

FAQ-Katalog zum Thema

Medizinische Qualitätsindikatoren

Der vorliegende FAQ-Katalog ist eine Antwortsammlung zu häufig gestellten Fragen zum Thema der medizinischen Qualitätsindikatoren. Der FAQ-Katalog wird laufend aktualisiert und bei Bedarf ergänzt.

Medizinische Qualitätsindikatoren – Einordnung	1
Datenauswertung	3
Medizinische Qualitätsindikatoren – Einsatz in der Praxis	4
Weiterführende Informationen	5

Medizinische Qualitätsindikatoren – Einordnung

<p>1. Weshalb gibt es eine nationale Erhebung und Veröffentlichung medizinischer Qualitätsindikatoren (MQI)?</p>	<p>Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist gesetzlich verpflichtet, medizinische Qualitätsindikatoren (MQI) zu publizieren (KVG, Artikel 59a):</p> <ul style="list-style-type: none"> – «Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen.» – Leistungserbringer wie Spitäler und Pflegeheime werden dazu aufgefordert, Angaben zu «medizinischen Qualitätsindikatoren» zu machen. «Die Daten werden veröffentlicht.». <p>Die Veröffentlichung hat aus Sicht des Bundes folgende Hauptziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Institutionen sollen die ausgewählten MQI als Instrumente zum Vergleich der Qualität der in den gemessenen Bereichen erbrachten KVG-Pflegeleistungen verwenden. – Die MQI sollen die Diskussion unter Fachpersonen in den Heimen sowie qualitätsentwickelnde Massnahmen anstossen. – Die MQI sollen gegenüber Versicherern, Bewohnenden und Angehörigen Transparenz über die Arbeit in den Pflegeheimen herstellen. – Die MQI sollen ein Monitoring der Qualität ermöglichen.
<p>2. Welche Indikatoren werden erhoben?</p>	<p>Es werden sechs MQI zu folgenden vier Messthemen erhoben:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Polymedikation – Mangelernährung – Schmerz (2 Indikatoren) – bewegungseinschränkende Massnahmen (2 Indikatoren) <p>→ Faktenblätter zu den MQI</p>

<p>3. Weshalb werden gerade diese sechs Indikatoren erhoben?</p>	<p>Im Rahmen eines Pilotprojekts wurden in den Jahren 2009 bis 2018 von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe (BAG, BFS, GDK, CURAVIVA, senesuisse und weiteren Fachspezialist:innen) geeignete MQI erarbeitet und evaluiert. Davon wurden deren sechs für die nationale Auswertung durch das BAG ausgewählt (s. Frage 2).</p> <p>Die MQI können von den Pflegeteams sowie – je nach Indikator in interprofessioneller Zusammenarbeit – von der behandelnden Ärzteschaft, Physiotherapeut:innen etc. durch geeignete Massnahmen positiv zugunsten der pflegebedürftigen Menschen beeinflusst werden.</p>
<p>4. Wie waren CURAVIVA und senesuisse in die Erarbeitung der MQI involviert?</p>	<p>Das Pilotprojekt zur Definition geeigneter MQI (2009 – 2018) wurde unter der Leitung von CURAVIVA und unter Mitwirkung von senesuisse durchgeführt.</p>
<p>5. Wie werden die MQI veröffentlicht?</p>	<p>Die MQI wurden erstmals durch das BAG im Mai 2022 auf Grundlage der Daten 2019/2020 publiziert. Da die Datenqualität Mängel aufwies, konnte die Risikoadjustierung nicht durchgeführt werden. Deshalb wurden die Daten auf kantonaler Ebene zusammengefasst und dienen illustrativen Zwecken.</p> <p>Im Februar 2024 veröffentlichte das BAG die MQI erstmals auf Pflegeheimebene (Zahlen des Jahres 2021). Im Oktober 2024 wurden die Zahlen 2022 veröffentlicht. Zukünftig erfolgt eine jährliche Veröffentlichung durch das BAG.</p>
<p>6. Sind Erhebung und Veröffentlichung weiterer Indikatoren geplant – und weshalb?</p>	<p>Es sind drei weitere MQI in Prüfung: Dekubitus, Medikationsreview, Gesundheitliche Vorausplanung.</p> <p>Die Ergänzung durch drei neue MQI dient der konstanten Erweiterung der Diskussion unter Fachpersonen zu qualitätsentwickelnden Massnahmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der neue MQI «Medikationsreview» soll beispielsweise die Ärzteschaft, welche in der Hauptverantwortung der Medikamentenverordnung stehen, in die Pflicht nehmen und den bestehenden MQI «Poly-medikation» sinnvoll ergänzen. – Der neue MQI «Gesundheitliche Vorausplanung» zielt darauf ab, die persönlichen Bedürfnisse der Bewohnenden noch mehr zu berücksichtigen.

Datenauswertung

<p>7. Weshalb gibt es Unterschiede zwischen den vom BAG publizierten MQI-Daten und den eigenen, betrieblichen Daten?</p>	<p>In den eigenen Daten der Pflegeheime beruhen die Prozentwerte auf der Anzahl der Bewohnenden, bei denen die MQI aktuell Werte angeben.</p> <p>Die vom BAG publizierten Daten werden risikoadjustiert – ein statistisches Verfahren, welches möglich macht, Resultate von verschiedenen Betrieben mit unterschiedlichem Casemix an Bewohnenden, insbesondere im Bezug auf Pflegebedürftigkeit und kognitive Einschränkung, zu vergleichen. Mit diesem Verfahren verändern sich die Prozentwerte, damit sie eben vergleichbar werden. Die risikoadjustierten Prozentwerte spiegeln damit nicht mehr die genaue Anzahl Bewohnende wider, bei denen der MQI zum Messzeitpunkt einen Wert angibt.</p>
<p>8. Weshalb werden die MQI mit Risikoadjustierung berechnet?</p>	<p>Die Risikoadjustierung bezweckt, jene Faktoren/Variablen zu kontrollieren, die den Indikatorwert beeinflussen, aber nicht mit der Qualität der erbrachten Leistungen zusammenhängen.</p> <p>Von der Risikoadjustierung werden gewisse Merkmale auf Betriebs- oder Abteilungsebene nicht berücksichtigt wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spezialisierungen (z. B. Demenzabteilung mit spezifisch geschultem Personal, o.Ä.) – Infrastruktur – bauliche Gegebenheiten. <p>Von der Risikoadjustierung berücksichtigte Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pflegestufe – kognitive Leistungsfähigkeit (gemessen durch die Cognitive Performance Scale CPS) – emotionale Instabilität und Depression (gemessen durch die Depression Rating Scale DRS) – Alter – Geschlecht <p>Mit der Risikoadjustierung soll erreicht werden, dass die Qualität in den gemessenen Bereichen unter den Pflegeheimen besser verglichen werden kann.</p>
<p>9. Was bedeutet bei der Datenauswertung der Zufallseffekt «Heimstruktur»?</p>	<p>Die Zugehörigkeit von Bewohnenden zu einem bestimmten Pflegeheim hat einen Einfluss auf den Wert der MQI. Dieser Einfluss wird im Modell für die Risikoadjustierung berücksichtigt, indem die Heimzugehörigkeit der Bewohnenden – gemessen mit der BUR-Nummern (Betriebs- und Unternehmensregister) als Zufallseffekt mitmodelliert wird.</p>

Medizinische Qualitätsindikatoren – Einsatz in der Praxis

<p>10. Wie können die MQI in der Praxis der Pflegeheime genutzt werden?</p>	<p>Die MQI bilden einen Teil der Pflegequalität ab und erlauben auf Pflegeheimebene und im Peer-Austausch Rückschlüsse darauf, welche Themen gut laufen und wo es Herausforderungen gibt.</p> <p>Diese Analyse ist Bestandteil eines lernenden Systems, indem die MQI eine Basis bilden für qualitätsentwickelnde Massnahmen zum Wohl der Bewohnenden.</p>
<p>11. Wo bestehen die Grenzen der MQI?</p>	<p>Die MQI stellen einen wichtigen Aspekt der Pflegequalität dar (Ergebnisqualität in den gemessenen Bereichen), vermögen aber keinesfalls die Gesamtqualität der institutionellen Dienstleistung (Pflege, Betreuung, Begleitung) abzubilden.</p> <p>So werden beispielsweise Aspekte der Lebensqualität der Bewohnenden wie Zufriedenheit in den Bereichen Wohnen, Sicherheit, Essen und Trinken oder Lebensgestaltung mit den MQI nicht abgebildet.</p>
<p>12. Wie nutzen die Pflegeheime ihre eigenen Indikatorwerte?</p>	<p>Die MQI geben wertvolle Hinweise auf die Pflegequalität in den einzelnen Pflegeheimen und auf ein allfälliges Entwicklungspotenzial. Die Pflegeheime können die Werte jedes einzelnen MQI im kantonalen Vergleich und im Peer-Austausch mit anderen Pflegeheimen überprüfen und Massnahmen planen und umsetzen. Diese Vergleiche erfordern stets die sorgfältige Einordnung in den Gesamtkontext eines Pflegeheims.</p> <p>Eine mögliche Fragestellung könnte lauten: «Können wir bei jeder Schmerzsituation sagen, was zur hohen Einschätzung geführt hat, und welche weitere Behandlungsoptionen bestehen würden?».</p>
<p>13. Welche Schlüsse lassen sich aus tieferen oder höheren Indikatorwerten ziehen?</p>	<p>Die veröffentlichten Zahlen zeigen zunächst einfach, dass die Werte eines Pflegeheims höher oder tiefer liegen als jene eines anderen Pflegeheims, oder als der Mittelwert des betreffenden Kantons.</p> <p>Was diese Werte aber konkret bedeuten, muss in einer fundierten Analyse geklärt werden, unter Berücksichtigung aller Aspekte. Diese können beispielsweise selbstbestimmte Entscheide der Bewohnenden, bereits ergriffene Massnahmen, laufende Behandlungen und seit der Erhebung erzielte Erfolge beinhalten. Es kann auch untersucht werden, inwiefern Infrastruktur, Personalzusammensetzung oder interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt:innen einen Beitrag zur Situation bei den MQI leisten.</p>
<p>14. Worin liegt der Zweck des Vergleichs zwischen den Pflegeheimen oder mit dem kantonalen Durchschnitt?</p>	<p>Der sorgfältige Vergleich soll Qualitätsentwicklungen anstossen. Mit dem Vergleich in der eigenen Region ist es möglich, sich mit Peers mit ähnlichen Rahmenbedingungen zu vergleichen.</p> <p>→ vgl. Antwort 12</p>

<p>15. Weshalb können keine Ranglisten/Rankings erstellt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Risikoadjustierung ermöglicht zwar einen angemessenen Vergleich pro Indikator, kann aber nur bestimmte und nie alle Faktoren berücksichtigen. Beispielsweise könnten folgende Aspekte einen Einfluss auf die Indikatorenwerte ausüben: ein Pflegeheim ist spezialisiert (z. B. Demenzabteilung mit spezifisch geschultem Personal) oder pflegt und betreut besonders viele Bewohnende in palliativen Situationen. → Solche spezifischen Einflussfaktoren sind nicht risikoadjustiert. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse sehr sorgfältig interpretiert werden müssen. – Gewisse Indikatoren können je nach Situation weniger gut beeinflusst werden, etwa die Anzahl Medikamente der Bewohnenden, welche durch eine externe Ärzteschaft betreut werden. – Die ausgewiesenen Prozentzahlen machen nicht sichtbar, ab wann ein signifikanter Unterschied zwischen den Pflegeheimen vorliegt. Erst ein solch signifikanter Unterschied ist ein Hinweis darauf, ob ein Problem vorliegen könnte oder nicht. – Die in den bisherigen Berichten verarbeiteten Daten stammen aus den Jahren 2021 und 2022. Die Pflegeheime sind heute womöglich anders aufgestellt, zum Beispiel bezüglich Mix der Bewohnenden. – Um die Daten der einzelnen Pflegeheime einordnen und Rückschlüsse auf die Qualität machen zu können, muss die Datenentwicklung über mehrere Jahre hinweg verfolgt werden. – Allenfalls sind bei der Erhebung der Daten noch Mängel festzustellen, welche die Resultate verfälschen. Im Nationalen Implementierungsprogramm «Qualität in der stationären Langzeitpflege (NIP-Q-UPGRADE)» erhalten die Fachpersonen in den Pflegeheimen konkrete Hilfsmittel, die es ihnen zukünftig ermöglichen, die Daten in einer noch besseren Qualität zu erheben und diese Daten dann auch zu nutzen, um die Pflegequalität weiterzuentwickeln.
<p>16. Lassen deutliche höhere oder tiefere Werte als der Durchschnitt eines Kantons auf eine «schlechtere» oder eine «bessere» Qualität schliessen?</p>	<p>Wenn ein Pflegeheim bei einem Indikator deutlich über dem kantonalen Durchschnittswert liegt, dann ist es angezeigt, die eigenen Daten zu analysieren, nach Erklärungen zu suchen und allfällige Massnahmen zu ergreifen.</p>

Weiterführende Informationen

- [ARTISET Magazin, Ausgabe 03/2024](#)
- [Factsheets zu den sechs MQI](#)
- [FAQ zu MQI von BESA QSys](#)
- [Nationales Implementierungsprogramm \(NIP-Q-UPGRADE\)](#)