



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

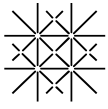
SHURP
2018¹

Swiss Nursing Homes
Human Resources Project

Schlussbericht

Personal und Pflegequalität
in Pflegeinstitutionen in der
Deutschschweiz und Romandie

Basel, April 2021



**Universität
Basel**

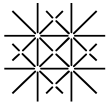
Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

**SHURP 2018 – Schlussbericht
Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz
und Romandie**

Basel, April 2021

Franziska Zúñiga; Lauriane Favez; Sonja Baumann; Annette Kindlimann; Aislinn Oeri; Brigitte Benkert;
Catherine Blatter; Anja Renner; Simone Baumgartner-Violand; Christine Serdaly; Dietmar Ausserhofer;
Cédric Mabire; Michael Simon



Die SHURP 2018-Studie (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) ist ein Forschungsprojekt zum besseren Verständnis der strukturell-organisatorischen Bedingungen, sowie der Situation des Pflege- und Betreuungspersonals und der Bewohner/-innen in Pflegeinstitutionen der Deutschschweiz und Romandie. Die SHURP 2018-Studie wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel unter Mitwirkung folgender Personen durchgeführt:

Leitung:

Lauriane Favez, MSc | Universität Basel | Projektleitung

Dr. Franziska Zúñiga | Universität Basel | Studienleitung

Forschungsgruppe:

Dr. Dietmar Ausserhofer | Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana, Italien

Dr. Cédric Mabire | Universität Lausanne

Christine Serdaly, MA | Serdaly&Ankers, Conches

Prof. Dr. Michael Simon | Universität Basel

Lauriane Favez, MSc | Universität Basel

Dr. Franziska Zúñiga | Universität Basel

Wissenschaftliche Mitarbeitende Universität Basel:

Sonja Baumann, MScN

Catherine Blatter, MScN

Marisa Damas, MSc

Annette Kindlimann, PhD

Aislinn Oeri, MSc

Leonel Oliveira

Anja Renner

Janette Ribaut, MScN

Simone Baumgartner-Violand

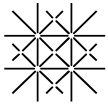
Zitierweise:

Zúñiga, F., Favez, L. Baumann, S. et al. (2021). *SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie*. Universität Basel.

<https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>

Alle Rechte vorbehalten.

© 2021 Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität Basel



Vorwort und Danksagung

Der vorliegende Schlussbericht liefert eine Zusammenstellung der SHURP 2018-Befragung (Swiss Nursing Homes Human Resources Project), die von September 2018 bis Oktober 2019 an 118 Pflegeinstitutionen der Deutschschweiz und Romandie durchgeführt wurde. Der Fokus dieser umfassenden Erhebung zur aktuellen Situation in der stationären Langzeitpflege liegt auf der Pflegequalität, insbesondere den neuen nationalen Qualitätsindikatoren, der Arbeitsumgebungsqualität sowie Personalergebnissen. Zum ersten Mal in der Schweiz können wir auch Beschreibungen zu den Charakteristika von in Pflegeinstitutionen tätigen Abteilungsleitungen und Pflegeexperten/-innen vorlegen. Die Studienergebnisse bieten damit einen guten Einblick in die aktuellen Bedingungen an Schweizer Pflegeinstitutionen. Die Ergebnisse können als Basis für die Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungsqualität, der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und für Führungsausbildungen und die Personalplanung im Pflegesektor verwendet werden. Über die nächste Zeit wird die Forschungsgruppe vertiefende wissenschaftliche Analysen durchführen und die Berichterstattung laufend auf der Webseite (<https://shurp.unibas.ch/>) ergänzen.

Mit diesem Schlussbericht möchten wir uns bei den Pflegeinstitutionen, die an der SHURP 2018-Studie teilgenommen haben, ganz herzlich für ihre Unterstützung und Zusammenarbeit bedanken. Ohne den Einsatz aller Mitarbeitenden inklusive Heimleitungen, Leitungen Pflege, Abteilungsleitungen, Pflegeexperten/-innen sowie dem Personal aus Pflege, Betreuung und anderen Diensten wäre dieser Bericht nicht möglich geworden.

Bedanken möchten wir uns auch bei den SHURP 2018-Stakeholdern für ihre Unterstützung, Kommentare und Ratschläge während der gesamten Studie. Das wertvolle Mittragen half, den Inhalt der Studie zu fokussieren. Wir danken auch unserem Kooperationspartner, dem Fachbereich Gesundheit der Berner Fachhochschule, für die Durchführung der ergänzenden Studien RESPONS (Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland) und RESPONS-Fam unter den Bewohnern/-innen und deren Angehörigen.

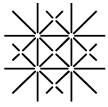
Wir wünschen eine gute Lektüre!

Franziska Zúñiga

Studienleiterin SHURP 2018-Studie

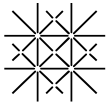
Lauriane Favez

Projektleiterin SHURP 2018-Studie

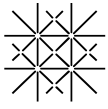


Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	viii
Abkürzungen	x
Executive Summary	xi
1 Einleitung	1
2 Aufbau des Berichts und Hinweise zur Lektüre	1
3 Ergebnisse	3
3.1 Ergebnisse Betriebe	3
3.1.1 Allgemeine Betriebsmerkmale	3
3.1.2 Allgemeine Abteilungsmerkmale	10
3.1.3 Allgemeine Merkmale Bewohner/-innen	11
3.1.4 Versorgungsschwerpunkte – Betreuungsangebote	12
3.1.5 Aktivitäten und demenzspezifische Infrastruktur	13
3.1.6 Organisation der medizinischen Versorgung	16
3.1.7 Strukturmerkmale Sicherheit (Bewohner/-innen) und Qualität	20
3.1.8 Infektionskontrolle	24
3.1.9 Elektronische Bewohner/-innendokumentation	25
3.2 Ergebnisse Bewohner/-innen	30
3.2.1 Allgemeine Pflege- und Betreuungsqualität	30
3.2.2 Überblick über die nationalen Qualitätsindikatoren	31
3.2.3 Qualitätsindikatoren – Bewegungseinschränkende Massnahmen	36
3.2.4 Qualitätsindikatoren – Mangelernährung	42
3.2.5 Qualitätsindikatoren – Schmerzen	50
3.2.6 Qualitätsindikatoren – Polymedikation	56
3.2.7 Spitaleinweisungen	62
3.2.8 Erlebte Aggressionsereignisse	69
3.2.9 Personenzentrierte Pflege	72
3.3 Personal – Arbeitsumgebungsqualität	78
3.3.1 Beschreibung Personal	78
3.3.2 Arbeitsumgebungsqualität	81
3.3.3 Administrative Aufgaben	93
3.4 Personal – Implizite Rationierung	98
3.4.1 Aktivitäten des täglichen Lebens	98
3.4.2 Caring – Rehabilitation – Überwachung	99
3.4.3 Dokumentation	101
3.4.4 Soziale Aktivitäten	102
3.4.5 Zusammenfassung implizite Rationierung	103



3.5	Personalergebnisse	104
3.5.1	Angebote fürs Personal	104
3.5.2	Arbeitszufriedenheit	105
3.5.3	Kündigungsabsicht	108
3.5.4	Vereinbarkeit Familie und Beruf	110
3.5.5	Überzeit – Freizeit	112
3.5.6	Langzeitabsenzen – Absentismus – Präsentismus	114
3.5.7	Gesundheitsbeschwerden – Erschöpfung	116
3.6	Abteilungsleiter/-innen	119
3.6.1	Beschreibung Abteilungsleitungen	119
3.6.2	Ausbildung	120
3.6.3	Verantwortlichkeiten	120
3.7	Pflegeexperten/-innen	122
3.7.1	Allgemeine Angaben des oberen Kaders zu den Pflegeexperten/-innen	123
3.7.2	Beschäftigung und Arbeitszeiten	126
3.7.3	Rollen und Kompetenzen	126
3.7.4	Zusammenarbeit	128
3.7.5	Ergebnisse der eigenen Rolle für Bewohner/-innen und Pflegeteams	129
3.7.6	Pflegeentwicklung und Qualitätsverbesserung	130
4	Diskussion	132
5	Schlussfolgerungen	139
6	Bibliographie	142
7	Appendix	152
7.1	Hintergrund der Studie	152
7.2	Studienziele	152
7.3	Stichprobe und Rekrutierung	153
7.4	Ablauf der Datenerhebung	154
7.5	Datenanalyse	155



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beschreibung der teilnehmenden Betriebe nach Heimgrösse.	4
Tabelle 2: Allgemeine Betriebsmerkmale und Kapazitäten nach Sprachregion.	5
Tabelle 3: Angaben zum Personal nach Sprachregion.	6
Tabelle 4: Weiterbildungsabschlüsse des Pflegefachpersonals auf der Abteilung nach Sprachregion.	9
Tabelle 5: Allgemeine Abteilungsmerkmale nach Sprachregion.	10
Tabelle 6: Allgemeine Merkmale Bewohner/-innen nach Sprachregion.	11
Tabelle 7: Wohnkonzept auf Abteilungen nach Betriebsgrösse.	15
Tabelle 8: Arztsystem nach Sprachregion.	17
Tabelle 9: Medizinische Versorgungsangebote nach Sprachregion.	18
Tabelle 10: Strukturen im Bereich Bewohner/-innensicherheit und Qualität nach Sprachregion.	21
Tabelle 11: Massnahmen zur Qualitätsverbesserung in den letzten zwei Jahren nach Sprachregion.	23
Tabelle 12: Infektionskontrolle nach Sprachregion.	25
Tabelle 13: Nutzen der elektronischen Bewohner/-innendokumentation aus Sicht der Heimleitungen.	28
Tabelle 14: Elektronischen Bewohner/-innendokumentation aus Sicht des Pflege-/Betreuungspersonals.	29
Tabelle 15: Pflege- und Betreuungsqualität gemäss Pflege/Betreuungspersonal nach Sprachregion.	30
Tabelle 16: Definitionen, Risikoadjustierung, Ausschlusskriterien für nationale Qualitätsindikatoren.	32
Tabelle 17: Technologische Hilfsmittel für bewegungseinschränkende Massnahmen.	37
Tabelle 18: Zugänglichkeit zu Fachexpertise nach Betriebsgrösse und Sprachregion.	40
Tabelle 19: Haltung des Personals gegenüber bewegungseinschränkenden Massnahmen.	41
Tabelle 20: Strukturen bezüglich Ernährung nach Betriebsgrösse.	44
Tabelle 21: Anwesenheit der Angehörigen während Mahlzeiten nach Sprachregion und Betriebsgrösse.	48
Tabelle 22: Rahmenbedingungen im Bereich Schmerz nach Sprachregion.	52
Tabelle 23: Aufgaben der Apotheke nach Betriebsgrösse.	58
Tabelle 24: Kontext der Medikationsüberprüfung gemäss Abteilungsleitungen.	59
Tabelle 25: Häufigkeit der Verfügbarkeit von Unterlagen am Eintrittstag auf der Abteilung.	60
Tabelle 26: Einflussfaktoren auf Spitaleinweisungen gemäss Abteilungsleitungen nach Sprachregion.	67
Tabelle 27: Personenzentrierte Strukturen / Prozesse gemäss Abteilungsleitungen nach Sprachregion.	74
Tabelle 28: Personenzentrierte Pflege gemäss Pflege-/Betreuungspersonal nach Sprachregion.	76
Tabelle 29: Angaben zum befragten Personal.	79
Tabelle 30: Angaben zum Pflege- und Betreuungspersonal.	80
Tabelle 31: Berufsabschlüsse anderes Personal.	81
Tabelle 32: Arbeitsumgebungsqualität – Führung – Alles Personal.	83
Tabelle 33: Arbeitsumgebungsqualität – Personalressourcen – Alles Personal.	85
Tabelle 34: Arbeitsumgebungsqualität – Teamwork – Alles Personal.	86
Tabelle 35: Arbeitsumgebungsqualität – Sicherheitsklima – Alles Personal.	88

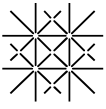
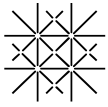


Tabelle 36: Zusammenarbeit – Alles Personal.	90
Tabelle 37: Wahrnehmung der Qualitätsverbesserung nach Sprachregion.	92
Tabelle 38: Extraproduktives Verhalten – Alles Personal.	93
Tabelle 39: Belastung durch administrative Aufgaben im Vergleich zum Vorjahr.	96
Tabelle 40: Arbeitszufriedenheit und Empfehlung des eigenen Arbeitgebers – Alles Personal.	107
Tabelle 41: Kündigungsabsicht – Alles Personal.	109
Tabelle 42: Vereinbarkeit Familie und Beruf – Alles Personal.	112
Tabelle 43: Überzeit und Freizeit – Alles Personal.	113
Tabelle 44: Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation – Alles Personal.	118
Tabelle 45: Verantwortlichkeiten der Abteilungsleitungen nach Sprachregion.	122
Tabelle 46: Charakteristika der befragten Pflegeexperten/-innen nach Sprachregion.	124
Tabelle 47: Vorgesetzte, Aus- und Weiterbildung der Pflegeexperten/-innen nach Sprachregion.	125
Tabelle 48: Rollen und Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen nach Sprachregion.	128
Tabelle 49: Aktivitäten der Pflegeexperten/-innen zur Qualitätsverbesserung nach Sprachregion.	132

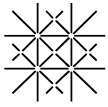


Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grademix nach Sprachregion.	7
Abbildung 2: Betreuungs- und Versorgungsschwerpunkte der Pflegeinstitutionen nach Sprachregion.	12
Abbildung 3: Angebot von Aktivitäten nach Sprachregionen.	13
Abbildung 4: Häufigkeit des Angebots von Aktivitäten.	14
Abbildung 5: Räumliche und personelle Struktur der Abteilung nach Sprachregion.	16
Abbildung 6: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zu verschiedenen Zeitpunkten.	19
Abbildung 7: Charakteristika der Fallbesprechungen nach Sprachregion.	24
Abbildung 8: Elemente der elektronischen Bewohner/-innendokumentation nach Sprachregion.	26
Abbildung 9: Elektronischer Austausch von Gesundheitsdaten nach Sprachregion.	27
Abbildung 10: Qualitätsindikatoren: Risikoadjustierte MW und Verteilung der Werte über Betriebe.	33
Abbildung 11: Zufriedenheit mit Qualitätsindikatoren – Vergleich.	34
Abbildung 12: Nützlichkeit der Qualitätsindikatoren für Benchmarking oder interne Überwachung.	35
Abbildung 13: Entscheidungspartner bezüglich bewegungseinschränkender Massnahmen.	38
Abbildung 14: Zugang zu Fachexpertise gemäss Heimleitungen.	39
Abbildung 15: Zufriedenheit betreffend Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen.	42
Abbildung 16: Vorhandene Assessmentinstrumente für Mangelernährung.	45
Abbildung 17: Auswertung und Überwachung von Mangelernährung.	47
Abbildung 18: Zufriedenheit betreffend Umgang mit Mangelernährung.	49
Abbildung 19: Hindernisse in der Schmerzbehandlung.	54
Abbildung 20: Zufriedenheit betreffend Umgang mit Schmerzen.	56
Abbildung 21: Hauptsächliches System für die Versorgung mit Medikamenten.	57
Abbildung 22: Zufriedenheit betreffend Umgang mit Polymedikation.	62
Abbildung 23: Handhabung bezüglich Spitaleinweisungen auf der Abteilung nach Sprachregion.	64
Abbildung 24: Erleben von Aggressionsereignissen gegen sich selbst – alles Personal.	70
Abbildung 25: Erleben von Aggressionsereignissen gegen andere Bewohner/-innen – alles Personal.	71
Abbildung 26: Belastung durch administrative Aufgaben im Alltag.	95
Abbildung 27: Zeit für administrative Aufgaben an normalem Arbeitstag.	97
Abbildung 28: Zeit für administrative Aufgaben nach Berufsgruppen.	97
Abbildung 29: Implizite Rationierung von Aktivitäten des täglichen Lebens.	99
Abbildung 30: Implizite Rationierung von Caring, Rehabilitation und Überwachung.	101
Abbildung 31: Implizite Rationierung der Dokumentation.	102
Abbildung 32: Implizite Rationierung von sozialen Aktivitäten.	103
Abbildung 33: Kündigungsabsicht – Vergleich in Stichprobe 2013-2018.	110
Abbildung 34: Keine Abwesenheitstage wegen Krankheit – anderes Personal.	116
Abbildung 35: Gesundheitsbeschwerden – Vergleich in Stichprobe 2013-2018	117

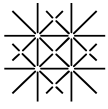


Abbildung 36: Höchster Ausbildungsabschluss Pflegeexperten/-innen.	126
Abbildung 37: Erleben der Zusammenarbeit mit versch. Berufsgruppen durch Pflegeexperten/-innen.	129



Abkürzungen

ACP	Advance Care Planning
APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BESA	Bewohner/-innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem
BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz
BFS	Bundesamt für Statistik
BScN	Bachelor of Science in Nursing
CAS	Certificate of Advanced Studies
CIRS	Critical Incident Reporting System
CPS	Cognitive Performance Scale
D	Deutschsprachige Schweiz (Deutschschweiz)
DAS	Diploma of Advanced Studies
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
ECPA	Échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
EKG	Elektrokardiogramm
F	Französischsprachige Schweiz (Romandie)
FA	Fachausweis (eidgenössische Berufsprüfung)
FaGe	Fachfrau/Fachmann Gesundheit
FH	Fachhochschule
HF	Höhere Fachschule
INS	Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel
MAS	Master of Advanced Studies
MNA / MNA-SF	Mini Nutritional Assessment / Mini Nutritional Assessment Short-Form
MScN	Master of Science in Nursing
MW	Mittelwert
PLAISIR/PLEX	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
RAI-NH	Resident Assessment Instrument – Nursing Home
RESPONS	Residents' Perspectives Of Living in Nursing Homes in Switzerland
SD	Standardabweichung
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project



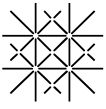
Executive Summary

In der Studie Swiss Nursing Homes Human Resources Project 2018 (SHURP 2018) hat das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel mit einer schriftlichen Umfrage die Pflegequalität und Personalsituation in Schweizer Pflegeinstitutionen zum zweiten Mal umfassend untersucht. Befragt wurden 4'442 Pflege- und Betreuungspersonen in 118 Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und der Romandie, sowie 1'378 Personal von anderen Diensten (z. B. Küche, Hauswirtschaft, technischer Dienst, Therapien), 385 Abteilungsleitungen und 104 Pflegeexperten/-innen. Hinzu kommen Angaben von 6'893 Bewohnern/-innen aus 86 Betrieben zu den nationalen Qualitätsindikatoren in den Themenbereichen bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Schmerzen und Polymedikation. Die Erhebung fand zwischen September 2018 und Oktober 2019 statt. 47 Betriebe nahmen zum zweiten Mal an einer SHURP Erhebung teil (die erste wurde 2013 durchgeführt), so dass die Datenauswertung auch einen Längsschnitt zulässt über Entwicklungen in den letzten Jahren.

Wie die Ergebnisse der SHURP 2018 Studie zeigen, leisten Schweizer Pflegeinstitutionen eine gute Qualität. 90% des befragten Personals beurteilt die Pflegequalität im Allgemeinen als hoch. Im internationalen Vergleich werden bei wenigen Bewohnern/-innen bewegungseinschränkende Massnahmen eingesetzt (2.5%) und wenige sind mangelernährt (4.1%). Handlungsbedarf zeigt sich hingegen im Bereich der Polymedikation (44.3% der Bewohner/-innen nehmen 9 und mehr Wirkstoffe ein, mit einer Streubreite zwischen 21.9% und 69.0% unter den teilnehmenden Betrieben) und der gesundheitlichen Vorausplanung (nur 69.8% der Abteilungsleitungen geben z. B. an, dass der Wunsch der Bewohner/-innen bezüglich Reanimation immer bei Eintritt geklärt wird).

Insgesamt sind die Pflegeinstitutionen aktiv an der Entwicklung der Qualität dran. Die Hälfte der befragten Betriebe verfügt über einen Qualitätslabel (50.8%), und mehr als zwei Drittel berichten von regelmässigen externen Audits (71.6%), zielorientierte Qualitätsentwicklung (80.5%), der Nutzung von Qualitätsindikatoren (79.5%) und Projekten zur Qualitätsverbesserung (68.6%). Es wird deutlich, dass die Pflegeinstitutionen auf eine gute Pflegequalität Wert legen und kontinuierlich daran arbeiten. Dies äussert sich auch in der Tatsache, dass fast drei Viertel einen Pflegeexperten oder eine Pflegeexpertin angestellt haben, die einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten.

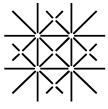
Die Ressourcen sind jedoch knapp. Eine der grössten Herausforderung für die Pflegeinstitutionen besteht nach wie vor darin, genügend und gut ausgebildetes Personal zu finden. So geben 96% der Betriebe an, Probleme bei der Rekrutierung von Pflegefachpersonal zu haben. Nur knapp 50% des befragten Pflege- und Betreuungspersonals gibt an, dass es genügend Personal gibt, um die anfallende Arbeit zu erledigen – in der ersten SHURP-Erhebung im 2013 waren dies noch 58%. Ebenso schätzen nur 58% der Abteilungsleitungen die Personalbesetzung auf ihrer Abteilung als angemessen ein. Mehr als ein Drittel des Pflege- und Betreuungspersonal macht pro Woche mindestens 30 Minuten Überzeit und rund 60% des



Pflegefachpersonals beschreibt eine Zunahme von administrativen Arbeiten im letzten Jahr. Hinzu kommt eine deutlich zunehmende Rationierung der Pflege: Mehr Antwortende als im 2013 geben an, individuelle und Gruppenaktivitäten mit Bewohnern/-innen aus Zeitknappheit wegzulassen. Ebenso steigt der Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals, die angeben manchmal oder häufig die Körperpflege (2013: 17%, 2018: 25%) oder die Mund- und Zahnpflege (2013: 13%, 2018: 20%) wegen knappen Ressourcen weglassen zu müssen.

All diese Angaben zeigen, dass die Betriebe mit den Personalressourcen am Limit und trotz allen Anstrengungen von den Rahmenbedingungen her stark eingeengt werden (z. B. finanzielle Ressourcen, Personalmarkt) und der Druck zunimmt. Dies zeigt sich auch in den Personalergebnissen. Deutlich mehr Personal als im 2013 gibt Energielosigkeit, Schlafstörungen und Gelenk- oder Gliederschmerzen an. Gemäss der Erhebung gibt das Pflege- und Betreuungspersonal mehr Gesundheitsprobleme und höhere Kündigungsabsicht an und erlebt knappere Personalressourcen als das andere Personal in den Betrieben.

Die Resultate der Studie zeigen, dass die Pflegeinstitutionen einen grossen Einsatz leisten, um mit den knappen Ressourcen eine hohe Pflegequalität für die Bewohner/-innen zu erreichen. Es ist jedoch ein fragiles Gleichgewicht und es braucht Massnahmen zur Stärkung der Pflegeinstitutionen, damit sie weiterhin ihre Arbeit leisten können. Es braucht genügend und gut ausgebildetes Personal sowie Rahmenbedingungen, die den Pflegeinstitutionen erlauben, das richtige Personal am richtigen Ort einzusetzen für das Wohl der Bewohner/-innen.



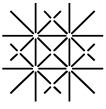
1 Einleitung

SHURP 2018 (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) ist ein Forschungsprojekt, das vom Institut für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel zwischen 2018 und 2019 in 118 Pflegeinstitutionen der Deutschschweiz und Romandie durchgeführt wurde. SHURP 2018 ist ein Folgeprojekt der SHURP-Studie aus dem Jahr 2013 und baut auf deren Ergebnissen und Erkenntnissen auf (1). Die vorliegende Studie greift Elemente aus der Befragung von 2013 wieder auf und fokussiert zusätzlich auf die neu eingeführten nationalen Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege und untersucht deren Zusammenhänge mit Betriebs- und Personalmerkmalen, der Arbeitsumgebungsqualität und der Arbeitslast des Personals. Die Studie hat den teilnehmenden Institutionen ermöglicht, Elemente zu identifizieren, die der Sicherstellung der Pflegequalität und der Personalentwicklung dienlich sind. Mit den Resultaten wird es möglich, das Wissen in der Langzeitpflege weiterzuentwickeln und zur Sichtbarkeit der Pflegeinstitutionen in der Schweiz beizutragen. Die SHURP 2018-Studie wurde in Zusammenarbeit mit der RESPONS-Studie der Berner Fachhochschule (BFH) durchgeführt. Diese konzentriert sich darauf, wie die Bewohner/-innen und deren Angehörige die Pflege- und Lebensqualität in den Pflegeinstitutionen wahrnehmen und damit eine ergänzende Perspektive einbringt.

2 Aufbau des Berichts und Hinweise zur Lektüre

Ziel des vorliegenden nationalen Berichts ist es, die Resultate der im Rahmen der SHURP 2018-Studie erhobenen Daten umfassend zu beschreiben. Der Bericht eignet sich gut als Nachschlagewerk und muss nicht von vorne bis hinten durchgelesen werden. Für das Verständnis der Stichproben empfehlen wir, Kapitel 3.1.1 und 3.1.2 für die allgemeinen Betriebs- und Abteilungsmerkmale zu lesen, Kapitel 0 für die Merkmale der Bewohner/-innen und 3.3.1 für die Personalmerkmale. Wir gehen davon aus, dass die Stichprobe aufgrund des Vorgehens bei der Rekrutierung (siehe 7.3) und der Tatsache, dass die Erhebung für die Pflegeinstitutionen mit Kosten verbunden war, nicht repräsentativ ist für die Schweiz. Wir vermuten, dass eine positive Verzerrung der Daten vorliegt, dass die Resultate also besser sind als die tatsächliche Situation. Das liegt daran, dass wir in erster Linie motivierte Pflegeinstitutionen rekrutieren konnten, deren betrieblicher Zustand zum Zeitpunkt der Befragung stabil war.

Im Bericht beschreiben wir Unterschiede und Auffälligkeiten hinsichtlich verschiedener Kriterien, wie z. B. Heimgrösse (gross, mittel und klein), Sprachregion (Deutschschweiz, Romandie) oder Berufsgruppen. Wir präsentieren die Daten in Form von Tabellen, Grafiken oder direkt im Text. Die betrieblichen Rechtsformen (öffentlich, privat) der Pflegeinstitutionen kommentieren wir wenig, da sich hier kaum Unterschiede zwischen den teilnehmenden Betrieben gezeigt haben. Vertiefende Zusammenhangsanalysen sind nicht Bestandteil



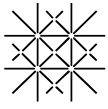
dieses Berichts, sondern Teil der weiterführenden Forschungsarbeit, die in wissenschaftlichen Artikeln veröffentlicht werden wird.

Zum Teil wurden in SHURP 2018 Fragen wiederholt, die bereits in der nationalen Erhebung mit SHURP 2013 gestellt wurden. Wo möglich, werden auffällige Unterschiede zu den Resultaten aus 2013 kommentiert. Interessierte Leser/-innen finden den SHURP 2013-Bericht auf <https://shurp.unibas.ch/vortraege-publikationen/>. Wenn wir Unterschiede zwischen 2013 und 2018 kommentieren, beziehen wir uns immer auf die Stichprobe der 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben. Auf diese Weise wird der Vergleich nicht mit unterschiedlichen Stichproben verzerrt.

Den Hauptteil des Berichts bilden die Befragungsergebnisse, die in Kapitel 3 dargestellt sind. In einem ersten Teil werden die Betriebs- und Abteilungsmerkmale vorgestellt (Kapitel 3.1), was einen Überblick über die SHURP 2018-Stichprobe ermöglicht. Diese Daten stammen aus Fragebogen für den oberen Kader und Abteilungsleitungen. Beim oberen Kader waren es je nach Betrieb Personen mit unterschiedlichen Funktionen, die den Fragebogen ausgefüllt haben. Mehrheitlich waren es jedoch Heimleitungen, so dass wir diese jeweils als Antwortende benennen im Text. Darauf folgen die Ergebnisse betreffend die Bewohner/-innen (Kapitel 3.2). Hier gehen wir umfassend auf die nationalen Qualitätsindikatoren ein. In zwei weiteren Teilen widmen wir uns der Arbeitsumgebungsqualität aus der Sicht des Personals (Kapitel 3.3) und der Rationierung (Kapitel 3.4). Darauf folgt die Beschreibung von Personalergebnissen, im Hinblick auf sowohl das Pflege- und Betreuungspersonal als auch andere in den Pflegeinstitutionen tätige Berufsgruppen, wie z. B. aus den Bereichen der Küche und Hotellerie oder des technischen Diensts (Kapitel 3.5). Die abschliessenden beiden Teile beinhalten eine für die Schweiz erstmalige Beschreibung der Merkmale und Tätigkeiten von Abteilungsleitungen (Kapitel 3.6) und Pflegeexperten/-innen (Kapitel 3.7) in der stationären Langzeitpflege.

Dem Ergebnisteil folgt eine Synthese der Resultate (Diskussion) und kurze Schlussfolgerungen. Für Interessierte werden im Anhang der Hintergrund und das methodische Vorgehen der Studie beschrieben (Appendix).

Zwecks einer vertiefenden Auseinandersetzung mit den Daten aus der Personalbefragung (Pflege- und Betreuungspersonal sowie anderes Personal) stehen online Tabellen mit ausgewählten Resultaten zur Verfügung (siehe <https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>). Diese Tabellen enthalten detaillierte Informationen zu den verwendeten Messinstrumenten und Fragebögen bzw. den gestellten Fragen und Antwortkategorien. Sie zeigen die Unterschiede bezüglich der oben genannten Kriterien (Heimgrösse, Sprachregion) auf, sowie Unterschiede in den Antworten des Pflege- und Betreuungspersonals und des anderen Personals für diejenigen Fragen, die beiden Gruppen gestellt wurden.



3 Ergebnisse

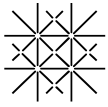
3.1 Ergebnisse Betriebe

3.1.1 Allgemeine Betriebsmerkmale

An der SHURP 2018-Studie haben insgesamt 118 Pflegeinstitutionen teilgenommen, davon 98 Betriebe (83%) aus der Deutschschweiz und 20 Betriebe (17%) aus der Romandie (siehe Tabelle 1). Von den 118 teilnehmenden Institutionen weisen 46% eine öffentliche und 54% eine private (d. h. private oder privat subventionierte) Rechtsform auf, wobei der Anteil privater Pflegeinstitutionen in den französischen Sprachregionen deutlich grösser ist (D: 50% vs. F: 75%). Es sind damit deutlich mehr öffentliche Betriebe in der Stichprobe, als die 25%, die gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) in der Schweiz vorhanden sind, und analog deutlich weniger private Betriebe mit 54% in der Stichprobe vs. 75% in der Schweizer Langzeitpflege. In Bezug auf die Betriebsgrösse sind mittlere Betriebe (50-99 Betten) in der Stichprobe am stärksten vertreten (46%). Grosse Betriebe machen 30% der Stichprobe aus und die kleinen Betriebe (20-49 Betten) sind mit einem Anteil von 23% vertreten.

Im Vergleich zu der SHURP 2013-Studie (1), in der 163 Betriebe aus der Deutschschweiz, der Romandie und dem Tessin befragt wurden, zeigt sich eine Verschiebung der Stichprobe 2018 hin zu mehr grossen Betrieben (2013: 15%) und weniger kleinen Betrieben (2013: 39%). Dies lässt sich wahrscheinlich damit erklären, dass die Teilnahme an der Studie 2018 mit Kosten verbunden war.

Die meisten der befragten Betriebe befinden sich in städtischem Umfeld (72%) gemäss der Raumgliederung des BFS, gefolgt von Betrieben im intermediären Raum (20%) und auf dem Land (8%). Dies ist ungleich der Verteilung der 2'212 Gemeinden der Schweiz (Stand 2012), der zufolge 22% als städtisch gelten, 26% als intermediär und 52% als ländlich. Bezüglich Trägerschaft sind 47% der Institutionen eine Stiftung, gefolgt von 34% öffentlich-rechtlichen Körperschaften und 20% Aktiengesellschaften. Dabei sind vor allem die grossen Institutionen öffentlich-rechtliche Körperschaften (46%), während mittlere und kleine Institutionen am häufigsten von Stiftungen getragen werden (43%, resp. 41%).

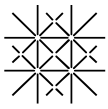


	Alle (n = 118)	Gross (≥ 100 Betten) (n = 35)	Mittel (50-99 Betten) (n = 56)	Klein (20-49 Betten) (n = 27)
	% Ja	% Ja	% Ja	% Ja
Sprachregion				
Deutschs Schweiz (D)	83.1	16.0	25.5	5.7
Romandie (F)	16.9	84.0	74.5	94.3
Rechtsform¹				
Öffentlich	45.8	60.0	39.3	40.7
Privat subventioniert	20.3	14.3	25.0	18.5
Privat	33.9	25.7	35.7	40.7
Geografische Lage				
Ländlich	8.5	2.9	1.8	29.6
Intermediär (dichter periurbaner Raum und ländliche Zentren)	19.5	8.6	19.6	33.3
Städtisch	72.0	88.6	78.6	37.0
Bedarfserhebungsinstrumente				
RAI-NH	41.4	37.5	41.7	20.8
BESA	43.1	28.0	48.0	24.0
PLAISIR/PLEX	15.5	11.1	66.7	22.2
Organisation / Trägerschaft				
Verein	9.3	2.9	14.3	7.4
Stiftung	39.8	34.3	42.9	40.7
Öffentlich-rechtliche Körperschaft	28.8	45.7	19.6	25.9
Aktiengesellschaft	16.9	11.4	19.6	18.5
Gemeindeverbund / Zweckverbund	4.2	2.9	3.6	7.4
Andere	0.8	2.9	-	-

¹ Die drei Rechtsformen wurden im Fragebogen in Anlehnung an die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)-Statistik des BFS wie folgt beschrieben:

- Öffentlich: es handelt sich um eine öffentlich-rechtliche Institution.
- Privat subventioniert: es handelt sich um eine privatrechtliche Institution mit einer Betriebsbeitrags- oder Investitionsbeitragsgarantie und/oder einer Defizitgarantie eines Gemeinwesens.
- Privat: es handelt sich um eine privatrechtliche Institution ohne Betriebsbeitrags- oder Investitionsbeitrags-garantie oder Defizitgarantie eines Gemeinwesens.

Tabelle 1: Beschreibung der teilnehmenden Betriebe nach Heimgrösse.

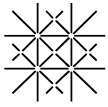


Kapazitäten. Die 118 teilnehmenden Betriebe haben eine Langzeitpflegekapazität von im Median 74 Betten (Mittelwert: 84 Betten) (siehe Tabelle 2). Damit sind in der SHURP 2018-Stichprobe grössere Betriebe übervertreten im Vergleich zu einer mittleren Bettengrösse über alle Schweizer Pflegeinstitutionen von 62 Langzeitbetten (2). Insgesamt gaben 49 Betriebe (42%) an, über Kurzzeitpflege-Betten zu verfügen, und 12 (10%) verfügen über Betten in der Akut- und Übergangspflege. Im Median sind dies 2 Kurzzeitpflege-Betten sowie 3 Plätze im Bereich Akut- und Übergangspflege. Weiter sind sprachregionale Kapazitätsunterschiede zu beobachten. Namentlich verfügen deutschsprachige Institutionen tendenziell über mehr Betten als die Westschweizer, z. B. in der Langzeitpflege mit D: 76 vs. F: 66 im Median. Betriebsübergreifend waren die Kapazitäten gemäss der durchschnittlichen jährlichen Bettenbelegung in allen Pflegeinstitutionen praktisch ausgeschöpft. Im Mittel berichteten die Betriebe von einer Belegung von 97.8% (± 9.6) während der letzten zwölf Monate.

	Anzahl gültiges n	Alle n (n = 118)	Deutschschweiz n (n = 98)	Romandie n (n = 20)		
Anzahl Betten pro Betrieb (Median)						
Langzeitpflege	118	74	98	76	20	66
Kurzzeitpflege	49	2	40	2	9	2
Akut- und Übergangspflege	12	3	12	3	-	-
Bettenbelegung (%)						
Insgesamt	110	97.8	90	97.7	20	98.1

Tabelle 2: Allgemeine Betriebsmerkmale und Kapazitäten nach Sprachregion.

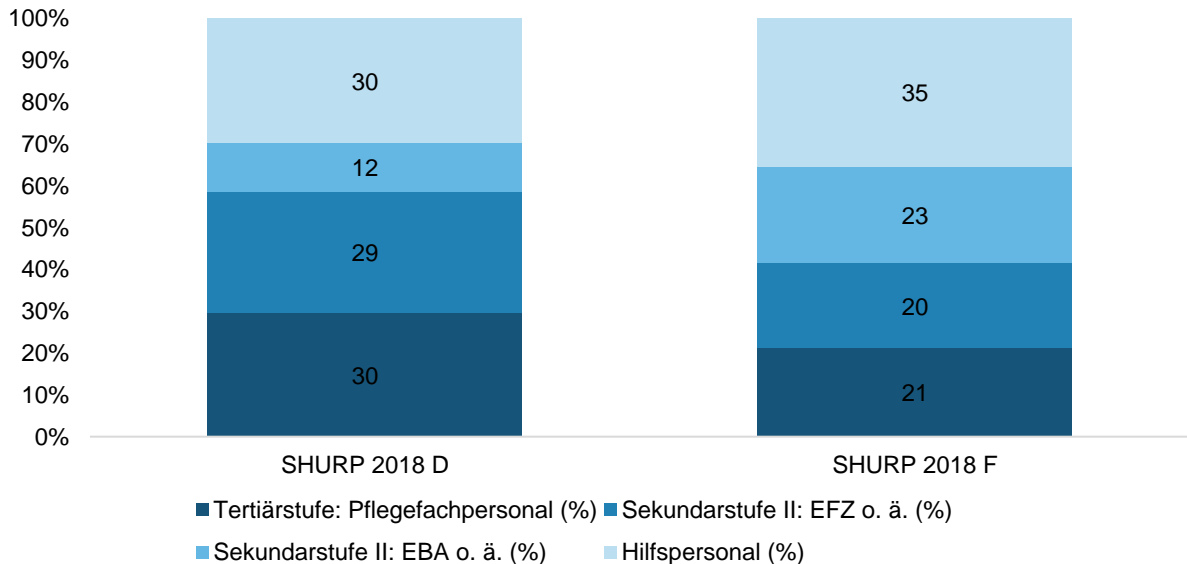
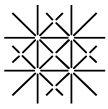
Personalbestände. Die Personalbestände wurden auf Basis der Angaben in den Abteilungsfragebogen berechnet. Es sind darin die Bestände über alle Abteilungen zusammengefasst. Zusätzliche übergreifende Stellen (wie z. B. oberer Kader und Stabsstellen) sind nicht enthalten. Im Mittel hat jeder Betrieb 47.8 (± 14.1) Vollzeitäquivalenzstellen im Bereich Pflege und Betreuung pro 100 Betten. Weiter sind 11 (± 5.8) Lernende und Studierende pro 100 Betten beschäftigt. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren allgemein nur sehr wenige Stellen beim Pflege- und Betreuungspersonal vakant; im Mittel deren 1.2 (± 1.8) pro Betrieb. Diese Zahl ist insbesondere in der Romandie mit 0.5 (± 0.9) vakanten Stellen sehr tief – anhand der Angaben können wir nicht eruieren, auf welcher Stufe diese Stellen frei waren (Tertiär-, Sekundarstufe oder Hilfspersonal). Insgesamt gaben zudem 89% der Betriebe an, von der Hilfe von freiwilligen Mitarbeitenden zu profitieren. Diese Volontär-Kultur ist in grossen Betrieben (97.1%) sowie in öffentlichen Pflegeinstitutionen (94.4%) am stärksten verbreitet (siehe Tabelle 3).



	<i>Alle</i> (n = 118)		<i>Deutschschweiz</i> (n = 98)		<i>Romandie</i> (n = 20)	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Anzahl Vollzeitstellen pro 100 Betten	47.8	14.1	46.3	13.9	55.2	13.9
Anzahl Lernende pro 100 Betten	11.0	5.8	12.2	5.3	5.3	4.2
Vakante Stellen pro Betrieb	1.2	1.8	1.3	1.9	0.5	0.9
Fluktuation (%)	13.5	8.6	13.9	8.9	11.6	7.0
Einsatz von freiwilligen Helfern/-innen (%)	89.0		85.0		89.8	
Anstellungsdauer Heimleitung (in Jahren)	6.5	5.9	6.0	5.0	9.1	8.9
Anstellungsdauer Leitung Pflege (in Jahren)	6.2	6.9	5.8	5.8	8.5	10.6
Rekrutierungssituation (% <i>sehr schwierig</i> oder <i>eher schwierig</i>):						
Pflegefachpersonal (Tertiärstufe)	96.3		96.9		80.0	
Zertifiziertes Personal (EFZ)	66.1		66.0		75.0	
Assistenz- und Hilfspersonal	5.6		7.3		25.0	

Tabella 3: Angaben zum Personal nach Sprachregion.

Skill- und Grademix beim Pflege- und Betreuungspersonal. In Bezug auf die Teamzusammensetzung stellt das Hilfspersonal mit 30.7% den grössten Anteil des Pflorgeteams dar, gefolgt von Mitarbeitenden auf der Tertiärstufe (28.2%), solchen mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) auf der Sekundarstufe II (27.6%) und, mit einem deutlich geringeren Anteil, Assistenzpersonal der Sekundarstufe II (13.5%). Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen, vor allem beim Assistenzpersonal (D: 11.6% vs. F: 23.2%), aber auch bei den anderen Berufsgruppen. Abbildung 1 zeigt die Unterschiede nach Sprachregion im 2018. Im Vergleich zu 2013 ist der Bereich des Pflegefachpersonals in beiden Sprachregionen leicht zurückgegangen, wenn man die 47 Pflegeinstitutionen vergleicht, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben (D 2013: 31.3, D 2018: 26.2 vs. F 2013: 25.7, F 2018: 23.5).



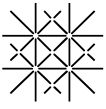
Beschreibung der Berufsgruppen:

- Tertiärstufe: Pflege- und Betreuungspersonal mit Hochschulabschluss oder Abschluss einer Höheren Fachschule (Pflegefachperson Fachhochschule (FH) / Bachelor of Nursing Science (BScN) / Master of Science in Nursing (MScN) / Diplommiveau II (DNI) / Höhere Fachschule (HF) / Allgemeine Krankenpflege (AKP) / Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP) / Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege (KWS) / Integrierte Krankenpflege (IKP), gezählt werden auch die gleichgesetzten Titel der Pflegefachperson Diplommiveau I (DNI), Altenpfleger/-in mit 3-jähriger Ausbildung [Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) Anerkennung als DNI], u. a.); Fachperson mit Berufsprüfung Fachfrau/Fachmann für Langzeitpflege und -betreuung ist in Tertiärstufe integriert.
- Sekundarstufe II: Fachperson in Pflege oder Betreuung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) oder Fähigkeitsausweis (Fachfrau/Fachmann Gesundheit, Fachfrau/Fachmann Betreuung, Betagtenbetreuer/-in, Krankenpfleger/-in FA SRK / Praktische Krankenpflege (PKP), Altenpfleger/-in mit 2-jähriger Ausbildung (SRK-Anerkennung als FA SRK), Gelernte Hauspfleger/-innen, Aktivierungsfachfrau/Aktivierungsfachmann, und andere Ausbildungen, die mit einem eidgenössischem Fähigkeitszeugnis abschliessen).
- Sekundarstufe II: Assistenzpersonal (Assistenten/Assistentinnen Gesundheit und Soziales Eidgenössisches Berufsattest (EBA), Pflegeassistent/-innen).
- Hilfspersonal: Pflegehelfer/-innen (z. B. Pflegehelfer/-in SRK), Praktikanten/Praktikantinnen, die längere Zeit auf der Abteilung sind und ihr Praktikum nicht im Rahmen einer Ausbildung machen.

Abbildung 1: Grademix nach Sprachregion.

Fluktuation. Die Fluktuation wird verstanden als der Prozentsatz des Pflege- und Betreuungspersonals, das in den letzten 6 Monaten den Arbeitsplatz gewechselt und die Abteilung oder den Betrieb verlassen hat (z. B. Kündigung, Pensionierung). Die durchschnittliche Fluktuationsrate liegt bei 13.5% ($\pm 8.6\%$), wobei es geringe Unterschiede zwischen den Personalkategorien gibt. Zum Beispiel haben Mitarbeiter mit EFZ die höchste Fluktuationsrate (16.3%) und das Assistenzpersonal die niedrigste (12.2%). Insgesamt liegt die Personalfluktuationsrate damit in einem betrieblich gesunden Bereich, wobei sich zwischen den Betrieben eine Variation von 0% bis 41% zeigt. Die im Rahmen von SHURP 2013 gemessene Fluktuationsrate lag bei 11%. Wie schon 2013 ist die Fluktuationsrate auch 2018 in der Deutschschweiz höher als in der Romandie, obwohl der Unterschied 2018 geringer ist mit D: 13.9% vs. F: 11.6%.

Personal mit Weiterbildung. Wir fragten auf der Abteilungsebene, über welche Abschlüsse die Mitarbeitenden über das Pflegediplom hinaus verfügen (siehe Tabelle 4). Auf 20.8% der Abteilungen hat es



mindestens 1 Mitarbeiter/-in mit einer Höheren Fachausbildung Stufe I (HöFa I), 3.9% rapportierten mindestens 1 Mitarbeiter/-in mit einer Höheren Fachausbildung Stufe II (HöFa II) und 14.4% der Abteilungen haben Mitarbeitende mit einem Nachdiplomstudium (NDS) oder Nachdiplomkurs (NDK). Weiter verfügen 28.1% der Abteilungen über Mitarbeitende mit einem Certificate of Advanced Studies (CAS), 5.3% mit einem Diploma of Advanced Studies (DAS) und 8.0% mit einem Master of Advanced Studies (MAS). Damit liegt der Fokus der Weiterbildungen auf der Abteilungsebene auf der Stufe HöFa I und CAS, wobei die HöFa I in der Deutschschweiz häufiger vorkommt als in der Romandie, während das CAS häufiger in der Romandie vertreten ist. In der Romandie hat es mit 60.9% deutlich mehr Abteilungen mit mindestens 1 Mitarbeiter/-in, der/die über einen Abschluss auf dieser Stufe verfügt. In der Deutschschweiz weisen nur 38.2% der Abteilungen mindestens 1 Mitarbeiter/-in auf, der/die entweder eine HöFa I oder ein CAS hat. Insgesamt gibt es 168 Abteilungen (46.8%), auf denen keine Mitarbeitenden über irgendeinen der oben erwähnten Abschlüsse verfügen.

Bezüglich der Schwerpunkte in den Weiterbildungen gaben mit 50.8% die meisten Abteilungen an, dass 1 oder mehrere Teammitglied/-er über eine Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Palliative Care verfügen, dicht gefolgt von den Schwerpunkten Management (47.1%), Demenz (46.1%) und Bildung (45.7%). Damit wird ersichtlich, dass bei der Weiterbildung alle drei Aspekte wichtig sind: fachliche Vertiefung, Management und Bildung. Bei der fachlichen Vertiefung werden besonders die Themen Palliative Care und Demenz fokussiert.

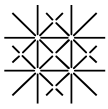
So wie die Romandie eine höhere Anzahl Abteilungen mit Mitarbeitenden hat, die über einen weiterführenden Ausbildungsabschluss verfügen, hat es auch mehr Abteilungen, die über Mitarbeitende mit den genannten Schwerpunkten verfügen. Die einzige Ausnahme ist der Schwerpunkt Bildung, der in der Deutschschweiz mehr gewichtet zu werden scheint. Dies deckt sich auch mit der oben aufgezeigten geringeren Anzahl von Lernenden und Studierenden pro 100 Betten in der Romandie (D: 12.2/100 Betten vs. F: 5.3/100 Betten). Obwohl für einige Mitarbeitende der Schwerpunkt Bildung angegeben wird, bleibt offen, welches Ausbildungsniveau gemeint ist (ob z. B. auch Personen mit einem SVEB-Abschluss aufgeführt wurden).



	Anzahl gültiges n	Alle (n = 371)	Deutsch- schweiz (n = 320)	Romandie (n = 51)
	n	%	%	%
Weiterbildungsabschluss				
Höhere Fachausbildung Stufe I	360	20.8	23.6	2.2
Höhere Fachausbildung Stufe II	360	3.9	4.1	2.2
Nachdiplomstudium, Nachdiplomkurs	361	14.4	15.6	6.5
Certificate of Advanced Studies	360	28.1	23.2	60.9
Diploma of Advanced Studies	361	5.3	5.4	4.3
Master of Advanced Studies / Executive Master	361	8.0	7.6	10.9
Schwerpunkt der Weiterbildung				
Demenz	360	46.1	41.8	73.5
Palliative Care	360	50.8	46.3	79.6
Gerontopsychiatrie	360	22.5	18.3	49.0
Gerontologie	359	20.1	14.8	53.1
Management	359	47.1	45.8	55.1
Bildung	359	45.7	47.1	36.7

Tabelle 4: Weiterbildungsabschlüsse des Pflegefachpersonals auf der Abteilung nach Sprachregion.

Heimleitungen und Leitungen Pflege. Ebenfalls erfasst wurde die Anstellungsdauer der aktuellen Stelleninhaber/-innen auf der Ebene Heimleitung und Leitung Pflege. Die Heimleitung war im Mittel bereits 6.5 (± 5.9) Jahre in ihrer Position, die Leitungen Pflege 6.2 (± 6.9) Jahre. Demgegenüber zeigte sich 2013 eine mittlere Anstellungsdauer der Heimleitungen von 8.7 Jahren und bei den Leitungen Pflege von 5.8 Jahren. Tendenziell können die Betriebe in der Romandie in diesen Kaderfunktionen 2018 längere Anstellungsverhältnisse aufweisen als diejenigen in der Deutschschweiz. Auffällig ist, dass insgesamt 25% der Heimleitungen vs. 37.4% der Leitungen Pflege erst seit maximal 2 Jahren in ihrer Funktion sind. Von den Heimleitungen haben 32.7% einen Hintergrund in der Pflege, 19.2% gaben an, bereits vorher im Heimbereich tätig gewesen zu sein, 17.3% kommen aus dem Finanz- und Versicherungswesen oder der Unternehmensberatung und 9.6% aus der Hotellerie. Bei den Leitungen Pflege kommen 46.3% aus der Langzeitpflege, 24.1% aus der Akutpflege, 9.3% aus der Spitex und 5.6% aus der Psychiatrie, während der Rest keine spezifischeren Angaben machte.



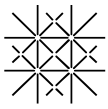
Rekrutierung. In Bezug auf die Rekrutierungssituation waren die Daten bereichsübergreifend einheitlich. Namentlich bekundeten 96.3% aller Betriebe *grosse bis sehr grosse* Mühe, Fachpersonen mit HF- oder FH-Abschluss zu rekrutieren. Auch schwierig, aber weniger prekär, scheint die Rekrutierung von Fachpersonen mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) oder vergleichbarer Ausbildung. Hier stufen insgesamt 66.1% der teilnehmenden Betriebe die Situation als *sehr schwierig* oder *eher schwierig* ein. Deutlich einfacher wird hingegen die Rekrutierung von Assistenz- und Hilfspersonal wahrgenommen, wobei insgesamt 94.4% der Betriebe sie als *eher leicht* oder *sehr leicht* einstufen. Die Rekrutierungssituation hat sich seit 2013 nur leicht verändert. Damals beschrieben 92% aller Betriebe die Rekrutierung von Pflegefachpersonal als *eher schwierig* oder *sehr schwierig*, 64% sagten dasselbe zur Rekrutierung auf der Stufe EFZ und 14% auf der Stufe Assistenz- und Hilfspersonal (1).

3.1.2 Allgemeine Abteilungsmerkmale

Insgesamt wurden 371 Abteilungen in die Erhebung eingeschlossen. Für die Auswertung wurden alle Abteilungen eingeschlossen, die Langzeitbetten anbieten, andere Formen wie z. B. Tages- und/oder Nachtkliniken wurden ausgeschlossen. Durchschnittlich gibt es pro Betrieb 3 Abteilungen mit einer Streubreite von 1 bis 15 Abteilungen. 1 Abteilung verfügt im Mittel über 26 Betten (siehe Tabelle 5).

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 371)	Deutsch- schweiz (n = 320)	Romandie (n = 51)
Anzahl Abteilungen im Betrieb	371	371	320	51
Anzahl Betten pro Abteilung, MW	371	26.4	26.1	28.2
Zimmernaufteilung				
Abteilungen mit nur Einzelzimmern (EZ)	347	36.0	35.9	37.2
Abteilungen mit nur Doppelzimmern (DZ)	347	1.2	1.3	0.0
Abteilungen mit EZ und DZ	347	58.5	57.9	62.8
Abteilungen mit Mehrbettzimmern	347	4.3	4.9	0.0
Abteilungen mit ausschliesslich Zimmern <i>mit</i> WC und/oder Dusche	347	74.4	75.7	75.1
Abteilungen mit ausschliesslich Zimmern <i>ohne</i> WC und/oder Dusche	347	4.9	3.0	18.6

Tabelle 5: Allgemeine Abteilungsmerkmale nach Sprachregion.



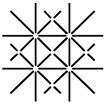
Zimmeraufteilung. Bezüglich der Zimmeraufteilung verfügen 125 Abteilungen (36.0%) nur über Einzelzimmer und 4 Abteilungen (1.2%) nur über Doppelzimmer (siehe Tabelle 5). Der Rest der Abteilungen ist gemischt. Insgesamt 15 Abteilungen (4.3%) gaben an, zudem 1 bis maximal 3 Zimmer mit 3 oder mehr Betten zu haben. Auf 258 Abteilungen (74.4%) verfügen sämtliche Zimmer über WC und/oder Dusche, wobei es weiterhin 89 Abteilungen (25.6%) mit Zimmern gibt, die weder über WC noch Dusche verfügen, davon 17 Abteilungen (4.9%), auf denen kein Zimmer mit WC und/oder Dusche zur Verfügung steht.

3.1.3 Allgemeine Merkmale Bewohner/-innen

Untenstehende Tabelle 6 führt allgemeine Informationen zu den Bewohnern/-innen auf (z. B. Geschlecht, Alter, Aufenthaltsdauer). Die dafür notwendigen Daten wurden aus den Systemen RAI-NH, BESA und PLAISIR/PLEX exportiert. Die Aufenthaltsdauer bezieht sich auf die Anzahl Tage vom Eintrittsdatum bis zum Erhebungsdatum und lassen sich nicht mit den Daten des BFS vergleichen, wo die durchschnittliche Aufenthaltsdauer über die Anzahl Tage von Ein- bis Austritt berechnet wird. Die Mehrheit der Bewohner/-innen sind weiblich mit einem Durchschnittsalter von 85.3 Jahren. Die mittlere Pflegestufe beträgt 6.1, was einem Zeitaufwand von 2 Stunden pro Tag entspricht. Es ist bekannt, dass die Bedarfserfassungsinstrumente BESA und RAI-NH untereinander, aber nicht mit PLAISIR/PLEX harmonisiert sind, was den Unterschied zwischen der Deutschschweiz und der Romandie mit einer durchschnittlich höheren Pflegestufe in der letzteren erklären könnte (D: 5.6 vs. F: 8.7). Der mittlere CPS-Wert (Cognitive Performance Scale) beträgt 2.5, auf einer Skala, auf der 1 *keine* kognitive Einschränkung bedeutet und 6 eine *schwerwiegende* kognitive Einschränkung.

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 8'527)	Deutsch- schweiz (n = 7'209)	Romandie (n = 1'317)
Geschlecht (% weiblich)	8'527	71.1	70.6	74.0
Alter, MW (SD)	8'525	85.3 (9.6)	85.0	87.2
Aufenthaltsdauer in Tagen, MW (SD)		1'221.8 (1'377.9)	1'226.9 (1'389.7)	1'194.1 (1'312.7)
Pflegestufe, MW (SD)	8'527	6.1 (3.0)	5.6 (2.8)	8.7 (2.7)
CPS, MW (SD)	6'213	2.5 (1.6)	2.5 (1.6)	2.4 (1.5)

Tabelle 6: Allgemeine Merkmale Bewohner/-innen nach Sprachregion.



3.1.4 Versorgungsschwerpunkte – Betreuungsangebote

Die teilnehmenden Pflegeinstitutionen weisen in ihrer Gesamtheit gemäss Angaben der Heimleitungen und/oder Leitungen Pflege ein Spektrum an unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkten und Betreuungsangeboten auf (siehe Abbildung 2). Zu den drei am häufigsten genannten Versorgungsschwerpunkten und Betreuungsangeboten gehören die Allgemeine Langzeitpflege (98.3%), Palliative Care (92.4%) und die Demenzpflege (85.6%). Auch Kurzezaufenthalte (74.6%) sowie die gerontopsychiatrische Pflege (62.7%) wurden oft genannt. Seltener angegeben wurde die Nachtambulanz bzw. Nachtbetreuung (16.9%), gefolgt von der Langzeitbeatmung (15.3%) und der Langzeitrehabilitation (9.3%). Im Median gaben die Betriebe 6 Schwerpunkte an, nur 9.3% gaben weniger als 4 Schwerpunkte an. Die Versorgungsschwerpunkte und Betreuungsangebote unterscheiden sich zudem je nach Betriebsgrösse sowie in Bezug auf die Sprachregion. Dies ist insbesondere für das Angebot eines Kurzezaufenthalts der Fall, wobei dieses von kleinen Betrieben am häufigsten (85.2%), und von Betrieben mittlerer Grösse am wenigsten oft (66.1%) als Angebot erfasst wurde. Zudem wurde die Möglichkeit für Kurzezaufenthalte von Institutionen in der Deutschschweiz häufiger aufgeführt (80.6%) als von jenen in der Romandie (45.0%). Weitere sprachregionale Unterschiede zeigen sich im Angebot von Wohngruppen (D: 40.8% vs. F: 5.0%), der Demenzpflege (D: 89.8% vs. F: 65.0%) sowie der Langzeitbeatmung (D: 6.1% vs. F: 60.0%).

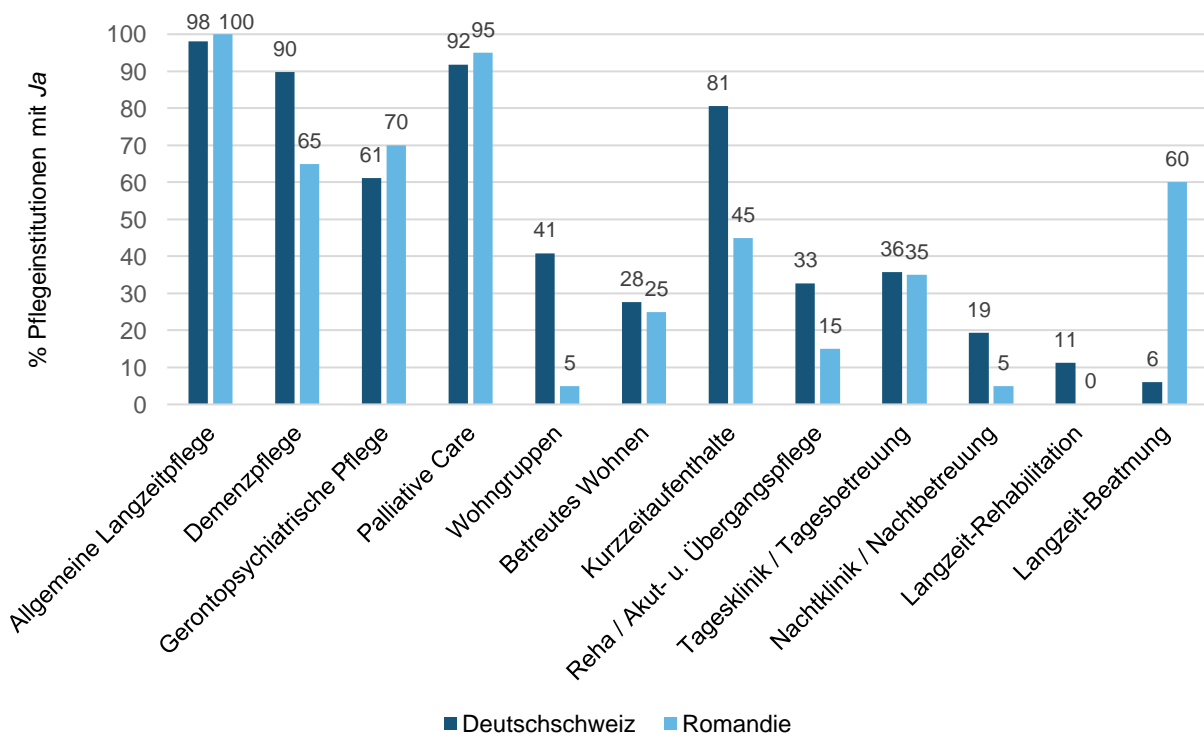
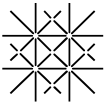


Abbildung 2: *Betreuungs- und Versorgungsschwerpunkte der Pflegeinstitutionen nach Sprachregion.*



3.1.5 Aktivitäten und demenzspezifische Infrastruktur

Auf Abteilungsebene wurden einerseits die Aktivitätsangebote für die Bewohner/-innen erfasst und andererseits das Wohnkonzept und die demenzspezifischen Infrastrukturen.

Aktivitäten. Mit 77.7% bieten die meisten Abteilungen *1x/Woche oder häufiger* Gymnastik an, gefolgt von kreativen Aktivitäten wie Malen oder Handarbeiten (70.9%), Vorlesen (67.3%) und gemeinsamem Singen (65.6%). Am wenigsten häufig pro Woche werden Tanz (17.0%) und Gartenarbeit (13.4%) angeboten. Deutliche sprachregionale Unterschiede zeigen sich beim Vorlesen (D: 63.8% vs. F: 89.8%) und dem Sport/Spielen (D: 46.9% vs. F: 25.0%) (siehe Abbildung 3 und Abbildung 4).

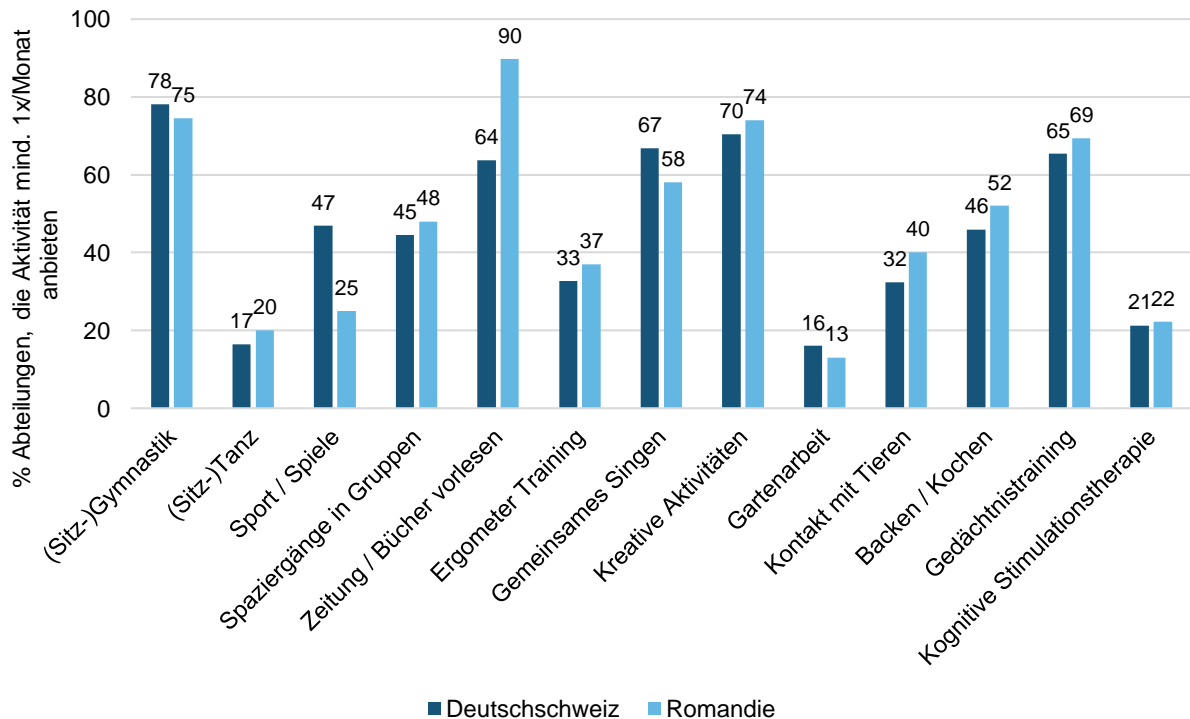


Abbildung 3: Angebot von Aktivitäten nach Sprachregionen.

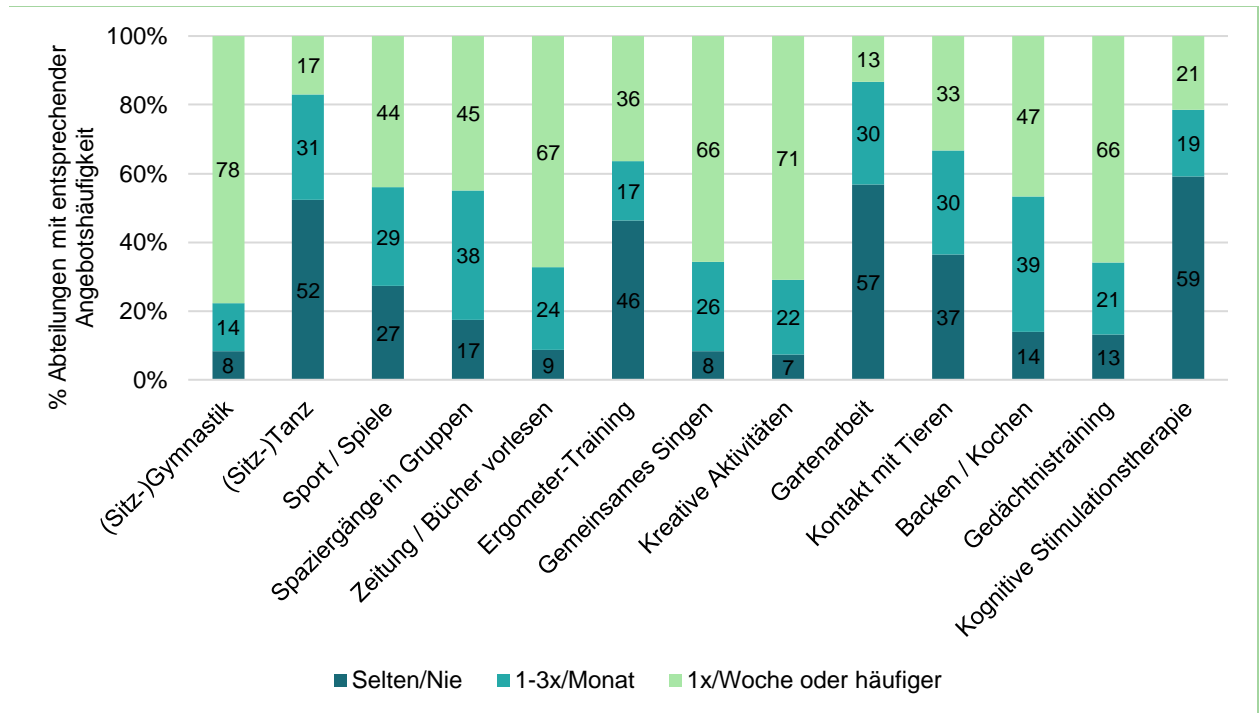
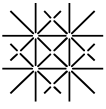
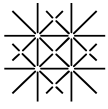


Abbildung 4: Häufigkeit des Angebots von Aktivitäten.

Wohnkonzept. Bezüglich des Wohnkonzepts wird zwischen integrativen und segregativen Wohnkonzepten unterschieden. Eine grosse Mehrheit der teilnehmenden Abteilungen (n = 295, 80.4%) verfolgt einen integrativen Ansatz, wonach Bewohner/-innen mit und ohne Demenz auf derselben Abteilung versorgt werden. Dieser hohe Anteil ist bei kleinen Betrieben noch stärker ausgeprägt (91.7%) als bei den mittleren (83.6%) bzw. grossen Betrieben (75.0%). Insgesamt verfolgen 14.2% der Abteilungen ein segregatives Wohnkonzept. Weitere 4.1% praktizieren eine Mischform, und 1.4% der befragten Abteilungen versorgen keine Bewohner/-innen mit Demenz (siehe Tabelle 7).



	Alle (n = 371)	Gross (≥ 100 Betten) (n = 175)	Mittel (50-99 Betten) (n = 159)	Klein (20-49 Betten) (n = 37)
	% Ja	% Ja	% Ja	% Ja
Segregativ (ausschliesslich Bewohner/-innen mit Demenz)	14.2	20.3	9.4	5.6
Integrativ (Bewohner/-innen mit und ohne Demenz)	80.4	75.0	83.6	91.7
Mischform (Abteilung hat mehrere Gruppen mit sowohl segregativen als auch integrativen Elementen)	4.1	2.9	5.7	2.8
Keine Bewohner/-innen mit Demenz	1.4	1.7	1.3	0.0

Tabelle 7: Wohnkonzept auf Abteilungen nach Betriebsgrösse.

Demenzspezifische Infrastruktur. Im Kontext der demenzspezifischen Versorgung gaben insgesamt 63.8% der Abteilungen an, über entsprechend geschultes Personal zu verfügen, wobei der Anteil dieser spezifisch ausgebildeten Fachpersonen in der Deutschschweiz kleiner ist als in der Romandie (D: 62.2% vs. F: 74.0%). Zudem rapportierte rund ein Viertel (24.1%), dass ihre Abteilung weglaufgeschützt ist, während ein Drittel (32.9%) die Bewohner/-innen, welche die Abteilung verlassen, elektronisch überwacht. Insgesamt verbreitet sind die Angebote eines Aufenthaltsraums mit offener Wohnküche (69.4%), ein Essensraum auf der Abteilung (92.2%) sowie ein für Bewohner/-innen und Angehörige jederzeit zugänglicher Küchenbereich (67.6%). Diese Infrastruktur ist in der Deutschschweiz deutlich häufiger vorhanden als in der Romandie (siehe Abbildung 5). Dasselbe gilt für grosse Betriebe im Vergleich zu Betrieben von mittlerer oder kleiner Grösse. Allgemein wenig verbreitet ist das Konzept eines Büros für das Personal, das in den Wohnbereich integriert ist (5.7%).

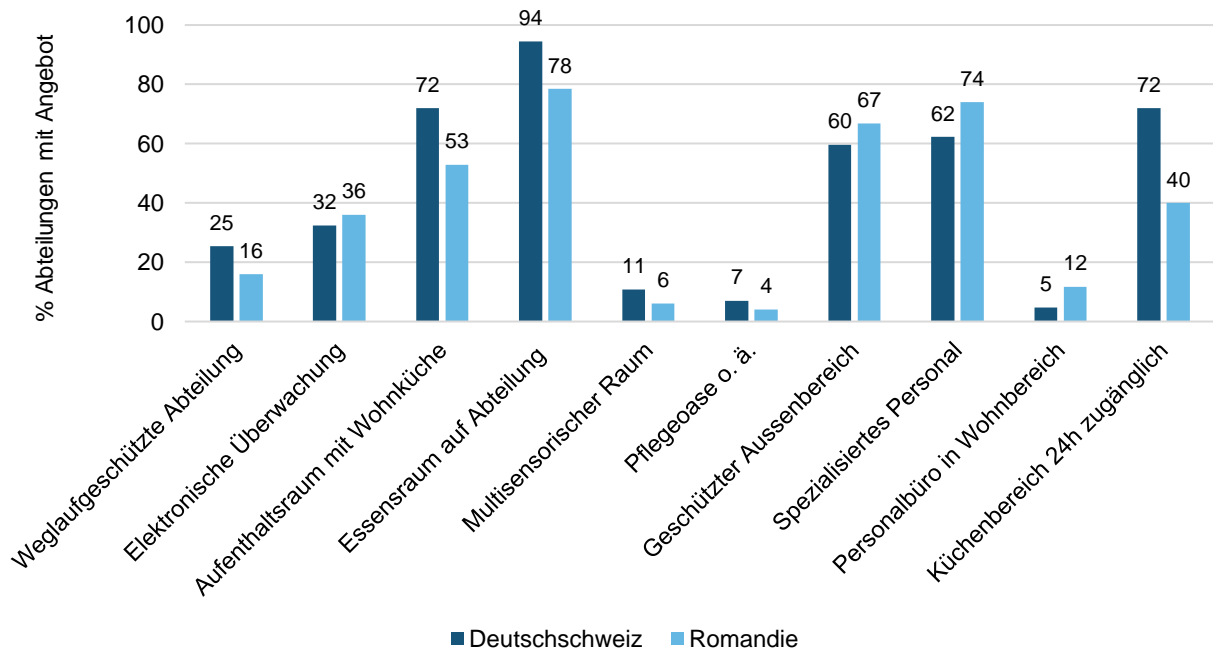
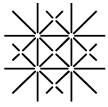


Abbildung 5: Räumliche und personelle Struktur der Abteilung nach Sprachregion.

3.1.6 Organisation der medizinischen Versorgung

Die Organisation der medizinischen Versorgung in den Pflegeinstitutionen wurde auf Betriebsebene mit verschiedenen Fragen an die Heimleitungen untersucht.

Zusammenarbeitsverträge. Von den 118 teilnehmenden Betrieben ist eine Mehrheit (67.8%) vom Kanton verpflichtet, einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem Arzt/einer Ärztin abzuschliessen. Von dieser kantonalen Anordnung am stärksten betroffen sind Betriebe im französischen Sprachraum (D: 63.3% vs. F: 90.0%). Von den nicht kantonal verpflichteten Betrieben hat zudem rund die Hälfte (51.4%) angegeben, selbst einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem Arzt/einer Ärztin abgeschlossen zu haben. Im Mittel haben die Betriebe mit 2 (± 4.5) Ärzten/-innen einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen.

Arztsystem. Insgesamt arbeitet die Hälfte (50.8%) der teilnehmenden Betriebe mit einer vertraglich gebundenen Heimgärtin oder einem vertraglich gebundenen Heimarzt. Dabei sind sprachregionale Unterschiede festzustellen. Namentlich wird das Heimarztsystem von Betrieben in der Romandie stärker verfolgt (80.0%), während der Anteil in der Deutschschweiz deutlich geringer ist (44.9%). Insgesamt 89.8% der Betriebe gaben an, mit Hausärzten/-innen zusammenzuarbeiten, ergänzend zum Heimarztsystem. Hier unterscheiden sich die privaten von den öffentlichen Institutionen, da erstere mehr mit Hausärzten/-innen arbeiten (96.9%) als letztere (81.5%). Zudem arbeiten kleine (96.3%) und mittlere Betriebe (92.9%) mehr mit Hausärzten/-innen zusammen als die grossen (80.0%). Die Betriebe gaben an, im Durchschnitt mit 14.9

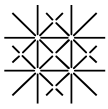


(± 12.9) Hausärzten/-innen zusammenzuarbeiten, mit sprachregionalen Unterschieden (D: MW 16.4, SD 13.2 vs. F: MW 7.6, SD 7.5).

Zugang Konsiliardienst. Ebenfalls erfasst wurde der Zugang zu diversen Konsiliardiensten. Während rund zwei Drittel der Betriebe über einen Zugang zu einem Geriater/einer Geriaterin verfügen (63.8%, externer und interner Zugang zusammengezählt), bestätigten im Fall eines Gerontopsychiaters/einer Gerontopsychiaterin mehr als 93% aller Betriebe, über einen entsprechenden Zugang zu verfügen. In der Romandie trifft dies gar auf 100% der Betriebe zu (siehe Tabelle 8).

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Deutsch- schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Kantonaler Verpflichtung für Zusammenarbeitsvertrag mit Arzt/Ärztin	118	67.8	63.3	90.0
Selbst initiierte Zusammenarbeitsverträge mit Arzt/Ärztin ohne kantonale Verpflichtung	35	51.4	52.9	0
Anzahl Ärzte mit Zusammenarbeitsvertrag, MW (SD)	110	2 (± 4.5)	1.9 (± 4.9)	2 (± 2)
Arztsystem				
Vertraglich gebundene Heimärzte/-ärztinnen		50.8	80.0	44.9
Hausärzten/-innen		89.8	89.8	90.0
Anzahl Hausärzte/-innen, MW (SD)	106	14.9 (± 12.9)	16.4 (± 13.2)	7.6 (± 7.5)
Zugang zu Konsiliardienst eines externen Geriaters/einer externen Geriaterin	116			
Ja		50	52.1	40.0
Heimarzt/Heimärztin ist Geriater/-in		13.8	9.4	35.0
Zugang zu Konsiliardienst eines Gerontopsychiaters/einer Gerontopsychiaterin	116			
Ja		92.2	90.6	100
Heimarzt/Heimärztin ist Gerontopsychiater/-in		0.9	1.0	0

Tabelle 8: Arztsystem nach Sprachregion.

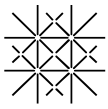


Medizinische Angebote. Im Rahmen der Angaben zu den medizinischen Angeboten in den Betrieben wurden die subkutane Infusionstherapie bei Dehydratation (84.6%) oder Schmerzen (81.6%) sowie Vakuumverbände (82.9%) am häufigsten genannt. Nur selten angegeben wurden die Versorgung von beatmeten Bewohnern/-innen (12.8%) sowie die Durchführung von Bladderscans (5.3%). Sprachregionale Unterschiede sind insbesondere bei der intravenösen Medikamentenverabreichung auszumachen. Während diese insgesamt von rund der Hälfte der Betriebe (52.6%) angeboten wird, trifft dies spezifisch auf 94.7% der französischsprachigen, aber lediglich 44.3% der deutschsprachigen Institutionen zu (siehe Tabelle 9).

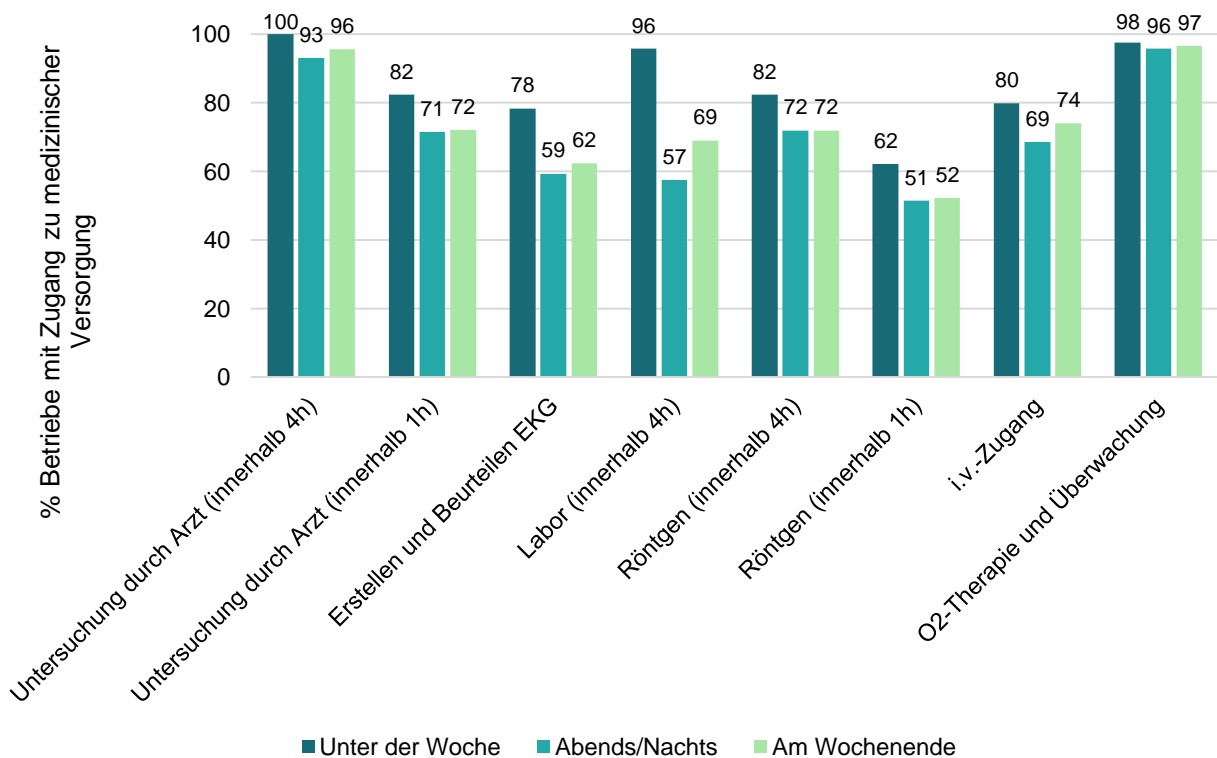
	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Deutsch- schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Intravenöse Medikamentenverabreichung (z. B. Antibiotikum)	116	52.6	44.3	94.7
Intravenöse Infusionstherapie				
Bei Dehydratation	117	84.6	82.5	95
Bei Schmerzen	114	81.6	78.7	95
Aus anderen Gründen	110	70	67.4	83.3
Medikamentenverabreichung via Perfusoren (z. B. für Schmerztherapie)	117	45.3	39.2	75
Medikation via Portkatheter	117	35.9	34	45
Versorgung von Tracheostoma	117	53.8	48.5	80
Versorgung von beatmeten Bewohnern/-innen	117	12.8	12.4	15
Vakuumverbände	117	82.9	84.5	75
Bladderscan	114	5.3	6.4	0

Tabelle 9: Medizinische Versorgungsangebote nach Sprachregion.

Versorgungssituation bezüglich diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten. Um die Versorgungssituation in den Pflegeinstitutionen abzubilden, wurden die Heimleitungen nach der Verfügbarkeit von diversen Versorgungsmöglichkeiten zu unterschiedlichen Tages- und Wochenzeiten befragt, und zwar auf einer dreistufigen Skala von *leichter Zugang* über *Zugang schwierig, aber möglich* bis zu *Zugang unmöglich*. Dabei fällt auf, dass sich die beiden Sprachregionen bezüglich vieler Items stark



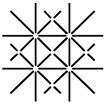
unterscheiden, während in Bezug auf die Heimgrösse und Rechtsform kaum oder zumindest deutlich geringere Diskrepanzen auszumachen sind. Die Unterschiede zwischen den Sprachregionen lassen aber nicht auf eine grundsätzlich bessere oder schlechtere Versorgungssituation schliessen. Sondern die Versorgungssituation ist je nach erfragtem Angebot unterschiedlich. So bewerten beispielsweise deutlich mehr Betriebe aus der Deutschschweiz das Erstellen und die ärztliche Beurteilung eines Elektrokardiogramms (EKGs) als *unmöglich*. Umgekehrt stufen deutlich mehr Betriebe aus der Deutschschweiz den Zugang zu radiologischen Untersuchungen als *leicht* ein. Am geringsten sind die sprachregionalen Unterschiede im Bereich Sauerstofftherapie und Überwachung, wobei mehr als 95% den Zugang hierzu als *leicht bis schwierig aber möglich* bewerten – unabhängig von der Tageszeit. Weitere Details und Unterschiede sind Abbildung 6 zu entnehmen.



Bemerkung: Antworten unter *leichter Zugang* und *schwierig aber möglich* wurden zusammengefasst.

Abbildung 6: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zu verschiedenen Zeitpunkten.

Zahnärztliche Versorgung. Die Pflegeinstitutionen greifen auf verschiedene Versorgungsformen zurück, um die zahnärztliche Untersuchung sicherzustellen. Mit 85.5% berichtete der grösste Anteil der Betriebe, dass die zahnärztliche Versorgung von den Bewohnern/-innen selbst und/oder deren Angehörigen organisiert wird. Dies ist in der Deutschschweiz stark verbreitet (D: 89.7% vs. F: 65.0%). Zudem gab eine grosse Mehrheit der Betriebe an, eine Zusammenarbeit mit lokalen Zahnärzten/-innen (83.1%) zu pflegen.



Weniger als die Hälfte (40.7%) stellt die Versorgung durch ein mobiles Zahnarztteam sicher, wobei dies in der Deutschschweiz häufiger vorkommt (D: 42.9% vs. F: 30.0%).

3.1.7 Strukturmerkmale Sicherheit (Bewohner/-innen) und Qualität

Strukturmerkmale zur Bewohner/-innensicherheit und Pflegequalität wurden auf Betriebs- und Abteilungsebene erfasst.

Umgang mit unerwünschten Ereignissen. Es wurde der Umgang mit unerwünschten Ereignissen, Fehlern oder „Beinahefehlern“ erfragt (siehe Tabelle 10). Insgesamt 80.5% der Betriebe gaben an, diesbezüglich über einen definierten und geregelten Ablauf zu verfügen (bspw. ein Fehlermeldewesen), und 77.6% bestätigten zudem auch den entsprechenden Umgang definiert und geregelt zu haben (bspw. mittels Leit- oder Richtlinien). Ebenfalls stark verbreitet ist gemäss den Heimleitungen die Kultur, Fehler an die involvierten Personen zurückzumelden (94%), während die Möglichkeit einer anonymen Fehlermeldung nur von 41% der teilnehmenden Betriebe als Angebot bestätigt wurde.

Qualitätslabel und Audits. Von den insgesamt 118 Pflegeinstitutionen verfügen die Hälfte (50.8%) über ein Qualitätslabel bzw. eine anerkannte Qualitätsauszeichnung, wobei dieser Anteil in der Romandie deutlich höher ist (D: 46.9% vs. F: 70.0%) (siehe Tabelle 10). Am häufigsten wurden Labels wie ISO 9001/9004 genannt (23%), gefolgt von Qualivista (8%) und European Foundation for Quality Management EFQM (5%). Insgesamt berichteten 71.6% der Betriebe von regelmässigen Audits durch den Kanton und 63.1% von Audits durch andere Organisationen. Auch diese beiden Qualitätsmassnahmen betreffen die Betriebe in der Romandie stärker als jene in der Deutschschweiz (D: 66.7% vs. F: 95.0% bzw. D: 59.8% vs. F: 78.9%).

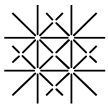
Richtlinien und Handlungsanweisungen. Die Verfügbarkeit resp. Anwendung von Richtlinien und Handlungsanweisungen wurde themenspezifisch abgefragt (siehe Tabelle 10). Am meisten genannt wurden Handlungsanweisungen zur Gestaltung des Heimeintritts (95.8%) sowie für den Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen (97.5%). Auch die Verfügbarkeit von Handlungsanweisungen für den Medikationsprozess (91.5%) und die Medikationsüberprüfung (88.1%) wurden von einer grossen Mehrheit der Betriebe bestätigt. Als weniger stark reglementiert gehen die nicht-medikamentöse Schmerzbehandlung (51.7%) und der Umgang mit Mangelernährung (59.5%) hervor. Im Vergleich aller Betriebe verfügen mittlere und grosse Betriebe eher über Handlungsanweisungen als kleine.



	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Deutsch- schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Ablauf zur Meldung von unerwünschten Ereignissen	118	80.5	79.6	85.0
Möglichkeiten der anonymen Fehlermeldung	117	41.0	40.8	42.1
Richtlinien zum Umgang mit unerwünschten Ereignissen	116	77.6	79.4	68.4
Feedback an Involvierte zu unerwünschten Ereignissen	117	94.0	92.9	100.0
Qualitätslabel vorhanden	118	50.8	46.9	70.0
Audit durch Kanton	116	71.6	66.7	95.0
Audit durch andere Organisation	111	63.1	59.8	78.9
Vorhandensein von Handlungsanweisungen resp. Richtlinien zu:				
Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen	118	97.5	96.9	100.0
Mangelernährung	116	59.5	56.2	75.0
Medikationsprozess	118	91.5	95.9	70.0
Medikationsüberprüfung	118	88.1	89.8	80.0
Schmerzmanagement	118	81.4	78.6	95.0
Nicht-medikamentöse Schmerzbehandlung	118	51.7	52.0	50.0
Gestaltung Heimeintritt	118	95.8	94.9	100.0

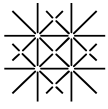
Tabelle 10: Strukturen im Bereich Bewohner/-innensicherheit und Qualität nach Sprachregion.

Qualitätsverbesserung. Auch die Aktivitäten der Betriebe im Sinne einer Qualitätsverbesserung wurden erfasst. Berücksichtigt wurden Bemühungen der letzten beiden Jahre (siehe Tabelle 11). Die meisten Betriebe gaben an, Rückmeldung an die Teams zu geben bezüglich der erbrachten Pflegequalität (86.4%) und zur Definition von Qualitätszielen (80.5%) und Nutzung von Qualitätsindikatoren (79.5%). Dies zeigt eine datenbasierte und zielorientierte Qualitätsentwicklung zusammen mit den Mitarbeitenden. Als



Nächstes wurden das Umsetzen eines Beschwerdemanagements (73.7%), die Befragung des Personals zur Arbeitszufriedenheit (71.2%) und die Durchführung von internen Audits (70.3%) genannt, gefolgt von der Umsetzung eines Projektes zur Qualitätsverbesserung (68.6%) und dem Vergleich von Qualitätszielen und erreichten Resultaten (67.8%). Damit setzen mehr als zwei Drittel der Betriebe eine aktive Qualitätserfassung und -verbesserung um. Weniger häufig werden Befragungen zur Zufriedenheit der Bewohner/-innen (58.5%) und Auswertungen von Fehlermeldungen (53.4%) gemacht. Letzteres mag auch damit zusammenhängen, dass, wie oben erwähnt, nur 41% der Betriebe über die Möglichkeit einer anonymen Fehlermeldung verfügen. Im Gesamtvergleich haben die Pflegeinstitutionen in der Romandie mehr in Qualitätsverbesserungsaktivitäten investiert. Insbesondere im Bereich Beschwerdemanagement heben sie sich mit 100% deutlich von der Deutschschweiz mit 68.4% ab.

Hat Ihre Pflegeinstitution in den letzten 2 Jahren die folgenden Aktivitäten durchgeführt:	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Deutsch-schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Internes Audit	118	70.3	68.4	80.0
Definition von Qualitätszielen für die Pflegeinstitution oder spezifische Abteilungen	118	80.5	80.6	80.0
Vergleich zwischen den Qualitätszielen und den Resultaten der Pflegeinstitution oder spezifischen Abteilungen	118	67.8	65.3	80.0
Nutzung von Qualitätsindikatoren	117	79.5	77.3	90.0
Rückmeldungen (Feedback) an die Teams zu Resultaten in Bezug auf die von der Pflegeinstitution erbrachte Pflegequalität (z. B. auf der Basis von Qualitätsberichten, Kennzahlen)	118	86.4	84.7	95.0
Implementation eines Projektes oder Programms zur Qualitätsverbesserung oder Praxisentwicklung	118	68.6	66.3	80.0
Auswertung von Fehlermeldungen (z. B. Critical Incident Reporting System (CIRS)-Meldungen)	118	53.4	53.1	55.0



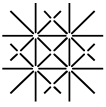
Hat Ihre Pflegeinstitution in den letzten 2 Jahren die folgenden Aktivitäten durchgeführt:	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Deutsch-schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Befragungen zur Arbeitszufriedenheit des Personals	118	71.2	73.5	60.0
Befragungen zur Bewohner/-innen-zufriedenheit	118	58.5	60.2	50.0
Umsetzen eines Beschwerdemanagements für Bewohner/-innen und deren Angehörige	118	73.7	68.4	100.0

Tabelle 11: Massnahmen zur Qualitätsverbesserung in den letzten zwei Jahren nach Sprachregion.

Projekte im Bereich Pflegeentwicklung / Qualitätsverbesserung. Die Betriebe beschrieben in einer offenen Frage, welche drei zentralen Inhalte sie im Bereich Pflegeentwicklung / Qualitätsverbesserung im letzten Jahr umgesetzt haben. Hierzu lassen sich über die 104 (88%) Betriebe, die sich dazu äusserten, 12 Themenbereiche identifizieren. In absteigender Reihenfolge wurden Projekte in folgenden Bereichen umgesetzt: Veränderung interne Strukturen / Organisation (33.4%), Pflegeprozess / elektronische Bewohner/-innendokumentation / Bedarfserfassungsinstrumente (12.2%), Palliative Care (9.8%), Demenz / Gerontopsychiatrie (9.1%), Therapie und Behandlungen wie z. B. Wundmanagement (8%), Sturzprävention / Mobilität (5.6%), Schmerzmanagement (5.6%), Hygiene (2.8%), Polypharmazie (2.8%), Mangelernährung (2.1%) und bewegungseinschränkende Massnahmen (0.3%). Es zeigt sich, dass die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren von 26 der 104 antwortenden Betriebe thematisch im Rahmen von Projekten angegangen wurden (25%).

Fallbesprechungen. Von den 371 Abteilungen gaben 85.1% an, dass sie Fallbesprechungen durchführen. Die meisten dieser Abteilungen (45.2%) führen die Fallbesprechungen *anlassorientiert und von daher unregelmässig* durch, 31.7% *regelmässig in festen zeitlichen Abständen* und 23.1% sowohl *anlassorientiert* als auch *regelmässig*. So kommt es für 37.3% der Abteilungen etwa 1x/Monat zu einer Fallbesprechung, für 34.1% etwa alle 3-6 Monate, für 20.1% etwa alle 1-2 Wochen und für die restlichen 8.6% seltener.

Es fällt auf, dass Fallbesprechungen in der Romandie sowohl eher regelmässig geplant (D: 27.9% vs. F: 55.8%) wie auch deutlich häufiger stattfinden (etwa alle 1-2 Wochen: D: 18.5% vs. F: 30.2%). Die Abteilungen gaben mehrheitlich an, dass die Fallbesprechungen protokolliert (93.9%) und evaluiert werden (89.3%), dass die Teilnehmenden während der Besprechung keine anderen Aufgaben zu erledigen haben (84.9%) und Mitglieder verschiedener Berufsgruppen hinzugezogen werden (83.6%). Zwei Drittel (64.3%)



ziehen bei Bedarf eine externe Moderation für die Fallbesprechung hinzu. Hingegen laden nur wenige Abteilungen (27.9%) auch Bewohner/-innen oder Angehörige ein (siehe Abbildung 7). Die Fallbesprechungen dauern mehrheitlich zwischen 5 und 180 Minuten, der Median liegt bei 45 Minuten.

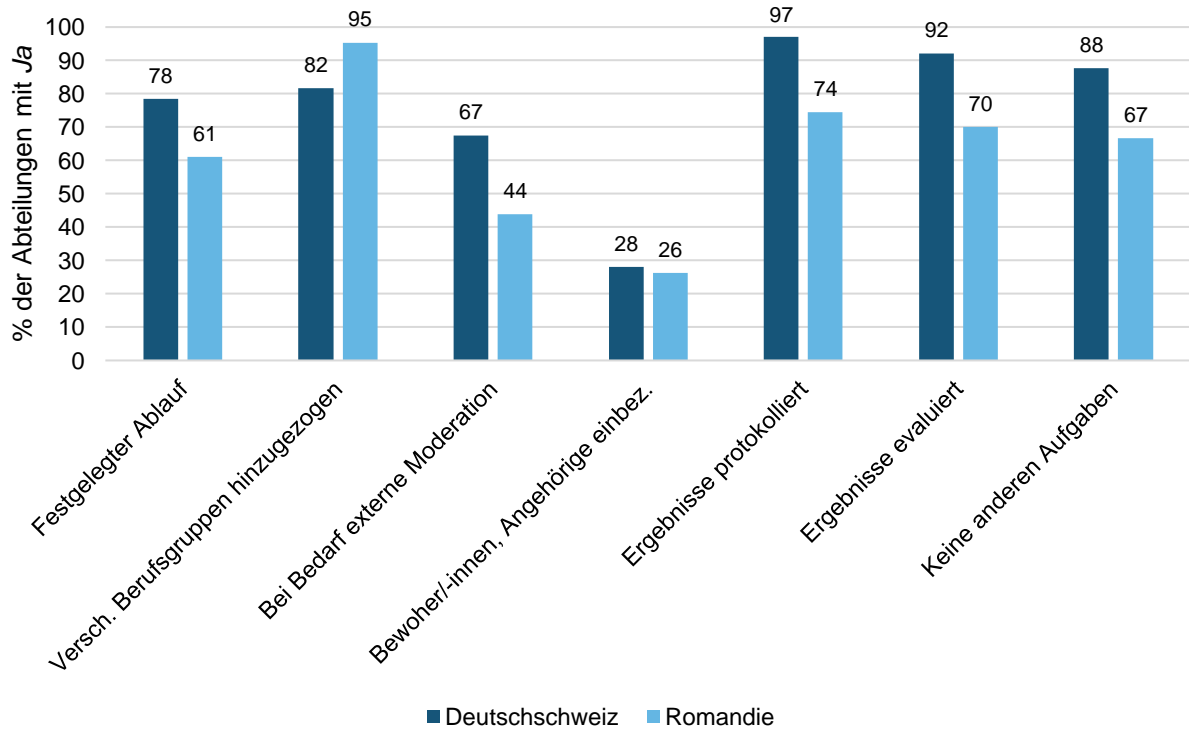


Abbildung 7: Charakteristika der Fallbesprechungen nach Sprachregion.

3.1.8 Infektionskontrolle

Im Kontext der Infektionskontrolle wurde erfasst, ob die Betriebe über entsprechende Richtlinien verfügen, eine Zusammenarbeit mit Fachpersonen bzw. Berater/-innen für Infektionsprävention und Spitalhygiene pflegen, sowie präventive Vorkehrungen treffen. Ersteres wurde insofern bestätigt, als dass 98.3% der Betriebe angaben, über ein Verfahren bzw. Richtlinien zur Behandlung von Epidemien (Grippe, Noroviren etc.) zu verfügen; ebenso bestätigten dies 77.8% für die Behandlung von multiresistenten Keimen (siehe Tabelle 12). In Bezug auf Hygieneberater/-innen berichteten insgesamt 74.6% von einer Zusammenarbeit. Es zeigen sich sprachregional keine wesentlichen Unterschiede. Die Zusammenarbeit mit Hygieneberater/-innen wurde von kleinen Betrieben deutlich weniger bejaht (63.0%) als von grossen (82.9%). Wenn Sie eine Zusammenarbeit etabliert haben, greifen sie häufiger auf externe Fachpersonen zurück (klein: 93.3%, mittel: 73.5%, gross: 84.0%). Nur die Hälfte der Betriebe bestätigte eine jährliche Durchführung von Handhygieneprüfungen (51.3%) und noch weniger die Messung des Handdesinfektionsmittelverbrauchs (40.2%), wobei hier starke sprachregionale Unterschiede bestehen. Insgesamt 75.0% der Betriebe in der



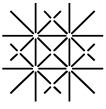
Romandie führten eine solche Messung durch, während es in der Deutschschweiz derer nur 33.0% waren. Bei diesem Teil der Erhebung ist davon auszugehen, dass sich die Resultate im Zusammenhang mit COVID-19 verändert haben und z. B. heute der Beizug von Hygieneberater/-nnen von einer Mehrheit der Pflegeinstitutionen bestätigt würde.

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Deutsch- schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Verfahren oder Richtlinien für multiresistente Keime	117	77.8	78.6	73.7
Verfahren oder Richtlinien zur Behandlung von Epidemien	117	98.3	99.0	94.7
Überwachung von Infektionen	116	69.8	71.9	60.0
Jährliche Handhygieneprüfungen	117	51.3	49.5	60.0
Messung Verbrauch von Händedesinfektionsmittel	117	40.2	33.0	75.0
Zusammenarbeit mit Hygienefachperson	118	74.6	73.5	80.0
Die Hygienefachperson (n = 89):				
Arbeitet intern	68	61.8	55.6	85.7
Kommt von extern	74	81.1	84.4	60.0

Tabelle 12: Infektionskontrolle nach Sprachregion.

3.1.9 Elektronische Bewohner/-innendokumentation

Das Arbeiten mit einem elektronischen Bewohner/-innendokumentationssystem ist unter den teilnehmenden Betrieben sehr verbreitet. Insgesamt gaben 93.1% der Pflegeinstitutionen an, ein solches zu benutzen. Im Vergleich etwas untervertreten sind hier einerseits die öffentlichen Pflegeinstitutionen mit einem Anteil von 86.8% (vs. private Institutionen: 98.4%), sowie andererseits die grossen Betriebe mit 88.2% (vs. mittlere Betriebe: 92.9% und kleine Betriebe: 100%). Von den wenigen Betrieben, die noch über keine elektronische Bewohner/-innendokumentation verfügen, gaben zwei Drittel an, die Einführung auf das kommende Jahr nach der SHURP-Studie geplant zu haben. Insofern handelt es sich um einen Kleinstanteil von 2 (1.7%) der teilnehmenden Betriebe, die auch längerfristig ein Arbeiten ohne eine elektronische Bewohner/-innendokumentation vorsehen.



Elemente der elektronischen Bewohner/-innendokumentation. In Bezug auf die mittels elektronischer Bewohner/-innendokumentation erfassten Daten sind viele Gemeinsamkeiten, wie auch grosse sprachregionale Unterschiede zu erkennen (siehe Abbildung 8). Zu den meistgenannten und von allen Betrieben relativ einheitlich (Durchschnittswert jeweils >90%) erfassten Elemente gehören: Demografische Angaben der Bewohner/-innen (95.4%), Biografie (99.1%), pflegerische Probleme / Pflegediagnose (97.3%), pflegerische Massnahmen / Leistungen (99.1%), pflegerischer Verlaufsbericht (97.3%), Medikationsliste (99.1%) und Verlegungs- und Austrittsbericht (91.9%).

Zu den weniger oft genannten Elementen, die insbesondere im französischen Sprachraum erfasst werden und sich somit sprachregional teilweise stark unterscheiden, gehören: Ärztlicher Verlaufsbericht (D: 43.5% vs. F: 94.7%), ärztliche Anamnese (D: 28.3% vs. F: 89.5%), gesundheitliche Vorausplanung (D: 27.6% vs. F: 89.5%), therapeutisches Assessment (D: 34.4% vs. F: 84.2%) sowie Therapiebericht (D: 52.2% vs. F: 78.9%). Das Teilen von Informationen mit dem ärztlichen Dienst und den Therapeuten/-innen kann eine wichtige Voraussetzung für eine koordinierte Behandlung und Betreuung sein und erleichtert den Informationsaustausch erheblich. Es lässt sich in den Daten erkennen, dass in Betrieben mit Heimarztssystem deutlich häufiger sowohl der ärztliche Verlaufsbericht (in 63.8% der Betriebe mit Heimarztssystem) als auch die ärztliche Anamnese (72.1%) vorliegt.

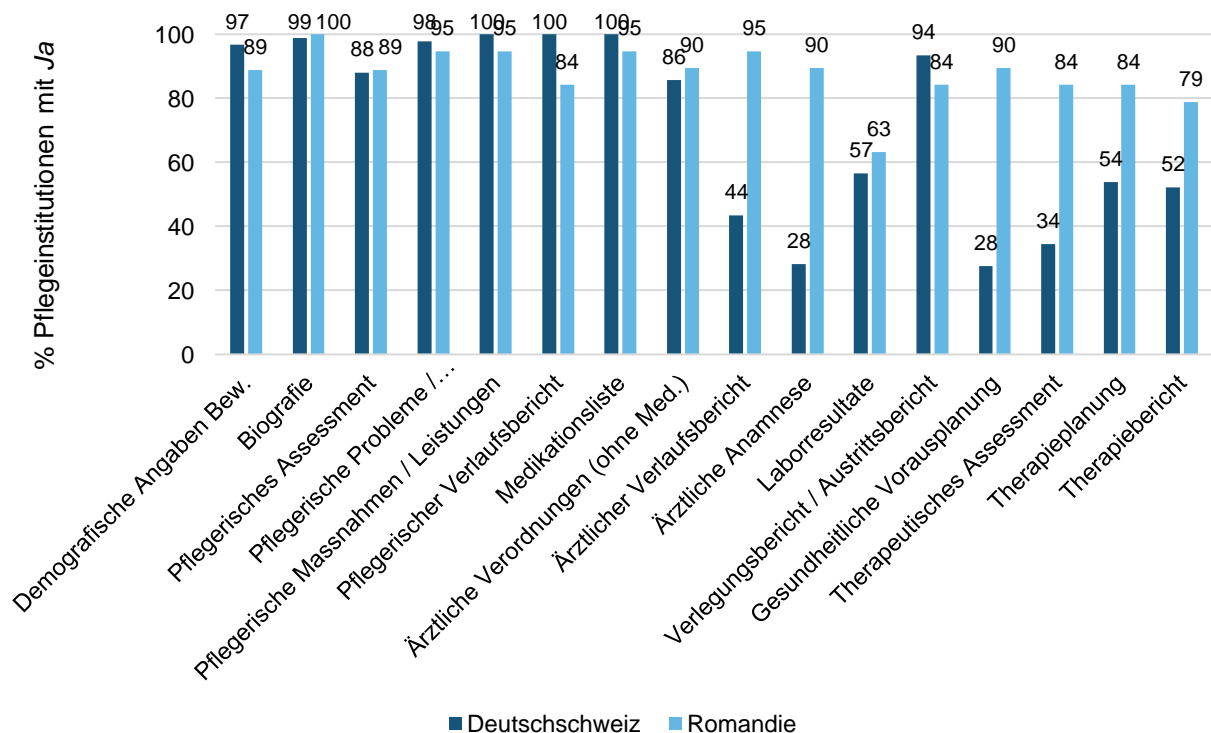
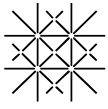


Abbildung 8: Elemente der elektronischen Bewohner/-innendokumentation nach Sprachregion.



Austausch Gesundheitsdaten. Auch was den elektronischen Datenaustausch von Gesundheitsdaten betrifft, unterscheiden sich die beiden Sprachregionen (siehe Abbildung 9). Ein solcher Datenaustausch ist unabhängig vom Gegenüber (Arzt/Ärztin, Apotheke, Spital, etc.) in der Romandie eher möglich als in den Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz. Ein Datenaustausch ist betriebsübergreifend am ehesten mit dem Heimarzt/der Heimärztin möglich (insgesamt 46.3%, D: 41.6% vs. F: 68.4%), gefolgt vom Hausarzt/von der Hausärztin (insgesamt 31.1%, D: 23.5% vs. F: 66.7%) und den Apotheken (insgesamt 38.0%, D: 31.5% vs. F: 68.4%). Es zeigt sich, dass ein Datenaustausch deutlich seltener möglich ist mit einem Spital (insgesamt 10.6%, D: 8.0% vs. F: 23.5%) oder einem Labor (insgesamt 13.1%, D: 7.9% vs. F: 38.9%).

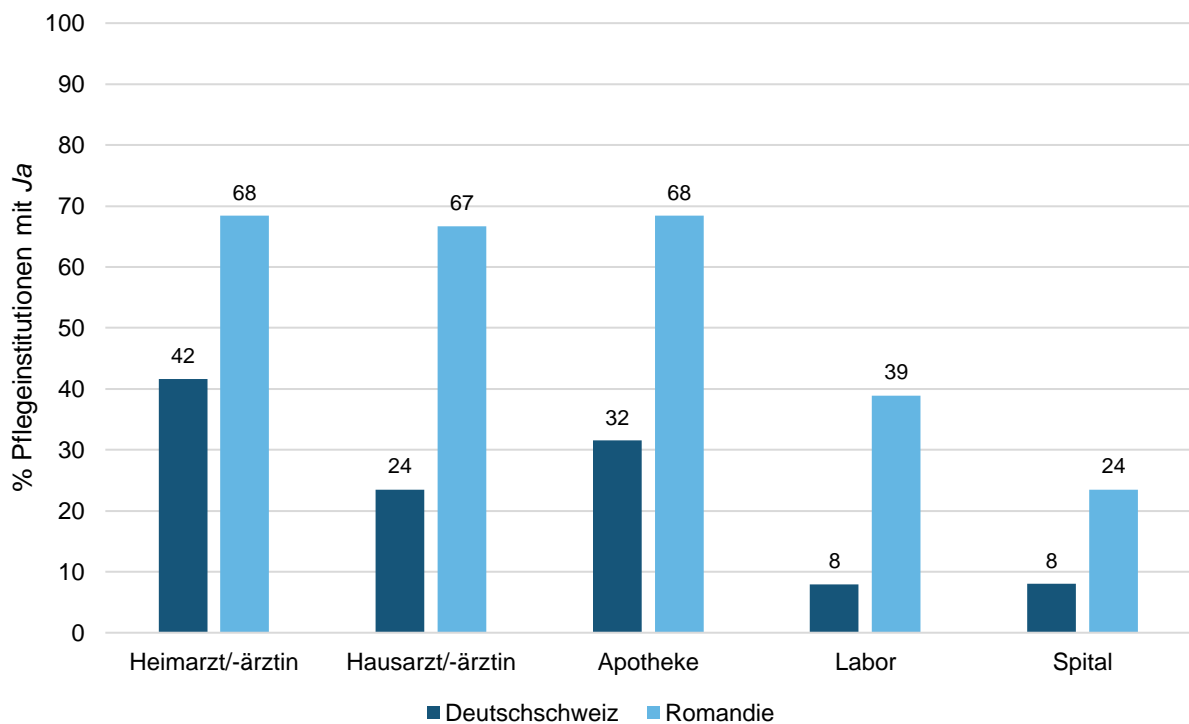
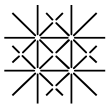


Abbildung 9: Elektronischer Austausch von Gesundheitsdaten nach Sprachregion.

Nutzen. Elektronische Bewohner/-innendokumentationssysteme werden von den Heimleitungen im Allgemeinen positiv bewertet. Sie stimmten beispielsweise mehrheitlich zu, dass solche Dokumentationssysteme eine gute Pflegequalität unterstützen (85.3%), eine sichere Pflege und Betreuung gewährleisten (83.5%) und zur Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen beitragen (74.1%) (siehe Tabelle 13). Zudem ist sich die Mehrheit der Betriebe darin einig, dass die Dokumentationssysteme weder den Pflegeprozess noch den Zugang zu wichtigen Informationen über die Bewohner/-innen erschweren (88.1% bzw. 89.9%). Weniger zustimmend (43.1%) sind die Betriebe einzig in der Frage, ob die Medikamentenverordnung durch die elektronische Form der Dokumentation, die Hinweise auf Interaktionen



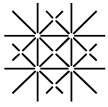
oder potenziell ungeeignete Medikamente liefern kann, unterstützt wird. Diese Zurückhaltung kann jedoch damit in zu tun haben, dass nicht alle Pflegeinstitutionen diese Möglichkeit in ihrem System – die mit Kosten verbunden ist – (freigeschaltet) haben.

Das elektronische Bewohner/-innendokumentationssystem...	Anzahl gültiges n	% Zustimmung¹
...trägt zur Mitarbeiterzufriedenheit bei.	108	74.1
...unterstützt die Aufrechterhaltung einer guten Pflegequalität.	109	85.3
...gewährleistet eine sichere Pflege und Betreuung.	109	83.5
...erschwert den Pflegeprozess.	109	11.9
...gibt einen guten Überblick über den Verlauf von chronischen Erkrankungen (z. B. Symptomverlauf).	108	77.8
...erschwert den raschen Zugang zu wichtigen Bewohnerinformationen.	109	10.1
...unterstützt die Medikamentenverordnung (z. B. durch Hinweise auf Interaktionen, potenziell ungeeignete Medikamente).	109	43.1
...ermöglicht einen guten Überblick über aktuelle Kennzahlen von Bewohnern/-innen (z. B. Qualitätsberichte, Listen).	109	63.3

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

Tabelle 13: Nutzen der elektronischen Bewohner/-innendokumentation aus Sicht der Heimleitungen.

Fragen zum Nutzen und zur Verwendung der elektronischen Bewohner/-innendokumentation wurden nicht nur den Heimleitungen, sondern auch dem Pflege- und Betreuungspersonal gestellt. Generell äusserten sich die Befragten aus der Romandie bei allen Fragen positiver über die elektronische Bewohner/-innendokumentation als die Befragten aus der Deutschschweiz (siehe Tabelle 14). Vom Pflege- und Betreuungspersonal stimmte die Mehrheit zu, dass die elektronische Bewohner/-innendokumentation eine zeitgerechte Kommunikation im Pflege- und Behandlungsteam ermöglicht (70.1%), wobei die Unterstützung in der Romandie (81.7%) als grösser wahrgenommen wird ist als in der Deutschschweiz (68.3%). Dies gilt auch für die Aussage: „Die elektronische Bewohner/-innendokumentation gibt eine gute Übersicht über die Schwerpunkte in der Pflege, Betreuung und Behandlung der einzelnen Bewohner/-innen“, der 79.1% der Befragten zustimmten (D: 77.3% vs. F: 90.8%). 76.0% der Befragten gaben an, dass die elektronische Bewohner/-innendokumentation einen guten Tagesüberblick über alle Bewohner/-innen auf der Abteilung ermöglicht, 72.2% sagten, dass sie eine sichere Pflege und Behandlung gewährleistet und 80.6% stimmten zu, dass sie einen raschen Zugriff auf wichtige Bewohner/-inneninformationen ermöglicht. Schliesslich gab weniger als die Hälfte des Personals (48.4%) an, dass auf ihrer Abteilung genügend Computer zur

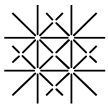


Verfügung stehen, um Informationen schnell zu dokumentieren. Dies ist ein logistisches Hindernis für die optimale Nutzung der elektronischen Bewohner/-innendokumentation in Pflegeinstitutionen, was zu Problemen mit der Aktualisierung der Dokumentation führen kann. Auf Basis der SHURP-Daten kann gezeigt werden, dass Pflege- und Betreuungspersonen häufiger die Dokumentation rationieren, wenn sie das Bewohner/-innendokumentationssystem schlechter bewerten und auf der Abteilung eher zu wenig Computer zur Verfügung haben (3).

Die elektronische Bewohner/-innendokumentation...	Alle (n = 4'442)	Deutsch- schweiz (n = 3'843)	Romandie (n = 599)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
...ermöglicht eine zeitgerechte Kommunikation im Pflege- und Behandlungsteam.	70.1	68.3	81.7
...gibt eine gute Übersicht über die Schwerpunkte in der Pflege, Betreuung und Behandlung der einzelnen Bewohner/-innen.	79.1	77.3	90.8
...ermöglicht einen guten Tagesüberblick über alle Bewohner/-innen auf der Abteilung.	76.0	74.6	85.2
...gewährleistet eine sichere Pflege und Behandlung.	72.2	70.1	85.5
...erlaubt rasch zu den wichtigen Bewohner/-inneninformationen zu kommen.	80.6	79.4	88.5
Auf unserer Abteilung stehen genügend Computer zur Verfügung für eine zeitgerechte Dokumentation.	48.4	47.2	56.1

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

Tabelle 14: Elektronischen Bewohner/-innendokumentation aus Sicht des Pflege-/Betreuungspersonals.



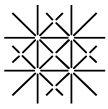
3.2 Ergebnisse Bewohner/-innen

3.2.1 Allgemeine Pflege- und Betreuungsqualität

Insgesamt schätzen 90.0% der Pflege- und Betreuungspersonen die Pflege- und Betreuungsqualität als *eher gut* bis *sehr gut* ein (siehe Tabelle 15), ähnlich wie in SHURP 2013, wo 93.5% diese Aussage machten. Dabei zeigt sich über die Betriebe eine Streubreite von 50 bis 100%. Bezüglich der Konstanz der Pflege- und Betreuungsqualität auf den Abteilungen im Vergleich zum Vorjahr gaben 81.2% an, dass diese unverändert geblieben oder besser geworden ist. Dieser Wert war in SHURP 2013 mit 88.0% deutlich höher in der Gruppe der 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben (vs. 80.4% in SHURP 2018). Das Pflege- und Betreuungspersonal in der Romandie meldete mit 43.2% deutlich häufiger eine Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität als dasjenige in der Deutschschweiz mit 31.9%. Drei Viertel der Pflege- und Betreuungspersonen (76.2%) würden im Bedarfsfall einem Familienmitglied oder einer befreundeten Familie einen Platz in ihrem Betrieb empfehlen (Streubreite von 36.4% bis 100%). Dabei empfehlen Pflege- und Betreuungspersonen in kleinen Betrieben ihre Pflegeinstitution eher weiter als diejenigen in grossen (84.7% vs. 72.9%). Dass in SHURP 2018 im Vergleich zu 2013 mehr grosse als kleine Betriebe teilgenommen haben, könnte erklären, warum in SHURP 2013 mit 83.0% ein wenig mehr Pflege- und Betreuungspersonen ihren Betrieb weiterempfohlen hätten.

	Alle (n = 4'442)	Deutsch- schweiz (n = 3'843)	Romandie (n = 599)
	%	%	%
Wie beurteilen Sie insgesamt die Qualität der Pflege und Betreuung für Bewohnende auf Ihrer Abteilung? (<i>eher gut</i> und <i>sehr gut</i>)	90.0	89.5	93.6
Die Pflege-/Betreuungsqualität auf der Abteilung ist im Vergleich zum letzten Jahr <i>gleich geblieben</i> / hat sich <i>verbessert</i> .	81.2	81.1	81.6
Würden Sie Ihr Heim empfehlen, wenn ein Mitglied Ihrer Familie oder einer befreundeten Familie einen Platz in einem Pflegeheim brauchen würde? (<i>wahrscheinlich schon</i> und <i>ja sicher</i>)	76.2	74.6	86.6

Tabelle 15: Pflege- und Betreuungsqualität gemäss Pflege/Betreuungspersonal nach Sprachregion.



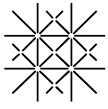
3.2.2 Überblick über die nationalen Qualitätsindikatoren

Per 2019 wurden in allen Schweizer Pflegeinstitutionen sechs medizinische Qualitätsindikatoren zu vier Bereichen eingeführt: bewegungseinschränkende Massnahmen (2 Indikatoren), Mangelernährung, Schmerzen (2 Indikatoren) und Polymedikation. Die Messung dieser Qualitätsindikatoren ist verpflichtend und die Resultate werden in Zukunft vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) öffentlich rapportiert werden. Da SHURP 2018 gerade in den Start der Erhebungen fiel, konnten nicht alle Betriebe alle für die Berechnung der Qualitätsindikatoren notwendigen Daten liefern.

Die Qualitätsindikatoren wurden hier auf der Grundlage von Routinedaten berechnet, die von den Pflegeinstitutionen im Rahmen der Bedarfserfassung mit BESA und RAI-NH erhoben und an das Forschungsteam von SHURP 2018 übermittelt wurden. In der Erhebungsperiode von SHURP 2018 lagen von PLAISIR/PLEX, das in der Romandie verwendet wird, noch keine Daten für die Berechnung der Qualitätsindikatoren vor. Daher sind für diesen Teil des Berichts keine Vergleiche zwischen den Sprachregionen möglich.

Für die Berechnung der Indikatoren wurden Ausschlusskriterien und Risikoadjustierung angewendet. Mit der letzteren werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zwischen den Pflegeinstitutionen besser vergleichbar gemacht, indem Unterschiede bezüglich Casemix in den Betrieben statistisch kontrolliert werden. Mit den Ausschlusskriterien wird sichergestellt, dass nur Bewohner/-innen in die Berechnung eingeschlossen werden, deren Resultate tatsächlich eine Qualitätsaussage zulassen. Tabelle 16 zeigt die Definition der Qualitätsindikatoren und fasst die in der Studie verwendeten Variablen für die Ausschlusskriterien und Risikoadjustierung zusammen, wie dies im aktuellen Konzept des BAG vorgesehen ist. Weitere Informationen zu den Qualitätsindikatoren finden Sie auf der Webseite von [CURAVIVA](#) Schweiz und in den dort vorliegenden Faktenblättern.

Qualitätsindikator	Definition der Qualitätsindikatoren	Variablen für Risikoadjustierung	Ausschlusskriterien
Bewegungs-einschränkende Massnahmen	1. Prozentualer Anteil an Bewohner/-innen mit täglicher Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, welche die Bewohner/-innen am selbstständigen Aufstehen hindert, in den letzten 7 Tagen.	- Pflegestufe - Cognitive Performance Scale (CPS)	- Anwendung auf Wunsch von Bewohner/-in



Qualitätsindikator	Definition der Qualitätsindikatoren	Variablen für Risikoadjustierung	Ausschlusskriterien
	2. Prozentualer Anteil an Bewohner/-innen mit täglichem Gebrauch von Bettgittern und anderen Einrichtungen an allen offenen Seiten des Bettes, welche die Bewohner/-innen am selbstständigen Verlassen des Bettes hindert, in den letzten 7 Tagen.	- Pflegestufe - CPS	- Anwendung auf Wunsch von Bewohner/-in
Mangelernährung	3. Prozentualer Anteil an Bewohner/-innen mit einem Gewichtsverlust von 5% und mehr in den letzten 30 Tagen oder 10% und mehr in den letzten 180 Tagen.	- Pflegestufe - CPS	- Eintrittsassessment - Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten
Schmerzen	4. Selbsteinschätzung: Der prozentuale Anteil der Bewohner/-innen, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen angaben oder nicht täglich sehr starke Schmerzen. 5. Fremdeinschätzung: Prozentualer Anteil der Bewohner/-innen, die in den letzten 7 Tagen täglich mässige und mehr Schmerzen zeigten oder nicht täglich sehr starke Schmerzen.	- Pflegestufe - CPS - Geschlecht - Pflegestufe - CPS - Geschlecht	- Keine gültige Selbsteinschätzung verfügbar Keine
Polymedikation	6. Prozentualer Anteil an Bewohnern/-innen, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen.	- Pflegestufe - CPS - Alter	Keine

Tabelle 16: Definitionen, Risikoadjustierung, Ausschlusskriterien für nationale Qualitätsindikatoren.



Risikoadjustierte Resultate der nationalen Qualitätsindikatoren. Von den 118 Pflegeinstitutionen, die an der SHURP 2018-Studie teilgenommen haben, konnten 86 Pflegeinstitutionen Angaben zu den Qualitätsindikatoren für ihre Bewohner/-innen zur Verfügung stellen (38 arbeiten mit BESA, 48 mit RAI-NH). Dies entspricht insgesamt 6'893 Bewohnern/-innen. Über die gesamte Stichprobe reichen die in SHURP 2018 gemessenen, risikoadjustierten Qualitätsindikatoren von 0.2% bei der täglichen Fixierung des Rumpfes oder mit Sitzgelegenheit, welche die Bewohner/-innen am selbstständigen Aufstehen hindert, bis zu 44.3% für Bewohner/-innen mit Polymedikation. Abbildung 10 zeigt die risikoadjustierten Mittelwerte der einzelnen Qualitätsindikatoren und die Verteilung der Werte über die Betriebe in der SHURP 2018-Stichprobe. Anhand der Ausdehnung in die Breite wird die Streubreite der Betriebsresultate deutlich. Es zeigt sich auch, in welchem Messbereich die meisten Betriebe mit ihren Resultaten liegen (die Höhe widerspiegelt die Anzahl Betriebe pro Messwert). So sieht man z. B. beim Qualitätsindikator Polymedikation, dass die Mittelwerte pro Pflegeinstitution zwischen 21.9% und 69.0% streuen und dass die Mehrheit sich zwischen 38% und 50% bewegt.

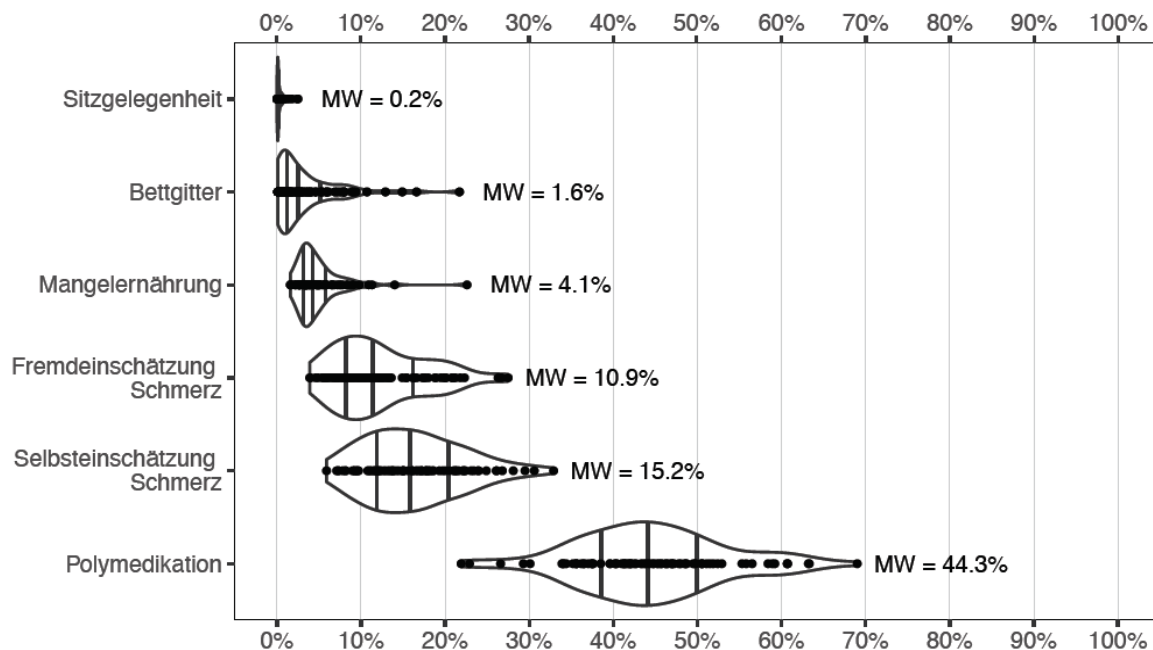
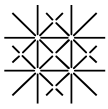
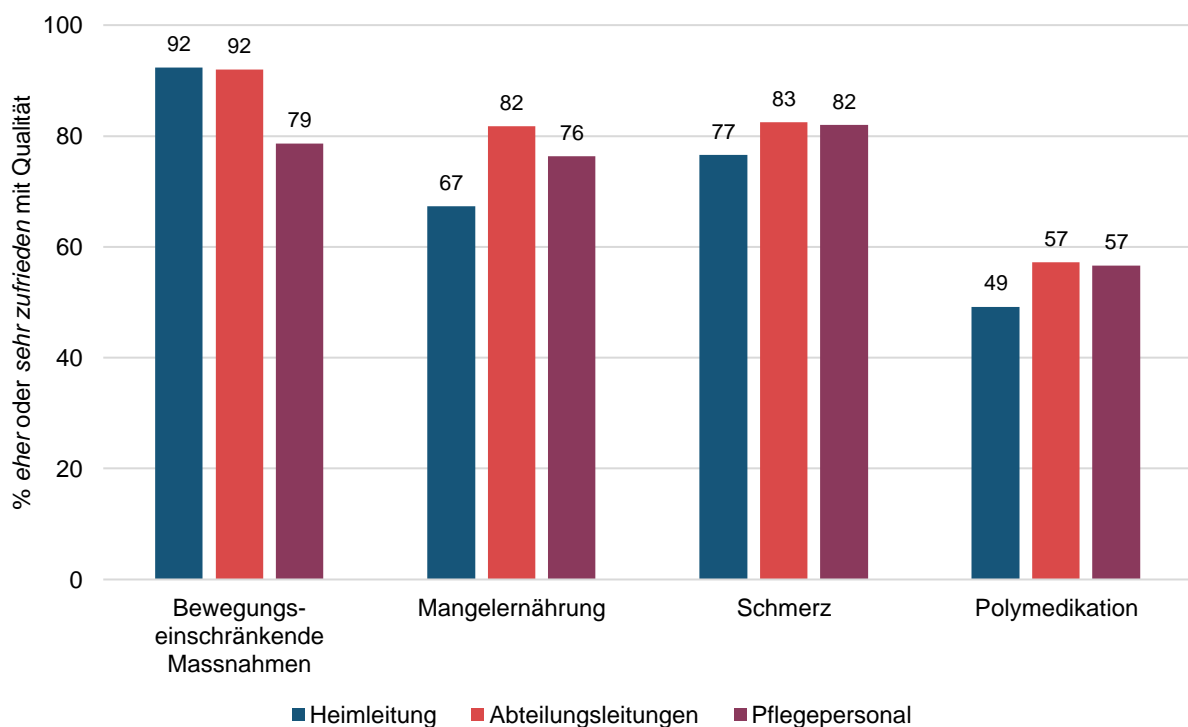


Abbildung 10: Qualitätsindikatoren: Risikoadjustierte MW und Verteilung der Werte über Betriebe.

Zufriedenheit mit der Pflegequalität bezüglich nationaler Qualitätsindikatoren. Zur Zufriedenheit mit der Pflegequalität wurde auf den drei Ebenen des oberen Kadern (Heimleitung oder Leitung Pflege), der Abteilungsleitungen und des Pflegepersonals dieselbe Frage gestellt. Dabei wurde der obere Kader zur



Zufriedenheit mit der Pflegequalität allgemein und alle drei Ebenen zur Zufriedenheit mit der Qualität bezüglich der Themen der nationalen Qualitätsindikatoren befragt. Für diese Frage wurden auf der Ebene des Personals nur Pflegepersonen auf dem Tertiärniveau und mit einem EFZ-Abschluss oder äquivalentem Abschluss in die Auswertung einbezogen. Ein Vergleich der Antworten findet sich in Abbildung 11. Bezüglich der allgemeinen Pflege- und Betreuungsqualität sind 91.2% des oberen Kaders *etwas* oder *sehr zufrieden*.



Bemerkungen: Beim Pflegepersonal ist das Assistenz- und Hilfspersonal aus der Berechnung ausgeschlossen.

Abbildung 11: Zufriedenheit mit Qualitätsindikatoren – Vergleich.

Die Antwortenden zeigen am meisten Zufriedenheit mit der Qualität bezüglich bewegungseinschränkender Massnahmen, gefolgt von Mangelernährung und Schmerz. Am wenigsten Zufriedenheit zeigt sich mit dem Thema der Polymedikation. Bei allen Indikatoren sind Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen den drei Ebenen ersichtlich. So liegt die Zufriedenheit betreffend bewegungseinschränkende Massnahmen beim oberen Kader und den Abteilungsleitungen (92.3%, resp. 92.0%) deutlich höher als beim Pflegepersonal (78.6%). Ebenso differieren die Werte bezüglich Mangelernährung. Hier gaben Abteilungsleitungen eine Zufriedenheit von 81.7% an, das Pflegepersonal von 76.3%, und der obere Kader von nur 67.3%. Bei Polymedikation und Schmerzen liegen die Bewertungen näher beieinander, wobei der obere Kader jeweils tiefer liegt bei der Bewertung. Es fällt auch auf, dass die Abteilungsleitungen am ehesten zu einer positiven Bewertung der Qualität in Bezug auf die Qualitätsindikatoren neigen.

Einschätzung der Nützlichkeit der nationalen Qualitätsindikatoren. Wir haben die oberen Kadermitarbeitenden einerseits gefragt, inwiefern die Qualitätsindikatoren sie darin unterstützen, die Pflegequalität in ihren Pflegeinstitutionen zu überwachen und mögliche Verbesserungsmassnahmen zu ergreifen. Andererseits wollten wir in Erfahrung bringen, ob die nationalen Qualitätsindikatoren ihrer Ansicht nach einen Vergleich ihrer Pflegeinstitution mit anderen Pflegeinstitutionen erlauben. Im Allgemeinen ist der obere Kader von der Nützlichkeit der Indikatoren für die interne Qualitätsüberwachung überzeugt (von 78.4% Zustimmung für Mangelernährung bis 90.5% für Schmerzen). Die oberen Kadermitarbeitenden sind auch eher überzeugt von der Nützlichkeit der nationalen Indikatoren für das Benchmarking, allerdings in geringerem Mass (von 67.3% für Mangelernährung bis 76.9% für bewegungseinschränkende Massnahmen). Über beide Themen gesehen überzeugt der Qualitätsindikator zum Thema Schmerz am meisten, der Indikator zur Mangelernährung am wenigsten (siehe Abbildung 12).

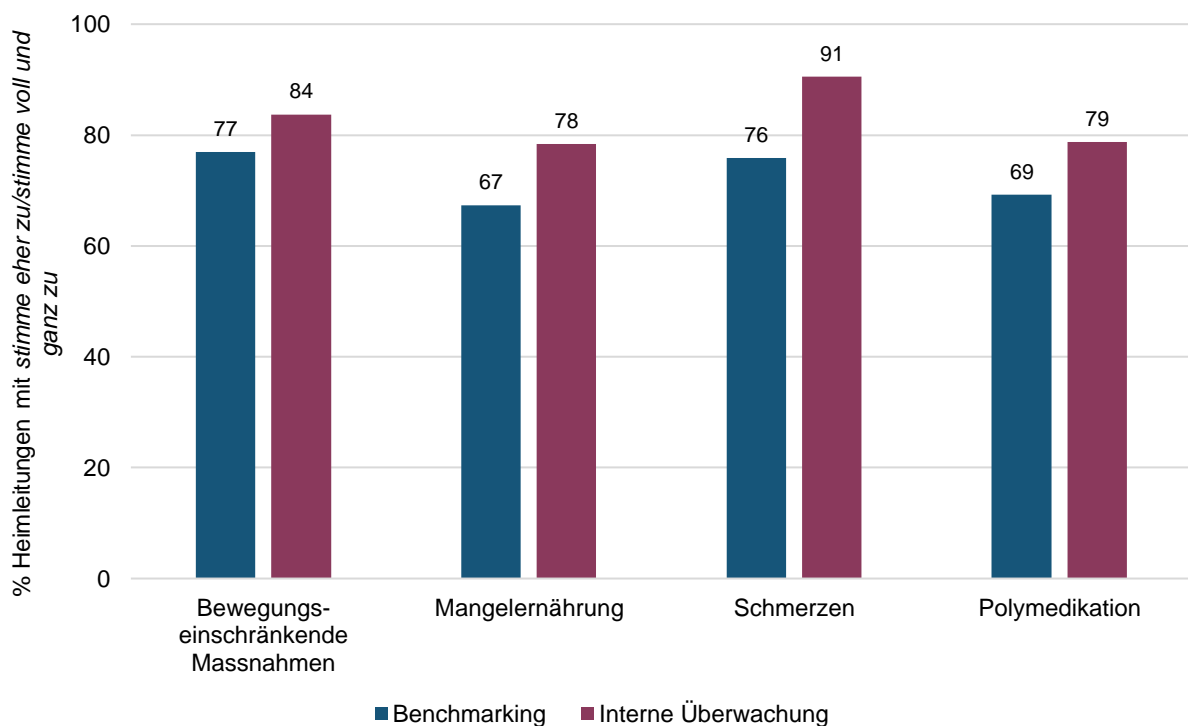
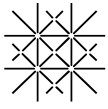


Abbildung 12: Nützlichkeit der Qualitätsindikatoren für Benchmarking oder interne Überwachung.

Kompetenzen zur Nutzung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren. Ein hoher Anteil von 90.5% des oberen Kadern gab an, intern über die Fähigkeiten zu verfügen, die Ergebnisse der Indikatoren für ihre Pflegeinstitution zu nutzen. Dabei ist der Anteil geringer in kleinen Pflegeinstitutionen mit 80.8% vs. 94.3% in grossen Pflegeinstitutionen.



Von den teilnehmenden Betrieben verfügen 72.2% über interne Pflegeexperten/-innen. In der Befragung der Pflegeexperten/-innen (siehe Kapitel 3.7 für weitere Informationen) gaben 82.2% an, dass es Teil ihrer Aufgaben sein sollte, die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in ihrer Pflegeinstitution zu überwachen. Wir fragten die Pflegeexperten/-innen auch, wie sicher sie sich fühlten, eine Lösung für Bewohner/-innen mit einem Problem in einem der Bereiche zu finden, die von den nationalen Qualitätsindikatoren abgedeckt werden (Skala von 0% – *sehr unsicher* bis 100% – *sehr sicher*). Der Median, also der Punkt, der die gegebenen Antworten in zwei gleiche Hälften teilt und an dem sich die meisten Pflegeexperten/-innen einordnen, liegt bei 90% für Schmerzen und bewegungseinschränkende Massnahmen und bei 80% für Mangelernährung und Polymedikation, womit eine gute Basis besteht, die Themen anzugehen.

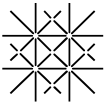
3.2.3 Qualitätsindikatoren – Bewegungseinschränkende Massnahmen

Unter bewegungseinschränkenden Massnahmen versteht man Massnahmen wie z. B. Bettgitter, Fixierung des Rumpfes und Sitzgelegenheiten, welche die Bewohner/-innen am selbstständigen Aufstehen hindern (4). Diese Massnahmen werden häufig mit der Motivation eingesetzt, die Sicherheit der Bewohner/-innen zu erhöhen, z. B. um Stürze zu verhindern oder herausforderndes Verhalten (z. B. Aggression oder Umherwandern) zu bewältigen (5).

Es hat sich jedoch gezeigt, dass bewegungseinschränkende Massnahmen weder effizient noch sicher sind. Für viele Bewohner/-innen haben sie negative Folgen, auf physischer, psychischer und sozialer Ebene (6-8). Ihre Anwendung ist mit ethischen Fragen verbunden, da sie die Autonomie der Bewohner/-innen einschränken (9, 10). Sowohl aus der Perspektive der Forschung wie der klinischen Praxis sind sie kein Zeichen von guter Pflegequalität, insbesondere in der Langzeitpflege (11). Obwohl bewegungseinschränkende Massnahmen in einigen Ländern sehr selten sind (z. B. in Grossbritannien), sind sie weiterhin in vielen Ländern Europas und in der restlichen Welt im Einsatz. Die Prävalenz kann je nach Studie und Land zwischen 6% und 70% variieren, wobei die Angaben nur schwer vergleichbar sind, da bewegungseinschränkende Massnahmen nicht in allen Studien gleich definiert werden (5, 12).

In der Schweiz können bewegungseinschränkende Massnahmen bei urteilsfähigen Bewohnern/-innen nur mit deren Einwilligung angewendet werden. Bei Bewohnern/-innen, die nicht urteilsfähig sind, können bewegungseinschränkende Massnahmen gemäss Kinder- und Erwachsenenschutzrecht Art. 383 ZGB nur angewendet werden, wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein als ungenügend eingeschätzt werden.

In der Schweiz werden bewegungseinschränkende Massnahmen mit zwei nationalen Qualitätsindikatoren gemessen (13), deren Definition im Kapitel 3.2.2 (Überblick über die nationalen Qualitätsindikatoren) zu finden ist. Bei der Berechnung wurden urteilsfähige Bewohner/-innen ausgeschlossen. Nach den Angaben der teilnehmenden Pflegeinstitutionen (n = 86) in SHURP 2018 beträgt der unadjustierte Anteil der



Bewohner/-innen mit einer Fixierung des Rumpfes oder mit einer Sitzgelegenheit, die kein Aufstehen erlaubt, 2.5% (Streuerbreite: 0-12.5 %) und 11.1 % bei Bettgittern (Streuerbreite: 0-35.1%). Die adjustierten Resultate finden sich in Kapitel 3.2.2.

Bestehende Strukturen und Prozesse. In Bezug auf die vorhandenen Strukturen gaben 97.5 % der Heimleitungen an, dass sie über Richtlinien zum Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen verfügen. Wir fragten auch die Abteilungsleitungen bezüglich des Vorliegens von entsprechenden Richtlinien. Diese stimmten zu 96.2% mit den Heimleitungen überein, dass entsprechende Richtlinien vorliegen. Die Wahrnehmung von vorhandenen Richtlinien ist bereits ein erster wichtiger Schritt, um diese auf den Abteilungen auch anzuwenden. Ausserdem überprüfen mehr als 90% der Pflegeinstitutionen diesen Qualitätsindikator mindestens 1x/Jahr und diskutieren eventuelle Massnahmen (Median: 2x/Jahr, Streubreite: 0-12x/Jahr).

Wir fragten die Abteilungsleitungen, welche technologischen Hilfsmittel auf ihren Abteilungen eingesetzt werden, welche die Bewegung der Bewohner/-innen einschränken (siehe Tabelle 17). Der Einsatz von alternativen Massnahmen (wie z. B. elektronischen oder räumlichen Massnahmen) kann eine Möglichkeit sein, die Anzahl der eingesetzten körpernahen Massnahmen, die bewegungseinschränkend sind, zu reduzieren (14, 15).

Technologische Hilfsmittel	Abteilungsleitungen (n = 383)	% Ja
Kontaktmatte		93.2
Elektronische Armbänder		65.8
Matratzen mit Drucksensor		35.5
Erkennungssystem zum Öffnen von Türen		27.9
Kameras		5.5

Tabelle 17: Technologische Hilfsmittel für bewegungseinschränkende Massnahmen.

Auffällig ist, dass Kontaktmatten von fast allen Abteilungsleitungen angegeben werden und elektronische Armbänder von zwei Drittel verwendet werden, während die Verwendung von Kameras wenig vorkommt. Ausserdem kommentierten 8.6% der Abteilungsleitungen, dass sie GPS verwenden, und 15.3% Bewegungsmelder.

Die Abteilungsleitungen wurden gefragt, wie die Entscheidung, eine die Bewegungsfreiheit einschränkende Massnahme anzuwenden, diskutiert wird. Die Ergebnisse sind in Abbildung 13 dargestellt.

Die Entscheidungen über bewegungseinschränkende Massnahmen werden diskutiert:

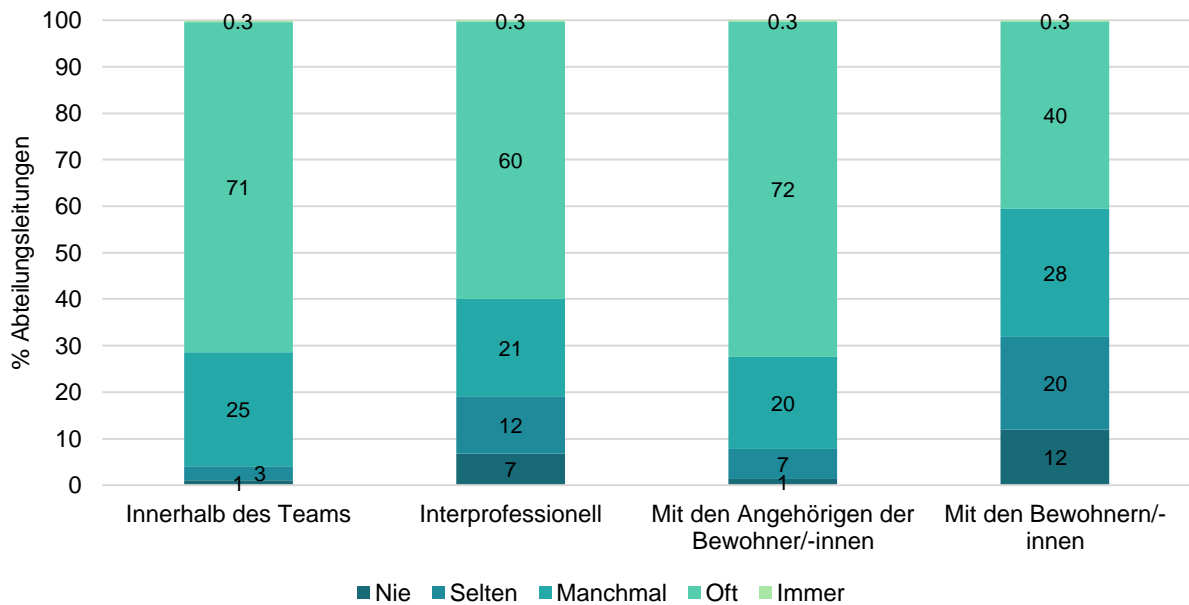


Abbildung 13: Entscheidungspartner bezüglich bewegungseinschränkender Massnahmen.

Bemerkenswert ist, dass diese Entscheidungen nicht systematisch die Betroffenen einschliessen und/oder nicht systematisch innerhalb des Teams im weitesten Sinne bewertet werden. In 31.9% der Abteilungen wird die Entscheidung *nie* oder *selten* mit den Bewohnern/-innen besprochen, während dies auf 40.6 % der Abteilungen *oft* oder *immer* der Fall ist. Die Entscheidung wird gemäss 71.3% der Abteilungsleitungen *oft* oder *immer* innerhalb des Teams, gemäss 60.0% interprofessionell (d. h. mit mindestens einer Pflegefachperson und einem Arzt/einer Ärztin) und gemäss 72.4% mit den Angehörigen besprochen.

Verfügbare Skills. Der Zugang zu Fachkenntnissen oder hochqualifizierten Fähigkeiten wird in der wissenschaftlichen Literatur als möglicher Faktor hervorgehoben, der einen geringeren Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen in Pflegeinstitutionen begünstigt (5, 11). Wir haben die Heimleitungen gefragt, ob ihre Pflegeinstitution die Möglichkeit hat, jemanden zu konsultieren, der auf bewegungseinschränkende Massnahmen spezialisiert ist, wenn das Personal mit einer herausfordernden und/oder komplexen Situation in diesem Bereich konfrontiert ist. Die Ergebnisse sind in Abbildung 14 dargestellt. Die Heimleitungen von 11% der Pflegeinstitutionen antworteten, dass sie keinen Zugang zu einer solchen Fachperson haben.

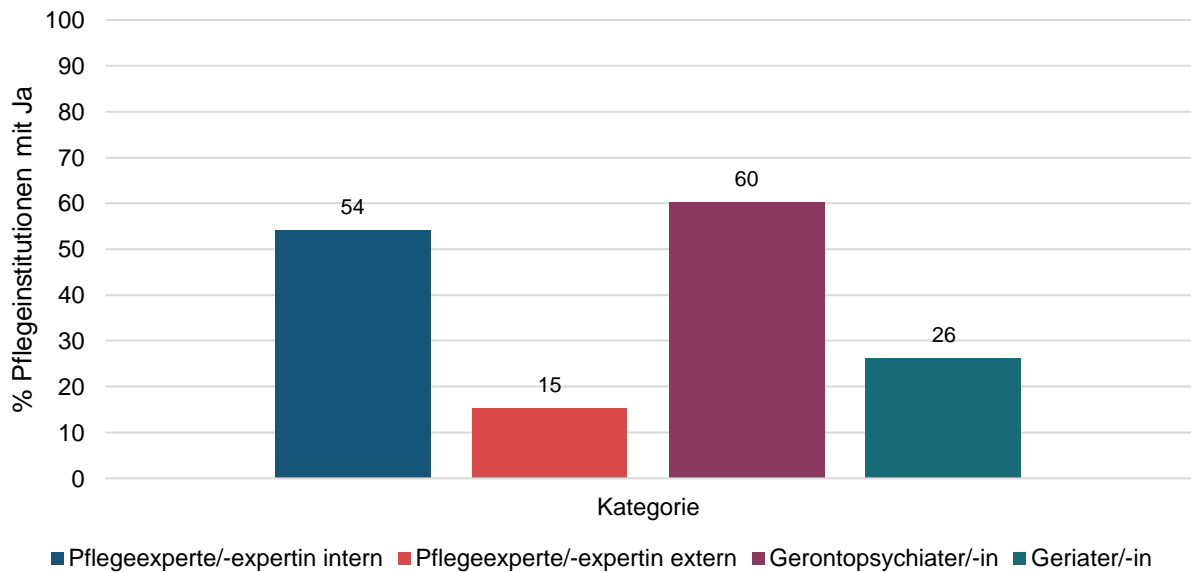
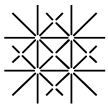


Abbildung 14: Zugang zu Fachexpertise gemäss Heimleitungen.

Von den grossen Betrieben gaben 65.7% an, Zugang zum Konsiliardienst eines internen Pflegeexperten/einer internen Pflegeexpertin zu haben (vs. mittlere Betriebe: 50.0% und kleine Betriebe: 48.1%). Dieser Zugang ist mehr in öffentlichen Pflegeinstitutionen (61.1% vs. private: 48.4%) sowie der Deutschschweiz vorhanden (57.1% vs. F: 40.0%) (siehe Tabelle 18). Zusätzlich kommentierten 3 Pflegeinstitutionen, dass sie sich bei Bedarf an eine Ethikkommission wenden können.

Auf der anderen Seite scheint der Zugang zu einem Gerontopsychiater/einer Gerontopsychiaterin in kleinen Pflegeinstitutionen (66.7%) weiter verbreitet zu sein als in mittleren oder grossen (62.5% bzw. 51.4%). Auch hier ist der der Zugang in öffentlichen Pflegeinstitutionen (72.2 %) weiter verbreitet als in privaten (50.0%) und mehr in der Deutschschweiz (63.3%) als in der Romandie (45.0%) vorhanden. Dies gilt auch für den Zugang zu einem Geriater/einer Geriaterin (D: 28.6% vs. F: 15.0%) (siehe Tabelle 18). Allgemein lässt sich sagen, dass öffentliche Pflegeinstitutionen eher Zugang zu Spezialisten/-innen haben als private.

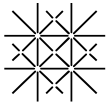


Zugang zu:	Insgesamt (n = 118)	Gross (≥ 100 Betten) (n = 35)	Mittel (50-99 Betten) (n = 56)	Klein (20-49 Betten) (n = 27)	Deutsch- schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	% Ja	% Ja	% Ja	% Ja	% Ja	% Ja
Internem Pflegeexperten/ interner Pflegeexpertin	54.2	65.7	50.0	48.1	57.1	40.0
Externem Pflegeexperten/ externer Pflegeexpertin	15.3	20.0	10.7	18.5	15.3	15.0
Gerontopsychiater/-in	60.2	51.4	62.5	66.7	63.3	45.0
Geriatler/-in	26.3	25.7	28.6	22.2	28.7	15.0

Tabelle 18: Zugänglichkeit zu Fachexpertise nach Betriebsgrösse und Sprachregion.

Was die Pflegeexperten/-innen der teilnehmenden Betriebe betrifft, gaben fast 10% von ihnen an, dass sie das Pflege- und Betreuungspersonal nie bei bewegungseinschränkenden Massnahmen unterstützen. Bei fast 60% von ihnen reicht die Häufigkeit von 1x/Monat bis 1x alle drei Monate, und 31.7% der Pflegeexperten/-innen gaben an, dass sie zwischen 1x/Woche und mehr als 1x/Tag Unterstützung zu diesem Thema leisten. Es zeigt sich, dass nicht alle Pflegeexperten/-innen die gleiche Rolle in diesem Bereich haben. Die Pflegeexperten/-innen gaben ausserdem an, dass sie durchschnittlich 3.8 Stunden/Monat dem Thema der bewegungseinschränkenden Massnahmen widmen, einschliesslich Schulungen, Coaching und Beratungen (Median: 2 Stunden, Streubreite: 0-20 Stunden).

Meinungen des Personals zu bewegungseinschränkenden Massnahmen. Es gibt umfangreiche wissenschaftliche Literatur über die (positive oder negative) Einstellung des Personals zur Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen bei Bewohnern/-innen in Pflegeinstitutionen. Das Verhalten des Personals zu diesem Thema beeinflusst die Entscheidung, ob solche Massnahmen angewendet werden oder nicht (16, 17). Wir haben das Pflege- und Betreuungspersonal sowie die Abteilungsleitungen nach ihrer Meinung zur Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen auf ihrer Abteilung gefragt. Die Ergebnisse in Tabelle 19 zeigen, dass die Abteilungsleitungen den Umgang mit diesen Massnahmen auf ihrer Abteilung insgesamt positiver beurteilen als das Pflegepersonal.



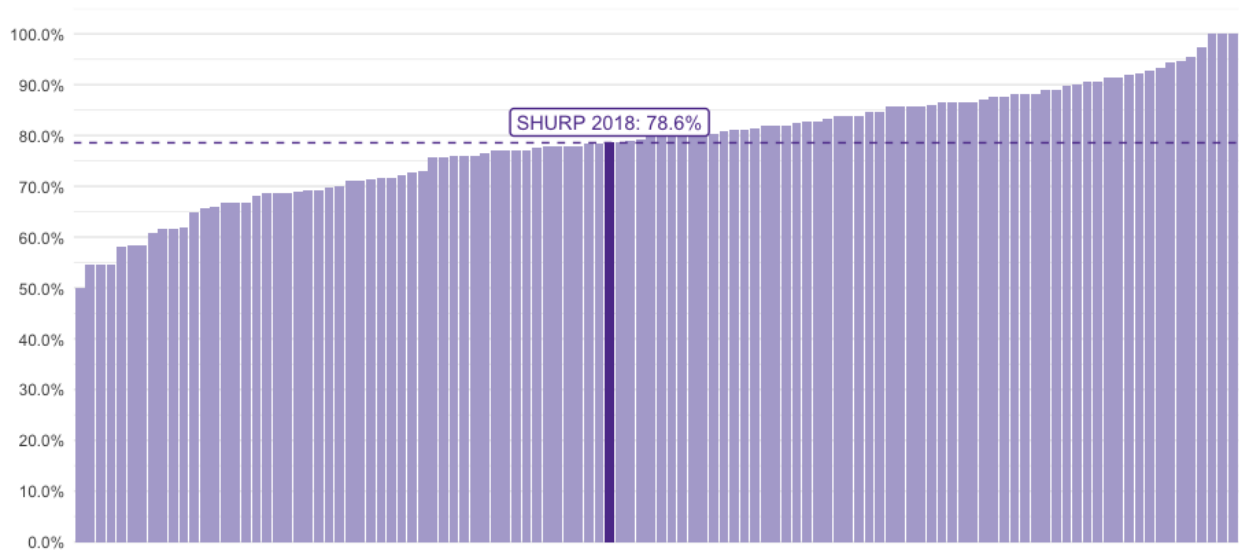
	Pflege- /Betreuungs- personal (n = 4'442)	Abteilungsleitungen (n = 385)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Auf der Abteilung, in der ich tätig bin, werden bewegungseinschränkende Massnahmen zu häufig angewendet.	9.7	3.9
Wenn wir bewegungseinschränkende Massnahmen anwenden, ist das immer tatsächlich notwendig.	76.6	89.8
Bewegungseinschränkende Massnahmen werden zu schnell angewendet.	10.8	3.1
Unsere Abteilung verwendet so wenige Massnahmen wie möglich, um die Bewegungsfreiheit zu begrenzen.	68.5	89.9
Bewegungseinschränkende Massnahmen werden aus blosser Bequemlichkeit der Pflegepersonen angewendet.	5.9	2.1
Unsere Abteilung verwendet zu häufig Medikamente zur Ruhigstellung der Bewohner/-innen.	9.7	6.0

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme sehr zu*

Tabelle 19: Haltung des Personals gegenüber bewegungseinschränkenden Massnahmen.

Zufriedenheit mit dem Qualitätsindikator bewegungseinschränkende Massnahmen. Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse finden sich auch im Kapitel 3.2.2.

Die Befragten wurden nach dem Grad ihrer Zufriedenheit betreffend den Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen in ihrer Pflegeinstitution oder Abteilung gefragt. 78.6% der Pflege- und Betreuungspersonen gab an, dass sie damit *eher zufrieden* oder *sehr zufrieden* sind. Es lassen sich jedoch grosse Unterschiede beobachten zwischen 50% und 100% Zufriedenheit je nach Pflegeinstitution (siehe Abbildung 15). Der Zufriedenheitsanteil ist bei den Abteilungsleitungen (92.0%) und Heimleitungen (92.3%) höher. In den Pflegeinstitutionen in der Romandie sind weniger Heimleitungen mit der Pflegequalität in diesem Bereich zufrieden (85.0%) als in der Deutschschweiz (93.8%). Generell sind bewegungseinschränkende Massnahmen diejenigen Qualitätsindikatoren, mit denen die Befragten am zufriedensten sind (siehe Kapitel 3.2.2 Übersicht über die nationalen Qualitätsindikatoren).



Bemerkung: Antworten unter *eher zufrieden* oder *sehr zufrieden* beim Pflege- und Betreuungspersonal. Jeder Balken repräsentiert den Mittelwert einer Pflegeinstitution.

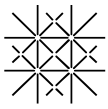
Abbildung 15: Zufriedenheit betreffend Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen.

3.2.4 Qualitätsindikatoren – Mangelernährung

Das Risiko für eine Mangelernährung erhöht sich im Alter auf Grund von verschiedenen Faktoren wie z. B. der veränderten Nahrungsaufnahme und Bioverfügbarkeit von Nährstoffen und verstärkt sich noch nach dem Eintritt in eine Pflegeinstitution (18, 19). Mangelernährung kann schwerwiegende Folgen haben. Sie ist mit einer Erhöhung der Mortalität und Morbidität verbunden (z. B. Sturz- und Infektionsrisiko), einer Verschlechterung der Lebensqualität und anderen negativen Konsequenzen (z. B. erhöhtes Risiko einer Spiteleinweisung und längere Aufenthaltsdauer im Spital) (20, 21).

Es gibt international verschiedene Richtlinien und Handlungsanweisungen für die Prävention der Mangelernährung, wie auch für die Überwachung, das Screening und die Behandlung von Bewohnern/-innen, die unter Mangelernährung leiden (22, 23). Massnahmen können sowohl auf der Betriebs- oder Abteilungsebene wie bei den Bewohnern/-innen direkt ergriffen werden. In SHURP 2018 sehen wir eine Prävalenz der Mangelernährung von 4.1% (Streubreite: 0.0% bis 23.8%). Die Definition des Qualitätsindikators Mangelernährung ist in Kapitel 3.2.2 (Überblick über die nationalen Qualitätsindikatoren) zu finden. Wir befragten das Personal, die Abteilungsleitungen und Heimleitungen zum Thema.

Prävention, Überwachung und Screening von Mangelernährung. Effektive Prävention, Überwachung und Screening sind zentral für den Umgang mit Mangelernährung. Eine effektive und frühzeitige Erkennung kann zu einem verbesserten Management beitragen, kommt aber im Alltag teilweise zu kurz. Wichtige Elemente für eine bessere Prävention und Überwachung der Mangelernährung bei Bewohnern/-innen sind

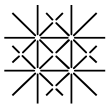


Richtlinien, qualifiziertes Fachpersonal mit Kenntnissen zur Mangelernährung bei älteren Menschen sowie die Verfügbarkeit einer Ernährungsberatung (22, 23).

In Bezug auf Richtlinien gaben 59.5% der Heimleitungen an, dass in ihren Betrieben Richtlinien oder Handlungsanweisungen zum Thema Mangelernährung vorhanden sind. Im Vergleich zu grossen (76.5%) und mittleren (63.6%) Betrieben gaben weniger Heimleitungen von kleinen Betrieben an, solche Richtlinien zu haben (29.6%). Diese Ergebnisse sind in Tabelle 20 dargestellt. In der Deutschschweiz verfügen weniger Betriebe über Richtlinien (56.2%) als in der Romandie (75.0%). Ähnlich wie die Heimleitungen gaben 62.5% der Abteilungsleitungen an, auf ihrer Abteilung über Richtlinien zur Erkennung und Behandlung von Mangelernährung zu verfügen. Innerhalb desselben Betriebs sind sich Heimleitungen und Abteilungsleitungen jedoch nicht immer einig: so stimmten die Abteilungsleitungen nur zu 47.8% mit den Heimleitungen überein bezüglich des Vorliegens solcher Richtlinien. 16.2% der Abteilungsleitungen verneinten das Vorhandensein von Richtlinien, auch wenn die Heimleitung das Vorhandensein bestätigte.

Was die Qualifikationen und Fähigkeiten der Mitarbeitenden angeht, gaben 52.7% der Heimleitungen an, dass ihre Pflegeinstitutionen mit einer Ernährungsberaterin oder einem Ernährungsberater arbeitet, 66.1% mit einem Diätkoch/einer Diätköchin EFZ, und 89.0%, dass ein Teil der Küchenmitarbeitenden eine Schulung für altersgerechte Ernährung absolviert haben. Es zeigen sich deutliche sprachregionale Unterschiede. Insgesamt 70.0% der Betriebe in der Romandie arbeiten mit einem Ernährungsberater/einer Ernährungsberaterin vs. nur 48.9% in der Deutschschweiz. Bezüglich der Heimgrösse gaben grosse Betriebe öfter als kleine oder mittlere Betriebe an, solche Kompetenzen zu haben. Ein Teil der Ergebnisse ist in Tabelle 20 zusammengefasst.

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Gross (≥ 100 Betten) (n = 35)	Mittel (50-99 Betten) (n = 56)	Klein (20-49 Betten) (n = 27)
		% Ja	% Ja	% Ja	% Ja
Verfügen über Richtlinien über Mangelernährung	116	59.5	76.5	63.6	29.6
Der Betrieb arbeitet mit:					
Ernährungsberater/-in	112	52.7	62.9	54.7	33.3
Diätkoch/-köchin	109	66.1	79.4	63.5	52.2



	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Gross (≥ 100 Betten) (n = 35)	Mittel (50-99 Betten) (n = 56)	Klein (20-49 Betten) (n = 27)
		% Ja	% Ja	% Ja	% Ja
Ein Teil der Küchenmitarbeitenden hat eine Schulung für altersgerechte Ernährung absolviert.	109	89.0	91.2	88.0	88.0

Tabelle 20: Strukturen bezüglich Ernährung nach Betriebsgrösse.

Bezüglich der Mahlzeitenzubereitung gaben 8.4% der Abteilungsleitungen an, dass alle Mahlzeiten für die Bewohner/-innen direkt auf ihrer Abteilung zubereitet werden (im Gegensatz z. B. zum Restaurant des Betriebes) und ein Viertel der Abteilungen (25.9%) bereitet keine Mahlzeiten vor Ort zu. Auf den übrigen Abteilungen (65.7%) werden ausgewählte Mahlzeiten (insbesondere das Frühstück und Zwischenmahlzeiten) auf der Abteilung zubereitet.

Wir haben die Heimleitungen gefragt, welche Instrumente in ihrer Pflegeinstitution verwendet werden, um den Ernährungsstatus der Bewohner/-innen zu beurteilen. Etwas mehr als ein Drittel der Heimleitungen (35.2%) gab das Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) mit 6 Items an und 17.5% das Mini Nutritional Assessment (MNA) mit 18 Items. Letzteres wird von der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (2002) für das Screening von Mangelernährung bei älteren Menschen in Pflegeinstitutionen empfohlen (24). Auch für das MNA-SF konnte Wirksamkeit nachgewiesen werden (25). Das Nutritional Risk Screening (NRS, NRS-2002) und das Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) werden sehr wenig genutzt (in 5.9% bzw. 1% der Betriebe). Die Ergebnisse sind in Abbildung 16 zusammengefasst. Im Allgemeinen verwenden 62.7% der Betriebe ein solches Instrument, und davon verwenden 12.7% mehrere Instrumente. Auf der anderen Seite stellen fast 4 von 10 Pflegeinstitutionen (37.3%) kein Instrument zur Verfügung, um den Ernährungsstatus der Bewohner/-innen zu beurteilen.

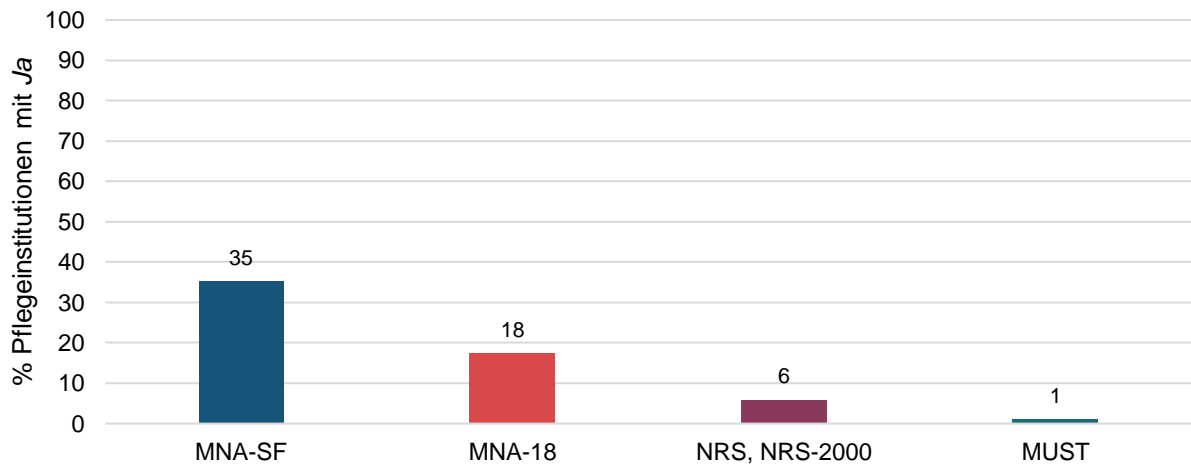


Abbildung 16: Vorhandene Assessmentinstrumente für Mangelernährung.

Behandlung der Mangelernährung. Die Behandlung der Mangelernährung zielt nicht nur darauf ab, die Mangelernährungssituation bei den Bewohnern/-innen anzugehen, sondern auch deren Ursachen (23). Dabei können Massnahmen auf den Ebenen des Betriebs, der Abteilung und der Bewohner/-innen umgesetzt werden. Diese Massnahmen überschneiden sich häufig mit denjenigen zur Prävention und Überwachung von Mangelernährung.

Auf der Betriebs- und Abteilungsebene. Die Behandlung der Mangelernährung hängt von mehreren Faktoren ab (z. B. der Verfügbarkeit von standardisierten Richtlinien, einer Ernährungsberatung oder qualifiziertem und regelmässig geschultem Personal, siehe oben). Ebenso ist wichtig, dass z. B. notwendige Zahnbehandlungen und Therapien für die Behebung von Ursachen der Mangelernährung zugänglich sind, und dass während der Mahlzeiten ausreichend Personal vorhanden ist, um den Bewohnern/-innen die nötige Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu bieten.

Die Verfügbarkeit von Pflege- und Betreuungspersonal während der Mahlzeiten wird von einer hohen Anzahl des Pflege- und Betreuungspersonals positiv bewertet: 8 von 10 Antwortenden (80.7%) gaben an, dass sie die Möglichkeit haben, die Bewohner/-innen ihren Bedürfnissen entsprechend während der Mahlzeiten zu unterstützen. Dieser Anteil variiert stark zwischen den Pflegeinstitutionen (Streubreite zwischen 50% und 100%), was die Unterschiede der Situationen in den Pflegeinstitutionen unterstreicht. Auf der anderen Seite sagten 77.0% der Abteilungsleitungen, dass während der Mahlzeiten ausreichend Personal zur Verfügung steht, was ein Prozentsatz ist, der den 81.0% des Pflege- und Betreuungspersonals sehr nahekommt. Zudem gaben 9 von 10 Pflege- und Betreuungspersonen (90.0%) an, dass sie sich der Schwierigkeiten bewusst sind, welche die Bewohner/-innen während der Mahlzeiten haben können (z. B. Schluckstörungen). Dies wird von den Abteilungsleitungen bestätigt, die zu 92.4% angaben, dass die Hilfe vom Pflorgeteam bei den Mahlzeiten an die Fähigkeiten der Bewohner/-innen angepasst ist.



Bewohnerebene. Auf der Bewohnerebene sind für eine optimale Behandlung von mangelernährten Bewohnern/-innen mehrere Stufen bzw. Etappen zu berücksichtigen (23, 26, 27):

- **Stufe 1:** Beurteilung und Behandlung von Risikofaktoren und individuellen Ursachen, z. B. Behandlung von Grunderkrankungen, Abklärung von Schluckstörungen.
- **Stufe 2:** Ernährungsberatung, intensivierte Betreuung, ergotherapeutische Hilfsmittel, Verbesserung der Atmosphäre und Präsentation der Mahlzeiten, Unterstützung und Anleitung, Modifikation und Individualisierung der Ernährung (z. B. attraktive und altersgerechte Speisen und Getränke unter Berücksichtigung persönlicher Vorlieben), Bereitstellung zusätzlicher Zwischenmahlzeiten, usw.
- **Stufe 3:** Nahrungsanreicherung mit gehaltvollen Nahrungsmitteln oder Nährstoffkonzentraten, gezielte Ergänzung fehlender Mineralien und Nährstoffe, usw.

Die Ergebnisse der SHURP 2018-Studie werden im Folgenden für jede dieser Stufen dargestellt.

Stufe 1. Mehr als die Hälfte der Abteilungsleitungen (51.9%) gab an, dass sie das Risiko der Mangelernährung systematisch evaluieren und behandeln (D: 46.5% vs. F: 78.5%). Fast drei Viertel (73.3%) gaben an, dass das Thema der Mangelernährung im interprofessionellen Team auf der Abteilung besprochen wird und bei Bedarf geeignete Massnahmen initiiert werden.

Bezüglich der Evaluation und Überwachung von Mangelernährung auf den Abteilungen gaben 98.7% der Abteilungsleitungen an, die Bewohner/-innen zu wiegen und 98.2%, deren Essensgewohnheiten zu beobachten. Hinzu kommen 44.3%, die ein Instrument wie z. B. MNA anwenden, und 37.3% setzen Labortests ein. Bezüglich Instrumente zeigt sich hier ein Unterschied zu der Einschätzung der Heimleitungen, von denen 62.7% angaben, dass so ein Instrument vorliegt, wohingegen es bei den Abteilungsleitungen nur 44.3% waren. Dies widerspiegelt eventuell einen Unterschied in der tatsächlichen Anwendung von vorliegenden Instrumenten. Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Romandie bezüglich der Verwendung eines Instruments (D: 40.1% vs. F: 68.5%) und von Labortests (D: 34.1% vs. F: 55.6%). Ein Teil der Ergebnisse ist in Abbildung 17 dargestellt.

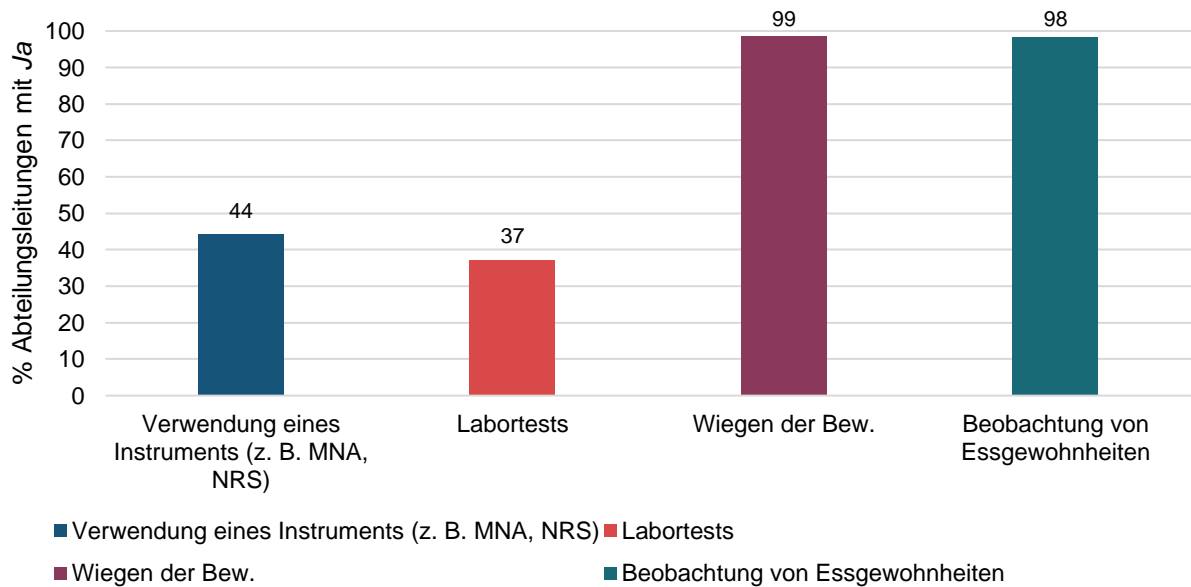
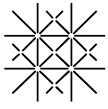


Abbildung 17: Auswertung und Überwachung von Mangelernährung.

Stufe 2. Eine angenehme und positive Atmosphäre unterstützt die Nahrungsaufnahme. Hierzu gaben 70.8% des Pflege- und Betreuungspersonals an, dass die Atmosphäre während der gemeinsamen Mahlzeiten *gut* oder *sehr gut* ist; gemäss 24.8% ist sie *akzeptabel* und nur 4.4% gaben an, dass sie *schlecht* oder *sehr schlecht* ist. Es lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Pflegeinstitutionen beobachten. Während in verschiedenen Betrieben 100% der Mitarbeitenden die Atmosphäre als *gut/sehr gut* erleben, liegt der niedrigste Prozentsatz bei nur 22.2%. Ein positives Bild zeichnen die Abteilungsleitungen, von denen 89.5% zustimmen, dass auf ihrer Abteilung gemeinsame Mahlzeiten in einer angenehmen Atmosphäre eingenommen werden.

Die Anwesenheit der Angehörigen während der Mahlzeiten trägt zu einer angenehmen Atmosphäre bei. Gemäss 85.4% der Abteilungsleitungen bietet ihre Abteilung den Angehörigen die Möglichkeit, mit den Bewohnern/-innen eine gemeinsame Mahlzeit einzunehmen. Die Pflegeinstitutionen in der Romandie bieten dies öfter an (96.4%) als diejenigen in der Deutschschweiz (83.5%), und die kleinen Pflegeinstitutionen öfter (94.9%) als die mittleren (89.0%) und grossen Betriebe (79.8%). Der Ergebnisse sind in Tabelle 21 zusammengefasst.



Abteilungs- leitungen	Anzahl gültiges n	Alle (n = 383)	Deutsch- schweiz (n = 328)	Romandie (n = 57)	Gross (≥ 100 Betten) (n = 173)	Mittel (50-99 Betten) (n = 172)	Klein (20-49 Betten) (n = 40)
		%	%	%	%	%	%
Abteilung bietet Möglichkeit, mit den Bewohnern/-innen Mahlzeiten einzunehmen (% Ja)	371	85.4	83.5	96.4	79.8	89.0	94.9
In unserer Abteilung fördern wir die Anwesenheit der Angehörigen während der Mahlzeiten (% <i>stimme eher zu/stimme voll und ganz zu</i>)	383	33.2	27.8	64.3	21.5	41.0	50.0

Tabelle 21: Anwesenheit der Angehörigen während Mahlzeiten nach Sprachregion und Betriebsgrösse.

Trotz der Möglichkeit für Angehörige, bei den Mahlzeiten anwesend zu sein, gaben nur 33.2% der Abteilungsleitungen an, dass die Anwesenheit der Angehörigen während der Mahlzeiten gefördert wird. Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen der Romandie und Deutschschweiz. Fast zwei Drittel (64.3%) der französischsprachigen Abteilungsleitungen gaben an, dass sie die Anwesenheit von Angehörigen fördern, während dies nur bei 27.8% der deutschsprachigen Abteilungsleitungen der Fall ist. Es wird deutlich, dass kleine Pflegeinstitutionen einen stärkeren Fokus auf die Förderung der Beziehungen mit den Angehörigen legen. Schliesslich gaben 86.9% der Abteilungsleitungen an, dass die Bewohner/-innen ermutigt werden, mindestens 1 Mahlzeit/Tag gemeinsam mit anderen Bewohnern/-innen einzunehmen.

Die Präferenzen der Bewohner/-innen werden gut berücksichtigt. Fast 8 von 10 Pflegeinstitutionen (78.8%) geben den Bewohnern/-innen die Möglichkeit, sich an der Entwicklung der Menüauswahl zu beteiligen und 84.6% bieten für mindestens 1 Mahlzeit/Tag eine Auswahl an Menüs oder eine Menükarte an. Darüber hinaus werden die Mahlzeiten an die Bedürfnisse der älteren Menschen angepasst. 9 von 10 Abteilungsleitungen (91.4%) gaben an, dass angepasstes Besteck für die Mahlzeiten zur Verfügung steht und drei Viertel (74.6%) sagten, dass Mahlzeiten in Form von Fingerfood (d. h. leicht zu greifenden Stücken) angeboten werden für Bewohner/-innen, die kein Besteck mehr benutzen können. Bezüglich der Verfügbarkeit von Essen ausserhalb der Mahlzeiten gaben 77.5% des Pflege- und Betreuungspersonals

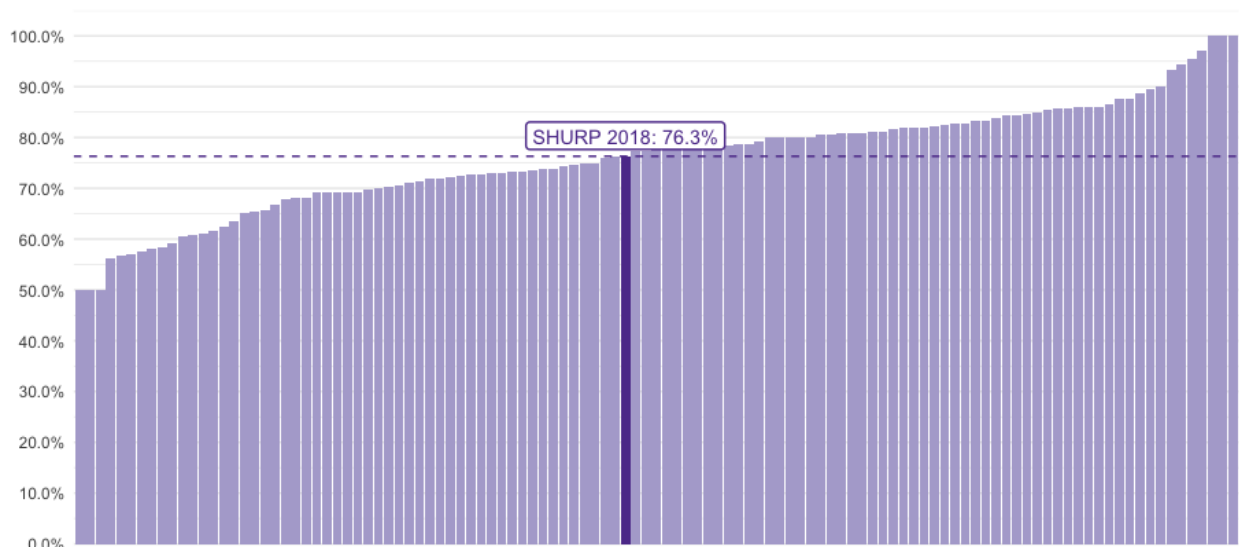


an, dass auf ihren Abteilungen den Bewohnern/-innen Snacks und/oder Zwischenmahlzeiten angeboten werden, ohne dass sie danach fragen müssen.

Stufe 3. In Bezug auf die Nahrungsergänzungsmittel fragten wir die Abteilungsleitungen nach dem Prozentsatz der Bewohner/-innen auf ihrer Abteilung, die Nahrungsergänzungsmittel oder eine Nahrungsmittelanreicherung erhalten. Die Ergebnisse unterscheiden sich je nach Abteilung. Insgesamt gaben 3.4% der Abteilungsleitungen an, dass 75-100% der Bewohner/-innen auf ihrer Abteilung entsprechende Ergänzungen erhalten. Die Mehrheit (71.5%) der Abteilungsleitungen berichtete, dass nur wenige Bewohner/-innen (1-25%) Nahrungsergänzungsmittel oder eine Nahrungsmittelanreicherung erhalten, und 10.3% der Abteilungsleitungen sagten, dass keine Bewohner/-innen solche Ergänzungsmittel erhalten. Darüber hinaus gaben fast 9 von 10 Heimleitungen (85.9%) an, dass den Bewohnern/-innen bei Bedarf Eiweiss- oder hochkalorische Drinks zur Verfügung stehen.

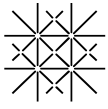
Zufriedenheit mit dem Qualitätsindikator Mangelernährung. Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse finden sich auch im Kapitel 3.2.2.

Die Heimleitungen gaben zu 67.3% an, dass sie mit der Qualität der Versorgung im Bereich der Mangelernährung *eher zufrieden* oder *sehr zufrieden* sind. Damit liegen sie etwa 10% unter dem Pflege- und Betreuungspersonal (76.3%) und 15% unter den Abteilungsleitungen (81.7%). Die Zustimmungsrate des Pflege- und Betreuungspersonals variiert stark zwischen den Betrieben (Minimum: 50%, Maximum: 100%) (siehe Abbildung 18).



Bemerkung: Antworten unter *eher zufrieden* oder *sehr zufrieden* beim Pflege- und Betreuungspersonal. Jeder Balken repräsentiert den Mittelwert einer Pflegeinstitution.

Abbildung 18: Zufriedenheit betreffend Umgang mit Mangelernährung.

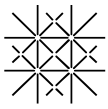


3.2.5 Qualitätsindikatoren – Schmerzen

International liegt die Prävalenz von chronischen Schmerzen in der stationären Langzeitpflege zwischen 3.7% und 79.5% (28-33), wobei das Resultat davon abhängig ist, mit welchem Instrument der Schmerz gemessen wurde. Wenn nur Studien mit der Selbsteinschätzung durch die Bewohner/-innen berücksichtigt werden, beträgt die Prävalenz zwischen 60% und 70% (33). Vergleichsweise geben gemäss der RESPONS-Studie um die 60% der Bewohner/-innen in Pflegeinstitutionen in der Schweiz an, chronische Schmerzen zu haben (34). Dabei ist zu beachten, dass in der RESPONS 2013-Studie die Antwortoptionen auf die Frage nach Schmerzen nur *ja*, *teilweise* oder *nein* waren, ohne die Schmerzintensität zu beachten, wobei 60% mit *ja* oder *teilweise* geantwortet haben. Im Gegensatz dazu setzt der Qualitätsindikator zur Selbsteinschätzung von Schmerzen eine höhere Grenze und gibt an, wenn Bewohner/-innen täglich mindestens mässige Schmerzen haben oder nicht täglich starke Schmerzen (vgl. Tabelle 16). In SHURP 2018 liegt die Prävalenz von Schmerzen gemäss diesem risikoadjustierten Qualitätsindikator zur Selbsteinschätzung bei 15.2% und beim Indikator zur Fremdeinschätzung bei 10.9%.

Chronische Schmerzen verursachen eine komplexe multidimensionale Interaktion zwischen physischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Faktoren, Funktionalität und Stimmungslage. Unter- resp. unbehandelte Schmerzen reduzieren die Mobilität und Selbstständigkeit der Bewohner/-innen, verursachen Schlafstörungen, führen zu sozialem Rückzug, sind verbunden mit Angst und Stimmungsschwankungen (bis hin zu Depressionen) (31-33, 35-37) und reduzieren die Lebensqualität (28, 35, 38-40). Verschiedene Studien weisen auf ein multidimensionales Schmerzerleben hin. Dieses bildet sich im Konzept von Total Pain (totaler Schmerz) ab (41) und erfasst bio-psycho-sozial-spirituelle Dimensionen des Schmerzerlebens. Damit wird die Forderung nach einem multidisziplinären Schmerzmanagement für eine wirkungsvolle Behandlung deutlich (30, 33, 35, 36, 39, 42, 43).

Handlungsanweisungen im Bereich Schmerz. Insgesamt 81.4% der Betriebe verfügen gemäss den Heimleitungen über Handlungsanweisungen oder Richtlinien zum Schmerzmanagement mit höherer Durchdringung in der Romandie (D: 78.6% vs. F: 95.0%) (siehe Tabelle 22). Deutlich weniger Betriebe (51.7%) verfügen über Handlungsanweisungen zur nicht-medikamentösen Schmerzbehandlung (D: 52.0% vs. F: 50.0%). Interessanterweise bejahten nur 74.2% der Abteilungsleitungen von Betrieben, die gemäss den Heimleitungen über Handlungsanweisungen zur Schmerzbehandlung verfügen, dass solche vorliegen. Einerseits lässt sich beobachten, dass sich manchmal alle Abteilungsleitungen in einem Betrieb einig sind, dass nichts vorliegt, obwohl die Heimleitung das Vorhandensein einer Handlungsanweisung bestätigt. Andererseits kommt auch vor, dass im selben Betrieb ein Teil der Abteilungsleitungen das Vorhandensein bejahen und andere verneinen. Grundsätzlich zeigt dies die Problematik der Durchdringung der Basis mit Handlungsanweisungen auf.

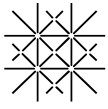


Qualitätsüberprüfung. Im Median werden die beiden Qualitätsindikatoren zum Thema Schmerz 2x/Jahr überprüft mit einer Streubreite von 0 bis 24x/Jahr, wobei 31 Betriebe (26.7%) angaben, diese Qualitätsindikatoren nie zu überprüfen (siehe Tabelle 22).

Zugang zu Fachpersonen. Mit 41.9% verfügen weniger als die Hälfte der Pflegeinstitutionen über eine auf Schmerz spezialisierte Fachperson (Arzt/Ärztin oder Pflege) (siehe Tabelle 22). Da Schmerz ein Hauptsymptom in der Palliative Care ist, wurden die Betriebe auch nach der Verfügbarkeit eines mobilen Palliative Care-Teams gefragt. Hier zeigt sich ein deutlicher sprachregionaler Unterschied. Während in der Deutschschweiz nur 63.3% Zugang haben, sind es in der Romandie 100% der Pflegeinstitutionen. Der Zugang zur Fachexpertise ist damit insbesondere in der Deutschschweiz ein Problem, das es anzugehen gilt.

Assessmentinstrumente im Bereich Schmerz. Die Betriebe wurden gefragt, mit welchen validierten Instrumenten die Schmerzintensität der Bewohner/-innen erfasst wird. Sowohl gemäss Heim- wie gemäss Abteilungsleitungen verfügen rund drei Viertel der Betriebe über Instrumente für sowohl Selbst- wie Fremdeinschätzung der Schmerzintensität. Das Resultat ist insofern mit Vorsicht zu geniessen, als alle Betriebe in ihren Bedarfsabklärungsinstrumenten die verbale Rating-Skala eingebaut haben, nach der sie gefragt wurden, deren Vorhandensein jedoch nur von 41.8% der Heimleitungen bejaht wurde (siehe Tabelle 22). Es zeigen sich deutliche sprachregionale Unterschiede mit über 90% der Betriebe in der Romandie, die mit validierten Instrumenten arbeiten vs. um die 70% in der Deutschschweiz. Bezüglich der Instrumente selbst fällt auf, dass die Betriebe in der Romandie grundsätzlich häufigerangaben, Instrumente für die Selbsteinschätzung einzusetzen. Die Betriebe in der Romandie setzen auch die Fremdeinschätzungsinstrumente Échelle de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA) und Doloplus mehr ein als die Deutschschweiz (ECPA: D: 41.9% vs. F: 95.0% und Doloplus: D 23.6% vs. F: 80.0%), während das Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) in der Deutschschweiz verbreiteter ist (BESD: D: 51.6% vs. F: 15.8%).

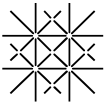
	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118)	Deutsch- schweiz (n = 98)	Romandie (n = 20)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Handlungsanweisungen				
Schmerzmanagement	118	81.4	78.6	95.0
Nicht-medikamentöse Schmerzbehandlung	118	51.7	52.0	50.0



	Anzahl gültiges n	Alle (n = 118) % Ja	Deutsch- schweiz (n = 98) % Ja	Romandie (n = 20) % Ja
Qualitätsüberprüfung (Median/Streubreite)	112	2 (0-24)	2 (0-24)	3.5 (0-24)
Zugang Fachexperte/-in Schmerz	117	41.9	41.2	45.0
Zugang mobiles Palliative Care-Team	118	69.5	63.3	100.0
Vorhandene Assessmentinstrumente	118			
Gemäss Heimleitungen:				
Nur für Selbsteinschätzung		11.0	13.3	0.0
Nur für Fremdeinschätzung		8.5	9.2	5.0
Für Selbst- und Fremdeinschätzung		77.1	73.5	95.0
Kein Instrument vorhanden		3.4	4.1	0.0
Gemäss Abteilungsleitungen:	376			
Nur für Selbsteinschätzung		12.5	14.2	1.9
Nur für Fremdeinschätzung		9.6	10.2	5.7
Für Selbst- und Fremdeinschätzung		72.1	69.0	90.6
Kein Instrument vorhanden		5.9	6.5	1.9
Spezifische Instrumente				
Numerische Rating-Skala	115	64.3	62.1	75.0
Visuelle Analog-Skala	115	74.8	71.6	90.0
Verbale Rating-Skala	110	41.8	37.4	63.2
BESD	112	45.5	51.6	15.8
ECPA	113	51.3	41.9	95.0
Doloplus	109	33.9	23.6	80.0

Tabelle 22: Rahmenbedingungen im Bereich Schmerz nach Sprachregion.

Schmerzanamnese. Das Pflegepersonal (Tertiärstufe und EFZ oder äquivalente Ausbildungen) auf den Abteilungen wurden dazu befragt, welche Aspekte die Schmerzbehandlung auf den Abteilungen erschweren. Es gaben 39.3% des Pflegepersonals an, dass zu wenig Zeit für die Schmerzanamnese ein *mittleres* oder *grosses Problem* für die Schmerzbehandlung darstellt. Hier zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Sprachregionen und Heimgrössen. 40.7% der Befragten signalisieren Probleme wegen der



Unsicherheit des Pflegepersonals, Schmerzen bei Bewohnern/-innen mit Kommunikationsschwierigkeiten zu erfassen (siehe Abbildung 19).

Schmerzbehandlung. Mit 97.6% stimmten fast alle Abteilungsleitungen zu, dass die Behandlung der Schmerzen im interprofessionellen Austausch (Arztvisite) auf den Abteilungen besprochen wird. Nur 66.0% der Abteilungsleitungen stimmten zu, dass auf ihrer Abteilung Angebote von nicht-medikamentösen Massnahmen zur Schmerzbehandlung, wie z. B. Aromapflege, vorhanden sind. Als häufigste nicht-medikamentöse Massnahme wird der Einsatz einer Physiotherapie angegeben (88.3%). Die Verordnung der Physiotherapie liegt in beiden Sprachregionen in der Kompetenz der Ärzte/-innen, während andere Angebote vom Pflgeteam initiiert werden können. Es zeigt sich dabei, dass die Abteilungsleitungen in der Romandie nicht-medikamentöse Massnahmen weniger häufig als Angebot aufführen, sowohl bezüglich Aktivierung und Beschäftigung (D: 84.1% vs. F: 68.4%) und Wärme- und Kälteanwendungen (D: 86.0% vs. F: 35.1%), als auch für die Aromapflege (D: 56.1% vs. F: 29.6%). Mit 38.8% bezeichnete ein hoher Anteil des Pflegepersonals das fehlende Angebot an nicht-medikamentösen Massnahmen zur Schmerzbehandlung als ein Problem. Die Anwendung dieser Massnahmen liegt in der Kompetenz des Pflegefachpersonals, doch auch hier benannten 42.5% die fehlende Anwendung von nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden als Erschwernis bei der Schmerzbehandlung.

Als weitere Punkte, welche die Schmerzbehandlung erschweren, wurden Faktoren betreffend die Bewohner/-innen und das Personal genannt. Die Behandlung der Bewohner/-innen wird seitens des Pflegepersonals als schwierig eingeschätzt aufgrund der Zurückhaltung der Bewohner/-innen, Schmerzen zu melden (49.8%) oder Schmerzmittel einzunehmen (39.3%) und, weniger häufig, wegen deren Angst vor Nebenwirkungen (23.4%). Als erschwerende Faktoren bei der Schmerzbehandlung werden auch der fehlende Informationsfluss innerhalb des Pflgeteams (33.1%) und die fehlende oder späte telefonische oder persönliche Erreichbarkeit der Ärzte/-innen (37.5%) erlebt (siehe Abbildung 19).

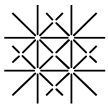
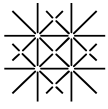


Abbildung 19: Hindernisse in der Schmerzbehandlung.

Verbesserungspotenziale. Die Rahmenbedingungen, um ein multidimensionales Schmerzmanagement zu entwickeln und in die Praxis zu transferieren, sind in den meisten Pflegeinstitutionen vorhanden. Ansatzpunkte für eine weitere Optimierungen in der Praxis sind:

- **Selbst- und Fremdeinschätzung** (Schmerzanamnese): Selbst- und Fremdeinschätzung (Erst- und Re-Assessment) sind unabdingbar für die Beurteilung des Schmerzverlaufes und die Überprüfung der Wirksamkeit der medikamentösen sowie nicht-medikamentösen Behandlung (29, 32, 38, 39).

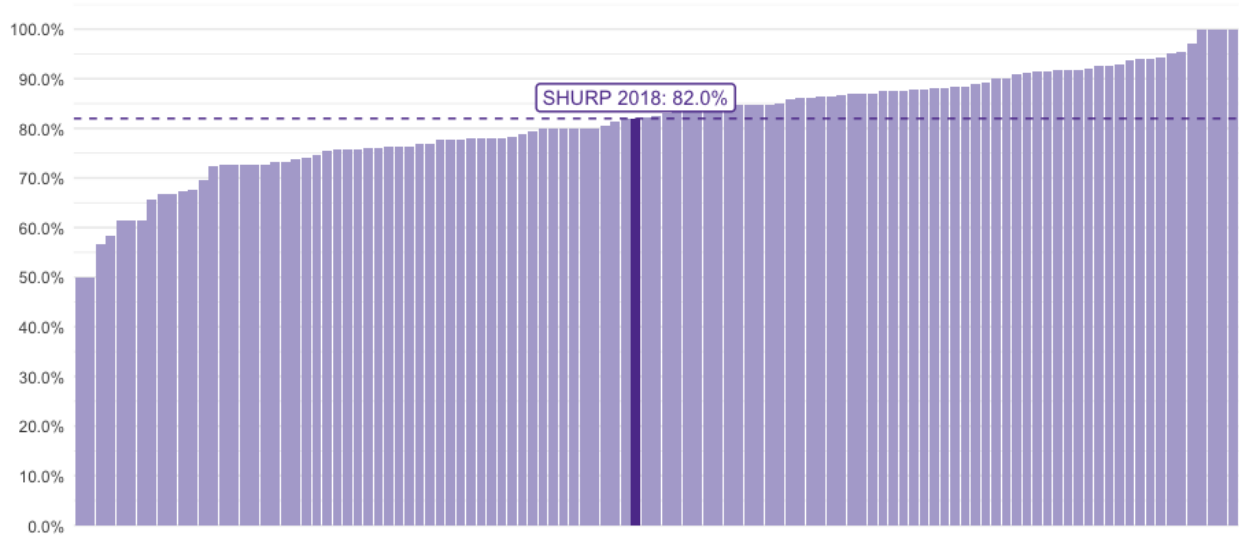


Bewohner/-innen mit Demenz sind nicht in der Lage zu sagen, wie stark sie den Schmerz empfinden und wo der Schmerz liegt, dementsprechend liegt es am Personal, die Schmerzsituation gut einzuschätzen. Das vom Pflegepersonal in dieser Studie geäußerte Problem bezüglich der Unsicherheit bei der Erfassung von Schmerzen bei Bewohnern/-innen mit Kommunikationsschwierigkeiten ist auch aus anderen Untersuchungen bekannt. Neben der Unsicherheit sind mangelnde Kenntnisse in der Anwendung von Instrumenten zur Fremdeinschätzung von Schmerzen und fehlende Zeit im Alltag hinderliche Faktoren (36, 37, 40, 44-46). Wissens- und Anwendungslücken könnten mit Handlungsanweisungen/Richtlinien, Schulungen und Falldiskussionen im interprofessionellen Team geschlossen werden (38-40, 44). Tätigkeiten, die gut eingeübt sind, können auch einfacher in einen hektischen Alltag eingebaut werden.

- **Das Angebot an nicht-medikamentösen Massnahmen** auf den Abteilungen kann in den meisten Pflegeinstitutionen noch ausgebaut werden. Die bio-psycho-sozial-spirituellen Dimensionen und der multidimensionale Ansatz sollten das Assessment und die Behandlung von chronischen Schmerzen in Pflegeinstitutionen steuern. Nicht-medikamentöse Massnahmen wie z. B. Aromapflege, heisse und kalte Anwendungen, sowie Physiotherapie lindern Schmerzen effizient und können in Kombination mit Schmerzmedikamenten angewendet werden. Gemäss verschiedenen internationalen Handlungsempfehlungen ist einem multimodalen Ansatz in der Behandlung von Schmerzen beim älteren Menschen unbedingt Vorzug zu geben (47-50).
- **Unterstützung beim Schmerzmanagement:** Mit Hilfe von Handlungsanweisungen, Schulungen, Fallbesprechungen und Praxisbegleitungen können Pflege- und Betreuungspersonen mehr Sicherheit bei der Schmerzanamnese und -behandlung erhalten und den Informationsfluss im Team verbessern. Brunkert et al. (45) benennen Haltung, Fachkenntnisse und Kommunikation im Behandlungsteam als wichtige Voraussetzungen für ein gutes Schmerzmanagement. Wichtig ist, dass die Bewohner/-innen in ihren Äusserungen zu ihren Schmerzen, ihrem Schmerzerleben und ihren Wünschen bezüglich der Schmerzbehandlung ernstgenommen werden. Brunkert und Zúñiga (51) zeigen zudem auf, dass der Einsatz von Schmerzexperten/-innen in der Praxis die Schmerzanamnese und -behandlung verbessern kann. Pflegefachpersonen schätzen deren Präsenz und Unterstützung in der Praxis (51). Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dies in der Pflegeinstitution umzusetzen. Es können z. B. Pflegeexperten/-innen, die für das ganze Haus zuständig sind, auf den Abteilungen Thementräger/-innen für die Schmerzexpertise schulen und begleiten. Eine andere Möglichkeit ist die Ausbildung einer diplomierten Pflegefachperson zum Schmerzexperten/zur Schmerzexpertin, um im Betrieb die Praxis auf den Abteilungen zu unterstützen.

Zufriedenheit mit den Qualitätsindikatoren im Bereich Schmerz. Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse finden sich auch im Kapitel 3.2.2.

Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Feststellen und Behandeln von Schmerzen auf ihrer Abteilung gaben 82.0% des Pflege- und Betreuungspersonals an, dass sie damit *eher zufrieden* oder *sehr zufrieden* sind. Auch hier lassen sich grosse Unterschiede zwischen den Betrieben beobachten mit 50% bis 100% (siehe Abbildung 20). Der Zufriedenheitsanteil ist bei den Abteilungsleitungen (82.5%) und Heimleitungen (76.6%) etwa gleich hoch wie beim Personal.



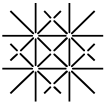
Bemerkung: Antworten unter *eher zufrieden* oder *sehr zufrieden* beim Pflege- und Betreuungspersonal. Jeder Balken repräsentiert den Mittelwert einer Pflegeinstitution.

Abbildung 20: Zufriedenheit betreffend Umgang mit Schmerzen.

3.2.6 Qualitätsindikatoren – Polymedikation

Polymedikation wird die als die Einnahme mehrerer Wirkstoffe definiert und ist bei Bewohnern/-innen in Pflegeinstitutionen weit verbreitet. Bewohner/-innen sind älter und multimorbid, so dass sie oft mehrere Medikamente für ihre verschiedenen Erkrankungen erhalten. Polymedikation kann negative Auswirkungen auf die Bewohner/-innen haben, einschliesslich belastender Nebenwirkungen, Arzneimittelinteraktionen, erhöhtes Sturz- und Hospitalisierungsrisiko, Unruhe, Schluckbeschwerden und erhöhtes Morbiditätsrisiko (52-56). Obwohl weniger Medikamente nicht unbedingt ein Hinweis auf eine bessere Medikationspraxis sind (57), scheint es, dass bei einem bedeutenden Anteil an Bewohnern/-innen ein gezieltes Absetzen von Medikamenten positive Auswirkungen haben könnte.

Für Schweizer Pflegeinstitutionen wird der Qualitätsindikator Polymedikation definiert als der prozentuale Anteil an Bewohnern/-innen, die in den letzten 7 Tagen 9 und mehr Wirkstoffe einnahmen (siehe dazu



Kapitel 3.2.2 (Überblick über die nationalen Qualitätsindikatoren). Der Anteil an Bewohnern/-innen mit Polymedikation liegt in unserer Stichprobe (n = 86 Pflegeinstitutionen) bei 44.3% (mit einer Streubreite zwischen 21.9% und 69.0% unter den Pflegeinstitutionen). Es ist schwierig, diesen Prozentsatz mit anderen Ländern zu vergleichen, da die Polymedikation oft unterschiedlich gemessen wird. In den Fragebögen stellten wir Fragen zu Prozessen, Strukturen und Meinungen zur Polymedikation und zum Medikamentenmanagement bei den Bewohnern/-innen.

Bestehende Strukturen und Prozesse. Mehrere Fragen betrafen die Zusammenarbeit zwischen der Pflegeinstitution und den Apotheken, resp. den Ärzten/-innen, sowie die vorhandenen Strukturen und Prozesse in Zusammenhang mit der Medikation der Bewohner/-innen (z. B. Richtlinien, Medikationsreview). 9 von 10 Heimleitungen gaben an, dass in ihrer Pflegeinstitution Richtlinien vorhanden sind zum Medikationsprozess (91.5%) – mit deutlichem Unterschied zwischen der Deutschschweiz (95.9%) und der Romandie (70.0%) – und zur Medikationsüberprüfung (88.1%). Gemäss den Heimleitungen wird die Polymedikation im Durchschnitt 2.4x/Jahr überwacht. Es arbeiten 72.9% der Pflegeinstitutionen hauptsächlich mit externen, lokalen Apotheken zusammen. Nur einige wenige Pflegeinstitutionen (11.9%) haben eine interne Apotheke oder arbeiten direkt mit Hausärzten/-innen zusammen (8.5%). 2 der befragten Pflegeinstitutionen arbeiten mit einer Online-Apotheke zusammen. Diese Ergebnisse sind in Abbildung 21 grafisch dargestellt. Im Durchschnitt arbeiten die Befragten mit 1.4 Apotheken zusammen. Fast 70% der Pflegeinstitutionen gaben an, dass sie gesetzlich dazu verpflichtet sind, mit einer Apotheke zusammenzuarbeiten. Dieser Anteil ist in der Deutschschweiz (65.3%) tiefer als in der Romandie (89.5%). Auch wenn nicht alle Betriebe dazu verpflichtet sind, geben doch fast 9 von 10 Heimleitungen (87.1%) an, dass sie mit beratenden Apothekern/-innen kooperieren. Hier steigt der Anteil mit der Grösse des Betriebes.

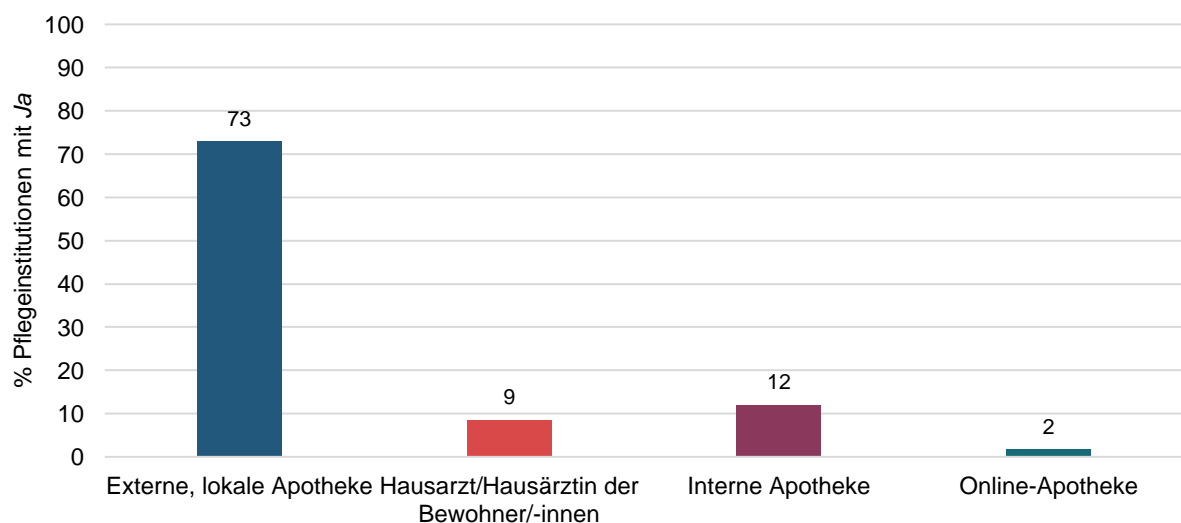
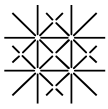


Abbildung 21: Hauptsächliches System für die Versorgung mit Medikamenten.



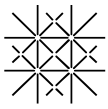
Gemäss Angaben der Heimleitungen ist die Hauptaufgabe der Apotheker/-innen die Logistik (84.7%), was die traditionelle Rolle der Apotheker/-innen widerspiegelt (58). In der Deutschschweiz gaben 48.0% der Betriebe an, dass der Apotheker/die Apothekerin eine klinische Rolle hat, während diese Rate in der Romandie ganze 70.0% beträgt. Auch die Bildungsrolle ist in der Romandie etwas wichtiger (D: 40.8% vs. F: 55.0%). Dies ist auch bei den privaten Betrieben der Fall (privat: 50.0% vs. öffentlich: 35.2%). Unterschiede zeigen sich auch mit der Grösse der Pflegeinstitutionen, was in Tabelle 23 dargestellt ist.

Hauptaufgaben	Alle	Gross	Mittel	Klein	
	(n = 118)	(≥ 100 Betten) (n = 35)	(50-99 Betten) (n = 56)	(20-49 Betten) (n = 27)	
		% Ja	% Ja	% Ja	% Ja
Logistik		84.7	94.3	82.1	77.8
Klinik		51.7	62.9	50.0	40.7
Bildung		43.2	37.1	46.4	44.4

Tabelle 23: Aufgaben der Apotheke nach Betriebsgrösse.

Wir haben die Heimleitungen gefragt, wie die Wirkstoffe der Medikamente in ihrer Pflegeinstitution gezählt werden für die Berechnung des Qualitätsindikators. Es werden mehrere Methoden verwendet, hauptsächlich die automatische Auswertung im elektronischen System anhand hinterlegtem hospIndex/careIndex (27.4%), von Hand mit compendium.ch (23.2%) und gemäss Angabe im System nach Eingabe des Medikamentennamens (14.7%).

Die Mehrheit der Heimleitungen (76.3%) gab an, dass ihre Pflegeinstitution keine Anforderungen an die Ärzte/-innen bei der Auswahl von Medikamenten stellt (z. B. in der Form einer Liste von im Haus verwendeten Medikamenten), 22.9% geben jedoch Empfehlungen ab. Die anderen Pflegeinstitutionen stellen Anforderungen an die Ärzte/-innen, die in ihrer Pflegeinstitution angestellt sind. Die Romandie stellt weniger Anforderungen (D: 25.5% vs. F: 15.0%), gibt aber mehr Empfehlungen ab (D: 19.4% vs. F: 40.0%). Nur 15 Pflegeinstitutionen (12.7%) arbeiten mit einer der Listen mit Medikamenten, die nicht für ältere Menschen geeignet sind (z. B. Beers-/PRISCUS-Liste). Die Mehrheit der Betriebe (70.3%) hat Zugang zu elektronischen Lösungen, um Medikamente auf mögliche Wechselwirkungen zu überprüfen. Dies ist hilfreich, um negative Auswirkungen der Polymedikation bei den Bewohnern/-innen zu reduzieren. Auf der Abteilungsebene gaben jedoch nur 48.3% der Abteilungsleitungen an, dass ihre Abteilung Prozesse eingerichtet hat, um die Anzahl Medikamente pro Bewohner/-in zu überwachen und anzupassen.



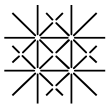
Medikationsüberprüfung. Unter einer Medikationsüberprüfung wird eine umfassende und strukturierte Analyse der gesamten Medikamentenakte des Bewohners/der Bewohnerin verstanden (59). Sie dient zur Optimierung der Arzneimitteltherapie (z. B. Ersetzen von Medikamenten, die für ältere Menschen nicht empfohlen werden, Identifizierung möglicher negativer Wechselwirkungen), aber auch zur Reduktion der Polymedikation (54, 60). Hier gaben 66.1% der Heimleitungen an, dass in ihrer Pflegeinstitution regelmässig eine Medikationsüberprüfung durchgeführt wird, und zwar im Durchschnitt 2.2x/Jahr pro Bewohner/-in.

Bezüglich Medikationsüberprüfung haben wir die Heimleitungen gefragt, wer diese in der Regel initiiert/führt und wer an ihr beteiligt ist. Dabei konnten sie mehrere Personengruppen angeben. Mit 58.7% wurden am häufigsten die Geriater/-innen (oder andere Spezialisten/-innen) genannt, die Medikationsüberprüfungen initiieren, resp. führen, gefolgt von einer spezialisierten Pflegefachperson oder Pflegeexperten/-innen (52.0%) und den Apothekern/-innen (44.2%). Ärzte/-innen oder Pflegefachpersonen initiieren/führen die Überprüfung selten, sind aber häufig beteiligt (Ärzte/-innen: initiieren: 7.8%, beteiligt: 62.3% und Pflegefachpersonen: initiieren: 3.9%, beteiligt: 42.1%). Basierend auf der Literatur ist es nicht eindeutig, wie die ideale Zusammensetzung für die Durchführung einer Medikationsüberprüfung aussieht, welche die Polymedikation reduziert und die Versorgung der Bewohner/-innen verbessert (54). Es ist jedoch klar, dass eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit, einschliesslich der Apotheker/-innen, wichtig ist (52).

Wir haben die Abteilungsleitungen zusätzlich gefragt, unter welchen Umständen die Überprüfung der Medikation stattfindet. Allgemein findet die Medikationsüberprüfung in einem reaktiven Kontext statt, d. h. wenn ein Problem auftritt, und nicht präventiv oder laufend, um das Auftreten eines potenziellen Problems zu vermeiden (z. B. während einer standardisierten geriatrischen Abklärung). Die Tatsache, dass die Überprüfung der Medikation gemäss 41.3% während der Bedarfsabklärung stattfindet, impliziert jedoch, dass die Überprüfung der Medikation auf diesen Abteilungen regelmässig durchgeführt wird. Die Ergebnisse sind in Tabelle 24 zusammengefasst.

	Alle (n = 385)	% Ja
Wenn ein besonderes Ereignis eintritt (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Auftreten von Nebenwirkungen)		76.1
Während der Bedarfsabklärung (z. B. während Minimum Data Set (MDS)-Phase)		41.3
Während einer standardisierten geriatrischen Abklärung		12.7
Während regelmässiger Visiten		91.4

Tabelle 24: Kontext der Medikationsüberprüfung gemäss Abteilungsleitungen.



Neueintritt und Medikation. Der Zeitpunkt des Eintritts der Bewohner/-innen in die Pflegeinstitution ist ein Schlüsselzeitpunkt für die Umsetzung einer angemessenen Medikation. Transfers sind oft mit Informationsverlust oder Übertragungsfehlern verbunden (61). Insgesamt 75.6% der Abteilungsleitungen sind zufrieden mit der Art und Weise, wie die individuelle Medikation der Bewohner/-innen zum Zeitpunkt des Heimeintritts überprüft wird. Ähnlich zufrieden sind sie mit der Art und Weise, wie die individuelle Medikation der Bewohner/-innen während des Aufenthaltes im Allgemeinen überprüft wird (80.0%) und wenn die Bewohner/-innen aus dem Spital zurückkehren (76.6%).

Wichtig beim Neueintritt ist auch das Vorliegen der aktuellen Dokumentation der Bewohner/-innen. Wir fragten die Abteilungsleitungen, wie oft (*selten/nie, manchmal, häufig, immer*) sie die in Tabelle 25 aufgeführten Dokumente haben, um die Medikation von neuen Bewohnern/-innen am Eintrittstag aufgleisen zu können. Die aufgeführten Ergebnisse fassen die Antwortkategorien *häufig* und *immer* zusammen.

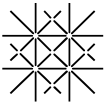
Welche Dokumente haben Sie bei Eintritt eines neuen Bewohners/einer neuen Bewohnerin?	Anzahl gültiges n	%¹
Pflegedokumentation, pflegerischer Überweisungsbericht	383	90.1
Ärztliche Verordnung	382	86.9
Arztrezept	383	79.9
Persönliche Medikamentenliste von Bewohner/-in	382	77.2
Medikamentenliste der zuständigen Apotheke	374	38.8

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *häufig* und *immer*.

Tabelle 25: Häufigkeit der Verfügbarkeit von Unterlagen am Eintrittstag auf der Abteilung.

Zum Eintritt wurden zusätzliche Fragen gestellt. Die erste Frage beschäftigt sich damit, wer bei einem Neueintritt in die Pflegeinstitution in der Regel die Medikamente in die Bewohnerakte überträgt. Mehrheitlich sind dies die Pflegenden (78.7%) und manchmal der Arzt/die Ärztin (11.9%). In grossen Betrieben überträgt der Arzt/die Ärztin die Medikamente häufiger in die Bewohnerakte (21.4%) als in mittleren (4.7%) oder kleinen Betrieben (2.5%). Falls die Medikamente vom Pflegepersonal übertragen werden, wollten wir wissen, wie oft die Medikamentenliste innerhalb einer Woche nach Eintritt von einem Arzt/einer Ärztin validiert wird. Dies ist gemäss 28.5% der Abteilungsleitungen *häufig* und gemäss 43.3% *immer* der Fall. Fast 1 von 10 Abteilungsleitungen (9.0%) gab an, dass dies in ihrer Einheit *nie* passiert.

Polymedikation aus der Sicht der Mitarbeitenden. Wir fragten das Pflegefachpersonal und die Sekundarstufe II EFZ, wie z. B. Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit (FaGe) nach dem Grad ihrer Zustimmung zu einer Reihe von Aussagen im Zusammenhang mit der Polymedikation. So stimmten 29.9% zu, dass die Bewohner/-innen in ihrer Pflegeinstitution mehr Medikamente als nötig erhalten. Ähnlich war

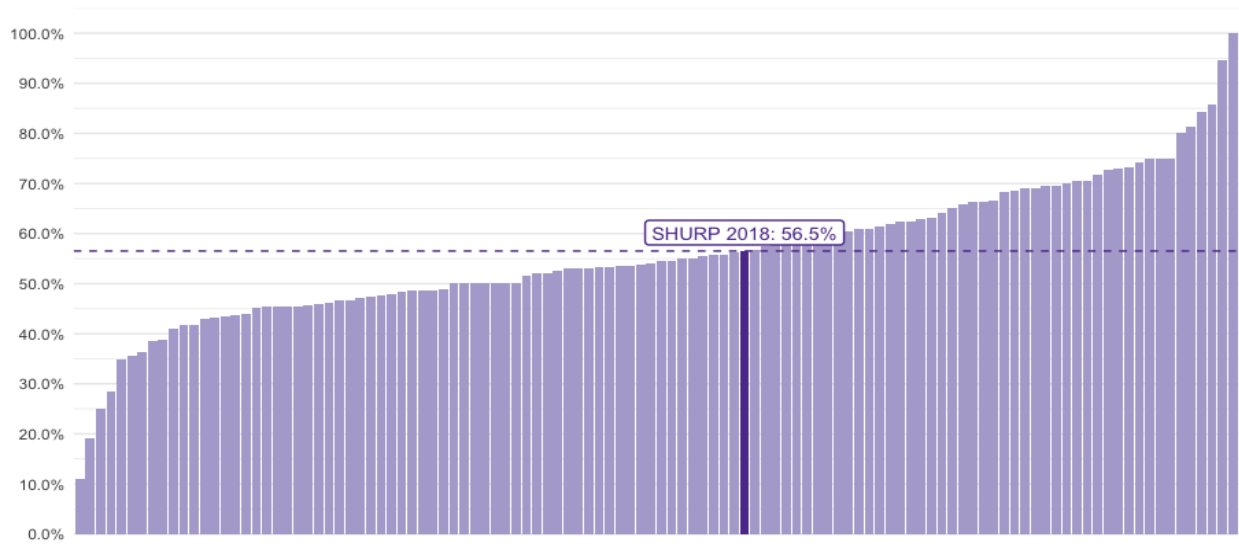
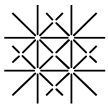


die Einschätzung bei den Abteilungsleitungen (27.8%). Nur 57.1% des Pflegefachpersonals/der FaGe gaben an, dass auf ihrer Abteilung die Anzahl der Medikamente für die Bewohner/-innen im Allgemeinen überprüft wird.

Was die interprofessionelle Zusammenarbeit angeht, gaben 77.0% des Pflegefachpersonals/der FaGe an, dass sie mit dem Arzt/der Ärztin oder dem Apotheker/der Apothekerin diskutieren, wenn sie der Meinung sind, dass Bewohner/-innen zu viele Medikamente erhalten. Allerdings stimmten deutlich weniger der Befragten zu (59.7%), dass die Vorschläge der Teammitglieder von den Ärzten/-innen ausreichend berücksichtigt werden. Obwohl also mehr als die Hälfte des Pflegefachpersonals/der FaGe zustimmt, Medikationsfragen mit den Ärzten/-innen zu besprechen, bleibt die interprofessionelle Zusammenarbeit für eine beträchtliche Anzahl der Befragten unbefriedigend. Es ist eine grosse Streubreite an Antworten auf diese Fragen in den Pflegeinstitutionen (von 0% bis 100%) zu erkennen. Die Qualität des Umgangs mit der Medikation aus Sicht des Personals ist in den Pflegeinstitutionen sehr unterschiedlich.

Zufriedenheit mit dem Qualitätsindikator Polymedikation. Die in diesem Abschnitt dargestellten Ergebnisse finden sich auch im Kapitel 3.2.2.

Die Befragten wurden nach dem Grad ihrer Zufriedenheit mit dem Umgang der Polymedikation auf ihrer Abteilung gefragt. Nur die Hälfte (49.2%) der Heimleitungen gab an, *etwas* oder *sehr zufrieden* zu sein, während die Abteilungsleitungen (57.2%) und das Pflegepersonal (56.5%) leicht höher lagen. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit des Pflegepersonals, die von 11.1% bis 100% pro Pflegeinstitution reicht (siehe Abbildung 22). Die Polymedikation ist der Qualitätsindikator mit der tiefsten erfassten Zufriedenheit (siehe Kapitel 3.2.2).



Bemerkung: Antworten unter *eher zufrieden* oder *sehr zufrieden* beim Pflege- und Betreuungspersonal. Jeder Balken repräsentiert den Mittelwert einer Pflegeinstitution.

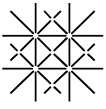
Abbildung 22: Zufriedenheit betreffend Umgang mit Polymedikation.

3.2.7 Spitaleinweisungen

Die Prävalenz von Verlegungen aus der stationären Langzeitpflege ins Spital liegt international zwischen 7% und 46% der Bewohner/-innen, abhängig vom Studiendesign und unterschiedlichen Zeiträumen der Nachbeobachtung (62). Ungeplante Spitaleinweisungen sind nicht nur mit belastenden Folgen für die Bewohner/-innen verbunden, sondern verursachen auch hohe Kosten (63-67). Mehrere internationale Studien deuten darauf hin, dass eine grosse Anzahl von Spitaleinweisungen vermeidbar wären (66-73), wenn entsprechende Versorgungsmodelle in den Pflegeinstitutionen umgesetzt würden (67, 72-77).

Spitaleinweisungen haben verschiedenste negative Auswirkungen auf die betroffenen Bewohner/-innen. Genannt werden beispielsweise Stürze, Dekubitus, Delir, Angst oder Depression. Häufig kommen iatrogen verursachte Komplikationen und nosokomiale Infektionen hinzu. Ein Spitalaufenthalt führt in der Regel zu einer Verschlechterung der kognitiven wie auch funktionellen Fähigkeiten (62, 63, 65, 73, 76). Bewohner/-innen erholen sich nach der Rückverlegung aufgrund ihres vulnerablen Gesundheitszustands nur langsam von diesen Folgen oder gar nicht.

Die Kosten für Spitalaufenthalte in Schweizer Spitälern für Diagnosen, die unter Umständen auch ambulant hätten behandelt werden können, werden für das Jahr 2013 auf zwischen 89 und 105 Millionen Schweizer Franken geschätzt (66). Auf der anderen Seite bedeutet eine Verlegung ins Spital für Pflegeinstitutionen in der Schweiz eine Einbusse der täglichen Einnahmen, da die KVG-pflichtigen Leistungen während der Abwesenheit der Bewohner/-innen nicht verrechnet werden können. Dementsprechend ist es nicht nur im Interesse der Bewohner/-innen, sondern auch der Pflegeinstitutionen, nur notwendige Einweisungen



vorzunehmen, ohne dass dabei den Bewohnern/-innen notwendige oder gewünschte Einweisungen vorenthalten werden.

Nicht alle Spitaleinweisungen sind vermeidbar. Als vermeidbar gelten sie dann, wenn die Bewohner/-innen für Situationen oder Symptome verlegt werden, die entweder mit einer ambulanten ärztlichen Versorgung oder durch Pflegefachpersonen hätten bewältigt werden können, oder durch ein korrektes Management von chronischen Erkrankungen gar nicht erst entstanden wären. Im Rahmen der SHURP 2018-Studie war es nicht möglich, direkt vermeidbare Spitaleinweisungen zu messen. Wir rapportieren die allgemeine Anzahl Spitaleinweisungen und verschiedene Rahmenbedingungen und Einschätzungen des Personals bezüglich Faktoren, die mit vermeidbaren Spitaleinweisungen zu tun haben.

Anzahl Spitaleinweisungen. Gemäss den Angaben der Pflegeinstitutionen weisen diese im Mittel über die letzten 12 Monate 1.34 Spitaleinweisungen/1'000 Bewohnertage auf, mit einer Streubreite von 0.23 bis 13.91 Einweisungen/1'000 Bewohnertage. In einer anderen Schweizer Untersuchung beträgt der durchschnittliche Wert über 19 Pflegeinstitutionen 1.65/1'000 Bewohnertage (68). International variiert die Rate zwischen 0.67 und 1.62/1'000 Bewohnertage (70, 71, 76, 78).

Qualitätsüberprüfung. In der SHURP 2018 Stichprobe führen insgesamt 71.1% der Betriebe keine Überprüfung von ungeplanten Spitaleinweisungen durch oder leiten Massnahmen davon ab. Die anderen Betriebe bewegen sich zwischen 1 bis 14 Überprüfungen/Jahr.

Management von Veränderungen des Gesundheitszustandes und Kriterien für die Entscheidungsfindung. Die Abteilungsleitungen schätzen die Kompetenzen des Pflege- und Betreuungspersonals auf ihren Abteilungen hoch ein (siehe Abbildung 23). 94.8% stimmten zu, dass medizinische Probleme zur rechten Zeit erkannt werden, 88.3% schätzen, dass das Pflege- und Betreuungspersonal dringende von nicht dringenden Problemen unterscheiden kann und 93.0% gehen davon aus, dass das Pflege- und Betreuungspersonal in der Lage ist, Ärzte/-innen über eine Zustandsverschlechterung von Bewohnern/-innen klar, genau und passend zu informieren.

Bezüglich der Behandlung gaben 87.7% an, dass die Ärzte/-innen eine Behandlung so lange wie möglich in der Institution durchführen und eine Spitaleinweisung nur das letzte Mittel der Wahl ist. Fast drei Viertel (72.4%) stimmten zudem zu, dass bei einer Zustandsverschlechterung gründliche Abklärungen vor Ort durchgeführt werden. Mit 31.0% stimmte knapp ein Drittel der Abteilungsleitungen zu, dass die Familienmitglieder der Bewohner/-innen gewöhnlich möchten, dass akute Zustände im Spital behandelt werden. Dies wird auch in der Literatur wiederholt als Begründung angeführt, dass es zu vermeidbaren Spitaleinweisungen kommt. So ist bekannt, dass fehlendes Vertrauen der Angehörigen in die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Pflegeinstitution Verlegungen ins Spital begünstigen (79). Gemäss 98.2% der

Abteilungsleitungen werden die Wünsche der Bewohner/-innen in Bezug auf Spitaleinweisungen berücksichtigt.

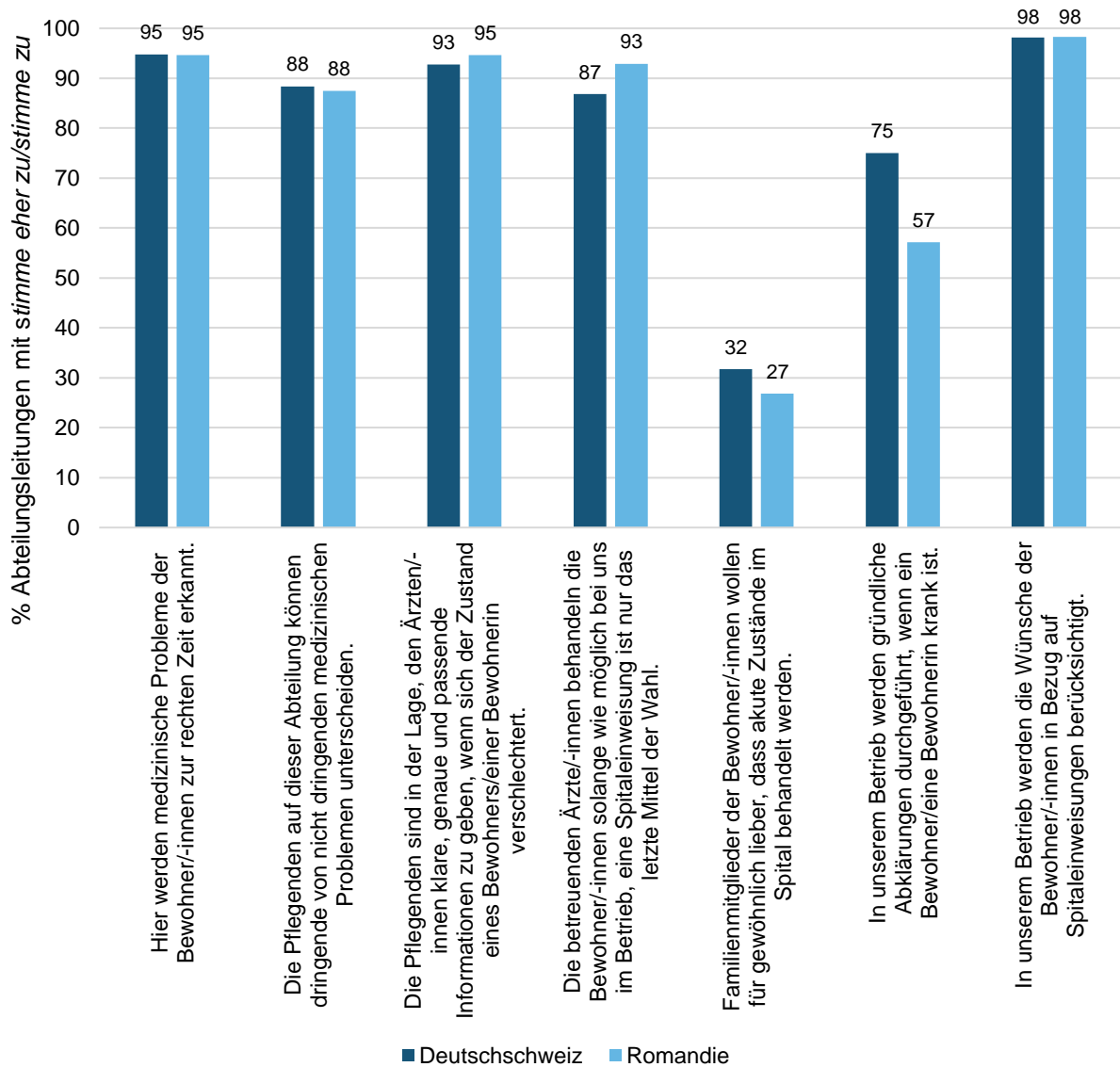
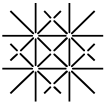


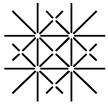
Abbildung 23: Handhabung bezüglich Spitaleinweisungen auf der Abteilung nach Sprachregion.

Mögliche Faktoren zur Reduktion von Spitaleinweisungen. Die Abteilungsleitungen wurden zu ihrer Einschätzung bezüglich verschiedener Einflussfaktoren für Spitaleinweisungen befragt. Wie in Tabelle 26 ersichtlich ist, zieht sich ein grundsätzlicher Unterschied zwischen der Einschätzung in der Deutschschweiz und der Romandie durch die Daten, wobei in der Romandie jeweils deutlich mehr Abteilungsleitungen in den aufgezählten Faktoren ein Potenzial sehen, Spitaleinweisungen zu reduzieren.

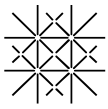


- Medizinische Versorgung und Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen:** Von allen aufgezählten Faktoren, die zu einer Reduktion von Spitaleinweisungen führen könnten, stimmten mit 44.7% am meisten Abteilungsleitungen dem Punkt zu, dass es helfen würde, wenn diejenigen Ärzte/-innen, welche die Nächte oder Wochenenden abdecken, besser mit der Situation der Bewohner/-innen vertraut wären. Oft sind zu Randzeiten Notfallärzte/-innen Ansprechpersonen, welche die Bewohner/-innen nicht kennen und rascher zugunsten einer Einweisung entscheiden. Ebenso stimmten 34.7% der Abteilungsleitungen zu, dass eine raschere Erreichbarkeit der Ärzte/-innen hilfreich wäre. Mit 20.7% findet immerhin noch ein Fünftel der Abteilungsleitungen, dass es helfen würde, wenn die Ärzte/-innen einen besseren Zugang zu Krankengeschichte oder Befunden (EKG, Labor) hätten und 16.8% befürworten, dass eine schnellere Zugänglichkeit zu Laborresultaten helfen würde. Nur noch 13.6% haben den Eindruck, dass eine bessere Abrechnung der Visite vor Ort dazu beitragen könnte, dass Spitaleinweisungen reduziert würden.
- Pflege- und Betreuungspersonal:** Jeweils rund ein Viertel der Abteilungsleitungen sieht Potenzial in einer ausbildungstechnisch besseren Personalbesetzung in der Nacht und am Wochenende (27.0%), einer besseren Ausbildung des Pflege- und Betreuungspersonals für die Betreuung am Lebensende (26.4%), sowie einer besseren vorausschauenden Betreuungsplanung (25.4%). Nur ca. ein Fünftel (26.7%) sieht Potenzial in der Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflege und Arzt/Ärztin.
- Bewohner/-innen und Angehörige:** Bezüglich der Angehörigen sehen 34.6.% der Abteilungsleitungen, dass es zu weniger Spitaleinweisungen kommen würde, wenn diese weniger ängstlich wären. Dies steht in Verbindung mit der Einschätzung von 27.1% der Abteilungsleitungen, dass mehr Informationen und Unterstützung von Bewohnern/-innen und deren Angehörigen am Lebensende helfen würde. Mit einer besseren Information und der gesundheitlichen Vorausplanung könnten Ängste auch vorweggenommen und besprochen werden.

<i>Wir würden weniger Bewohner/-innen ins Spital einweisen, wenn...</i>	<i>Anzahl gültiges n</i>	<i>Alle (n = 385)</i>	<i>Deutschschweiz (n = 328)</i>	<i>Romandie (n = 57)</i>
	<i>n</i>	<i>% Zustimmung¹</i>	<i>% Zustimmung¹</i>	<i>% Zustimmung¹</i>
...die Ärzte/-innen, die Nächte und Wochenenden abdecken, besser mit der Situation der Bewohner/-innen vertraut wären.	381	44.7	42.3	58.2



<i>Wir würden weniger Bewohner/-innen ins Spital einweisen, wenn...</i>	<i>Anzahl gültiges n</i>	<i>Alle (n = 385)</i>	<i>Deutsch-schweiz (n = 328)</i>	<i>Romandie (n = 57)</i>
	n	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
...unsere Ärzte/-innen rascher erreichbar wären.	381	34.7	33.6	40.7
...die Ärzte/-innen besseren Zugang zu Krankengeschichte, Laborresultaten oder EKGs der Bewohner/-innen hätten.	382	20.7	20.0	30.9
...Laborresultate rascher zugänglich wären in diesem Betrieb.	382	16.8	16.5	18.2
...die Ärzte/-innen eine Visite vor Ort bei Bewohnern/-innen besser abrechnen könnten.	381	13.6	13.8	12.7
...wir eine bessere Personalbesetzung hätten bezüglich Ausbildungsstand in der Nacht und am Wochenende.	382	27.0	24.8	40.0
...das Pflege- und Betreuungspersonal besser ausgebildet wäre für die Betreuung am Lebensende.	382	26.4	25.7	30.9
...Gesundheitsveränderungen besser vorausgeplant würden (vorausschauende Betreuungsplanung).	382	25.4	22.6	41.9
...es eine bessere Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten/-innen gäbe.	382	26.7	25.1	36.4
...die Angehörigen weniger ängstlich wären.	382	34.6	32.7	45.4



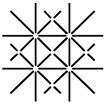
Wir würden weniger Bewohner/-innen ins Spital einweisen, wenn...	Anzahl gültiges n	Alle (n = 385)	Deutsch-schweiz (n = 328)	Romandie (n = 57)
	n	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
...die Bewohner/-innen und Angehörigen mehr Informationen und Unterstützung erhielten rund um die Betreuung am Lebensende.	383	27.1	24.7	42.8

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme zu*.

Tabelle 26: Einflussfaktoren auf Spitaleinweisungen gemäss Abteilungsleitungen nach Sprachregion

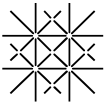
Abklärungen beim Eintritt. In weiteren Fragestellungen schätzen die Abteilungsleitungen ein, wie häufig mit neu eintretenden Bewohnern/-innen oder deren Angehörigen verschiedene Abklärungen gemacht werden. Dazu gehören die Abklärung betreffend das Vorhandensein oder den Wunsch nach der Erstellung einer Patientenverfügung und eines Vorsorgeauftrags, wie auch das Ansprechen von verschiedenen Themen der vorausschauenden Planung (ACP, Advance Care Planning), die bei Eintritt geklärt werden können. Das Vorhandensein einer Patientenverfügung wird gemäss 71.5% der Abteilungsleitungen *immer* erfragt, im Gegensatz zum Vorsorgeauftrag, dessen Vorhandensein nur gemäss 44.3% der Abteilungsleitungen *immer* erfragt wird. Bezüglich des Erfragens der Wünsche der Bewohner/-innen wird gemäss 69.8% der Abteilungsleitungen *immer* der Wunsch betreffend eine Reanimation geklärt. 57.4% gaben an, dass *immer* Wünsche bezüglich Spitaleinweisungen während des Aufenthalts geklärt werden. Mit 51.9% gab mehr als die Hälfte der Abteilungsleitungen an, dass der Wunsch nach dem Erstellen einer Patientenverfügung *immer* geklärt wird. 39.5% bejahten die Abklärung des Einsatzes von Antibiotika, 27.7% besprechen das Erstellen eines Vorsorgeauftrages und 27.0% die Sedation bei fortgeschrittener Erkrankung und begrenzter Lebenszeit. Hier gibt es noch grossen Optimierungsbedarf, damit alle Bewohner/-innen oder Angehörigen die Möglichkeit haben, ihre Wünsche in Bezug auf Behandlung und Pflege bei Eintritt anzubringen.

Einbezug der Pflegeexperten/-innen. Die Pflegeexperten/-innen wurden befragt, wie häufig sie das Pflege- und Betreuungspersonal in der Praxis bei Spitaleinweisungen, seien sie geplant oder ungeplant, unterstützen. Es zeigt sich, dass die Pflegeexperten/-innen bei geplanten Hospitalisationen weniger einbezogen werden als bei ungeplanten. Während 37.5% der Pflegeexperten/-innen bei geplanten Spitaleinweisungen *nie* einbezogen werden, sind es nur 26.2% bei den ungeplanten. Dementsprechend geben 57.7% der Pflegeexperten/-innen an, alle 1 bis 3 Monate für eine geplante Spitaleinweisung beigezogen zu werden, während 64.1% häufig bei ungeplanten beigezogen werden und 9.8% sogar noch häufiger.



Verbesserungspotenzial. Aus den Ergebnissen lassen sich verschiedene Ansatzpunkte für eine Reduktion von vermeidbaren Spitaleinweisungen ableiten.

- **Reflektieren und Analysieren:** Angesichts der belastenden Auswirkungen von Spitaleinweisungen auf die Bewohner/-innen, aber auch wegen der hohen Kosten im Spital und der Einbussen der Einnahmen in der Langzeitpflege, sollten ungeplante Spitaleinweisungen in jeder Institution analysiert und Massnahmen zur optimierten Entscheidungsfindung ergriffen werden. In Anbetracht der geringen Anzahl Betriebe, die ein solches Monitoring umsetzen, gibt es hier einfache und direkte Handlungsmöglichkeiten, um aus dem Monitoring und den Fallbesprechungen zu lernen.
- **Erkennen und Agieren:** Die Einschätzung der Abteilungsleitungen zur hohen Kompetenz des Pflege- und Betreuungspersonals im Erkennen, Angehen und Bewältigen von Notfallsituationen sowie zum Informationsfluss vonseiten Pflege zum ärztlichen Dienst steht im Gegensatz zu dem in der Literatur vermittelten Eindruck. Andere Studien, die auch die Ärztesicht einbeziehen, zeichnen hier ein etwas kritischeres Bild (63, 67, 68, 76, 80). Gemäss einer systematischen Literaturübersicht (73) ist es wichtig, dass das Pflege- und Betreuungspersonal früh akute Symptome erkennt, über vertieftes Fachwissen zu chronischen Erkrankungen verfügt, sowie Assessmentinstrumente kennt und anwendet. Das professionelle Management von chronischen Erkrankungen wie COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Herzinsuffizienz, oder Diabetes ist ein Schlüsselfaktor für die Reduktion von Spitaleinweisungen. So konnten Muench et al. (66) aufzeigen, dass ca. 20% der Einweisungen aus Schweizer Pflegeinstitutionen aufgrund einer Verschlechterung von chronischen Erkrankungen wie COPD, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes Mellitus oder von Infektionen wie Pneumonie oder Harnwegsinfekt erfolgen. Hier können ein frühes Erkennen von Veränderungen des Gesundheitszustands und eine rechtzeitige und effektive ambulante Versorgung dazu beitragen, das Risiko einer Notfalleinweisung zu vermindern.
- **Neue Versorgungsmodelle:** Gemäss einer systematischen Literaturübersicht helfen neue Versorgungsmodelle bei der Reduktion von vermeidbaren Spitaleinweisungen (67). Kernelemente aller Modelle sind 1) eine Verbesserung der inhouse Pflege- und Arztversorgung, 2) abrufbare ambulante Dienste, 3) Diagnostik vor Ort, 4) sowie standardisierte Hilfsmittel zur Verbesserung der Kommunikation im interdisziplinären Team und mit dem Spital. Die 24h-Verfügbarkeit eines Arztes/einer Ärztin über 7 Tage sowie dessen/deren schnelle Erreichbarkeit sind ernstzunehmende Wünsche aus der Praxis. Studien zufolge machen ein Heimarztsystem, ein Grade-Skill-Mix mit einem höheren Anteil von in geriatrischem, palliativem und chronischem Krankheitsmanagement geschultem diplomierten Pflegefachpersonal, sowie die Verfügbarkeit von diagnostischen Hilfsmitteln (Röntgen, Ultraschall, EKG) und Labortests die Behandlung und Pflege in der

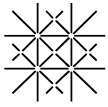


Pflegeinstitution möglich (64, 74). Verschiedene neue Versorgungsmodelle empfehlen fachliche Teams, die z. B. aus einem Arzt/einer Ärztin und einem/einer Advanced Practice Nurse (APN), einem/einer Nurse Practitioner (NP) oder einer Pflegefachperson mit einer vertieften Weiterbildung in Geriatrie bestehen, oder einem mobilen Notfallarztteam, das die bed-side-Versorgung übernehmen kann (75). Pflegeorientierte Modelle mit APN-geleiteten, multiprofessionellen Supportteams, wie sie z. B. in der Missouri Quality Initiative (MOQI) eingeführt wurden, erreichen eine Reduktion von Spitaleinweisungen um 30% (72). In der Schweiz zeigt das pflegegeleitete Modell INTERCARE, das mit Pflegefachpersonen mit einer vertieften geriatrischen Weiterbildung (CAS INTERCARE) arbeitet, einen positiven Effekt auf die Reduktion von Spitaleinweisungen (81).

- **In der Pflegeinstitution wohnen und im „häuslichen Umfeld“ sterben:** Xing et al. (82) untersuchten retrospektiv die Notwendigkeit der Spitaleinweisungen von palliativen Bewohnern/-innen im Verlauf des letzten Lebensjahres. Die Autoren kamen zum Schluss, dass fast 50% der Notfalleinweisungen aufgrund von potenziell vermeidbaren Diagnosen erfolgten und hohe Kosten verursachten. In der Schweiz wird seit einigen Jahren die vorausschauende Gesundheitsplanung oder das Advance Care Planning diskutiert und in die Praxis transferiert. Hier setzt sich die neue Organisation *Advance Care Planning – ACP Swiss* für die Weiterentwicklung und Verbreitung des ACP in der Schweiz ein (<https://www.acp-swiss.ch/>). Die Resultate in SHURP 2018 zeigen, dass Patientenverfügung und Wünsche zu Spitaleinweisung, Reanimation und lebensverlängernden Massnahmen beim Eintritt zwar erfragt werden, aber noch Optimierungspotenzial besteht. Es ist wichtig, dass die Wünsche der Bewohner/-innen und Angehörigen im interprofessionellen Team besprochen werden, um eine Versorgung bis zum Lebensende zu ermöglichen, die eine auf die Symptomatik der Bewohner/-innen abgestimmte Pflege und Behandlungsplanung beinhaltet. Angehörige benötigen Informationen und Unterstützung, um den Sterbeprozess zu verstehen. Rundtischgespräche zur Entscheidungsfindung mit Einbezug der Angehörigen und falls möglich der Bewohner/-innen tragen dazu bei, dass alle die gleichen Informationen haben und Ängste abgebaut werden können. Hierzu bietet palliative.ch hilfreiche Unterlagen (<http://palliative.ch>).

3.2.8 Erlebte Aggressionsereignisse

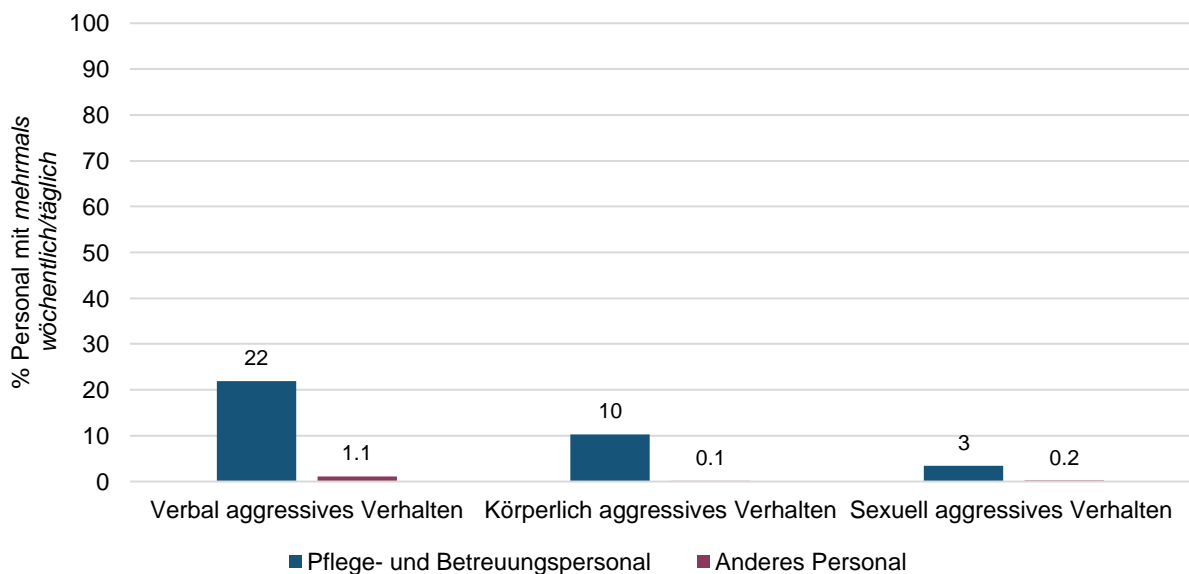
Das Pflege- und Betreuungspersonal sowie das Personal anderer Berufe wurde nach der Häufigkeit von erlebtem aggressivem Verhalten durch Bewohner/-innen gegen das Personal selbst oder gegen andere Bewohner/-innen im letzten Jahr gefragt. Es wurde zwischen verbal (z. B. fluchen, beschimpfen, feindselige oder obszöne Sprache, drohen), körperlich (z. B. drohend gestikulieren, stossen, schlagen, treten, einen Gegenstand werfen, kratzen, spucken, an den Haaren ziehen) und sexuell aggressivem Verhalten (z. B. obszöne Geste machen, ungewolltes Umarmen, intime Körperteile berühren) unterschieden. In Abbildung 24 und Abbildung 25 wird aufgezeigt, wie viel Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals und des



anderen Personals zustimmten, das entsprechende aggressive Verhalten während des letzten Jahres *mehrmals wöchentlich* bis *täglich* erlebt zu haben.

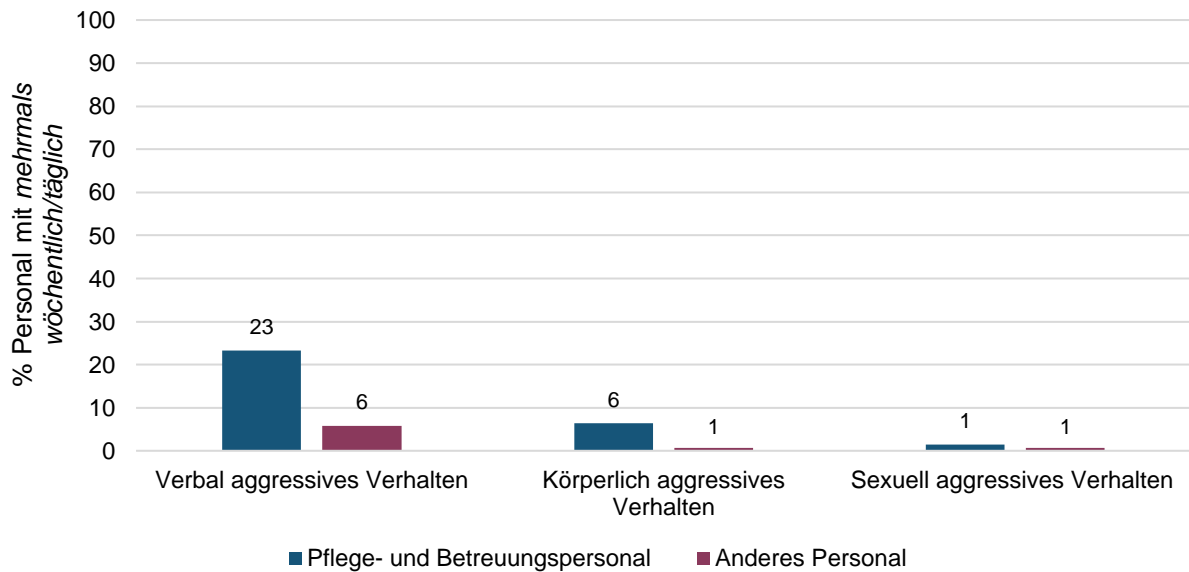
Verbal aggressives Verhalten gegen andere Bewohner/-innen wurde sowohl vom Pflege- und Betreuungspersonal (24.6%) als auch vom anderen Personal (5.9%) am häufigsten erlebt, gefolgt von verbal aggressivem Verhalten gegenüber dem Pflege- und Betreuungspersonal (21.4%), resp. dem anderen Personal (1.1%). Es folgt das Erleben, resp. Beobachten von körperlich aggressivem Verhalten und am wenigsten häufig wurde das sexuell aggressive Verhalten genannt. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass diese Verhaltensweisen von Pflege- und Betreuungspersonen deutlich häufiger erlebt wurden als von anderem Personal.

Es zeigen sich auch grosse Unterschiede zwischen den Betrieben. So gibt es Betriebe, in denen niemand vom Pflege- und Betreuungspersonal über das Erleben von Aggressionseignissen berichtet (unabhängig vom Typ) und die Streubreite geht bis zu 65.8%, die über verbale Aggression unter Bewohnern/-innen berichten, und bis 55.8% über verbale Aggression gegen sich selber.



Bemerkung: die Angaben des Pflege- und Betreuungspersonal widerspiegeln die Resultate aus den 64 Pflegeinstitutionen mit einer Vollerhebung (Pflege-/Betreuungspersonal und anderes Personal).

Abbildung 24: Erleben von Aggressionseignissen gegen sich selbst – alles Personal.

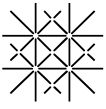


Bemerkung: die Angaben des Pflege- und Betreuungspersonal widerspiegeln die Resultate aus den 64 Pflegeinstitutionen mit einer Vollerhebung (Pflege-/Betreuungspersonal und anderes Personal)

Abbildung 25: Erleben von Aggressionseignissen gegen andere Bewohner/-innen – alles Personal.

Auslöser und Folgen von Aggressionseignissen. Andere Schweizer Studien und die Resultate von SHURP 2013 zeigten ebenso auf, dass verbal aggressives Verhalten gegenüber dem Pflege- und Betreuungspersonal und anderen Bewohnern/-innen in Pflegeinstitutionen die häufigste Aggressionsform darstellt (83-85). Aggressionseignisse ereignen sich am häufigsten während pflegerischer Aktivitäten mit Körperkontakt (83, 85). Als Auslöser wurden hauptsächlich Missverstehen der Situation, Überforderung mit der Situation und Verwirrtheit genannt (83). Die empfundene Belastung der Pflege- und Betreuungspersonen variiert je nach erlebter Aggressionsform und kann arbeitsbedingten Stress auslösen (83, 84). Arbeitsbedingter Stress wiederum kann zu Absenzen der Mitarbeitenden, Fluktuation, unsicheren pflegerischen Massnahmen und Unfällen führen (84-86). Zudem lässt sich ein Zusammenhang vom Erleben von Aggression mit emotionaler Erschöpfung, verminderter Arbeitszufriedenheit und Depressionen beim Pflege- und Betreuungspersonal feststellen (85).

Mögliche Interventionen. Als kurzfristige Massnahmen in solchen Situationen wurden ein beruhigendes Gespräch, Distanzierung gegenüber der aggressiven Person und ein Verlassen des Raums genannt (83). Längerfristige Interventionen, wie z. B. aggressives Verhalten als Kommunikationsmöglichkeit zu erkennen oder Gewohnheiten der Bewohner/-innen wahrzunehmen, können dazu dienen, eine individualisierte, personenzentrierte Pflege anzubieten (85). Grundsätzlich braucht es eine demenzgerechte Umgebung und ein demenzgerechtes Verhalten des Personals, um Aggressionseignissen vorzubeugen. Unterstützend ist auch ein Training in Aggressionsmanagement, bei dem es primär um die Prävention und sekundär um die Deeskalation von Ereignissen geht sowie um die Nachbetreuung von Mitarbeitenden und Bewohnern/



-innen, die Aggression erlebt haben. Ausserdem sollte man sich bewusst sein, dass insbesondere Personal mit Migrationshintergrund verbale Aggression und Diskriminierung durch Bewohner/-innen erleben kann.

Aggressionsergebnisse unter Bewohnern/-innen. Aggressives Verhalten unter Bewohnern/-innen ist ein noch wenig erforschtes Thema (87, 88). Die Prävalenz von Aggressionsergebnissen zwischen Bewohnern/-innen wird in internationalen Studien mit unterschiedlichen Methoden erforscht. Eine Studie aus den USA zeigt auf, dass mindestens 20% der Bewohner/-innen mindestens eine Form der Aggression innerhalb 1 Monats erlebte (89). Auslöser für aggressives Verhalten von Bewohnern/-innen untereinander können Kommunikationsprobleme aufgrund von kognitiver Beeinträchtigung beider Parteien, Hörschäden, Murmeln, Stottern, Wortfindungsstörungen, lautes Sprechen oder das Sprechen einer Fremdsprache sein. Das Eindringen in den privaten Raum wurde als zweithäufigster Auslöser genannt (88, 90). Aggressives Verhalten kann bei Bewohnern/-innen zu physischem und psychischen Stress, zu Verletzungen und im schlimmsten Fall sogar zum Tod führen (87, 88, 90). Folgende Interventionen wurden als hilfreich gegen aggressives Verhalten unter Bewohnern/-innen beschrieben: physisches oder verbales Eingreifen in die Situation, Bewohner/-innen trennen und ein Gespräch führen. Das kann die Bewohner/-innen beruhigen (87).

3.2.9 Personenzentrierte Pflege

Personenzentrierte Pflege wächst aus einer personenzentrierten interaktiven Grundhaltung, die von den Komponenten Echtheit, Akzeptanz und Empathie (91) geprägt ist. Es gibt verschiedene Modelle und Theorien zu Personenzentriertheit. Kernthemen sind das Anerkennen des Personseins des Gegenübers, ein In-Beziehung-Treten, Autonomie und gemeinsame Entscheidungsfindung, sowie eine personalisierte Pflege. Dabei umfasst die Personenzentriertheit nicht nur die Beziehung zwischen dem Personal und den Bewohnern/-innen und deren Angehörigen, sondern es geht z. B. gemäss dem Person-centred Practice Framework auch um gesunde Beziehungen zwischen allen Dienstleistenden und denjenigen, die Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sowie den ihnen nahestehenden Personen (92, 93). Mit dem personenzentrierten Ansatz ist eine Kulturänderung verbunden, die sich wegbewegt von einer aufgabenorientierten Kultur mit einem biologisch-medizinischen Paradigma (94), wo an die Organisation angepasste Techniken und Routinen umgesetzt werden. Stattdessen richtet das Pflege- und Betreuungspersonal die Pflegeabläufe auf die biografischen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Bewohner/-innen aus.

Aus der Literatur ist bekannt, dass personenzentrierte Pflege sowohl auf die Bewohner/-innen wie auf das Personal positive Auswirkungen hat. Während die Bewohner/-innen z. B. eine bessere Lebensqualität, mehr Kontinuität in der Pflege, mehr soziale Interaktionen, weniger Langeweile, Hilflosigkeit und Depression erleben, zeigen sich beim Personal eine höhere Arbeitszufriedenheit, weniger Arbeitsstress und die Fähigkeit, den Bewohnern/-innen mit Respekt und Würde zu begegnen (95-99).

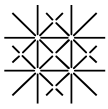


Zur personenzentrierten Pflege wurden sowohl die Abteilungsleitungen wie auch das Pflege- und Betreuungspersonal befragt. Während es bei den ersteren eher um Strukturen und Abläufe ging, die eine personenzentrierte Pflege auf der Abteilung unterstützen können, gab das Pflege- und Betreuungspersonal Auskunft dazu, inwieweit sie personenzentrierte Pflege anbieten können und wie die Umgebung sie dabei unterstützt.

Personenzentrierte Strukturen und Abläufe. Insgesamt zeigt sich, dass die Strukturen und Abläufe auf den Abteilungen eine personenzentrierte Pflege unterstützen (siehe Tabelle 27). So gaben 96.5% der Abteilungsleitungen an, dass die Bewohner/-innen entscheiden können, wann sie morgens aufstehen wollen. Ebenso können die Bewohner/-innen gemäss einer Mehrheit der Abteilungsleitungen den Zeitpunkt (87.9%) und die Art der Körperpflege (82.2%) wählen, sowie sich an der Auswahl der Aktivitäten beteiligen, die ihnen angeboten werden (96.1%). Grundsätzlich gaben 84.0% der Abteilungsleitungen an, dass die Bewohner/-innen aus dem Team eine Bezugsperson zugeteilt bekommen.

Hier lassen sich Unterschiede bezüglich der Betriebsgrösse erkennen. In grossen Pflegeinstitutionen gaben dies 93.9% der Abteilungsleitungen an, in mittleren Pflegeinstitutionen sind es 76.9% und in kleinen noch 66.7%. Tiefere Werte zeigen sich beim Einbezug in die Entwicklung der Pflegeplanung, wo nur 52.0% der Abteilungsleitungen angaben, dass dies bei ihnen der Fall ist. Dass dies nur von der Hälfte der Abteilungsleitungen bejaht wurde, kann ein Ausdruck von tatsächlich fehlender Absprache sein, oder es kann daran liegen, dass je nach Abteilungsschwerpunkt und der Anzahl Menschen mit starker kognitiver Beeinträchtigung ein entsprechender Einbezug der Bewohner/-innen selbst nicht möglich ist. Ebenso fällt auf, dass nur 62.7% der Abteilungsleitungen angaben, dass die Bewohner/-innen ihre Essenszeiten wählen können, wobei dies in der Deutschschweiz deutlich üblicher ist als in der Romandie (D: 66.4% vs. F: 41.8%). Demgegenüber gaben deutlich mehr Abteilungsleitungen in der Romandie an, dass Bewohner/-innen mit Gedächtnisproblemen an speziell für sie entwickelten Aktivitäten teilnehmen können (D: 67.2% vs. F: 78.0%).

Ist es auf Ihrer Abteilung üblich, dass Bewohnende...	Anzahl gültiges n	Alle (n = 385)	Deutschschweiz (n = 328)	Romandie (n = 57)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
...die Essenszeiten wählen können?	379	62.7	66.4	41.8
...wählen, wann sie morgens aufstehen wollen?	379	96.5	97.8	89.1
...den Zeitpunkt der Körperpflege wählen?	374	87.9	88.5	84.6

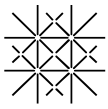


Ist es auf Ihrer Abteilung üblich, dass Bewohnende...	Anzahl gültiges n	Alle (n = 385)	Deutsch-schweiz (n = 328)	Romandie (n = 57)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
...die Art der Körperpflege wählen?	377	82.2	83.3	75.5
...sich an der Auswahl der Aktivitäten beteiligen, die ihnen angeboten werden?	381	96.1	96.9	90.9
...in die Entwicklung der Pflegeplanung einbezogen werden?	378	52.0	52.2	52.1
...mit Gedächtnisproblemen spezielle Aktivitäten haben, die für sie entwickelt wurden?	380	68.7	67.2	78.0
...eine Bezugsperson aus dem Team zugeteilt bekommen?	384	84.0	83.7	86.3
Wenn ja: für medizinische und pflegerische Anliegen?	381	99.0	98.8	100.0
Wenn ja: für Anliegen der Alltagsgestaltung?	378	94.1	93.5	97.7

Tabelle 27: Personenzentrierte Strukturen / Prozesse gemäss Abteilungsleitungen nach Sprachregion.

Mitsprachegefässe für Bewohner/-innen. Auf der Betriebsebene bejahten 76.5% der Heimleitungen, über ein Mitsprachegefäss für die Bewohner/-innen zu verfügen. Auf eine offene Frage wurden konkret als Gefässe z. B. aktive Austauschformen wie Bewohner/-innenräte (Bewohner/-innensitzungen, -konferenzen, offene Runden), Vertretung der Bewohner/-innen im Stiftungsrat, regelmässige Treffen mit der Geschäftsleitung, thematische Gesprächsrunden, oder Menüsprechstunden erwähnt, aber auch die Möglichkeit, via Bewohnerbefragungen oder Feedback- und Beschwerdemanagement Rückmeldung zu geben.

Personenzentrierte Pflege aus der Perspektive des Pflege- und Betreuungspersonals. Das Pflege- und Betreuungspersonal beantwortete 13 Fragen zu ihren Möglichkeiten, personenzentriert zu pflegen (siehe Tabelle 28). Dabei wurde personenzentriert im Fragebogen so definiert, dass die Bewohner/-innen Wertschätzung erleben und als Menschen anerkannt werden, dass das Personal versucht, die Sichtweisen der Bewohner/-innen einzunehmen, deren Lebenserfahrung anzuerkennen und das soziale Umfeld der Bewohner/-innen in die Pflege einzubeziehen. Das Pflege- und Betreuungspersonal wurde nach

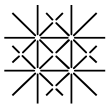


strukturellen Aspekten auf den Abteilungen gefragt, wie auch nach persönlichen Herangehensweisen an die personenzentrierte Pflege und ihrer Einschätzung, wie die Bewohner/-innen sich zurechtfinden. Es lassen sich Unterschiede in Bezug auf die beiden Sprachregionen Deutschschweiz und Romandie feststellen.

Mehr als zwei Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals stimmte zu, dass sie fest geplante Teamgespräche haben, um die Pflege der Bewohner/-innen zu besprechen, wobei dies deutlich häufiger in der Romandie bejaht wurde (D: 66.5% vs. F: 89.7%). Ebenso bespricht das deutschschweizer Pflege- und Betreuungspersonal im Vergleich zur Romandie deutlich seltener, wie personenzentriert gepflegt werden könnte (D: 54.9% vs. F: 84.5%). Knapp zwei Drittel aller Befragten (64.3%) berücksichtigen die Biografie ihrer Bewohner/-innen in der Pflegeplanung. Drei Viertel der Antwortenden sind der Ansicht, dass die Qualität der Beziehung zwischen ihnen und den Bewohnern/-innen wichtiger ist, als einfach nur die Pflegeaufgaben zu erledigen (73.6%).

Hingegen äusserten 19.6% des Pflege- und Betreuungspersonals, dass sie einfach keine Zeit haben, personenzentriert zu arbeiten. Von einer gefühlten chaotischen Umgebung sprachen 14.4% und ein Drittel äusserte, dass erst die Arbeit erledigt werden muss, bevor man sich Gedanken über eine häusliche Umgebung machen kann. 56.5% eruieren täglich die Bedürfnisse ihrer Bewohner/-innen. Diese tiefe Zahl könnte damit erklärbar sein, dass sehr selbstständige Bewohner/-innen mit niedrigen Pflege- und Betreuungsbedürfnissen nur wenig Kontakt zum Pflege- und Betreuungspersonal, im Speziellen zur Bezugsperson, haben.

	Pflege- /Betreuungs- personal (n = 4'442)	Deutsch- schweiz (n = 3'843)	Romandie (n = 599)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Wir besprechen häufig, wie man personenzentriert pflegen könnte.	58.9	54.9	84.5
Wir haben fest geplante Teamgespräche, um die Pflege der Bewohner/-innen zu besprechen.	69.6	66.5	89.7
Die Biografie der Bewohner/-innen wird in der Pflegeplanung berücksichtigt.	64.3	63.6	68.8

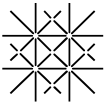


	Pflege- /Betreuungs- personal (n = 4'442)	Deutsch- schweiz (n = 3'843)	Romandie (n = 599)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Die Qualität der Beziehung zwischen Bewohner/-innen und Pflegepersonal ist wichtiger, als einfach nur die Pflegeaufgaben zu erledigen.	73.6	73.8	72.0
Wir können Arbeitsabläufe den Wünschen der Bewohner/-innen anpassen.	68.6	68.1	71.7
Den Bewohnern/-innen wird die Möglichkeit angeboten, an für sie angepassten Alltagsaktivitäten teilzunehmen.	84.2	85.1	78.4
Ich habe einfach keine Zeit, personenzentriert zu arbeiten.	19.6	19.4	21.1
Die Umgebung fühlt sich chaotisch an.	14.4	14.8	11.6
Wir müssen erst die Arbeit erledigen, bevor wir uns Gedanken über eine häusliche Umgebung machen können.	31.4	31.6	30.4
Der Arbeitsorganisation hält mich davon ab, personenzentriert pflegen zu können.	20.7	19.9	25.8
Die Bedürfnisse der Bewohner/-innen werden jeden Tag erfasst.	56.5	56.8	54.5
Es ist schwierig für die Bewohner/-innen, sich in unserem Haus zurechtzufinden.	15.0	14.6	17.8
Bewohner/-innen können, wann immer sie wollen, in einen Aussenbereich gehen.	68.5	66.6	80.9

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

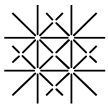
Tabelle 28: Personenzentrierte Pflege gemäss Pflege-/Betreuungspersonal nach Sprachregion.

Verbesserungspotenziale. Grundsätzlich sind die Prinzipien der personenzentrierten Pflege bereits auf verschiedene Weisen in Anwendung. Dabei ist es im Rahmen dieser Erhebung nicht möglich, die tatsächliche Alltagskultur im Betrieb zu erfassen und zu beurteilen, inwiefern gesunde Beziehungen geprägt von Empathie und Wertschätzung untereinander und mit den Bewohnern/-innen und Angehörigen gepflegt



werden. Personenzentrierte Pflege ist auch nicht etwas, das einfach da ist, sondern sie wird im Alltag immer wieder neu entwickelt und in den verschiedenen Interaktionen gelebt.

- **Strukturen und Prozesse auf Organisationsebene:** Ein Aspekt der personenzentrierten Pflege ist die gemeinsame Auswahl und Planung von Aktivitäten – wie z. B. Körperpflege, Essen oder sinnstiftende Beschäftigungen – mit den Bewohnern/-innen und Angehörigen. Während dies auf der Ebene der Abläufe und Prozesse im Betrieb einigen Pflegeinstitutionen gelingt, sieht es schwieriger aus beim Einbezug der Biografie und der Absprache bezüglich Pflegeplanung. Pflegeinstitutionen können überprüfen, wie die Zusammenarbeit in diesen Punkten mit Bewohnern/-innen und Angehörigen gestärkt werden kann, damit ein bewohner/-innenfokussierter Austausch möglich wird. Es zeigt sich, dass Betriebe eine höhere Personenzentriertheit aufweisen, wenn die Umgebung so angepasst wird, dass die Autonomie der Bewohner/-innen gestärkt und die Zusammenarbeit gefördert wird und den Bewohnern/-innen bedeutsame Aktivitäten angeboten werden (100-103).
- **Dem Pflege- und Betreuungspersonal die Möglichkeit geben, personenzentrierte Pflege anzubieten:** Es braucht eine ermächtigende Führung, damit das Personal personenzentrierte Pflege anbieten kann. Unterstützung durch Fort- und Weiterbildung sowie Anerkennung der guten Umsetzung sind ebenso wichtig wie strukturelles Empowerment, d. h. der Zugang zu Informationen, die wichtig sind für die Ausübung personenzentrierter Tätigkeiten, und der Einbezug in Planungs- und Entwicklungstätigkeiten. Personal, das selbst Personenzentriertheit erlebt, kann diese an die Bewohner/-innen weitergeben (104-106).
- **Führung, die Beziehungsgestaltung unterstützt:** Betriebe, die von offener Kommunikation geprägt sind, ein Klima des Vertrauens schaffen, Mitarbeitende aktiv in Entscheidungsfindungen einbeziehen und Zugang zu Informationen geben, können eher personenzentrierte Pflege anbieten. Hierzu gehören auch die gemeinsamen Anstrengungen, auftauchende Herausforderungen anzugehen, also ein Miteinander anstelle eines Top-Down-Managements und starren, hierarchischen Strukturen (107, 108). Das Personal kann von Gefässen profitieren, die den Austausch über personenzentrierte Pflege fördern, z. B. in der Form von Fallbesprechungen, um gemeinsam an der Optimierung von Situationen zu arbeiten.

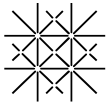


3.3 Personal – Arbeitsumgebungsqualität

3.3.1 Beschreibung Personal

An der SHURP 2018-Studie nahmen insgesamt 4'442 Pflege- und Betreuungspersonen sowie 1'378 Mitarbeitende aus anderen Bereichen, wie z. B. Therapien, Hauswirtschaft, Küche oder dem technischen Dienst, teil. Diese zweite Gruppe des anderen Personals wurde in dieser Form das erste Mal in eine schweizweite Erhebung integriert. Die Befragung dieser Gruppe war freiwillig und von den 118 teilnehmenden Betrieben schlossen 64 das andere Personal mit ein. Eine allgemeine Beschreibung der beiden Stichproben befindet sich in Tabelle 29.

	Pflege-/Betreuungs- personal (n = 4'442)	Anderes Personal (n = 1'378)
Geschlecht (% weiblich)	88.7	79.6
Altersgruppe		
Bis 25-jährig	18.0	10.3
26- bis 35-jährig	19.3	14.6
36- bis 45-jährig	17.7	16.4
46- bis 55-jährig	25.5	35.7
56-jährig und älter	19.6	23.0
Anstellungsprozente (Median, %)	80	80
Temporäre Anstellung (% ja)	11.5	9.1
Wie lange sind Sie beruflich aktiv (Median, Jahre)?	18	24
Wie lange sind Sie im jetzigen Beruf aktiv? (Median, Jahre)	11	12
Wie lange arbeiten Sie im aktuellen Betrieb (Median, Jahre)?	5	5
In welcher Schicht arbeiten sie am häufigsten (nur 1 Nennung)?		
Tagdienst	20.5	62.7
Geteilter Dienst (Morgen und Abend)	14.6	15.7



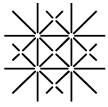
	Pflege-/Betreuungs- personal (n = 4'442)	Anderes Personal (n = 1'378)
Spätdienst	6.9	2.4
Nachtdienst	8.4	- (nicht erfragt)
Regelmässiger Wechsel der Dienste	49.6	19.1

Tabelle 29: Angaben zum befragten Personal.

Es zeigt sich, dass das andere Personal eher älter ist und dementsprechend auch im Median über mehr Berufserfahrung verfügt (24 Jahre vs. 18 Jahre beim Pflege- und Betreuungspersonal). Wie zu erwarten, arbeitet das andere Personal deutlich häufiger im Tagdienst (62.7% vs. 20.5% beim Pflege- und Betreuungspersonal) und deutlicher weniger mit einem regelmässigen Wechsel der Dienstzeiten (19.1% vs. 49.6% beim Pflege- und Betreuungspersonal).

Pflege- und Betreuungspersonal. Von den Antwortenden besitzen 26.3% einen Abschluss auf Tertiärstufe, 28.2% haben einen Abschluss der Sekundarstufe II EFZ und Äquivalent, 17.0% sind Assistenzpersonal Stufe EBA und 20.4% Hilfspersonal mit einer kurzen Ausbildung. Weiterbildungen wie CAS, DAS und MAS haben sehr wenige Befragte absolviert, wie in Tabelle 30 ersichtlich ist. Die überwältigende Mehrheit der Antwortenden hat ihre berufliche Grundausbildung in der Schweiz absolviert (84.4%) und weitere 9.2% haben diese in einem der Nachbarländer gemacht. Es kann sein, dass hier eine Verzerrung vorliegt und Mitarbeitende mit anderer Muttersprache als Deutsch oder Französisch nicht an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben.

	Pflege-/Betreuungspersonal (n = 4'442)	% Ja
Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss? ¹		
Hochschulabschluss		3.4
Höhere Fachschule		22.9
Fachperson Pflege oder Betreuung FA/EFZ		28.2
Assistenzpersonal Pflege & Betreuung EBA		17.0
Hilfspersonal Pflege & Betreuung		20.4
Student/-in		6.1



Pflege-/Betreuungspersonal	
(n = 4'442)	
	% Ja
Sonstige	2.1
Haben Sie einen Abschluss in einer der folgenden Weiterbildungen?	
Certificate of Advanced Studies (CAS)	3.5
Diploma of Advanced Studies (DAS)	1.4
Master of Advanced Studies (MAS)	1.0
In welchem Land haben Sie Ihre berufliche Grundausbildung in Pflege/Betreuung absolviert?	
Schweiz	84.4
Deutschland	5.5
Österreich	0.6
Italien	0.1
Frankreich	3.0
Andere Länder	6.3

¹ Die Berufsgruppen sind in der Fussnote zur Abbildung 1 beschrieben.

Tabelle 30: Angaben zum Pflege- und Betreuungspersonal.

Anderes Personal. Das andere Personal verteilt sich auf verschiedene Bereiche im Betrieb. Der grösste Anteil kommt aus der Hotellerie (28.6%), gefolgt vom Küchenpersonal (22.7%), dem Reinigungspersonal (18.4%), Mitarbeitenden der Administration (12.7%), dem technischen Dienst (6.1%), dem Aktivierungs- (5.6%) und dem Therapiepersonal (1.8%). Bei den Mitarbeitenden der Küche und Hotellerie gab es teils Überschneidungen bei den Angaben, wenn das Servicepersonal der Küche unterstellt war. Dasselbe ist der Fall bei der Reinigung und Hotellerie. Für die Analyse haben wir bei Doppelnennung Küche/Hotellerie die Person der Küche zugewiesen, resp. bei Doppelnennung Reinigung/Hotellerie der Hotellerie.

Bezüglich des höchsten Bildungsabschlusses zeigen sich verschiedene Muster in den Berufskategorien (siehe Tabelle 31). Während es in der Küche, Reinigung und Hotellerie eher Personen ohne Berufsausbildung oder mit einer EFZ-Ausbildung hat, überwiegen in der Aktivierung und Therapie Personen mit einer Ausbildung auf der Tertiärstufe und in der Administration und dem technischen Dienst liegt der Schwerpunkt auf der Stufe EFZ.

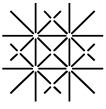


Welches ist Ihr höchster Bildungs- abschluss? (%)	Alle (n = 1'378)	Küche (n = 307)	Hotellerie (n = 386)	Reinigung (n = 249)	Admin (n = 171)	Aktivierung (n = 76)	Therapie (n = 24)	Technischer Dienst (n = 82)	Andere (n = 55)
...ohne Berufsausbildung	26.9	32.9	29.7	52.1	0.6	4.1	0.0	11.2	19.2
...mit Ausbildung auf Sekundarstufe AGS oder mit kantonalem Ausbildungsattest	11.4	8.8	17.9	13.7	5.3	6.8	0.0	10.0	1.9
...mit Ausbildung auf Sekundarstufe EFZ oder Berufs- maturität oder Fachmittelschule	38.4	41.7	37.1	23.3	53.3	40.5	12.5	55.0	38.5
...mit Aus- oder Weiterbildung auf Tertiärstufe	10.9	9.8	7.7	0.9	17.8	24.3	25.0	12.5	26.9
...mit Hochschul- abschluss	6.8	1.4	2.2	1.8	18.3	18.9	58.3	6.2	11.5
Sonstige	5.6	5.4	5.5	8.2	4.7	5.4	4.2	5.0	1.9

Tabelle 31: Berufsabschlüsse anderes Personal.

3.3.2 Arbeitsumgebungsqualität

Wir befragten sowohl das Pflege- und Betreuungspersonal wie das andere Personal zu verschiedenen Aspekten der Arbeitsumgebungsqualität. Dazu gehören die Wahrnehmung der Führung, der Personalressourcen, der eigenen Autonomie, des Teamworks, des Sicherheitsklimas und das Erleben der Qualität der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen. Ebenso erfragten wir, wie das Personal die Bestrebungen für Qualitätsverbesserung wahrnimmt und inwieweit sie extraproductives Verhalten zeigen. Im Folgenden werden die Resultate einander gegenübergestellt. Zu den Themen der Zusammenarbeit, der Qualitätsverbesserung und des extraproductiven Verhaltens wurden auch die Pflegeexperten/-innen befragt, so dass ihre Resultate dort ebenfalls einfließen. Für den Vergleich der

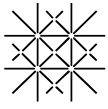


Resultate vom Pflege- und Betreuungspersonal und dem anderen Personal werden jeweils nur die Betriebe in die Berechnung aufgenommen, die in beiden Gruppen die Befragung durchgeführt haben (diese werden im Folgenden als Betriebe mit Vollerhebung benannt). Damit findet ein Vergleich unter denselben betrieblichen Rahmenbedingungen statt. Die folgenden Tabellen zeigen das Resultat für das Pflege- und Betreuungspersonal aus allen Betrieben, die mitgemacht haben, und die Resultate der Betriebe mit Vollerhebung für jeweils das Pflege- und Betreuungspersonal und das andere Personal.

Verschiedene Aspekte der Arbeitsumgebungsqualität wurden bereits in SHURP 2013 mit denselben Fragen erhoben. Wir haben die Daten vergleichend angeschaut bei den Betrieben, die sowohl an SHURP 2013 als auch SHURP 2018 teilgenommen haben, um einen unverzerrten Vergleich über die Zeit zu haben. Über die gesamte Stichprobe dieser 47 Pflegeinstitutionen lassen sich zu einzelnen Items Verschiebungen feststellen, grundsätzlich mit einer Verschlechterung der Wahrnehmung der betreffenden Items, spezifisch in den Bereichen Personalressourcen und Sicherheitsklima. Wir kommentieren dies an den entsprechenden Stellen.

Die Arbeitsumgebungsqualität ist ein entscheidender Faktor für die Pflegequalität und für bessere Personalergebnisse. So sind z. B. Führung, Personalressourcen und die Möglichkeit zur Mitgestaltung im Betrieb assoziiert mit einer besseren Pflegequalität und Patientensicherheit sowie einer höheren Zufriedenheit bei den Bewohnern/-innen und Mitarbeitenden (109). Ausreichende Personalressourcen alleine reichen nicht aus, um eine gute Pflegequalität zu erreichen, es braucht auch gute Arbeitsumgebungsfaktoren (110-113). So konnte auch SHURP 2013 zeigen, dass eine bessere Wahrnehmung von Personalressourcen, Teamzusammenarbeit und Sicherheitsklima mit einer besseren Wahrnehmung der Pflegequalität und weniger impliziter Rationierung zusammenhängt (114, 115). Bei einer besseren Einschätzung der Personalressourcen sank auch die Wahrscheinlichkeit, dass das Personal aggressives Verhalten der Bewohner/-innen erlebte (85). Ebenso beobachtete das Pflege- und Betreuungspersonal weniger Fälle von emotionaler Misshandlung oder Vernachlässigung von Bewohnern/-innen durch Kollegen/-innen, wenn diese das Teamwork und Sicherheitsklima besser einschätzten (116).

SHURP 2013 konnte auch aufzeigen, dass eine bessere Arbeitsumgebungsqualität mit besseren Personalergebnissen zusammenhängt. Insbesondere eine bessere Einschätzung der Führung ist mit tieferer Kündigungsabsicht und höherer Arbeitszufriedenheit verbunden (117, 118). Hingegen stieg das Risiko für Mobbing, wenn die Führung nicht als unterstützend wahrgenommen, die Personalressourcen als ungenügend eingeschätzt und Teamwork und Sicherheitsklima tiefer bewertet wurden (119). Nicht zuletzt hat die Arbeitsumgebungsqualität auch einen Zusammenhang mit der Gesundheit der Mitarbeitenden. Bei weniger gut wahrgenommenen Personalressourcen gaben Mitarbeitende mehr Arbeitsstress (84) und mehr Rückenschmerzen an, und mit weniger Unterstützung durch die Führung wird ein Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung ersichtlich (86).

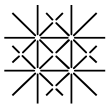


Führung. Grundsätzlich stellen die Befragten ihren Vorgesetzten ein gutes Zeugnis aus (siehe Tabelle 32). Sie fühlen sich unterstützt, nehmen die Vorgesetzten als kompetent wahr und Fehler werden von Vorgesetzten mehrheitlich zum Lernen und nicht zum Kritisieren genutzt. Auffällig ist einzig, dass das Pflege- und Betreuungspersonal nur zu rund 72% Lob und Anerkennung für eine gute Arbeitsleistung erhält, während dies von 80.8% des anderen Personals bestätigt wird. Es lassen sich grosse Unterschiede zwischen den Betrieben feststellen. So finden zwischen 27.3% bis 100% des Pflege- und Betreuungspersonals pro Betrieb, dass sie Lob und Anerkennung erhalten.

	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung	
	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Die Abteilungsleitung/direkte Vorgesetzte unterstützt das (Pflege/Betreuungs-) Personal.	89.8	89.5	92.5
Die Vorgesetzten nutzen Fehler (in der Pflege und Betreuung) zum gemeinsamen Lernen und nicht zum Kritisieren.	82.9	82.1	84.5
Die Abteilungsleitung/direkte Vorgesetzte ist eine kompetente Führungsperson.	87.2	87.0	89.4
Es gibt Lob und Anerkennung für eine gute Arbeitsleistung.	72.5	71.8	80.8
Die Abteilungsleitung/direkte Vorgesetzte steht beim Treffen von Entscheidungen hinter dem (Pflege-/Betreuungs-)Personal, auch wenn dieses im Konflikt mit anderen Berufsgruppen steht.	82.9	82.5	83.9

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

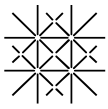
Tabelle 32: Arbeitsumgebungsqualität – Führung – Alles Personal.



Personalressourcen. Die Personalressourcen werden insgesamt tiefer bewertet als andere Aspekte der Arbeitsumgebungsqualität (siehe Tabelle 33). Es zeigen sich auch klare Unterschiede in der Bewertung vom Pflege- und Betreuungspersonal und vom anderen Personal. Nur die Hälfte des Pflege- und Betreuungspersonals findet, dass es genügend Personal gibt, um die anfallende Arbeit zu erledigen, während 71.2% zustimmen, dass es genügend fachlich kompetentes Personal gibt. Es zeigt sich auch eine Verschlechterung in diesen beiden Items gegenüber SHURP 2013: im Jahr 2013 gaben in den 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen mitmachten, 57.9% des Pflege- und Betreuungspersonal an, dass es genügend Personal gibt, und 79.0%, dass es genügend fachlich kompetentes Personal gibt, im 2018 sind es nur noch 49.5% resp. 71.9%. Dies sind klare Hinweise auf strukturelle Probleme in der Branche.

Ebenso finden nur zwei Drittel, dass es genügend Zeit gibt, um Pflegeprobleme/Probleme bei der Arbeit mit Kollegen/-innen zu besprechen. Dabei lassen sich bei allen drei Items sehr starke Schwankungen feststellen, mit z. B. 0% bis 100% Zustimmung beim Pflege- und Betreuungspersonal pro Betrieb, dass es grundsätzlich genügend Personal gibt. Über alle Items lässt sich feststellen, dass das andere Personal die Personalressourcen deutlich besser wahrnimmt, obwohl auch hier nur 69.2% zustimmen, dass es genügend Personal gibt, um die anfallende Arbeit zu erledigen. Die Wahrnehmung des Pflege- und Betreuungspersonals deckt sich mit den Angaben der Abteilungsleitungen. Auf die Frage, wie sie die aktuelle Personalbesetzung im Verhältnis zur aktuellen Arbeitsbelastung einschätzen, gaben nur 58.0% an, dass ihre Personalbesetzung sehr gut oder angemessen ist, 32.0% bezeichneten die Besetzung im Verhältnis zur aktuellen Arbeitsbelastung als knapp ausreichend und 10.0 als ungenügend.

	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung	
	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Es gibt genügend Zeit und Möglichkeiten, um Pflegeprobleme mit anderen Pflege- und Betreuungspersonen/Probleme bei der Arbeit mit Kollegen/-innen zu besprechen.	66.4	67.6	75.1



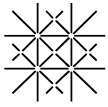
	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)	
	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Es gibt genügend fachlich kompetentes Personal, um eine gute Qualität der Pflege und Betreuung/Arbeit zu gewährleisten.	71.2	69.5	82.2
Es gibt genügend (Pflege-/Betreuungs-)Personal, um die anfallende Arbeit zu erledigen.	49.7	52.3	69.2

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

Tabelle 33: Arbeitsumgebungsqualität – Personalressourcen – Alles Personal.

Autonomie. Das Personal wurde mit einem einzelnen Item danach gefragt, wie autonom sie arbeiten. Hier zeigt sich mit etwas mehr als 80.0% ein einheitliches Bild über alle Berufsgruppen.

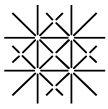
Teamwork. Das Pflege- und Betreuungspersonal sowie das andere Personal sind sich in den Ergebnissen betreffend Teamwork überwiegend einig (siehe Tabelle 34). Die gegenseitige Unterstützung (83.2%) und das Nachfragen, wenn etwas nicht verstanden wird (84.7%), werden positiv bewertet. Etwas kritischer ist die Wahrnehmung, ob Vorschläge und Ideen willkommen sind, wobei hier drei Viertel der Befragten zustimmten (75.4%). Auch die Frage, ob Meinungsverschiedenheiten gut geklärt werden, resp. die verschiedenen Berufsleute als gut koordiniertes Team zusammenarbeiten, erhält je ca. 70% Zustimmung. Auch hier lassen sich grosse Unterschiede zwischen den Betrieben feststellen. Während es bei allen Items Betriebe mit 100% Zustimmung beim Pflege- und Betreuungspersonal gibt, sinkt die Zustimmung in einzelnen Betrieben bis auf 27.3% zur Unterstützung durch Kollegen/-innen und auf 14.3% zur Frage des gut koordinierten Teams.



Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf die Abteilung, auf der Sie arbeiten:	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung	
	Pflege-/ Betreuungs- Personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Auf dieser Abteilung sind Vorschläge und Ideen willkommen (z. B. zu Arbeitsorganisation, Pflegeverrichtungen).	75.4	75.3	75.9
Auf dieser Abteilung ist es einfach, ein Problem anzusprechen, das ich in der Betreuung der Bewohner/-innen oder bei der Arbeit wahrnehme.	76.1	76.7	71.8
Auf dieser Abteilung werden Meinungsverschiedenheiten gut geklärt (d. h. es geht nicht darum, wer Recht hat, sondern was das Beste für die Bewohner/-innen ist).	69.2	69.8	70.0
Ich erhalte von meinen Teamkollegen/-innen die notwendige Unterstützung für die Pflege und Betreuung der Bewohner/-innen oder für meine Arbeit.	83.2	84.3	81.8
Hier ist es für das Personal leicht, Fragen zu stellen, wenn etwas nicht verstanden wurde.	84.7	85.1	85.0
Hier arbeiten die verschiedenen Berufsleute als gut koordiniertes Team zusammen.	69.1	70.1	72.2

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

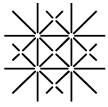
Tabelle 34: Arbeitsumgebungsqualität – Teamwork – Alles Personal.



Sicherheitsklima. Beim Sicherheitsklima geht es um eine Annäherung an die Sicherheitskultur in einem Betrieb mit Fragen dazu, wie mit Fehlern, Feedback und Lernen aus Fehlern umgegangen wird (siehe Tabelle 35). Hier zeigen sich eher knappe Bewertungen über alle Berufsgruppen mit rund zwei Dritteln der Befragten, die angaben, dass auf der Abteilung angemessen mit Fehlern umgegangen wird, sie angemessen Rückmeldung zur Arbeit erhalten, es einfach ist, Fehler anzusprechen und der Umgang miteinander es leicht macht, von den Fehlern anderer zu lernen. Es zeigen sich Unterschiede zwischen dem Pflege- und Betreuungspersonal und dem anderen Personal bei der Frage, ob man sich als Bewohner/-in sicher versorgt und gut betreut fühlen würde (67.2% bzw. 73.4%). Es lässt aufhorchen, dass diejenigen Personen, die näher bei den Bewohnern/-innen sind, sich weniger häufig sicher versorgt und gut betreut fühlen. Zudem finden sich unter den Betrieben Schwankungen von 5.3% bis 100% Zustimmung und eine deutliche Verschlechterung des Resultats gegenüber 2013 (2013: 73.4% vs. 2018: 65.6%).

Einen Unterschied zwischen dem Pflege- und Betreuungspersonal und dem anderen Personal findet sich auch in der Frage, ob bekannt ist, wie auf der Abteilung vorgegangen werden muss, um Fragen zur Bewohner/-innensicherheit anzubringen (88.1% bzw. 77.3%). Hier unterscheiden sich die Antworten auch innerhalb des anderen Personals, mit z. B. 93.2% des Aktivierungspersonals und 91.1% des technischen Dienstes, die hier zustimmen, vs. nur 62.5% des Therapiepersonals. Es ist verständlich, dass die bewohnernahen Berufsgruppen eher wissen, wie Fragen zur Bewohner/-innensicherheit angebracht werden können als das andere Personal, wobei das Resultat des Therapiepersonals erstaunt. Das Pflege- und Betreuungspersonal erfährt auch eher Ermutigung, Beobachtungen zur Bewohner/-innensicherheit zu melden als das andere Personal (80.7% vs. 75.4%).

	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung	
	Pflege-/ Betreuungs- Personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Wenn ich hier Bewohner/-in wäre, würde ich mich sicher versorgt und gut betreut fühlen.	65.1	67.2	73.4
Auf dieser Abteilung wird mit Fehlern in angemessener Weise umgegangen.	68.9	68.8	73.1



	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung	
	Pflege-/ Betreuungs- Personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)
	% Zustimmung ¹	% Zustimmung ¹	% Zustimmung ¹
Ich weiss, wie ich auf dieser Abteilung vorgehen muss, um Fragen zur Bewohner/-innensicherheit anzubringen (z. B. Schutz der Bewohner/-innen vor Medikamentenfehlern, Stürzen, Entzündungen, Unfällen).	87.9	88.1	77.3
Ich erhalte angemessene Rückmeldung zu meiner Arbeit.	65.5	64.7	70.2
Auf dieser Abteilung ist es einfach, Fehler zu besprechen.	65.1	65.5	67.5
Meine Arbeitskollegen/-innen ermutigen mich zu melden, wenn ich etwas beobachte oder entdecke, das einem Bewohner/einer Bewohnerin schaden könnte.	78.7	80.7	75.4
Der Umgang miteinander auf dieser Abteilung macht es leicht, von den Fehlern anderer zu lernen.	66.3	67.9	68.1

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

Tabelle 35: Arbeitsumgebungsqualität – Sicherheitsklima – Alles Personal.

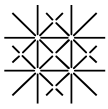
Zusammenarbeit. Zum Thema der Zusammenarbeit wurden alle Berufsgruppen und die Pflegeexperten/-innen gefragt, wie sie die Qualität der Zusammenarbeit mit ihren Kollegen/-innen im Betrieb erleben. Für die Auswertung wird in Tabelle 36 jeweils der prozentuale Anteil an positiven Antworten (*eher gut* oder *sehr gut*) zusammengenommen. Grundsätzlich sieht man über alle Berufsgruppen eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Teamkollegen/-innen, den direkten Vorgesetzten, dem Aktivierungspersonal, dem Therapiepersonal und dem Reinigungspersonal, wie auch mit dem ärztlichen Dienst. Unterschiede in der



Qualität der Zusammenarbeit zeigen sich auf der Ebene der Leitung Pflege (Pflege-/Betreuungspersonal 87.3%, Pflegeexperten/-innen 97.1%). Dies könnte an der Form der Zusammenarbeit liegen, da Pflegeexperten/-innen mit der Leitung Pflege meistens enger zusammenarbeiten als die anderen Berufsgruppen und grösstenteils sind diese auch die direkten Vorgesetzten.

Auch der Unterschied in der Wahrnehmung der Heimleitung/Geschäftsleitung zwischen Pflege- und Betreuungspersonal (85.9%) und anderem Personal (91.2%) könnte etwas mit der Nähe der Zusammenarbeit zu tun haben. Von der Organisationsstruktur her ist die Heimleitung meistens für die anderen Bereiche zuständig und damit auch Ansprechperson. Die Pflegeexperten/-innen (93.9%) arbeiten direkter mit der Heimleitung zusammen als das restliche Pflege- und Betreuungspersonal. Eine Abweichung beim anderen Personal stellt das Therapiepersonal dar, bei dem nur 75.0% die Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung als gut empfinden. Ein weiterer Unterschied zeigt sich in der Einschätzung der Zusammenarbeit mit der Küche zwischen dem Pflege- und Betreuungspersonal (90.3%) und dem anderen Personal (97.5%), wobei aus der Perspektive von beiden Gruppen die Zusammenarbeit sehr gut ist.

	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)	Betriebe mit Pflegeexperten/ -innen (n = 62)		
Wie erleben Sie an Ihrem Arbeitsplatz die Qualität der Zusammenarbeit mit:	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)	Pflegeexperten/ -innen (n = 104)	
		% ¹	% ¹	% ¹	
den Teamkollegen/-innen		93.3	94.1	94.8	-
der Abteilungsleitung/ den direkten Vorgesetzten		91.4	91.0	94.7	-
der Leitung Pflege		87.3	87.3	-	97.1
der Heimleitung oder Geschäftsleitung ²		86.2	85.9	91.2	93.9
den Ärzten/-innen		89.4	88.9	-	89.8
dem Aktivierungspersonal		90.9	90.4	-	95.1



	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)	Betriebe mit Pflegeexperten/-innen (n = 62)		
Wie erleben Sie an Ihrem Arbeitsplatz die Qualität der Zusammenarbeit mit:	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)	Pflegeexperten/ -innen (n = 104)	
		% ¹	% ¹	% ¹	
dem Pflege- und Betreuungspersonal		-	-	90.7	100.0 (HF/FH ³)
dem Therapiepersonal (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie)		91.7	91.4	95.6	90.4
dem Reinigungspersonal		94.8	95.1	97.6	-
dem Küchenpersonal		88.5	90.3	97.5	-
dem Hotelleriepersonal		-	-	97.1	-
den Mitarbeitenden der Administration		-	-	97.2	-
dem technischen Dienst		-	-	97.4	-

Bemerkung: Nicht alle Berufsgruppen wurden zu allen anderen Berufsgruppen befragt, dementsprechend sind einige Felder leer.

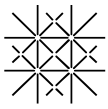
¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *eher gut* und *sehr gut*.

² Im Fragebogen des Pflege- und Betreuungspersonals und der Pflegeexperten/-innen wurde nach der Zusammenarbeit mit der Heimleitung gefragt, beim anderen Personal nach der Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung.

³ Bei den Pflegeexperten/-innen haben wir die Berufsgruppen innerhalb der Pflege unterschieden: HF/FH: 100%, Fachperson Pflege oder Betreuung mit EFZ: 97.2%, Assistenz- und Hilfspersonal: 99.1%.

Tabelle 36: Zusammenarbeit – Alles Personal.

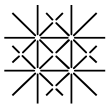
Qualitätsverbesserung. Wir wollten vom Pflege- und Betreuungspersonal und den Pflegeexperten/-innen wissen, wie ihr Betrieb aktuell Qualitätsverbesserungen erzielt. Mehr als 8 von 10 Befragten (82.4%) stimmten zu, dass ihr Betrieb sich für die Aus- und Fortbildung einsetzt, wobei ein deutlicher Unterschied zwischen der Deutschschweiz (83.9%) und der Romandie (73.0%) zu sehen ist (siehe Tabelle 37). Noch rund drei Viertel des befragten Pflege- und Betreuungspersonals nehmen wahr, dass es im eigenen Betrieb ein System zur Überwachung der Qualität gibt (74.4%), oder dass die Pflege und Dienstleistungen kontinuierlich evaluiert werden, um sie anzupassen (74.5%). Wie in Kapitel 3.1.7 beschrieben, setzen ungefähr drei Viertel der Betriebe verschiedene Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung um. Ein wichtiger Aspekt einer Kultur der Qualitätsverbesserung ist die Initiative der Mitarbeitenden und das gemeinsame



Angehen von Problemen. Nur noch 62.6% der Mitarbeitenden gaben an, dass sie ermutigt werden, neue Wege für die Pflege der Bewohner/-innen und für die Dienstleistungserbringung zu entwickeln, wobei dies in der Romandie stärker gegeben ist (D: 60.7% vs. F: 74.7%). Mit 61.0% stimmten wenige Mitarbeitende der Aussage zu, dass abteilungsübergreifend gearbeitet wird, um Probleme zu lösen.

Grundsätzlich bewerten Pflegeexperten/-innen die Fragen rund um die Qualitätsverbesserung deutlich besser. Pflegeexperten/-innen nehmen mehr Ermutigung wahr (84.5%), arbeiten eher abteilungsübergreifend (87.4%), sind eher der Ansicht, dass in ihrem Betrieb ein System zur Qualitätsüberwachung (89.4%) umgesetzt ist und sehen eine kontinuierliche Evaluation von Pflege und Dienstleistungen (85.4%). Dies ist von ihrer Rolle her gut verständlich, da die Qualitätsverbesserung ein Kernthema der Pflegeexperten/-innen ist.

Qualitätsverbesserung	Pflege-/Betreuungspersonal			Pflegeexperten/-innen
	Alle	Deutschschweiz	Romandie	(n = 104)
	(n = 4'442)	(n = 3'843)	(n = 599)	
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Die Mitarbeitenden werden ermutigt, neue Wege für die Pflege der Bewohner/-innen und für die Dienstleistungserbringung zu entwickeln.	62.6	60.7	74.7	84.5
Wir arbeiten mit Mitarbeitenden verschiedener Abteilungen und Teams zusammen, um Probleme zu lösen.	61.0	60.2	66.1	87.4
In diesem Betrieb besteht ein Engagement für die Aus- und Fortbildung.	82.4	83.9	73.0	93.2
Alle Mitglieder des Pflorgeteams verstehen, welche Erwartungen sie bezüglich der Berufsausübung aneinander stellen können.	72.8	73.9	66.0	69.9



Qualitätsverbesserung	Pflege-/Betreuungspersonal			Pflegeexperten/ -innen
	Alle	Deutsch- schweiz	Romandie	(n = 104)
	(n = 4'442)	(n = 3'843)	(n = 599)	
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
In diesem Heim gibt es ein System zur Überwachung der Qualität.	74.4	73.9	77.9	89.4
Unser Heim evaluiert kontinuierlich unsere Pflege und Dienstleistungen, um zukünftige Pflege und Dienstleistungen anzupassen.	74.5	74.7	73.1	85.4

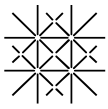
¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme zu*.

Tabelle 37: Wahrnehmung der Qualitätsverbesserung nach Sprachregion.

Extraproduktives Verhalten (englisch: organizational citizenship behavior). Das extraproduktive Verhalten bezieht sich auf ein Leistungsverhalten in der Organisation, das zu den Zielen der Organisation beiträgt, und bei welchem sich die Mitarbeitenden über das formal im Arbeitsvertrag Geforderte hinaus für das System einsetzen. Dazu zählen z. B. die Kooperation mit Arbeitskollegen/-innen, Handlungen zum Schutz der Organisation, spontane Verbesserungsvorschläge, freiwillige Fort- und Weiterbildungen sowie Handlungen, die zu einem positiven Bild des Betriebs in der Öffentlichkeit beitragen (120).

Grundsätzlich zeigen rund 60% des Personals über alle Berufsgruppen Verhaltensweisen, die zu einer besseren Versorgung beitragen. Dazu gehören das Finden neuer Wege, um die eigene Arbeit zu erledigen, das Vorschlagen neuer Wege gegenüber den Kollegen/-innen, um die Arbeit auf der Abteilung zu verbessern und das Ändern der eigenen Arbeitsweise, um in der verfügbaren Zeit mehr erledigen zu können (siehe Tabelle 38). Damit ist ein gutes Potenzial vorhanden, um als Betrieb die Versorgung weiterzuentwickeln. Zu rund 40% stimmten die Befragten auch zu, dass sie oft Wege vorschlagen, um Regeln oder Richtlinien zu verbessern.

Bei drei der vier Items stimmte ein wesentlich höherer Anteil der Pflegeexperten/-innen den Aussagen zu. Auch dies ist wieder verständlich von ihrer Rolle her, da die Qualitätsverbesserung und Praxisentwicklung zum Kerngeschäft der Pflegeexperten/-innen gehört, inklusive des Coachings von Arbeitskollegen/-innen.



Einzig bei der Frage zur Anpassung der eigenen Arbeitsweise gleichen sie sich mit 58.7% Zustimmung den anderen befragten Gruppen an.

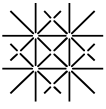
	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)		Betriebe mit Pflegeexperten/-innen (n = 62)
	Pflege-/ Betreuungs- Personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)	Pflegeexperten/ -innen (n = 104)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Ich finde oft neue Wege, um meine Arbeit zu erledigen.	61.8	61.3	64.0	75.0
Ich schlage meinen Kollegen/-innen oft neue Wege vor, wie die Arbeit auf der Abteilung verbessert werden kann.	57.0	56.8	56.0	80.7
Ich schlage oft Wege vor, um Regeln oder Richtlinien zu verbessern.	40.1	40.3	47.4	71.1
Ich ändere oft meine Arbeitsweise, um in meiner verfügbaren Zeit mehr zu erledigen.	62.9	62.8	62.7	58.7

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme zu*.

Tabelle 38: Extraproduktives Verhalten – Alles Personal.

3.3.3 Administrative Aufgaben

Administrative Aufgaben des Pflege- und Betreuungspersonals sind in der Forschungsliteratur bislang wenig präsent (121, 122), jedoch findet sich eine Beschreibung, die sechs Kategorien administrativer und organisatorischer Arbeit in den USA und Frankreich aufzeigt (122): Führen der Bewohner/-innendokumentation, Koordination der Aktivitäten und Untersuchungen, Administration von Ein- und



Austritten, Informationsweitergabe (schriftlich/mündlich) im (interprofessionellen) Team, Assessment von Bewohnern/-innen mittels der Bedarfserhebungsinstrumente, Materialbestellung und Inventarverwaltung. Das Pflege- und Betreuungspersonal sieht diese Tätigkeiten häufig als Last, da es sich in dieser Zeit nicht direkt um die Bewohner/-innen kümmern kann (122). Überbordende Administrationsaufgaben wurden häufig auch als ein Hauptgrund für Unzufriedenheit bei der Arbeit genannt (123).

Wir stellten Fragen um herauszufinden, wie das Pflege- und Betreuungspersonal die Belastung durch administrative Aufgaben in der täglichen Arbeit empfindet und wie sich diese im letzten Jahr verändert hat. Im Allgemeinen gaben 60.6% des Pflege- und Betreuungspersonals an, dass sie die administrative Arbeit *eher stark* oder *stark* belastet (siehe Abbildung 26), und 59.4% gaben an, dass die Belastung im letzten Jahr zugenommen hat. Dabei gaben deutlich mehr diplomierte Pflegefachpersonen (80.4%) oder FaGe (67.6%) eine starke Belastung an als Assistenzpersonal (43.4%) oder Hilfspersonal (44.1%).

Am meisten Nennungen bezüglich *eher starker* oder *starker* Belastung erhielten das Assessment der Bewohner/-innen mittels der Bedarfserhebungsinstrumente (66.1%) und das Führen der Bewohner/-innendokumentation (65.7%). Weniger belastend werden der Austausch von Informationen (50.2%), das Ein-/Austrittsmanagement (48.7%) und das Koordinieren von Aktivitäten, Untersuchungen und Terminen bewertet (44.2%), wie auch die Materialbestellung und Inventarverwaltung (41.3%). Ein markanter Unterschied zwischen der Deutschschweiz und der Romandie zeigt sich betreffend den Austausch von Informationen. Während nur 46.0% der Deutschschweizer/-innen eine *eher starke* oder *starke* Belastung angaben, waren es 77.3% der Romands.

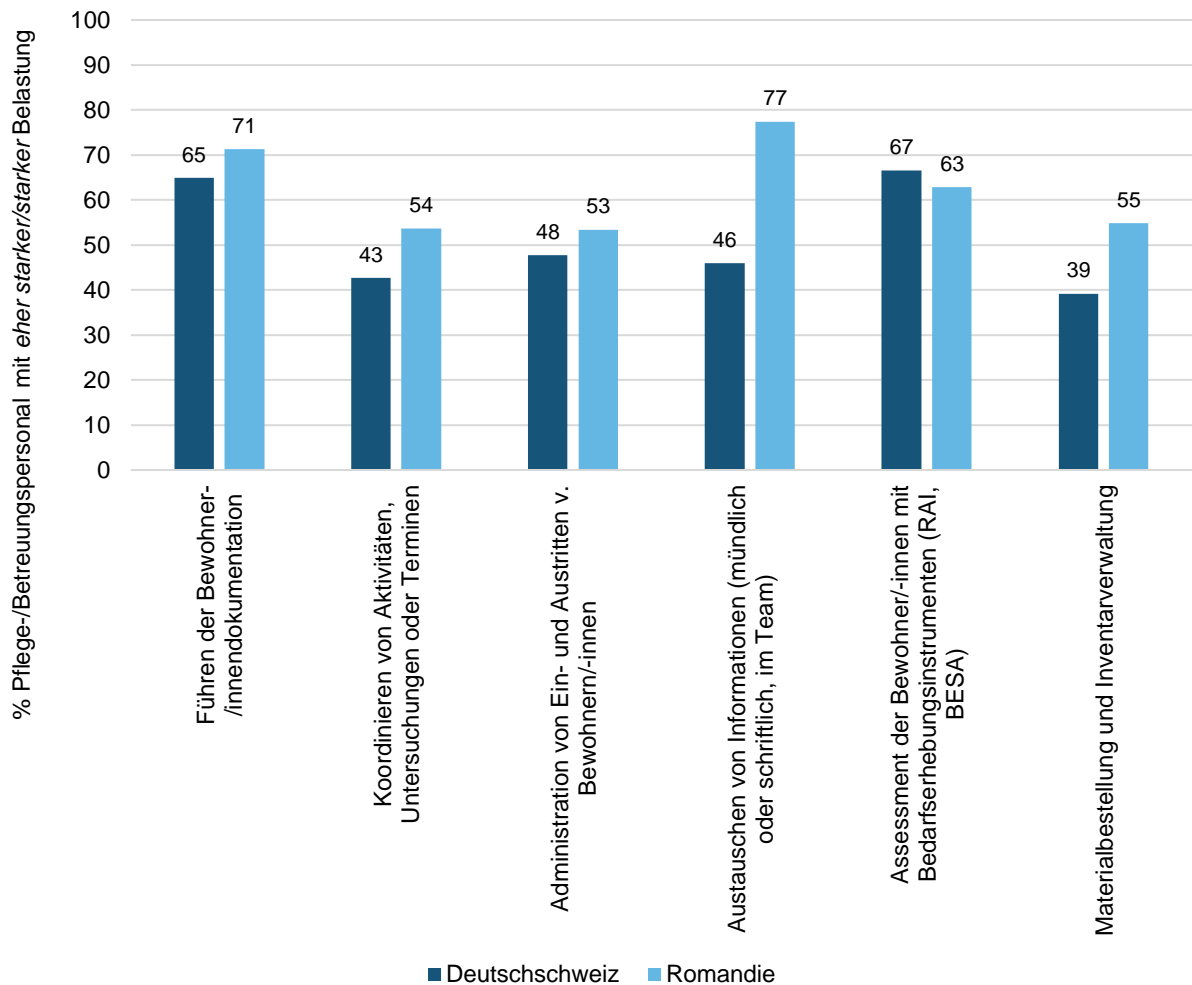
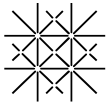
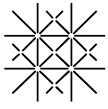


Abbildung 26: Belastung durch administrative Aufgaben im Alltag.

Zur Frage, wie die Belastung allgemein im Vergleich zum Vorjahr beurteilt wird, sagten 59.4%, dass die Belastung *gestiegen* und 37.9%, dass sie *gleich geblieben* ist (siehe Tabelle 39). Nur 2.7% äusserten, dass die Belastung *abgenommen* hat. Mit 54.7% am häufigsten wurde ein Anstieg der Belastung beim Führen der Bewohner/-innendokumentation genannt, gefolgt vom Anstieg bei den Assessments der Bewohner/-innen (49.6%). Andere administrative Tätigkeiten sind zu rund einem Drittel gestiegen und zu zwei Dritteln *gleich geblieben*. Für diese Frage wurden 675 Antwortende ausgeschlossen, die weniger als 1 Jahr in der jetzigen Institution arbeiteten.



Pflege-/Betreuungspersonal		Vergleich Belastung zum Vorjahr	
(n = 4'442)			
Belastung folgender administrativer Aufgaben:		% gestiegen	% gleich geblieben
Allgemein		59.4	37.9
Führen der Bewohner/-innendokumentation		54.7	41.9
Koordinieren von Aktivitäten, Untersuchungen oder Terminen		32.3	65.6
Administration von Ein- und Austritten von Bewohnern/-innen		34.9	61.8
Austauschen von Informationen (mündlich oder schriftlich an Kollegen/-innen, im interprofessionellen Team)		32.5	62.2
Assessment der Bewohner/-innen mittels Bedarfserhebungsinstrumenten (RAI-NH, BESA)		49.6	47.3
Bestellen von Material und Verwalten des Inventars		28.6	68.4

Tabelle 39: Belastung durch administrative Aufgaben im Vergleich zum Vorjahr.

In einer letzten Frage in diesem Bereich wurde das Pflege- und Betreuungspersonal gefragt, wie viel Zeit sie an einem normalen Tag mit administrativen Aufgaben verbringen. Hier gaben 36.9% an, *weniger als 1 Stunde* damit zu verbringen, 40.6% *zwischen 1 und 2 Stunden*, 17.1% *zwischen 2 und 3 Stunden* und 5.4% *mehr als 3 Stunden*. In Abbildung 27 ist ersichtlich, dass in der Romandie eher *weniger als 1 Stunde* für administrative Aufgaben eingesetzt wird, während es in der Deutschschweiz eher *zwischen 1-2 Stunden* sind. Ebenfalls zeigt sich ein deutlicher Unterschied in Bezug auf die Berufsgruppen. Das Pflegefachpersonal verwendet deutlich mehr Zeit für administrative Aufgaben als Fachpersonen mit einem EFZ oder das Assistenz- und Hilfspersonal, wie in Abbildung 28 ersichtlich ist.

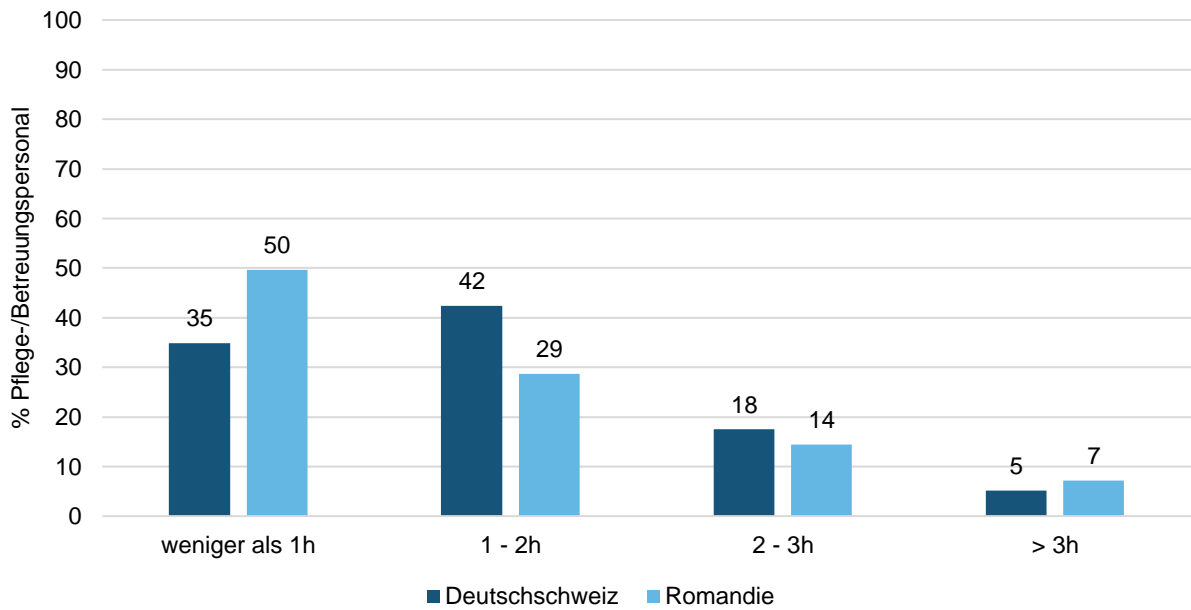
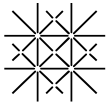


Abbildung 27: Zeit für administrative Aufgaben an normalem Arbeitstag.

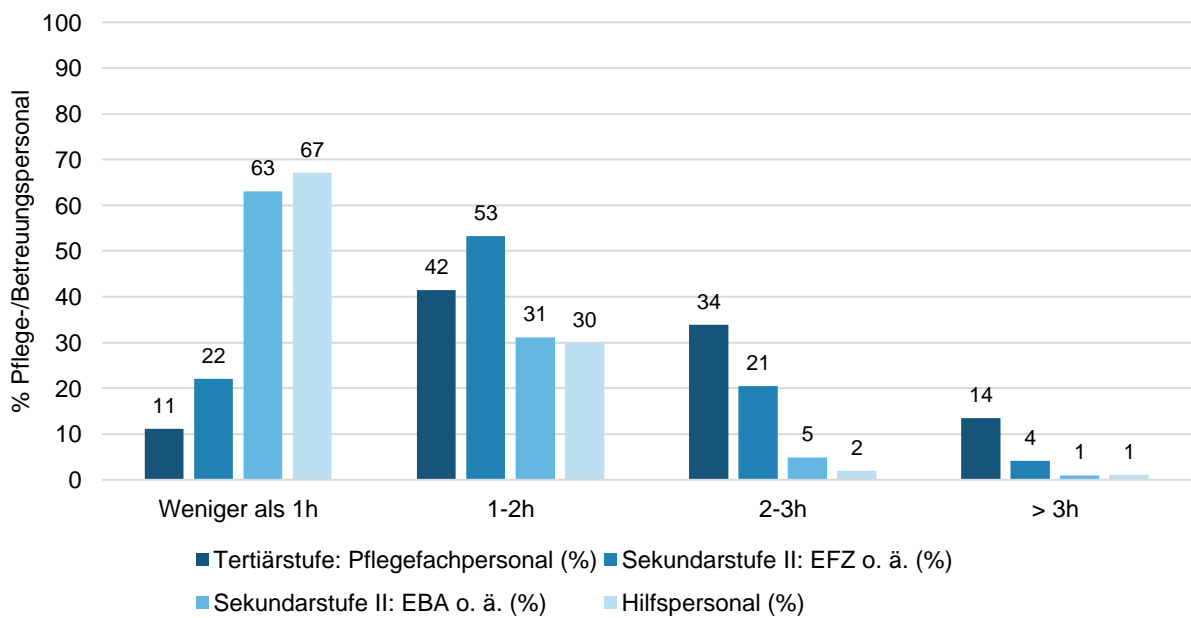
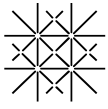


Abbildung 28: Zeit für administrative Aufgaben nach Berufsgruppen.



3.4 Personal – Implizite Rationierung

Eine hohe Arbeitsbelastung und ein Ressourcenmangel (Zeit, Personal) erfordert vom Pflege- und Betreuungspersonal Prioritätensetzung. Es müssen forcierte Entscheidungen getroffen werden, welche pflegerischen Massnahmen angeboten werden können und welche weggelassen werden müssen. Die implizite Rationierung der Pflege fragt danach, wie oft notwendige und übliche Pflegemassnahmen oder Therapien wegen Zeitmangel oder Arbeitsüberlastung nicht oder nicht richtig durchgeführt werden können. Aus der Literatur ist bekannt, dass Rationierung einerseits negative Folgen für die Bewohner/-innen hat. So erfahren sie mehr Stürze oder nosokomiale Infekte, aber auch weniger Aufmerksamkeit und emotionale Präsenz des Pflege- und Betreuungspersonals aufgrund vom Zeitdruck (115, 124-126). Andererseits leidet das Pflege- und Betreuungspersonal unter grösserer Arbeitsunzufriedenheit, Kündigungsabsicht und Burnout, wenn sie nicht in der Lage sind, die erwünschte Pflegequalität zu erbringen (124, 127-129). Die Fragen zur Rationierung in dieser Studie orientieren sich an vier Themenbereichen: Aktivitäten des täglichen Lebens; Caring, Rehabilitation und Überwachung; Dokumentation; soziale Aktivitäten. Wir rapportieren jeweils, welcher Anteil des Pflege- und Betreuungspersonals angab, eine Tätigkeit in den letzten 7 Tagen *manchmal* oder *oft* rationiert zu haben.

3.4.1 Aktivitäten des täglichen Lebens

Wir befragten das Pflege- und Betreuungspersonals zu sechs pflegerischen Massnahmen im Themenbereich Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe Abbildung 29). Bei den 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben, bewegten sich die Resultate 2013 zwischen 5.8% und 16.8% und 2018 zwischen 5.2% und 25.1%. Deutliche Veränderungen zu 2013 lassen sich bei der Körperpflege (2013: 16.8% vs. 2018: 25.1%), der Mund- und Zahnpflege (2013: 12.9% vs. 2018: 20.2%) und der Mobilisation (2013: 6.6% vs. 2018: 11.5%) feststellen¹.

In der gesamten Stichprobe von 2018 bewegt sich der prozentuale Anteil des Personals, das *manchmal* oder *oft* Tätigkeiten rationiert, zwischen 6.2% und 24.9% (siehe Abbildung 29). Es fällt auf, dass Aktivitäten wie die Mobilisation (11.5%) oder Unterstützung beim Essen und Trinken (11.2%) weniger rationiert werden als die Durchführung von Körperpflege (24.9%) oder die Mund- und Zahnhygiene (22.0%). Am wenigsten oft werden Essen und Trinken ausserhalb der Essenszeiten (6.2%) rationiert und das Liegenlassen von Bewohnern/-innen in Urin oder Stuhlgang (9.3%). Bezüglich Betriebsgrösse ist ersichtlich, dass die Mund- und Zahnhygiene in grossen Pflegeinstitutionen öfter rationiert werden (23.5%) als in kleinen (13.6%). Die Rationierung der Mund- und Zahnhygiene ist problematisch, da sie aufgrund des Verschluckens von Speiseresten oder malignen Bakterien zu nosokomialen Pneumonien führen kann (130, 131). Konkrete Massnahmen wie die Sensibilisierung des Personals bezüglich Mundhygiene und deren regelmässige

¹ Die Zahlen zu 2013 lassen sich nicht mit dem nationalen Bericht von 2013 vergleichen da es einerseits um eine Teilgruppe der Pflegeinstitutionen handelt, die 2013 an der Erhebung teilgenommen haben und andererseits wurde hier der prozentuale Anteil anders berechnet (Die Antwortoption «Massnahme war nicht nötig» wurde hier als fehlender Wert behandelt).

Durchführung, die Instruktion für die Durchführung einer einfachen Mundinspektion und die Finanzierung eines umfassenden Assessments zur Mundgesundheit durch eine Fachperson (z. B. Dentalhygieniker/-in) helfen, das Auftreten von Aspirationspneumonien bei den Bewohnern/-innen zu reduzieren (131-134).

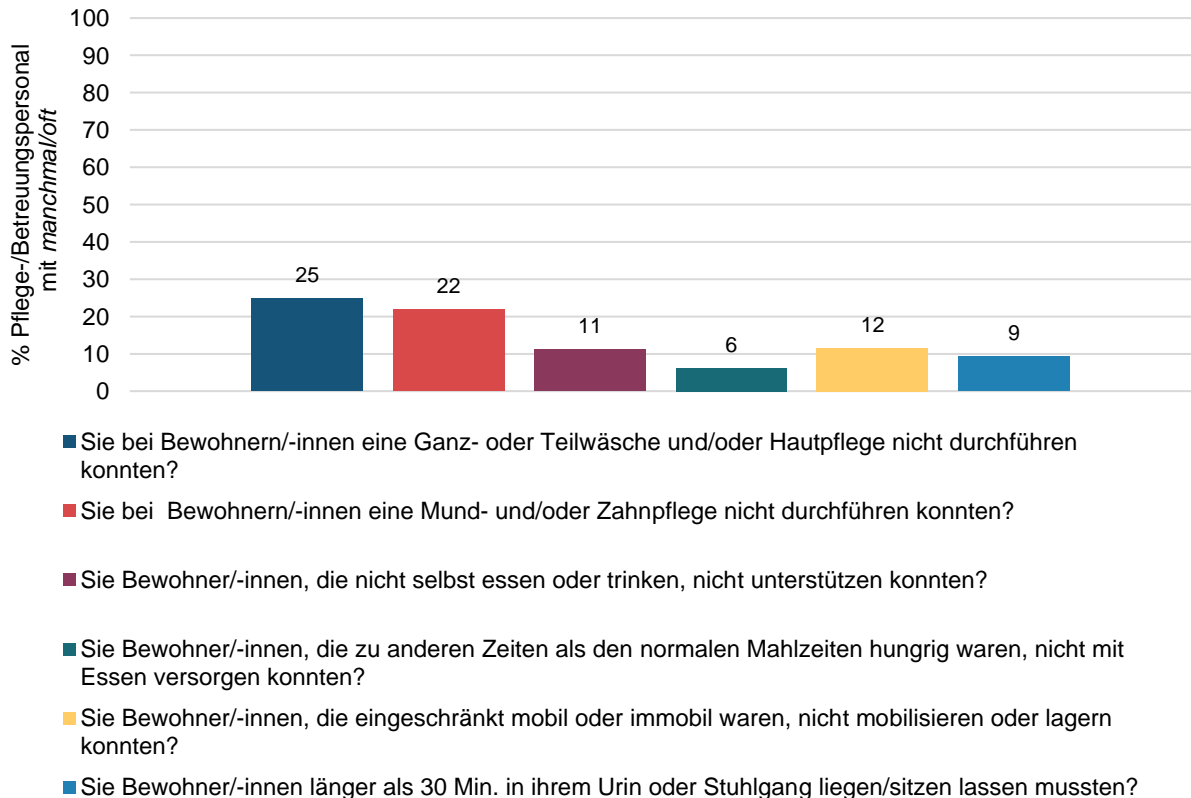
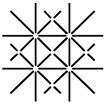


Abbildung 29: Implizite Rationierung von Aktivitäten des täglichen Lebens.

3.4.2 Caring – Rehabilitation – Überwachung

Mehr als ein Viertel der Pflege- und Betreuungspersonen (28.3%) gab an, Bewohnern/-innen keinen emotionalen Beistand z. B. in Form von Gesprächen bei Ängsten, Unsicherheiten oder bei Gefühlen der Abhängigkeit bieten zu können (siehe Abbildung 30). Gespräche mit Angehörigen oder Bewohnern/-innen werden im Vergleich zum emotionalen Beistand weniger rationiert (20.0%), es zeigen sich jedoch grosse Unterschiede bezüglich der Sprachregion. Wie bereits 2013 wird in der Deutschschweiz weniger davon berichtet (17.9%) als in der Romandie (33.8%). Fast ein Drittel der Pflege- und Betreuungspersonen (32.8%) gaben an, die aktivierende Pflege zu rationieren, wobei auch hier in der Deutschschweiz (32.0%) weniger Pflege- und Betreuungspersonen von Rationierung berichten als in der Romandie (37.5%). Gespräche und Aktivitäten im täglichen Leben erhöhen die Lebensqualität von Bewohnern/-innen (135, 136). Regelmässige Gespräche tragen dazu bei, dass Therapien besser akzeptiert werden (137). Werden diese Aktivitäten



rationiert, geht Lebensqualität der Bewohner/-innen verloren. Zudem könnte es dazu kommen, dass mögliche Symptome für Infektionen, Schmerzen oder Depressionen nicht frühzeitig erkannt werden, was zu weiteren negativen Folgen führen kann (114).

Neben der Dokumentation geben im Bereich der Überwachung am meisten Pflege- und Betreuungspersonen an, notwendige Pflēgetätigkeiten wegzulassen. Vor allem die zeitnahe Beantwortung der Glocke (innert 5 Minuten) ist stark betroffen (41.9%), mit einem deutlichen sprachregionalen Unterschied (D: 39.2% vs. F: 59.7%). Die Beantwortung der Glocke beinhaltet mehrere Aspekte, wie z. B. allgemein unbeantwortete Glocken, das Versäumnis einer Pflege- oder Betreuungsperson, eine Anfrage weiterzuleiten, oder die Unfähigkeit von Bewohnern/-innen, in dringenden Situationen Hilfe zu erhalten. Massnahmen, welche diese speziellen Situationen unterstützen, wie z. B. die Überprüfung, in welchen Momenten vom Tag vermehrt Personalengpässe entstehen, die Förderung der Kommunikation im Pflēgeteam oder die Investition in neue Rufanlagen, könnten solche negativen Szenarien positiv beeinflussen (138, 139).

Des Weiteren gab etwa ein Viertel des Pflege- und Betreuungspersonals (27.6%) an, die Bewohner/-innen nicht adäquat überwachen zu können und aufgrund dessen auf bewegungseinschränkende Massnahmen zurückzugreifen. Dies kommt deutlich weniger in kleinen als in grossen Pflēgeinstitutionen vor (20.1% vs. 28.0%). In Kapitel 3.2.3 (Qualitätsindikatoren – Bewegungseinschränkende Massnahmen) wird dieses Thema genauer erläutert und diskutiert.

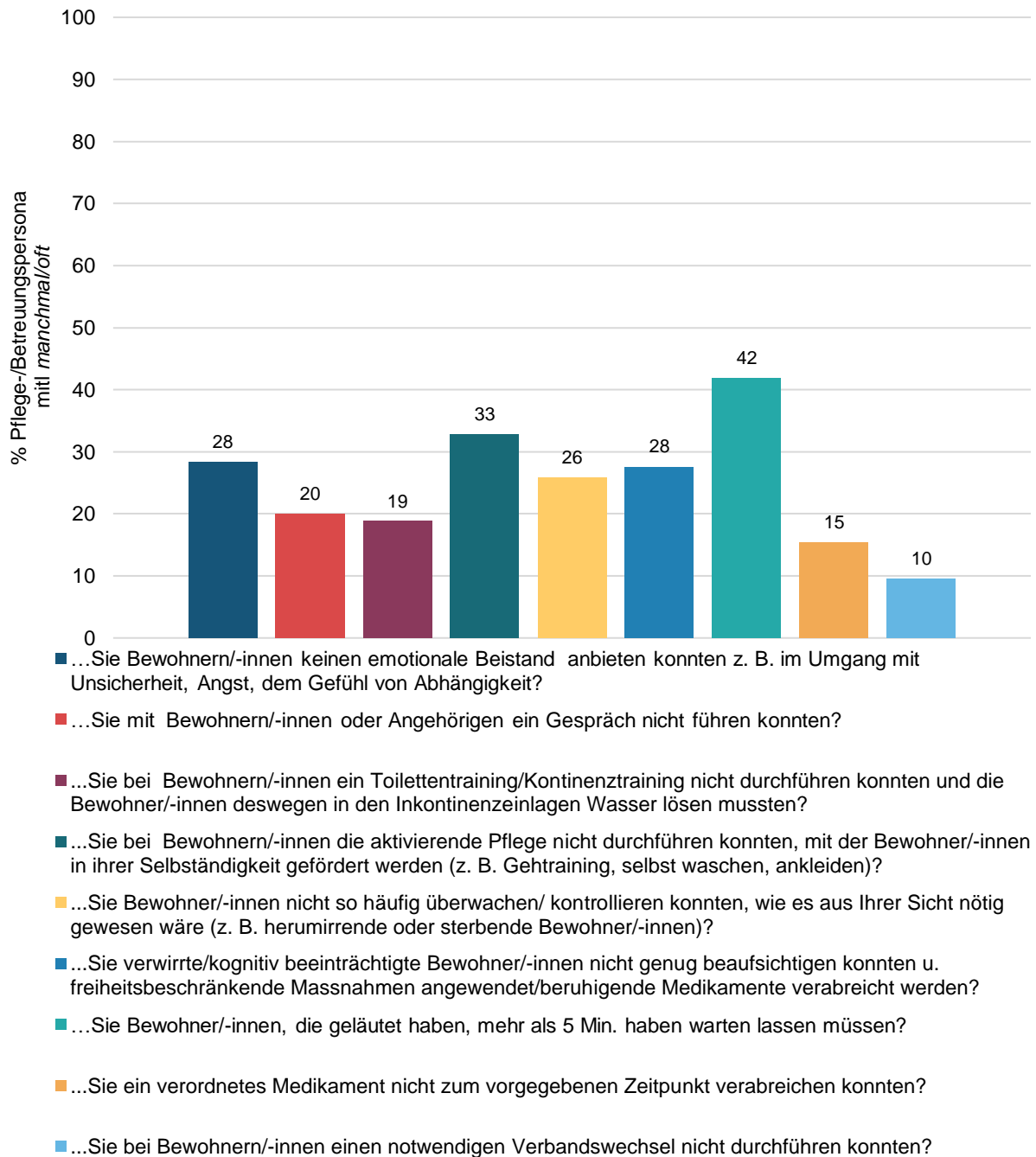


Abbildung 30: Implizite Rationierung von Caring, Rehabilitation und Überwachung.

3.4.3 Dokumentation

Alle drei Massnahmen in diesem Themenbereich (Einlesen, Aktualisieren der Pflegeplanung, Pflegedokumentation) werden mit Werten zwischen 39.9% und 43.9% mehr rationiert als die anderen Themenbereiche (siehe Abbildung 31). Verglichen mit der Datenerhebung im Jahr 2013 (zwischen 30.0%

und 38.7%) zeigt die aktuelle Erhebung eine steigende Tendenz. So gaben in der Untergruppe der 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben, 2013 30.0% an, *manchmal* oder *oft* die durchgeführte Pflege nicht genügend dokumentieren zu können, während es 2018 bereits 39.4% sind. Das Weglassen der Pflegedokumentation hat zwar keine unmittelbar spürbaren Folgen für die Bewohner/-innen. Trotzdem ist die Pflegedokumentation ein Instrument, um die Kontinuität und somit die Pflegequalität auch bei Schichtwechsel oder bei hohen Personalfluktuationsraten zu gewährleisten (140, 141).

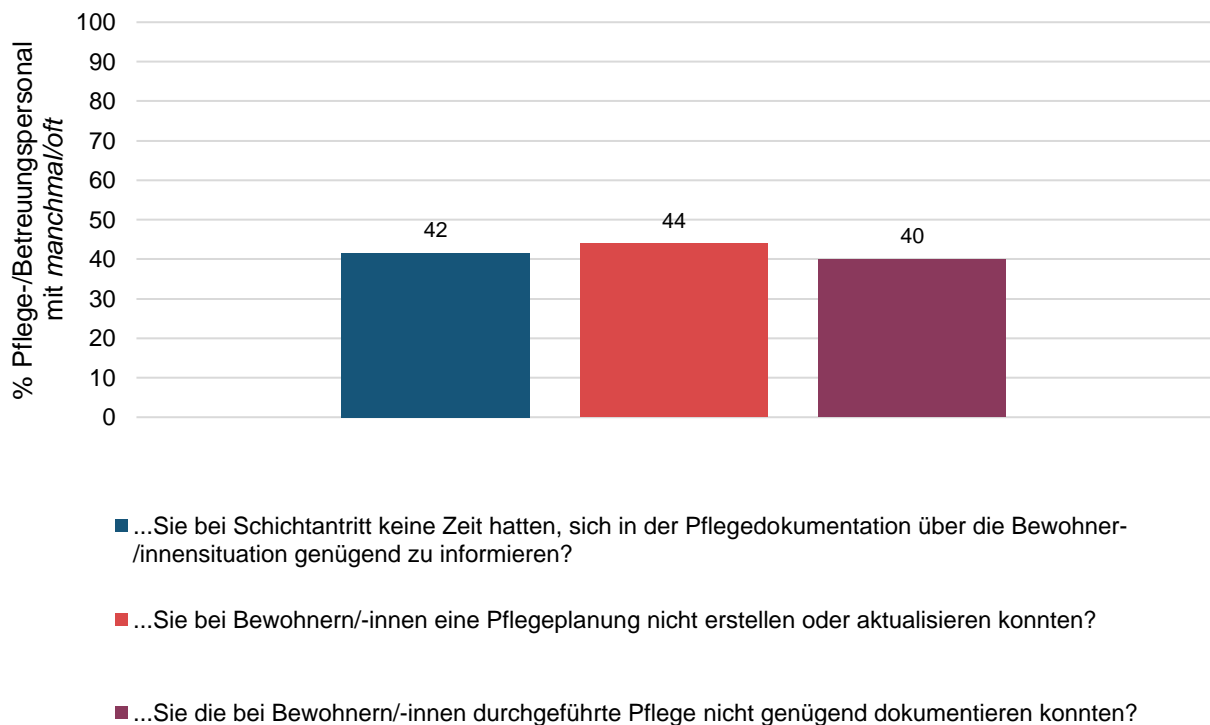


Abbildung 31: Implizite Rationierung der Dokumentation.

3.4.4 Soziale Aktivitäten

Die Aktivitäten dieses Themenbereichs liegen im Mittelfeld aller rationierten Pflegetätigkeiten. Es fällt auf, dass individuelle Tätigkeiten (z. B. Spaziergang) häufiger (42.3%) rationiert werden als Gruppenaktivitäten (29.7%) oder kulturelle Anlässe (29.7%) (siehe Abbildung 32). Hier zeigt sich, dass Gruppenaktivitäten in kleinen Pflegeinstitutionen weniger rationiert werden (23.3%) als in mittleren (30.7%) oder grossen (30.0%). Zwischen den Sprachregionen fällt auf, dass in der Deutschschweiz tendenziell sozio-kulturelle Aktivitäten

weniger häufig rationiert werden als in der Romandie. Im Gegensatz zu individuellen Tätigkeiten sind Gruppenaktivitäten sowie kulturelle Anlässe geplant und angekündigt, was diesen Unterschied erklären könnte. Auch in diesem Themenbereich zeigt sich im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2013 eine steigende Tendenz. Die Rationierung von individuellen Aktivitäten ist in der Untergruppe der 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben, von 34.5% (2013) auf 41.3% (2018) gestiegen, Gruppenaktivitäten von 21.3% (2013) auf 28.5% (2018) und kulturelle Aktivitäten von 22.9% (2013) auf 28.5% (2018).

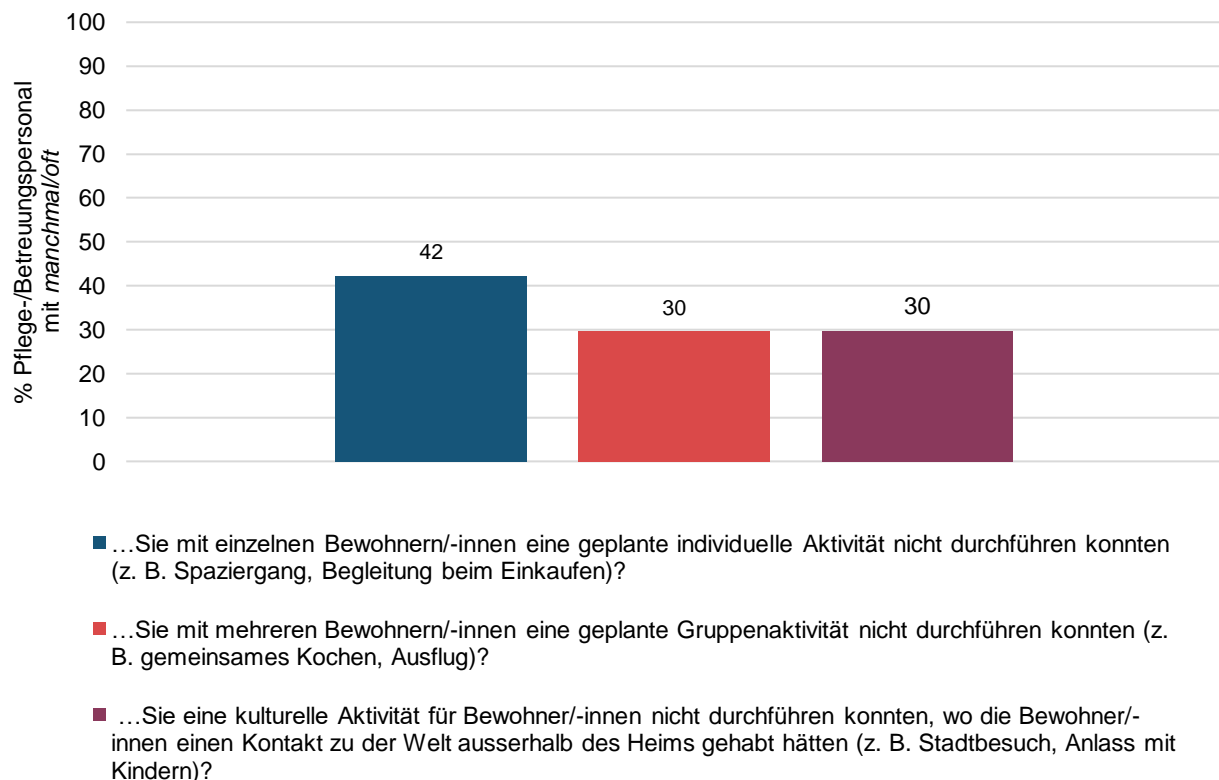
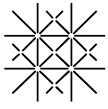


Abbildung 32: Implizite Rationierung von sozialen Aktivitäten.

3.4.5 Zusammenfassung implizite Rationierung

Insgesamt werden ähnlich wie 2013 primär die Dokumentation, die Überwachung und die sozialen Aktivitäten rationiert, gefolgt von rehabilitativen Tätigkeiten und dem Führen von Gesprächen. Am wenigsten werden medizintechnische Tätigkeiten wie Verbandswechsel und Medikation sowie die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen und Ausscheiden rationiert.



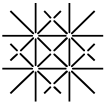
Eine kürzlich veröffentlichte Literaturübersicht zeigt verschiedene Möglichkeiten zur Reduktion von Rationierung auf, für die eine gewisse Evidenz vorliegt (142). So sind sowohl eine höhere Personalbesetzung als auch eine Verbesserung der Teamarbeit mit weniger Rationierung verbunden. Auf der Prozessebene wurden vor allem Massnahmen zur Reduktion von verpassten Medikamentengaben im Spitalbereich untersucht, wie z. B. Erinnerungshilfen oder technische Hilfsmittel. Massnahmen auf der Prozessebene sind jedoch immer auf eine bestimmte Handlung ausgerichtet und helfen nicht dabei, die Rationierung insgesamt zu reduzieren (142).

3.5 Personalergebnisse

SHURP 2018 erfasst verschiedene Personalergebnisse über alle Personalkategorien, die befragt wurden: das Pflege- und Betreuungspersonal, das andere Personal (z. B. Küche, Hotellerie, technischer Dienst, Therapien), sowie die Pflegeexperten/-innen. Die meisten Personalergebnisse wurden bereits mit SHURP 2013 erhoben, wie etwa die Arbeitszufriedenheit, Kündigungsabsicht, Überzeit und die Gesundheitsbeschwerden, so dass wie bei der Arbeitsumgebungsqualität in der Stichprobe der 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben, nicht nur der Vergleich zwischen den Personalkategorien, sondern auch ein Vergleich mit den früheren Resultaten möglich ist. Andere Themen, wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, das Nutzen der Freizeit für die Bewohner/-innen oder die Zufriedenheit mit dem Lohn wurden in SHURP 2018 neu erhoben.

3.5.1 Angebote fürs Personal

Als Erstes wurden die Pflegeinstitutionen gebeten anzugeben, welche Möglichkeiten sie den Mitarbeitenden bieten, um die Personalergebnisse zu verbessern. Dazu gehören z. B. Angebote, die eine berufliche Weiterentwicklung erlauben, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern, die Selbstverwaltungsmöglichkeiten des Personals erhöhen, Gesundheitsförderung beinhalten oder Wertschätzung vermitteln. Von allen 118 Betrieben bestätigt werden die Unterstützung bei Weiterbildungen (mit Zeit oder Finanzen) sowie die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit. Auch das Beziehen von unbezahltem Urlaub ist fast in allen Betrieben möglich (97.5%). Zudem bejahten 98.3% ein internes Weiterbildungsangebot. Die Möglichkeit sich weiterzubilden und die Arbeitszeit mitzugestalten führen zu weniger Burnout und erhöhen die Arbeitszufriedenheit. Weit weniger verbreitet sind familienfreundliche Angebote wie flexible Arbeitszeitmodelle (45.8%) oder Kindertagesstätten (11.0%). Dies wären wichtige Angebote für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die präventive Massnahme eines Zugangs zu Gesundheitsangeboten wurde von insgesamt 61.9% der Betriebe bejaht, wobei kleine Betriebe (44.4%) und Pflegeinstitutionen in der Westschweiz (45.0%) hier untervertreten sind.



3.5.2 Arbeitszufriedenheit

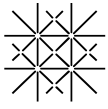
Arbeitszufriedenheit ist ein wichtiger Faktor, der einen Hinweis darauf gibt, wie die Mitarbeitenden ihre Gesamtsituation im Betrieb bewerten (143). Zufriedene Mitarbeitende wechseln weniger häufig die Stelle und leiden weniger an Burnout, so auch in der Langzeitpflege (144-146). In Pflegeinstitutionen mit zufriedenen Mitarbeitenden nimmt die Pflegequalität zu und das Befinden der Bewohner/-innen verbessert sich (144, 145, 147).

Zur Arbeitszufriedenheit stellten wir dem Pflege- und Betreuungspersonal, dem anderen Personal und den Pflegeexperten/-innen dieselben Fragen. Sie gaben an, wie zufrieden sie mit ihrer Arbeitsstelle sind und ob sie ihren Arbeitgeber weiterempfehlen würden. Im Weiteren beantworteten sie fünf Fragen zu Lohn und Arbeitszeiten. Die beiden Gruppen der Pflege- und Betreuungspersonen und Pflegeexperten/-innen beurteilten zudem ihre Zufriedenheit anhand der Möglichkeit, den Bewohnern/-innen die für sie notwendige Pflege zu bieten.

Insgesamt sind 83.9% des Pflege- und Betreuungspersonals, 87.7% aus den anderen Berufsgruppen und 87.9% der Pflegeexperten/-innen *sehr zufrieden* oder *eher zufrieden* mit ihrer Arbeitsstelle (wir rapportieren hier die Resultate über alle Betriebe für das Pflege- und Betreuungspersonal, da die Werte in der Gruppe der Pflegeinstitutionen mit Vollerhebung, die auch das andere Personal befragt hat, sehr ähnlich sind). 83.4% resp. 90.7% und 92.2% würden ihren Arbeitgeber einem Kollegen/einer Kollegin *sicher* oder *wahrscheinlich* weiterempfehlen (siehe Tabelle 40). Diese Empfehlungsbereitschaft liegt beim Pflege- und Betreuungspersonal etwas tiefer als im Jahr 2013 (in der Stichprobe der 47 Pflegeinstitutionen, die an beiden Erhebungen teilgenommen haben: 2013: 89.5% vs. 2018: 84.8%) (1). Es zeigen sich auch 2018 grosse Unterschiede zwischen den teilnehmenden Betrieben. Die Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals bewegt sich zwischen 37.5% und 100.0% pro Betrieb, die des anderen Personals zwischen 63.6% und 100.0%.

Weniger zufrieden ist das Pflege- und Betreuungspersonal mit dem Lohn (siehe Tabelle 40). Etwas mehr als die Hälfte ist *zufrieden* oder *sehr zufrieden* mit dem Lohn im Verhältnis zu dem, was sie benötigen (54.1%) und im Vergleich mit dem Lohn für analoge Funktionen in anderen Unternehmen (55.6%). Dabei ist die Zufriedenheit bei den Berufen der Sekundarstufe und beim Hilfspersonal tiefer als bei der Tertiärstufe (Tertiärstufe: 63.7%, Sekundarstufe II EFZ und Äquivalent: 50.8%, Assistenzpersonal EBA und Äquivalent: 48.2%, Hilfspersonal: 50.2%).

Mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden aus den anderen Berufsgruppen antworteten auf diese Fragen mit *zufrieden* und *sehr zufrieden* (Lohn im Verhältnis zum Benötigten: 70.3% bzw. Lohn im Vergleich zu anderen Unternehmen: 67.2%). Bei den Pflegeexperten/-innen ist ein hoher Anteil von 81.8% zufrieden mit ihrem Lohn, doch es zeigt sich eine geringere Zufriedenheit im Vergleich zum Lohn in anderen Unternehmen (64.4%). Es bleibt offen, mit welchen Betrieben sich die Antwortenden dabei verglichen haben, ob es um

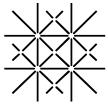


die stationäre Langzeitpflege oder andere Gesundheitsorganisationen wie Spitäler geht und inwiefern auch kantonsübergreifende Vergleiche eine Rolle spielen.

Mit den Arbeitszeiten und dem Dienstplan sind rund 80% des Pflege- und Betreuungspersonals, sowie mehr als 90% aus den anderen Berufsgruppen und der Pflegeexperten/-innen *zufrieden* oder *sehr zufrieden*. Drei Viertel des Pflege- und Betreuungspersonals (76.4%) sowie 83.5% der Pflegeexperten/-innen sind *zufrieden* oder *sehr zufrieden* mit ihren Möglichkeiten, den Bewohnern/-innen die für sie notwendige Pflege zu geben.

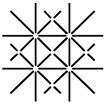
Die generell hohe Arbeitszufriedenheit der Befragten deckt sich mit Umfrageresultaten anderer Berufsgruppen aus der Schweiz (143). Im Vergleich dazu fällt die Unzufriedenheit mit der Lohnsituation umso mehr auf. Der Lohn ist Teil der Arbeitsbedingungen und beeinflusst die Arbeitszufriedenheit (144). Mit den übrigen Arbeitsbedingungen (d. h. den Arbeitszeiten und dem Dienstplan) sind die Befragten aus allen Berufsgruppen zufriedener als mit der Lohnsituation. Für die Arbeitszufriedenheit ist neben dem Lohn auch die Arbeitsumgebung ausschlaggebend.

Es wird insgesamt für Schweizer Erwerbstätige beschrieben, dass eine Arbeitsumgebung, die geprägt ist von Personenzentrierung, Unterstützung, Respekt, förderndem Führungsverhalten, Anerkennung, Fairness und Vertrauen, zur Arbeitszufriedenheit beiträgt (143). Auch die Forschung in der Langzeitpflege zeigt diesen Zusammenhang konsequent auf, so z. B. anhand der Daten aus der SHURP 2013-Studie (118). Hinzu kommt als zentrales Element für die Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals die Möglichkeit, eine gute Pflegequalität bieten zu können (144-148). Ist dies nicht mehr gegeben, steigt die Unzufriedenheit und Personalfuktuation. Die Gestaltung der Arbeitsumgebung und die gemeinsame Arbeit an einer guten Pflegequalität sind damit wichtige Ansatzpunkte für eine hohe Arbeitszufriedenheit.



	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)	Betriebe mit Pflegeexperten/-innen (n = 62)	
	Pflege-/ /Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)	Pflegeexperten/ -innen (n = 104)
	%	%	%	%
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeitsstelle (% <i>sehr zufrieden/eher zufrieden</i>)	83.9	83.7	87.7	87.9
Wenn Sie Ihre Arbeitssituation betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...				
(% <i>sehr zufrieden/zufrieden</i>)				
...Ihren Möglichkeiten, den Bewohnern/-innen die Pflege zu geben, die sie benötigen?	76.4	77.2	-	83.5
...Ihrem Lohn im Verhältnis zu dem, was Sie benötigen?	54.1	52.5	70.3	81.8
...Ihrem Lohn verglichen mit der Bezahlung anderer vergleichbarer Berufe?	44.8	45.2	64.2	49.1
...Ihrem Lohn verglichen mit der Bezahlung in anderen Organisationen?	55.6	55.1	67.2	64.4
...Ihren Arbeitszeiten?	78.3	78.8	92.5	91.3
...Ihrem Dienstplan?	80.5	80.6	91.1	92.3
Würden Sie Ihre Pflegeinstitution einem Kollegen/einer Kollegin weiterempfehlen? (% <i>wahrscheinlich ja/ja, sicher</i>):	83.4	84.1	90.7	92.2

Tabelle 40: Arbeitszufriedenheit und Empfehlung des eigenen Arbeitgebers – Alles Personal.

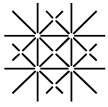


3.5.3 Kündigungsabsicht

Personalfluktuaton und Kündigungsabsicht sind multifaktorielle Probleme, auf die sowohl arbeitsbedingte und betriebliche als auch persönliche Faktoren einen Einfluss haben. Die stärksten Einflussfaktoren sind jedoch Arbeitsstress, Burnout und Arbeitsunzufriedenheit (149). Personalfluktuaton kann den Pflegeinstitutionen hohe Kosten verursachen, insbesondere mit der Finanzierung von temporärem Ersatz der Personalausfälle, aber auch durch die reduzierte Produktivität und Pflegequalität (150). Der Personalwechsel kann sich insbesondere auf Bewohner/-innen mit kognitiven Einschränkungen negativ auswirken, da mit dem Weggang des Personals auch Wissen über die Vorlieben und Werte der Bewohner/-innen verloren geht, vertraute Beziehungen abgebrochen werden und neue aufgebaut werden müssen (151-154). Die Kündigungsabsicht ist ein Vorläufer für das tatsächliche Verlassen des Betriebes, obwohl sie nicht immer dazu führen muss.

Insgesamt 17.4% des Pflege- und Betreuungspersonals stimmten *eher* oder *voll und ganz* zu, dass sie oft daran denken, ihre Stelle zu kündigen. 14.1% gaben an, im nächsten Jahr wahrscheinlich eine neue Stelle zu suchen, 7.8% waren zur Zeit der Befragung auf Arbeitssuche und 21.4% überlegen sich oft, in eine Tätigkeit ausserhalb der Pflege zu wechseln (siehe Tabelle 41). Bei den Teilnehmenden aus den anderen Berufsgruppen denken deutlich weniger daran, ihre Stelle zu kündigen (10.3%), planen deutlich weniger einen Stellenwechsel im nächsten Jahr (8.6%) und sind deutlich weniger aktuell auf Stellensuche (5.9%). Das Arbeitsgebiet ganz aufgeben, wollten im Vergleich nur 9.4% der anderen Berufsgruppen. Bei den Pflegeexperten/-innen lag das Denken an eine Kündigung etwa im selben Bereich wie beim anderen Personal (10.6%), während 16.4% oft daran denken, in eine Arbeit ausserhalb der Pflege zu wechseln. Auffällig ist hier, dass zum Zeitpunkt der Befragung keiner der Pflegeexperten/keine der Pflegeexpertinnen aus den teilnehmenden Betrieben in der Romandie an eine Kündigung dachte.

Den Arbeitsmarkt schätzt das Pflege- und Betreuungspersonal in eigener Sache positiver ein als die Teilnehmenden aus den anderen Berufsgruppen. Ein Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals gab an, dass es einfach ist für sie, eine neue Stelle zu finden, wobei mit 53.7% das Pflegefachpersonal deutlicher häufiger zustimmte als z. B. das Assistenzpersonal (19.3%). Bei den Pflegeexperten/-innen sind dies ähnlich wie beim Pflegefachpersonal mehr als die Hälfte (52.9%), was sich mit deren hoher Qualifikation erklären lässt. Bei den anderen Berufsgruppen stimmte dem nur ein Fünftel zu (19.9%).



	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)		Betriebe mit Pflegeexperten/-innen (n = 62)
	Pflege- /Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)	Pflegeexperten/ -innen (n = 104)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹
Ich denke oft daran, meine Stelle zu kündigen.	17.4	17.4	10.3	10.6
Ich werde nächstes Jahr wahrscheinlich eine neue Stelle suchen.	14.1	14.2	8.6	5.8
Ich suche zurzeit eine neue Stelle (in einer anderen Organisation).	7.8	8.4	5.9	4.8
Es ist einfach für mich, eine neue Stelle zu finden.	33.4	32.4	19.9	52.9
Ich denke oft daran, meine Arbeit im Pflegeheim/meine jetzige Arbeit ganz aufzugeben (z. B. um in eine andere Tätigkeit zu wechseln).	21.4	21.3	9.4	16.4

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll und ganz zu*.

Tabelle 41: Kündigungsabsicht – Alles Personal.

In der Stichprobe der 47 Pflegeinstitutionen, die an SHURP 2013 und SHURP 2018 teilgenommen haben, dachten 2013 noch weniger Pflege- und Betreuungspersonen daran, ihre Stelle zu kündigen (2013: 12.0% vs. 2018: 16.2%) oder in ein anderes Arbeitsgebiet zu wechseln (2013: 12.9% vs. 2018: 19.9%) (115), wie in Abbildung 33 ersichtlich ist.

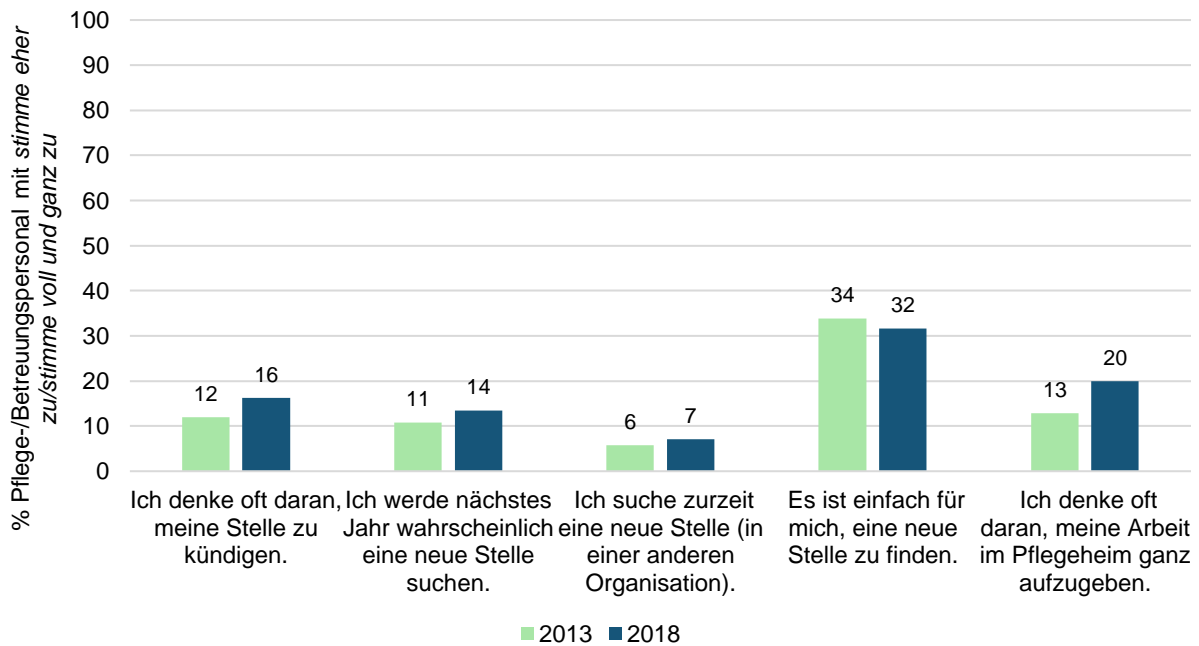
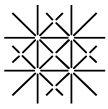


Abbildung 33: Kündigungsabsicht – Vergleich in Stichprobe 2013-2018.

Was könnte man Pflege- und Betreuungspersonen, die an eine Kündigung denken, bieten (155)? Diverse Studien zeigten, dass die Kündigungsabsicht von Pflege- und Betreuungspersonen mit hoher Arbeitsunzufriedenheit, hohen Burnout-Werten und einer hohen Arbeitslast einhergeht (117, 155-162). Wichtig für befriedigende Arbeitsbedingungen sind gute Beziehungen der Mitarbeitenden zu den Bewohnern/-innen, anderen Mitarbeitenden und Führungskräften (117, 156, 157, 159, 161, 162). In konstanten Pflegegruppen können Mitarbeitende Beziehungen aufbauen und einander durch Inter- und Supervision unterstützen (156-159, 161, 162). Jüngere sind auf diese Form der Unterstützung besonders angewiesen (156, 158). Das Personal möchte sich zudem beruflich entwickeln (117, 157, 159), und die Arbeit sollte zu den Lebensumständen passen (155, 157, 159, 161). Es lohnt sich für Führungskräfte, sich der Anliegen ihrer Angestellten bewusst zu sein und sie zu unterstützen. Zufriedenes Personal denkt weniger an eine Kündigung oder an den Wechsel in ein anderes Berufsfeld.

3.5.4 Vereinbarkeit Familie und Beruf

Die Frage nach dem Zusammenspiel von Arbeit und Familie wird seit den 1960er Jahren diskutiert. Immer mehr Frauen stiegen damals in die Arbeitswelt ein. Die Erwartung, als Hausfrau und Arbeitnehmerin je ein volles Pensum zu erfüllen, ist bis heute ein Konflikt. Der kulturelle Erwartungshorizont unserer Gesellschaft sieht Männer noch immer als die Hauptverdiener der Familie und damit in erster Linie der Arbeit verpflichtet (163, 164). Für Männer entsteht ein Konflikt, sobald sie sich zusätzlich zur Arbeit auch noch in der Familie engagieren möchten (165).

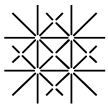


Wenn grundsätzlich in einem Betrieb die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützt wird – etwa durch eine Mitsprache bei der Arbeits- und Ferienplanung, die Förderung von Mitarbeitenden in Teilzeitpensen und eine familienfreundliche Haltung der Führungspersonen – erhöht das die Produktivität der Mitarbeitenden und ihr Engagement für die Arbeit. Zudem senkt es die Fluktuationsrate und die Anzahl Krankheitstage (165). Dies wurde auch spezifisch für das Pflege- und Betreuungspersonal in der stationären Langzeitpflege erforscht (166-168).

Zur Vereinbarkeit der Arbeit mit dem Privat- und Familienleben beantworteten die Teilnehmenden fünf Fragen (169). Vom Pflege- und Betreuungspersonal stimmten rund ein Viertel *eher* oder *voll* zu, dass die Anforderungen und der Zeitaufwand der Arbeit ihr Privatleben stören und das Erfüllen ihrer Familienpflichten erschweren (siehe Tabelle 42). Es zeigen sich keine Unterschiede bezüglich Geschlecht, jedoch bekunden Mitarbeitende, die über 80% arbeiten, eher Schwierigkeiten bei der Erfüllung ihrer familiären Pflichten. Bei den Teilnehmenden aus den anderen Berufsgruppen zeigt sich das gleiche Muster in tieferer Ausprägung: 10.9% von ihnen stimmten *eher* oder *voll* zu, dass die Anforderungen der Arbeit ihr Privat- und Familienleben stören, 17.3% müssen wegen der Arbeit Pläne für ihr Privat- oder Familienleben ändern. Dazwischen liegen die Pflegeexperten/-innen mit einer Zustimmung von 12.5% bis 29.8% bezüglich der Schwierigkeit, Arbeit und Familie zu vereinbaren.

Mehr als ein Drittel (39.4%) des befragten Pflege- und Betreuungspersonals müssen ihre Pläne ausserhalb der Arbeit wegen beruflicher Verpflichtungen ändern. Es lässt sich mutmassen, dass dies mit betrieblichen Anforderungen im Zusammenhang mit Dienstplanänderungen, Einspringen und Überzeit zu tun hat. Es würde sich lohnen herauszufinden, wie dieser Konflikt genau entsteht.

	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)		Betriebe mit Pflegeexperten/-innen (n = 62)
Vereinbarkeit von Arbeit mit Privat- und Familienleben	Pflege- /Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)	Pflegeexperten/ -innen (n = 104)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Ja	% Zustimmung¹
Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	23.6	24.2	10.9	18.2



	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung (n = 64)		Betriebe mit Pflegeexperten/-innen (n = 62)
Vereinbarkeit von Arbeit mit Privat- und Familienleben	Pflege- /Betreuungs- personal (n = 4'442)	Pflege-/ Betreuungs- personal (n = 2'484)	Anderes Personal (n = 1'378)	Pflegeexperten/ -innen (n = 104)
	% Zustimmung¹	% Zustimmung¹	% Ja	% Zustimmung¹
Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	25.8	26.8		12.1
Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.	23.6	23.9		12.4
Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	22.3	21.6		10.0
Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	39.4	38.6		17.3

¹ Prozentualer Anteil der Antworten unter *stimme eher zu* und *stimme voll zu*.

Tabelle 42: Vereinbarkeit Familie und Beruf – Alles Personal.

3.5.5 Überzeit – Freizeit

Wir befragten die Teilnehmenden zu der von ihnen geleisteten Überzeit mit der Frage: „Wie häufig kommt es vor, dass Sie auf einer Arbeitsschicht mehr als 30 Minuten Überzeit leisten?“ In der Literatur zeigt sich, dass ein gewisses Mass an geleisteter Überzeit zu vermehrten Verletzungen und Nadelstichverletzungen wie auch muskuloskelettalen Problemen führen kann (170).



Eine Mehrheit bejahte das Leisten von mehr als 30 Minuten Überzeit für seltener als *alle 5 bis 7 Arbeitstage* (siehe Tabelle 43). In der Pflege und Betreuung sind es 62.8%, in den anderen Berufsgruppen 65.2%, mit einer Streuung von 45.5% bei der Administration und 45.8% beim Therapiepersonal, bis hin zu 72.8% beim Hotelleriepersonal und 86.5% beim Reinigungspersonal, die selten Überzeit von mehr als 30 Minuten machen. Nur wenige stimmten dem für *fast jede Schicht* zu (in der Pflege und Betreuung: 4.4% mit einer Streubreite von 1.3% beim Assistenz- und Hilfspersonal bis zu 9.2% beim diplomierten Pflegefachpersonal, in den anderen Berufsgruppen: 5.1%). 2013 waren 3.1% aller Teilnehmenden in dieser Gruppe angesiedelt.

	Alle Betriebe (n = 118)	Betriebe mit Vollerhebung		
	Pflege- /Betreuungs- personal	Pflege-/ Betreuungs- personal	Anderes Personal	
	(n = 4'442)	(n = 2'484)	(n = 1'378)	
		%	%	%

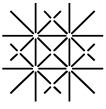
Wie häufig kommt es vor, dass Sie auf einer Arbeitsschicht mehr als 30 Minuten Überzeit leisten?

fast jede Schicht	4.4	4.3	5.1
ca. einmal alle 2-4 Arbeitstage	14.3	13.6	14.2
ca. einmal alle 5-7 Arbeitstage	18.4	17.2	15.5
seltener	62.8	64.8	65.2
Wie häufig kommt es vor, dass Sie in Ihrer Freizeit Arbeiten für die Bewohner/-innen verrichten? (% <i>manchmal/oft/immer</i>)	23.6	22.5	-

Tabelle 43: Überzeit und Freizeit – Alles Personal.

Wir fragten zusätzlich das Pflege- und Betreuungspersonal, wie häufig sie in der Freizeit Arbeiten für die Bewohner/-innen verrichten. Hier gaben 23.6% an, dass sie dies *immer, oft oder manchmal* tun.

Ob 1x/Woche Überzeit zu leisten viel ist, hängt von der Einschätzung der Teilnehmenden ab. Wenn jemand die Überzeit der Organisation zuschreibt oder dadurch in der Freizeitgestaltung gestört wird, fällt auch ein geringes Ausmass negativ ins Gewicht. Wenn jemand dadurch die Möglichkeit erlebt, sinnstiftende Tätigkeiten abzuschliessen, in Beziehung zu bleiben und z. B. Anerkennung und Teamzusammenhalt erlebt, ist die Gefahr von negativen Auswirkungen geringer. Doch die kleine Gruppe, die fast jeden Tag



länger arbeitet, braucht besondere Aufmerksamkeit. Hier stimmt das Arbeitsvolumen im Verhältnis zum Personal nicht. Eine hohe Arbeitslast geht, wie oben beschrieben, mit Arbeitsunzufriedenheit und Kündigungsabsicht einher.

Offen ist, wie die Pflege- und Betreuungspersonen einen Einsatz beurteilen, den sie in ihrer Freizeit für die Bewohner/-innen erbringen. Wenn sie diesen als sinnstiftend erleben, kann das zur Arbeitszufriedenheit beitragen. Dafür sprechen Resultate aus der Forschung zu Burnout (171, 172) und Resilienz (173). Wenn der Einsatz dagegen stört, wäre das ein weiterer negativer Faktor in der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben.

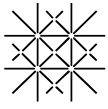
3.5.6 Langzeitabsenzen – Absentismus – Präsentismus

Betreffend das Thema des Krankseins von Mitarbeitenden bei der Arbeit werden hier drei Bereiche fokussiert: Langzeitabsenzen auf der Abteilung und deren Ersatz, der Absentismus von Mitarbeitenden, d. h. das Fernbleiben von der Arbeit wegen Krankheit, und der Präsentismus, d. h. das Arbeiten, obwohl man sich krank und nicht arbeitsfähig fühlt.

Langzeitabsenzen. Gemäss Angaben auf der Ebene der Abteilungen waren am ersten Tag des Erhebungsmonats durchschnittlich 1.3 Personen im Rahmen einer Langzeitabsenz von 8 oder mehr Tagen abwesend, sei es aufgrund von Krankheit oder Unfall. Mit 58.8% sind mehr als die Hälfte der Abteilungen von solchen Langzeitabsenzen betroffen. Dabei gaben nur 59.1% der betroffenen Abteilungen an, dass sie die Absenz durch interne Ressourcen ersetzen können (Poolmitarbeitende oder Mitarbeitende von anderen Abteilungen), 20.9% sind auf externe Ressourcen wie Temporärmitarbeitende angewiesen und 20.1% gaben an, dass sie die Absenz nicht ersetzen können. Diese Situation zeigt auf, wie stark die Pflegeinstitutionen bereits unter normalen Bedingungen an der Grenze sind bezüglich der internen Möglichkeiten, Ausfälle zu ersetzen – eine Situation, die sich mit der SARS-CoV-2-Pandemie deutlich verschärft haben dürfte.

Absentismus und Präsentismus. Die Teilnehmenden beantworteten zwei Fragen zu Absentismus und Präsentismus. Sie gaben an, wie oft sie im vergangenen Jahr wegen Krankheit bei der Arbeit fehlten (Absentismus) und wie oft sie zur Arbeit gingen, obwohl sie sich krank oder nicht arbeitsfähig fühlten (Präsentismus). Die fünfstufige Antwortskala wurde in drei Gruppen zusammengefasst: *Überhaupt keinen Tag*, *Höchstens 9 Tage* und *10 bis 100 und mehr Tage*. Das Pflege- und Betreuungspersonal hat im Absentismus und im Präsentismus höhere Werte als die Teilnehmenden aus den anderen Berufsgruppen.

Gut zwei Fünftel (41.7%) der Pflege- und Betreuungspersonen fehlten im vergangenen Jahr nie bei der Arbeit. Bei den Teilnehmenden aus den anderen Berufsgruppen fehlten über die Hälfte (53.4%) nie. Aus der Literatur wissen wir, dass Mitarbeitende im Gesundheitswesen tatsächlich krank sind, wenn sie sich krank melden (174, 175). Es zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied bezüglich der Tätigkeitsbereiche:



während z. B. 61.4% des Küchenpersonals keine Krankheitstage rapportierte, war dies nur bei 16.7% des Therapiepersonals und 36.5% des Aktivierungspersonals der Fall. Weitere Angaben finden sich in Abbildung 34.

Präsentismus verneinte ein Drittel (31.9%) des Pflege- und Betreuungspersonals, während dies bei zwei Fünftel (41.3%) der Teilnehmenden aus den anderen Berufsgruppen der Fall ist. Die Streubreite für keinen Präsentismus bewegt sich von 31.1% beim Aktivierungspersonal zu 48.5% bei der Administration, resp. 47.3% beim Reinigungspersonal.

Zwei Drittel der Mitarbeitenden in SHURP 2018 gingen sogar wiederholt krank arbeiten, anstatt zu Hause zu bleiben. In der Vergangenheit wurde das positiv bewertet (176). Unterdessen weiss man, dass sich sowohl Absentismus als auch Präsentismus negativ auswirken. Wenn Mitarbeitende bei der Arbeit fehlen, steigt die Arbeitslast für das Team und dadurch sinkt die Arbeitsqualität (174, 176, 177). Wenn Mitarbeitende jedoch krank arbeiten, erbringen sie nicht die volle Leistung, belasten die anderen Mitarbeitenden, und die Arbeitsqualität nimmt dadurch ebenfalls ab (174, 176, 178). Zusätzlich kann Präsentismus die Genesung der Erkrankten verzögern (176) und je nach Erkrankung oder reduzierter Arbeitsfähigkeit auch das Risiko für unerwünschte Ereignisse bei den Bewohnern/-innen erhöhen.

Absentismus und Präsentismus nehmen ab, wenn die Mitarbeitenden die Arbeitsanforderungen als angemessen einschätzen (176, 179) und sie von vorhandenen Ressourcen im Team und der Institution ausgehen (176, 180). Wenn sich Mitarbeitende weiterbilden können, nimmt der Präsentismus ab (179, 180). Werden Vorgesetzte als Führungspersonen positiv wahrgenommen, fördert das die Abnahme von Präsentismus zusätzlich (180). Die Vereinbarkeit von Arbeit und Privat- und Familienleben wiederum lässt Absenzen sinken, ebenso präventive Angebote wie die Grippeimpfung (176). Absentismus nimmt auch ab, aber Präsentismus zu, wenn die Beziehungen der Mitarbeitenden untereinander und mit den Bewohnern/-innen gut sind (174, 179, 181). Hier könnte ins Spiel kommen, dass Mitarbeitende ihre Kollegen/-innen und die Bewohner/-innen nicht im Stich lassen möchten, wenn die Arbeitslast hoch ist und Hände fehlen. Vorgesetzten wird darum empfohlen, mit fixen Pflege- und Bewohner/-innengruppen konstante Beziehungen zu ermöglichen und gleichzeitig Personalpuffer für Krankheitsausfälle einzuplanen (176).

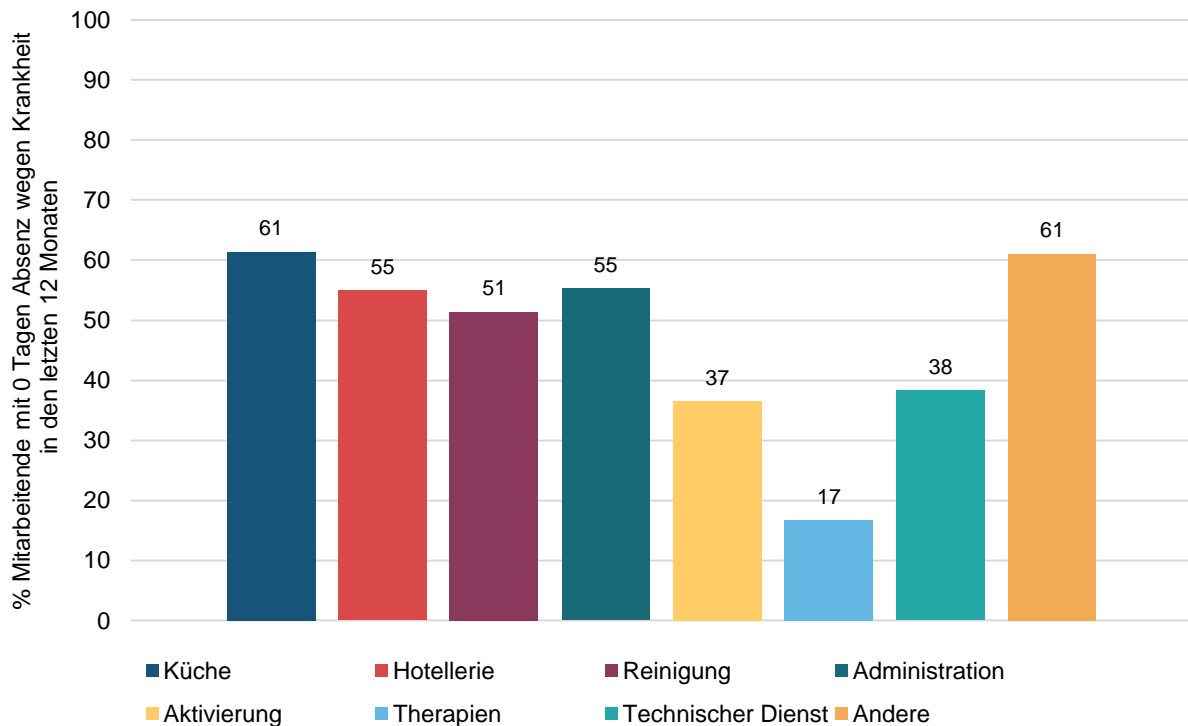
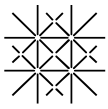


Abbildung 34: Keine Abwesenheitstage wegen Krankheit – anderes Personal.

3.5.7 Gesundheitsbeschwerden – Erschöpfung

Aufgrund von Multimorbidität und funktionalen sowie kognitiven Einschränkungen haben ältere Menschen in Pflegeinstitutionen einen hohen Pflege- und Betreuungsbedarf. Dementsprechend hoch ist die körperliche und psychische Belastung des Pflege- und Betreuungspersonals. So zeigt sich bei ihnen z. B. eine Häufung von Gesundheitsbeschwerden wie Rücken-, Schulter- und Nackenbeschwerden und anderen muskuloskelettalen Beschwerden (182). Hinzu kommt das Risiko für weitere Gesundheitsprobleme wie Erschöpfung und Burnout (183).

In den Fragebogen wurden typische Beschwerdegruppen analog zu den Fragen in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 und 2007 erhoben (184). Auf einer dreistufigen Antwortskala gaben die Teilnehmenden an, wie oft sie in den letzten 4 Wochen an 4 spezifischen Beschwerden litten. Die Antworten wurden in zwei Kategorien übersetzt, wovon *Überhaupt nicht* die eine ist. Die andere umfasst die Antworten *Ein bisschen* und *Stark*. Die Teilnehmenden schätzten zusätzlich in vorgegebenen Prozentsätzen, wie stark die Beschwerden mit ihrer Arbeit zusammenhängen. Die Antwortauswahl reichte von 0% bis 100% (in Abständen von 20%). Die Antworten wurden wiederum in zwei Kategorien zusammengefasst. Die Antworten zu 0% und 20% wurden mit denjenigen von allen übrigen (40%, 60%, 80% und 100%) verglichen. Für das Thema Burnout wurden zwei Fragen aus dem Maslach Burnout Inventory gestellt (185). Eine Frage fokussierte die Erschöpfung, während die andere die Depersonalisation betraf, also den Mangel an



persönlichen oder gefühlsmässigen Reaktionen des Personals gegenüber den Bewohnern/-innen. Gesundheitsbeschwerden, Erschöpfung und Depersonalisation wurden beim Pflege- und Betreuungspersonal und dem anderen Personal erhoben, die letzten beiden Themen zusätzlich auch bei den Pflegeexperten/-innen. Für keines der Items lassen sich bedeutsame Unterschiede bezüglich Sprachregion oder Betriebsgrösse identifizieren.

Gesundheitsbeschwerden. Mehr Teilnehmende aus der Pflege und Betreuung als aus den anderen Berufsgruppen bejahten Beschwerden. Bei beiden Gruppen stehen allgemeine Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit an erster Stelle (76.2% resp. 62.3%), gefolgt von Rücken- oder Kreuzschmerzen (73.2% resp. 57.1%), Gelenk- und Gliederschmerzen (59.5% resp. 53.3%) und Einschlaf- oder Durchschlafstörungen (57.7% resp. 45.2%) (die Resultate des Pflege- und Betreuungspersonal in den Betrieben mit Vollerhebung sind sehr ähnlich wie die hier rapportierten). Einen direkten Zusammenhang der Beschwerden mit ihrer Arbeit (zu 40% und mehr) sehen 73.0% der Pflege- und Betreuungspersonen, mehr als ein Drittel (36.4%) sogar zu 80% und höher. In den anderen Berufsgruppen rapportierten 55.5% einen Zusammenhang von 40% und mehr, und 22.6% einen Zusammenhang von 80% und höher. Im Vergleich mit den Antworten von 2013 beim Pflege- und Betreuungspersonal sind sowohl die Beschwerden der Teilnehmenden wie auch der von ihnen wahrgenommene Zusammenhang zwischen den Beschwerden und der Arbeit angestiegen (siehe Abbildung 35).

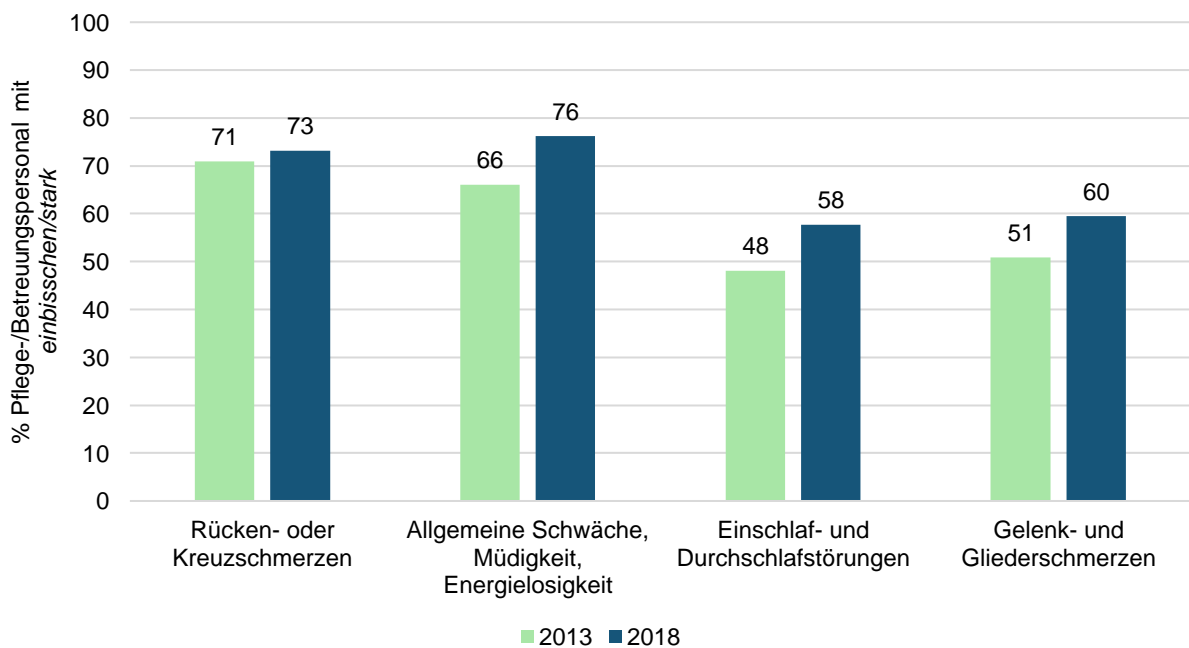
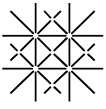


Abbildung 35: Gesundheitsbeschwerden – Vergleich in Stichprobe 2013-2018



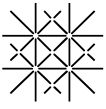
Mehrere Studienresultate bestätigen den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Gesundheitsbeschwerden und Erschöpfung von Mitarbeitenden in der Langzeitpflege. Folgende Bedingungen wirken sich günstig auf die Gesundheit des Gesundheitspersonals aus: die Einschätzung, dass sich die Arbeit auf genügend Mitarbeitende verteilt, die damit verbundene gute Arbeitsqualität, Unterstützung in anspruchsvollen Arbeitssituationen und Vorgesetzte, die von den Mitarbeitenden positiv erlebt werden. Mit der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden steigt deren Leistungsfähigkeit und die Beschwerden nehmen ab (178, 183, 186).

Die Langzeitpflege ist körperlich und geistig anstrengend (178, 183, 186). Umso wichtiger ist es, gesundheitsfördernde Massnahmen umzusetzen und das Befinden der Mitarbeitenden permanent einzuschätzen. Das gilt gleichermassen für die Mitarbeitenden aus den anderen Berufsgruppen. Die Gesundheitsförderung Schweiz stellt hier Instrumente zur Verfügung, um das betriebliche Gesundheitsmanagement zu unterstützen, z. B. mit der Friendly Work Space (FWS) Job-Stress-Analysis (187).

3.6 Abteilungsleiter/-innen

3.6.1 Beschreibung Abteilungsleitungen

Auf Abteilungsebene sind insgesamt 385 Fragebogen von Leitungspersonen (Abteilungs- oder Gruppenleitung) eingegangen. Dabei liegt der Anteil weiblicher Führungspersonen bei 81.4%, die männlichen Kollegen machen 18.6% der Teilnehmenden aus. In der Deutschschweiz sind Männer in Führungspositionen deutlich stärker vertreten als in den Pflegeinstitutionen in der Romandie (D: 20.2% vs. F: 8.9%). Für Betriebsgrösse und Rechtsform sind keine solchen Unterschiede zu beobachten. Führungspositionen werden vorwiegend von arbeitserfahrenen (durchschnittlich >20 Berufsjahre in der Pflege) Personen mittleren Alters gehalten. Namentlich ist die Hälfte (49.5%) aller Teilnehmenden zwischen 46 und 60 Jahre alt (46-50 Jahre: 15.4% vs. 51-55 Jahre: 19.5% vs. 56-60 Jahre: 14.6%). In der Deutschschweiz ist der Anteil Führungspersonen stärker an das mittlere Alter gebunden als in der Romandie. Die französischsprachigen Institutionen zeigen einen wesentlichen Anteil von Personen zwischen 26 und 30 Jahren (15.8%) sowie 31 und 35 Jahren (12.3%) in Führungspositionen. Berufsanfänger/-innen sowie Personen nahe am Pensionsalter machen den kleinsten Teil der Führungspersonen aus (21-25 Jahre: 2.3% vs. >60 Jahre: 5.2%). Diese Tendenz ist insbesondere bei kleinen Betrieben zu beobachten (21-25 Jahre: 0.0% vs. >60 Jahre: 0.0%). Im Durchschnitt sind die Abteilungsleitungen für 20 Mitarbeitende und 27 Bewohner/-innen zuständig. Hier zeigen sich keine grossen Unterschiede bezüglich Betriebsgrösse, Rechtsform oder Sprachregion.



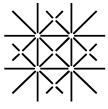
3.6.2 Ausbildung

In Bezug auf den Bildungsstand zeigt sich insofern ein homogenes Bild, als dass die grosse Mehrheit (90.9%) der Abteilungsleitungen entweder einen Hochschulabschluss (FH oder Universität) oder einen Abschluss an einer Höheren Fachschule (HF) vorzuweisen hat. In diesem Zusammenhang gilt es, die grossen Differenzen zwischen den beiden Sprachregionen zu relativieren (Hochschulabschluss D: 13.8% vs. F: 70.2% und Höhere Fachschule D: 78.0% vs. F: 15.8%), die lediglich das Abbild unterschiedlicher Ausbildungswege bzgl. verantwortlicher Ausbildungsstätten je Sprachregion sind. Zusätzlich zu ihrer Ausbildung in der Pflege haben insgesamt 47.1% der Befragten eine Fachausbildung (z. B. Palliative Care, Geriatrie) absolviert. Weiter haben 68.0% angegeben, auch über eine Ausbildung im Bereich Management zu verfügen. Dabei ist festzustellen, dass die Managementausbildung in kleinen Betrieben (53.8%) sowie in Pflegeinstitutionen der Romandie (D: 70.2% vs. F: 55.4%) am wenigsten verbreitet ist. Betreffend Wunsch nach Unterstützung resp. Weiterbildungen gaben die Abteilungsleitungen an, dass im organisatorischen Bereich (37.1%), interpersonellen Bereich (25.2%) und klinischen Bereich (21.8%) noch Entwicklungspotenzial für sie liegt.

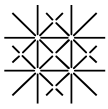
3.6.3 Verantwortlichkeiten

Im Rahmen ihrer Leitungsfunktion verweisen die teilnehmenden Personen auf eine Vielzahl an Verantwortlichkeiten, wobei in der gestellten Frage zwischen Hauptverantwortung und Mitverantwortung differenziert wurde. Festzustellen ist, dass Aufgaben im Bereich der Strategie und des Budgets nur selten in der Hauptverantwortung der Abteilungsleitungen liegen (siehe Tabelle 45). Vielmehr sind sie für diese entweder mitverantwortlich (Strategie: 53.5% und Budget: 31.6%) oder haben keinen Einfluss in den entsprechenden Prozessen (Strategie: 37.4% und Budget: 50.1%). Ansonsten scheinen die Verantwortlichkeiten erwartungsgemäss verteilt, wobei in Bezug auf die Landesregionen Unterschiede auszumachen sind. In der Deutschschweiz gehen das Managen des Personals im Tagesgeschäft (87.6%) sowie das Aufbereiten der Arbeitspläne (86.6%) als klare Hauptverantwortungen hervor, während diese Aufgaben in der Romandie nur teilweise als Hauptverantwortung (57.1% bzw. 45.5%), und oft auch als geteilt verantwortet angegeben wurden.

Dasselbe gilt für das Angehen und Lösen von Konfliktsituationen im Team. 85.5% der Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz bzw. 51.8% in der Romandie haben dies als Hauptverantwortung vermerkt. Auch in der Verantwortung für das Abschliessen bzw. Überprüfen der Bedarfserfassungen (z. B. BESA oder RAI-NH) ist ein sprachregionaler Unterschied festzustellen. Dabei fällt auf, dass in der Deutschschweiz 2.8% der teilnehmenden Leitungspersonen dafür keine Verantwortung tragen, während dies in der Romandie auf ganze 39.3% der Befragten zutrifft. Mehr noch, in der Deutschschweiz geht diese Arbeit mehrheitlich (69.0%) als Hauptverantwortung hervor.



Hauptverantwortung	Anzahl gültiges n	Alle	Deutsch- Schweiz	Romandie	
		(n = 385)	(n = 328)	(n = 57)	
	n	% Ja	% Ja	% Ja	% Ja
Strategische Entscheidungen für die Pflegeinstitution treffen	374	9.1	10.0	3.7	
Durchführen von Projekten im Zusammenhang mit der Entwicklung der Pflegeinstitution oder zur Unterstützung der Qualitätsverbesserung	377	9.0	9.0	8.9	
Garantieren der Pflege- und Betreuungsqualität	377	50.7	48.3	64.3	
Abteilungsziele formulieren und den Erfolg der Umsetzung überprüfen	379	71.0	74.0	53.6	
Einfordern von Hygiene- und Qualitätsstandards	378	45.5	43.2	58.9	
Entwickeln oder Aktualisieren von Richtlinien oder Prozessen der Pflege basierend auf wissenschaftlicher Literatur	377	11.4	10.0	19.6	
Verwalten des gesamten oder Teile des Abteilungsbudgets	377	18.0	20.2	5.4	
Planen der Arbeitspläne des Teams	377	80.6	86.6	45.5	
Managen des Personals im Tagesgeschäft (z. B. Ersatz organisieren, wenn jemand krank ist)	379	83.1	87.6	57.1	
Rekrutieren von neuem Personal (z. B. Durchführen von Vorstellungsgesprächen)	379	19.8	20.4	16.1	
Einführung von neuen Mitarbeitenden in die Arbeit und Aufgaben	380	69.7	72.8	51.8	

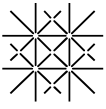


Hauptverantwortung	Anzahl gültiges n	Alle	Deutsch- Schweiz	Romandie	
		(n = 385)	(n = 328)	(n = 57)	
		n	% Ja	% Ja	% Ja
Mitarbeitende anleiten, begleiten, motivieren und evaluieren (inkl. Mitarbeitergespräche führen)	380	380	82.6	85.8	64.3
Die interprofessionelle Zusammenarbeit organisieren und fördern	377	377	48.5	50.8	35.7
Konfliktsituationen im Team angehen und lösen	380	380	80.5	85.5	51.8
Ansprechperson sein für klinische Fragen bezüglich der Bewohner/- innen (z. B. für den Arzt/die Ärztin oder das Pflegepersonal)	380	380	64.2	66.0	53.6
Ansprechperson sein für Familien/vertretungsberechtigte Personen in schwierigen Situationen	380	380	68.9	69.4	66.1
Pflegen von Bewohner/-innen in komplexen klinischen Situationen	380	380	59.5	61.4	48.2
Überprüfen der Pflegepläne der Bewohner/-innen	379	379	64.6	66.0	56.4
Durchführen von direkter Pflege	379	379	56.5	57.4	50.9
Abschliessen/Überprüfen der Bedarfserfassungen (z. B. mit BESA oder RAI-NH)	379	379	63.6	69.0	32.1

Tabelle 45: Verantwortlichkeiten der Abteilungsleitungen nach Sprachregion.

3.7 Pflegeexperten/-innen

Im Rahmen dieser Studie wird unter einem Pflegeexperten/einer Pflegeexpertin eine Pflegefachperson verstanden, die über Fachexpertise im Bereich der Pflege älterer Menschen in Pflegeinstitutionen verfügt (z. B. aufgrund einer Ausbildung mit CAS, DAS, MAS oder MScN). Darüber hinaus tragen Pflegeexperten/-innen in Zusammenarbeit mit der Leitung Pflege die Verantwortung für die Praxisentwicklung, die



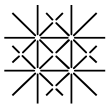
Unterstützung der interprofessionellen Zusammenarbeit oder die Begleitung und das Coaching von Mitarbeitenden (allgemein oder für ein spezifisches Fachgebiet wie Palliative Care oder Demenzpflege). Wir schränken die Rolle nicht auf eine spezifische Aus- oder Weiterbildung ein, sondern erfassen Pflegefachpersonen mit verschiedenen Bildungshintergründen, die in ihrem Betrieb zu mindestens 20% eine erweiterte Rolle übernehmen. Das Aufgabenfeld der Pflegeexperten/-innen ist breit gefächert. Für diese Studie wurden die Fragen zu den Tätigkeiten an das Modell der APN von Hamric et al. (188) angelehnt. Obwohl sich die APN-Kernkompetenzen grundsätzlich auf Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss in Pflege beziehen, decken sie Bereiche ab, die auch von anderen Pflegefachpersonen in erweiterten Rollen übernommen werden.

Wir befragten die Pflegeexperten/-innen zu Arbeitsumfang und Arbeitszeiten, soziodemografischen Gegebenheiten, ihrer Rolle, der (interprofessionellen) Zusammenarbeit, ihrem Mitwirken in der Qualitätsverbesserung und den nationalen Qualitätsindikatoren, ihrer Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. Zusätzlich befragten wir den oberen Kader im Betriebsfragebogen allgemein zu den Pflegeexperten/-innen. Diese Angaben werden hier als Erstes rapportiert.

3.7.1 Allgemeine Angaben des oberen Kadern zu den Pflegeexperten/-innen

Anzahl Pflegeexperten/-innen pro Betrieb und Schwerpunkte. Gemäss Angaben im Betriebsfragebogen beschäftigen 72.2% der Betriebe mindestens eine Pflegeexpertin/einen Pflegeexperten. Der Mittelwert beträgt 1.4 (± 1.5) Pflegeexperten/-innen, mit durchschnittlich weniger Stellen in der Deutschschweiz als in der Romandie. Gemäss Angaben der Betriebe sind viele dieser Personen in einer klinischen Rolle tätig (insgesamt 81.1%; D: 77.8% vs. F: 94.4%). Ihre Schwerpunkte liegen dabei hauptsächlich in der Demenzpflege (82.4%), Palliative Care (79.5%) und der Geriatrie (71.9%). Ebenfalls involviert sind sie in der Bildung (64.4%) sowie im Bereich Führung (48.9%). Rund ein Drittel wirkt auch im Bereich Forschung und Innovation mit, eine Funktion, der in der Deutschschweiz stärker nachgegangen wird als in der Romandie (insgesamt 34.4%; D: 37.5% vs. F: 22.2%).

Aus- und Weiterbildungsstand. Im Betriebsfragebogen erfragten wir den höchsten Aus- oder Weiterbildungsabschluss der vor Ort tätigen Pflegeexperten/-innen. Tendenziell verfügen Betriebe in der Deutschschweiz eher über mindestens einen Pflegeexperten/eine Pflegeexpertin mit Aus- und Weiterbildung auf der Masterstufe, beispielsweise einen Master of Science in Nursing (MScN) (D: 31.8% vs. F: 5.9%) oder einen Master of Advanced Studies (D: 46.6% vs. F: 22.2%). Betriebe in der Romandie haben eher Pflegeexperten/-innen mit Bachelor of Science in Nursing (BscN) (D: 31.8% vs. F: 47.1%) sowie CAS (D: 31.0% vs. F: 66.7%) und DAS (D: 5.2% vs. F: 38.9%) vorzuweisen.

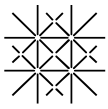


Befragte Pflegeexperten/-innen. Das Ziel der Befragung der Pflegeexperten/-innen war, deren Rollengestaltung und Beitrag zur Pflegequalität beschreiben zu können. Einschlusskriterien für die Befragung waren, dass die Pflegeexperten/-innen seit mindestens 1 Monat für mindestens 20% in dieser Funktion in Ihrer Pflegeinstitution arbeiteten. Insgesamt beantworteten 104 Pflegeexperten/-innen den Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 89.7% entspricht. Die Antwortenden sind mehrheitlich weiblich (90.2%). Die meisten sind zwischen 46 und 55 Jahre alt (34.0%), gefolgt von den 26- bis 35-Jährigen (23.3%) und den über 56-Jährigen (22.4%). Damit wird diese Arbeit mehrheitlich mit einer gewissen Lebens- und Berufserfahrung ausgeübt. Die Pflegeexperten/-innen arbeiteten durchschnittlich 6.8 Jahre in der Langzeitpflege, bevor sie diese Funktion übernahmen und arbeiten seither durchschnittlich 5.8 Jahren darin, wovon sie seit 4.1 Jahren in der jetzigen Pflegeinstitution tätig sind (siehe Tabelle 46).

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 104)	Deutsch- schweiz (n = 77)	Romandie (n = 27)
Geschlecht: weiblich (%)	102	90.2	89.3	92.6
Altersgruppe (%)	103			
<21- bis 25-jährig		0.0	0.0	0.0
26- bis 35-jährig		23.3	22.4	25.9
36- bis 45-jährig		20.4	19.8	22.2
46- bis 55-jährig		34.0	38.2	22.2
56-jährig und älter		22.4	19.7	29.6
Berufserfahrung (MW Jahre)				
Als diplomierte Pflegefachperson in der Langzeitpflege	102	6.8	6.8	6.4
Als Pflegeexperte/-in insgesamt	104	5.8	4.6	8.2
Als Pflegeexperte/-in in der Langzeitpflege	104	4.9	4.1	6.6
Als Pflegeexperte/-in in der derzeitigen Pflegeinstitution	104	4.1	3.4	5.5

Tabelle 46: Charakteristika der befragten Pflegeexperten/-innen nach Sprachregion.

Aus- und Weiterbildungen. Was die Ausbildungen angeht, weisen knapp die Hälfte (48%) einen HF-Abschluss auf, weitere 35% einen BScN und 17% einen MScN (siehe Tabelle 47 und Abbildung 36). Darüber hinaus besitzen 49.4% ein CAS, 8.2% ein DAS und 23.5% einen MAS. Es wird damit die Breite



der Bildungswege deutlich, die zu der Rolle der Pflegeexperten/-innen führen. Die fachlichen Schwerpunkte der CAS liegen hauptsächlich in den Bereichen Palliative Care (17.9%), Gerontopsychiatrie und Psychogeriatric (17.9%) sowie Berufsbildung (10.7%). Die DAS-Abschlüsse sind primär in Gerontopsychiatrie und Psychogeriatric. Bei den insgesamt 20 MAS-Abschlüsse liegt der Schwerpunkt in der Gerontologie (55.6%), mit deutlich weniger Pflegeexperten/-innen, die ihren MAS im Bereich Palliative Care (16.7%) oder Geriatric (5.6%) absolviert haben. Zudem gaben 88.9% an, eine HöFa1-Weiterbildung absolviert zu haben und 11.1% eine HöFa2, wobei diese beiden Weiterbildungen ausschliesslich in der Deutschschweiz angeboten werden.

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 104)	Deutsch- schweiz (n = 77)	Romandie (n = 27)	
			% Ja	% Ja	% Ja
Wer ist die Ihnen direkt vorgesetzte Person?					
Heimleitung	104	29.8	24.7	44.4	
Leitung Pflege	104	68.3	68.8	66.7	
Arzt/Ärztin	104	2.9	2.6	3.7	
Andere	104	26.9	28.6	22.2	
Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?					
Pflegediplom HF	100	48.0	48.6	46.2	
Pflegediplom FH/Bachelor of Science in Nursing	100	35.0	31.1	46.2	
Master of Science in Nursing	100	17.0	20.3	7.7	
Haben Sie einen Abschluss in einer der folgenden Weiterbildungen?					
Certificate of Advanced Studies	85	49.4	36.1	83.3	
Diploma of Advanced Studies	85	8.2	6.6	12.5	
Master of Advanced Studies	85	23.5	32.8	0.0	

Tabelle 47: Vorgesetzte, Aus- und Weiterbildung der Pflegeexperten/-innen nach Sprachregion.

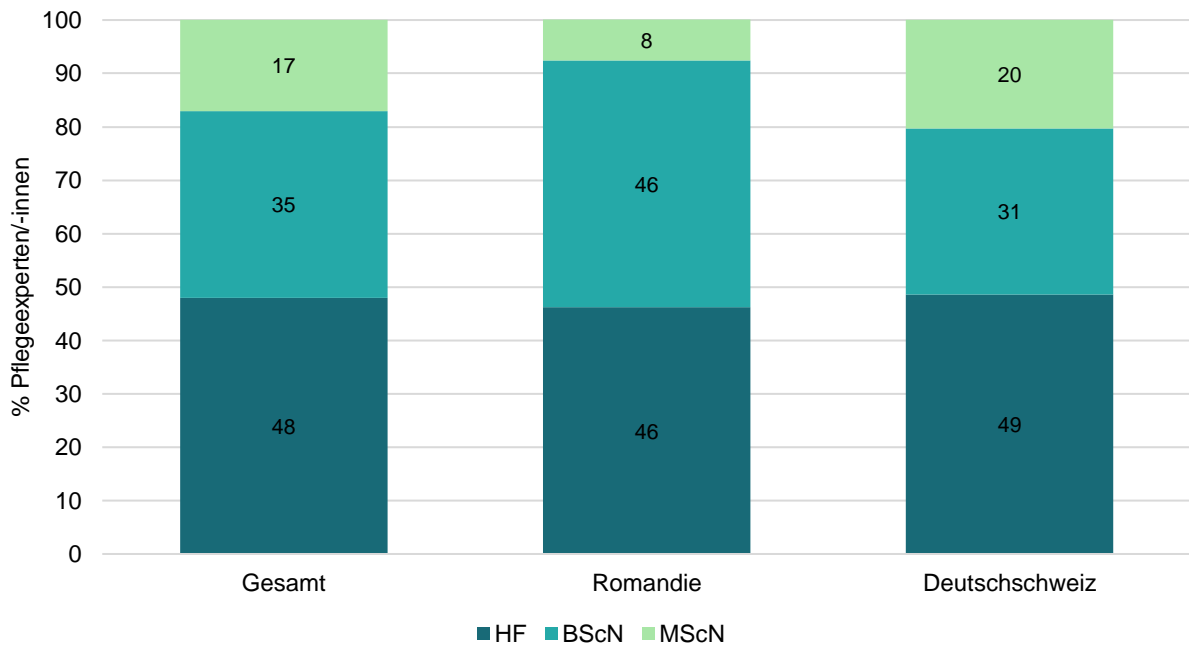


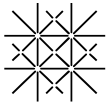
Abbildung 36: Höchster Ausbildungsabschluss Pflegeexperten/-innen.

3.7.2 Beschäftigung und Arbeitszeiten

Von den Befragten arbeiten 83.8% in 1 Pflegeinstitution, 11.1% in 2 und 5.1% in 3 Pflegeinstitutionen, wobei wir explizit nach verschiedenen Organisationen und nicht nur nach verschiedenen Standorten derselben Pflegeinstitution gefragt haben. Sie arbeiten durchschnittlich 65.8% Stellenprozente (± 25.6) als Pflegeexperten/-innen. 38.5% arbeiten gleichzeitig in einer anderen Rolle, mit der sie ihre Rolle als Pflegeexperte/-in zu durchschnittlich 33.1% Stellenprozente (± 26.0) ergänzen. Die Pflegeexperten/-innen sind durchschnittlich für 4.1 (± 3.2) Abteilungen und 83.6 (± 57.2) Bewohner/-innen verantwortlich über alle Betriebe, in denen sie arbeiten. Sie haben durchschnittlich mit 14.7 (± 13.3) Bewohnern/-innen täglich direkten Kontakt, was 11.8% der gesamten Bewohnerschaft ausmacht, für die sie verantwortlich sind. Die direkte Vorgesetzte ist bei 68.3% die Leitung Pflege, gefolgt von der Heimleitung bei 29.8% and anderen bei 26.9%. Nur 2.9% sind direkt einem Arzt/einer Ärztin unterstellt.

3.7.3 Rollen und Kompetenzen

Insgesamt sehen sich drei Viertel der Pflegeexperten/-innen als *Erfahrene* oder *Experten/-innen* in ihrer Rolle (siehe Tabelle 48). Niemand bezeichnete sich als *Neuling* gemäss dem Kompetenzstufen-Modell von Benner (189). Unter *Experten/-innen* werden dabei Personen verstanden, die Situationen intuitiv erfassen, direkt zum Kern des Problems vorstossen, auf Basis eines umfassenden Verständnisses der Gesamtsituation handeln können, eine hohe Sicherheit im Wahrnehmen von Nuancen und einen Blick fürs

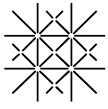


Machbare haben. Die hohe Anzahl an *Erfahrenen* und *Experten/-innen* widerspiegelt sich in der Einschätzung der Befragten, dass sie sich zu 82.2% sicher fühlen in ihrer Rolle (auf einer Skala von 0 = *sehr unsicher* bis 100 = *sehr sicher*).

Die Pflegeexperten/-innen haben mehrheitlich klinische, Führungs- oder Bildungsrollen. Nur 38.2% gaben auch eine Rolle in der Forschung an. In der Deutschschweiz haben 10.5% der Pflegeexperten/-innen keine klinische Rolle (*selten* oder *nie*), während in der Romandie alle Pflegeexperten/-innen auch eine klinische Rolle innehaben. Dabei fällt auf, dass es insbesondere Deutschschweizer Pflegeexperten/-innen mit einem BScN sind, welche die klinische Rolle *selten* oder *nie* ausüben.

Gesamthaft gaben 11.8% an, *oft* oder *sehr oft* ausserhalb ihres Kompetenzbereichs zu arbeiten, wobei dies bei einem Drittel der Pflegeexperten/-innen in der Romandie der Fall ist. Insgesamt 79.2% der Pflegeexperten/-innen sind in ihrer Institution für einen klinischen Schwerpunkt zuständig. Die drei häufigsten genannten Schwerpunkte sind Demenz (55.8%), Palliative Care (44.2%) und Angehörige (32.7%).

	Anzahl gültiges n	Alle (n = 104)	Deutsch- schweiz (n = 77)	Romandie (n = 27)
	n	%	%	%
Wie bewerten Sie Ihre eigene Expertise als Pflegeexperte/-in?	101			
Neuling		0	0	0
Fortgeschrittene/-r Anfänger/-in		5.0	2.7	11.5
Kompetente/-r		19.8	22.7	11.5
Erfahrene/-r		35.6	33.3	42.3
Experte/-in		39.6	41.3	34.6
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Rolle als Pflegeexperte/-in? (MW auf einer Skala von 0 bis 100)	102	82.2	83.3	78.9
Wie oft nehmen Sie im Alltag folgende Rollen ein? (% oft/sehr oft)				
Klinische Rolle	103	70.8	64.5	88.9
Führungsrolle	104	65.4	61.1	77.8



	Anzahl gültiges n	Alle (n = 104)	Deutsch- schweiz (n = 77)	Romandie (n = 27)	
	n	%	%	%	%
Bildungsrolle	104	73.1	68.9	85.1	
Forschungs-/Innovatorenrolle	102	38.2	34.6	48.1	
Wie oft werden Sie von anderen Pflegerinnen für eine klinische Einschätzung konsultiert? (% oft/sehr oft)	103	69.9	67.1	77.7	
Sind Sie in Ihrer Institution für bestimmte klinische Schwerpunkte zuständig? (% Ja)	101	79.2	78.4	81.5	
Wie oft arbeiten Sie ausserhalb Ihres Kompetenzbereiches? (% oft/sehr oft)	102	11.8	5.2	30.8	

Tabelle 48: Rollen und Kompetenzen der Pflegeexperten/-innen nach Sprachregion.

3.7.4 Zusammenarbeit

Über verschiedene Berufsgruppen gesehen, erleben die Pflegeexperten/-innen die Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen und Fachpersonen in Pflege oder Betreuung mit EFZ am besten (100%, resp. 97.2% beurteilen sie als *eher gut* oder *sehr gut*) (siehe Tabelle 36). Ebenfalls ein hoher Anteil von 97.1% der Pflegeexperten/-innen bezeichnet die Zusammenarbeit mit der Leitung Pflege als insgesamt gut, während ein etwas kleinerer Anteil dies für die Zusammenarbeit mit der Heimleitung angab (93.9%). In kleinen Pflegeinstitutionen wird die Zusammenarbeit mit der Heimleitung sogar von 81.2% als *sehr gut* beurteilt, während dies in grossen nur knapp die Hälfte der Befragten so empfindet (51.2%).

Mit Therapeuten/-innen (z. B. Physiotherapie) beschreiben zwar gesamthaft 90.4% der Pflegeexperten/-innen die Zusammenarbeit als *eher gut* bis *sehr gut*, jedoch zeigen sich hier Unterschiede in den Sprachregionen (D: 88.0% vs. F: 96.3%). Die Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen sehen 90% der Pflegeexperten/-innen der grossen Pflegeinstitutionen und 95.3% der mittleren als *insgesamt gut*, allerdings beurteilt keine einzige Pflegeexpertin/kein einziger Pflegeexperte einer kleinen Pflegeinstitution diese als *sehr gut* (0.0%), hingegen 25% als *eher schlecht* und *sehr schlecht*. Die Ergebnisse sind in Tabelle 36 und Abbildung 37 aufgeführt.

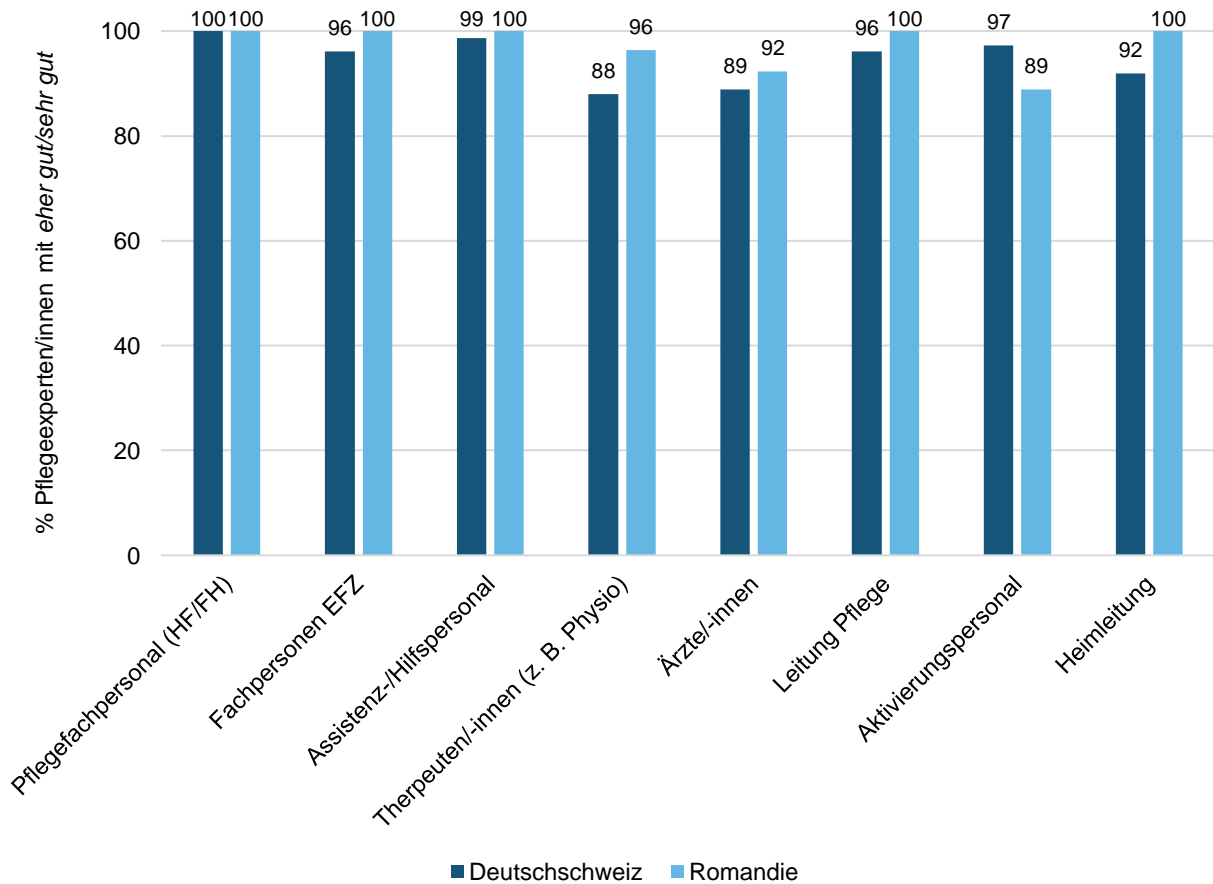
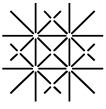


Abbildung 37: Erleben der Zusammenarbeit mit versch. Berufsgruppen durch Pflegeexperten/-innen.

3.7.5 Ergebnisse der eigenen Rolle für Bewohner/-innen und Pflegeteams

Bewohner/-innen und Angehörige. Die Pflegeexperten/-innen wurden gebeten, die drei wichtigsten positiven Ergebnisse ihrer Rolle für die Bewohner/-innen und deren Angehörige zu nennen. Am meisten wird die Stärkung der Kommunikation genannt, die sowohl interprofessionelle Gespräche als auch solche mit Angehörigen und Bewohnern/-innen umfasst. Ein weiteres Kerngebiet ist die Verbesserung der Pflegequalität und der Lebensqualität der Bewohner/-innen, wo unter anderem das Schmerz- und Wundmanagement und die Hilfe nach Transitionen (z. B. von zu Hause in die Pflegeinstitution oder vom Spital zurück) genannt wurden. Zur Verbesserung der Lebensqualität zählen zudem ACP und End-of-Life Care. Betreffend Verbesserung der Pflegequalität wurde die Verbesserung der Sicherheit für die Bewohner/-innen genannt, wie auch die Begleitung der klinischen Praxis. Diese Wahrnehmung der Pflegeexperten/-innen findet sich auch in der Literatur. Mit dem Einsatz von APNs in Langzeitpflegeeinrichtungen nimmt der Gesundheitsstatus und die Lebensqualität der Bewohner/-innen zu und die Zufriedenheit der Angehörigen über die erhaltene Pflege ist höher (190).



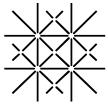
Pflegeteams. Ebenso benannten die Pflegeexperten/-innen die drei wichtigsten positiven Ergebnisse ihrer Rolle für das Pflegeteam. In erster Linie sind sie für die Teams in (komplexen) Bewohner/-innensituationen in der Unterstützung, Beratung und im Coaching tätig. Mit ihrem Fachwissen sind sie Ansprechpartner/-innen und vermitteln den Teams Sicherheit in deren Tun. Zudem fungieren die Pflegeexperten/-innen in der interprofessionellen Koordination als Schnittstellenmanager und helfen dabei, Grundhaltungen zu entwickeln. Diese Rolle der Unterstützung und Beratung findet sich auch wiederholt in der Literatur zum Einsatz von Pflegefachpersonen in fortgeschrittenen Rollen (191, 192).

3.7.6 Pflegeentwicklung und Qualitätsverbesserung

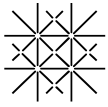
Konzeptuelle Entwicklungen. Mit 10.8% tragen nur wenige der Pflegeexperten/-innen keine Verantwortung bei der Entwicklung, Einführung, Überprüfung und/oder Anpassung von Praxisstandards und Richtlinien. 87.4% sind bei Konzepten involviert und 83.3% bei Assessments. Grundsätzlich gaben 94.7% der Kollegen/-innen in der Deutschschweiz an, solch konzeptionelle Arbeit zu leisten, während jene in der Romandie mit 73.1% deutlich weniger häufig involviert sind.

Aktivitäten im Bereich Qualitätsverbesserung. Im Bereich der Qualitätsverbesserung werden Aktivitäten wie das Implementieren von Interventionen oder Programmen (90.3%), das Durchführen von begleiteten Arbeitssituationen (87.5%) und das Umgehen mit Beschwerden von Bewohnern/-innen oder Angehörigen (72.1%) in beiden Sprachregionen häufig von den Pflegeexperten/-innen umgesetzt. In der Deutschschweiz gaben fast doppelt so viele Pflegeexperten/-innen an, Fallbesprechungen durchzuführen (89.6%) als in der Romandie (48.1%). Zudem halten die Pflegeexperten/-innen selber Fortbildungen (D: 89.5% vs. F: 53.8%), geben den Teams Feedback in Bezug auf die in der Pflegeinstitution angebotene Pflegequalität (D: 81.8% vs. F: 51.9%) und sind in das Festlegen von Qualitätszielen für die Pflegeinstitution oder Abteilungen involviert (D: 80.5% vs. F: 66.7%). Sie vergleichen Resultate mit festgelegten Qualitätszielen (D: 76.6% vs. F: 40.7%) und interpretieren Resultate von Qualitätserhebungen (D: 78.9% vs. F: 29.6%).

Es zeigt sich, dass Pflegeexperten/-innen der Romandie deutlich weniger in die Qualitätsverbesserung involviert sind. Grundsätzlich wenig involviert sind die Pflegeexperten/-innen in die Organisation und Durchführung von Befragungen und an der grafischen Darstellung von Ergebnissen von Qualitätserhebungen. Weitere Aktivitäten im Bereich der Qualitätsverbesserung sind in Tabelle 49 aufgeführt.



Sind Sie in folgenden Aktivitäten bezgl. Qualitätsverbesserung involviert?	Anzahl gültiges n	Alle (n = 104)	Deutsch-schweiz (n = 77)	Romandie (n = 27)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Festlegen von Qualitätszielen für die Pflegeinstitution oder spezifische Abteilungen	104	76.9	80.5	66.7
Vergleichen von Resultaten der Pflegeinstitution oder spezifischer Abteilungen mit festgelegten Qualitätszielen	104	67.3	76.6	40.7
Vorbereiten / Durchführen von externem Benchmarking	104	42.3	49.4	22.2
Vorbereiten / Durchführen von internem Benchmarking / Qualitätsverlauf	103	59.2	67.5	34.6
Entwickeln von Diagrammen oder Grafiken zur Darstellung der Ergebnisse von Qualitätserhebungen	104	40.4	44.2	29.6
Im Speziellen Arbeit mit				
Histogramm oder Pareto-Diagramm	40	95.0	100	71.4
Liniendiagramm	38	55.3	54.8	57.1
Interpretieren von Resultaten der Qualitätserhebungen	103	66.0	78.9	29.6
Geben von Feedback an das Team in Bezug auf die Ergebnisse der in der Pflegeinstitution angebotenen Pflegequalität	104	74.0	81.8	51.9
Beteiligen an der strategischen Planung der Pflegeinstitution	103	61.2	64.5	51.9
Implementieren einer Intervention, eines Programms oder eines Projekts zur Qualitätsverbesserung	103	90.3	94.7	77.8
Leiten / Durchführen von Fallbesprechungen	104	78.8	89.6	48.1
Durchführen von begleiteten Arbeitssituationen	104	87.5	89.6	81.5



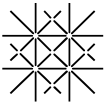
Sind Sie in folgenden Aktivitäten bezgl. Qualitätsverbesserung involviert?	Anzahl gültiges n	Alle (n = 104)	Deutschschweiz (n = 77)	Romandie (n = 27)
	n	% Ja	% Ja	% Ja
Anbieten von Lerneinheiten / Fortbildungen für das Team:				
Die Sie selbst gaben	102	80.4	89.5	53.8
Die Sie organisiert haben	102	62.7	66.7	51.9
Umgehen mit CIRS-Berichten	103	48.5	57.1	23.1
Organisieren / Durchführen von Befragungen zur Personalzufriedenheit	104	37.7	31.2	37.0
Organisieren / Durchführen von Befragungen zur Bewohnerzufriedenheit	104	37.5	37.7	37.0
Umgehen mit Beschwerden von Bewohnern/-innen oder deren Angehörigen	104	72.1	70.1	77.8

Tabelle 49: Aktivitäten der Pflegeexperten/-innen zur Qualitätsverbesserung nach Sprachregion.

Die Pflegeexperten/-innen wurden zu sechs Methoden zur Qualitätsverbesserung befragt, ob sie diese im Alltag nutzen. Die am häufigsten genutzte Methode ist gemäss den Deutschweizer Pflegeexperten/-innen die Ursachenanalyse (78.4%), wohingegen diese Methode bei den Kollegen/-innen der Romandie nicht benutzt wird (0%), ein Bild, das sich auch in der Anwendung von Lean-Produktionssystemen, oder Lean Management, zeigt (D: 25% vs. F: 0%). Der Plan-Do-Study-Act (PDSA)-Zyklus wurde von 49.3% der Pflegeexperten/-innen in der Deutschschweiz und 21.7% in der Romandie als Methode zur Qualitätsverbesserung genannt.

4 Diskussion

SHURP 2018 bietet eine umfassende Perspektive auf Schweizer Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie mit dem Fokus auf die Pflegequalität. Mehrere Themen wurden in dieser Form für die Schweiz zum ersten Mal untersucht, wie z. B. die multiplen Perspektiven auf die Qualitätsindikatoren oder die Beschreibung der Abteilungsleitungen und Pflegeexperten/-innen. Wir greifen in der Diskussion Schwerpunktthemen auf, deren Resultate entweder besonders augenfällig sind, die bisher noch nicht in der Schweiz erhoben wurden, oder die deutliche Unterschiede zu SHURP 2013 aufweisen. Die beiden SHURP-Erhebungen von 2013 und 2018 erlauben, natürliche Veränderungen über die Zeit zu beobachten. Es gab



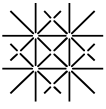
in diesem Zeitraum verschiedene für die Langzeitpflege relevante Änderungen, wie z. B. die Einführung des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts 2013 und der nationalen Qualitätsindikatoren 2018, sowie die Umsetzung der nationalen Demenz- und Palliative Care-Strategien. Es wirkte die Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) zur Spitalfinanzierung von 2012 nach, ebenso die Tarifverhandlungen über die Verrechnung von Nebenleistungen mit tarifsuisse ag und deren Auswirkungen.

An den regionalen Treffen, an denen wir die Resultate aus der aktuellen Erhebung mit den teilnehmenden Betrieben diskutierten, berichteten diese von einer zunehmenden Komplexität der Bewohner/-innensituationen, einem vermehrten Involviertsein der Angehörigen, wie auch z. B. erweiterten externen Anforderungen und erhöhtem administrativem Aufwand. Es ist uns nicht möglich kausale Zusammenhänge herzustellen für die Veränderungen, die wir im Vergleich der Daten von 2013 und 2018 feststellen. Doch in einzelnen Themenbereichen, die wir anschliessend thematisieren, werden Tendenzen ersichtlich, die dringenden Handlungsbedarf aufzeigen.

Qualitätsindikatoren. Im Allgemeinen leisten die teilnehmenden Pflegeinstitutionen im Bereich der nationalen Qualitätsindikatoren gute Arbeit. So zeigen sich z. B. im Bereich Mangelernährung gute Resultate mit 4.2% der Bewohner/-innen, die beim Qualitätsindikator angeben, im Vergleich zu international rapportierten Daten zwischen 6% und 15% (193). Auf der Betriebsebene weisen die Pflegeinstitutionen Infrastrukturen auf, die Bewohner/-innen mit Mangelernährung unterstützen, wie z. B. auf Ernährung im Alter spezialisiertes Personal, eine angenehme Essensumgebung oder passende Hilfsmittel. Ebenso ermöglichen bestehende Strukturen und Prozesse z. B. einen sorgfältigen Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen oder Schmerzen mit vorhandenen Handlungsanweisungen oder Zugang zu Fachexpertise bei Bedarf.

Trotz der guten Resultate zeigen sich in verschiedenen Betrieben auch Verbesserungspotenziale. Was den Schmerz angeht, dürfte die Anwendung von Assessmentinstrumenten im Bereich Schmerzintensität noch ausgebaut werden; v. a. Assessmentinstrumente für die Fremdeinschätzung durch das Personal werden noch wenig eingesetzt. Auch das Angebot von nicht-medikamentösen Massnahmen ist nicht in der ganzen Breite etabliert, um den bio-psycho-sozial-spirituellen Dimensionen des Schmerzes und einem entsprechend multidimensionalen Ansatz in der Schmerzbehandlung gerecht zu werden.

Eine grössere Thematik zeigt sich im Bereich Polymedikation. Mit 44.3% ist ein beachtlicher Anteil der Bewohner/-innen davon betroffen und es gibt eine hohe Streubreite unter den Betrieben von 21.9% bis 69.0%. Es zeigen sich Probleme auf verschiedenen Ebenen, angefangen bei fehlenden Strukturen, um überhaupt die Anzahl Wirkstoffe pro Bewohner/-in zuverlässig zählen zu können, über fehlende regelmässige Medikationsüberprüfungen, hin zu der Wahrnehmung von fast 30% der Mitarbeitenden, dass die Bewohner/-innen mehr Medikamente als nötig erhalten.

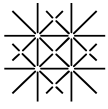


Polymedikation ist ein interprofessionelles Thema, auch wenn die Verordnungshoheit bei den Ärzten/-innen liegt. Wenige Betriebe stellen jedoch Anforderungen an die behandelnden Ärzte/-innen in Bezug auf die Auswahl der Medikamente. Dies lässt sich unter anderem damit erklären, dass 89.9% der Pflegeinstitutionen mit Hausärzten/-innen arbeiten. Im Durchschnitt arbeiten sie mit 15 verschiedenen Hausärzten/-innen, was ein einheitliches Vorgehen und die gezielte Qualitätsverbesserung für Themen, bei denen die Ärzte/-innen wesentliche Partner wären, erschwert. Für die Pflegeinstitutionen ist es schwierig, alle Hausärzte/-innen ins Boot zu holen und aus Hausarztperspektive gilt es zu beachten, dass sie wahrscheinlich in mehreren Pflegeinstitutionen Bewohner/-innen behandeln und dementsprechend mit verschiedensten Vorgaben konfrontiert sind. Dennoch scheitert manchmal die Zusammenarbeit bereits bei der Kommunikation über bestehende Verordnungen, wenn nur knapp 60% des Pflegepersonals äussern, dass ihre Vorschläge zur Medikation von den Ärzten/-innen berücksichtigt werden.

Mit der zunehmenden Komplexität der Versorgungssituationen in Pflegeinstitutionen ist es notwendig, den Einsatz der Ärzte/-innen in der Langzeitpflege zu überdenken. So wäre es gut, die Ausbildung und den Einsatz von Ärzten/-innen zu fördern, die sich auf ältere Menschen im Setting der Langzeitpflege spezialisieren, wie dies z. B. in den Niederlanden bereits üblich ist, und vermehrt Heimarztsysteme zu etablieren, wie dies in verschiedenen Kantonen bereits der Fall ist, insbesondere in der Romandie. Ebenso könnten von den Betroffenen gemeinsam entwickelte nationale Standards für die Zusammenarbeit von Hausärzten/-innen und Pflegeinstitutionen den Weg für eine Stärkung der medizinischen Versorgung ebnen. Diese könnte dazu beitragen, vermeidbare Spitaleinweisungen zu reduzieren und die Lebensqualität der Bewohner/-innen zu verbessern.

Es ist zu beachten, dass mit den vier Messthemen bewegungseinschränkende Massnahmen, Schmerzen, Mangelernährung und Polymedikation die Pflegequalität einer Pflegeinstitution nicht umfassend abgebildet ist. Auch wenn alle diese Themen direkt mit der Lebensqualität der Bewohner/-innen zusammenhängen, erlauben sie doch nur einen Teileinblick und viel sorgfältig und gut geleistete Arbeit zur Förderung der Pflege- und Lebensqualität sowie Themen mit Handlungsbedarf bleiben mit der aktuellen Messung unsichtbar.

Spitaleinweisungen. Die befragten Pflegeinstitutionen wiesen im Mittel über die letzten 12 Monate 1.34 Spitaleinweisungen pro 1'000 Bewohnertage auf und haben damit ein ähnliches Resultat, wie auch international rapportiert wird. Es zeigen sich grosse Unterschiede zwischen den Betrieben (Streubreite: 0.23 bis 13.91 Spitaleinweisungen/1'000 Bewohnertage). Aus Betriebssicht wurden vor allem Aspekte der medizinischen Versorgung und Zusammenarbeit mit den Ärzten/-innen als Faktoren benannt, die Spitaleinweisungen begünstigen. Insbesondere wird auf die fehlende Vertrautheit mit der Situation der Bewohner/-innen derjenigen Ärzte/-innen hingewiesen, die Nächte oder Wochenenden abdecken (44.7% der Abteilungsleitungen), und generell eine fehlende rasche Erreichbarkeit derselben (34.7%). Auch hier spielt das Arztsystem mit vorwiegend Hausarztmodellen eine Rolle und der grossen Anzahl Ärzten/-innen,

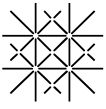


mit denen die Pflegeinstitutionen zusammenarbeiten. Aus der Literatur ist bekannt, dass eine geringere Anzahl von involvierten Ärzte/-innen und das vermehrte Präsentsein von Ärzten/-innen vor Ort mit einer höheren Versorgungsqualität verbunden ist (194). So hat unser Forschungsteam in der vom INS durchgeführten INTERCARE Studie (81, 195) ebenfalls gesehen, dass Betriebe mit Hausarztssystem öfter damit ringen, in der Nacht und am Wochenende den zuständigen Hausarzt/die zuständige Hausärztin zu erreichen. Mobile Ärzteteams oder Notfallärzte/-innen, die dann hinzugerufen werden, entscheiden sich meist rascher für eine Spitaleinweisung.

Hier sind neue Versorgungsmodelle gefragt, die den Zugang zu geriatrischer Expertise erhöhen und eine raschere Behandlung vor Ort erlauben. Ebenso gilt es, Pflgeteams darin zu unterstützen, frühzeitig Veränderungen im Gesundheitszustand der Bewohner/-innen zu erkennen und entsprechend zu reagieren, so dass Verschlechterungen angegangen und vermeidbare Spitaleinweisungen vermieden werden können. INTERCARE (<https://intercare.nursing.unibas.ch/>) ist ein solches Versorgungsmodell, das Pflegefachpersonen in erweiterte Rollen einführt, um die Pflgeteams in der Handhabung von komplexen Bewohner/-innensituationen zu unterstützen und zu coachen, ihre Kompetenzen zu stärken und bei Bedarf die klinische Führung zu übernehmen. Dies erlaubt je nachdem auch den Ausbau der medizinischen Versorgung, wenn z. B. eine intravenöse Antibiotikagabe bei einer Pneumonie helfen würde, dass Bewohner/-innen in der Pflegeinstitution bleiben können.

Spitaleinweisungen sind ein multifaktorielles Geschehen und verschiedene Faktoren spielen zusammen, wenn es darum geht, ob es zu einer Einweisung kommt. Ein Aspekt, der aus der SHURP 2018-Befragung hervorgehoben werden kann, ist die Notwendigkeit von Abklärungen mit Bewohnern/-innen und Angehörigen zu ihren Wünschen und Anliegen für den Fall, dass Bewohner/-innen bei Veränderungen im Gesundheitszustand nicht mehr urteilsfähig sind. Während das Klären bezüglich des Vorhandenseins einer Patientenverfügung gemäss den Angaben der Abteilungsleitungen einigermaßen etabliert ist (71.5% bejahten die Abklärung bei Eintritt), gibt es noch einigen Aufholbedarf in der vorausschauenden Planung. Während noch 69.8% der Abteilungsleitungen angaben, dass der Wunsch bezüglich einer Reanimation geklärt wird, bejahten nur noch 57.4% das Abklären bezüglich Spitaleinweisungen und lediglich 27.0% besprechen das Thema der Sedation bei fortgeschrittener Erkrankung und begrenzter Lebenszeit. Gespräche zu diesen Themen sollten zum Eintrittsprozess gehören, indem Bewohner/-innen und Angehörige zur Reflexion über diese Themen eingeladen werden. Eine sorgfältige Gesprächsführung erlaubt hier, Wünsche zu klären und auch Sicherheit zu vermitteln, dass die Bewohner/-innen die Behandlung erhalten, die ihren Präferenzen entspricht.

Hier sind in der Schweiz entsprechende Bestrebungen vorhanden im Rahmen der nationalen Strategie Palliative Care und dem nationalen Rahmenkonzept für die Schweiz zur Gesundheitlichen Vorausplanung (196). Für die Pflegeinstitutionen ist die Herausforderung, ein für das Setting der Langzeitpflege passendes



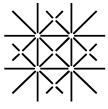
Format der vorausschauenden Planung zu finden und entsprechend geschultes Personal bereitzustellen, das solche Gespräche führen kann.

Qualitätsmanagement. Die Qualitätsentwicklung hat eine hohe Bedeutung in den befragten Betrieben. Die meisten Betriebe haben z. B. ein Fehlermeldewesen, die Hälfte verfügt über ein Qualitätslabel und zwei Drittel werden regelmässig auditiert. Etwa 80% verfügen über eine datenbasierte Qualitätsentwicklung auf der Basis von Qualitätsindikatoren und ca. 70% führen regelmässige Befragungen des Personals durch und setzten in den letzten 2 Jahren ein Projekt zur Qualitätsverbesserung um. Ebenso führen rund 85% der Abteilungen Fallbesprechungen durch.

Es zeigt sich hingegen eine noch ausbaubare Fehlerkultur in den Pflegeinstitutionen. Nur zwei Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals finden, dass angemessen mit Fehlern umgegangen wird oder dass es einfach ist, über Fehler zu sprechen. Nur die Hälfte der Betriebe gaben die Möglichkeit an, anonym Fehler zu melden, wobei dies auch schwieriger ist für kleine Betriebe. Hier bräuchte es ein regionales oder nationales Netz (z. B. CIRS für Langzeitinstitutionen ähnlich wie für die Arztpraxen), damit auch kleine Betriebe anonym aus Fehlern lernen könnten. Der Austausch zu Fehlern und der daraus folgende Lernprozess sind zentrale Elemente der Qualitätsentwicklung und wichtig für eine lernende Organisation.

Pflegeexperten/-innen. Pflegeexperten/-innen sind zentral für die Pflege- und Praxisentwicklung in den Pflegeinstitutionen. So beschäftigen 72% der teilnehmenden Betriebe mindestens einen Pflegeexperten/eine Pflegeexpertin. Dabei fällt die Breite des Ausbildungshintergrunds auf. Von diplomierten Pflegefachpersonen HF/FH bis zur Masterstufe haben die Betriebe verschiedenste Personen in dieser Funktion, wobei Personen mit Masterausbildung deutlich seltener sind. Es ist vor allem die Berufs- und Lebenserfahrung, die zentral zu sein scheint für die Ausübung dieser Rolle. Oft verfügen Pflegeexperten/-innen über einen Schwerpunkt, wie z. B. Palliative Care, Gerontopsychiatrie oder Demenz und eine entsprechende Weiterbildung auf dem Niveau CAS, DAS oder MAS.

Ihre Rolle dreht sich primär um die Verbesserung der Pflegequalität, die Förderung der Interprofessionalität und Zusammenarbeit mit Bewohnern/-innen und Angehörigen sowie das Coaching und die Beratung der Pflegeteams. Sie sind die Personen vor Ort, welche die Umsetzung von Projekten zur Qualitätsverbesserung direkt implementieren. Wie oben gezeigt, konnte im Projekt INTERCARE die Einführung von Pflegefachpersonen mit erweiterten Rollen nicht nur ungeplante Spitaleinweisungen erfolgreich reduzieren, sondern es hat sich in der Kontextanalyse des Projektes auch gezeigt, dass es verschiedene Modelle gibt, wie solche Rollen eingesetzt werden können. Mehr Informationen zur Umsetzung von Versorgungsmodellen mit Stärkung der geriatrischen Expertise vor Ort finden sich im ersten nationalen Bericht von INTERCARE (197).

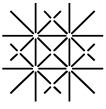


Personalausstattung. Insgesamt gaben 96.3% der Betriebe Schwierigkeiten bei der Rekrutierung auf der Tertiärstufe an. So äusserten 2018 weniger Pflege- und Betreuungspersonen, dass es genügend fachlich kompetentes Personal gibt, um eine gute Pflege und Betreuung zu gewährleisten (71.9%), als dies 2013 (79.0%) der Fall war. Zudem befand sich jede zehnte Pflege- und Betreuungsperson, die den SHURP 2018-Fragebogen ausfüllte, in einer temporären Anstellung. Dies kann sich unter Umständen negativ auf die Pflegequalität auswirken: kurzzeitig angestellten Pflege- und Betreuungspersonen fehlt die Vertrautheit mit den Bewohnern/-innen, insbesondere bei Menschen mit Demenz, die sich nicht mehr äussern können, um frühzeitig gesundheitliche Veränderungen zu erkennen und angepasste Massnahmen zu ergreifen. Die Arbeit mit Temporärpersonal könnte auch erklären, warum die Betriebe im Mittel nur 1.2 vakante Stellen angaben. Die Situation mit Temporäranstellungen hat sich mit der SARS-CoV-2-Pandemie verschärft. Gleichzeitig ist die Möglichkeit, Personal temporär anzustellen, eine wichtige Strategie, um in der aktuellen Situation als Betrieb weiter zu bestehen, da es die Flexibilität als Arbeitgeber erhöht.

Bezüglich Personalressourcen auf der Abteilung stimmt weniger als die Hälfte des Pflege- und Betreuungspersonals zu, dass es genügend Personal gibt, um die anfallende Arbeit zu erledigen, mit einer deutlichen Verschlechterung gegenüber 2013 (2013: 57.9% vs. 2018: 49.5%). Auch von den Abteilungsleitungen schätzen nur 58.0% die Personalbesetzung auf ihrer Abteilung als *angemessen* oder *sehr gut* ein im Verhältnis zur Arbeitsbelastung. Mehr als ein Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals gab zudem an, mindestens wöchentlich mehr als 30 Minuten Überzeit zu leisten. Gerade in einem Schichtbetrieb sollte dies eigentlich selten vorkommen, da es möglich sein sollte, dass die nächste Schicht übernimmt. Beides sind klare Hinweise darauf, dass das Personal knapp bemessen ist, wobei sich starke Unterschiede zwischen den Betrieben feststellen lassen. An den Regionaltreffen wurde von den Betrieben festgehalten, dass die Anforderungen an das Personal und die Komplexität der Betreuungssituationen über die letzten Jahre deutlich zugenommen haben, so dass diese mit demselben Personal (sowohl Anzahl wie Grademix) nicht mehr gleich bewältigt werden können.

Wenn man den Grademix vergleicht zwischen der Deutschschweiz und Romandie, sieht man mehr Personal auf der Tertiärstufe und Sekundarstufe II in der Deutschschweiz. Es bleibt die Fragestellung, wenn man bedenkt, dass die Anforderungen zunehmen, wie die benötigte geriatrische Expertise in den Pflegeinstitutionen gestärkt werden kann und welche Rolle das Personal auf der Tertiärstufe einnehmen muss im Grademix der Professionen, damit der Zugang zu qualitativ guter Pflege und Betreuung gewährleistet bleibt.

Administrative Tätigkeiten. Es löst Bedenken aus, dass 62.7% des Pflege- und Betreuungspersonals äussern, dass sie durch administrative Arbeiten belastet sind – insbesondere das Pflegefachpersonal mit 80.4% – und 59.4%, dass die Belastung durch administrative Arbeiten im letzten Jahr zugenommen hat. Insbesondere die Pflegebedarfserfassung und das Führen der Bewohner/-innendokumentation wird als belastend erlebt. Die Frage ist, ob der Aufwand für diese beiden Aktivitäten verhältnismässig ist. Es gibt

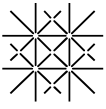


kaum Untersuchungen dazu, wo genau die Zeit hingehet und welche administrativen Tätigkeiten tatsächlich nutzbringend für die Bewohner/-innen sind. Wir wissen nicht, welcher Anteil der administrativen Tätigkeiten durch externe Vorgaben (z. B. durch Kantone oder Versicherungen) bedingt ist und was intern entsteht. Es stellt sich auch die Frage, wie Aufgaben in den Teams sinnvoll verteilt werden können, damit jede Berufsgruppe ihre Stärke und Kompetenzen ausleben kann. Wenn fast die Hälfte des Pflegefachpersonals mehr als 2 Stunden/Tag mit administrativen Tätigkeiten verbringt, fehlt eventuell wertvolle Zeit für die klinische Einschätzung von und Gespräche mit den Bewohnern/-innen.

Rationierung von Pflege. Auch im Bereich der Rationierung lässt sich eine Verschärfung der Situation beobachten. Die Rationierung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten hat negative Auswirkungen auf die Bewohner/-innen und das Personal. Im Vergleich zu 2013 berichtet das Pflege- und Betreuungspersonal insbesondere zunehmend, dass es *manchmal* oder *häufig* Aktivitäten des täglichen Lebens rationiert (Körperpflege: 2013: 16.8% vs. 2018: 25.1%; Mund- und Zahnpflege: 2013: 12.9% vs. 2018: 20.2%; Mobilisation: 2013: 6.6% vs. 2018: 11.5%). Ebenso rationiert werden die zeitnahe Beantwortung der Glocke, wenn Bewohner/-innen nach Unterstützung rufen (2013: 34.4% vs. 2018: 40.8%), und Dokumentation der durchgeführten Pflege (2013: 30.0% vs. 2018: 39.4%). Es wird zunehmend auch über die Rationierung von sozialen Aktivitäten berichtet, seien es individuelle (2013: 34.5% vs. 2018: 41.3%) oder Gruppenaktivitäten (2013: 21.3% vs. 2018: 28.5%).

Aus der Literatur wissen wir, dass dies nicht unbemerkt an den Bewohnern/-innen vorbeigeht (115, 124-126). Sie erleben Einbussen in der Unterstützung bei und Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen, wie auch im Erleben von sinnstiftenden Aktivitäten. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf die Lebensqualität, sondern stellt auch ein Sicherheitsrisiko dar und führt zu einem Fortschreiten der Gebrechlichkeit, anstatt dass Ressourcen erhalten und gefördert werden. Rationierung ist ein Zeichen für fehlende Personalbesetzung: es fehlen Hände, um notwendige Aktivitäten durchzuführen. Es kann auch ein Zeichen sein, dass Tagesverantwortlichen die Führungskompetenzen fehlen, um Teams mit ihrer Vielfalt an Kompetenzen gezielt einzusetzen, dass Arbeitsprozesse noch effizienter gestaltet werden könnten oder der Grademix auf manchen Abteilungen nicht günstig ist (zu wenig Expertise, zu wenig Hände) um die anfallende Arbeit zu erledigen.

Personalergebnisse. Im Vergleich zu 2013 zeichnet sich ein Trend ab, dass mehr Pflege- und Betreuungspersonal daran denkt zu kündigen (2013: 12.0% vs. 2018: 16.2%) oder die Absicht hat, die Arbeit in der Pflegeinstitution ganz aufzugeben (2013: 12.9% vs. 2018: 19.9%). In Anbetracht der bereits knappen Personalressourcen ist es schwerwiegend, wenn das vorhandene Personal daran denkt, ganz aus der Arbeit in der Langzeitpflege auszusteigen. Verschärft wird die Situation mit dem Thema der Gesundheit und der Arbeitszufriedenheit. So gab das Pflege- und Betreuungspersonal im Vergleich zu 2013 mehr Energielosigkeit (2013: 66.0% vs. 2018: 76.2%), Schlafstörungen (2013: 48.1% vs. 2018: 57.7%) und



Gelenk- und Gliederschmerzen (2013: 50.9% vs. 2018: 59.5%) an, was alles mögliche Hinweise auf eine starke Belastung bei der Arbeit sind.

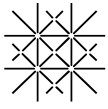
In SHURP 2018 haben wir neu auch nach der Zufriedenheit mit dem Lohn gefragt. Die Tatsache, dass nur 54.1% des Pflege- und Betreuungspersonals (resp. 63.7% des Pflegefachpersonals) äussert, zufrieden zu sein mit dem Lohn im Verhältnis zu dem, was benötigt wird, ist ein schlechtes Ergebnis für eine Branche, die mit Personalmangel ringt. Es fällt auf, dass das andere Personal in den Betrieben zu 70.3% findet, genug Lohn zu haben im Verhältnis zu dem, was es benötigt, was sich deutlich abhebt vom Pflege- und Betreuungspersonal. Im internationalen Bereich steht das Pflegefachpersonal in der Schweiz über dem OECD-Durchschnitt (Organisation for Economic Co-operation and Development) bezüglich ihres kaufkraftbereinigten Lohns. Der internationale Vergleich zeigt jedoch auch, dass Schweizer Pflegefachpersonen nur 85% des Schweizer Durchschnittslohns verdienen und damit deutlich schlechter gestellt sind als das Pflegefachpersonal in anderen Ländern (198). Dies könnte einen Teil der Unzufriedenheit erklären.

Es zeigt sich über mehrere Personalergebnisse (z. B. Arbeitszufriedenheit, Kündigungsabsicht, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Absentismus, Gesundheitsbeschwerden, emotionale Erschöpfung), dass das Pflege- und Gesundheitspersonal belasteter ist als das andere Personal. Aus der Literatur ist bekannt, wie wichtig die Arbeitsumgebungsqualität für einen gesunden Arbeitsplatz ist. An den Regionaltreffen mit den teilnehmenden Betrieben zeigte sich jedoch, dass diese bereits sehr viele Schritte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Gesundheitsförderung ihrer Mitarbeitenden umsetzen. Doch die Betreibe stossen an ihre Grenzen mit den gegebenen gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Sie beobachten auch eine gewisse Desillusionierung beim Pflege- und Betreuungspersonal.

5 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Aufrechterhaltung der Qualität der Pflege und Betreuung für die Bewohner/-innen sowie der Arbeitsumgebung für das Personal für die Pflegeinstitutionen eine konstante Herausforderung ist. Nicht nur nimmt die Komplexität der Pflege und Betreuung der Bewohner/-innen zu, sondern auch die Anforderungen der Bewohner/-innen wie der Angehörigen. Massnahmen sind auf verschiedenen Seiten gefragt, von dem Pflegeinstitutionen selber, der Ausbildung, den regulierenden Behörden wie der Gesellschaft als Ganzes.

Die befragten Pflegeinstitutionen setzen einige Massnahmen zur Qualitätsentwicklung um, um das Maximum aus den bestehenden Rahmenbedingungen herauszuholen. Sie legen Wert auf die Pflegequalität und man sieht in den Resultaten von SHURP 2018 eine Professionalisierung der Qualitätsentwicklung,



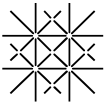
wenn es auch Unterschiede gibt zwischen den einzelnen Pflegeinstitutionen. Bezüglich Qualitätsmerkmalen zeigen sich im Bereich bewegungseinschränkende Massnahmen und Mangelernährung grundsätzlich sehr gute Resultate, während es andere Punkte gibt, in denen insgesamt Aufholbedarf besteht, wie z. B. im Bereich der Polymedikation oder der vorausschauenden Gesundheitsplanung. Die beiden letzteren sind jedoch auch Themen, die nur in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzten/-innen angegangen werden können und damit die Abhängigkeit der Betriebe von anderen Dienstleistern in der Weiterentwicklung der Qualität aufzeigen.

Insgesamt sind strukturelle Einschränkungen sichtbar, welche die Möglichkeiten dieser Branche behindern. Dies wird deutlich in der Wahrnehmung von fehlendem Personal, ungenügendem Lohn, Schwierigkeiten in der Rekrutierung von qualifiziertem Personal, wie auch darin, dass das Personal Überzeit rapportiert. Diese engen Rahmenbedingungen lassen die Betriebe an ihre Grenzen kommen, und die Zunahme an Rationierung über die letzten 5 Jahre ist ein klares Warnzeichen. Die bestehenden Personalschlüssel bezüglich Anzahl und Grademix des Pflege- und Betreuungspersonals geben nicht die Möglichkeit, alle Anforderungen im Alltag zu decken.

Ein wichtiger Punkt für die Aufrechterhaltung der Qualität ist der Zugang zu geriatrischer und pflegerischer Expertise. Es darf nicht aus Mangel an rekrutierbarem Fachpersonal zu einer Senkung der Qualität kommen. Dementsprechend sind z. B. Alternativen in der Berufsbildung und dem Einsatz von Fachpersonal gefragt, um den Anforderungen begegnen zu können. Hier gibt es verschiedene Modelle wie z. B. der Einsatz von Pflegeexperten/-innen mit unterschiedlichem Hintergrund, von Pflegefachpersonen mit einem reichen Rucksack an langzeitspezifischen Fort- und Weiterbildungen bis zu APNs, und die Stärkung der Teams mit dem Einsatz von Fachpersonen mit einer höheren Fachprüfung im Bereich Palliative Care oder Geriatrie.

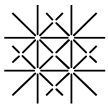
Es gilt auch bereits in der Grundausbildung für Themen der Pflege und Betreuung älterer Menschen zu sensibilisieren und zentrale Themen wie Palliative Care beim älteren Menschen und Demenz vertieft aufzugreifen. Dies kann eventuell auch das Interesse an diesem Fachgebiet fördern. Hinzu kommt, dass Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege Leadershipfähigkeiten benötigen, um als Tagesverantwortliche die gemischten Teams zu führen, die Mitarbeitenden gemäss ihren Fähigkeiten und Kompetenzen einzusetzen und rasch zu erkennen, in welchen Situationen sie gezielt intervenieren müssen. Diese Fähigkeiten brauchen Berufserfahrung und können mit Bildung und Mentoring gestärkt werden. Eine entsprechende Karriereplanung in den Betrieben und vertiefende Fortbildungen könnten helfen, das Pflegefachpersonal weiterzuentwickeln, zu stärken und zu halten.

Eine Herausforderung in diesem Zusammenhang ist, dass die Pflegeinstitutionen mit ihrem je eigenen Mix and Bewohnern/-innen und Angeboten Spielraum brauchen, um einen guten Grademix zusammenzustellen, der eine passende Versorgung erlaubt. Es ist auch gemäss der Literatur nicht einfach,



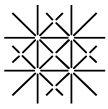
von aussen einen spezifischen Grademix festzulegen und je nachdem, wie fest z. B. das Hauswirtschaftspersonal oder das Aktivierungspersonal präsent und involviert ist, und welche Schwerpunkte ein Betrieb hat, verändert dies den erforderlichen Mix für eine qualitativ gute Versorgung. Auch die administrative Last kann unterschiedlich verteilt werden und je nachdem Ressourcen freischalten beim Pflegefachpersonal. Es ist entsprechend notwendig, dass jeder Betrieb eine sorgfältige Analyse macht um festzustellen, ob die richtigen Personen (im Sinne des Berufs und der Kompetenzen) am richtigen Ort sind gemäss dem vorhandenen Bewohnerprofil und dem entsprechenden Bedarf der Bewohner/-innen, und wenn nötig, ihren Grademix anzupassen.

Die Qualität der Pflege und Betreuung erreicht ein gutes Niveau in den Pflegeinstitutionen, doch die Kosten sind hoch, wenn man die Personalergebnisse betrachtet bezüglich Kündigungsabsicht oder Gesundheit des Personals. Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und eine gute Arbeitsumgebungsqualität sind zentral für das Wohlbefinden des Personals. Doch wenn Grenzen erreicht sind, wird es schwierig, diese Softfaktoren zu prägen als Pflegeinstitution. Die Betriebe befinden sich derzeit in einem fragilen Gleichgewicht, das mit der SARS-CoV-2-19-Pandemie noch mehr Gefahr läuft, ins Wanken zu geraten. Wenn die Qualität weiterhin erhalten werden sollen, braucht es mehr und gut ausgebildetes Personal und eine fördernde Arbeitsumgebungsqualität.

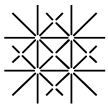


6 Bibliographie

1. Zúñiga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, De Geest S, Schwendimann R. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz 2013. Available from: <https://shurp.unibas.ch/shurp-votraege-publikationen/>.
2. Bundesamt für Statistik. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2018 – Definitive Standardtabellen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2019.
3. Ausserhofer D, Favez L, Simon M, Zúñiga F. Electronic health record use in Swiss nursing homes and its association with implicit rationing of nursing care documentation: Multicenter cross-sectional survey study. *JMIR Med Inform.* 2021;9(3):e22974.
4. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH, the International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(11):2307-10.
5. Leahy-Warren P, Varghese V, Day MR, Curtin M. Physical restraint: Perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. *Int Nurs Rev.* 2018;65(3):327-35.
6. Bellenger EN, Ibrahim JE, Lovell JJ, Bugeja L. The nature and extent of physical restraint-related deaths in nursing homes: A systematic review. *J Aging Health.* 2018;30(7):1042-61.
7. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist.* 2008;48(4):442-52.
8. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: A review of literature. *Psychiatr Q.* 2013;84(4):499-512.
9. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: Clinical-ethical considerations. *J Med Ethics.* 2006;32(3):148-52.
10. Koch S, Nay R, Wilson J. Restraint removal: Tension between protective custody and human rights. *Int J Older People Nurs.* 2006;1(3):151-8.
11. Pivodic L, Smets T, Gambassi G, Kylänen M, Pasman HR, Payne S, et al. Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103511.
12. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Muhlhauser I. Restraint use among nursing home residents: Cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs.* 2009;18(7):981-90.
13. Zúñiga F. Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Überblick. Bern: CURAVIVA Schweiz; 2018. Available from: <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/PR0oS/>.
14. Lan SH, Lu LC, Lan SJ, Chen JC, Wu WJ, Chang SP, et al. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci.* 2017;33(8):411-21.
15. Saarnio R, Isola A, Laukkala H. The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: Nurses' individual, communal and alternative modes of action. *J Clin Nurs.* 2009;18(1):132-40.
16. Hamers JP, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(2):248-55.
17. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(2):274-88.
18. Bosshard Taroni W, Pralong G. [Detection of the risk of malnutrition in the elderly]. *Rev Med Suisse.* 2011;7(294):1056-7.
19. Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, Amella EJ. Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: A systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(9):649-55.
20. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging.* 2010;5:207-16.
21. Margetts BM, Thompson RL, Elia M, Jackson AA. Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(1):69-74.



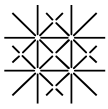
22. Volkert D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. *Aktuel Ernährungsmed.* 2013;38(3):e1-48.
23. Zúñiga F, Schneider P, Gehrlach C, Grolimund T. Medizinische Qualitäts-Indikatoren. Schlussbericht zu Händen von Curaviva Schweiz. Bern, Basel: Berner Fachhochschule, Universität Basel; 2014.
24. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22(4):415-21.
25. Donini LM, Poggiogalle E, Molino A, Rosano A, Lenzi A, Rossi Fanelli F, et al. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the nutritional evaluation of older nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(10):959.e11-8.
26. Löser C, Lübbers H, Mahlke R, Lankisch P. Der ungewollte Gewichtsverlust des alten Menschen. *Dtsch Arztebl.* 2007;104:3411-20.
27. Rösli A, Imoberdorf R, Ruhlin M, Tandjung R. Mangelernährung. *Praxis.* 2013;102(11):627-36.
28. Bernfort L, Gerdle B, Rahmqvist M, Husberg M, Levin L-Å. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden – impact on costs and quality of life. *Pain.* 2015;156(3):521-7.
29. Booker SQ, Herr KA. Assessment and measurement of pain in adults in later life. *Clin Geriatr Med.* 2016;32(4):677-92.
30. Hunnicutt JN, Ulbricht CM, Tjia J, Lapane KL. Pain and pharmacologic pain management in long-stay nursing home residents. *Pain.* 2017;158(6):1091-9.
31. Kalinowski S, Dräger D, Kuhnert R, Kreutz R, Budnick A. Pain, fear of falling, and functional performance among nursing home residents: A longitudinal study. *West J Nurs Res.* 2019;41(2):191-216.
32. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ.* 2015;350:h532.
33. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs.* 2010;11(4):209-23.
34. Sommerhalder K, Gugler E, Conca A, Bernet M, Bernet N, Serdaly C, et al. Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. *Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS).* Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit; 2015.
35. Dong HJ, Larsson B, Dragioti E, Bernfort L, Levin L, Gerdle B. Factors associated with life satisfaction in older adults with chronic pain (PainS65+). *J Pain Res.* 2020;13:475-89.
36. Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: A systematic review. *CNS drugs.* 2016;30(6):481-97.
37. Schuler M, Njoo N, Hestermann M, Oster P, Hauer K. Acute and chronic pain in geriatrics: Clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Med.* 2004;5(3):253-62.
38. Brunkert T, Simon M, Ruppen W, Zúñiga F. Pain management in nursing home residents: Findings from a pilot effectiveness-implementation study. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(12):2574-80.
39. Dysvik E, Vinsnes AG, Eikeland OJ. The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain. *Int J Nurs Pract.* 2004;10(5):224-34.
40. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiol Clin.* 2019;37(3):547-60.
41. Mehta A, Chan LS. Understanding of the concept of "Total Pain": A prerequisite for pain control. *J Hosp Palliat Nurs.* 2008;10(1):26-34.
42. Häuser W, Bock F, Hüppe M, Nothacker M, Norda H, Radbruch L, et al. Empfehlungen der zweiten Aktualisierung der Leitlinie LONTS. *Schmerz.* 2020;34(3):204-44.
43. Miró J, Queral R, Del Carme Nolla M. Pain-related attitudes and functioning in elderly primary care patients. *Span J Psychol.* 2015;17:E104.
44. Brunkert T, Simon M, Ruppen W, Zúñiga F. A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes. *J Nurs Scholarsh.* 2020;52(1):14-22.
45. Brunkert T, Zúñiga F. Gemeinsam gegen Schmerz. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2018(11):12-5.



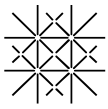
46. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: A clinical review. *JAMA*. 2014;312(8):825-36.
47. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013;42(Suppl 1):i1-57.
48. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331-46.
49. Arnstein P, Herr KA, Butcher HK. Evidence-based practice guideline: Persistent pain management in older adults. *J Gerontol Nurs*. 2017;43(7):20-31.
50. Wulff I, Könnner F, Kölzsch M, Budnick A, Dräger D, Kreutz R. Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr*. 2012;45(6):505-44.
51. Brunkert T, Zúñiga F. Schmerzexpertinnen verbessern Schmerzbehandlung nachhaltig. *Krankenpf Soins Infirm*. 2020(4):21-3.
52. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(1):57-65.
53. Nguyen JK, Fouts MM, Kotabe SE, Lo E. Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2006;4(1):36-41.
54. Burns E, McQuillan N. Prescribing in care homes: The role of the geriatrician. *Ther Adv Chronic Dis*. 2011;2(6):353-8.
55. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(12):2261-72.
56. Morley JE. Inappropriate drug prescribing and polypharmacy are major causes of poor outcomes in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(11):780-2.
57. Cherubini A, Corsonello A, Lattanzio F. Underprescription of beneficial medicines in older people: Causes, consequences and prevention. *Drugs Aging*. 2012;29(6):463-75.
58. Cherubini A, Corsonello A, Lattanzio F. Polypharmacy in nursing home residents: What is the way forward? *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(1):4-6.
59. Krähenbühl J, Guignard E, Buchmann S, Favrat B, Pécoud A, Bugnon O. L'analyse de médication : une réévaluation multidisciplinaire de la thérapie d'un patient individuel. *Med Hyg (Geneve)*. 2004;62(2501):2074-79.
60. Wallerstedt SM, Kindblom JM, Nysten K, Samuelsson O, Strandell A. Medication reviews for nursing home residents to reduce mortality and hospitalisation: Systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;78(3):488-97.
61. Sinvani LD, Beizer J, Akerman M, Pekmezaris R, Nouryan C, Lutsky L, et al. Medication reconciliation in continuum of care transitions: A moving target. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(9):668-72.
62. Hoffmann F, Allers K. Age and sex differences in hospitalisation of nursing home residents: A systematic review. *BMJ open*. 2016;6(10):e011912.
63. Bally KW, Nickel C. [Acute hospital admissions among nursing home residents – benefits and potential harms]. *Praxis (Bern 1994)*. 2013;102(16):987-91.
64. Brickman KR, Silvestri JA. The emergency care model: A new paradigm for skilled nursing facilities. *Geriatr Nurs*. 2020;1(3):242-7.
65. Carron P-N, Mabire C, Yersin B, Büla C, Mabire C, Büla C. Nursing home residents at the emergency department: A 6-year retrospective analysis in a Swiss academic hospital. *Intern Emerg Med*. 2017;12(2):229-37.
66. Muench U, Simon M, Guerbaai RA, De Pietro C, Zeller A, Kressig RW, et al. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: Evidence from Switzerland. *Int J Public Health*. 2019;64(9):1273-81.
67. Testa L, Seah R, Ludlow K, Braithwaite J, Mitchell RJ. Models of care that avoid or improve transitions to hospital services for residential aged care facility residents: An integrative review. *Geriatr Nurs*. 2020;41(4):360-72.



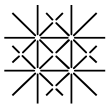
68. Giger M, Voneschen N, Brunkert T, Zúñiga F. Care workers' view on factors leading to unplanned hospitalizations of nursing home residents: A cross-sectional multicenter study. *Geriatr Nurs.* 2019;41(2):110-7.
69. Grabowski DC, O'Malley AJ, Barhydt NR. The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations. *Health Aff (Millwood).* 2007;26(6):1753-61.
70. Graverholt B, Riise T, Jamtvedt G, Ranhoff AH, Kruger K, Nortvedt MW. Acute hospital admissions among nursing home residents: A population-based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:126.
71. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: Frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(4):627-35.
72. Rantz MJ, Popejoy L, Vogelsmeier A, Galambos C, Alexander G, Flesner M, et al. Successfully reducing hospitalizations of nursing home residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(11):960-6.
73. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(11):994-1005.
74. Haines TP, Palmer AJ, Tierney P, Si L, Robinson AL. A new model of care and in-house general practitioners for residential aged care facilities: A stepped wedge, cluster randomised trial. *Med J Aust.* 2020;212(9):409-15.
75. Nouvenne A, Caminiti C, Diodati F, Iezzi E, Prati B, Lucertini S, et al. Implementation of a strategy involving a multidisciplinary mobile unit team to prevent hospital admission in nursing home residents: Protocol of a quasi-experimental study (MMU-1 study). *BMJ open.* 2020;10(2):e034742.
76. Pulst A, Fassmer AM, Schmiemann G. Unplanned hospital transfers from nursing homes: Who is involved in the transfer decision? Results from the HOMERN study. *Aging Clin Exp Res.* 2020.
77. Sampson EL, Feast A, Blighe A, Froggatt K, Hunter R, Marston L, et al. Evidence-based intervention to reduce avoidable hospital admissions in care home residents (the Better Health in Residents in Care Homes (BHiRCH) study): Protocol for a pilot cluster randomised trial. *BMJ open.* 2019;9(5):e026510.
78. Kirsebom M, Hedstrom M, Wadensten B, Poder U. The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;58(1):115-20.
79. Pulst A, Fassmer AM, Schmiemann G. Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: A systematic review of qualitative research. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):155.
80. Leutgeb R, Berger SJ, Szecsenyi J, Laux G. Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ open.* 2019;9(1):e025269.
81. Zúñiga F, De Geest S, Guerbaai RA, Basinska K, Nicca D, Kressig RW, et al. Strengthening geriatric expertise in Swiss nursing homes: INTERCARE implementation study protocol. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(10):2145-50.
82. Xing J, Mukamel DB, Temkin-Greener H. Hospitalizations of nursing home residents in the last year of life: Nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(11):1900-8.
83. Zeller A, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. [Nurses' experiences with aggressive behaviour of nursing home residents: A cross-sectional study in Swiss nursing homes]. *Pflege.* 2013;26(5):321-35.
84. Vogel B, De Geest S, Fierz K, Beckmann S, Zúñiga F. Dementia care worker stress associations with unit type, resident, and work environment characteristics: A cross-sectional secondary data analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP). *Int Psychogeriatr.* 2017;29(3):441-54.
85. Stutte K, Hahn S, Fierz K, Zúñiga F. Factors associated with aggressive behavior between residents and staff in nursing homes. *Geriatr Nurs.* 2017;38(5):398-405.
86. Dhaini S, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, et al. Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2015;53:105-15.



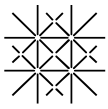
87. Rosen T, Pillemer K, Lachs M. Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggress Violent Behav.* 2008;13(2):77-87.
88. Ferrah N, Murphy BJ, Ibrahim JE, Bugeja LC, Winbolt M, LoGiudice D, et al. Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: A systematic review. *Age Ageing.* 2015;44(3):356-64.
89. Lachs MS, Teresi JA, Ramirez M, van Haitsma K, Silver S, Eimicke JP, et al. The prevalence of resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Ann Intern Med.* 2016;165(4):229-36.
90. Murphy B, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Deaths from resident-to-resident aggression in Australian nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(12):2603-9.
91. Rogers C. *Client-centered therapy.* Hachette, UK: Robinson; 2012.
92. Dewing J, McCormack B. Editorial: Tell me, how do you define person-centredness? *J Clin Nurs.* 2017;26(17-18):2509-10.
93. McCormack B, McCance T. The person-centred practice framework. In: McCormack B, McCance T, editors. *Person-centred practice in nursing and health care Theory and practice.* 2nd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2017. p. 36-64.
94. Höwler E. Beziehungsgestaltung in der Pflege. *Pflegezeitschrift.* 2018;71(11):39-42.
95. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2015;30(8):713-22.
96. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clin Interv Aging.* 2013;8:1-10.
97. Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(10):1395-415.
98. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging.* 2017;12:381-97.
99. Chenoweth L, Stein-Parbury J, Lapkin S, Wang A, Liu Z, Williams A. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212686.
100. Hunter PV, Hadjistavropoulos T, Thorpe L, Lix LM, Malloy DC. The influence of individual and organizational factors on person-centred dementia care. *Aging Ment Health.* 2016;20(7):700-8.
101. Killett A, Burns D, Kelly F, Brooker D, Bowes A, La Fontaine J, et al. Digging deep: How organisational culture affects care home residents' experiences. *Aging Soc.* 2016;36(1):160-88.
102. Caspar S, Le A, McGilton KS. The Responsive Leadership Intervention: Improving leadership and individualized care in long-term care. *Geriatr Nurs.* 2017;38(6):559-66.
103. Edvardsson D, Petersson L, Sjogren K, Lindkvist M, Sandman P-O. Everyday activities for people with dementia in residential aged care: Associations with person-centredness and quality of life. *Int J Older People Nurs.* 2014;9(4):269-76.
104. Caspar S, O'Rourke N. The influence of care provider access to structural empowerment on individualized care in long-term-care facilities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008;63(4):s255-s65.
105. Oppert ML, O'Keeffe VJ, Duong D. Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: A qualitative study. *Geriatr Nurs.* 2018;39(6):683-8.
106. Røen I, Kirkevold Ø, Testad I, Selbæk G, Engedal K, Bergh S. Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: A cross-sectional survey. *Int Psychogeriatr.* 2018;30(9):1279-90.
107. Toles M, Anderson RA. State of the science: Relationship-oriented management practices in nursing homes. *Nurs Outlook.* 2011;59(4):221-7.
108. Backman A, Ahnlund P, Sjögren K, Lövheim H, McGilton KS, Edvardsson D. Embodying person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers. *J Clin Nurs.* 2020;29(1-2):172-83.
109. Specht J. Quality of nursing home environments. *J Gerontol Nurs.* 2015;41(3):3-4.
110. Backhaus R, Van Rossum E, Verbeek H, Halfens R, Tan FES, Capezuti E, et al. Quantity of staff and quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *J Nurs Home Res Sci.* 2016;2:90-3.



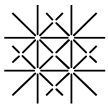
111. Backhaus R, Verbeek H, van Rossum E, Capezuti E, Hamers JP. Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: A systematic review of longitudinal studies. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(6):383-93.
112. Wodchis WP, Whitney B, McGilton KS, Parker B, Walker K, Burns T, et al. Determinants of quality in Ontario LTC homes. Toronto: Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto; 2015. Available from: <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/05/staff-survey-report.pdf>.
113. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(6):732-50.
114. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes - A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(9):1463-74.
115. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JPH, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(10):860-6.
116. Blumenfeld Arens O, Fierz K, Zúñiga F. Elder abuse in nursing homes: Do special care units make a difference? A secondary data analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Gerontology.* 2017;63(2):169-79.
117. Gaudenz C, De Geest S, Schwendimann R, Zúñiga F. Factors associated with care workers' intention to leave employment in nursing homes: A secondary data analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Journal of Applied Gerontology.* 2019;38(11):1537-63.
118. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, Engberg S, Zúñiga F. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes – a cross sectional survey study. *BMC Nurs.* 2016;15(1):37.
119. Tong M, Schwendimann R, Zúñiga F. Mobbing among care workers in nursing homes: A cross-sectional secondary analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project *Int J Nurs Stud.* 2016;66:72-81.
120. Formen des Arbeitsverhaltens. In: Nerdinger FW, Blickle G, Schaper N, editors. *Arbeits- und Organisationspsychologie.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2008. p. 443-58.
121. Grosso S, Tonet S, Bernard I, Corso J, De Marchi D, Dorigo L, et al. Non-nursing tasks as experienced by nurses: A descriptive qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2019;66(2):259-68.
122. Michel L, Waelli M, Allen D, Minvielle E. The content and meaning of administrative work: A qualitative study of nursing practices. *J Adv Nurs.* 2017;73(9):2179-90.
123. Cherry B, Ashcraft A, Owen D. Perceptions of job satisfaction and the regulatory environment among nurse aides and charge nurses in long-term care. *Geriatr Nurs.* 2007;28(3):183-92.
124. Braun D, Mauthner O, Zúñiga F. Rationing of nursing care: Exploring the views of care workers and residents in a Swiss nursing home. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(12):1138-9.
125. Morin D, Leblanc N. Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *Int J Nurs Pract.* 2005;11(5):214-20.
126. Nelson ST, Flynn L. Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatr Nurs.* 2015;36(2):126-30.
127. Alsubhi H, Meskell P, Shea DO, Doody O. Missed nursing care and nurses' intention to leave: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1830-40.
128. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage.* 2013;29(1):3-25.
129. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(10):2065-71.
130. Scannapieco FA, Shay K. Oral health disparities in older adults: Oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia. *Dent Clin North Am.* 2014;58(4):771-82.
131. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(11):2124-30.
132. Menghini G. *Zahnmedizinische Betreuung in Pflegeheimen.* Bern: Curaviva; 2015.



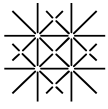
133. SBK-ASI, LangzeitSchweiz, Swiss Dental Hygienists. Positionspapier Mundgesundheits im Alter. Bern: SBK; 2019. Available from: https://www.sbk.ch/files/Shop/publikationen_de/1209/Mundgesundheits_dt.pdf.
134. Chiang TC, Huang MS, Lu PL, Huang ST, Lin YC. The effect of oral care intervention on pneumonia hospitalization, Staphylococcus aureus distribution, and salivary bacterial concentration in Taiwan nursing home residents: A pilot study. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1):374.
135. Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, et al. Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: The impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *Int Psychogeriatr.* 2001;13(1):93-106.
136. Henskens M, Nauta IM, Drost KT, Scherder EJ. The effects of movement stimulation on activities of daily living performance and quality of life in nursing home residents with dementia: A randomized controlled trial. *Clin Interv Aging.* 2018;13:805-17.
137. Tappen RM, Roach KE, Applegate EB, Stowell P. Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2000;14(4):196-201.
138. Roszell S, Jones CB, Lynn MR. Call bell requests, call bell response time, and patient satisfaction. *J Nurs Care Qual.* 2009;24(1):69-75.
139. Ali H, Li H. Evaluating a smartwatch notification system in a simulated nursing home. *Int J Older People Nurs.* 2019;14(3):e12241.
140. Voutilainen P, Isola A, Muurinen S. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(1):72-81.
141. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs.* 2006;56(5):514-31.
142. Schubert M, Ausserhofer D, Bragadóttir H, Rochefort CM, Bruyneel L, Stemmer R, et al. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *J Adv Nurs.* 2021;77(2):550-64.
143. Pekruhl U, Vogel C. Zusammenhänge zwischen ausgewählten Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit, Engagement und Erschöpfung von Arbeitnehmenden in der Schweiz. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft; 2018.
144. Cicolini G, Comparcini D, Simonetti V. Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *J Nurs Manag.* 2014;22(7):855-71.
145. McGilton KS, Chu CH, Shaw AC, Wong R, Ploeg J. Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2016;24(8):1007-26.
146. Rajamohan S, Porock D, Chang YP. Understanding the relationship between staff and job satisfaction, stress, turnover, and staff outcomes in the person-centered care nursing home arena. *J Nurs Scholarsh.* 2019;51(5):560-8.
147. Squires JE, Hoben M, Linklater S, Carleton HL, Graham N, Estabrooks CA. Job satisfaction among care aides in residential long-term care: A systematic review of contributing factors, both individual and organizational. *Nurs Res Pract.* 2015;2015:157924.
148. van den Pol-Grevelink A, Jukema JS, Smits CH. Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: A systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(3):219-29.
149. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J, et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):824.
150. Duffield CM, Roche MA, Homer C, Buchan J, Dimitrelis S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J Adv Nurs.* 2014;70(12):2703-12.
151. Buchan J, Shaffer FA, Catton H. Policy brief: Nurse retention. Philadelphia, PA: International Centre on Nurse Migration; 2018. Available from: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNM%20Nurse%20retention%20FINAL.pdf>.
152. Castle NG, Engberg J, Men A. Nursing home staff turnover: Impact on nursing home compare quality measures. *Gerontologist.* 2007;47(5):650-61.
153. Cohen-Mansfield J. Turnover among nursing home staff: A review. *Nurs Manage.* 1997;28(5):59.



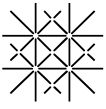
154. Lerner NB, Johantgen M, Trinkoff AM, Storr CL, Han K. Are nursing home survey deficiencies higher in facilities with greater staff turnover. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(2):102-7.
155. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Salanterä S. Nurses' intention to leave the profession: Integrative review. *J Adv Nurs.* 2010;66(7):1422-34.
156. Bratt C, Gautun H. Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *J Nurs Manag.* 2018;26(8):1074-82.
157. Chan ZC, Tam WS, Lung MK, Wong WY, Chau CW. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *J Nurs Manag.* 2013;21(4):605-13.
158. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: A literature review - an update. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(7):887-905.
159. McGilton KS, Boscart VM, Brown M, Bowers B. Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nursing staff. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(6):917-26.
160. Shin S, Park JH, Bae SH. Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Outlook.* 2018;66(3):273-82.
161. Stone R, Wilhelm J, Bishop CE, Bryant NS, Hermer L, Squillace MR. Predictors of intent to leave the job among home health workers: Analysis of the National Home Health Aide Survey. *Gerontologist.* 2017;57(5):890-9.
162. Zúñiga F, Chu CH, Boscart V, Fagertun A, Gea-Sánchez M, Meyer J, et al. Recommended common data elements for international research in long-term care homes: Exploring the workforce and staffing concepts of staff retention and turnover. *Gerontol Geriatr Med.* 2019;5:2333721419844344.
163. Branger K. Auf dem Weg zur Gleichstellung von Frau und Mann. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2019.
164. Samuel R, Berger L, Bergman MM. Lebensstile, Konsum und Zukunftsperspektiven junger Erwachsener in der Schweiz. Bern: Eidgenössische Jugendbefragungen ch-x, Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport; 2017.
165. Williams JC, Berdahl JL, Vandello JA. Beyond work-life "integration" *Annu Rev Psychol.* 2016;67:515-39.
166. Nilsen W, Skipstein A, Ostby KA, Mykletun A. Examination of the double burden hypothesis-a systematic review of work-family conflict and sickness absence. *Eur J Public Health.* 2017;27(3):465-71.
167. Weale VP, Wells Y, Oakman J. The relationship between workplace characteristics and work ability in residential aged care: What is the role of work-life interaction? *J Adv Nurs.* 2019;75(7):1427-38.
168. Zhang Y, Punnett L, Nannini A. Work-family conflict, sleep, and mental health of nursing assistants working in nursing homes. *Workplace Health Saf.* 2017;65(7):295-303.
169. Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R. Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *J Appl Psychol.* 1996;81(4):400-10.
170. Bae SH, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. *Nurs Outlook.* 2014;62(2):138-56.
171. Pérez-Fuentes MdC, Molero Jurado MdM, Martos Martínez Á, Gázquez Linares JJ. Analysis of the risk and protective roles of work-related and individual variables in burnout syndrome in nurses. *Sustainability.* 2019;11(20):5745.
172. van Dick R, Stegmann S. Sinnvolle Arbeit ist identitätsstiftend – Zur Bedeutung der sozialen Identifikation als Wirkmechanismus zwischen Bedeutsamkeit der Aufgabe und Arbeitseinstellungen / Meaningful work contributes to identity development – The role of social identification as a mediator of the task significance-job attitude relation. *Arbeit.* 2016;24(1-2):49-66.
173. Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2012.
174. Krane L, Larsen E, Nielsen C, Stapelfeldt C, Johnsen R, Risor M. Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: A qualitative study. *BMC Public Health.* 2014;14(1):880.
175. Schalk R. The influence of organizational commitment and health on sickness absenteeism: A longitudinal study. *J Nurs Manag.* 2011;19(5):596-600.



176. Brborović H, Daka Q, Dakaj K, Brborović O. Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review. *Int J Nurs Pract.* 2017;23(6):e12598.
177. Castle NG, Ferguson-Rome JC. Influence of nurse aide absenteeism on nursing home quality. *Gerontologist.* 2015;55(4):605-15.
178. Dhaini S, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, et al. Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. *Geriatr Nurs.* 2017;38(1):33-8.
179. Schneider D, Winter V, Schreyögg J. Job demands, job resources, and behavior in times of sickness: An analysis across German nursing homes. *Health Care Manage Rev.* 2018;43(4):338-47.
180. Dhaini S, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, et al. Absenteeism and presenteeism among care workers in Swiss nursing homes and their association with psychosocial work environment: A multi-site cross-sectional study. *Gerontology.* 2016;62(4):386-95.
181. Castle NG. Consistent assignment of nurse aides: Association with turnover and absenteeism. *J Aging Soc Policy.* 2013;25(1):48-64.
182. Davis KG, Kotowski SE. Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospitals, long-term care facilities, and home health care: A comprehensive review. *Hum Factors.* 2015;57(5):754-92.
183. Costello H, Walsh S, Cooper C, Livingston G. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2018;31(8):1-14.
184. Eidgenössisches Departement des Inneren, Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – Telefonischer und schriftlicher Fragebogen 2007. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sqb.html>.
185. Maslach C. *Burnout: The cost of caring.* Engelwood Cliffs, NY: Prentice Hall; 1982.
186. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(1):63-71.
187. Stocker D, Jäggi J, Künzi K, Goebel S, Zumstein N. *Fachkräfte-Erhalt in der Langzeitpflege – Ansätze zur Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen. Ein Handlungsleitfaden für Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen und Beratende. Arbeitspapier 51.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2020.
188. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. *Advanced practice nursing: An integrative approach.* St. Louis: Elsevier; 2014.
189. Benner P. *Stufen zur Pflegekompetenz.* Bern: Hogrefe; 2017.
190. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs.* 2013;69(10):2148-61.
191. Bakerjian D. Care of nursing home residents by advanced practice nurses: A review of the literature. *Res Gerontol Nurs.* 2008;1(3):177-85.
192. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud.* 2016;53:290-307.
193. Bell CL, Tamura BK, Masaki KH, Amella EJ. Prevalence and measures of nutritional compromise among nursing home patients: Weight loss, low body mass index, malnutrition, and feeding dependency. A systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(2):94-100.
194. Katz PR, Ryskina K, Saliba D, Costa A, Jung HY, Wagner LM, et al. Medical care delivery in US nursing homes: Current and future practice. *Gerontologist.* 2020.
195. Zúñiga F, Basinska K, Kressig RW, Zeller A, Simon M, für das INTERCARE-Forschungsteam. Das Projekt INTERCARE: pflegegeleitete Versorgungsmodelle in der Langzeitpflege. *Primary and Hospital Care.* 2017;17(14):270-1.
196. Bundesamt für Gesundheit und palliative ch. *Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt "Advance Care Planning". Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz.* Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2018.



197. Basinska K, Guerbaai RA, Simon M, De Geest S, Wellens NIH, Serdaly C, et al. A nurse-led care model to strengthen geriatric expertise in nursing homes: The development and content of the INTERCARE model. Basel: Nursing Science, Department Public Health, University of Basel; 2021.
198. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019.



7 Appendix

7.1 Hintergrund der Studie

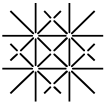
Die demografische Entwicklung der Schweiz, mit einem wachsenden Anteil älterer, länger lebender Menschen in der Gesellschaft, wird die Nachfrage nach Service- und Unterstützungsangeboten sowie den Bedarf an stationärer Versorgung mit Pflege und Betreuung in Zukunft ansteigen lassen. Trotz der zunehmenden Vielfalt an Wohn- und Versorgungsmodellen für ältere Menschen wird eine wachsende Anzahl älterer Menschen in Pflegeinstitutionen betreut.

Verschiedene Forschungsarbeiten haben sich diesem Versorgungsbereich in den letzten Jahrzehnten gewidmet, darunter auch die SHURP 2013-Studie, mit der ein besseres und umfassenderes Verständnis der Zusammenhänge zwischen organisatorischen Merkmalen der Pflegeinstitutionen und den Merkmalen von Bewohnern/-innen und dem Pflege- und Betreuungspersonal in Schweizer Pflegeinstitutionen erarbeitet wurde. Aus SHURP 2013 sind zahlreiche Publikationen entstanden, die sich mit der Pflegequalität, dem Missbrauch des älteren Menschen, Aggressionseignissen und impliziter Rationierung der Pflege auseinandersetzen und verschiedene Personalergebnisse genauer untersuchen, wie z. B. Mitarbeiterbindung, Arbeitszufriedenheit, Kündigungsabsicht, Arbeitsstress, Mobbing, Gesundheitsbeschwerden, Absentismus und Präsentismus (für eine Zusammenfassung der Resultate siehe <https://shurp.unibas.ch/vortraege-publikationen/>).

Aufbauend auf den mit SHURP 2013 gewonnenen Erkenntnissen und vor dem Hintergrund der Einführung der sogenannten nationalen Qualitätsindikatoren in der Langzeitpflege wurde das Folgeprojekt SHURP 2018 lanciert. Zweck der SHURP 2018-Studie ist insbesondere die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen diesen nationalen Qualitätsindikatoren und den Betriebs- und Personalmerkmalen, der Arbeitsumgebungsqualität und der Arbeitslast des Personals.

7.2 Studienziele

Mit SHURP 2018 soll ein besseres Verständnis dafür entwickelt werden, wie verschiedene Betriebs- und Personalfaktoren mit der Pflegequalität zusammenhängen. Dazu werden Betriebsmerkmale, Personalmerkmale und die Arbeitsumgebungsqualität der Pflegequalität gegenübergestellt. Die Pflegequalität wird mittels den neu eingeführten nationalen Qualitätsindikatoren gemessen, die da sind: Bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Schmerzen und Polymedikation. Weiter werden Daten zu ungeplanten Spitaleinweisungen gemessen und ausgewertet.



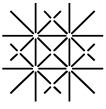
Die Ziele von SHURP 2018 sind:

1. Beschreibung von Betriebs- und Personalmerkmalen, der Arbeitsumgebungsqualität, Arbeitslast und dem Ausmass an impliziter Rationierung in Schweizer Pflegeinstitutionen.
2. Beschreibung von Bewohner/-innenmerkmalen und Bewohner/-innenergebnissen gemäss den nationalen Qualitätsindikatoren (bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Schmerz, Polymedikation) und der Rate an ungeplanten Hospitalisierungen.
3. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den Betriebs- und Personalmerkmalen, der Arbeitsumgebungsqualität, der Arbeitslast und impliziter Rationierung mit den Bewohner/-innenmerkmalen einerseits und den Bewohner/-innenergebnissen andererseits.
4. Identifizierung von Ansatzpunkten für die Personal- und Qualitätsentwicklung in Pflegeinstitutionen durch Feedback, Benchmarking und Regionaltreffen.

Dieser Bericht fokussiert die ersten beiden Ziele mit beschreibenden Resultaten aus der Studie. Für die Zusammenhangsanalysen (Ziel 3) werden verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen gemacht, die über die nächsten Jahre in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert werden. Das Ziel 4 wurde bereits erreicht, denn jede teilnehmende Pflegeinstitution hat 2-3 Monate nach Abschluss der Datenerhebung im eigenen Betrieb einen Bericht mit den individuellen Daten erhalten. Anfangs 2020 wurden zwei Benchmarking-Berichte versandt: der eine betonte den Vergleich über alle teilnehmenden Pflegeinstitutionen bezüglich der Bewohner/-innenergebnisse, der andere stellte Vergleiche bezüglich der Resultate zu den Betriebsmerkmalen und den Ergebnissen der Personalbefragung an. Diese Berichte waren ausschliesslich den teilnehmenden Betrieben zugänglich. Zwischen November 2019 und Februar 2020 fanden zudem 6 Regionaltreffen statt (4 in der Deutschschweiz und 2 in der Romandie), an denen insgesamt 58% der teilnehmenden Betriebe mitwirkten und sich über die Anwendung der Resultate im eigenen Betrieb austauschten.

7.3 Stichprobe und Rekrutierung

SHURP 2018 ist eine multizentrische Querschnittsstudie und basiert auf einer kostenpflichtigen, nicht-repräsentativen Gelegenheitsstichprobe. Die Rekrutierung erfolgte in zwei Etappen. In einem ersten Schritt wurden alle teilnehmenden Pflegeinstitutionen von SHURP 2013 angeschrieben. In einem zweiten Schritt wurden die Rekrutierungsbemühungen auf andere Pflegeinstitutionen ausgeweitet. Die Einschlusskriterien für interessierte Pflegeinstitutionen beinhalteten eine kantonale Anerkennung als Pflegeinstitution sowie das Benutzen der Arbeitsinstrumente RAI-NH, BESA oder PLAISIR/PLEX. Insgesamt haben 118 Pflegeinstitutionen aus den deutsch- und französischsprachigen Landesteilen der Schweiz an der Studie teilgenommen, der Kanton Tessin hat an dieser Studie nicht mitgewirkt.



7.4 Ablauf der Datenerhebung

Die Daten von SHURP 2018 wurden zwischen September 2018 und Oktober 2019 gesammelt. Die 118 teilnehmenden Pflegeinstitutionen konnten innerhalb dieses Zeitraums eine Zeitspanne von 2 Monaten wählen, während derer sie die Erhebung durchführten. Die Datenerhebung erfolgte auf drei Ebenen und mit unterschiedlichen Fragebögen: auf der Betriebsebene, der Abteilungsebene und der Personalebene der Pflegeinstitution. Für die Angaben zu den Bewohnern/-innen wurden Routinedaten und Administrativdaten gesammelt. Unten aufgeführt sind die Messinstrumente in der Übersicht:

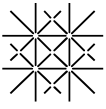
- Betriebsfragebogen
- Abteilungsfragebogen; Teil A (Abteilungsprofil) und Teil B (Befragung der Abteilungsleitungen)
- Personalfragebogen (unterschiedlicher Fragebogen je Berufsgruppe)
- Export von Routinedaten (RAI-NH, BESA, PLAISIR/PLEX)

Betriebsfragebogen. Die teilnehmenden Pflegeinstitutionen erhielten je einen Betriebsfragebogen für betriebsübergreifende Fragen. Der Fragebogen wurde von der Heimleitung oder der Leitung Pflege ausgefüllt. Er fokussierte organisatorische Merkmale der Einrichtung, einschliesslich einer Auswahl an Informationen zu Mitarbeitenden, Bewohnern/-innen und Pflegequalität. Für die Berechnung der Hospitalisierungsraten baten wir die Betriebe um Angaben zu der Anzahl Spitaleinweisungen über die letzten 12 Monate und die Anzahl Bewohner/-innentage in derselben Zeitperiode.

Abteilungsfragebogen. Weiter erhielten die teilnehmenden Pflegeinstitutionen für jede ihrer Abteilungen einen Abteilungsfragebogen. Dieser enthielt zwei Teile. Teil A thematisierte das Abteilungsprofil bzw. die Struktur der Abteilung (z. B. Schwerpunkte, Personalbesetzung) und wurde von der jeweiligen Abteilungsleitung ausgefüllt. Teil B fokussierte die Pflegequalität der Abteilung und deren Wahrnehmung aus Sicht der Abteilungsleitung. Das Ausfüllen von Teil B war freiwillig und pro Abteilung mehrfach möglich (z. B. für Co-Leitungen).

Personalfragebogen. Die Personaldaten wurden mit berufsspezifischen Fragebögen erhoben. Die teilnehmenden Pflegeinstitutionen erhielten dazu bis zu 3 unterschiedliche Ausführungen: einen Fragebogen für das Pflege- und Betreuungspersonal, einen für Pflegeexperten/-innen sowie einen dritten für das Personal mit nicht-pflegerischer Tätigkeit (z. B. Administration, Hotellerie).

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonymisiert. Die Fragebogen waren kodiert, um sie für Analysezwecke einem Betrieb oder einer Abteilung zuweisen zu können. Die Rücksendung erfolgte über individuelle, vorfrankierte Retourkuverts. Der Datenschutz wurde sichergestellt und alle Daten vertraulich behandelt. Die Studie wurde der zuständigen Ethikkommission zur Prüfung vorgelegt und als unbedenklich erklärt.



Routinedaten mit Bewohner/-innenangaben. Der Zugang zu den Routinedaten hing vom verwendeten Instrument ab. Betriebe, die mit RAI-NH arbeiteten, erhielten eine Anleitung für einen Datenexport der Bewohner/-innenangaben aus RAISOFT. Die Angaben wurden anonymisiert und elektronisch ans INS übermittelt. Für Betriebe, die mit BESA oder PLAISIR/PLEX arbeiteten, erfolgte der Export direkt über die verwaltende Firma (BESACare resp. EROS). Nach eingegangener Einverständniserklärung seitens des Betriebs übermittelten die Firmen die Daten direkt ans INS. Für die Betriebe, die mit PLAISIR/PLEX arbeiteten, war es zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht möglich, Angaben zu den Qualitätsindikatoren zu erhalten, es wurden nur soziodemografische Daten zu den Bewohnern/-innen erhoben.

7.5 Datenanalyse

Die eingegangenen Fragebogen wurden am INS kontrolliert, von der Firma FIFAS in Freiburg i. B. (D) erfasst und am INS ausgewertet. Die Korrektheit der Eingaben wurde mit systematischen Qualitätskontrollen sichergestellt. Die Datenanalysen erfolgten mit dem Statistikprogramm R. Zur Beschreibung der Betriebs-, Abteilungs- und Bewohner/-innenmerkmale sowie der soziodemografischen Angaben der Befragten wurden Prozentwerte, Mittelwerte (MA), Standardabweichungen (SD) und Streubreiten berechnet. Für die Resultate der Personalbefragung wurden jeweils prozentuale Anteile der zustimmenden Antworten berechnet.