association Spitex privée Suisse ASPS, Plattform Gesundheitspersonal
- Patrick Imhof, Spitex Schweiz, Plattform Gesundheitspersonal
- Marianne Pfister, Spitex Schweiz, Plattform Gesundheitspersonal
- Kai Trachsel, Association Spitex privée Suisse ASPS, Plattform Gesundheitspersonal
- Markus Trutmann, H+ Die Spitäler der Schweiz, Plattform Gesundheitspersonal und Kerngruppe Monitoring
- Monika Weder, ARTISET, Plattform Gesundheitspersonal und Kerngruppe Monitoring

#### Ausbildungsinstitutionen Pflege

- Emmanuel Hofer, Verband Bildungszentren Gesundheit Schweiz (BGS), Kerngruppe Monitoring
- Jacqueline Martin, Fachhochschule & swissuniversities, Kerngruppe Monitoring
- Urs Sieber, Stufe Sek.II und Höhere Fachschule - Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté), Kerngruppe Monitoring

#### Kantone

- Annette Grünig (Stv. Silvia Marti), Plattform Gesundheitspersonal, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung

#### Bund

##### **OBSAN**

- Clémence Merçay, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung
- Marcel Widmer, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung

**BAG**

- Bernadette Häfliger Berger, Plattform Gesundheitspersonal, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung
- Brigitte Hofer, Plattform Gesundheitspersonal, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung
- Jean-Damien Meyer, Plattform Gesundheitspersonal, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung
- Jenny Surbeck (Stv. Tamara Bonassi), Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abb.</b>	Abbildung
<b>ANQ</b>	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
<b>ASPS</b>	Association Spitex privée Suisse
<b>AVAM</b>	Informationssystem für die Arbeitsvermittlung und die Arbeitsmarktstatistik
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BESA</b>	BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungs-System für Pflegeleistungen
<b>BGS</b>	Bildungszentren Gesundheit Schweiz
<b>BJ</b>	Bundesamt für Justiz
<b>CAS</b>	Certificate of Advanced Studies
<b>CHOP</b>	Schweizerischer Operationsklassifikation
<b>COVID-19</b>	Coronavirus-Krankheit-2019
<b>DAS</b>	Diploma of Advanced Studies
<b>EBA</b>	Eidgenössisches Berufsattest
<b>EFZ</b>	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
<b>EQK</b>	Eidgenössische Qualitätskommission
<b>FaGe</b>	Fachangestellte Gesundheit
<b>FH</b>	Fachhochschule
<b>GDK</b>	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>HES-SO</b>	Walliser Fachhochschule
<b>HF</b>	Höhere Fachschule
<b>interRAI</b>	Inter Resident Assessment Instrument
<b>KGM</b>	Kerngruppe Monitoring
<b>KS</b>	Krankenhausstatistik
<b>LSE</b>	Schweizerische Lohnstrukturerhebung
<b>MAS</b>	Master of Advanced Studies
<b>MNSc</b>	Master of Science in Nursing
<b>MS</b>	Medizinische Statistik
<b>NDNQI</b>	National Database of Nursing Quality Indicators
<b>NDS</b>	Nachdiplomstudiengang
<b>Obsan</b>	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
<b>OdASanté</b>	Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
<b>OECD</b>	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
<b>PLAISIR</b>	Planification informatisée des soins infirmiers requis
<b>PREMs</b>	Patient-Reported Experience Measures
<b>PROMs</b>	Patient-Reported Outcome Measures
<b>RN4CAST</b>	Registered Nurse Forecasting
<b>SAKE</b>	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
<b>SBA</b>	Statistik der Bildungsabschlüsse
<b>SBFI</b>	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
<b>SBK</b>	Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
<b>SECO</b>	Staatssekretariat für Wirtschaft
<b>SHIS</b>	Schweizerisches Hochschulinformationssystem
<b>SHURP</b>	Swiss Nursing Homes Resources Project
<b>SLZP</b>	Stationäre Langzeitpflege

<b>SOMED</b>	Statistik der Sozialmedizinischen Institutionen
<b>SpiGes</b>	Spitalstationäre Gesundheitsversorgung
<b>Spitex-Statistik</b>	Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause
<b>SPOTnat</b>	Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie
<b>STATPOP</b>	Statistik der Bevölkerung und Haushalte
<b>STRAIN-Projekt</b>	Nationales Projekt Work-related Stress Among Health Professionals in Switzerland
<b>VPOD</b>	Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste
<b>WIG</b>	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
<b>ZHAW</b>	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>7</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Ausgangslage</b> .....	<b>8</b>
1.1 Zielsetzung.....	9
1.2 Vorgehen .....	9
<b>2 Ergebnisse</b> .....	<b>11</b>
2.1 Ziele der Pflegeinitiative des «Monitorings Pflege» .....	11
2.2 Wirkungsmodell .....	12
2.2.1 <i>Beschreibung der Wirkungsebenen (Vertikale Achse)</i> .....	14
2.2.2 <i>Wirkungsketten (Horizontale Achse)</i> .....	15
2.3 Schlüsselindikatoren .....	19
2.3.1 <i>Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung</i> .....	23
2.3.1.1 Rekrutierung .....	24
2.3.1.2 Vertretung der Pflege .....	25
2.3.1.3 Direkte Abrechnung zulasten der Krankenversicherung oder Sozialversicherungen.....	26
2.3.1.4 Zuteilung finanzieller Ressourcen nach Dienstleistern .....	27
2.3.2 <i>Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen</i> .....	30
2.3.2.1 Abschlüsse im Pflegebereich .....	31
2.3.2.2 Ausbildungsplätze .....	33
2.3.2.3 Bestand und Bedarf.....	35
2.3.3 <i>Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen</i> .....	39
2.3.3.1 Arbeitsaufwand.....	40
2.3.3.2 Lohn.....	41
2.3.3.3 Personaleinsatz .....	42
2.3.3.4 Personalerhaltung .....	45
2.3.3.5 Gesundheit Pflegepersonal .....	49
2.3.3.6 Subjektive Bewertung der Arbeitsbedingungen .....	51
2.3.4 <i>Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen</i> .....	54
2.3.4.1 Medizinische Qualitätsindikatoren.....	55
2.3.4.2 Qualität wahrgenommen von Pflegepersonen .....	59
2.3.5 <i>Weitere diskutierte (Schlüssel-)Indikatoren</i> .....	60
2.4 Ressourcenabschätzung Monitoring Pflege .....	62
2.4.1 <i>Option 1: Bestehende Daten optimal nutzen (Basisoption)</i> .....	64
2.4.2 <i>Option 2: Befragung Pflegepersonen (Zusatzoption)</i> .....	66
2.4.3 <i>Option 3: Betriebsbefragung (Zusatzoption)</i> .....	67
2.4.4 <i>Option 4: Zusatzdaten Betriebe (Zusatzoption)</i> .....	68
2.4.5 <i>Übersicht der abgedeckten Schlüsselindikatoren pro Option</i> .....	70
2.4.6 <i>Varianten des Monitorings</i> .....	72
<b>3 Diskussion und Empfehlungen</b> .....	<b>76</b>
<b>4 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>80</b>
<b>5 Anhang</b> .....	<b>83</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungsmodell der Pflegeinitiative .....	13
Abbildung 2: Wirkungsmodell der Pflegeinitiative mit zugeordneten Schlüsselindikatoren .....	22

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziele der Pflegeinitiative und Beobachtungsbereiche.....	11
Tabelle 2: Erläuterungen zu den Beurteilungskriterien der Indikatoren.....	20
Tabelle 3: Überblick aller Schlüsselindikatoren .....	21
Tabelle 4: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung» .....	23
Tabelle 5: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen».....	30
Tabelle 6: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen» .....	39
Tabelle 7: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Zugang zu und Qualität von Pflegeleistungen» .....	54
Tabelle 8: Überblick weitere diskutierte (Schlüssel-)Indikatoren.....	61
Tabelle 9: Überblick der Kosten aller Optionen bis 2030 .....	63
Tabelle 10: Schlüsselindikatoren und ihre Abdeckung durch die Optionen .....	70
Tabelle 11: Varianten für das Monitoring Pflege 2023-2030.....	73
Tabelle 12: Schlüsselindikatoren und ihre Abdeckung durch die Monitoring-Varianten .....	74
Tabelle 13: Schätzung der Kosten in Option 2 (Berechnungsbeispiel) .....	87

# 1 Ausgangslage

Im Jahr 2017 lancierte der Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) die Volksinitiative «Für eine starke Pflege» (Pflegeinitiative). Diese zielt darauf ab, die pflegerische Versorgung der Bevölkerung mittels der drei Pfeiler 1) Ausbildung von mehr Pflegepersonen in der Schweiz (Ausbildungsoffensive), 2) Verhinderung von Berufsausstiegen durch bessere Arbeitsbedingungen sowie 3) Sicherung der Pflegequalität durch genügend Pflegepersonen respektive einer adäquaten Stellenbesetzung sicherzustellen. Die Pflegeinitiative wurde im Herbst 2021 durch das Stimmvolk angenommen und im neuen Artikel 117b «Pflege» in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft verankert. Die Umsetzung des neuen Verfassungsartikels soll in zwei Etappen erfolgen (Umsetzungsetappen 1 und 2). Im Mai 2022 hat der Bundesrat im Parlament die Umsetzungsetappe 1 der Pflegeinitiative verabschiedet. Die Umsetzungsetappe 1 entspricht dem ehemaligen indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative und beinhaltet die Ausbildungsoffensive sowie die direkte Abrechnung von bestimmten Pflegeleistungen. Im Herbst 2022 plant der Bundesrat im Rahmen der Umsetzungsetappe 2 die weiteren Inhalte des neuen Verfassungsartikels zu behandeln. Dazu zählen unter anderem anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen, die Möglichkeit der beruflichen Entwicklung und die angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen (Bundesrat, 2022).

Während der COVID-19 Pandemie haben sich die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zunehmend verschlechtert. Aus diesem Grund wurde das Bündnis Gesundheitspersonal 2020 gegründet. Diesem Bündnis schlossen sich 13 weitere Organisationen an. Ende 2020 sprach sich das Bündnis Gesundheitspersonal für ein systematisches Erfassen und Monitoring des Gesundheitszustands des Pflegepersonals, einschliesslich einer regelmässigen Berichterstattung hierzu, aus. Im Frühjahr 2021 setzte Bundesrat Alain Berset und der Präsident der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Lukas Engelberger, die Plattform Gesundheitspersonal, bestehend aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen sowie dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) und der GDK ein. Unter der Führung der Abteilung Gesundheitsberufe des Bundesamts für Gesundheit (BAG) beschäftigt sich die Plattform Gesundheitspersonal seither mit unterschiedlichen Anliegen des Pflegepersonals in der Covid-Krise und bietet regelmässige Austauschmöglichkeiten an. Das gewünschte Monitoring im Bereich Pflege stellte ein wiederkehrendes Traktandum an den Sitzungen der Plattform dar. Im Sommer 2021 entschied die Plattform Gesundheitspersonal, dass eine Kerngruppe das Monitoring Pflege erarbeiten soll. Im Frühjahr 2022 sprach sich diese Kerngruppe Monitoring (KGM) dafür aus, das Monitoring Pflege mit Bezug auf die Umsetzung der Pflegeinitiative aufzubauen. Das BAG vergab im April 2022 dazu ein externes Mandat mit Start im Mai, um in einem ersten Schritt eine Planungsgrundlage für die Erstellung eines «Monitorings Pflege» zu erarbeiten.

Das geplante Monitoring Pflege hat die Umsetzung der Pflegeinitiative zum primären Gegenstand. Die Ziele der Pflegeinitiative gemäss dem Text in Artikel 117b «Pflege» der Bundesverfassung (Anhang A) bilden diesbezüglich die Basis für diese Planungsgrundlage. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf dem Personal. Im Rahmen des Mandates wurden die Inhalte in Präsentationen und Diskussionen mit der KGM weiter konkretisiert.



## 1.1 Zielsetzung

Das vorliegende Mandat zielt darauf ab, eine Planungs- und Entscheidungsgrundlage für ein geplantes Monitoring Pflege zu erstellen. Das Monitoring soll hierbei die Zielgrössen der Pflegeinitiative mittels definierter Schlüsselindikatoren messbar machen. Weiterhin soll es eine detaillierte Problembestimmung und eine fortlaufende Einschätzung der Veränderungen oder Verbesserungen ermöglichen.

Für die einzelnen Arbeitsschritte wurden folgende Unterziele formuliert:

- Die Ziele der Pflegeinitiative detailliert zu bestimmen und die hiermit verbundenen Beobachtungsbereiche für das Monitoring abzuleiten. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf dem Beobachtungsbereich Personal.
- Basierend auf Punkt 1 ein Wirkungsmodell zu erstellen, welches den relevanten Kontext sowie die verschiedenen Ebenen (Bund, Kanton, Institution) berücksichtigt.
- Basierend auf dem Wirkungsmodell Schlüsselindikatoren (einschliesslich deren Datenquellen, Erhebungsmethoden, -Ort, -Häufigkeit und -Aufwand) in enger Absprache mit der Kerngruppe Monitoring zu bestimmen.
- Für die Umsetzung des Monitorings Pflege eine Abschätzung der Ressourcen und des hiermit verbundenen Aufwands in Form von drei Monitoring-Varianten zu erstellen.

## 1.2 Vorgehen

Der Bericht und die darin enthaltenen Produkte wurden von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in enger Zusammenarbeit mit den für das Mandat zuständigen Personen des BAG erstellt. Die Ausarbeitung erfolgte seitens der ZHAW durch das Institut für Pflege, Bereich Forschung und Entwicklung sowie dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG).

Für die Bearbeitung des Auftrags wurde zusätzlich zu der vom BAG gestellten KGM sowie der Operativen Steuerung zielgerichtet noch eine Gruppe von Expertinnen und Experten zusammengestellt (Anhang B). Diese Gruppe bestand einerseits aus Vertretenden der KGM und andererseits aus weiteren hinzugezogenen externen Personen aus verschiedenen Bereichen in der Pflege (Management, Bildung, Forschung, Datenmonitoring) sowie einer Vertretung der Patientinnen und Patienten. Die aus den drei schweizerischen Sprachregionen hinzugezogenen Expertinnen und Experten wurden gezielt in die Erarbeitung der Inhalte einbezogen. Durch ihre breit abgestützte Expertise sicherten die Expertinnen und Experten zusammen mit der KGM die Berücksichtigung der relevanten Praxisaspekte sowie der nationalen Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Erarbeitung der Planungsgrundlage für das Monitoring und der hiermit verbundenen Inhalte (Beobachtungsbereiche, Wirkungsmodell und Indikatoren).

Die Erarbeitung der Planungsgrundlage für die Erstellung eines «Monitorings Pflege» erfolgte in vier Arbeitsschritten:

1. **Bestimmung der Ziele der Pflegeinitiative und Beobachtungsbereiche:** Abgestützt auf die Dokumente zur Pflegeinitiative wurde ein Entwurf der Ziele der Pflegeinitiative und der entsprechenden Beobachtungsbereiche erstellt und in einer ersten Sitzung, mit der für dieses Projekt spezifisch zusammengesetzten Expertinnen- und Expertengruppe diskutiert. Nach der Vorstellung und Diskussion dieses Entwurfs mit der KGM erfolgte die Konkretisierung der Ziele der Pflegeinitiative sowie die Definition der Beobachtungsbereiche.

2. **Erstellung des Wirkungsmodells:** Basierend auf Arbeitsschritt 1 und den hierbei gewonnenen Erkenntnissen wurde ein erster Entwurf des Wirkungsmodells erstellt. Das Wirkungsmodell wurde in mehreren Feedbackrunden mit dem BAG und der KGM konkretisiert.
3. **Festlegung der Schlüsselindikatoren:** Um möglichst breit die relevanten Inhalte abzustützen, wurde die Expertengruppe (angelehnt an die Delphi-Methode) mit in die Erarbeitung der Schlüsselindikatoren einbezogen. In einer ersten Sitzung mit der Expertengruppe wurden dazu neben den Zielen der Pflegeinitiative und den Beobachtungsbereichen auch die Schlüsselindikatoren thematisiert und diese in Form einer konsolidierten Auslegeordnung erfasst. Im Anschluss wurde auf der Basis dieser Auslegeordnung sowie nationaler und internationaler Evidenz eine erste Liste mit 105 Indikatoren erarbeitet und der Expertengruppe für ein schriftliches Rating sowie Ergänzungen vorgelegt. In einer zweiten Sitzung, ergänzt durch zwei Einzelgespräche, wurden die Ratingergebnisse inklusive der identifizierten Schlüsselindikatoren mit der Expertengruppe diskutiert. Die auf diesen Ergebnissen basierende, konsolidierte Liste der Schlüsselindikatoren wurde anschliessend den Beobachtungsbereichen im Wirkungsmodell zugeordnet und der KGM präsentiert und inhaltlich diskutiert. Basierend auf den Diskussionsergebnissen mit der KGM wurden die Schlüsselindikatoren konkretisiert.
4. **Abschätzung der Ressourcen:** Abgestützt auf die Arbeitsschritte 1-3 wurde eine Ressourcenabschätzung vorgenommen. Hierzu wurden vier sich in Umfang und Komplexität unterscheidende Optionen mit sieben Ausprägungen für ein Monitoring Pflege erarbeitet und daraus drei Monitoring-Varianten kombiniert.

Im Rahmen von insgesamt zwei Sitzungen zur Schlussberichtserstattung mit der Operativen Steuerung und der Plattform Gesundheitspersonal und KGM wurden Rückmeldungen zum Entwurf des Schlussberichts der erstellten Planungsgrundlage sowie schriftliche Rückmeldungen der Teilnehmenden aufgenommen.

## 2 Ergebnisse

### 2.1 Ziele der Pflegeinitiative des «Monitorings Pflege»

Zunächst wurden die relevanten Dokumente zur Pflegeinitiative, wie der Bundesverfassungstext und die Abstimmungsunterlagen analysiert. Basierend auf der Dokumentenanalyse sowie den Diskussionen und Rückmeldungen mit der Expertengruppe und der KGM konnten acht Ziele der Pflegeinitiative abgeleitet werden (Tabelle 1). Diese wurden den folgenden vier Beobachtungsbereichen zugeordnet: 1) Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung, 2) Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen, 3) Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen und 4) Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen.

Tabelle 1: Ziele der Pflegeinitiative und Beobachtungsbereiche

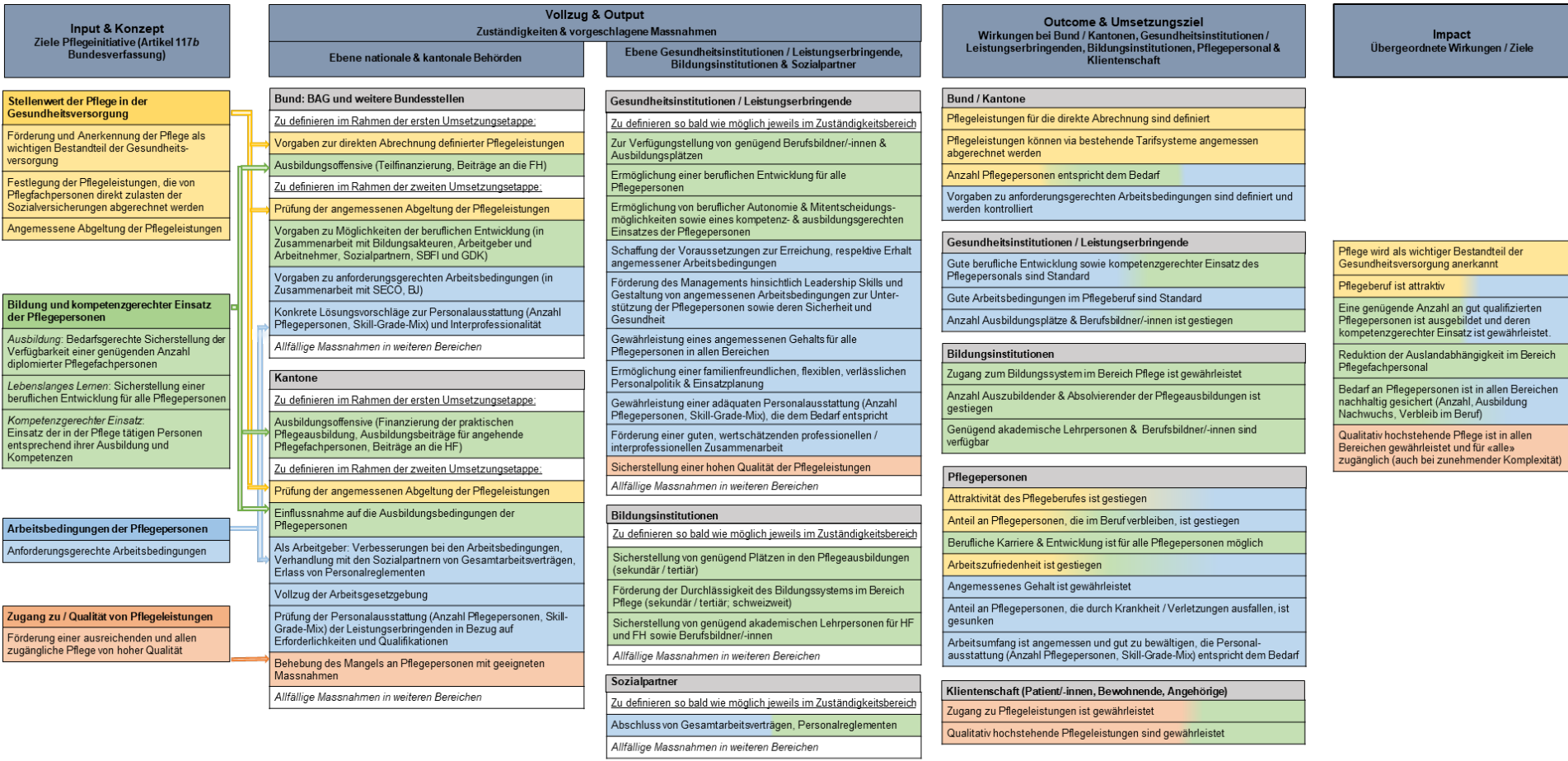
Ziele der Pflegeinitiative	Beobachtungsbereiche
1. Förderung und Anerkennung der Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung	Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung
2. Festlegung der Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen direkt zulasten der Sozialversicherungen abgerechnet werden	
3. Angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen	
4. Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
5. Lebenslanges Lernen: Sicherstellung einer beruflichen Entwicklung für alle Pflegepersonen	
6. Kompetenzgerechter Einsatz: Einsatz der in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und Kompetenzen	
7. Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
8. Förderung einer ausreichenden und für alle zugänglichen Pflege von hoher Qualität	Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen

## 2.2 Wirkungsmodell

Das Wirkungsmodell der Pflegeinitiative ist ein logisches Modell, welches die Wirkungslogik der Umsetzung der Pflegeinitiative veranschaulicht (Abbildung 1). Das Modell dient diesbezüglich als Strukturierungshilfe, indem es die Ziele der Pflegeinitiative gegliedert nach Beobachtungsbereich und die sich hiervon ableitende Wirkungslogik darstellt. Auf der vertikalen Achse (vier Pfeiler) sind die Wirkungsebenen der Pflegeinitiative und auf der horizontalen Achse die Wirkungsketten nach Beobachtungsbereich aufzeigt. Das Modell wurde in enger Kooperation mit den für die Umsetzung der Pflegeinitiative relevanten Akteuren und Stakeholdern erarbeitet, spezifiziert und konsolidiert. Es bildet somit das gemeinsame Verständnis ab, wie die Umsetzung der Pflegeinitiative erfolgen sollte. Darüber hinaus ist das Wirkungsmodell die Basis des Monitorings. Jeder für das Monitoring der Pflegeinitiative identifizierte und festgelegte Schlüsselindikator ist in dem Wirkungsmodell (Pfeiler 3: Outcomes, Umsetzungsziele, Pfeiler 4: Impact) verankert und macht so die Wirkung der Umsetzung der Pflegeinitiative für das Monitoring messbar.

Beim Lesen dieses Wirkungsmodell ist folgender Kontext zu beachten: Zum Zeitpunkt der Erstellung des Wirkungsmodells von Mai bis August 2022 wurden die konkreten Schritte und Massnahmen zur Umsetzung der Pflegeinitiative durch die hierfür zuständigen Akteurinnen und Akteure noch ausgearbeitet. Hierdurch kann es noch zu Veränderungen bei den unter «Vollzug & Output» vorgeschlagenen Massnahmen kommen. So können hier vorgeschlagene Massnahmen noch wegfallen oder die bestehenden durch weitere Massnahmen ergänzt werden, welche allfällige Änderungen bei den Outcomes und Indikatoren nach sich ziehen können.

Abbildung 1: Wirkungsmodell der Pflegeinitiative



**Kontext:**  
 Zum Zeitpunkt der Erstellung des Wirkungsmodells Juli/August 2022 wurden die konkreten Schritte und Massnahmen zur Umsetzung der Pflegeinitiative durch die hierfür zuständigen Akteure noch ausgearbeitet. Hierdurch kann es noch zu Veränderungen bei denen unter Vollzug & Output vorgeschlagenen Massnahmen kommen. So können Massnahmen noch wegfallen oder die bestehenden durch weitere Massnahmen ergänzt werden.

Quelle: Darstellung ZHAW, Stand 02.10.2022. Dieses Wirkungsmodell wurde im Rahmen des Mandates Planungsgrundlage für die Erstellung eines «Monitorings Pflege» erarbeitet.  
 Legende: Die Farben veranschaulichen die Beobachtungsbereich und die hiermit verbundenen unterschiedlichen Wirkungsketten der Pflegeinitiative. Die wichtigsten Wirkungsketten sind mit Pfeilen dargestellt.  
 Abkürzungen: BAG = Bundesamt für Gesundheit; BJ = Bundesamt für Justiz; FH = Fachhochschule; GDK = Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; HF = Höhere Fachschule; SBFI = Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation; SECO = Staatssekretariat für Wirtschaft.

Hinweis: Die Zuordnung der Schlüsselindikatoren im Wirkungsmodell erfolgt nach deren Einführung (siehe 2.3, Abb. 2).

### 2.2.1 Beschreibung der Wirkungsebenen (Vertikale Achse)

Im Wirkungsmodell werden die Wirkungsziele sowie die Akteure entlang der vier Wirkungsebenen **Input & Konzept, Vollzug & Output, Outcome & Umsetzungsziele** sowie **Impact** beschrieben.

#### **Wirkungsebene 1: Input & Konzept - Ziele Pflegeinitiative**

Diese Wirkungsebene beschreibt die Basis des Wirkungsmodells, d.h. aufgrund welcher Grundlage eine Wirkung erzielt werden soll. Bei diesem Wirkungsmodell bildet die Pflegeinitiative gemäss Artikel 117b der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft die Basis. Für die zuvor definierten acht Ziele der Pflegeinitiative wurden die folgenden vier Beobachtungsbereiche festgelegt und die Ziele entsprechend gegliedert: (1) Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung, (2) Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen, (3) Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen sowie (4) Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen (siehe Abschnitt 2.1). Die Ziele und Beobachtungsbereiche und deren Wirkungen werden im nächsten Kapitel zu den Wirkungsketten detailliert beschrieben (siehe 2.2.2 Wirkungsketten - Horizontale Achse).

#### **Wirkungsebene 2: Vollzug & Output**

Die zweite Wirkungsebene beschreibt die vorgeschlagenen Massnahmen, mittels derer die Ziele aus der ersten Wirkungsebene erreicht werden sollen. Die konkreten Schritte, Inhalte und Massnahmen für die Umsetzung der Pflegeinitiative und die entsprechenden Zuständigkeiten standen auf nationaler, parlamentarischer Ebene zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieses Wirkungsmodells noch nicht definitiv fest. In diesem Modell wird deshalb bei den Massnahmen jeweils von vorgeschlagenen Massnahmen gesprochen. Diese Wirkungsebene umfasst die zwei untergeordneten Pfeiler «2.1 Vollzug & Output: Ebene nationale & kantonale Behörden» sowie «2.2 Vollzug & Output: Ebene Gesundheitsinstitutionen/Leistungserbringende, Bildungsinstitutionen, Sozialpartner».

**Wirkungsebene 2.1: Vollzug & Output: Ebene nationale & kantonale Behörden:** Im ersten Pfeiler sind die für den Vollzug und Output zuständigen nationalen und kantonalen Behörden sowie die ihnen zugeordneten vorgeschlagenen Massnahmen beschrieben. Die auf Ebene des Bundes zuständige Behörde ist primär das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Das BAG arbeitet diesbezüglich mit weiteren Behörden des Bundes wie dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI), dem Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), dem Bundesamt für Justiz (BJ) zusammen. Das BAG achtet darauf, dass auch die Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Konferenz (GDK) sowie die Bildungsakteurinnen und Bildungsakteure, Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden und Sozialpartner in die Umsetzung dieser Massnahmen miteinbezogen werden. Auf der kantonalen Ebene sind hier vor allem die kantonalen Gesundheitsämter und Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren zuständig. Ob weitere Stellen und Akteurinnen und Akteure einbezogen werden, hängt unter anderem von einer allfälligen Ergänzung der vorgeschlagenen Massnahmen auf dieser Ebene ab.

**Wirkungsebene 2.2: Vollzug & Output: Ebene Gesundheitsinstitutionen / Leistungserbringende, Bildungsinstitutionen & Sozialpartner:** Im zweiten Pfeiler sind die für den Vollzug und Output zuständigen Gesundheitsinstitutionen respektiv Leistungserbringenden, Bildungsinstitutionen sowie Sozialpartner und die ihnen zugeordneten, vorgeschlagenen Massnahmen beschrieben. Die Akteurinnen und Akteure, welche neben dem Bund und den Kantonen für die Umsetzung der Ziele der Pflegeinitiative zuständig sind, sind in erster Linie die kantonalen und kommunalen

Gesundheitsinstitutionen bzw. Leistungserbringenden (Spitäler, Gesundheits-, Alters-, und Pflegezentren, Spitexbetriebe, REHA-Kliniken, Psychiatrische Kliniken), in denen die Pflegepersonen arbeiten und auch ausgebildet werden. Daneben sind die Bildungsinstitutionen (Universitäten, Fachhochschulen, Hochschulen, Höhere Fachschulen), die Pflegepersonen ausbilden sowie die Sozialpartner für Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen zuständig. Ob weitere Stellen und Akteurinnen und Akteure einbezogen werden müssen, hängt auch auf dieser Ebene von einer allfälligen Ergänzung der vorgeschlagenen Massnahmen ab.

**Wirkungsebene 3: Outcome & Umsetzungsziele: Wirkungen bei Bund & Kantonen, Gesundheitsinstitutionen & Leistungserbringenden, Bildungsinstitutionen, Pflegepersonal, Klientenschaft:** Auf dieser Wirkungsebene sind pro Beobachtungsbereich und Zielgruppe die Outcomes und Umsetzungsziele beschrieben, die bezüglich der acht definierten Ziele der Pflegeinitiative (siehe 2.1) mittels der auf der Wirkungsebene 2 «Vollzug & Output» aufgeführten Massnahmen erreicht werden sollen. Für die Erreichung der acht Ziele der Pflegeinitiative (Wirkungsebene 1) wurden 19 Outcomes und Umsetzungsziele (Wirkungsebene 3) definiert. Die diesbezüglich relevanten Zielgruppen sind der Bund und die Kantone mit vier Outcomes und Umsetzungszielen, die Gesundheitsinstitutionen respektive Leistungserbringenden mit drei Outcomes und Umsetzungszielen, die Bildungsinstitutionen mit drei Outcomes und Umsetzungszielen, das Pflegepersonal mit sieben Outcomes und Umsetzungszielen sowie die Klientenschaft (Patientinnen und Patienten, Bewohnende, Angehörige) mit zwei Outcomes und Umsetzungszielen. Die Wirkungsketten, welche den Zusammenhang zwischen den Wirkungsebenen erläutern, werden im 2.2.2 ausführlich beschrieben.

**Wirkungsebene 4: Impact - Übergeordnete Wirkungen / Ziele:** Auf dieser Wirkungsebene sind die langfristigen Wirkungen, Outcomes und übergeordneten Ziele beschrieben, die hinsichtlich der Umsetzungsziele der Pflegeinitiative und den unter Output aufgeführten Massnahmen pro Beobachtungsbereich und Zielgruppe angestrebt werden. Die hier aufgeführten Wirkungen und Ziele sind eng mit den unter Input nach Beobachtungsbereich aufgeführten Zielen der Pflegeinitiative verknüpft.

### 2.2.2 Wirkungsketten (Horizontale Achse)

Auf der horizontalen Achse werden die Wirkungsebenen (vertikale Achse) mittels Wirkungsketten verbunden. Dazu wurden alle Einträge der Wirkungsebenen «Vollzug & Output», «Outcomes & Umsetzungsziele» sowie «Impact» den vier Beobachtungsbereichen (1) Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung, (2) Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen, (3) Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen und (4) Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen zugeordnet. Dadurch soll ersichtlich werden, welche Umsetzungsziele und Outcomes pro Beobachtungsbereich durch die vorgeschlagenen Massnahmen bei den fünf Zielgruppen (Bund und Kantone, Gesundheitsinstitutionen und Leistungserbringende, Bildungsinstitutionen, Pflegepersonal, Klientenschaft) erreicht werden sollen. Die Wirkungsketten erlauben die Herstellung eines Zusammenhangs zwischen den Zielen der Pflegeinitiative, den Massnahmen und deren Wirkungen auf die Outcomes und Umsetzungsziele der fünf Zielgruppen.

## Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung

Der erste Beobachtungsbereich «Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung» beinhaltet drei Ziele, welche den Stellenwert der Pflege verbessern sollen: Förderung und Anerkennung der Pflege als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung; Festlegung der Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen direkt zulasten der Sozialversicherungen abgerechnet werden und angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen. Die hiermit verbundene Wirkungskette zeigt auf, wie diese Ziele über die vorgeschlagenen Massnahmen, durchgeführt durch die zuständigen Akteurinnen und Akteure, erreicht werden können. Auf der Ebene «Vollzug & Output» sind für diesen Beobachtungsbereich aktuell vor allem Massnahmen seitens des Bundes sowie eine Massnahme seitens der Kantone vorgesehen. Diese beziehen sich auf die Erstellung von Vorgaben zur direkten Abrechnung definierter Pflegeleistungen und auf die Prüfung der angemessenen Abgeltung der Pflegeleistungen. Durch diese Massnahmen soll auf der Ebene «Outcomes & Umsetzungsziele» bei Bund und Kantonen erreicht werden, dass die Pflegeleistungen für die direkte Abrechnung definiert sind und dass Pflegeleistungen über die bestehenden Tarifsysteme angemessen abgerechnet werden können. Bezogen auf das Pflegepersonal soll auf dieser Ebene durch die empfohlenen Massnahmen eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes, des Anteils an Pflegepersonen, die im Beruf verbleiben, sowie der Arbeitszufriedenheit erreicht werden. Diese angestrebten Outcomes und Umsetzungsziele und die zu ihrer Erreichung definierten Massnahmen, sollen auf der Impact-Ebene längerfristig dazu führen, dass die Pflege als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung anerkannt und der Pflegeberuf attraktiv ist.

## Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen

Dem zweiten Beobachtungsbereich «Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen» sind die folgenden drei Ziele zugeordnet: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen (Ausbildung), Sicherstellung einer beruflichen Entwicklung (Lebenslanges Lernen) sowie Einsatz der in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und Kompetenzen (Kompetenzgerechter Einsatz). Zur Erreichung dieser Ziele wurde auf der Ebene «Vollzug & Output» für alle Akteurinnen und Akteure 11 Massnahmen vorgeschlagen. Seitens des Bundes beziehen sich diese in der ersten Umsetzungsetappe auf die Ausbildungsoffensive in Form von Beiträgen an die Kantone und Fachhochschulen (FH). In der zweiten Umsetzungsetappe sind diese auf die Festlegung von Vorgaben für die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und Qualifikationen der Pflegepersonen ausgerichtet. Diesbezüglich ist eine Zusammenarbeit mit den Bildungsakteurinnen und Bildungsakteuren, den Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden, den Sozialpartnern sowie dem SBFJ und der GDK als wesentlich anzusehen. Bei den Kantonen beziehen sich die vorgeschlagenen Massnahmen ebenfalls auf die erste Umsetzungsetappe und die Ausbildungsoffensive, in Form einer Finanzierung der praktischen Pflegeausbildung, der zur Verfügung Stellung von Ausbildungsbeiträge für angehende Pflegefachpersonen sowie von Beiträgen an die Höhere Fachschulen (HF). Bezogen auf die zweite Umsetzungsetappe steht seitens der Kantone die Einflussnahme auf die Ausbildungsbedingungen der Pflegepersonen über eine entsprechende kantonale Gesetzgebung im Vordergrund. Für die Gesundheitsinstitutionen respektive Leistungserbringenden wurden zur Unterstützung dieser zwei Etappen die folgenden Massnahmen vorgeschlagen: Zur Verfügungstellung von genügend Berufsbildnerinnen und -bildnern sowie von Ausbildungsplätzen, Ermöglichung einer beruflichen Entwicklung für alle Pflegepersonen, berufliche Autonomie und Mitentscheidungsmöglichkeiten sowie ein kompetenz- und ausbildungsgerechter Einsatz der Pflegepersonen. Seitens der Bildungsinstitutionen beziehen sich die vorgeschlagenen



Massnahmen auf die Sicherstellung von genügend Plätzen in den Pflegeausbildungen (sekundär / tertiär) und einer genügenden Anzahl an akademisch geschultem Lehrpersonal für HF und FH (Lehrkörper) sowie die Förderung der Durchlässigkeit des pflegerischen Bildungssystems (sekundär / tertiär; schweizweit).

Die vorgeschlagenen Massnahmen wirken sich auf der Ebene «Outcomes & Umsetzungsziele» auf alle fünf Zielgruppen aus, insbesondere jedoch auf die Zielgruppe der Bildungsinstitutionen. Bei der Zielgruppe des Bundes und der Kantone soll mittels dieser Massnahmen erreicht werden, dass die Anzahl Pflegepersonen dem Bedarf entspricht. Bei der Zielgruppe der Gesundheitsinstitutionen respektive der Leistungserbringenden wird mittels dieser Massnahmen in allen Gesundheitsinstitutionen eine gute berufliche Entwicklung und ein kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen als ein Standard angestrebt. Bei der Zielgruppe der Bildungsinstitutionen soll durch diese Massnahmen eine genügende Anzahl an Pflegepersonen ausgebildet so auch eine genügende Anzahl an Absolvierenden von Pflegeausbildungen (sekundär/ tertiär) sowie akademischen Lehrpersonal und Berufsbildnern pro Jahr verfügbar gemacht werden. Im Weiteren soll hierdurch auch der Zugang zum pflegerischen Bildungssystem gewährleistet sowie die Anzahl an Ausbildungsplätzen, Berufsbildnerinnen, Berufsbildnern, akademischen Lehrpersonal und Auszubildenden gesteigert werden. Seitens der Zielgruppe der Pflegepersonen sollen durch diese Massnahmen der Anteil an im Beruf verbleibenden Personen und die Arbeitszufriedenheit gesteigert sowie allen Pflegepersonen eine berufliche Karriere und Entwicklung ermöglicht werden. Bezogen auf die Zielgruppe Klientenschaft, sollen diese Massnahmen dazu beitragen den Zugang zu den Pflegeleistungen sowie qualitativ hochstehende Pflegeleistungen zu gewährleisten.

Längerfristig soll auf der Impact-Ebene mittels der für diesen Beobachtungsbereich definierten Massnahmen und den angestrebten Outcomes und Umsetzungszielen erreicht werden, dass eine genügende Anzahl an gut qualifizierten Pflegepersonen national ausgebildet wird und deren kompetenzgerechter Einsatz gewährleistet ist. So soll auch die Abhängigkeit vom Ausland bei der Rekrutierung von Pflegepersonal reduziert werden.

### **Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen**

Der dritte Beobachtungsbereich «Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen» hat zum Ziel, anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen für die Pflegepersonen festzulegen und zu gewährleisten. Auf der Ebene «Vollzug & Output» wurden diesbezüglich Massnahmen für alle Akteurinnen und Akteure und – ausgenommen der Bildungsinstitutionen – identifiziert und vorgeschlagen. Um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, sind seitens des Bundes für die zweite Umsetzungsstufe als notwendige Massnahmen die Erstellung von Vorgaben für anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen (in Zusammenarbeit mit SECO und BJ) sowie konkreter Lösungsvorschläge zur notwendigen Anzahl an Pflegepersonen, Skill-Grade-Mix (personelle Ausstattung), einschliesslich der Umsetzung der Interprofessionalität im Berufsalltag, vorgeschlagen. Für die Kantone, in ihrer Rolle als Arbeitgeber, wurden für die zweite Umsetzungsstufe der Pflegeinitiative als Massnahmen die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Institutionen sowie das Aushandeln von Gesamtarbeitsverträgen mit den Sozialpartnern und der Erlass von Personalreglementen vorgeschlagen. Zudem sind die Kantone für den Vollzug der Arbeitsgesetzgebung sowie der Prüfung der Personalausstattung (Anzahl Pflegepersonen, Skill-Grade-Mix) der Leistungserbringenden in den kantonalen Betrieben in Bezug auf Erforderlichkeiten und Qualifikationen verantwortlich. Bei den Gesundheitsinstitutionen respektive Leistungserbringenden konnten sechs Massnahmen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen identifiziert und vorgeschlagen werden: Die erste Massnahme bezieht sich auf die Schaffung der institutionellen Voraussetzungen, die für die

Erreichung von angemessenen Arbeitsbedingungen und deren Erhalt notwendig sind, welche in der Magnet Hospital Forschung beschrieben sind (Aiken, 2002; McClure et al., 2002; Wolf & Greenhouse, 2006). Die zweite Massnahme bezieht sich auf die Förderung des Pflegemanagements bezüglich Leadership-Fähigkeiten sowie die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen, die die Pflegepersonen in ihrer Tätigkeit unterstützen und deren Sicherheit und Gesundheit gewährleisten. Die weiteren vier vorgeschlagenen Massnahmen beziehen sich auf die Gewährleistung eines angemessenen Gehaltes für alle Pflegepersonen; die Ermöglichung einer familienfreundlichen, flexiblen und verlässlichen Personalpolitik und Einsatzplanung; die Gewährleistung einer adäquaten Personalausstattung, die dem Bedarf entspricht; sowie die Förderung einer guten, wertschätzenden professionellen und interprofessionellen Zusammenarbeit. Für die Sozialpartner wurde für diesen Beobachtungsbereich als primäre Massnahme der Abschluss von Gesamtarbeitsverträgen und Personalreglementen, in Kooperation mit den Kantonen, als Handlungsfeld identifiziert und vorgeschlagen.

Durch die vorgeschlagenen Massnahmen soll auf der Ebene der Outcomes und Umsetzungsziele bei allen fünf Zielgruppen, insbesondere jedoch beim Pflegepersonal, eine Wirkung erzielt werden. Bei Bund und Kantonen soll hiermit erreicht werden, dass die Anzahl der Pflegepersonen dem Bedarf entspricht sowie dass die Vorgaben zu anforderungsgerechten Arbeitsbedingungen definiert sind und kontrolliert werden. Bei den Gesundheitsinstitutionen respektive Leistungserbringenden werden durch diese Massnahmen gute Arbeitsbedingungen für alle Pflegepersonen als Standard angestrebt. Beim Pflegepersonal sollen mittels dieser Massnahmen der Anteil der im Beruf verbleibender Pflegepersonen und die Arbeitszufriedenheit gesteigert sowie der Anteil an Pflegepersonen, welche aufgrund von Krankheit respektive Verletzungen ausfallen, reduziert werden. Durch die Massnahmen sollen zudem ein angemessenes Gehalt sowie eine angemessene, dem Bedarf entsprechende Personalausstattung (Anzahl Pflegepersonen, Skill-Grade-Mix) gewährleistet werden, so dass der Arbeitsumfang gut zu bewältigen ist und die Attraktivität des Pflegeberufes steigt. Auf der Impact-Ebene soll durch diese Massnahmen sowie den angestrebten Outcomes und Umsetzungszielen erreicht werden, dass der Pflegeberuf attraktiv ist und der Bedarf an Pflegepersonen in allen Bereichen (Anzahl, Ausbildung Nachwuchs, Verbleib im Beruf) nachhaltig gesichert ist.

### Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen

Der vierte Beobachtungsbereich «Zugang zu Pflegeleistungen und Qualität von Pflegeleistungen» hat zum Ziel eine ausreichende und für alle zugängliche Pflege von hoher Qualität zu gewährleisten. Als Massnahme auf der Ebene Vollzug & Output ist dafür bei den Kantonen in der zweiten Umsetzungsetappe der Pflegeinitiative die Behebung des Mangels an Pflegepersonen mit geeigneten Massnahmen vorgesehen. Zudem sollen die Gesundheitsinstitutionen respektive Leistungserbringenden eine hohe Qualität der Pflegeleistungen sicherstellen. Auf der Ebene der Outcomes und Umsetzungsziele betrifft der vorliegende Beobachtungsbereich primär die Klientenschaft, für welche sowohl der Zugang zu Pflegeleistungen als auch deren Qualität (qualitativ hochstehenden Pflegeleistungen) gewährleistet werden sollen. Auf der Impact-Ebene soll durch diese Massnahmen und die angestrebten Outcomes und Umsetzungsziele eine qualitativ hochstehende und für alle zugängliche Pflege, auch bei einem zunehmenden Versorgungsbedarf gewährleistet werden.

Wie die Beschreibung des Wirkungsmodells und der hierin enthaltenen Wirkungsbereiche und Wirkungsketten entlang der vier Beobachtungsbereiche zeigt, überschneiden sich die Wirkungsketten bei einzelnen Outcomes und Umsetzungszielen. So sind acht der Outcomes und Umsetzungsziele für mehrere Ziele der Pflegeinitiative relevant. Kommt es z.B. auf der Ebene Vollzug und Output

durch das Nicht-Umsetzen-Können von Massnahmen in einem Bereich (z.B. Langzeitpflege) oder in allen Bereichen zu einer Unterbrechung der Wirkungskette, kann sich dies direkt auf mehrere Outcomes und Umsetzungsziele auswirken. In der Regel wirken sich solche Unterbrechungen nachteilig auf das jeweilige Outcome und Umsetzungsziel aus und sie führen zu einer Verzögerung im Umsetzungsprozess. Damit es bei der Umsetzung der Pflegeinitiative nicht zu unnötigen Verzögerungen kommt, ist daher ein proaktives Handeln und schnelles Reagieren notwendig, wenn eine solche Unterbrechung der Wirkungskette absehbar ist.

## 2.3 Schlüsselindikatoren

Die nachfolgend aufgeführten Schlüsselindikatoren wurden gemäss dem in 1.2 geschilderten Vorgehen eruiert. Sie stellen die aus Sicht der Expertinnen und Experten und der Kerngruppe Monitoring relevantesten Indikatoren für ein Monitoring Pflege dar. Neben diesen Schlüsselindikatoren können ergänzende Zusatzindikatoren in ein Monitoring integriert werden. Die Bestimmung von Zusatzindikatoren ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.

Die einzelnen Schlüsselindikatoren werden nachfolgend entlang der Ziele der Pflegeinitiative und abgeleiteten Beobachtungsbereiche verortet sowie ergänzt mit weiteren Informationen zu den Datenquellen und Erhebungsmethoden, zur internationalen Vergleichbarkeit und zu den möglichen Limitationen.

Basierend auf den vorliegenden Informationen aus der Literatur und den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten sowie der Kerngruppe Monitoring wird zudem für jeden Schlüsselindikator eine Einschätzung hinsichtlich der Akzeptanz, der Umsetzbarkeit, der Abdeckung und der Kosten/des Aufwands vorgenommen. Die Beurteilungskriterien werden in der folgenden Tabelle 2 erläutert. Bei gewissen Indikatoren, zu deren genauen Definition und Messung noch Unklarheiten oder Unstimmigkeiten bestehen, ist dies nur beschränkt möglich.

Tabelle 2: Erläuterungen zu den Beurteilungskriterien der Indikatoren

Kriterium	Erläuterung
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
Relevanz	(Primärer) Bezug zu den Zielen der Pflegeinitiative ( <i>kursiv</i> ) und kurze Begründung.
Beobachtungsbereich	(Primäre) Zugehörigkeit zu dem jeweiligen Beobachtungsbereich gemäss Wirkungsmodell Input/Konzept. Ein paar der Indikatoren sind für mehrere Beobachtungsbereiche relevant.
<b>Messung</b>	
Datenquelle	Auflistung der für den jeweiligen Indikator bestehenden Datenquellen und allenfalls Auflistung der notwendigen neuen Erhebungsstrategien, den Optionen: «Befragung Pflegepersonen», «Betriebsbefragung», «Zusatzdaten Betriebe» (vgl. Ausführungen 2.4).
Erhebungsmethode	Auflistung möglicher Datenerhebungsmethoden z.B. «Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung», «Stichprobenbasierte Befragung der Betriebe», «Befragung Pflegepersonen (Stichprobe) durch Befragungsinstitut».
Desaggregation	Wichtige Subgruppenanalyse-Möglichkeiten. Generell wird davon ausgegangen, dass die Indikatoren Analysen auf Ebene Versorgungsbereiche (Spital, ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege) und Sprachregion oder Kanton zulassen (sollen).
Frequenz der Erhebung	Sinnvolle / mögliche Erhebungsfrequenz: Jährlich, zwei- bis fünf-jährlich <sup>a</sup> .
<b>Bemerkungen</b>	
Internationale Vergleichbarkeit	Verweis auf internationale Vergleichbarkeit und Nutzung/Nutzungsmöglichkeiten bzw. Studien.
Limitationen	Spezielle Einschränkungen eines Indikators, welche in diesem Kontext wichtig sind.
<b>Einschätzung<sup>b</sup></b>	
Akzeptanz	Einschätzung der Akzeptanz des Indikators bei Stakeholdern und Expertinnen und Experten. Primär basierend auf den durchgeführten Gesprächen mit Expertinnen und Experten und Stakeholdern im Projektverlauf. Hoch, kaum Einwände, wenig Diskussionsbedarf; mittel, Indikator mit Diskussionsbedarf aber generelle Zustimmung; tief, Indikator mit hohem Diskussionsbedarf, Kritik gegenüber Konzept / Relevanz.
Umsetzbarkeit	Einfach, falls Möglichkeit besteht, bestehende Daten zu nutzen <sup>c</sup> . Mittel, wenn bestehende Erhebungen anzupassen sind. Schwierig, wenn neue, aufwändige Datenlieferungen und Erfassungen in den Betrieben nötig sind und die Kooperation zahlreicher / aller Betriebe nötig ist.
Abdeckung	Gut, falls national und alle Institutionen abdeckend oder Indikator nur auf einen Versorgungsbereich anwendbar. Schlecht, wenn der Indikator nur regional oder nur für ausgewählte Institutionen (z.B. bei freiwilliger Teilnahme) umgesetzt werden kann.
Kosten / Aufwand	Tief, sofern mit bestehenden Datenquellen umsetzbar; mittel, sofern neue, weniger aufwändige Erhebung (Option «Befragung Pflegepersonen»); hoch, sofern neue, aufwändige Erhebungen (Option «Betriebsbefragung» oder «Zusatzdaten Betriebe») notwendig sind.

Anmerkungen:

<sup>a</sup> Eine jährliche Erhebung ermöglicht ein engmaschiges Monitorisieren eines Indikators. Nationale / kantonale / regionale Entwicklungen können so rasch erfasst werden. Eine Erhebungsfrequenz zwischen zwei und fünf Jahren eignet sich für Indikatoren, die nicht via Routinedaten erfasst werden können – bspw. bei Nutzung von Daten bestehender Erhebungen (z.B. Erhebungsfrequenz der Schweizerischen Gesundheitsbefragung alle fünf Jahre).

<sup>b</sup> Die Einschätzung der Akzeptanz, Umsetzbarkeit, Abdeckung, Kosten / Aufwand erfolgte zusätzlich in einer der folgenden drei Kategorien:

● gut / hoch / einfach / tief   ● mittel   ● schlecht / tief / schwierig

<sup>c</sup> Falls ein Indikator nach Versorgungsbereichen desaggregiert wird, wird die Umsetzung als «einfach» eingestuft, wenn Daten in mindestens einem Versorgungsbereich vorliegen, unabhängig davon, ob in den übrigen Versorgungsbereichen bestehende Erhebungen angepasst werden müssen oder neue Datenlieferungen nötig sind.

Die Schlüsselindikatoren decken, soweit sinnvoll, die Akutpflege und die Langzeitpflege ab. Der Begriff Pflegepersonen umfasst sowohl Pflegefachpersonen mit Abschlüssen auf Tertiärstufe<sup>1</sup> als auch Pflegepersonal mit Abschlüssen auf Sekundarstufe II sowie Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Mit «Betrieben» sind die Arbeitgebenden gemeint, z.B. die Spitäler, die Alters- und Pflegeheime und die Spitex-Organisationen. Insgesamt wurden 33 Schlüsselindikatoren identifiziert. Die folgende Tabelle

<sup>1</sup> Wir orientieren uns bei der Einteilung der Ausbildungen an der schweizerischen Bildungssystematik (vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2021). Um eine ausreichende Differenzierung zu erreichen, verwenden wir folgende Zuteilung: Sekundarstufe II: Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) FaGe, Eidgenössisches Berufsattest AGS (EBA); Tertiärstufe: Diplomierte Pflegefachpersonen Fachhochschule (FH) (Bachelor of Science in Nursing, Bachelor of Science in Pflege), Diplomierte Pflegefachpersonen Höhere Fachschule (HF); Weiterbildung / Spezialisierung Pflege auf Tertiärstufe: Eidgenössische Berufsprüfung (BP), Eidgenössische höhere Fachprüfung (HFP), Nachdiplomstudiengang (NDS) Anästhesiepflege, Notfallpflege, Intensivpflege, Master of Science in Nursing (MNSc) (FH/ Universität), MAS / DAS / CAS

3 gibt einen Überblick der Schlüsselindikatoren pro Beobachtungsbereich und des Weiteren gegliedert nach Themenbereich. Die Schlüsselindikatoren werden anschliessend im Detail vorgestellt.

Wie im 2.2 beschrieben, wurde jeder für das Monitoring der Pflegeinitiative identifizierte und festgelegte Schlüsselindikator im Wirkungsmodell (Pfeiler 4: Outcomes, Umsetzungsziele, Pfeiler 5: Impact) verankert und macht so die Umsetzung der Pflegeinitiative für das Monitoring messbar. Das Wirkungsmodell zur Umsetzung der Pflegeinitiative mit zugeordneten Schlüsselindikatoren ist in der nachfolgenden Abbildung 2 dargestellt.

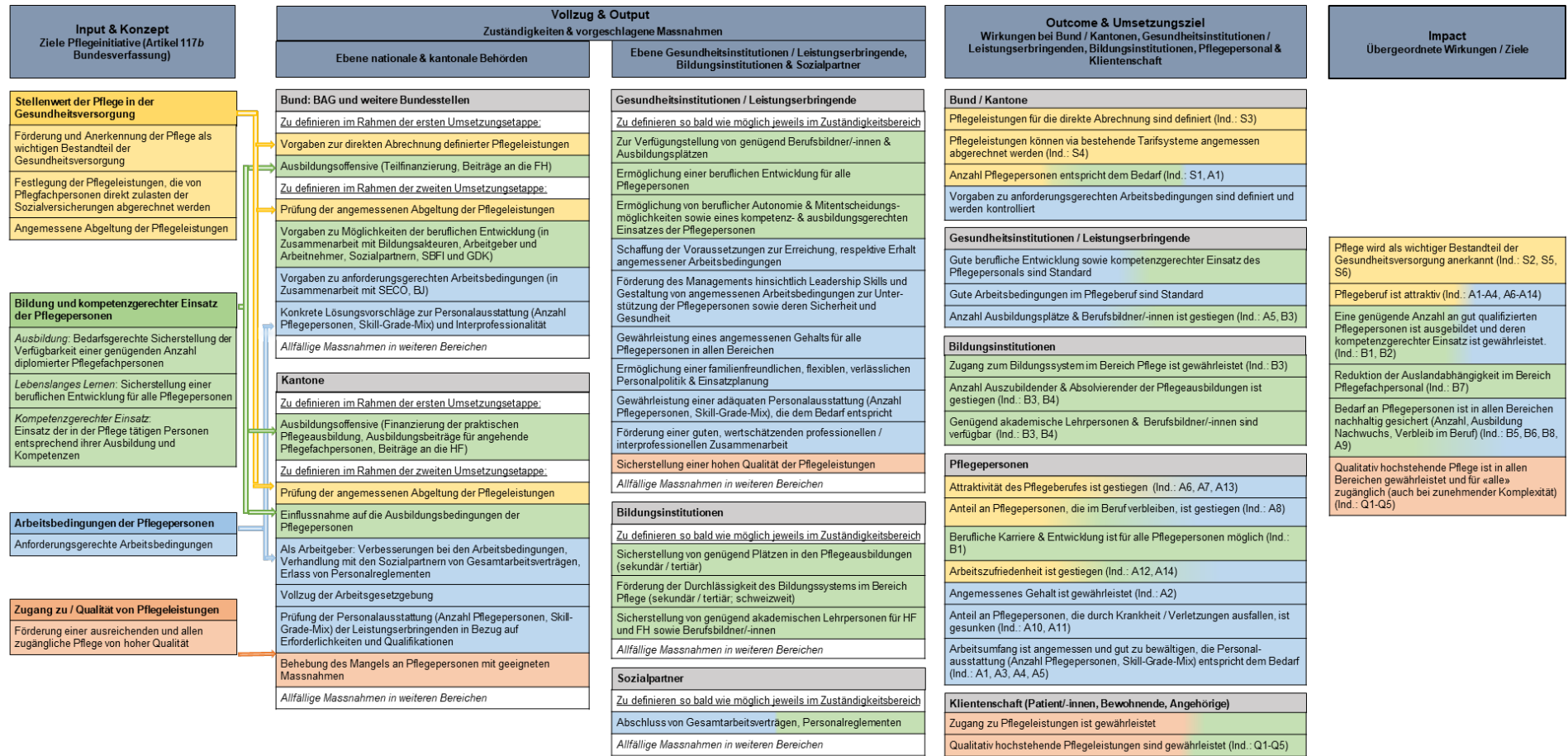
Tabelle 3: Überblick aller Schlüsselindikatoren

Beobachtungsbereich	Thema	Schlüsselindikatoren	
Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung	Rekrutierung	S1: Vakante Stellen	
	Vertretung der Pflege in Leitung / Gremien	S2: Pflege in Führungsgremien	
	Direkte Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	S3: Direkt abgerechnete Pflegeleistungen S4: Pflege-Komplexbehandlungen	
	Zuteilung finanzieller Ressourcen nach Dienstleistern	S5: Pflegekosten an gesamten Gesundheitskosten S6: Gesamtausgaben für Pflegepersonal	
Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen	Abschlüsse im Versorgungsbereich	B1: Ausbildungsabschlüsse Pflege B2: Deckungsgrad zukünftiger Pflegefachkräftebedarf	
	Ausbildungsplätze	B3: Angebotene Ausbildungsplätze B4: Nicht besetzte Ausbildungsplätze	
	Bestand und Bedarf	B5: Bestand der Pflegepersonen B6: Dichte der Pflegepersonen B7: Pflegefachpersonen mit ausländischem Diplom	
		B8: Zukünftiger Bedarf Pflegepersonal	
Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen	Arbeitsaufwand	A1: Nurse-to-Patient-Ratio	
	Lohn	A2: Lohn	
	Personaleinsatz	A3: Skill-Mix A4: Grade-Mix A5: Berufsbildende in Betrieben	
		Personalerhaltung	A6: Kündigungsabsicht A7: Fluktuationsrate A8: Berufsaustritt A9: Temporärarbeit
			Gesundheit der Pflegepersonen
	Subjektive Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Pflegepersonen		
Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen <sup>1</sup>	Medizinische Qualitätsindikatoren	Q1: Sturz Q2: Dekubitus Q3: Schmerz Q4: Bewegungseinschränkende Massnahmen	
		Qualität wahrgenommen von Pflegepersonen	Q5: Pflegequalität aus Sicht der Pflegepersonen

<sup>1</sup> Gegenwärtig erarbeitet die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) Qualitätsindikatoren für alle Versorgungsbereiche, wir empfehlen diese prioritär in einem Monitoring zu berücksichtigen. Vier der fünf hier vorgeschlagenen medizinischen Qualitätsindikatoren werden bereits regelmässig vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhoben (Sturz / Dekubitus) bzw. im Rahmen der Erhebung der «Medizinischen Qualitätsindikatoren im Bereich Pflegeheime vom Bundesamt für Statistik (BfS) erfasst (Bewegungseinschränkende Massnahmen / Schmerz).



Abbildung 2: Wirkungsmodell der Pflegeinitiative mit zugeordneten Schlüsselindikatoren



**Kontext:**  
 Zum Zeitpunkt der Erstellung des Wirkungsmodells Juli/August 2022 wurden die konkreten Schritte und Massnahmen zur Umsetzung der Pflegeinitiative durch die hierfür zuständigen Akteure noch ausgearbeitet. Hierdurch kann es noch zu Veränderungen bei denen unter Vollzug & Output vorgeschlagenen Massnahmen kommen. So können Massnahmen noch wegfallen oder die bestehenden durch weitere Massnahmen ergänzt werden.

Quelle: Darstellung ZHAW, Stand 02.10.2022. Dieses Wirkungsmodell wurde im Rahmen des Mandates Planungsgrundlage für die Erstellung eines «Monitorings Pflege» erarbeitet.  
 Legende: Die Farben veranschaulichen die Beobachtungsbereich und die hiermit verbundenen unterschiedlichen Wirkungsketten der Pflegeinitiative. Die wichtigsten Wirkungsketten sind mit Pfeilen dargestellt.  
 Abkürzungen: BAG = Bundesamt für Gesundheit; BJ = Bundesamt für Justiz; FH = Fachhochschule; GDK = Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren; HF = Höhere Fachschule; SEFI = Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation; SECO = Staatssekretariat für Wirtschaft.

### 2.3.1 Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung

Die Schlüsselindikatoren zum Beobachtungsbereich «Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung» werden entlang der folgenden Themen in Tabelle 4 gruppiert.

Tabelle 4: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung»

Thema	Schlüsselindikatoren
Rekrutierung	S1: Vakante Stellen
Vertretung der Pflege in Leitung / Gremien	S2: Pflege in Führungsgremien
Direkte Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	S3: Direkt abgerechnete Pflegeleistungen S4: Pflege-Komplexbehandlungen
Zuteilung finanzieller Ressourcen nach Dienstleistern	S5: Pflegekosten an gesamten Gesundheitskosten S6: Gesamtausgaben für Pflegepersonal

Dabei handelt es sich um eher «technische Indikatoren», wie z.B. den anfallenden Kosten und den finanziellen Ressourcen für die Pflege, und weniger um Faktoren wie die allgemeine gesellschaftliche Wertschätzung der Pflege. Dies hat damit zu tun, dass letztere schwieriger messbar sind und kein diesbezüglicher konsensfähiger, aussagekräftiger Schlüsselindikator in den Diskussionen mit den Expertinnen und Experten gefunden werden konnte (z.B. so etwas wie «Einschätzung des wahrgenommenen Status der Pflegepersonen durch die Allgemeinbevölkerung»).

### 2.3.1.1 Rekrutierung

<b>Vakante Stellen</b>	
<b>Nr. S1</b>	<b>Bezeichnung</b> Vakante Stellen Pflege in den Betrieben nach Ausbildungsniveau (in % aller Stellen)
<b>Definition:</b>	Anteil nicht besetzter Stellen in den Betrieben nach Ausbildungsniveau in % aller Stellen
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung und Anerkennung der Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung.</i> Vakante Stellen weisen auf Probleme bei der Rekrutierung hin, können Ausdruck schlechter Arbeitsbedingungen sein und führen zu erhöhter Arbeitsbelastung für die Angestellten.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Evt. Nutzung bestehender Daten bspw. der Firmen X28.ch, jobagent.ch oder Option «Zusatzdaten Betriebe» oder «Betriebsbefragung»
<b>Erhebungsmethode:</b>	Erfassung ausgeschriebener Stellen auf Stellenportal / Erfassung und Meldung durch Betriebe
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich (zu Stichtatum)
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Gilt neben der Fluktuationsrate, der Stabilität der Belegschaft, den Absenzen und der Anzahl Bewerbenden als ein gängiger Indikator (Buchan et al., 2022).
<b>Limitationen:</b>	Falls Daten über gängige Stellenportale erfasst werden, können nur die ausgeschriebenen Stellen berücksichtigt werden. Längerfristig unbesetzte Stellen, die nicht mehr ausgeschreiben werden, bleiben unberücksichtigt.
<b>Diverses:</b>	
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert <span style="color: green;">●</span>
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Evt. Nutzung bestehender Daten oder zusätzliche Erhebung notwendig. <span style="color: orange;">●</span>
<b>Abdeckung:</b>	Neue / zusätzliche Erhebung für alle Versorgungsbereiche und mit nationaler Abdeckung. <span style="color: green;">●</span> (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» <span style="color: red;">●</span> (Bei Umsetzung der oben verwendeten Definition)



### 2.3.1.2 Vertretung der Pflege

<b>Pflege in Führungsgremien</b>	
<b>Nr. S2</b>	<b>Bezeichnung</b> Vertretung der Pflege in Führungsgremien
<b>Definition:</b>	Vertretung der Pflege (Pflegedirektion / Pflegemanagement) in den Führungsgremien der Betriebe (Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Ambulante Pflege): a) auf Betriebsebene (Kliniken, Direktion etc.) b) auf überbetrieblicher Ebene (EQK, Nationaler Verein für Qualitätssicherung in Spitälern und Kliniken (ANQ) etc.) Hinweis: Bei Umsetzung genauer zu definieren.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung und Anerkennung der Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung.</i> Eine angemessene Vertretung der Pflege in Führungsgremien ist Ausdruck des Stellenwerts der Pflege und führt dazu, dass die Pflege bei allen relevanten Entscheidungen angemessen berücksichtigt wird. Gemäss Stakeholdern führt der Einbezug der Pflege in Führungsgremien auch zur Verbesserung der Entscheidungen auf der Führungsebene.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Keine bestehende Erhebung, Option «Betriebsbefragung», Option Befragung Pflegepersonen
<b>Erhebungsmethode:</b>	Stichprobenbasierte Befragung Betriebe / Repräsentative Kohorte Pflegepersonen
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Gegeben z.B. RN4CAST-Studie (Desmedt et al., 2012; Schwendimann et al., 2014; Sermeus et al., 2011)
<b>Limitationen:</b>	Unterschiedliche Organisations- und Führungsstrukturen erschweren die Vergleichbarkeit. Die Vertretung der ambulanten Pflege (Spitex Schweiz / Association Spitex privé Suisse (ASPS)) stufen diesen Indikator in ihrem Versorgungsbereich nicht als relevanten Indikator ein.
<b>Diverses:</b>	Die Übernahme von Führungsfunktionen bedarf entsprechender Qualifikationen. Um eine breite Abdeckung in den Führungsgremien zu erlangen, müssen ausreichend interessierte diplomierte Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert <span style="color: green;">●</span>
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden <span style="color: red;">●</span>
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, nicht versorgungsbereichsspezifisch <span style="color: green;">●</span> (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Betriebsbefragung» / «Befragung Pflegepersonen» <span style="color: red;">●</span>

### 2.3.1.3 Direkte Abrechnung zulasten der Krankenversicherung oder Sozialversicherungen

<b>Direkt abgerechnete Pflegeleistungen</b>	
<b>Nr. S3</b>	<b>Bezeichnung</b>
	Direkt abgerechnete Pflegeleistungen (in CHF)
<b>Definition:</b>	Umfang der direkt abgerechneten Pflegeleistungen (in CHF)
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Festlegung der Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen direkt zulasten der Sozialversicherungen abgerechnet werden.</i> Eine eigenständige Abrechnung stärkt die Pflege und erleichtert die Zugänglichkeit zu bedarfsgerechter Pflege. Entsprechend war die Möglichkeit zur direkten Abrechnung eine zentrale Forderung der Pflegeinitiative. Der Umfang der direkt abgerechneten Leistungen zeigt auf, wie stark dieses (zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht implementierte) Instrument bereits genutzt wird und erlaubt eine Einschätzung, ob die damit gewünschte Stärkung der Pflege tatsächlich realisiert wurde.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	SASIS-Daten
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrativdaten
<b>Desaggregation:</b>	Versorgungsbereiche: ambulante Pflege und stationäre Langzeitpflege.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Nicht gegeben
<b>Limitationen:</b>	
<b>Diverses:</b>	Genauere Ausgestaltung des Indikators ist abhängig von der konkreten Umsetzung der Massnahme zur direkten Abrechnung.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Daten sollten vorhanden sein, sobald direkte Abrechnung umgesetzt wird ● (Falls Massnahme umgesetzt)
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, über alle Versorgungsbereiche. ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» ● (Falls Massnahme umgesetzt)

### 2.3.1.4 Zuteilung finanzieller Ressourcen nach Dienstleistern

<b>Pflege-Komplexbehandlungen</b>		
<b>Nr. S4</b>	<b>Bezeichnung</b>	
	Abgerechnete Pflege-Komplexbehandlungen (in CHF)	
<b>Definition:</b>	Umfang der abgerechneten Pflege-Komplexbehandlungen gemäss Schweizerischer Operationsklassifikation (CHOP) in CHF	
<b>Kategorisierung des Indikators</b>		
<b>Relevanz:</b>	<i>Angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen.</i> Die explizite Ausweisung der Pflegeleistungen gibt Aufschluss über Unterschiede und Veränderungen im Pflegeaufwand und liefert eine Grundlage für Vergütungs- und Finanzierungsentscheidungen.	
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung	
<b>Messung</b>		
<b>Datenquelle:</b>	Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	
<b>Erhebungsmethode:</b>	Routinedaten, obligatorische Vollerhebung	
<b>Desaggregation:</b>	Versorgungsbereich: Spital MedStat-Regionen, evtl. nach Spitaltypen (Zentrumsspital etc.)	
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich	
<b>Bemerkungen</b>		
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Nicht gegeben	
<b>Limitationen:</b>	Nur auf Spitäler anwendbar. Mit dem Indikator kann nichts über den allgemeinen pflegerischen Aufwand auf den Stationen ausgesagt werden. Er bezieht sich ausschliesslich auf einen zusätzlichen Aufwand bei komplexen Pflegesituationen.	
<b>Diverses:</b>		
<b>Einschätzung</b>		
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, aufgrund beschränkter Aussagekraft	●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden	●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, nur Spitalbereich	●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen».	●

<b>Pflegekosten an gesamten Gesundheitskosten</b>	
<b>Nr. S5</b>	<b>Bezeichnung</b> Anteil Pflegekosten an gesamten Gesundheitskosten
<b>Definition:</b>	Anteil Pflegekosten an gesamten Gesundheitskosten. Hinweis: Die genaue Operationalisierung in den verschiedenen Versorgungsbereichen (Akutpflege - Spital, ambulante Pflege und stationäre Langzeitpflege) ist herausfordernd und noch zu definieren.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung und Anerkennung der Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung.</i> Die Ausgaben für die Pflege sind zwar ein beschränkter, aber dennoch wichtiger Gradmesser für den Stellenwert der Pflege im Gesundheitswesen. Insbesondere Veränderungen über die Zeit helfen einzuschätzen, ob z.B. tatsächlich v.a. bei Ausgaben für die Pflege gespart wird. Dieser Indikator ist vermutlich v.a. für die Spitäler relevant, wo die Pflege mit anderen Bereichen (Administration, Ärzteschaft) um Ressourcen konkurrieren.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital: Krankenhausstatistik (KS) Ambulante Pflege: Spitex-Statistik SLZP: SOMED
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Kanton und falls möglich Betrieb.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Beschränkt
<b>Limitationen:</b>	Pflegekosten teilweise nur beschränkt abgrenzbar bzw. es ergeben sich herausfordernde Definitionsfragen.
<b>Diverses:</b>	
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, da Experten Umsetzung als schwierig einschätzen ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Nicht für alle Versorgungsbereiche rasch umsetzbar (stationäre Langzeitpflege und Spitäler evtl. schwierig) ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung nur für die ambulante Pflege (Spitex) bereits bestehend ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen». Anpassung bei der Datenerfassung in der stationären Langzeitpflege und Spital nötig / «Betriebsbefragung» ●

<b>Gesamtausgaben für Pflegepersonen</b>		
<b>Nr. S6</b>	<b>Bezeichnung</b>	
	Gesamtausgaben für Pflegepersonen (Akutpflege - Spital, ambulant und stationäre Langzeitpflege alle Ausbildungsniveaus)	
<b>Definition:</b>	Gesamtausgaben für Pflegepersonen (Spital, ambulant und stationäre Langzeitpflege alle Ausbildungsniveaus) pro Jahr in der Schweiz. Lohnaufwand / Bezahlte Arbeitsstunden Pflegepersonen	
<b>Kategorisierung des Indikators</b>		
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung und Anerkennung der Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung</i> Die Ausgaben für Pflegepersonen zeigen die tatsächliche Vergütung für die Pflegepersonen. In Abgrenzung von den Pflegekosten beinhalten sie nur Personalausgaben.	
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung	
<b>Messung</b>		
<b>Datenquelle:</b>	Spital: KS (Lohnaufwand Pflegepersonen) SLZP: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) (Anzahl bezahlter Arbeitsstunden)	
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung	
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen: Spital, stationäre Langzeitpflege, Ausbildungsstufen und allenfalls anderen Personalkategorien, Herkunft des Diploms / Aufenthaltsbewilligung (Grenzgänerbewilligung). Soweit es die Daten zulassen, wird dieser Indikator auch für verschiedene Funktionen und auf Betriebsebene ausgewiesen.	
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich	
<b>Bemerkungen</b>		
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Beschränkt	
<b>Limitationen:</b>	Ambulante Pflege: Zur Zeit nicht möglich. Anpassung der Spitex-Statistik nötig, um Aussagen zum Pflegebereich der ambulanten Pflege machen zu können. Zudem herausfordernde Definition hinsichtlich Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung.	
<b>Diverses:</b>		
<b>Einschätzung</b>		
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert	●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Nicht für alle Versorgungsbereiche rasch umsetzbar	●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung / aktuell nur für Spital und stationären Langzeitbereich ausweisbar.	●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen». Anpassung im stationären Langzeitbereich nötig	●

### 2.3.2 Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen

Die Schlüsselindikatoren zum Beobachtungsbereich Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen werden anhand der Themen in Tabelle 5 gruppiert. Weitere für diesen Beobachtungsbereich relevante Indikatoren sind der Skill-Mix sowie der Grade-Mix, die Arbeitsumgebungsqualität und die subjektive Belastung welche (primär) dem Beobachtungsbereich «Arbeitsbedingungen» zugewiesen wurden. Es gilt festzuhalten, dass die generelle Messung des «kompetenzgerechten Einsatzes» mittels Indikatoren nur mit grossen Einschränkungen möglich ist.

*Tabelle 5: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen»*

<b>Thema</b>	<b>Schlüsselindikatoren</b>
Abschlüsse im Versorgungsbereich	B1: Ausbildungsabschlüsse Pflege B2: Deckungsgrad zukünftiger Pflegefachkräftebedarf
Ausbildungsplätze	B3: Angebotene Ausbildungsplätze B4: Nicht besetzte Ausbildungsplätze
Bestand und Bedarf	B5: Bestand der Pflegepersonen B6: Dichte der Pflegepersonen B7: Pflegefachpersonen mit ausländischem Diplom B8: Zukünftiger Bedarf Pflegepersonal

### 2.3.2.1 Abschlüsse im Pflegebereich

<b>Ausbildungsabschlüsse Pflege</b>	
<b>Nr. B1</b>	<b>Bezeichnung</b> Anzahl Ausbildungsabschlüsse Pflege nach Ausbildungstyp
<b>Definition:</b>	Anzahl Abschlüsse: a) Sekundarstufe II: Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) FaGe, Eidgenössisches Berufstest AGS (EBA) b) Tertiärstufe: Diplomierte Pflegefachpersonen Fachhochschule (FH)/ Höhere Fachschule (HF), c) Weiterbildung / Spezialisierung auf Tertiärstufe: Eidgenössische Berufsprüfung (BP), Eidgenössische höhere Fachprüfung (HFP), Nachdiplomstudien-gang (NDS), Master of Science in Nursing (MNSc) (FH/ Universität), MAS / DAS / CAS
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen.</i> Eine klare Übersicht zu den Anzahl Abschlüssen erlaubt es, präzise Aussagen über die Neuqualifikationen und über die (zeitnahe) zukünftige Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal zu machen. Insbesondere kann festgestellt werden, ob Investitionen in und Massnahmen zur Erhöhung der Ausbildungsplätze auch die erwünschte Wirkung zeigen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Statistik der Bildungsabschlüsse (SBA) Schweizerisches Hochschulinformationssystem (SHIS) Bei Kantonen mit Ausbildungsverpflichtung wird die erbrachte Ausbildungsleistung im Rahmen des Controllings erhoben.
<b>Erhebungsmethode:</b>	Vollerhebung der Abschlüsse, Meldungen der schweizerischen Hochschulen, des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und extrauniversitärer Prüfungsinstanzen.
<b>Desaggregation:</b>	Geschlecht, Alter, Kanton, falls möglich Versorgungsbereiche
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	OECD Indikator (OECD, 2019), der die Anzahl der Abschlüsse in der Krankenpflege in einem bestimmten Jahr misst.
<b>Limitationen:</b>	Ausbildungsabschlüsse nicht nach Pflegebereichen aufteilbar.
<b>Diverses:</b>	Zur Interpretation sollte der Indikator mit den Entwicklungen in anderen Branchen verglichen werden können.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen». ●

<b>Deckungsgrad zukünftiger Pflegefachkräftebedarf</b>	
<b>Nr. B2</b>	<b>Bezeichnung</b>
	Deckungsgrad des zukünftigen Bedarfs an Pflegefachkräften durch die aktuellen Absolventinnen und Absolventen nach Ausbildungstyp (Tertiärstufe, Sekundarstufe II)
<b>Definition:</b>	Anzahl der Absolventinnen und Absolventen pro Jahr im Verhältnis zu den Prognosen für den Nachwuchsbedarf.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen.</i> Dieser Indikator zeigt frühzeitig auf, inwiefern die aktuellen Abschlüsse den zukünftigen Bedarf an Pflegefachkräften (Indikator B8) decken. Dabei ist mit Annahmen zum zukünftigen Pflegebedarf und zur Erwerbstätigkeit der Absolventinnen und Absolventen zu operieren – was natürlich, wie bei jeder Prognose – mit Unsicherheiten verbunden ist.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	In Anlehnung an Szenarien des Obsan-Modells (Merçay et al., 2021)
<b>Erhebungsmethode:</b>	In Anlehnung an Szenarien des Obsan-Modells (Merçay et al., 2021)
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen und Ausbildungsniveau.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Nicht gegeben.
<b>Limitationen:</b>	Berechnung des Ausbildungsbedarfs mit Unsicherheit behaftet. Genaue Operationalisierung ist noch zu definieren.
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu (Merçay et al., 2021)
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, da Aussagekraft kontrovers beurteilt ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, versorgungsbereichsspezifisch möglich ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen». ●



### 2.3.2.2 Ausbildungsplätze

<b>Angebotene Ausbildungsplätze</b>	
<b>Nr. B3</b>	<b>Bezeichnung</b>
	Anzahl angebotene Ausbildungsplätze in Schulen / Institutionen (inkl. Nicht-Diplomierte)
<b>Definition:</b>	Anzahl angebotener Ausbildungsplätze in: a) Spital b) Stationärer Langzeitbereich c) Ambulante Pflege Anzahl angebotener Ausbildungsplätze: a) Tertiärstufe b) Sekundarstufe II
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen</i> Die Zurverfügungstellung eines ausreichenden Ausbildungsangebots ist Grundvoraussetzung für die Ausbildung von genügend qualifiziertem Personal. Dabei sind nicht nur die Schulen relevant, sondern auch die Ausbildungsbetriebe, welche Praktikums bzw. Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Wird von Kantonen mit Ausbildungsverpflichtung erfasst. Kantone ohne Ausbildungsverpflichtung: Option «Zusatzdaten Betriebe» bzw. besteht allenfalls eine Erhebungsmöglichkeit über die Schulen, welche die Ausbildungsplätze anbieten.
<b>Erhebungsmethode:</b>	Betriebliches Reporting / Stichprobenbasierte Befragung Betriebe oder Ergänzung administrativer Daten Betriebe / Schulen.
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Kantone
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Nicht gegeben
<b>Limitationen:</b>	
<b>Diverses:</b>	
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittlere Akzeptanz, da Vorgaben zu den Ausbildungsplätzen gegeben. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, versorgungsbereichsspezifisch ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Bestehende Daten Nutzen / Option «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» ● (Bei Kanton ohne Ausbildungsverpflichtung)

<b>Nicht besetzte Ausbildungsplätze</b>	
<b>Nr. B4</b>	<b>Bezeichnung</b> Anzahl nicht besetzter Ausbildungsplätze
<b>Definition:</b>	Anzahl nicht besetzter Ausbildungsplätze: a) Spital b) Stationärer Langzeitbereich c) Ambulante Pflege Anzahl nicht besetzter Ausbildungsplätze: a) Tertiärstufe b) Sekundarstufe II
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen</i> Nicht besetzte Ausbildungsplätze sind – gemäss Ansicht einiger Expertinnen und Experten – ein potentielles Problem und sollten deshalb genau betrachtet werden.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung von den Kantonen erfasst. Kantone ohne Ausbildungsverpflichtung: Option «Betriebsbefragung», Option «Zusatzdaten Betriebe»
<b>Erhebungsmethode:</b>	Stichprobenbasierte Befragung Betriebe oder Ergänzung administrativer Daten Betriebe
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Kanton
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Vergleichbarkeit nicht gegeben
<b>Limitationen:</b>	Keine Informationen über Gründe für Nichtbesetzung.
<b>Diverses:</b>	Gegebenenfalls prüfen, ob auch die Berechnung eines Indikators, der die belegten Ausbildungsplätze in den Betrieben im Verhältnis zu den Anzahl Betten abbildet, umsetzbar wäre.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, da Erhebung gemäss Experten nur sinnvoll, wenn Gründe für Nichtbesetzung miterfasst werden. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, versorgungsbereichsspezifisch ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option Bestehende Daten nutzen / «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» ● (Bei Kanton ohne Ausbildungsverpflichtung)

### 2.3.2.3 Bestand und Bedarf

<b>Bestand der Pflegepersonen</b>	
<b>Nr. B5</b>	<b>Bezeichnung</b> Bestand der Pflegepersonen nach Ausbildungsniveau
<b>Definition:</b>	Anzahl Beschäftigte nach Ausbildungsniveau (Pflegehelfende, Sekundarstufe II, Tertiärstufe, Weiterbildung und Spezialisierung auf Tertiärstufe)/Beruf Anzahl Vollzeitäquivalenzen nach Ausbildungsstufe (Pflegehelfende, Sekundarstufe II, Tertiärstufe, Weiterbildung und Spezialisierung auf Tertiärstufe)/Beruf
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen</i> Eine detaillierte und präzise Übersicht über den Bestand der Pflegepersonen nach Ausbildungsstufen und Versorgungsbereich erlauben es, den aktuellen Bestand zu erfassen und den Effekt von allfälligen Massnahmen zu eruieren.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital: KS SLZP: SOMED Ambulante Pflege: Spitex-Statistik
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Geschlecht, Alter, Sprachregionen, Kantone, Herkunft des Diploms / Aufenthaltsbewilligung (Grenzgänerbewilligung)
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Internationale Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung der Ausbildungsniveaus teilweise schwierig
<b>Limitationen:</b>	In der KS werden nur die Funktionen der Mitarbeitenden und nicht die Ausbildungsniveaus erhoben, somit enthält die KS auch keine detaillierten Informationen zu den tertiären Bildungsabschlüssen (z.B. FH, HF, Nachdiplomstudiengänge). Die Spitex-Statistik enthält keine Informationen zu Geschlecht, Alter oder Herkunft des Diploms. Eine Erweiterung der bisherigen Erfassung um diese Merkmale stellt ein Aufwand für die Betriebe dar. Zur Abbildung des kompetenzgerechten Einsatzes der Personen müsste der Bestand des Pflegepersonals mit der Komplexität der Aufgabe in Beziehung gesetzt werden. Bei der Umsetzung eines Monitorings muss geprüft werden, wie und ob die Komplexität der Aufgaben mitberücksichtigt werden kann.
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu Merçay et al., 2021). Daten aus dem Projekt «Längsschnittdatenanalysen im Bildungsbereich» (LABB) ermöglichen es zudem, Bildungsverläufe im Gesundheitsbereich zu untersuchen und besser zu verstehen, wieso bestimmte Ausbildungswege gewählt werden – oder nicht.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, Abdeckung nach Versorgungsbereichen. ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Betriebsbefragung» ●

<b>Dichte der Pflegepersonen</b>	
<b>Nr. B6</b>	<b>Bezeichnung</b>
	Dichte Pflegepersonen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner
<b>Definition:</b>	Anzahl Pflegepersonen nach Ausbildungsniveaus pro 1'000 Einwohner/innen (Basis Vollzeitäquivalenz) im Bereich: a) Spital b) Stationäre Langzeitpflege c) Ambulante Pflege
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen</i>
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Vom Obsan gegenwärtig verwendeter Indikator zum Pflegepersonal. Spital: KS SLZP: SOMED Ambulante Pflege: Spitex-Statistik Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Internationale Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung der Ausbildungsniveaus und der Versorgungsbereich erschwert.
<b>Limitationen:</b>	In der KS werden nur die Funktionen der Mitarbeitenden und nicht die Ausbildungsniveaus erhoben. Die Anzahl Pflegefachkräfte pro Bevölkerung lässt alleine noch keine Schlüsse darüber zu, ob genügend Pflegefachkräfte vorhanden sind oder nicht, da sich der Pflegebedarf verändern kann.
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2022).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, nach Versorgungsbereichen ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Betriebsbefragung» ●

<b>Pflegepersonen mit ausländischem Diplom</b>	
<b>Nr. B7</b>	<b>Bezeichnung</b> Anteil Pflegepersonen mit ausländischem Diplom
<b>Definition:</b>	Anteil Pflegepersonen mit ausländischem Diplom: a) Spital b) Stationärer Langzeitbereich c) Ambulante Pflege
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen</i> Pflegepersonen mit ausländischem Diplom sind eine wichtige Ressource zur Deckung des Personalbedarfs. Allerdings ist eine hohe Rate auch Ausdruck ungenügender Ausbildungsinvestitionen in der Schweiz selbst und zeugt von starker Abhängigkeit von ausländischen Personalressourcen und Ausbildungsinstitutionen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital: KS SLZP: SOMED
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Sprachregion/ Kanton, Geschlecht, Alter, falls möglich nach Aufenthaltsbewilligung (Grenzgänerbewilligung etc.)
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Internationale Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung der Ausbildungsniveaus und der Versorgungsbereiche erschwert aber auf aggregierter Ebene möglich (OECD, 2021).
<b>Limitationen:</b>	Ambulante Pflege bisher noch nicht abgedeckt, Ergänzung der Spitex-Statistik erforderlich. Ideal wäre eine Differenzierung nach Aufenthaltsstatus. Mit den vorgeschlagenen Daten ist dies für alle Versorgungsbereiche gegenwärtig leider nicht umsetzbar.
<b>Diverses:</b>	
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten z.T. vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, nur Spital und stationäre Langzeitpflege ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» (ambulante Pflege) ●

<b>Zukünftiger Bedarf Pflegepersonen</b>	
<b>Nr. B8</b>	<b>Bezeichnung</b> Zukünftiger Bedarf Pflegepersonen gemäss Obsan-Modellierung
<b>Definition:</b>	Zukünftiger Bedarf Pflegepersonen gemäss Obsan-Modellierung, bestehend aus aktuellem Bestand und dem zukünftigen zusätzlichen Personalbedarf.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Ausbildung: Bedarfsgerechte Sicherstellung der Verfügbarkeit einer genügenden Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen</i> Eine – wenn auch auf diversen Annahmen basierende – Prognose zum zukünftigen Pflegebedarf erlaubt es, grobe Einschätzungen dazu abzugeben, inwieweit der zukünftige Bedarf gedeckt ist oder nicht.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital: KS SLZP: SOMED Ambulante Pflege: Spitex-Statistik Statistik der Bevölkerung und Haushalte (STATPOP)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Internationale Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung der Ausbildungsniveaus teilweise erschwert.
<b>Limitationen:</b>	Aktuelle Bedarfseinschätzungen ohne Berücksichtigung der Massnahmen in der Bildung. Genaue Operationalisierung ist noch zu definieren.
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu Merçay et al. (2021).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, da Aussagekraft kontrovers beurteilt ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, Abdeckung nach Versorgungsbereich. ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Betriebsbefragung» ●

### 2.3.3 Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen

Die Schlüsselindikatoren zum Beobachtungsbereich Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen werden entlang der Themen in Tabelle 6 gruppiert. Weitere für diesen Beobachtungsbereich relevante Indikatoren sind der Bestand der Pflegepersonen, die Dichte der Pflegepersonen sowie der zukünftige Bedarf an Pflegepersonen welche (primär) dem Beobachtungsbereich «Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen» zugewiesen wurden.

Tabelle 6: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen»

Thema	Schlüsselindikatoren
Arbeitsaufwand	A1: Nurse-to-Patient-Ratio
Lohn	A2: Lohn
Personaleinsatz	A3: Skill-Mix
	A4: Grade-Mix
	A5: Berufsbildende in Betrieben
Personalerhaltung	A6: Kündigungsabsicht
	A7: Fluktuationsrate
	A8: Berufsaustritt
Gesundheit der Pflegepersonen	A9: Temporärarbeit
	A10: Absenzen
Subjektive Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Pflegepersonen	A11: Physische Gesundheit der Pflegepersonen
	A12: Arbeitszufriedenheit
	A13: Arbeitsumgebungsqualität
	A14: Subjektive Belastung

### 2.3.3.1 Arbeitsaufwand

<b>Nurse-to-Patient-Ratio</b>	
<b>Nr. A1</b>	<b>Bezeichnung</b> Nurse-to-Patient-Ratio
<b>Definition:</b>	Pflegepersonal mit tertiärem Bildungsabschluss (Dipl. Pflege HF / FH) / mit Abschluss auf Sekundarstufe II (FAGE) im Verhältnis zur Anzahl Patientinnen und Patienten. Wichtig: Bei Umsetzung ist dieser Indikator noch genauer zu definieren, d.h. Erhebungsebene bestimmen – Setting (z.B. Psychiatrie, Intensivmedizin, Palliativ) und Pflegeaufwand (z.B. Pflegebedarf, Case-Mix)
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Ein adäquater Personalbestand, der auf die Anzahl und Art der zu pflegenden Patientinnen und Patienten abgestimmt ist, ermöglicht eine qualitativ gute Pflege und verhindert eine Überlastung des Personals.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital: MS / KS, SLZP: SOMED oder Optionen: «Befragung Betriebe», «Zusatzdaten Betriebe»,
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Daten
<b>Desaggregation:</b>	Versorgungsbereiche Spital, stationäre Langzeitpflege, Pflegesetting (z.B. Psychiatrie, Intensiv-Pflege, Langzeitpflege)
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Diverse Operationalisierungen vorhanden. Vergleichbarkeit schwierig.
<b>Limitationen:</b>	Die Nurse-to-Patient-Ratio ist ein sehr kontrovers diskutierter Indikator. Mit bestehenden Daten kann eine Nurse-to-Patient-Ratio auf einem hohen Aggregationsniveau erstellt werden. Internationale Studien zeigen, dass die oben verwendete Definition nicht ausreicht, um eine präzise Berechnung der Nurse-to-Patient-Ratio zu erhalten, nach Möglichkeiten müssen weitere Faktoren (z.B. Komplexität) berücksichtigt werden, da die Nurse-to-Patient-Ratio abhängig von Workload ist. Es bestehen nur vereinzelt und nur für spezifische Settings Vorgaben für eine ausreichende Nurse-to-Patient-Ratio.
<b>Diverses:</b>	Wird in den Versorgungsbereichen Spital und stationäre Langzeitpflege als sehr relevant eingestuft. Allerdings wird eine Nurse-to-Patient-Ratio ohne Berücksichtigung von «Pflegeaufwand» und «Workload» sehr skeptisch beurteilt. Entsprechend müsste sorgfältig erarbeitet werden, wie eine «valide» und aussagekräftiger Nurse-to-Patient-Ratio bestimmt werden könnte (z.B. unter Berücksichtigung des Case-Mix (Spital) oder des Pflegebedarfs (Pflegeheim)).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, stark diskutierter Indikator bzgl. Erhebungsebenen, genauer Operationalisierung, möglicher Vorgaben etc. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden. Grosse Unklarheiten bzgl. Operationalisierung ●
<b>Abdeckung:</b>	Neue / zusätzliche Erhebung für alle Versorgungsbereiche und mit nationaler Abdeckung. ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» / Nutzung bestehender Daten ●



### 2.3.3.2 Lohn

<b>Lohn Nr. A2</b>	<b>Bezeichnung</b> Entlohnung der Pflegepersonen nach Ausbildung
<b>Definition:</b>	Bruttomedianlohn einer Vollzeitstelle pro Monat für a) Sekundarstufe II: Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) FaGe, Eidgenössisches Berufsattest AGS (EBA) b) Tertiärstufe: Diplomierte Pflegefachpersonen Fachhochschule (FH), Diplomierte Pflegefachpersonen Höhere Fachschule (HF) c) Weiterbildung / Spezialisierung Tertiärstufe: Eidgenössische Berufsprüfung (BP), Eidgenössische höhere Fachprüfung (HFP), Nachdiplomstudiengang (NDS), Master of Science in Nursing (MNSc) (FH/ Universität), MAS / DAS / CAS Exakte Definition des Indikators bei der Umsetzung zu prüfen.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen.</i> Eine angemessene Entlohnung ist Wertschätzung für das Personal, ein wichtiges Element für eine gute Arbeitszufriedenheit und fördert den langfristigen Verbleib im Beruf. Eine angemessene Entlohnung dürfte zudem die Zahl, welche eine Ausbildung im Versorgungsbereich beginnen, positiv beeinflussen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE), Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) <sup>2</sup> oder Option Befragung Pflegepersonen
<b>Erhebungsmethode:</b>	LSE: Schriftliche Stichprobenerhebung bei ca. 36'000 privaten und öffentlichen Unternehmen. Teilnahme obligatorisch. Oder SAKE: Internet/Telefon-Befragung bei ca. 120'000 Personen.
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Ausbildungsniveau, Herkunft des Diploms / Arbeitsbewilligung (Grenzgängerbewilligung), Alter, Geschlecht und Grossregionen/Lohnregionen
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Internationale Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung der Ausbildungsniveaus teilweise erschwert (OECD, 2021).
<b>Limitationen:</b>	Allgemein: Vergleichbarkeit eingeschränkt, da kantonale und institutionelle Unterschiede vorliegen z.B. bei der Wochenarbeitszeit, Zulagen etc. Die Stakeholder schlagen die Berechnung eines standardisierten Stundenlohns vor. Bestehende Daten: Keine Analyse auf Kantonsebene möglich Löhne des Kaders/ Führungskräfte können mit den vorgeschlagenen Datenquellen beschränkt separat ausgewiesen werden
<b>Diverses:</b>	Löhne sollten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich dargestellt bzw. diskutiert werden. Kritisierte Beschränkungen hinsichtlich differenzierter Aussagen bezüglich Unterschiede in Abhängigkeit von Ausbildung/Weiterbildung oder «Pflegesetting» könnten über Anpassungen in der SAKE teilweise behoben werden.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung. Analyse nach Ausbildungsniveau möglich, aber nicht nach Versorgungsbereich und Kantonen. ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Befragung Pflegepersonen» / «Betriebsbefragung» ●

<sup>2</sup>Einige Details zur SAKE und ihrer Nutzungsmöglichkeit für das Monitoring Pflege: Die SAKE befragt rund 100'000 Personen plus eine Zusatzstichprobe von ca. 20'000 ausländischen Einwohnenden der Schweiz. Geht man von 3% der Bevölkerung bzw. einer Zahl von 226'000 Pflegefachkräften (Diplomiert, mittlere Stufe, Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, Nov. 2021, Quelle: BFS) in der Bevölkerung aus, so sind in dieser Stichprobe jeweils rund 3'500 Pflegepersonen enthalten. Dies ermöglicht auf Jahresbasis nur beschränkt präzise Angaben für Subgruppenanalysen nach Region, Ausbildungstyp, etc. Gewisse Informationen wie z.B. der genaue Typ des Ausbildungsdiploms sind zudem nicht erfasst.

2.3.3.3 Personaleinsatz

<b>Skill-Mix</b>	
<b>Nr. A3</b>	<b>Bezeichnung</b> Skill-Mix: Anteil der Mitarbeitenden mit spezifischen Skills aller Pflegepersonen in den Betrieben
<b>Definition:</b>	Skill-Mix: Anteil Pflegepersonen mit verschiedenen relevanten «Skills» des gesamten Pflegepersonals eines Betriebs (Spital, Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen). Hinweis: relevante Skills bei Umsetzung zu definieren.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> <i>Einsatz der in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und Kompetenzen</i> Ein angemessener Skill-Mix ist Voraussetzung für eine qualitativ gute Pflege und ermöglicht es den Pflegepersonen, kompetent zu handeln und sich ihren Fähigkeiten entsprechend einzubringen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Keine bestehende, Option «Zusätzliche Erhebung durch Betriebe»
<b>Erhebungsmethode:</b>	Keine bestehende Erhebung, Befragung Betriebe oder Ergänzung administrative Daten
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Setting
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	
<b>Limitationen:</b>	Diffuses Konzept, zudem kaum breit akzeptierte Operationalisierungen vorliegend. Limitierte Aussagekraft in der ambulanten Pflege.
<b>Diverses:</b>	Aufwändig zu erfassen, da die Pflegepersonen und ihre Erfahrungen sowie Aus- und Weiterbildungen detailliert erfasst werden müssen. Auf Basis aktuell vorhandener Daten kann der Skill-Mix nur als das «Verhältnis Pflegepersonal zu übrigen Personal» abgebildet werden (Merçay et al., 2021).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Akzeptanz eingeschränkt, Evidenz zum Zusammenhang von Skill-Mix und Pflegequalität überwiegend für Spitalbereich vorhanden. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden. Zusätzliche Erhebung notwendig. ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, hauptsächlich für Spitalbereich geeignet. ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» ●

<b>Grade-Mix<sup>3</sup></b>		
<b>Nr. A4</b>	<b>Bezeichnung</b> <i>Grade-Mix</i> : Anteil Pflegepersonen und Betreuungspersonal mit verschiedenen Ausbildungsstufen aller Pflegepersonen in den Betrieben	
<b>Definition:</b>	Anteil der a) Pflegehelfende (ohne Abschluss auf Sekundarstufe II / Tertiärstufe) b) Sekundarstufe II: Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) FaGe, Eidgenössisches Berufsattest AGS (EBA) c) Tertiärstufe: Diplomierte Pflegefachpersonen Fachhochschule (FH), Diplomierte Pflegefachpersonen Höhere Fachschule (HF) d) Weiterbildung / Spezialisierung: Eidgenössische Berufsprüfung (BP), Eidgenössische höhere Fachprüfung (HFP), Nachdiplomstudiengang (NDS), Master of Science in Nursing (MNSc) (FH/ Universität), MAS / DAS / CAS	
<b>Kategorisierung des Indikators</b>		
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Ein angemessener Grade-Mix ist Voraussetzung für eine qualitativ gute Pflege und ermöglicht es den Pflegepersonen, kompetent zu handeln und sich ihrem Ausbildungsniveau entsprechend einzubringen. Anteil an «diplomierten» Pflegefachpersonen ist eine oft diskutierte Grösse in Diskussionen über den Qualifikationsbedarf in den Betrieben.	
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen / Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen	
<b>Messung</b>		
<b>Datenquelle:</b>	Spital: KS SLZP: SOMED Ambulante Pflege: Spitex-Statistik	
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung	
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen.	
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich	
<b>Bemerkungen</b>		
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung der Ausbildungsniveaus teilweise erschwert.	
<b>Limitationen:</b>	Daten: In der KS werden nur die Funktionen der Mitarbeitenden und nicht die Ausbildungsniveaus erhoben. Unterteilung des Grademix in Versorgungsbereich möglich, nicht aber auf Abteilungsebene. Interpretation: Aufgrund erwarteter Veränderungen in den Dienstleistungen (z.B. ambulant vor stationär) wird die Aussagekraft des Indikators von einzelnen Stakeholdern als gering eingestuft.	
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu Merçay et al. (2021)	
<b>Einschätzung</b>		
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert	●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten auf Stufe Versorgungsbereich vorhanden	●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, Abdeckung nach Versorgungsbereich.	●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe»	●

<sup>3</sup> Aufgrund der unterschiedlichen Operationalisierungs- und Umsetzbarkeit werden «Skill-Mix» und «Grade-Mix» im vorliegenden Bericht als einzelne Indikatoren aufgeführt. Die beiden Indikatoren werden in der Forschung meist gemeinsam verwendet. Sie bemessen den Personal-Mix im Pflegedienst (Skill- und Grade-Mix) und sollten in einem Monitoring, um ausreichend aussagekräftig zu sein, nur gemeinsam abgebildet werden.

<b>Berufsbildende in Betrieben</b>	
<b>Nr. A5</b>	<b>Bezeichnung</b> Anzahl Berufsbildende in den Betrieben
<b>Definition:</b>	Anzahl Vollzeitäquivalente (VZA) der Berufsbildenden (Pflegerpersonen, welche Auszubildende begleiten dürfen / können) im Betrieb (Spital, Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen) im Verhältnis zu den Studierenden / Lernenden.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> <i>Kompetenzgerechter Einsatz: Einsatz der in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und Kompetenzen</i> Genügend Pflegerpersonen in den Betrieben, welche Auszubildende begleiten dürfen und können, sind eine Voraussetzung für eine gelingende Ausbildung von neuen Pflegerpersonen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegerpersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Option «Zusatzdaten Betriebe» oder Option «Betriebsbefragung», allenfalls Erhebung im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung der Kantone.
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrativdaten / Stichprobenbasierte Befragung Betriebe
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Ausbildungsniveaus
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Nicht gegeben
<b>Limitationen:</b>	
<b>Diverses:</b>	Komplexe Erfassung, da diverse Ausbildungsgänge berücksichtigt werden sollen. Möglicherweise nicht einheitliche Regeln in den Kantonen. Zur Interpretation des Indikators sollten die jeweiligen Vorgaben in den Ausbildungsreglementen berücksichtigt werden. Zudem muss berücksichtigt werden, dass in der Westschweiz die Ausbildung zum Teil vollständig in den Schulen stattfindet (z.B. Ausbildung zur Fachangestellten Gesundheit FaGe (assistante et assistant en soins et santé communautaire, AASC)). In der stationären Langzeitpflege kann auf Basis bestehender Daten der SO-MED gegenwärtig das Verhältnis von Personen in Ausbildung zum Pflegepersonal erstellt werden, die Anzahl Berufsbildenden wird bisher nicht erfasst.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, Aussagekraft aufgrund bestehender Vorgaben in Frage gestellt. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, nach Versorgungsbereich ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» ●

### 2.3.3.4 Personalerhaltung

<b>Kündigungsabsicht</b>	
<b>Nr. A6</b>	<b>Bezeichnung</b> Kündigungsabsicht der Pflegepersonen
<b>Definition:</b>	Anteil der Pflegepersonen mit Absicht Stelle innerhalb eines Jahres zu kündigen (subjektive Einschätzung).
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Die subjektive Kündigungsabsicht ist ein Indikator, welcher frühzeitig schlechte Arbeitsbedingungen und eine bevorstehende Abwanderung von Personal anzeigen kann.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Keine bestehende, Option Befragung Pflegepersonen oder «Anpassung Erhebungen» (SAKE)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Befragung Pflegepersonen (Stichprobe) durch Befragungsinstitut (Erhebung nicht über Arbeitgebende durchführen)
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Alter, Geschlecht, Ausbildungsstufen
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	In der amerikanischen National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) werden die Jobpläne für die nächsten 3 Jahre erfasst (NDNQI, 2020).
<b>Limitationen:</b>	Bezug zu tatsächlichem (Kündigungs-)Verhalten unklar, keine Information zu Gründen. Bisherige Erhebungen in Form von Studien. SAKE erfasst auch Kündigungsgründe, aber Nutzbarkeit bzgl. Pflege muss abgeklärt werden.
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu Zúñiga et al. (2021), Schwendimann et al. (2014), Hasselhorn & Müller (2005).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, aber Wunsch, auch Grund für Kündigungsabsicht zu erfassen ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden. Zusätzliche Erhebung oder Anpassung bestehender Erhebungen notwendig. ●
<b>Abdeckung:</b>	Neue / zusätzliche Erhebung für alle Versorgungsbereiche und mit nationaler Abdeckung. ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» / SAKE sehr limitiert ●

<b>Fluktuationsrate</b>	
<b>Nr. A7</b>	<b>Bezeichnung</b> Bruttofluktuationsrate nach Ausbildungsstufen
<b>Definition:</b>	Anteil der Mitarbeitenden, welche den Betrieb innerhalb eines Jahres verlassen nach Versorgungsbereiche und Ausbildung.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Eine hohe Fluktuationsrate ist ein Indikator für allfällige schlechte Arbeitsbedingungen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital: KS SLZP: SOMED
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Kantone, falls möglich nach Betriebe / Beruf
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	International verwendet und empfohlen (Buchan et al. 2022)
<b>Limitationen:</b>	Auf Basis aktuell bestehender Daten kann nur eine Bruttofluktuationsrate berechnet werden, die sowohl Freiwillige als auch Unfreiwillige Austritte berücksichtigt. Mit den aktuellen erhobenen Daten der Spitex-Statistik kann keine den Versorgungsbereichen Spital und stationäre Langzeitpflege äquivalente Fluktuationsrate für die ambulante Pflege erstellt werden. Die Spitex-Statistik muss dahingehend angepasst werden. In der KS werden nur die Funktionen der Mitarbeitenden und nicht die Ausbildungsniveaus erhoben. Zum aktuellen Zeitpunkt kann eine Fluktuationsrate auf Ebene der Betriebe berechnet werden. Die Daten der «Spitalstationären Gesundheitsversorgung» (SpiGes) sollten es gemäss Obsan zulassen, ab 2024 für die Spitäler und sozialmedizinischen Institutionen auch Fluktuationsraten auf Berufsebene zu berechnen.
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu Merçay et al. (2021), Buchan et al. (2022)
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, Aussagekraft wird kritisch beurteilt. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, Abdeckung nach Versorgungsbereich. ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Betriebsbefragung» ●

<b>Berufsaustritte</b>	
<b>Nr. A8</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>Definition:</b>	Berufsaustritte aufgrund Austritt aus Erwerbstätigkeit / Berufswechsel nach Ausbildung Anteil Berufsaustritt nach Ausbildung wegen a) Austritt aus Erwerbstätigkeit (keine aktuelle Erwerbstätigkeit) b) Berufswechsel (Tätigkeit in einem anderen Beruf) c) Austritt aufgrund von Pensionierung
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> <i>Bedarf an Pflegepersonen soll nachhaltig gesichert werden.</i> Berufsaustritte reduzieren den Pool an verfügbaren Pflegepersonen und sind Ausdruck u.a. von schlechten Arbeitsbedingungen, aber auch von gesellschaftlichen und strukturellen Faktoren (weibliche Erwerbspartizipation, Vereinbarkeitsproblematik, genereller Arbeitskräftemangel etc.)
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Strukturerhebung (SE), Option «Befragung Pflegepersonen».
<b>Erhebungsmethode:</b>	Schriftliche Stichprobenerhebung bei ca. 200'000 Personen aus der Population der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz, die in einem Privathaushalt leben (ab 15 Jahren).
<b>Desaggregation:</b>	Alter, Geschlecht
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich (Verwendung von gepoolten Daten über ca. 3 Jahren)
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	
<b>Limitationen:</b>	Datenquelle Strukturerhebung: Geringe Anzahl Personen tätig im Bereich Pflege und Betreuung. Daten müssen gepoolt verwendet werden. Wird der Indikator auf Basis der vorgeschlagenen Datenquelle erstellt, können Pensionierungen nicht antizipiert und Grenzgängerinnen und Grenzgänger nicht berücksichtigt werden. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Befragten wieder in den Beruf eintreten. In der Strukturerhebung werden bisher Gründe für einen Berufswechsel nicht explizit erfragt, allenfalls könnte der Frageblock zur Arbeit mit einer Frage zu den Beweggründen eines Berufswechsels/ -austritts ergänzt werden. Alternativ könnte der Indikator zum Berufsaustritt in einer «Befragung der Pflegepersonen» erfasst werden, in der eine detailliertere Erhebung der Austrittsgründe möglich wäre, allerdings stellt sich hier die Frage nach der Repräsentativität der Stichprobe.
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu Lobsiger & Liechtig (2021).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, nur sinnvoll wenn auch Gründe des Berufsaustritts erfasst werden ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, Abdeckung nach Versorgungsbereich. ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Befragung Pflegepersonen» ●

<b>Temporärarbeit</b>	
<b>Nr. A9</b>	<b>Bezeichnung</b> Anteil temporäre / befristete Angestellte
<b>Definition:</b>	Anteil Pflegepersonen mit a) befristeter Anstellung b) Anstellung via Arbeitsvermittler nach Ausbildungsstufe/Versorgungsbereich (Exklusive Lernende)
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Ein hoher Anteil an temporären / befristeten Angestellten deutet auf Probleme bei der Personalrekrutierung hin oder Mängel / Fehler bei der Personalplanung. Er kann mittel- und längerfristig aus Betriebssicht negative Folgen aufweisen: fehlende Erfahrung, Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen/-kultur, Patienten- und Patientinnensicherheit, ein höherer Aufwand bei der Einarbeitung und Integration ins Team. Falls unerwünschte Temporärarbeit problematisch aus Angestelltensicht: schlechte Arbeitsbedingungen, hohe Arbeitsplatzunsicherheit.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	SLZP: SOMED (befristeter Arbeitsvertrag) Ergänzung des Vertragstyps in KS und Spitex-Statistik oder Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Keine bestehende Erhebung, die alle Versorgungsbereiche umfassen. SOMED / KS / Spitex-Statistik: Administrative Kennzahlen der Betriebe, obligatorische Vollerhebung (Vertragstyp) oder SAKE: Internet / Telefon-Befragung bei ca. 120'000 Personen. oder Option «Befragung Pflegepersonen»
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Kanton / Sprachregion
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich oder zwei jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Schwierig vergleichbar, aufgrund unterschiedlicher Arbeitsgesetzgebung
<b>Limitationen:</b>	Daten nur für die stationäre Langzeitpflege vorhanden. Die SOMED erfasst den Vertragstyp, aber nicht Vermittlung durch Temporärbüro.
<b>Diverses:</b>	Aktuelle Umsetzbarkeit beschränkt sich auf die Erfassung befristeter Arbeitsverträge im stationären Langzeitbereich. Empfehlung: Ergänzung des Vertragstyps und der Anstellung durch Temporärbüros in der SOMED, der KS und der Spitex-Statistik Literatur: Vgl. dazu Merçay et al. (2021).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine / vereinzelt bestehende Daten vorhanden. Zusätzliche Erhebung notwendig. ●
<b>Abdeckung:</b>	Neue / zusätzliche Erhebung für alle Versorgungsbereiche und mit nationaler Abdeckung. ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Betriebsbefragung» / «Bestehende Daten optimal nutzen» ●



### 2.3.3.5 Gesundheit Pflegepersonal

<b>Absenzen</b>	
<b>Nr. A10</b>	<b>Bezeichnung</b> Absenzen durch Krankheit / Unfall
<b>Definition:</b>	Anteil Absenzen an gesamter Arbeitszeit
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Absenzen sind ein Indikator für schlechte Arbeitsbedingungen, insbesondere Stress und Überlastung.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Option «Betriebsbefragung», Option «Zusatzdaten Betriebe», Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Stichprobenbasierte Befragung Betriebe, Ergänzung administrativer Daten Betriebe oder Nutzung bestehender Daten
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Alter
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Empfohlen im «Framework for national performance indicators for nursing and midwifery» (Department of Health Ireland, 2017).
<b>Limitationen:</b>	
<b>Diverses:</b>	Option bestehende Daten: Bei der Umsetzung abklären, ob Indikator auf Basis bestehender Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) für die Pflege jährlich umsetzbar ist und wie die Desaggregation machbar ist. Gemäss Obsan ist Umsetzung ähnlich der Arbeitsvolumenstatistik (AVOL) evt. möglich. Option «Zusatzdaten Betriebe»: Die Betriebe sind bisher nicht verpflichtet, Daten zu den Absenzen ans BFS zu liefern; wird diese Option gewählt, erhöht sich der Aufwand für die Betriebe. Interpretation: Für die Interpretation des Indikators ist die Vergleichbarkeit mit anderen Berufen relevant.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert <span style="color: green;">●</span>
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden. <span style="color: red;">●</span> Zusätzliche Erhebung oder Anpassung bestehender Erhebungen notwendig. <span style="color: red;">●</span>
<b>Abdeckung:</b>	Neue / zusätzliche Erhebung für alle Versorgungsbereiche und mit nationaler Abdeckung. <span style="color: green;">●</span> (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» / «Betriebsbefragung» / «Zusatzdaten Betriebe» <span style="color: red;">●</span>

<b>Gesundheit</b>	
<b>Nr. A11</b>	<b>Bezeichnung</b> Gesundheit der Pflegepersonen
<b>Definition:</b>	a) Anteil Pflegepersonen mit Rücken-, Schulter- und Nackenbeschwerden oder anderen muskuloskelettalen Beschwerden b) Anteil Pflegepersonen mit Gelenk- und Gliederschmerzen c) Anteil Pflegepersonen mit Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit d) Anteil Pflegepersonen mit Einschlaf- oder Durchschlafstörungen
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Gesundheitliche Beschwerden sind ein Indikator für schlechte Arbeitsbedingungen, insbesondere Stress und Überlastung. Zudem kann eine detaillierte Erfassung Grundlage für gezielte Massnahmen bilden.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen», Schweizerischen Gesundheitsbefragung
<b>Erhebungsmethode:</b>	Befragung Pflegepersonen (Stichprobe) durch Befragungsinstitut SLZP / Ambulante Pflege: Erhebungsinstrument in Anlehnung an Friendly Work Space – Job-Stress-Analysis Spezialmodul Langzeitpflege.
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Ausbildungsniveau, anderen Berufsgruppen
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Beschränkt vergleichbar
<b>Limitationen:</b>	Bestehende Daten: Aufgrund der Stichprobengrösse gehen wir davon aus, dass die Gesundheit der Pflegepersonen auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nur eingeschränkt und ohne Differenzierung nach Versorgungsbereichen abgebildet werden kann (Gesundheitsbefragung 2017, Zufallsstichprobe 43'769, Rücklaufquote 51% d.h. 22'134 befragte Personen über 15 Jahren bezogen auf die gesamte Schweizer Bevölkerung). Subjektive Einschätzung der Pflegepersonen.
<b>Diverses:</b>	Interpretation: Zur Vergleichbarkeit Verwendung der Items aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung / Friendly Work Space – Job-Stress-Analysis Spezialmodul Langzeitpflege. Für die Interpretation des Indikators ist die Vergleichbarkeit mit anderen Berufen relevant. Indikator wird explizit von dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) empfohlen.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, kontrovers diskutiert in welchen Bereichen spezifische Indikatoren aufgenommen werden sollen. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden. ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, versorgungsbereichsspezifisch ● (Bei vorgeschlagener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» / Evt. Nutzung bestehender Daten ●

### 2.3.3.6 Subjektive Bewertung der Arbeitsbedingungen

<b>Arbeitszufriedenheit</b>	
<b>Nr. A12</b>	<b>Bezeichnung</b> Arbeitszufriedenheit
<b>Definition:</b>	Anteil Pflegepersonen mit hoher oder sehr hoher Arbeitszufriedenheit (Globale Einschätzung der Gesamtsituation)
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Eine hohe Arbeitszufriedenheit ist Ausdruck von guten Arbeitsbedingungen, guter Arbeitsmotivation und eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ hochstehende Pflege. Langfristig trägt sie entscheidend zum Bestand von genügend Pflegepersonen bei.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen», Schweizerische Gesundheitsbefragung
<b>Erhebungsmethode:</b>	Befragung Pflegepersonen (Stichprobe) durch Befragungsinstitut, Erhebungsinstrumente z.B. in Anlehnung an Schweizerische Gesundheitsbefragung (2017), SHURP 2018 (vgl. Zúñiga et al. 2021), STRAIN-Projekt (vgl. Peter et al., 2021)
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Ausbildungsniveau, Alter, Geschlecht, falls mit den Daten möglich nach Betrieben.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Gegeben Versorgungsbereich Spital (vgl. Biegger et al., 2016)
<b>Limitationen:</b>	Erhebung: Subjektive Einschätzung der Pflegepersonen. Je nach Wahl des Erhebungsinstruments muss eine klare Abgrenzung zur Arbeitsumgebungsqualität gemacht werden. Thematik: Genereller Indikator nicht pflegespezifisch. Nutzung bestehender Daten: Aktuell keine laufende Datenerhebung, welche die Arbeitszufriedenheit erfasst. Allerdings befassten sich unterschiedliche abgeschlossene Studien (SHURP 2018, Nationales Projekt Work-related Stress Among Health Professionals in Switzerland (STRAIN-Projekt)) mit dem Thema. Die Arbeitszufriedenheit wurde bis 2017 auch in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erhoben, im Fragebogen 2022 ist diese nach unserem Wissensstand aber nicht mehr aufgeführt. Zudem gehen wir davon aus, dass die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nur eingeschränkt und ohne Differenzierung nach Versorgungsbereichen abgebildet werden könnte (Gesundheitsbefragung 2017, Zufallsstichprobe 43'769, Rücklaufquote 51% d.h. 22'134 befragte Personen über 15 Jahren bezogen auf die gesamte Schweizer Bevölkerung).
<b>Diverses:</b>	Vergleichbarkeit mit anderen Berufsgruppen möglich.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittlere / Tiefe Akzeptanz – gemäss Experten geringe Validität. ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, nach Versorgungsbereichen ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» ●

<b>Arbeitsumgebungsqualität</b>	
<b>Nr. A13</b>	<b>Bezeichnung</b> Arbeitsumgebungsqualität aus Sicht der Pflege
<b>Definition:</b>	Bei Umsetzung genauer zu definieren. Arbeitsumgebungsqualität aus Sicht der Pflege umfasst bspw.: Autonomie / Wertschätzung in der Pflegepraxis im Betrieb Interprofessionelle Zusammenarbeit Vereinbarkeit von Familie und Beruf (z.B. Kinderbetreuungsangebot) Arbeitszeitmodelle
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> «Arbeitsumgebungsqualität» als umfassende Einschätzung durch die Pflegepersonen selbst erlaubt eine detaillierte Bewertung der Arbeitssituation der Pflegepersonen und kann potentielle Mängel aufdecken.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Keine laufende Datenerhebung, Option «Befragung Pflegepersonen»
<b>Erhebungsmethode:</b>	Befragung Pflegepersonen (Stichprobe) durch Befragungsinstitut Spital: Erhebungsinstrumente in Anlehnung an das Studienprojekt «Monitoring der Arbeitsumgebungs- und Pflegequalität» (vgl. Spirig & Kleinknecht-Dolf, 2021) Ambulante Pflege: Erhebungsinstrumente in Anlehnung an das Studienprojekt «SPOTnat» (Zúñiga & Möckli, 2022)
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Geschlecht und Alter, falls mit den Daten möglich nach Betrieben.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Beschränkt vergleichbar
<b>Limitationen:</b>	
<b>Diverses:</b>	Genauere Operationalisierung und Gewichtung der verschiedenen Dimensionen noch (partizipativ) zu bestimmen. Ein wichtiger Schwerpunkt liegt auf der Erfassung der Arbeitszeiten. Vergleichsdaten aus abgeschlossenen und laufenden Studien vorhanden (Spital: «Monitoring der Arbeitsumgebungs- und Pflegequalität» / Ambulante Pflege: «SPOTnat») Weitere Literatur: Aiken et al. (2013), Simon et al. (2004)
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittlere Akzeptanz der Expertengruppe aufgrund konzeptueller Herausforderungen ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, versorgungsbereichsspezifisch ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» ●

<b>Subjektive Belastung</b>	
<b>Nr. A14</b>	<b>Bezeichnung</b> Subjektive Belastung der Pflegepersonen
<b>Definition:</b>	Bei Umsetzung genauer zu definieren, welche der folgenden Aspekte zu erfassen sind: Subjektive Belastung: Emotionale Belastung / Burnout Moralischer Distress Zeitdruck / Anzahl Pflegepersonen, die angeben, keine Zeit zu haben, um ihre Aufgaben korrekt zu erfüllen
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen</i> Die subjektive Belastung (verschiedene Aspekte) ist ein direkter Indikator für das Wohlbefinden und die zentralen Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen. Mängel können dadurch aufgedeckt werden. Eine wichtige Grundlage für gezielte Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen», Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Befragung Pflegepersonen (Stichprobe) durch Befragungsinstitut
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen, Alter und Geschlecht.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Beschränkt vergleichbar
<b>Limitationen:</b>	Erhebung: Subjektive Einschätzung der Pflegepersonen. Datenquelle: Aufgrund der Stichprobengrösse gehen wir davon aus, dass die Gesundheit der Pflegepersonen auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nur eingeschränkt und ohne Differenzierung nach Versorgungsbereichen abgebildet werden kann (Gesundheitsbefragung 2017, Zufallsstichprobe 43'769, Rücklaufquote 51% d.h. 22'134 befragte Personen über 15 Jahren bezogen auf die gesamte Schweizer Bevölkerung).
<b>Diverses:</b>	Literatur: Vgl. dazu auch Möckli et al. (2020)
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittlere / Tiefe Akzeptanz bei den Experten – Möglichst pflegespezifische Erfassung erwünscht ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, versorgungsbereichsspezifisch ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» ●

### 2.3.4 Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen

Die Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen werden anhand der Themen in Tabelle 7 gruppiert. Im Rahmen der Eidgenössischen Qualitätskommission werden gegenwärtig Qualitätsindikatoren für alle Versorgungsbereiche ausgearbeitet und geprüft. Wir empfehlen, anstelle der hier vorgeschlagenen medizinischen Qualitätsindikatoren, ausschliesslich die Indikatoren der Eidgenössischen Qualitätskommission im Monitoring zu berücksichtigen.

Tabelle 7: Überblick der Schlüsselindikatoren im Beobachtungsbereich «Zugang zu und Qualität von Pflegeleistungen»

Thema	Schlüsselindikatoren
Medizinische Qualitätsindikatoren	Q1: Sturz Q2: Dekubitus Q3: Schmerz Q4: Bewegungseinschränkende Massnahmen
Qualität wahrgenommen von Pflegepersonen	Q5: Pflegequalität aus Sicht der Pflegepersonen

### 2.3.4.1 Medizinische Qualitätsindikatoren

<b>Sturz</b>	
<b>Nr. Q1</b>	<b>Bezeichnung</b> Prävalenz Sturz
<b>Definition:</b>	Anteil Stürze in den letzten 30 Tagen ab Stichtag (November) (Periodenprävalenz)
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung einer ausreichenden und allen zugänglichen Pflege von hoher Qualität</i>
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen
<b>Unterkategorie:</b>	Förderung einer ausreichenden und allen zugänglichen Pflege von hoher Qualität
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital (Akutsomatik): ANQ
<b>Erhebungsmethode:</b>	Spital: Periodenprävalenzmessung an einem Stichtag
<b>Desaggregation:</b>	Versorgungsbereiche: Spital und Pflegesettings
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Gegeben, mit Daten aus Österreich vergleichbar (Thormann et al., 2020) In den NDNQI werden die Stürze ebenfalls erfasst (Montalvo, 2007)
<b>Limitationen:</b>	ANQ-Messungen werden nur in der Akutsomatik durchgeführt. Eingeschränkte Erfassung der Prävalenz (Periodenprävalenz).
<b>Diverses:</b>	Allgemein: Gegenwärtig werden im Rahmen der Eidgenössischen Qualitätskommission Qualitätsindikatoren für alle Versorgungsbereiche ausgearbeitet und geprüft. Wir empfehlen, anstelle der hier vorgeschlagenen medizinischen Qualitätsindikatoren, ausschliesslich die Indikatoren der Eidgenössischen Qualitätskommission im Monitoring zu berücksichtigen. Akzeptanz: Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege stufen diesen Indikator in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich nicht als relevanten pflegebezogenen Indikator ein. Literatur: Vgl. dazu Kuster et al. (2009).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert <span style="color: green;">●</span>
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten z.T. vorhanden <span style="color: orange;">●</span>
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, aktuell nur im Spitalbereich <span style="color: green;">●</span>
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Zusatzdaten Betriebe» <span style="color: green;">●</span>

<b>Dekubitus</b>	
<b>Nr. Q2</b>	<b>Bezeichnung</b> Prävalenz Dekubitus
<b>Definition:</b>	Spital (Akutsomatik): Es werden für den Indikator Dekubitus sowohl die allgemeine Prävalenzraten als auch die nosokomialen (im Spital erworbenen) Prävalenzraten berichtet.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung einer ausreichenden und allen zugänglichen Pflege von hoher Qualität</i>
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Spital (Akutsomatik): ANQ
<b>Erhebungsmethode:</b>	Spital (Akutsomatik): Punktprävalenzmessung an einem Stichprobentag im November
<b>Desaggregation:</b>	Versorgungsbereich: Spital
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Gegeben, mit Daten aus Österreich vergleichbar (Thormann et al., 2020). In den NDNQI werden Dekubiti erfasst (Community-acquired, hospital-acquired, unit-acquired) (Montalvo, 2007).
<b>Limitationen:</b>	ANQ-Messungen werden nur in der Akutsomatik durchgeführt Eingeschränkte Erfassung der Prävalenz (Punktprävalenz).
<b>Diverses:</b>	Allgemein: Gegenwärtig werden im Rahmen der Eidgenössischen Qualitätskommission Qualitätsindikatoren für alle Versorgungsbereiche ausgearbeitet und geprüft. Wir empfehlen, anstelle der hier vorgeschlagenen medizinischen Qualitätsindikatoren, ausschliesslich die Indikatoren der EKQ im Monitoring zu berücksichtigen. Akzeptanz: Die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege stufen diesen Indikator in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich nicht als relevanten pflegebezogenen Indikator ein. Literatur: Vgl. dazu Kuster et al. (2009)
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert <span style="color: green;">●</span>
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Bestehende Daten z.T. vorhanden <span style="color: orange;">●</span>
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, ausschliesslich im Spital als relevant eingestuft <span style="color: green;">●</span>
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Zusatzdaten Betriebe» <span style="color: green;">●</span>



<b>Schmerz</b>	
<b>Nr. Q3</b>	<b>Bezeichnung</b> Schmerz – Selbsteinschätzung
<b>Definition:</b>	SLZP: Prozentualer Anteil der Bewohner und Bewohnerinnen, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen zeigten oder nicht täglich sehr starke Schmerzen.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung einer ausreichenden und allen zugänglichen Pflege von hoher Qualität</i>
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Im Rahmen der SOMED bzw. Erhebung der Medizinischen Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen (ab 2019)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe (Vollerhebung)
<b>Desaggregation:</b>	Versorgungsbereich: SLZP
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	
<b>Limitationen:</b>	Gemäss Artikel 59a KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, dem Bundesamt für Gesundheit resp. dem Bundesamt für Statistik Daten zu den medizinischen Qualitätsindikatoren bekannt zu geben. Im Rahmen der Erhebung medizinischer Pflegemessgrössen hat ein interdisziplinärer Ausschuss bestehend u.a. aus BAG, BFS, GDK, CURAVIVA Schweiz zusammen mit der Universität Basel zwischen 2009 und 2018 ein Pilotprojekt durchgeführt, in dem sechs medizinische Qualitätsindikatoren (u.a. der hier aufgeführte Indikator Schmerz – Selbsteinschätzung) herausgearbeitet wurden, für die ab 2019 die Pflegeheime Daten zur Verfügung stellen müssen. Die Datenqualität in der SLZP erweist sich aktuell als unzureichend, darum können die Indikatoren gegenwärtig nicht auf der Ebene der Pflegeheime berechnet werden, und es können aktuell auch keine risikoadjustierten Indikatoren bestimmt werden. Die Indikatoren erreichen 2019 / 2020 das Ziel nicht, einen ersten Anhaltspunkt zur Qualität der von einem Pflegeheim in den gemessenen Bereichen erbrachten KVG-Pflegeleistungen zu geben (BAG, 2022).
<b>Diverses:</b>	Gegenwärtig werden im Rahmen der Eidgenössischen Qualitätskommission Qualitätsindikatoren für alle Versorgungsbereiche ausgearbeitet.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allerdings wird Umsetzbarkeit kritisch beurteilt ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Implementiert in der SLZP (Instrument und Daten vorhanden, aktuell Datenqualität nicht ausreichend). Umsetzung in der ambulanten Pflege und im Spital herausfordernd. ●
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, in allen Versorgungsbereichen ● (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Zusatzdaten Betriebe» ●

<b>Bewegungseinschränkende Massnahmen</b>	
<b>Nr. Q4</b>	<b>Bezeichnung</b> Freiheits-/ Bewegungseinschränkende Massnahmen
<b>Definition:</b>	SLPZ: a) Prozentualer Anteil an Bewohnenden mit täglicher Fixierung des Rumpfes (im Sitzen oder Liegen) oder mit Sitzgelegenheit, die die Bewohnenden am selbständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen. b) 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.
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Förderung einer ausreichenden und allen zugänglichen Pflege von hoher Qualität</i>
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Im Rahmen der SOMED bzw. Erhebung der Medizinischen Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen (ab 2019)
<b>Erhebungsmethode:</b>	Administrative Kennzahlen der Betriebe (Vollerhebung)
<b>Desaggregation:</b>	Versorgungsbereich: Stationäre Langzeitpflege und Psychiatrie, Kantone
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Jährlich
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	In den NDNQI (2007) wird die Prävalenz von "restraints" erfasst (NDNQI, 2020).
<b>Limitationen:</b>	SLZP: Der Indikator wird 1:1 aus dem Set der «Medizinischen Qualitätsindikatoren» übernommen, für welches die Pflegeheime seit 2019 dem BFS / BAG Daten zu Verfügung stellen müssen. Die Datenqualität in der SLZP erweist sich gegenwärtig noch als unzureichend, darum können die Indikatoren aktuell nicht auf der Ebene der Pflegeheime berechnet werden, und es können aktuell auch keine risikoadjustierten Indikatoren bestimmt werden. Die Indikatoren erreichen 2019 / 2020 das Ziel nicht, einen ersten Anhaltspunkt zur Qualität der von einem Pflegeheim in den gemessenen Bereichen erbrachten KVG-Pflegeleistungen zu geben (BAG, 2022). Spital: dieser Indikator wird vom ANQ in der Psychiatrie angeboten.
<b>Diverses:</b>	Ergänzung mit einem Indikator zu der Einnahme von psychotropen Medikamenten je nach Setting evtl. sinnvoll. Gegenwärtig werden im Rahmen der Eidgenössischen Qualitätskommission Qualitätsindikatoren für alle Versorgungsbereiche ausgearbeitet und geprüft, wir empfehlen diese in einem Monitoring zu berücksichtigen.
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Hoch, allgemein akzeptiert ●
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Implementiert in der LZP (Instrument vorhanden, Daten vorhanden) --> Datenqualität ist schlecht (siehe Limitationen) Instrument vorhanden, Datenerfassung seitens ANQ ●
<b>Abdeckung:</b>	Die Erhebung freiheitseinschränkender Massnahmen wird sowohl in der stationären Langzeitpflege als auch in der Psychiatrie vorgenommen ●
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Bestehende Daten optimal nutzen» / «Zusatzdaten Betriebe» ●

### 2.3.4.2 Qualität wahrgenommen von Pflegepersonen

<b>Pflegequalität aus Sicht der Pflegepersonen</b>	
<b>Nr. Q6</b>	<b>Bezeichnung</b> Pflegequalität und Patientensicherheit aus Sicht der Pflegepersonen
<b>Definition:</b>	Bei Umsetzung genauer zu definieren
<b>Kategorisierung des Indikators</b>	
<b>Relevanz:</b>	<i>Eine ausreichende, für alle zugängliche Pflege von hoher Qualität ist gewährleistet.</i>
<b>Beobachtungsbereich:</b>	Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen
<b>Unterkategorie:</b>	Förderung einer ausreichenden und allen zugänglichen Pflege von hoher Qualität
<b>Messung</b>	
<b>Datenquelle:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» oder Spital: Prüfen inwiefern die Medizinische Statistik (MS) die Möglichkeit bietet pflegespezifische Indikatoren für die Patientensicherheit umzusetzen (Simon & Barakova, 2021).
<b>Erhebungsmethode:</b>	Befragung Pflegepersonen (Stichprobe) durch Befragungsinstitut Ambulante Pflege / SLZP: Erhebungsinstrument in Anlehnung an nationales Forschungsprojekt SPOTnat (Zúñiga & Möckli, 2022) und / oder Friendly Work Space – Job-Stress-Analysis Spezialmodul Langzeitpflege
<b>Desaggregation:</b>	Nach Versorgungsbereichen.
<b>Frequenz der Erhebung:</b>	Alle zwei bis fünf Jahre
<b>Bemerkungen</b>	
<b>Internationale Vergleichbarkeit:</b>	Beschränkt vergleichbar
<b>Limitationen:</b>	Subjektive Einschätzung der Pflegepersonen. Herausfordernde Operationalisierung.
<b>Diverses:</b>	Ambulante Pflege: Vergleichsdaten aus laufendem nationalem Forschungsprojekt SPOTnat vorhanden. Zudem werden gegenwärtig im Rahmen der Eigenössischen Qualitätskommission Qualitätsindikatoren für alle Versorgungsbereiche ausgearbeitet. Literatur: Vgl. dazu Aiken et al. (2012).
<b>Einschätzung</b>	
<b>Akzeptanz:</b>	Mittel, da subjektive Einschätzung der Pflegepersonen kritisch beurteilt <span style="color: yellow;">●</span>
<b>Umsetzbarkeit:</b>	Keine bestehenden Daten vorhanden <span style="color: red;">●</span>
<b>Abdeckung:</b>	Nationale Abdeckung, versorgungsbereichsspezifisch <span style="color: green;">●</span> (Bei empfohlener Erhebung)
<b>Kosten/Aufwand:</b>	Option «Befragung Pflegepersonen» <span style="color: yellow;">●</span>

### 2.3.5 Weitere diskutierte (Schlüssel-)Indikatoren

Einige weitere Indikatoren wurden in den Gesprächen mit der Kerngruppe Monitoring empfohlen, diskutiert und von einigen Beteiligten auch als Schlüsselindikator eingeschätzt. Es gelang jedoch nicht, bereits eine Konsolidierung der Einschätzungen und v.a. eine einigermaßen klare und geteilte Definition dieser Indikatoren zu bestimmen. Die Gründe dafür sind vielfältig: In einigen Fällen herrschten Uneinigheiten zur Relevanz eines Indikators. In anderen Fällen wurde die Relevanz allgemein als hoch eingeschätzt, aber es war nicht möglich, eine klare Definition und / oder eine umsetzbare Operationalisierung zu bestimmen. Oft gab es auch sehr unterschiedliche Auffassungen darüber, wie ein Indikator operationalisiert werden sollte.

Diese unten aufgelisteten Indikatoren (Tabelle 8) können alle als potenzielle Anwärter für Schlüsselindikatoren betrachtet werden. Allerdings müssten sie dazu zuerst noch konzeptuell weiterentwickelt oder gemeinsam weiter besprochen und präzisiert werden, um eine klare Entscheidung zu ermöglichen. Möglich ist auch, diese Indikatoren als Zusatzindikatoren zu nutzen, insbesondere, wenn die Datengrundlage dafür bereits besteht. Diese Auflistung dient dazu, diese Indikatoren für spätere Diskussionen zu erhalten. Sofern sinnvoll, werden auch kurz die zentralen Überlegungen und Diskussionspunkte zu diesen Indikatoren geschildert.

Tabelle 8: Überblick weitere diskutierte (Schlüssel-)Indikatoren

Beobachtungsbereich	Indikator	Diskussionspunkte
Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung	Anteil der kantonalen Restkostenfinanzierung	Wurde als möglicher Indikator für Zugang diskutiert, da die Restkostenfinanzierung wichtig ist, um allen Personen eine adäquate Pflege zu ermöglichen und kantonal sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Wird aus Sicht des BAG allerdings als nicht im Bereich der Pflegeinitiative liegend verortet.
	Anteil der Pflegeausgaben am Gesamtbetriebsaufwand der Betriebe	Wurde als möglicher Indikator diskutiert. Das Verhältnis von Pflege zum Gesamtbetriebsaufwand insbesondere bei den Spitälern wird kritisch beurteilt.
	Arbeitslosenquote pro Ausbildungsniveau	Wurde als wichtiger Indikator eingeschätzt. Das SECO verfügt über Daten: «Informationssystem für die Arbeitsvermittlung und die Arbeitsmarktstatistik (AVAM)».
Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen	Betriebsverweildauer / Anzahl Jahr in Institution	Als Indikator diskutiert, Fluktuationsrate bevorzugt. Relevanz hinsichtlich Arbeitsbedingungen gegeben, Relevanz hinsichtlich Qualität der Pflege in Frage gestellt.
	Wunsch nach Pensumreduktion	Wurde als zentraler Indikator in den Rückmeldungen zum Schlussbericht erwähnt. Umsetzung evt. via Befragung der Pflegenden möglich. Muss bei Implementierung eine Monitoring Pflege geprüft werden.
	Beschäftigungsgrad	Wurde als zentraler Indikator in den Rückmeldungen zum Schlussbericht erwähnt, da die Reduktion des Beschäftigungsgrades teilweise Ausdruck von Erschöpfung und schlechten Arbeitsbedingungen ist.
	Berufsverweildauer	Die durchschnittliche Berufsverweildauer in der Pflege nach Ausbildungstyp (Teritärstufe / Sekundarstufe II) ist ein äusserst relevanter Indikator. Operationalisierung und Umsetzung sind methodisch äusserst herausfordernd, (Dolder & Grünig, 2016; Lipp et al., 2020).
	Verzicht auf Pflegeleistungen	Konzept ist noch zu präzisieren. Operationalisierbarkeit und valide Messung herausfordernd.
Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen	Austrittsbereitschaft der Patienten (Akutsomatik) eingeschätzt durch Pflegepersonen	Von den Expertinnen / Experten als Ergänzung für einen pflegespezifischen Qualitätsindikator aufgeführt. Operationalisierung und Umsetzung sehr herausfordernd.
	Ungeplante Rehospitalisationen / Mortalität	Vorgeschlagen als Indikator für Pflegequalität. Beide Indikatoren werden in Studien zur Pflegequalität verwendet. Allerdings auch kritisiert als eher unspezifisch für einen Schlüsselindikator Pflege.
	Implizite Rationierung	Vorgeschlagen bspw. als von Pflegefachpersonen rapportierte Anzahl an nicht durchgeführter notwendiger pflegerischer Massnahmen. Oder Gründe für Pflegestufenanstieg in stationärer Langzeitpflege. Operationalisierung und valide Messung herausfordernd. Keine Routinedaten vorhanden.
	Eintritt Akutsomatik aus Langzeitpflege	Als guter Indikator für die Qualität der Pflege in der stationären Langzeitpflege eingestuft. Operationalisierbarkeit und valide Messung herausfordernd.
	Patient Reported Experience Measures (PREMS)	Als relevant eingestuft. Über die Umsetzung und die tatsächliche Aussagekraft zur Qualität der Pflege gehen die Einschätzungen allerdings stark auseinander.
	Patient Reported Outcome Measures (PROMS)	Werden allgemein als relevant betrachtet, die genaue Umsetzung und die Auswahl der für die Pflege relevanten PROMs sind aber herausfordernd und erfordern noch viel Diskussions- und Entwicklungsarbeit.

## 2.4 Ressourcenabschätzung Monitoring Pflege

Für die Abschätzung der für das Monitoring Pflege benötigten Ressourcen werden nachfolgend eine «Basisoption» (Option 1) und drei Zusatzoptionen (Optionen 2, 3 und 4) vorgeschlagen. Die Option 1 ist als «Basisoption» zu verstehen, welche in jedem Fall umgesetzt werden muss. Sie stützt sich auf bestehende Daten. Die Basisoption beinhaltet auch das Reporting der Schlüsselindikatoren. Die anderen drei Optionen sind Zusatzoptionen, die in Ergänzung zur Basisoption einzeln oder in Kombination genutzt werden können. Für die Planung des Monitorings Pflege können die vorgeschlagenen Optionen als Diskussions- sowie Entscheidungsgrundlage dienen. Hierbei sollten Machbarkeit, Umsetzbarkeit, Vor- und Nachteile der Datenerhebungsoptionen sowie die benötigten finanziellen und personellen Ressourcen der unterschiedlichen Optionen berücksichtigt werden.

- Option 1: Nutzung bestehender Daten (O1, Basisoption)
- Option 2: Befragung von Pflegepersonen (O2, Zusatzoption)
- Option 3: Befragung von Betrieben (O3, Zusatzoption)
- Option 4: Erhebung von Zusatzdaten in Betrieben (O4, Zusatzoption)

Jede Option deckt bestimmte Schlüsselindikatoren ab. Dabei gibt es einige Überschneidungen: einige Indikatoren können via zwei oder mehr Optionen erfasst werden (z.B. Unbesetzte Stellen: via Befragung von Betrieben oder via Erhebung von Zusatzdaten in Betrieben).

Für die Optionen O1, O2 und O3 werden jeweils eine Minimal- sowie eine Maximalausprägung beschrieben, die sich hinsichtlich der Anzahl der erfassten Indikatoren, der Erhebungsfrequenz, der Stichprobengrössen/-arten und somit auch hinsichtlich der entstehenden Kosten unterscheiden. Minimal- und Maximalausprägung zeigen den geschätzten Kostenrahmen mit der unteren und der oberen Grenze. Die Minimalausprägung ist eine möglichst kostengünstige Ausprägung einer Option, mit Einschränkungen bei der Anzahl der erfassten Indikatoren und v.a. bei der Validität, Repräsentativität, Stichprobengrösse und Abdeckung (z.B. Befragung einer nicht-repräsentativen Stichprobe, kein Einbezug von nicht-registrierten Pflegepersonen, keine kostspieligen Bemühungen um Teilnehmenden-Rekrutierung etc.). Bei der Maximalausprägung wird grösstmögliche Validität, Repräsentativität und Abdeckung angestrebt – was zu deutlich höheren Kosten führt.

Die untenstehenden Schätzungen der für die unterschiedlichen Datenerhebungsoptionen und -ausprägungen entstehenden Kosten sind grobe Szenarien und zeigen die Bandbreite des Ressourcenaufwands auf. Neben den direkten Kosten der einzelnen Optionen sind weitere Aspekte bei der Umsetzung zu berücksichtigen: insbesondere die impliziten Kosten und Aufwände für die Betriebe und, als Folge davon, die Akzeptanz der vorgeschlagenen Optionen durch die Betriebe.

Tabelle 9 bietet einen Überblick der vorgeschlagenen Optionen zur Datenerhebung sowie der jeweiligen Maximal- und Minimalausprägungen. Die Tabelle beinhaltet zu jeder Option eine Ressourcenabschätzung aufgeschlüsselt in einmalige Initialkosten und Kosten pro Erhebung. Für diese Ressourcenabschätzung gehen wir von einer dreijährlichen Berichterstattung und Reporting aus. Die vier Optionen zur Datenerhebung (O1 – O4) werden in dem jeweiligen Unterkapiteln detailliert beschrieben.

Bezüglich der Dauer des Monitorings geht das Projektteam für eine erste Planung vom Zeitraum 2023 (Folgejahr der Planungsgrundlage) bis 2030 aus. Somit kann sichergestellt werden, dass die

Daten des Monitorings den Zeitraum der Strategie Gesundheit 2030 des Bundesrates (Bundesrat, 2022) abdecken und Erkenntnisse aus dem Monitoring Pflege zeitaktuell in die Strategie der Folgejahre aufgenommen werden können.

Tabelle 9: Überblick der Kosten aller Optionen bis 2030

Kurzbeschreibung	Anzahl abgedeckter Schlüsselindikatoren (Total 33)	Ressourcenabschätzung			
		Einmalige Initialkosten <sup>1</sup> in CHF	Kosten Erhebung/Berichterstattung in CHF <sup>3</sup>	Kosten gesamt in CHF	Kosten pro Jahr in CHF (2023-2030, 8 Jahre)
O1 Bestehende Daten optimal Min nutzen (Minimalausprägung)	5 (+19 <sup>2</sup> )	200'000	3 x 200'000	800'000	100'000/Jahr
O1 Bestehende Daten optimal Max nutzen (Maximalausprägung)	15 (+9 <sup>2</sup> )	600'000	3 x 600'000	2'400'000	300'000/Jahr
O2 Befragung Pflegepersonen Min (Minimalausprägung)	10	200'000	3 x 400'000	1'400'000	175'000/Jahr
O2 Befragung Pflegepersonen Max (Maximalausprägung)	10	400'000	3 x 1'050'000	3'550'000	443'750/Jahr
O3 Betriebsbefragung (Minimalausprägung)	19	400'000	3 x 400'000	1'600'000	200'000/Jahr
O3 Betriebsbefragung (Maximalausprägung)	19	400'000	3 x 800'000	2'800'000	350'000/Jahr

Anmerkungen:

<sup>1</sup> Initialkosten = Aufwand welcher einmalig zu Beginn der Datenerhebung anfällt (z.B. für Planung/Entwicklung der Forschungsstrukturen oder Entwicklung der Erhebungsinstrumente);

<sup>2</sup> Indikatoren zum aktuellen Zeitpunkt nur für einzelne Bereiche (z.B. nur Stationäre Langzeitpflege) umsetzbar;

<sup>3</sup> es wird von einem dreijährlichen Erhebungs- und Berichterstattungsrythmus ausgegangen: 2024, 2027, 2030.

O = Option; Min = Minimalausprägung; Max = Maximalausprägung

### 2.4.1 Option 1: Bestehende Daten optimal nutzen (Basisoption)

Bei der **Option 1** «Bestehende Daten optimal nutzen» werden für das Monitoring Pflege Daten genutzt, welche aus bereits etablierten Routinedatenerhebungen zur Verfügung stehen. Die Option 1 ist als «Basisoption» zu verstehen, die unbedingt umgesetzt werden muss. Die Basisoption beinhaltet auch das Reporting. Die anderen drei Optionen sind Zusatzoptionen, die in Ergänzung zur Basisoption einzeln oder in Kombination genutzt werden können.

Von allen Beteiligten und Stakeholdern wurde klar gewünscht, dass die bestehenden Daten so gut wie möglich genutzt werden, um zusätzliche Datenerhebungen so weit wie möglich zu vermeiden. Einige Schlüsselindikatoren, die für das Monitoring Pflege notwendig sind, können anhand der bestehenden Daten neu berechnet werden. Auch sind kleinere Optimierungen bestehender Datenerhebungen möglich: z.B. kleinere Anpassungen von Erfassungskategorien oder die Erfassung von Zusatzinformationen im geringen Ausmass. Dies ist in nützlicher Frist aber nur möglich, wenn dies ohne grösseren Aufwand für die Betriebe umsetzbar ist. Zudem müssen allfällige Anpassungen bestehender Datenerhebungen mit den Zielen, Vorgehensweisen und Beschränkungen der bestehenden Datenquellen vereinbar sein und müssen mit diesen koordiniert werden. Eine sorgfältige Abklärung dieser Möglichkeiten mit dem OBSAN, den Kantonen und insbesondere auch dem Bundesamt für Statistik ist unbedingt vorzunehmen.

Hauptquellen für die bestehenden Daten sind:

- Akutsomatik: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS)
- Langzeitpflege stationär: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)
- Langzeitpflege ambulant: Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Statistik)
- Statistik zu den Bildungsabschlüssen
- Strukturhebung
- Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
- Weitere, z.B. Stellenmarktmonitor Schweiz der Universität Zürich, Lohnbuch Schweiz des Amtes für Wirtschaft und Arbeit Zürich

Im Rahmen der oben aufgeführten Erhebungen werden bereits routinemässig Daten zu zahlreichen Indikatoren erhoben, analysiert und veröffentlicht, z.B. durch das Obsan (Kaiser & Möhr, 2021; Merçay et al., 2016; Merçay et al., 2021), welche auch für das geplante Monitoring Pflege äusserst relevant sind. Es entstehen somit keine oder nur minimale Mehrkosten, etwa durch kleinere Anpassungen von Erhebungsinstrumenten (SAKE) sowie durch die Implementierung von neuen Indikatoren (z.B. durch das Obsan). Neben den für diese kleineren Anpassungen erforderlichen finanziellen Ressourcen ist auch ein treibender Akteur erforderlich, der diese Anpassungen und Optimierungen konsequent vorantreibt.

Aktuell sind zudem im Rahmen diverser Programme bei den Leistungserbringern des Gesundheitswesens neue und erweiterte Datenerhebungen zur Qualität vorgesehen, welche durch die 2021 eingesetzte Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) gefördert werden. Dabei dürften auch Qualitätsindikatoren neu erfasst werden, welche für das Monitoring Pflege relevant sind. Diese Indikatoren sollten unbedingt für dieses Monitoring genutzt und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Es ist daher wichtig, bei diesen Initiativen frühzeitig auch die Perspektive der Pflege miteinzubringen, damit die für die Pflege relevanten Indikatoren miterfasst und für das Monitoring Pflege genutzt werden können. Insbesondere ist es wichtig zu überprüfen, ob hierbei auch die PROMs als Instrument



der Qualitätsentwicklung sowie weitere für das Monitoring Pflege relevante Schlüsselindikatoren mitberücksichtigt werden können. Die PROMs wurden von vielen der an diesem Projekt beteiligten Akteurinnen und Akteure als potenzielle Schlüsselindikatoren für ein Monitoring Pflege genannt.

Auch die Spitex-Statistik dürfte in naher Zukunft erweitert werden und zusätzliche Möglichkeiten bzw. Indikatoren für das Monitoring Pflege liefern. Ähnlich sind für den Spitalbereich im Rahmen des Projekts «Spitalstationäre Gesundheitsversorgung» (SpiGes) in den nächsten 2 bis 3 Jahren zusätzliche Daten für pflegerelevante Indikatoren zu erwarten.

Es empfiehlt sich deshalb, die Entwicklung in diesen Bereichen genau zu verfolgen und allenfalls auch etwas zuzuwarten, bevor bestimmte Indikatoren speziell für ein Monitoring Pflege erfasst werden. Unnötige Doppelspurigkeiten lassen sich so vermeiden.

### *Einschätzung Machbarkeit / Kosten / Risiken*

Die **Option 1** «Bestehende Daten optimal nutzen» ist gut und schnell umsetzbar. Es entstehen nur geringe Mehrkosten. Dennoch müssen für die Implementierung und Bereitstellung der (neuen) Indikatoren zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Deren Umfang ist stark davon abhängig, ob die Erfassung der Indikatoren, deren Monitoring und Berichterstattung primär im Rahmen bestehender Formate (z.B. Obsan-Berichte) erfolgen wird. Es empfiehlt sich, den Institutionen, die diese Daten erheben und/oder auswerten (z.B. Obsan), zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen, damit Ressourcen für die optimale Nutzung bestehender Datenquellen vorhanden sind. Mittels dieser zusätzlichen finanziellen Mittel, können für das Monitoring Pflege bestehende relevante Indikatoren genutzt, einzelne Anpassungen bei diesen vorgenommen und die bestehende Berichterstattung hierzu ausgebaut bzw. deren Frequenz erhöht werden. Auch eine interaktive Darstellung der Indikatoren (webbasiertes Reporting) wäre empfehlenswert, welche die Informationsbedürfnisse der diversen Stakeholder besser befriedigt und den Impact eines Monitoring Pflege erhöht.

Die für die Basisoption benötigten finanziellen Mittel belaufen sich schätzungsweise auf 200'000 bis 600'000 CHF/Jahr. Die Minimalausprägung der Option beschränkt sich auf zentrale Indikatoren und das Reporting basiert auf sporadischen Berichten (Annahme für die Ressourcenschätzung: alle 3 Jahre). Die Maximalausprägung beinhaltet ein laufendes, webbasiertes Reporting zu (fast) allen gewünschten Schlüsselindikatoren, inklusive einer Implementierung, welche interaktive Analysen ermöglicht: z.B. Ausweisen der Kennzahlen nach Regionen, Bereichen, Jahren etc. Wie dieses Reporting genau ausgestaltet sein soll – Umfang, Aktualisierung, Zielgruppe, Funktionalität – ist noch sorgfältig abzuklären. Eine genaue Schätzung der Kosten für das Reporting ist zum jetzigen Zeitpunkt und mit den diversen offenen Fragen nicht abzugeben. Je nach Funktionalitäten, Nutzerfreundlichkeit und v.a. auch dem Umfang der redaktionellen Aufbereitung (Erläuterungen, Interpretation, etc.) ist allein für das Reporting mit jährlichen Kosten von einem tiefen 5-stelligen Betrag bis zu einem mittleren 6-stelligen Betrag zu rechnen. Neben den laufenden jährlichen Kosten fallen für die Basisoption zusätzlich einmalig Initialkosten von 200'000 bzw. 600'000 CHF an (Minimal- und Maximalausprägung).

Die Akzeptanz von Seiten der Leistungserbringenden (Spitäler, Pflegeheime, Spitex) dürfte für diese Basisoption hoch sein, da für sie kein Zusatzaufwand entsteht. Die teilweise grossen Limitationen bei den bestehenden Indikatoren bzw. den mit den vorhandenen Daten erfassten Indikatoren und die dadurch notwendigen inhaltlichen Beschränkungen, wird anzunehmender Weise bei den Vertreterinnen und Vertretern der Pflege auf Kritik stossen. Insbesondere die Arbeitsbedingungen, die Belastung und das Befinden der Pflegepersonen werden durch die bestehenden Daten nur unzureichend abgedeckt. Mittel- und langfristig ist eine Umsetzung der nachfolgend aufgeführten

Optionen 2, 3 und 4 mit zusätzlichen Datenerhebungen notwendig, damit das Monitoring Pflege die Zielgrössen der Pflegeinitiative tatsächlich gut abdeckt.

#### 2.4.2 Option 2: Befragung Pflegepersonen (Zusatzoption)

Die **Option 2** «Befragung Pflegepersonen» beinhaltet eine stichprobenbasierte nationale Befragung von Pflegepersonen, welche regelmässig durchgeführt wird. Beispielhaft für eine solche Initiative ist die «National Nursing Workforce Study» in den USA (Smiley et al., 2021). Je nach Bedarf der Detailliertheit der Ergebnisse für die pflegerischen Subgruppen (Diplomstufen, Regionen etc.), ist bei dieser Befragung eine Stichprobengrösse von 10'000 bis 20'000 Pflegepersonen erforderlich. Eine gute Grundlage für die Stichprobenziehung stellt das Berufsregister (GesReg/NAREG<sup>4</sup>) dar, dass eine gute Abdeckung der (diplomierten) Pflegefachpersonen bietet. Die Aktualisierung der Adressdaten könnte über das Einwohnerregister erfolgen. Inwiefern eine briefliche oder telefonische Kontaktaufnahme zu Studienzwecken auch rechtlich möglich ist, ist in Abklärung.

Alternativ, und um auch nicht-diplomierte Pflegepersonen zu adressieren, könnte die Rekrutierung der Pflegepersonen über die Betriebe erfolgen. Diese könnten z.B. Adresslisten zur Verfügung stellen oder die Fragebögen intern an die Mitarbeitenden der Pflege verteilen. Allerdings ist dies eine für viele Betriebe aufwändige Strategie, da diese die Kontaktdaten aufbereiten und zur Verfügung stellen müssten. Bei der Spitex müssten beispielsweise alle einzelnen Spitex-(Basis-) Organisationen adressiert werden, da keine zentralen Mitarbeitenden-Register bestehen. Die Mandatnehmenden raten deshalb von diesem Vorgehen ab.

Weitere denkbare Strategien der Stichprobenziehung wären via den Angaben zur Berufstätigkeit in der Schweizer Strukturhebung. Falls nur eine Gelegenheitsstichprobe bestehend aus Pflegefachpersonen auf Diplomstufe genutzt werden soll, könnten mit wenig Aufwand Mitglieder des SBK rekrutiert werden. Die Machbarkeit dieser Möglichkeit ist mit dem SBK vorab zu klären. Ein Nachteil ist, dass auf diesem Wege nur diplomierte Pflegefachpersonen erreicht werden können und diese Stichprobe bezogen auf das in der Schweiz beschäftigte Pflegepersonal nicht repräsentativ ist.

Im Zusammenhang mit der Befragung von Pflegepersonen ist ein eben gestartetes Forschungsprojekt, die «Swiss Cohort of Healthcare Professionals and Informal Caregivers (SCOHPICA)»<sup>5</sup> des Centre universitaire de médecine générale et santé publique in Lausanne (unisanté) mit zu berücksichtigen. Die bei diesem Projekt geplante Datenerhebung wird anzunehmender Weise einige der für das Monitoring Pflege gewünschten Indikatoren ebenfalls mitabdecken, allenfalls nicht in der gewünschten Detailliertheit bzw. in der differenzierten regionalen, etc. Abdeckung. Eine enge Koordination mit oder allenfalls gar ein Anschluss an dieses Projekt empfiehlt sich deshalb sehr.

#### *Einschätzung Machbarkeit / Kosten / Risiken*

Optimal wäre eine zweijährige Durchführung dieser Befragung, damit auch kurzfristige Trends erkennbar sind. Alternativ käme eine dreijährliche Durchführung in Frage, welche als Grundlage für die vorliegende Ressourcenabschätzung dient. Grundsätzlich ist für die **Option 2** «Befragung Pflegepersonen») das ideale Design noch fundiert abzuklären. Methodisch empfiehlt sich gemäss den heutigen Standards eine Kombination von Online- und schriftlicher Befragung. Je nach Stichprobengrösse, erforderlichem Aufwand für die Stichprobenziehung, Teilnahmeincentivierung<sup>6</sup>,

<sup>4</sup> [www.nareg.ch](http://www.nareg.ch)

<sup>5</sup> <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/swiss-cohort-healthcare-professionals-and-informal>

<sup>6</sup> Eine kleine Entschädigung pro teilnehmende Befragte. Incentives erhöhen die Teilnahmebereitschaft.

Rekrutierungs-Efforts<sup>7</sup> und Details im Design, werden sich die geschätzten Kosten pro Erhebung und Durchführung auf 400'000 bis 1'050'000 CHF belaufen (Anhang C). Die Minimalausprägung beinhaltet hierbei eine dreijährliche Durchführung mit einer Gelegenheitsstichprobe (Grösse N=10'000) ohne spezifische Bemühungen um eine hohe Teilnahmequote und eine entsprechend möglichst repräsentative Abdeckung. Die Maximalausprägung strebt dagegen eine möglichst repräsentative Stichprobe (Grösse N=20'000) an, optimalerweise stratifiziert nach Region, Alter, Arbeitsbereich etc. Entsprechend müssen hierbei spezifische Strategien zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft wie mehrfache Erinnerungsschreiben, telefonische Kontaktaufnahme und allenfalls auch finanzielle Incentives eingesetzt werden. Für die Entwicklung des Designs und des Erhebungsinstruments sowie für die notwendigen Pilotstudien und Pretests ist von einmaligen finanziellen Aufwänden im Umfang von 200'000 (Minimalausprägung) bis 400'000 CHF (Maximalausprägung) auszugehen. Selbstverständlich muss sich diese Erhebung auf die Erfahrungen, Instrumente und Strategien der bereits durchgeführten ähnlichen Studien stützen.

Bei dieser Option ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahmebereitschaft nur begrenzt vorhersehbar und beeinflussbar ist. Erfahrungsgemäss beläuft sich der Rücklauf bei Bevölkerungsbefragungen auf 20% bis 60% der versandten Fragebögen. Dementsprechend könnte sich bei der Minimalausprägung mit 10'000 angeschriebenen Pflegepersonen im ungünstigsten Fall ein auswertbarer Datensatz mit nur 2'000 Pflegepersonen ergeben, der zudem noch sehr selektiv und nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Pflegepersonen ist. Eine solche kleine Stichprobe ist zudem mit grossen Einschränkungen bezüglich aussagekräftiger Subgruppenanalysen (z.B. Regionen, Settings, soziodemographische Merkmale wie z.B. mit/ohne Kinderbetreuungsfunktion) verbunden.

Bei der **Option 2** fallen grössere Kosten für die Planung und Durchführung der Befragung sowie für die Datenaufbereitung an. Für die Planung und Entwicklung ist von einer Vorlaufzeit von ca. 12 Monaten auszugehen. Ein gewisses Risiko stellt, wie oben aufgeführt, der Zugang zur Stichprobe und deren Qualität, respektive deren Repräsentativität, dar. Ausschlaggebend für die Gewinnung einer repräsentativen Stichprobe ist insbesondere, ob von allen Pflegepersonen die Kontaktdaten (vollständig) vorhanden und für eine Befragung nutzbar sind. Das skizzierte Vorgehen ist «Standard» für eine Bevölkerungsbefragung und es bestehen bei diversen Akteuren (Erhebungsinstitute, Hochschulen / Universitäten / Forschungsinstitute) etablierte Strukturen und Prozesse zur Durchführung einer solchen Erhebung. Da die Betriebe hierbei nicht belastet werden, dürfte die Akzeptanz von Betriebsseite her gross sein. Die Option 2 «Befragung Pflegepersonen» bietet somit eine sehr flexible und unabhängige Datenquelle für das Monitoring der Arbeitsbedingungen und weiterer relevanter Indikatoren der pflegerischen Arbeit und repräsentiert darüber hinaus die Perspektive der Pflegepersonen. Für die Entwicklung des Erhebungsinstruments stehen aus den bereits durchgeführten nationalen und internationalen Studien diverse Vorarbeiten zur Verfügung (z.B. übersetzte Fragebögen für die Erfassung von Daten zu den Indikatoren). Aufgrund dieser Vorteile wird seitens der pflegerischen Verbände die Akzeptanz dieser Option anzunehmender Weise gross sein.

### 2.4.3 Option 3: Betriebsbefragung (Zusatzoption)

Die **Option 3** «Betriebsbefragung» beinhaltet eine stichprobenbasierte Befragung von Betrieben der Akut- und Langzeitpflege, vergleichbar mit dem «Swiss Nursing Homes Human Resources Project» (SHURP) (Schwendimann et al., 2014), und der Match<sup>RM</sup> Studie (Bachnick et al., 2017). Diese Option

<sup>7</sup> Eine hohe Teilnahmebereitschaft gilt als Qualitätsmerkmal einer Befragung und reduziert das Risiko einer selektiven Teilnehmerschaft. Wiederholte Erinnerungsschreiben, allenfalls unterstützt durch telefonische Kontaktaufnahmen helfen, eine hohe Teilnahmebereitschaft zu erhalten, sind allerdings mit Kosten verbunden.

bietet sich vor allem an, um relevante Indikatoren, die in den bestehenden Datenerhebungen in den Betrieben noch nicht erfasst werden, im Rahmen des Monitorings Pflege abzudecken. Auch wenn durch Anpassungen und Erweiterungen möglicherweise einige Indikatoren mit bestehenden Datenquellen abgedeckt werden können, ist dies oft nicht innerhalb der nächsten drei bis zehn Jahre möglich – und damit für den Horizont der Pflegeinitiative beschränkt hilfreich. Eine neue Betriebsbefragung ist in dieser Hinsicht flexibler und rasch umsetzbar. Da die Betriebsbefragung stichprobenbasiert ist, belastet sie zudem nur einen kleinen Teil der Betriebe. Die Teilnahme wäre zudem freiwillig. Die primäre Strategie sollte aber, wie bereits erwähnt, darin bestehen, bestehende Datenerhebungen zu ergänzen und zu optimieren (Option 1: Bestehende Daten optimal nutzen). Das heisst, bei einer Betriebsbefragung müssen unbedingt die zu den teilnehmenden Betrieben bereits verfügbare Angaben aus der Krankenhausstatistik, der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und der Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause, etc. berücksichtigt werden, sodass lediglich ergänzende Informationen mit der Betriebsbefragung erfasst werden müssen.

#### *Einschätzung Machbarkeit / Kosten / Risiken*

Für diese Befragung sollte idealerweise eine nach Betriebsgrösse, Region und Bereich (Akut, Langzeit, stationär / ambulant) stratifizierte, repräsentative Stichprobe von 1'000 bis 3'000 Betrieben gezogen und befragt werden. Je nach Stichprobengrösse, Umfang und Details im Design der Befragung belaufen sich die Kosten einer solchen Befragung auf rund 400'000 CHF bis 800'000 CHF pro Erhebungszyklus. Eine Minimalausprägung würde eine reine Online-Befragung mit einer Stichprobengrösse von 1'000 Betrieben beinhalten, eine Maximalausprägung eine Stichprobengrösse von 3'000 Betrieben, die telefonisch rekrutiert und anschliessend online befragt wird, einschliesslich diverser Massnahmen zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft (wiederholte Rekrutierungsversuche, Hilfestellung bei der Datenbereitstellung) und zur Verbesserung der Datenqualität (z.B. Rückfragen zur Plausibilisierung der Angaben, etc.).

Bei dieser Option fallen grössere Kosten für die Planung und Durchführung der Datenerhebung sowie für die Datenaufbereitung und -analyse an. Für die Planung und Entwicklung des Erhebungsdesigns (inklusive Abgleich und Test der Verknüpfbarkeit mit bestehenden Daten aus Option 1) und insbesondere des für die Befragung genutzten Erhebungsinstruments ist mit einer Vorlaufzeit von ca. 12 Monaten zu rechnen. Hierbei ist es wichtig, in einer Pilotstudie sorgfältig abzuklären, welche von den zusätzlich für das Monitoring benötigten Daten in den Betrieben überhaupt verfügbar und zugänglich sind. Ein grosses Risiko stellt die Akzeptanz einer solchen Befragung seitens der teilnehmenden Betriebe dar. Damit der Erfolg einer solchen Erhebung gewährleistet werden kann, sind vorab zwingend Gespräche mit den Verbänden und relevanten Akteuren notwendig, die das Vorhaben unterstützen müssen. Der Aufwand für die teilnehmenden Betriebe ist relativ gross, aber im Vergleich zu einer regelmässigen Zusatzerhebung von ausgewählten Daten (Option 4) geringer. Zudem entsteht der Aufwand nur für die wenigen ausgewählten und auch teilnehmenden Betriebe.

#### **2.4.4 Option 4: Zusatzdaten Betriebe (Zusatzoption)**

Bei der **Option 4** «Zusatzdaten Betriebe» werden für das Monitoring Pflege von den Betrieben, die aktuell bereits Daten z.B. im Rahmen der jährlichen Datenlieferungen der Betriebe für die Krankenhausstatistik, die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und die Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause erheben, diverse zusätzliche Daten erfasst. Dies geht über kleinere Anpassungen und geringfügige Ergänzungen bei bestehenden Datenerhebungen (wie bei Option 1 «Bestehende Daten optimal nutzen») hinaus. Entsprechend ist diese Option mit einem nicht zu unterschätzenden Zusatzaufwand für die Betriebe verbunden. Ebenfalls ist damit ein Zusatzaufwand für die

erhebenden Institutionen (Kantone, Bundesamt für Statistik etc.) verbunden. Schlüsselindikatoren, die so erfasst, respektive detaillierter und umfassender erfasst werden sollten, sind Daten zur Arbeitssituation (z.B. Skill- und Grade-Mix, Pflegepersonalausstattung), den Arbeitsbedingungen, zur Ausbildung in einer grösseren Detailliertheit (z.B. auch Spezialisierungen, Weiterbildungen), Einsatzgebiet, Entlohnung Überzeit, Befindlichkeit und Personalfuktuation. Die Daten zu diesen Schlüsselindikatoren sollen in einem Detaillierungsgrad erfasst werden, welcher aussagekräftige Subgruppenanalysen von Pflegepersonen (z.B. Intensivpflege, Palliativpflege etc.) zulässt. Zudem sollen Erhebungsmethoden zur Erfassung des tatsächlichen Pflegebedarfs<sup>8</sup> eingesetzt werden. Mit den bisherigen Methoden ist es nur möglich die durchgeführte Pflege zu erfassen und abzubilden, jedoch nicht die in einer Betreuungssituation effektiv von der zu pflegenden Personen benötigte Pflege. Entsprechend kann nicht beurteilt werden, ob die geleistete Pflege tatsächlich dem Bedarf entspricht oder nicht.

Es besteht insbesondere von Seiten der pflegerischen Verbände der Wunsch, auch subjektive Einschätzungen der Pflegepersonen zur Pflegesituation, den Arbeitsbedingungen, der Belastung und Arbeitszufriedenheit in diese Erhebungen mit einzubeziehen, was eine Befragung der Pflegepersonen selbst in allen Betrieben erforderlich macht. Mehrheitlich werden solche Befragungen in den Betrieben bereits durchgeführt, allerdings werden diese Daten nicht standardisiert erhoben und zentral zusammengeführt.

#### *Einschätzung Machbarkeit / Kosten / Risiken*

Aus Sicht der Projektgruppe ist die **Option 4** aus den folgenden Gründen nur langfristig umsetzbar und deshalb für das Monitoring Pflege in der mittleren Frist wenig hilfreich: Es fallen für Option 4 zwar keine grossen expliziten Kosten an, jedoch ist der Aufwand für die involvierten Betriebe gross. Für die Erhebung der zusätzlichen Daten sind diverse Umstellungen bei den bereits etablierten Erhebungsverfahren/-strukturen sowie die Implementierungen neuer Erhebungsverfahren notwendig. Vor der Umsetzung sind verschiedene methodische und rechtliche Fragen zu klären, z.B. inwiefern die Betriebe in der Lage sind, solche Personalbefragungen durchzuführen, ob seitens der Belegschaft eine Bereitschaft besteht, an solchen Befragungen teilzunehmen, etc. Aus juristischer Sicht ist zu klären, auf welcher rechtlichen Grundlage diese Daten erhoben werden können, insbesondere auch die Befragungsdaten von Pflegepersonen. Zudem muss geklärt werden, ob und wie die Betriebe für diese zusätzlichen Datenlieferungen allenfalls entschädigt werden und wie dies erfolgen könnte.

Dementsprechend ist für die Umsetzung diese Option eine sorgfältige Vorbereitung und Planung unter Einbezug aller beteiligten Stakeholder notwendig sowie eine entsprechende Vorlaufzeit einzuplanen. Wie bei der Einführung der Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens Krankenhausstatistik / Medizinische Statistik der Krankenhäuser und den Medizinischen Qualitätsindikatoren in der Langzeitpflege ist davon auszugehen, dass die Datenqualität vor allem zu Beginn mangelhaft sein wird und die Daten nur eingeschränkt für die Analysen verwendet werden können (Bundesamt für Gesundheit, 2022). Aufgrund des beträchtlichen Aufwands für die Betriebe wird deren Akzeptanz zudem eher gering sein.

---

<sup>8</sup> Mit Erhebungsinstrumenten wie interRAI, BESA oder PLAISIR.

## 2.4.5 Übersicht der abgedeckten Schlüsselindikatoren pro Option

Um die dargestellten Schlüsselindikatoren im Monitoring erfassen zu können, bedarf es einer Kombination der oben erläuterten Basisoption mit den Zusatzoptionen. Tabelle 10 stellt dar, welche Schlüsselindikatoren durch die verschiedenen Optionen der Datenerhebung jeweils abgedeckt werden.

Tabelle 10: Schlüsselindikatoren und ihre Abdeckung durch die Optionen

Beobachtungsbereich	Thema	Schlüsselindikator	Abdeckung Schlüsselindikator durch die Erhebungs-Optionen				
			Basisoption O1 Min: Bestehende Daten	Basisoption O1 Max: Bestehende Daten	Zusatzoption O2 <sup>a</sup> : Befragung Pfl- gepersonen	Zusatzoption O3 <sup>b</sup> : Betriebs- befragung	Zusatzoption O4: Zusatzdaten Betriebe
Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsver- sorgung	Rekrutierung	S1: Vakante Stellen	(+)	(+)		+	+
	Vertretung der Pflege in Lei- tung / Gremien	S2: Pflege in Führungsgremien			+	+	+
	Direkte Abrechnung zulasten der obligatorischen Kranken- pflegeversicherung	S3: Direkt abgerechnete Pflege- leistungen <sup>c</sup>					
		S4: Pflege-Komplexbehandlungen	+	+			
	Zuteilung finanzieller Res- ourcen nach Dienstleistern	S5: Pflegekosten an gesamten Ge- sundheitskosten	(+)	+		+	
		S6: Gesamtausgaben für Pflege- personal	(+)	(+)			+
Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen	Abschlüsse im Pflegebe- reich	B1: Ausbildungsabschlüsse Pflege	(+)	+			
		B2: Deckungsgrad zukünftiger Pflegefachkräftebedarf	(+)	+			
	Ausbildungsplätze	B3: Angebotene Ausbildungs- plätze	(+)	(+)		+	+
		B4: Nicht besetzte Ausbildungs- plätze	(+)	(+)		+	+
	Bestand und Bedarf	B5: Bestand der Pflegepersonen	(+)	+		+	
		B6: Dichte der Pflegepersonen	(+)	+		+	
		B7: Pflegefachpersonen mit aus- ländischem Diplom	(+)	(+)		+	+
		B8: Zukünftiger Bedarf Pflegeper- sonal	+	+		+	

Anmerkungen: + Umsetzbar (+) Zum aktuellen Zeitpunkt ohne zusätzliche Datenerhebung nur eingeschränkt umsetzbar. Z.B. nur für einzelne Versorgungsbereiche, nur in einzelnen Kantonen, nur auf sehr hohem Aggregationsniveau. <sup>a</sup> Die minimale und maximale Ausprägung der Option 2 decken dieselben Indikatoren ab und werden deshalb nicht separiert aufgeführt. <sup>b</sup> Die minimale und maximale Ausprägung der Option 3 decken dieselben Indikatoren ab und werden deshalb nicht separiert aufgeführt. <sup>c</sup> Indikator erst umsetzbar, wenn die Massnahme umgesetzt ist. <sup>d</sup> Option 4 mit integrierter Personalbefragung

Tabelle 10, Fortsetzung

Beobachtungsbereich	Thema	Schlüsselindikator	Abdeckung Schlüsselindikator durch die Optionen				
			Basisoption O1 Min: Bestehende Daten	Basisoption O1 Max: Bestehende Daten	Zusatzoption O2 <sup>a</sup> : Befragung Pflegerpersonen	Zusatzoption O3 <sup>b</sup> : Betriebsbefra- gung	Zusatzoption O4: Zusatzdaten Betriebe
Arbeitsbedingungen des Pflegerpersonals	Arbeitsaufwand	A1: Nurse-to-Patient-Ratio	(+)	(+)		+	+
		Lohn	A2: Lohn	(+)	+	+	+
	Personaleinsatz	A3: Skill-Mix				+	+
		A4: Grade-Mix	(+)	+		+	+
		A5: Berufsbildende in Betrieben				+	+
	Personalerhaltung	A6: Kündigungsabsicht	(+)	(+)	+		
		A7: Fluktuationsrate	(+)	+		+	
		A8: Berufsaustritt	+	+		+	
		A9: Temporärarbeit			+	+	+
	Gesundheit der Pflegerpersonen	A10: Absenzen	(+)	(+)	+	+	+
		A11: Gesundheit der Pflegerpersonen	(+)	(+)	+	+	+ <sup>d</sup>
	Subjektive Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Pflegerpersonen	A12: Arbeitszufriedenheit			+		+ <sup>d</sup>
		A13: Arbeitsumgebungsqualität			+		+ <sup>d</sup>
		A14: Subjektive Belastung			+		+ <sup>d</sup>
Zugang zu / Qualität von Pflegerleistungen	Medizinische Qualitätsindikatoren	Q1: Sturz	+	+			+
		Q2: Dekubitus	+	+			+
		Q3: Schmerz	(+)	+			+
		Q4: Bewegungseinschränkende Massnahmen	(+)	+			+
	Qualität wahrgenommen von Pflegerpersonen	Q5: Pflegequalität aus Sicht der Pflegerpersonen			+		

Anmerkungen: + Umsetzbar (+) Zum aktuellen Zeitpunkt ohne zusätzliche Datenerhebung nur eingeschränkt umsetzbar. Z.B. nur für einzelne Versorgungsbereiche, nur in einzelnen Kantonen, nur auf sehr hohem Aggregationsniveau. <sup>a</sup> Die minimale und maximale Option 2 decken dieselben Indikatoren ab und werden deshalb nicht separiert aufgeführt. <sup>b</sup> Die minimale und maximale Option 3 decken dieselben Indikatoren ab und werden deshalb nicht separiert aufgeführt. <sup>c</sup> Indikator erst umsetzbar, wenn die Massnahme umgesetzt ist. <sup>d</sup> Option 4 mit integrierter Personalbefragung

## 2.4.6 Varianten des Monitorings

Ausgehend von der Basisoption 1 und den Zusatzoptionen 2, 3, und 4 und ihren Ausprägungen werden nachfolgend drei Monitoring-Varianten vorgestellt: 1. die Variante Mini; 2. die Variante Midi, und 3. die Variante Maxi. Die Varianten unterscheiden sich bezüglich des Aufwandes zur Umsetzung sowie den erforderlichen finanziellen Ressourcen. Analog hierzu unterscheiden sich Umfang und Grad der Detailliertheit, der mit der jeweiligen Variante erfassten Daten und die Anzahl der abgedeckten Indikatoren sowie deren Validität, Repräsentativität und Abdeckung.

**Variante Mini:** Ist die kostengünstigste Variante, welche mit minimalen Ressourcen ein basales Monitoring Pflege ermöglicht. Diese Variante weist Beschränkungen bei der Anzahl der abgedeckten Indikatoren und v.a. bei der Validität und Repräsentativität auf. Detailanalysen für Subgruppen (einzelne Kantone, Differenzierung nach verschiedenen Ausbildungsstufen, einzelne Berufsgruppen wie Intensivpflegefachpersonen) sind nur beschränkt möglich.

**Variante Maxi:** Ist die aufwändigste Variante, welche mit grossem Mitteleinsatz ein möglichst umfassendes Monitoring Pflege ermöglicht. Hierbei wird eine maximale Validität, Repräsentativität und Abdeckung angestrebt. Diverse Detailanalysen für Subgruppen (einzelne Kantone, Differenzierung nach verschiedenen Ausbildungsstufen, einzelne Berufsgruppen wie Intensivpflegefachpersonen) sind zudem möglich.

**Variante Midi:** Erfasst mit beschränkten Mitteln möglichst viele Indikatoren. Bei der hierfür genutzten Option 1 «Bestehende Daten optimal nutzen» in der Maximalausprägung wird versucht das Potential bestehender Datenquellen für das Monitoring so gut wie möglich auszuschöpfen. Durch die Ergänzung mit einer Befragung von Pflegepersonen (Option 2, in der Minimalausprägung) wird die grosse Datenlücke zur Befindlichkeit und zu den Einschätzungen der Pflegepersonen (z.B. Zufriedenheit, emotionale Erschöpfung, Arbeitsplatzqualität) geschlossen – und zwar innerhalb einem oder maximal zwei Jahren und mit einem sparsamen Mitteleinsatz. Durch die Nutzung der Option 2 in der Minimalausprägung muss bei der Validität, Repräsentativität, der Abdeckung und der Differenzierungsmöglichkeit nach Subgruppen ein Kompromiss eingegangen werden. Detailanalysen für Subgruppen oder für einzelne Kantone sind nur beschränkt oder nicht möglich. Bei dieser Variante wird auf eine Betriebsbefragung (Option 3) sowie die Zusatzdaten Betriebe (Option 4) verzichtet, da dies von vielen Akteurinnen und Akteuren (aber nicht von allen) sowie dem BAG wegen dem Zusatzaufwand für die Betriebe als unpraktikabel und unerwünscht eingeschätzt wurde. Aus Sicht der Mandatnehmenden sind diese Optionen durchaus möglich, allerdings eher langfristig, da die Implementierung z.B. von Option 4 viel Zeit erfordert. Bevor auf diese zusätzlichen Datenerhebungen zurückgegriffen wird, ist es wichtig, hierfür zuerst alle mittels der verfügbaren Datenquellen bestehenden Möglichkeiten auszuschöpfen.

Die drei Monitoring-Varianten mit Anzahl der abgedeckten Schlüsselfaktoren, Datenerhebungszeitpunkten und erwarteten Kosten sind in Tabelle 11 abgebildet. Tabelle 12 zeigt, welche Schlüsselindikatoren durch welche Monitoring-Varianten abgedeckt werden.



Tabelle 11: Varianten für das Monitoring Pflege 2023-2030

Erhebungsoptionen		Anzahl abgedeckter Schlüsselindikatoren (in Klammern: Indikatoren eingeschränkt umsetzbar <sup>2</sup> )	Einmalige Initialkosten <sup>1</sup> in CHF	Kosten Erhebung/Berichterstattung in CHF <sup>3</sup>	Kosten gesamt in CHF	Kosten pro Jahr in CHF (2023-2030, 8 Jahre)
<b>Variante Mini:</b>		<b>15 (+15)<sup>4</sup></b>				
O1 Min	Bestehende Daten optimal nutzen (Minimalausprägung)	5 (+19)	200'000	3 x 200'000	800'000	100'000/Jahr
O2 Min	Befragung Pflegepersonen (Minimalausprägung)	10	200'000	3 x 400'000	1'400'000	175'000/Jahr
				<b>Total</b>	<b>2'200'000</b>	<b>275'000/Jahr</b>
<b>Variante Midi:</b>		<b>24 (+6)</b>				
O1 Max	Bestehende Daten optimal nutzen (Maximalausprägung)	15 (+9)	600'000	3 x 600'000	2'400'000	300'000/Jahr
O2 Min	Befragung Pflegepersonen (Minimalausprägung)	10	200'000	3 x 400'000	1'400'000	175'000/Jahr
				<b>Total</b>	<b>3'800'000</b>	<b>475'000/Jahr</b>
<b>Variante Maxi:</b>		<b>31 (+1)</b>				
O1 Max	Bestehende Daten optimal nutzen (Maximalausprägung)	15 (+9)	600'000	3 x 600'000	2'400'000	300'000/Jahr
O2 Max	Befragung Pflegepersonen (Maximalausprägung)	10	400'000	3 x 1'050'000	3'550'000	443'750/Jahr
O3 Max	Betriebsbefragung mittels repräsentativer Stichprobe: telefonische Rekrutierung, Online-Befragung (Maximalausprägung)	19	400'000	3 x 800'000	2'800'000	350'000/Jahr
				<b>Total</b>	<b>8'750'000</b>	<b>1'093'750/Jahr</b>

## Anmerkungen:

1 Initialkosten = Aufwand welcher einmalig zu Beginn der Datenerhebung anfällt (z.B. für Planung/Entwicklung der Forschungsstrukturen oder Entwicklung der Erhebungsinstrumente);

2 Indikatoren zum aktuellen Zeitpunkt nur eingeschränkt umsetzbar (z.B. nicht für alle Versorgungsbereiche, auf sehr hohem Aggregationsniveau etc.)

3 Es wird von einem dreijährlichen Erhebungs- und Berichterstattungsrythmus ausgegangen: 2024, 2027, 2030.

4 Ein einzelner Indikator kann gleichzeitig von mehreren Optionen abgedeckt werden, daher entspricht die Anzahl abgedeckter Schlüsselindikatoren pro Variante nicht der Summe der Indikatoren der einzelnen Optionen (vgl. dazu Tabelle 12).

O = Option; Min = Minimalausprägung; Max = Maximalausprägung

Tabelle 12: Schlüsselindikatoren und ihre Abdeckung durch die Monitoring-Varianten

Beobachtungsbereich	Thema	Schlüsselindikator	Abdeckung Schlüsselindikator durch die Monitoring-Varianten		
			Variante Mini 15+(15)	Variante Midi 24+(6)	Variante Maxi 31+(1)
Stellenwert der Pflege in der Gesundheitsversorgung	Rekrutierung	S1: Vakante Stellen	(+)	(+)	+
	Vertretung der Pflege in Leitung / Gremien	S2: Pflege in Führungsgremien	+	+	+
		S3: Direkt abgerechnete Pflegeleistungen <sup>c</sup>			
	Direkte Abrechnung zuzulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	S4: Pflege-Komplexbehandlungen	+	+	+
		S5: Pflegekosten an gesamten Gesundheitskosten	(+)	+	+
	Zuteilung finanzieller Ressourcen nach Dienstleistungen	S6: Gesamtausgaben für Pflegepersonal	(+)	(+)	(+)
Bildung und kompetenzgerechter Einsatz der Pflegepersonen	Abschlüsse im Pflegebereich	B1: Ausbildungsabschlüsse Pflege	(+)	+	+
		B2: Deckungsgrad zukünftiger Pflegefachkräftebedarf	(+)	+	+
	Ausbildungsplätze	B3: Angebotene Ausbildungsplätze	(+)	(+)	+
		B4: Nicht besetzte Ausbildungsplätze	(+)	(+)	+
	Bestand und Bedarf	B5: Bestand der Pflegepersonen	(+)	+	+
		B6: Dichte der Pflegepersonen	(+)	+	+
		B7: Pflegefachpersonen mit ausländischem Diplom	(+)	(+)	+
		B8: Zukünftiger Bedarf Pflegepersonal	+	+	+

Anmerkungen: + Umsetzbar (+) Zum aktuellen Zeitpunkt ohne zusätzliche Datenerhebung nur eingeschränkt umsetzbar. Z.B. nur für einzelne Versorgungsbereiche, nur in einzelnen Kantonen, nur auf sehr hohem Aggregationsniveau. <sup>c</sup> Indikator erst umsetzbar, wenn die Massnahme umgesetzt ist.

Tabelle 12, Fortsetzung

Beobachtungsbereich	Thema	Schlüsselindikator	Abdeckung Schlüsselindikator durch die Monitoring-Varianten		
			Variante Mini 15+(15)	Variante Midi 24+(6)	Variante Maxi 31+(1)
Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen	Arbeitsaufwand	A1: Nurse-to-Patient-Ratio	(+)	(+)	+
	Lohn	A2: Lohn	+	+	+
		A3: Skill-Mix			+
	Personaleinsatz	A4: Grade-Mix	(+)	+	+
		A5: Berufsbildende in Betrieben			+
	Personalerhaltung	A6: Kündigungsabsicht	+	+	+
		A7: Fluktuationsrate	(+)	+	+
		A8: Berufsaustritt	+	+	+
		A9: Temporärarbeit	+	+	+
	Gesundheit der Pflegepersonen	A10: Absenzen	+	+	+
		A11: Gesundheit der Pflegepersonen	+	+	+
	Subjektive Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Pflegepersonen	A12: Arbeitszufriedenheit	+	+	+
		A13: Arbeitsumgebungsqualität	+	+	+
		A14: Subjektive Belastung	+	+	+
Zugang zu / Qualität von Pflegeleistungen	Medizinische Qualitätsindikatoren	Q1: Sturz	+	+	+
		Q2: Dekubitus	+	+	+
		Q3: Schmerz	(+)	+	+
		Q4: Bewegungseinschränkende Massnahmen	(+)	+	+
	Qualität wahrgenommen von Pflegepersonen	Q5: Pflegequalität aus Sicht der Pflegepersonen	+	+	+

Anmerkungen: + Umsetzbar (+) Zum aktuellen Zeitpunkt ohne zusätzliche Datenerhebung nur eingeschränkt umsetzbar. Z.B. nur für einzelne Versorgungsbereiche, nur in einzelnen Kantonen, nur auf sehr hohem Aggregationsniveau. ° Indikator erst umsetzbar, wenn die Massnahme umgesetzt ist.

### 3 Diskussion und Empfehlungen

Ziel dieses Mandats war es, eine Planungsgrundlage für ein Monitoring Pflege zu erstellen, welche eine Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen darstellt. Entsprechend des Auftrags und der Zielsetzungen dieses Mandats wurden für die Umsetzung der Pflegeinitiative acht Ziele bestimmt, die sich auf vier Beobachtungsbereiche verteilen. Im erstellten Wirkungsmodell für die Pflegeinitiative sind für jeden Beobachtungsbereich die zugehörigen Massnahmen, Wirkungen und Outcomes und Umsetzungsziele entlang der jeweiligen Wirkungskette dargestellt. Für die Umsetzung der Ziele der Pflegeinitiative und des geplanten Monitorings wurden in enger Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten und der Kerngruppe Monitoring 33 Schlüsselindikatoren bestimmt, welche im Wirkungsmodell verankert sind und so die Wirkung der Pflegeinitiative für das Monitoring messbar machen. Der Einbezug der zusätzlichen 10 externen Expertinnen und Experten neben der Kerngruppe Monitoring erfolgte dahingehend, die Planungsgrundlage für das Monitoring Pflege breit abzustützen und eine hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten zu erreichen. Aufgrund des vorgegebenen engen Zeitrahmens konnte nur eine abgekürzte Version der Delphi-Methode angewendet werden. Dennoch war es möglich, bezogen auf einige der Schlüsselindikatoren, einen Konsens zu finden. Bei anderen ist noch eine weitere Klärung und Diskussion mit Expertinnen und Experten erforderlich. Auf Basis von insgesamt 4 Optionen zur Datenerhebung konnte eine Abschätzung der für das Monitoring Pflege benötigten Ressourcen in Form von 3 Varianten des Monitorings vorgeschlagen werden.

Während alle an diesem Projekt beteiligten Personen die Dringlichkeit des Monitorings Pflege sehen und unterstützen, weichen die an dieses Monitoring gestellten Erwartungen und vorliegenden Vorstellungen, wie dieses umgesetzt werden sollte, zum Teil stark voneinander ab. In der nachfolgenden Diskussion und Schlussfolgerung wird unter Berücksichtigung des derzeitigen Kontextes hierauf und die im Zusammenhang mit dem Monitoring Pflege diesbezüglich besonders herausfordernden Themen eingegangen.

#### **Wirkungsmodell**

Der derzeitige Entwurf des Wirkungsmodells basiert auf den acht definierten Zielen der Pflegeinitiative und den vier hiervon abgeleiteten Beobachtungsbereichen. Ein besonderer Fokus liegt entsprechend des Mandats auf dem Beobachtungsbereich Personal. Das Modell berücksichtigt den derzeitigen Kontext sowie die Ebenen Bund, Kantone und Institutionen.

Bei den im Wirkungsmodell beschriebenen Wirkungsketten ist zu berücksichtigen, dass sich die Mehrheit der hier vorgeschlagenen Massnahmen zur Umsetzung der Pflegeinitiative noch in der Ausarbeitungsphase befindet (Kontext). Dementsprechend kann es bei den geplanten Massnahmen noch zu Veränderungen oder Ergänzungen kommen, was eine Anpassung des Modells erforderlich machen kann. Einzelne der in den Pfeilern «Vollzug und Output» sowie «Outcomes und Umsetzungsziele» aufgeführten Massnahmen respektive Outcomes können mehreren Beobachtungsbereichen zugeordnet werden. Demzufolge kann ein Unterbruch in einer Wirkungskette auch zu Unterbrüchen in anderen Wirkungsketten führen. Dies ist bei der Implementierung und Umsetzung des Monitorings Pflege entsprechend zu berücksichtigen. Gegenwärtig sind in diesem Modell die Ebenen Bund, Kantone und Institutionen explizit berücksichtigt. Aufgrund der Struktur des Schweizer Gesundheitssystems ist zu einem späteren Zeitpunkt auch die Ebene Gemeinde/Kommune mit zu berücksichtigen.

## Indikatoren / Monitoring

Basierend auf dem Wirkungsmodell konnten in enger Absprache mit den Expertinnen und Experten und der Kerngruppe Monitoring 33 Schlüsselindikatoren bestimmt werden, einschliesslich der dafür relevanten oder erforderlichen Datenquellen, Erhebungsmethoden und -häufigkeiten sowie des zu erwartenden Aufwandes. In den Sitzungen wurden im Rahmen der Erarbeitung der Schlüsselindikatoren wiederholt die Ziele, Ergebnisse, Aufbau und Inhalt des geplanten Monitorings Pflege diskutiert. Hierbei wurde deutlich, dass unterschiedliche Ansprüche an die Inhalte eines solchen Monitorings gestellt werden. Entsprechend den unterschiedlichen Rollen und Funktionen, welche die teilnehmenden Expertinnen und Experten ausüben, bestehen sehr heterogene Vorstellungen und Erwartungen an die pro Schlüsselindikator zu erhebenden Daten, deren Detaillierungs- und Differenzierungsgrad sowie deren Verfügbarkeit.

Hier ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen der Nutzung dieser Daten in Form von Kennzahlen für die nationale und kantonale Planung oder für die betriebliche Planung. So zielt ein übergeordnetes Monitoring aus politischer Sicht darauf ab, anhand möglichst weniger Schlüsselindikatoren auf nationaler Ebene vergleichbare Daten in einer Übersicht zusammengefasst zu erhalten (hohes Abstraktionsniveau). Um diese Daten jedoch auf der Betriebs- und Abteilungsebene sowie berufspolitisch nutzen zu können, ist ein anderer Detaillierungs- und Differenzierungsgrad erforderlich. Neben «abstrakten» Indikatoren ist es für die Betriebs- und Abteilungsebene wichtig, auch «explizite» handlungsrelevante Indikatoren in das Monitoring mitaufzunehmen, welche beispielsweise die Arbeitsumgebungsqualität, die Betreuungsqualität, die Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastung, den Skill- und Grade-Mix möglichst konkret abbilden und erlauben, diese Daten für die Planung der Personalbesetzung (Nurse-to-Patient-Ratio, Skill- und Grade-Mix) auf Abteilungsebene zu verwenden. Seitens aller an dieser Planungsgrundlage für das Monitoring Pflege beteiligten Akteurinnen und Akteuren besteht ein breiter Konsens darin, bereits bestehende Datenerhebungen optimal zu nutzen. Gleichzeitig besteht der Anspruch, dass ein geplantes Monitoring Pflege nicht einfach eine «pflegespezifische» Zusammenstellung von Daten aus bereits bestehenden Statistiken und Befragungen umfasst, sondern mit notwendigen Daten ergänzt wird. Hier sind aktuelle Arbeiten zu zukünftig verfügbaren Daten z.B. von OBSAN, BfS und anderen Akteuren zu klären und zu berücksichtigen.

Die Expertinnen und Experten waren sich nicht einig, ob für ein Monitoring Pflege nur objektive Messwerte oder auch subjektive Einschätzungen (durch die Pflegepersonen) als Schlüsselindikatoren verwendet werden sollten z.B. die Erhebung der Arbeitsbelastung oder Kündigungsgründen, welche insbesondere aus Sicht der Arbeitnehmervertretungen von Interesse sind.

Für die Planung und Umsetzung des Monitorings Pflege stellt die Datenlage und die diesbezüglich zum Teil grossen Unterschiede in der Akut- und Langzeitpflege eine Herausforderung dar. Dies bezieht sich insbesondere auf die benötigten bzw. vorhandenen Daten, die Datenquellen, die Erhebungsmethoden und / oder -sequenzen, aber auch Unterschiede in der Relevanz und in der Interpretation vieler Indikatoren. Möglicherweise ist es daher nötig, das Monitoring stärker bereichsspezifisch auszurichten.

Die Expertinnen und Experten erachten es zu dem als wichtig, bei der Planungsvorlage für das Monitoring Pflege und dessen Umsetzung kantonale und regionale Unterschiede mit zu berücksichtigen. Je nach Bereich und Sprachregion liegen hier unterschiedliche Ausgangslagen, Rahmenbedingungen und Gegebenheiten und hiermit verbunden unterschiedliche Problemstellungen vor, z.B. die unterschiedliche Handhabung bei der beruflichen Förderung der Pflegepersonen oder die gelebte interprofessionelle Zusammenarbeit in Teams. Im Zusammenhang mit den vier Landessprachen wurde der Wunsch geäussert im Rahmen der Umsetzung des Monitorings Pflege, auf eine gewissenhafte und fachlich genaue Übersetzung zu achten.

Bezüglich der Erhebungsfrequenz erachteten es die Expertinnen und Experten als wichtig, qualitativ hochwertige Daten regelmässig, in nicht zu lang auseinander liegenden Abständen, zu erhalten, die Veränderungen sichtbar machen und zeitnahe Interventionen ermöglichen. Nur so können auf allen Ebenen bezogen auf die definierten vier Beobachtungsbereiche der Pflegeinitiative und den hierin enthaltenen Umsetzungszielen gezielte Interventionen ergriffen und deren Wirkungen überprüft werden.

### **Ressourceneinschätzungen**

Für die Abschätzung der für das Monitoring Pflege benötigten Ressourcen wurden eine Basisoption (Option 1) und drei Zusatzoptionen (Option 2, 3 und 4) mit unterschiedlichen Datenquellen und Datenerhebungsmethoden aufgezeigt. Für die drei Monitoring-Varianten (Mini, Midi, Maxi) wurden diese Optionen kombiniert und eine Ressourcenschätzung vorgenommen. Die Monitoring-Varianten unterscheiden sich bezüglich der Anzahl der erfassten Indikatoren, der Stichprobengrössen und -arten, der Datenqualität und hinsichtlich der entstehenden Kosten.

Die Option 4, welche aus Sicht der Mandatsnehmenden nicht innerhalb des Zeitraums 2023 bis 2030 umgesetzt werden kann und welche die verschiedenen Akteure und Akteurinnen kontrovers diskutierten, wurde hierbei nicht berücksichtigt. Die Mandatsnehmenden erachten es jedoch als wichtig, auch diese Option unter Berücksichtigung der aktuellen Initiativen zur Erfassung neuer Daten, die auch für das Monitoring Pflege relevant sind, wie die Initiative der EQK, der Weiterentwicklung der Spitex-Statistik oder der SpiGes, weiter zu verfolgen.

Eine Stärke der vier vorgeschlagenen Optionen und der hierin jeweils enthaltenen Minimal- und Maximalausprägung ist es, dass die drei Zusatzoption 2-4, entsprechend den vorhandenen respektive festgelegten Ressourcen und der Machbarkeit, in einer Art Baukastensystem mit der Basisoption 1 sowie untereinander und mit bestehenden Datenerhebungen kombiniert werden können. Neben den von den Mandatsnehmenden vorgeschlagenen drei Varianten (Mini, Midi, Maxi) und den hierin enthaltenen Kombinationen dieser Optionen, sind je nach Ressourcen und Machbarkeit noch verschiedene weitere Kombinationen möglich.

Bezogen auf die weitere Planung und Umsetzung des Monitorings Pflege ist hier zu berücksichtigen, dass sich die Erhebungsoptionen und Ressourcenabschätzungen auf die im August 2022 hierzu verfügbaren Angaben abstützen, welche nur eine Schätzung aber keine genaue Berechnung der Kosten zulassen. Dies liegt darin begründet, dass zu diesem Zeitpunkt noch diverse für eine genaue Kostenberechnung notwendige Posten nicht bekannt oder noch abschliessend entschieden werden mussten. Diesbezüglich noch zu klären waren z.B. Fragen und offene Punkte hinsichtlich einzelner Schlüsselindikatoren, das genaue Design der Datenerhebung, der Zugang und die Verfügbarkeit zu den verschiedenen bereits bestehenden Daten, respektive Datenquellen, Form, Umfang und Art der Berichterstattung z.B. dreijährliche Berichte versus kontinuierlich webbasiertes Reporting mit interaktiven Auswertungsmöglichkeiten. Die vorgenommene Kosteneinschätzungen pro Option und Variante sind entsprechend zu überprüfen und zu präzisieren, wenn die Entscheide zu diesen offenen Punkten und Inhalten des Monitorings und der Berichterstattung gefällt sind.

### **Schlussfolgerung**

Diese Planungsgrundlage für die Erstellung eines Monitorings Pflege wurde mit dem BAG und in breiter Abstützung durch die KGM und zusätzlichen Expertinnen und Experten erarbeitet. Diese bietet mit dem erstellten Wirkungsmodell, den zugeordneten Schlüsselindikatoren und den Monitoring-Varianten auf Basis der verschiedenen Erhebungsoptionen eine gute Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen und die Umsetzung der Ziele der Pflegeinitiative.

Die Gespräche mit den hinzugezogenen Expertinnen und Experten haben gezeigt, dass hinsichtlich Ziel und Umfang des Monitorings Pflege sowie dessen Detaillierungsgrad, Erhebungsumfang und Erhebungsfrequenzen, die Vorstellungen, was hier notwendig ist, zum Teil stark voneinander abweichen. Hier sind weitere klärende Gespräche notwendig.

Es ist wichtig diesen Spannungsbogen zwischen den Anforderungen an das Monitoring auf der nationalen und kantonalen Ebene (übergeordnetes Monitoring, welches übergeordnete Entscheide, abgestützt auf einer qualitativ guten Datengrundlage erlaubt) und der betrieblichen Ebene (Bereitstellung von Daten mit hohem Detaillierungsgrad, welche z.B. für die Planung und den Erhalt des Pflegepersonals auf Abteilungsebene und Initiierung von Massnahmen genutzt werden können) bei den hinsichtlich des Monitorings Pflege noch zu treffenden Entscheidungen zu berücksichtigen.

Es empfiehlt sich das Monitoring Pflege möglichst so zu konzipieren und anzulegen, so dass die Schlüsselindikatoren auf den verschiedenen Ebenen (national, kantonale, Betriebe) jeweils entsprechend den oben aufgeführten Bedürfnissen ausgewertet und genutzt werden können. Dies würde auch die berufspolitische Ebene mit abdecken. Aus der Sicht der Vertreterinnen und Vertreter dieser Ebene, ist ebenfalls ein hoher Detaillierungsgrad bei dem Monitoring Pflege erforderlich.

Es ist abzuwägen, ob für die Umsetzung der Umsetzungsziele der Pflegeinitiative und dieser Planungsgrundlage nicht ein Pilotprojekt mit wenigen Partnern/ Stakeholdern aus der Akut- und Langzeitpflege lanciert werden sollte, welche dann für ausgewählte, übergeordnete, in allen Settings zu erhebende Schlüsselindikatoren z.B. zu den Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen, gemeinsam die Erhebungsinstrumente für die Bereitstellung der Daten festlegen, respektive erarbeiten. Dies könnte in Anlehnung an die Arbeiten der bereits gebildeten Gruppe «Unimed» umgesetzt werden, die sich aus den fünf grossen Universitätsspitalern zusammensetzt, um gemeinsam Qualitätsindikatoren zu erarbeiten.

## 4 Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H. (2002). Superior outcomes for magnet hospitals: The evidence base. In M. L. McClure & A. S. Hinshaw (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (pp. 61-81). American Nurses Publishing.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344(mar20 2), e1717-e1717. <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*, 50(2), 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Bachnick, S., Ausserhofer, D., Januel, J. M., Schubert, M., Schwendimann, R., De Geest, S. & Simon, M. (2017). Matching Registered Nurse services with changing care demands (Match(RN) ): study protocol of a natural experiment multi-centre study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1735-1746. <https://doi.org/10.1111/jan.13287>
- Biegger, A., De Geest, S., Schubert, M. & Ausserhofer, D. (2016). The 'magnetic forces' of Swiss acute care hospitals: A secondary data analysis on nurses' job satisfaction and their intention to leave their current job. *NursingPlus Open*, 2, 15-20. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.002>
- Buchan, J., Catton, H. & Shaffer, F. A. (2022). Sustain and Retain in 2022 and Beyond. The Global Nursing Workforce and the Covid-19 Pandemic. Philadelphia: International Center on Nurse Migration. <https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2022/01/Sustain-and-Retain-in-2022-and-Beyond-The-global-nursing-workforce-and-the-COVID-19-pandemic.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2021) *Bildungsabschlüsse in der Pflege [Faktenblatt]*. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufes-gesundheitswesen/teritaerstufe/pflegeinitiative/Faktenblaetter/fb-bildungsabschluesse.pdf.download.pdf/210922\\_%20FB\\_Bildungsabschl%C3%BCsse\\_DE.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufes-gesundheitswesen/teritaerstufe/pflegeinitiative/Faktenblaetter/fb-bildungsabschluesse.pdf.download.pdf/210922_%20FB_Bildungsabschl%C3%BCsse_DE.pdf)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2022). *Medizinische Qualitätsindikatoren: aktueller Stand der Daten 2019/2020*. [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/ems-indicateur-de-qualite/medqipub19\\_20.pdf.download.pdf/medQIPub19-20.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/ems-indicateur-de-qualite/medqipub19_20.pdf.download.pdf/medQIPub19-20.pdf)
- Bundesrat. (2022, 25. Mai). *Bundesrat will die Ausbildungsinitiative im Pflegebereich möglichst rasch umsetzen*. [abgerufen am 03.10.2022] <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-89015.html>
- Department of Health Ireland. (2017). Framework for national performance indicators for nursing & midwifery. <https://assets.gov.ie/19944/d7768ca8d3414bcd881d2b3b80899eb2.pdf>
- Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R. & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Med Wkly*, 142, w13733. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13733>
- Dolder, P. & Grünig, A. (2016). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté). [https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Bildungspolitik/VB\\_2016\\_d.pdf](https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Bildungspolitik/VB_2016_d.pdf)
- Hasselhorn, H. M. & Müller, B. H. (2005). Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der Next-Studie. In *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen* (pp. 21-47).
- Kaiser, K. & Möhr, T. (2021). *Zahlen und Fakten zur Pflege in der Schweiz [Faktenblatt]*. BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag von santésuisse.

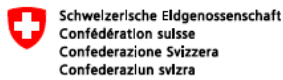


- [https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas\\_content/BSS\\_Faktenblatt\\_Pflege\\_2021-11-08\\_01.pdf](https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/BSS_Faktenblatt_Pflege_2021-11-08_01.pdf)
- Kuster, B., Baumberger, D., Spirig, R. & Müller, M. (2009). *Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden. Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden zuhanden H+ und des Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)*. Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter. [http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user\\_upload/B.1\\_Gesundheitspolitik/Qualitaetsindikatoren\\_Pflege/Gesamtabschlussbericht\\_Q-Indikatoren\\_091215\\_1.0.pdf](http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.1_Gesundheitspolitik/Qualitaetsindikatoren_Pflege/Gesamtabschlussbericht_Q-Indikatoren_091215_1.0.pdf)
- Lipp, I., Bacso, B. & Hahn, S. (2020). *Schlussbericht der Studie Comeback: Wiedereinstieg in den Pflegeberuf und Berufsverbleib von diplomierten Pflegefachpersonen*. Berner Fachhochschule. [https://www.sbk-be.ch/fileadmin/2\\_Dokumente/Weiterbildung/Comeback\\_Schlussbericht\\_DE.pdf](https://www.sbk-be.ch/fileadmin/2_Dokumente/Weiterbildung/Comeback_Schlussbericht_DE.pdf)
- Lobsiger, M. & Liechti, D. (2021). *Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturhebungen 2016–2018* (Obsan Bericht 01/2021) Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan\\_01\\_2021\\_bericht\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_01_2021_bericht_0.pdf)
- McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D. & Wandelt, M. A. (2002). Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses (The Original Study). In A. N. Association (Ed.), *Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses* (pp. 1-22). American Nurses Publishing.
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan Bericht: 71) Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-01/Obsan\\_71\\_BERICHT\\_korr.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2022-01/Obsan_71_BERICHT_korr.pdf)
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz - Nationaler Versorgungsbericht - Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung*. (Obsan Bericht 03/2021). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan\\_03\\_2021\\_BERICHT\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-10/Obsan_03_2021_BERICHT_0.pdf)
- Möckli, N., Denhaerynck, K., De Geest, S., Leppla, L., Beckmann, S., Hediger, H. & Zúñiga, F. (2020). The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health Soc Care Community*, 28(6), 1989-2003. <https://doi.org/10.1111/hsc.13010>
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI®). *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man02>
- National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). (2020). *2020 NDNQI RN Survey with Practice Environment Scale®*. <https://members.nursingquality.org/MicroStrategy/asp/images/custom/pdf/NDNQI%20RN%20Survey%20with%20Pratice%20Environment%20Scale.pdf>
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OECD). (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OECD). (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Peter, K. A., Renggli, F., Schmid, X., Lazarevic, T., Bürgin, R., Kunz, S., Voirol, Ch., & Hahn, S. (2021). *Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz – Abschlussbericht STRAIN für: alle Organisationen*. Berner Fachhochschule. [https://www.bfh.ch/dam/jcr:db639caa-5afa-40d3-b3f4-6b06623d2406/STRAIN\\_Abschlussbericht\\_Gesamt\\_STRAIN\\_de.pdf](https://www.bfh.ch/dam/jcr:db639caa-5afa-40d3-b3f4-6b06623d2406/STRAIN_Abschlussbericht_Gesamt_STRAIN_de.pdf)
- Schweizerische Gesundheitsbefragung (2017). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017 – Telefonischer und schriftlicher Fragebogen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.14839331.html>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2022). *Gesundheitsfachkräfte Pflegepersonal. Indikatoren*. <https://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/gesundheitsfachkraefte/pflegepersonal> [abgerufen am 6.9.2022]

- Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S. & de Geest, S. (2014). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study. <https://doi.org/10.1111/jan.12253>
- Schwendimann, R., Widmer, M., De Geest, S. & Ausserhofer, D. (2014). Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich (Obsan Bulletin 3/2014). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2014-das-pflegefachpersonal-schweizer-spitaelern-im-europaeischen-vergleich>
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A. P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D. & RN4CAST consortium (2011). Nurse Forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs*, 10(1), 6. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-10-6>
- Smiley, R. A., Ruttinger, C., Oliveira, C. M., Hudson, L. R., Allgeyer, R., Reneau, K. A., Silvestre, J. H. & Alexander, M. (2021). The 2020 national nursing workforce survey. *Journal of Nursing Regulation*, 12(1), S.1-S96. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(21\)00027-2](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(21)00027-2)
- Simon, M., Kümmerling, A. & Hasselhorn, H. M. (2004). Work-home conflict in the European nursing profession. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 384-391. <https://doi.org/10.1179/oeh.2004.10.4.384>
- Spirig, R. & Kleinknecht-Dolf, M. (2021). Monitoring der Arbeitsumgebungs- und Pflegequalität – Abschluss Symposium. <https://www.monitoringpflege.ch/> [abgerufen am 3.6.2022]
- Thormann, S., Roeoesli, R. & Bernet, N. (2020). *Auswertungskonzept ANQ - Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus*. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_Sturz\\_Dekubitus\\_Auswertungskonzept.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Sturz_Dekubitus_Auswertungskonzept.pdf)
- Wolf, G. A. & Greenhouse, P. K. (2006). A road map for creating a Magnet work environment. *J Nurs Adm*, 36(10), 458-462.
- Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S., Kindlimann, A., Oeri, A., Benkert, B., Blatter, C., Renner, A., Baumgartner-Violand, S., Serdaly, C., Ausserhofer, D., Mabire, C. & Simon, M. (2021). *SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie*. <https://www.unibas.ch/dam/jcr:929f9d36-855f-4e39-b3dd-1f6a6e43a97f/SHURP%202018%20Schlussbericht%20April%2021.pdf>
- Zúñiga, F. & Möckli, N. (2022). *SPOTnat Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie*. <https://spotnat.nursing.unibas.ch/> [abgerufen am 6.9.2022]

## 5 Anhang

### Anhang A – Eidgenössische Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative), AS 2022 240



### Eidgenössische Volksinitiative «Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)»

Angenommen am 28. November 2021

Die Bundesverfassung<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

#### *Art. 117b* Pflege

<sup>1</sup> Bund und Kantone anerkennen und fördern die Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung und sorgen für eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität.

<sup>2</sup> Sie stellen sicher, dass eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen für den zunehmenden Bedarf zur Verfügung steht und dass die in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen eingesetzt werden.

#### *Art. 197 Ziff. 13*

#### *13. Übergangsbestimmung zu Art. 117b (Pflege)*

<sup>1</sup> Der Bund erlässt im Rahmen seiner Zuständigkeiten Ausführungsbestimmungen über:

- a. die Festlegung der Pflegeleistungen, die von Pflegefachpersonen zulasten der Sozialversicherungen erbracht werden:
  1. in eigener Verantwortung,
  2. auf ärztliche Anordnung;
- b. die angemessene Abgeltung der Pflegeleistungen;
- c. anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen für die in der Pflege tätigen Personen;
- d. Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung von den in der Pflege tätigen Personen.

<sup>2</sup> Die Bundesversammlung verabschiedet die gesetzlichen Ausführungsbestimmungen innert vier Jahren seit Annahme von Artikel 117b durch Volk und Stände. Bis zum Inkrafttreten der gesetzlichen Ausführungsbestimmungen trifft der Bundesrat innerhalb von achtzehn Monaten nach Annahme von Artikel 117b durch Volk und

<sup>1</sup> SR 101

## Anhang A, Fortsetzung

Eidgenössische Volksinitiative  
«Für eine starke Pflege (Pflegeinitiative)»

AS 2022 240

---

Stände wirksame Massnahmen zur Behebung des Mangels an diplomierten Pflegefachpersonen.

*Ergebnis der Volksabstimmung und Inkrafttreten*

<sup>1</sup> Diese Verfassungsänderung ist mit Bundesbeschluss vom 18. Juni 2021<sup>2</sup> Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet worden.

<sup>2</sup> Sie ist von Volk und Ständen am 28. November 2021 angenommen worden.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Sie ist auf Grund von Artikel 15 Absatz 3 des Bundesgesetzes vom 17. Dezember 1976<sup>4</sup> über die politischen Rechte am 28. November 2021 in Kraft getreten.

19. April 2022

Bundeskanzlei

<sup>2</sup> BBl 2021 1488

<sup>3</sup> BBl 2022 894

<sup>4</sup> SR 161.1

## Anhang B – Zusätzliche Gruppe von Expertinnen und Experten

### Interne Vertreterinnen und Vertreter aus der Kerngruppe Monitoring:

#### Arbeitnehmende

- Marco Geu, Syna, Plattform Gesundheitspersonal und Kerngruppe Monitoring
- Roswitha Koch, SBK/ASI, Kerngruppe Monitoring

#### Arbeitgebende

- Franziska Adam, Spitex Schweiz, Kerngruppe Monitoring

#### Ausbildungsinstitutionen Pflege

- Urs Sieber, Stufe Sek.II und Höhere Fachschule – OdASanté, Kerngruppe Monitoring

#### Bund

##### *OBSAN*

- Clémence Merçay, Kerngruppe Monitoring und operative Steuerung

### Externe Expertinnen und Experten:

#### Ausbildungsinstitutionen Pflege

- Marie-Nicole Barnaz, Haute Ecole de Santé Valais-Wallis (HES-SO)

#### Daten Monitoring

- Niklaus Gygli-Stolz, Universitätsspital Basel
- Dr. Michael Kleinknecht-Dolf, Universitätsspital Zürich

#### Pflegewissenschaft/-forschung

- Dr. Heike Geschwindner, Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich

#### Initiativkomitee Pflegeinitiative

- Regula Lüthi, selbständig tätig, diverse Mandaten im Gesundheitswesen

#### Patientenorganisation

- Mario Fasshauer, Patient\*innenstelle Zürich

#### Pflegemanagement

- Marie-José Roulin, Hôpitaux Universitaires de Genève
- Dr. Mario Desmedt, Swiss Nurse Leaders
- Yvonne Willems Cavalli, Kantonsspital Tessin (EOC), pensionierte Pflegedirektorin

#### Umsetzung Pflegeinitiative

- Stefanie Johner, BAG

**Verdankung**

Das Projektteam dankt den Expertinnen und Experten aus der Kerngruppe Monitoring, der Operativen Steuerung sowie den zusätzlich hinzugezogenen externen Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Patientenvertretung, Initiativkomitee Pflegeinitiative, Umsetzung Pflegeinitiative (BAG intern), Daten Monitoring, Pflegewissenschaft/-forschung, Pflegemanagement und Pflegeausbildung, die uns im Rahmen von Sitzungen, Einzelgesprächen und schriftlichen Rückmeldungen mit ihrer fachlichen Expertise zur Erarbeitung der Inhalte sehr unterstützt haben.

## Anhang C – Kostenschätzung Option 2

Die Schätzung der Kosten in Option 2 basiert auf dem in Tabelle 13 dargestellten Berechnungsbeispiel (Versand an 10'000 (Minimal) bzw. 20'000 (Maximal) Pflegepersonen)

Tabelle 13: Schätzung der Kosten in Option 2 (Berechnungsbeispiel)

<b>Initialaufwand:</b>	<b>Minimal</b>	<b>Maximal</b>
Erstellung des Fragebogens <i>(Inhalt, Übersetzungen, Pretest mit ggf. Anpassungen, Fragebogen ist elektronisch und in Papierform verfügbar (F, D und I), Pilot (z.B. Rücklaufquote ermitteln))</i>	200'000	400'000
<b>Kosten pro Durchführung:</b>		
Organisation <i>(Samplingframe bereitstellen/aufbereiten, Stichprobenziehung)</i>	50'000	100'000
Durchführung der Befragung <i>(Versand online (Link) und postalisch (Fragebogen), Aufwandsvergütung CHF 20 (Minimal) bzw. CHF 40 (Maximal) pro Teilnehmerin/Teilnehmer)</i>	200'000	800'000
Auswertung der erhaltenen Daten	150'000	150'000
CHF Total pro Durchführung	400'000	1'050'000

## Gesundheit

Katharina-Sulzer-Platz 9

Postfach

CH-8401 Winterthur

Tel. +41 (0) 58 934 65 03

E-Mail: [maria.schubert@zhaw.ch](mailto:maria.schubert@zhaw.ch)

Web: [www.zhaw.ch/gesundheit](http://www.zhaw.ch/gesundheit)