



Benchmarkinitiative Pflege Konzept 1.0

mit einem Vorwort von Linda Aiken

Arbeitsgruppe B·IN Pflege

02.11.2022



Die Benchmarkinitiative B-IN Pflege ist ein Projekt für alle Krankenhäuser.

Es können sich alle Krankenhäuser an diesem Pflege-sensitiven Benchmark beteiligen, auch wenn sie keine Magnet®-Zertifizierung anstreben und sie auch nicht an der Magnet4Europe Studie teilnehmen.

Dieses Konzept wurde von der Arbeitsgruppe B-IN Pflege zusammen mit dem BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH, Hamburg (BQS Institut) erstellt.

Vertreter:innen der Initiativkliniken

Elena Wuzel, M.Sc., Deutsches Herzzentrum Berlin,
Ronny Czäczine, M.A., BG Klinikum Bergmannstrost Halle gGmbH,
Gabriele Grässer, Universitäts- und Rehabilitationsklinik Ulm,
Max Röser, Dipl. Pflegewirt FH, Kreisklinken Reutlingen GmbH
Jenny Wiebe M.Sc., Patrick Focken, M.Sc., Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH

Kontaktstelle für das B-IN Pflege Verfahren

C. Gurisch, wissenschaftliche Mitarbeiterin, BQS Institut
Dr. Christof Veit, Institutsleiter, BQS Institut
Mail: bin.pflege@bqs.de

Das **BQS Institut** ist durch das American Nursing Credentialing Center (ANCC) als Zentralstelle (Vendor) für das Magnet®-Benchmark-Verfahren in Deutschland akkreditiert. Es ist die Projektstelle für das B-IN Pflege Verfahren und Vertragspartner für die teilnehmenden Krankenhäuser. **Anfragen** können gerne über die genannte Email-Adresse zugesandt werden.

Aktuelle Informationen zum Verfahren einschließlich des Verfahrenskonzepts in seiner neuesten Version werden auf der Webseite www.bqs.de veröffentlicht. Darüber hinaus informiert ein Newsletter fortlaufend über das Verfahren. Dieser kann über die genannte Email-Adresse oder über die Webseite kostenlos abonniert werden.

Das Konzept wird laufend weiterentwickelt. Es gilt stets die aktuellste Version, die von der gemeinsamen Steuergruppe autorisiert wurde, und die zeitnah über die oben genannten Kontaktmöglichkeiten bezogen werden kann.

Alle Angaben in diesem Konzept erfolgen ohne Gewähr.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	3
Vorwort von Linda Aiken.....	4
Vorwort des Autorenteam 6	6
1 Herkunft und Ursprung der B·IN Pflege.....	7
2 Ziele der B·IN Pflege.....	8
3 Beteiligungsmöglichkeit, Input und Output	8
4 Kennzahl-basiertes Benchmarking	10
4.1 Abgestufte Dokumentation	10
4.2 Fragestellungen für Prävalenzen und Inzidenzen	11
4.3 Kennzahlen für die Startphase	11
5 Kennzahlen für die stationäre Versorgung.....	12
5.1 Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera (stationär).....	12
5.2 Stürze mit Verletzungsfolge (stationär)	13
5.3 Multiresistente Erreger (MDRO/MRE) (stationär)	15
5.4 Device assoziierte Dekubitalulzera (stationär).....	17
6 Kennzahlen für die ambulante Versorgung in Krankenhäusern.....	18
6.1 Stürze mit Verletzungsfolge (ambulant)	18
6.2 Brandverletzungen (ambulant)	20
7 Befragungen	22
7.1 Patient:innen-Befragung	22
7.2 Mitarbeitenden-Befragung (MA, EP20E)	23
8 Die Komponenten des B·IN Pflege Verfahrens.....	25
8.1 Input	25
8.1.1 Datensätze.....	26
8.1.2 Datenschutz.....	26
8.1.3 Projektportal	26
8.1.4 Datenvalidierung	27
8.2 Verarbeitung der Daten	27
8.3 Bewertung der Ergebnisse und Output	27
8.4 Steuerung der Benchmarkinitiative	28

9	Ausblick.....	29
9.1	Nächste Ziele und Etappen.....	30
10	Arbeitsgruppe: Dank und weitere Zusammenarbeit.....	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Spezifikation der Kennzahl „Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera (stationär)“	12
Tabelle 2: Spezifikation der Kennzahl „Stürze mit Verletzungsfolge (stationär)“	14
Tabelle 3: Spezifikation der Kennzahl „Multiresistente Erreger stationär“	15
Tabelle 4: Spezifikation der Kennzahl Device assoziierte Dekubitalulcera (stationär)	17
Tabelle 5: Spezifikation der Kennzahl „Stürze mit Verletzungsfolge (ambulant)“	19
Tabelle 6: Spezifikation der Kennzahl Brandverletzungen (ambulant)	20

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Input und Output im B·IN Pflege Verfahren	9
Abbildung 2: Die Komponenten der Umsetzung der B·IN Pflege	25
Abbildung 3: Arbeitsgruppe zur Erstellung des B·IN Pflege Konzepts	32

Vorwort von Linda Aiken

Frau Prof. Linda Aiken ist eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin und Professorin für Soziologie mit einer Reihe herausragender wissenschaftlicher Affiliationen. Sie hat über viele Jahre die Entwicklung und Umsetzung des Magnet®-Konzepts in den USA und international entscheidend geprägt und leitet die Interventionsstudie Magnet4Europe.

Für das erste umfassende Verfahrenskonzept von B·IN Pflege hat Sie ein Vorwort geschrieben. Dieses ist auf der Folgeseite in der Originalfassung nachzulesen. Sie beschreibt darin die Ziele und die Bedeutung des Magnet®-Verfahrens für die Pflege und die Weiterentwicklung des gesamten Gesundheitswesens. An dieser Stelle fügen wir eine Übersetzung jenes Abschnitts in deutscher Version ein, der sich spezifisch als Grußwort an das B·IN Pflege Verfahren wendet.

Measuring and Comparing Hospital Outcomes Is Essential to Creating a Learning Organization

Linda H Aiken, PhD, RN, FAAN, FRCN
Co-Director of Magnet4Europe
Professor, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

„Eine der aufregenden Entwicklungen im Rahmen von Magnet4Europe sind die Bestrebungen des Zusammenschlusses von Magnet4Europe-Krankenhäusern in Deutschland, eine Möglichkeit für europäische Krankenhäuser zu schaffen, gebräuchliche Outcome-Messungen zu erheben und ihre Ergebnisse mit denen anderer Einrichtungen in Deutschland und anderen europäischen Ländern vergleichen zu können. Wir wünschen dem Projekt, dass diese Bemühungen von den anderen Krankenhäusern begrüßt und gefördert werden. Dies wird wichtig sein, damit eine relevante Benchmarking-Möglichkeit geschaffen werden kann, um europäische Krankenhäuser bei der Transformation ihrer Arbeitsumgebung leiten zu können. So können sie für hochqualifizierte Fachkräfte des Gesundheitswesens attraktiver werden und diese an sich binden. Dies ist ein Weg zum Wohl der Krankenhausmitarbeiter:innen und zu exzellenter Versorgungsqualität.“

(Prof. Linda Aiken, September 2022, persönliches Vorwort, übersetzter Ausschnitt, Original des Vorworts siehe folgende Seite)

Measuring and Comparing Hospital Outcomes Is Essential to Creating a Learning Organization

Linda H Aiken, PhD, RN, FAAN, FRCN
Co-Director of Magnet4Europe
Professor, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

Evidence-based clinical care and management decisions are a distinguishing feature of excellent healthcare organizations. It is well established that benchmarking outcomes across institutions motivates improvement. Creating and using evidence to guide practice and management decisions allows institutions to learn how to perform better. Learning to be better requires an information infrastructure that provides accessible feedback to clinicians and management to evaluate how well the organization is performing compared to both internal and external benchmarks. The amount of information collected in healthcare organizations is increasing rapidly but most of this potentially valuable information is not easily useable to drive improvement and maintenance of clinical excellence. And opportunities are scarce to compare outcomes with external peer organizations that is important in learning to be better.

Magnet4Europe is a European Commission-funded initiative in Germany and 5 other European countries to transform hospital clinical work environments to improve clinician and patient outcomes. The Magnet Model which is at the center of the Magnet4Europe initiative has been shown by hundreds of studies to result in improved hospital workforce, patient, and financial outcomes. A central element is outcomes benchmarking to inform and encourage quality improvement over time. But quality benchmarking opportunities have been found to be scarce in Europe resulting in interested European hospitals benchmarking their outcomes against those of organizations in countries with differently organized and financed health care systems such as the USA that calls into question the validity and usefulness of the benchmarks.

One of exciting developments in Magnet4Europe are efforts led by a consortium of Magnet4Europe hospitals in Germany to create an opportunity for European hospitals to collect common outcome measures and be able to benchmark their results against peer institutions in Germany and elsewhere in Europe. We hope that this effort will be welcomed and encouraged by other hospitals which will be essential to creating a relevant benchmarking opportunity to guide European hospitals in transforming their work environments to attract and retain highly qualified health care providers and result in clinician wellbeing and excellent quality of care.

Pennsylvania, 5th October 2022

Vorwort des Autorenteam

Die Benchmarkinitiative Pflege ist aus der Feststellung heraus entstanden, dass ein transparenter Datenvergleich von pflegesensitiven Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in Deutschland bisher nicht möglich ist. Diese fehlende Vergleichbarkeit war Antrieb und Motivation, eine Möglichkeit zur Lösung dieser Situation zu schaffen. Unter Einbindung zahlreicher Pflegewissenschaftler:innen, Pflegemanager:innen, Pflegeexpert:innen, Pflegeexpert:in APN (Advanced Practice Nurse) und Qualitätsentwickler sowie dem BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit ist es gelungen, ein standardisiertes Verfahren zu erarbeiten, um Daten erfassen und vergleichen zu können. Auch in anderen europäischen Ländern mangelt es den Krankenhäusern an einer Möglichkeit, pflegerische Versorgungsqualität anhand von Indikatoren abzubilden und sichtbar zu machen. Damit bietet sich die Chance, neben einem Vergleich und Austausch deutscher Krankenhäuser perspektivisch auch europäische Partner einzubinden.

Zunächst aber ist dieses Konzept auch eine Einladung an alle Krankenhäuser, sich über die B·IN Pflege zu informieren, teilzunehmen, selbst davon zu profitieren und an der Weiterentwicklung der Initiative mitzuwirken.

1 Herkunft und Ursprung der B·IN Pflege

Die Benchmark-Initiative wurde von fünf deutschen Kliniken gegründet, die sich im Rahmen der Magnet4Europe-Studie untereinander vernetzten. In der Studie wird eine evidenzbasierte Intervention umgesetzt, die auf dem Magnet®-Programm basiert - einer Zertifizierung von Krankenhäusern durch das ANCC zur Auszeichnung exzellenter Patient:innenversorgung und ebenso exzellenten Arbeitsumfeld. Das Ziel des Maßnahmenbündels ist die Verbesserung von Versorgungsqualität durch die erfolgreiche Kombination der Qualitätsorientierung mit der Verbesserung der Mitarbeitenden-Orientierung, so dass das mentale Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit von Krankenhausmitarbeiter:innen wieder zunimmt. Das Magnet®-Programm entwickelte sich in den USA als Reaktion auf einen Mangel an Pflegekräften in den 1990er Jahren. Eine von der American Academy of Nursing in Auftrag gegebene Studie identifizierte 41 Krankenhäuser, die im Vergleich zu anderen Kliniken erfolgreicher Pflegepersonal gewinnen und halten konnten. Diesen Krankenhäusern wurde eine Sogwirkung (bzw. Magnetwirkung) auf das Personal zugesprochen. Sie wiesen 14 Gemeinsamkeiten auf. Diese Gemeinsamkeiten, später als "Magnetkräfte" bezeichnet (Haller, Berends & Skillin, 2018¹), wurden als Komponenten im sog. Magnet-Modell zusammengefasst.

Die Magnet®-Komponente „Empirical Outcome“ erfordert ein Benchmark pflegesensitiver Qualitätsindikatoren. Jedoch gab es in Deutschland hierfür bisher keine einheitliche Datengrundlage noch existierte ein System, um sich in diesen pflegebezogenen Aspekten mit anderen Kliniken zu vergleichen. Die fünf Kliniken sahen sich somit gemeinsam der Herausforderung gegenübergestellt, entsprechende Prozesse zu initiieren, um ein auf pflegesensitiven Daten basierendes Benchmark-System aufzubauen. Hieraus entstand schließlich die Initiative, die mit dem BQS Institut einen unterstützenden Projektpartner gefunden hat. Durch die Zusammenarbeit mit der TU Berlin, verantwortlich für die Koordination der Magnet4Europe-Studie in Deutschland, konnte zusätzlich Unterstützung gewonnen werden. Seither erreicht die Initiative viel Aufmerksamkeit und Interesse. In Deutschland schlossen sich in kürzester Zeit über 20 Kliniken der Initiative an, um am Aufbau eines solchen Systems mitzuwirken und die gemeinsame Grundlage für einen erfolgreichen Vergleich von pflegesensitiven Qualitätsindikatoren zu schaffen.

Weiterführende Informationen zur Magnet4Europe-Studie finden sich unter folgenden Links:

<https://www.magnet4europe.eu/deutschland.html>

<https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>

¹ Haller K., Berends W., & Skillin P. Organizational culture and nursing practice: the magnet recognition program® as a framework for positive change. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2018; 29(3), 328-335.

2 Ziele der B·IN Pflege

Das übergeordnete Ziel der B·IN ist es, die pflegerische Versorgungsqualität in deutschen Kliniken abzubilden und zu verbessern. Perspektivisch ist auch eine Erweiterung des Fokus auf Europa denkbar. Als ein wichtiger Baustein in der Professionalisierung der Pflege wird mit Hilfe eines Benchmarks der pflegerische Anteil im Versorgungsprozess sichtbar. Die Messung sensibler Indikatoren ermöglicht den Anteil pflegerischer Versorgungsqualität darzustellen und gegebenenfalls Verbesserungspotentiale zu identifizieren. Die dadurch entstehende Transparenz schafft eine Grundlage dafür, sich zu vergleichen, voneinander zu lernen und anhand erfolgreich angewandter Strategien im Sinne von Best Practice Beispielen die eigene Pflegequalität weiter fördern und steigern zu können und dies auch transparent darstellen zu können.

Durch die Zusammenarbeit aller Kliniken - unabhängig von der Trägerschaft und des Versorgungsschwerpunkts - wird es möglich, die Voraussetzungen für eine einheitliche, evidenzbasierte pflegerische, ambulante und stationäre Versorgung in Krankenhäusern zu schaffen. Das Benchmarking motiviert zur Entwicklung von Strategien und Maßnahmen, die die Pflege und das gesamte Unternehmen kontinuierlich vorwärts bringen, da die hohen Leistungen der Best-Practice Einrichtungen als Motivation für die eigene Umsetzung dienen können. Gleichzeitig berücksichtigt das Konzept, dass qualitative Verbesserungen in kooperativen Versorgungsstrukturen immer von einer Kultur der konstruktiven Zusammenarbeit profitieren.

3 Beteiligungsmöglichkeit, Input und Output

Die B·IN Pflege steht allen Krankenhäusern offen.

Es sind alle Krankenhäuser eingeladen, die ihre eigene Pflegequalität mit anderen Krankenhäusern vergleichen und die an den Möglichkeiten eines deutschen Benchmarking von Pflegequalität mitwirken wollen, zum Vorteil für ihre Einrichtung als auch für die Pflege in Deutschland.

Krankenhäuser, die am Benchmark interessiert sind, haben folgende Optionen des Vergleichs:

- 1) Pflegesensitive Qualitätsindikatoren
- 2) Befragung der Mitarbeitenden
- 3) Befragung der Patient:innen

Jedes Krankenhaus entscheidet für sich, welche der Optionen es für sich nutzen möchte. Abbildung 1 zeigt Input und Output des B·IN Pflege Verfahrens.

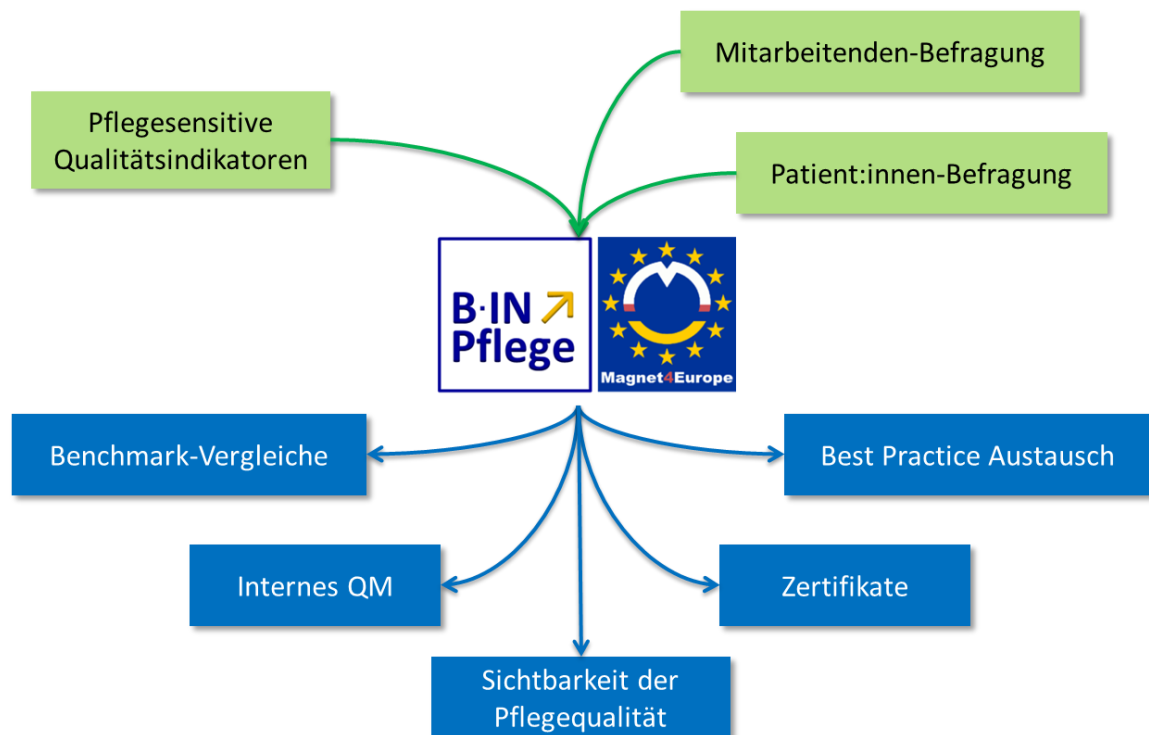


Abbildung 1: Input ■ und Output ■ im B·IN Pflege Verfahren

Das B·IN Pflege Verfahren beruht auf einer **partizipativen Qualitätskultur**, einer explizit gelebten **Patient:innen- und Mitarbeitenden-Orientierung** sowie auf einer **datenbasierten Steuerung** der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität.

Es werden pflegesensitive Benchmark-Daten sowie die Ergebnisse von Patient:innen- und Mitarbeitenden-Befragungen als Grundlage der Verbesserungsprozesse genutzt. Das **Benchmark** liefert den teilnehmenden Einrichtungen eine Einordnung der eigenen Ergebnisse im zeitlichen Verlauf und vor allem im fairen Vergleich mit anderen Einrichtungen – sei es dem Gesamtpool oder mit Vergleichsgruppen strukturell ähnlicher Krankenhäuser und Fachabteilungen.

Diese Benchmark-Vergleiche auf der Basis pflegesensitiver Kennzahlen sind eine wichtige Quelle für das **interne Qualitätsmanagement** und zeigen im fortlaufenden quartalsweisen Monitoring die Wirksamkeit von Maßnahmen. Durch den intensiven Erfahrungsaustausch mit den anderen teilnehmenden Krankenhäusern gibt es eine hervorragende Möglichkeit von **Best Practice** Verfahren zu lernen.

Zertifikate des B·IN Pflege Projekts bescheinigen die erfolgreiche Teilnahme an diesen Maßnahmen und deren Umsetzung.

Nicht zuletzt wird **die Sichtbarkeit der Pflegequalität** auf Basis des bundesweiten Benchmark-Verfahrens in der Diskussion der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle spielen. Die Öffnung des Benchmarkpools für **Krankenhäuser anderer europäischer Län-**

der wird Vergleiche ermöglichen, die für eine datenbasierte Darstellung der Schwächen und Stärken des deutschen Gesundheitswesens, insbesondere auch im Hinblick auf die Rolle und Bedeutung der Pflege für die Versorgungsqualität, wichtige Daten liefert.

4 Kennzahl-basiertes Benchmarking

Die beiden großen Erfassungsbereiche der Benchmarkinitiative und des Magnet[®]-Verfahrens sind

- das Kennzahl-basierte Benchmarking (siehe Kapitel 4) und
- die Befragungen (siehe Kapitel 7).

Für bestimmte Aspekte der Pflegequalität werden Daten gesammelt, um daraus Benchmark-Kennzahlen zu berechnen. Für die Startphase sind zunächst vier Kennzahlen vorgesehen, die zukünftig um weitere Kennzahlen ergänzt werden, sowie die Befragungen von Patient:innen und Mitarbeitenden.

4.1 Abgestufte Dokumentation

Für die Dokumentation ist ein abgestuftes Verfahren vorgesehen. Um den Aufwand für die Pflegenden und ihre Einrichtungen gering zu halten, wird für das zentrale Benchmarking eine sehr schlanke Dokumentation gewählt.

Selbstverständlich kann anhand der einfachen Kennzahlen Pflegequalität noch nicht ausreichend abgebildet werden. Vielmehr werden die einzelnen Kennzahlergebnisse eine Triggerfunktion haben und Impulse setzen, um über ergänzende Informationen zu aussagefähigen Bewertungen und Vergleichen zu kommen.

Daher wird den Krankenhäusern nachdrücklich empfohlen, intern eine detailliertere Dokumentation vorzunehmen, um bei Auffälligkeiten genügend Informationen für weitere Analysen zu haben. Dies kann jedoch jede Einrichtung für sich selbst gestalten.

Um künftig noch aussagefähigere Vergleiche zu ermöglichen, ist daran gedacht, auf Basis der ersten Ergebnisdiskussionen Anfang 2023 pragmatische Standards für die ergänzende Dokumentation in den Krankenhäusern zu erarbeiten und vorzuschlagen (siehe Kapitel 8.1).

4.2 Fragestellungen für Prävalenzen und Inzidenzen

Die Daten, die für die Kennzahlen dokumentiert werden sollen, wurden bzw. werden nach folgenden Schemata entwickelt:

Die patientenbezogenen Daten teilen sich in vier Informationen:

- Handelt es sich um eine(n) Patient:in der Grundgesamtheit?
- Liegt das zu beobachtende Merkmal vor?
- Wann wurde diese Beobachtung gemacht?
- Welcher Organisationseinheit (Station o.ä.) ist die/der Patient:in zugeordnet?

Die inzidenzbezogenen Daten teilen sich in folgende vier Informationen:

- Welches ist der Beobachtungszeitraum?
- Welches ist die betrachtete Organisationseinheit?
- Welchen Umfang hat die Grundgesamtheit (z.B. Anzahl Pflgetage)?
- Wie häufig wurde das Merkmal im entsprechenden Zeitraum beobachtet?

Alle bislang diskutierten Kennzahlen beziehen das Auftauchen eines Merkmals (z.B. adverses Ereignis) auf eine Grundgesamtheit (z.B. bestimmte Patientengruppe) in Form eines **Anteils in Prozent**, wenn die Merkmalsträger automatisch in der Grundgesamtheit enthalten sind (Anzahl Patient:innen mit einem Merkmal in Bezug auf alle Patient:innen einer Fachabteilung), oder in Form einer **Relation**, wenn die Merkmalsmenge nicht in der Bezugsmenge enthalten ist (Anzahl Patient:innen mit einem Merkmal innerhalb eines Beobachtungszeitraums bezogen auf die Anzahl Pflgetage einer bestimmten Patient:innen-Gruppe).

4.3 Kennzahlen für die Startphase

Für den stationären Bereich wurden folgende Kennzahlen als Startset ausgewählt:

- Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera
- Stürze mit Verletzungsfolgen
- Device-assoziierte Dekubitalulzera
- Multiresistente Organismen

Für die ambulanten Versorgungsbereiche in den Krankenhäusern (z. B. ambulante OP-Zentren, Institutsambulanzen) kommen folgende Kennzahlen zur Anwendung:

- Stürze mit Verletzungsfolgen
- Brandverletzungen in operativen Settings

Die aktuelle Kennzahlauswahl entspricht einem Teil der pflegesensitiven Indikatoren des Magnet®-Konzepts. Bei den Dekubitalulzera und den Stürzen hat die Arbeitsgruppe für die B·IN Pflege die Kennzahlen fachlich weiterentwickelt.

Weitere pflegesensitive Kennzahlen sind geplant, sobald der Routinebetrieb mit dem ersten Set an Kennzahlen gut läuft.

5 Kennzahlen für die stationäre Versorgung

5.1 Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera (stationär)

Tabelle 1: Spezifikation der Kennzahl „Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera (stationär)“

Grundgesamtheit	Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit im Quartal
Kennzahl 1 (B-IN Pflege)	
Selektionskriterium	Anzahl Patient:innen mit mindestens einem neu entstandenen Dekubitalulkus (alle sechs Kategorien nach EPUAP sind zu berücksichtigen)
Kennzahl 2 (Magnet®)	
Selektionskriterium	Anzahl Patient:innen mit mindestens einem neu entstandenen Dekubitalulcus der Kategorie 2, 3 oder 4. (nach EPUAP) Dekubitalulzera der anderen drei Kategorien (1, 5 und 6) werden nicht gezählt. (Festlegung von ANCC)
Ausschlusskriterium	Keine Ausschlusskriterien
Bezugsebene	Organisationseinheit (z.B. Station)
Erhebungsquelle	- Patientendokumentation, elektronische Patientenakte
Erhebungsmethode	- Dokumentenanalyse, Datenexport
Zu exportierende Datenfelder	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit im Quartal - Fallzahl - Anzahl der Patient:innen, die im dokumentierten Quartal stationär einen Dekubitus neu entwickelt haben. <p>Anmerkung zur Organisationseinheit: Sind an unterschiedlichen Behandlungsorten innerhalb des Krankenhauses Dekubitalulzera entstanden, so ist die Organisationseinheit zu dokumentieren, in der erstmals ein Dekubitus dokumentiert wurde, der bei Aufnahme ins Krankenhaus noch nicht bestand.</p>
Anregung zur internen Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationseinheit, die die Patient:in behandelt hat, als der Dekubitus entstanden ist. <p>Darüber hinaus wird empfohlen, intern folgende Informationen zu speichern, um später datenbasiert die Ergebnisse diskutieren zu</p>

	<p>können:</p> <ul style="list-style-type: none">- Anzahl, Kategorie und Lokalisation der Dekubitalulzera- Weitere Details zum medizinisch-pflegerischen Kontext- Details zu Risikofaktoren <p>Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, wie die Ergebnisse intern diskutiert werden und welche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind.</p> <p>Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden.</p>
--	--

5.2 Stürze mit Verletzungsfolge (stationär)

Definition „Sturz“ gem. Expertenstandard:

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene aufkommt.²

Definition „Beinahe-Sturz“:

Unter Beinahe-Sturz werden begleitete Stürze verstanden, bei denen eine weitere anwesende Person die stürzende Person zumindest zu einem Teil oder ganz auffangen kann.

Definition „Verletzung“:

Eine Verletzung wird definiert als jede von außen einwirkende Verwundung der körperlichen Integrität.

Als Verletzungen sind anzusehen:

- Schwellung und Prellung
- Hämatome und Blutungen
- Läsion/Schürf- oder Platzwunde
- Schädel-Hirn-Trauma (z.B. Commotio cerebri, cerebrale Blutung).
- Frakturen

Mehrfachangaben sind möglich.

Kennzahlen zum Thema Sturz

Für die Stürze mit Verletzungsfolge im ambulanten Versorgungsbereich werden zwei Kennzahlen gebildet, eine Version von Magnet® und eine Version der B-IN Pflege.

Sturz-stationär-mit-Verletzung (Magnet®): Die Magnet®-relevante Kennzahl erfasst nur Stürze mit Verletzung.

² Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 2013, <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18430>

Sturz-stationär-mit-Verletzung (B·IN Pflege): Die B·IN Pflege Kennzahl erfasst alle Stürze und Beinahe-Stürze (begleitete Stürze) ohne Unterscheidung, ob eine Verletzung auftrat oder nicht.

Tabelle 2: Spezifikation der Kennzahl „Stürze mit Verletzungsfolge (stationär)“

Grundgesamtheit	Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit im Quartal
Kennzahl 1 (B·IN Pflege)	
Selektionskriterium	Alle Sturz- und Beinahe-Sturz-Ereignisse (begleiteter Sturz) eines Quartals.
Kennzahl 2 (Magnet®)	
Selektionskriterium	<p>Alle Sturz- und Beinahe-Sturz-Ereignisse mit Verletzungsfolge im engeren Sinn* (nach Magnet®-Definition) eines Quartals.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwundung der inneren Integrität durch äußere Gewalt-einwirkung. <p>Alle nach einem Sturz aufgetretenen Blutungen und Hämatome sind als Verletzung zu berücksichtigen (z.B. auch Nasenblutung, Blutung in Folge des Sturzes gezogenem Katheter) Schmerzen und Beschwerden und/oder durch den Sturz sich ergebender besonderer Pflegebedarf werden nicht berücksichtigt.</p>
Ausschlusskriterium	Keine Ausschlusskriterien
Bezugsebene	Organisationseinheit (z.B. Station)
Erhebungsquelle	- Patientendokumentation, elektronische Patientenakte
Erhebungsmethode:	- Dokumentenanalyse, Datenexport
Zu exportierende Datenfelder	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit im Quartal - Fallzahl - Anzahl der Sturzereignisse mit Verletzungsfolge, die sich im dokumentierten Quartal ereigneten.
Anregung zur internen Dokumentation	<p>Darüber hinaus wird empfohlen, intern folgende Informationen zu speichern, um später datenbasiert die Ergebnisse hausintern und ggf. auch in AG-Gruppen diskutieren zu können:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nähere Beschreibung des Sturzhergangs - Nähere Beschreibung der Sturzfolgen - Details zu Risikofaktoren der Patient:innen

	<p>Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, welche Maßnahmen zur Sturzprävention durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind.</p> <p>Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden. Weitere Empfehlungen zu ergänzenden Dokumentationen sollen im Verlauf des Projekts erarbeitet werden.</p>
--	--

5.3 Multiresistente Erreger (MDRO/MRE) (stationär)

Definition Nosokomiale Infektion: Eine Infektion kann dann als nosokomial eingestuft werden, wenn der Infektionstag, d. h. der Tag mit dem ersten Symptom, frühestens der Tag 3 des Krankenhausaufenthaltes ist (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Robert Koch-Institut, Juni 2017)

Multiresistente Erreger (MRE; Multi Drug Resistant Organisms MDRO) sind Bakterien, gegen die die meisten Antibiotika unwirksam geworden sind. Dazu gehören unter anderem Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) und multiresistente gramnegative Stäbchen (MRGN). Für die Kennzahl sollen alle Infektionen dokumentiert werden, die durch Erreger bedingt sind, die in ICD U80 oder U81 aufgelistet sind.

Tabelle 3: Spezifikation der Kennzahl „Multiresistente Erreger stationär“

Kennzahl 1 (Versorgung gescreenter Patient:innen mit MRE)	
Grundgesamtheit	Anzahl Patient:innen, die nach RKI Definition gescreent wurden (im Quartal).
Selektionskriterium	Alle gescreenten Patient:innen mit MRE
Qualitätsfokus	pflegeorganisatorische Fragen in der weiteren Versorgung
Kennzahl 2 (Keimverschleppung nach primär negativem Screening)	
Grundgesamtheit	Anzahl Patient:innen, die nach RKI Definition gescreent wurden (im Quartal) und die negativ waren.
Selektionskriterium	Alle primär negativ gescreenten Patient:innen, bei denen später eine Nosokomiale Infektion mit MRE entdeckt wird (keine Kolonisation auf der Haut oder der Nase)
Qualitätsfokus	Zeichen für Keimverschleppung

Ausschlusskriterium	Keine Ausschlusskriterien
Bezugsebene	Organisationseinheit (z.B. Station)
Erhebungsquelle	- Interne Daten (z.B. aus dem KISS-Projekt des RKI/NRZ)
Zu exportierende Datenfelder für jede der drei Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Fallzahl insgesamt - Anzahl Patient:innen in der jeweiligen Grundgesamtheit der Kennzahlen 1-3 - Anzahl der Patient:innen, für die das Selektionskriterium der Kennzahlen 1-3 zutrifft. - Screeningrate bei Aufnahme
Anregung zur internen Dokumentation	<p>Darüber hinaus wird empfohlen, intern Informationen zu speichern, um später datenbasiert die Ergebnisse diskutieren zu können:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nähere Beschreibung des Keims, der Infektion und der angenommenen Infektionsquelle - Maßnahmen, die im Krankenhaus Standard sind zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und zum Umgang mit MRE. - Maßnahmen, die nach Bestätigung des Vorliegens einer Infektion mit einem MRE getroffen wurden, um den/die Patient:in weiter zu behandeln, die Infektionsquelle zu finden (z. B. Kontaktverfolgung), und um weitere Infektionen zu verhindern. <p>Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden. Weitere Empfehlungen zu ergänzenden Dokumentationen sollen im Verlauf des Projekts erarbeitet werden.</p>
Ausfüllhinweis	- Erfassungszeitraum: jedes Quartal komplett (Vollerhebung)

Künftig sollen auch **Katheter-assoziierte Infektionen** über entsprechende Kennzahlen abgebildet werden. In der Anfangszeit können noch spezifische Organisationsbereiche selektiert werden, für die entsprechende Statistiken vorliegen (z.B. aus dem KISS Projekt). Künftig sollen entsprechende Daten aus allen Bereichen vorgelegt werden, in denen Pflege mit entsprechender Verantwortlichkeit an der Versorgung beteiligt ist.

5.4 Device assoziierte Dekubitalulzera (stationär)

Tabelle 4: Spezifikation der Kennzahl Device assoziierte Dekubitalulcera (stationär)

Kennzahl	
Grundgesamtheit	Alle Pflgetage im Quartal
Selektionskriterium	Anzahl Patient:innen mit neu entstandenem Device-assoziertem Dekubitalulcus [Es werden darunter auch Druckverletzungen der Schleimhaut subsummiert.]
Ausschlusskriterium	Keine Ausschlusskriterien
Bezugsebene	Organisationseinheit
Erhebungsquelle	- Patientendokumentation, elektronische Patientenakte
Erhebungsmethode:	- Dokumentenanalyse, Datenexport
Zu exportierende Datenfelder	- Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Anzahl der Pflgetage in der Organisationseinheit im Quartal - Fallzahl - Anzahl der Patient:innen mit mindestens einem Device-assoziertem Dekubitalulkus
Anregung zur internen Dokumentation	- Pro Patient:in erfolgt eine Dokumentation, ob während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Device assoziiertes Dekubitalulkus aufgetreten ist. Zusätzlich sollten intern fakultativ noch folgende - Anzahl, Lokalisation und ggf. Kategorie* der gefundenen Dekubitalulzera sowie das verursachende Device sollen intern dokumentiert, aber nicht für das Benchmarking übermittelt werden. *Für die Schleimhaut Dekubitalulzera gibt es keine Kategorien) - Darüber hinaus wird es hilfreich sein zu dokumentieren, welche Maßnahmen zur Prävention solcher Device-assozierten Dekubitalulzera durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind. Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden. Weitere Empfehlungen zu ergänzenden Dokumentationen werden ggf. im Verlauf des Projekts erarbeitet werden.
Ausfüllhinweis	- Erfassungszeitraum: jedes Quartal komplett (Vollerhebung)

6 Kennzahlen für die ambulante Versorgung in Krankenhäusern

6.1 Stürze mit Verletzungsfolge (ambulant)

Definition „Sturz“ gem. Expertenstandard:

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene aufkommt.³

Definition „Verletzung“:

Eine Verletzung wird definiert als jede von außen einwirkende Verwundung der körperlichen Integrität.

Als Verletzungen sind anzusehen:

- Schwellung und Prellung
- Hämatome und Blutungen
- Läsion/Schürf- oder Platzwunde
- Schädel-Hirn-Trauma (z.B. Commotio cerebri, cerebrale Blutung).
- Frakturen

Mehrfachangaben sind möglich.

Kennzahlen zum Thema Sturz

Für die Stürze mit Verletzungsfolge im ambulanten Versorgungsbereich werden zwei Kennzahlen gebildet, eine Version von Magnet® und eine Version der B·IN Pflege.

Sturz-stationär-mit-Verletzung (Magnet®): Die Magnet®-relevante Kennzahl stuft Beschwerden der Patient:innen, wie Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen, nicht als Verletzung ein und lässt auch anschließend auftretenden Pflegebedarf außer Acht. Patient:innen, die „nur“ Beschwerden haben, werden in der Magnet®-Kennzahl nicht berücksichtigt.

Sturz- stationär-mit-Verletzung (B·IN Pflege): Die B·IN Pflege Kennzahl stuft Beschwerden der Patient:innen, wie Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen, auch als Verletzung ein, insbesondere wenn durch den Sturz weiterer Pflegebedarf entsteht. Dazu zählen u.a. auch Überwachungsbedarf, ein erforderliches Schmerz-Assessment und eine notwendig gewordene Unterstützung der Patient:in bei Aktivitäten des täglichen Lebens.

³ Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 2013, <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18430>

Tabelle 5: Spezifikation der Kennzahl „Stürze mit Verletzungsfolge (ambulant)“

Grundgesamtheit	Alle Besuche von Patient:innen pro Quartal, die ambulant aufgenommen wurden.
Kennzahl 1 (B-IN Pflege)	
Selektionskriterium	<p>Alle Sturz- und Beinahe-Sturz-Ereignisse mit Verletzungsfolge im erweiterten Sinn (nach B-IN Pflege-Definition) eines Quartals.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwundung der inneren Integrität durch äußere Gewalt-einwirkung • und/oder anhaltende Schmerzen und Beschwerden • und/oder durch den Sturz sich ergebender besonderer Pflegebedarf.
Kennzahl 2 (Magnet®)	
Selektionskriterium	<p>Alle Sturz- und Beinahe-Sturz-Ereignisse mit Verletzungsfolge im engeren Sinn* (nach Magnet®-Definition) eines Quartals.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwundung der inneren Integrität durch äußere Gewalt-einwirkung. <p>Alle nach einem Sturz aufgetretenen Blutungen und Hämatome sind als Verletzung zu berücksichtigen (z.B. auch Nasenblutung, Blutung in Folge des Sturzes gezogenem Katheter) Schmerzen und Beschwerden und/oder durch den Sturz sich ergebender besonderer Pflegebedarf werden nicht berücksichtigt.</p>
Ausschlusskriterium	Keine Ausschlusskriterien
Bezugsebene	Organisationseinheit
Erhebungsquelle	- Patientendokumentation, elektronische Patientenakte
Erhebungsmethode	- Dokumentenanalyse, Datenexport
Zu exportierende Datenfelder	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Fallzahl - Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit im Quartal - Anzahl der Sturzereignisse mit Verletzungsfolge, die sich im dokumentierten Quartal ereigneten.
Anregung zur internen Dokumentation	<p>Darüber hinaus wird empfohlen, intern folgende Informationen zu speichern, um später datenbasiert die Ergebnisse diskutieren zu können:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nähere Beschreibung des Sturzhergangs

	<ul style="list-style-type: none"> - Nähere Beschreibung der Sturzfolgen - Details zu Risikofaktoren der Patient:innen <p>Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, welche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind. Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden. Weitere Empfehlungen zu ergänzenden Dokumentationen sollen im Verlauf des Projekts erarbeitet werden.</p>
Ausfüllhinweis	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassungszeitraum: jedes Quartal komplett (Vollerhebung)

Ergänzende Erläuterungen:

- Sturzprävention ist Teil des internen QM, wird in den Kennzahlen nicht berücksichtigt, kann aber beim Besprechen von Ergebnissen oder bei einer Auditierung thematisiert werden.

6.2 Brandverletzungen (ambulant)

Tabelle 6: Spezifikation der Kennzahl Brandverletzungen (ambulant)

Kennzahl	
Grundgesamtheit	Anzahl ambulant durchgeführter Operationen mit monopolarer HF-Chirurgie in OP-Bereichen mit verantwortlicher Mitwirkung von Pflegekräften (pro Quartal)
Selektionskriterium	Anzahl ambulant durchgeführter Operationen der Grundgesamtheit mit Brandverletzung
Ausschlusskriterium	Keine Ausschlusskriterien
Bezugsebene	Organisationseinheit
Erhebungsquelle	<ul style="list-style-type: none"> - Patientendokumentation, elektronische Patientenakte
Erhebungsmethode	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentenanalyse, Datenexport
Zu exportierende Datenfelder	<ul style="list-style-type: none"> - Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Fallzahl - Anzahl der ambulanten Operationen mit monopolarer HF-Chirurgie im Quartal - Anzahl der Brandverletzungen bei diesen Operationen

Anregung zur internen Dokumentation	<ul style="list-style-type: none">- Konstellation der OP-Situation, in der die Brandverletzung aufgetreten ist, z. B. Lagerungsposition oder andere Risikofaktoren <p>Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, welche Maßnahmen zur Prophylaxe solcher Brandverletzungen durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind.</p> <p>Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden. Weitere Empfehlungen zu ergänzenden Dokumentationen werden ggf. im Verlauf des Projekts erarbeitet werden.</p>
Ausfüllhinweis	<ul style="list-style-type: none">- Erfassungszeitraum: jedes Quartal komplett (Vollerhebung)

7 Befragungen

Es stehen den Krankenhäusern verschiedene Befragungsbögen zur Verfügung, die entweder nur die Magnet®-Fragen beinhalten, oder die mit Kurz- oder Langformen der Picker-Befragungen kombiniert werden können. Die integrierten Formen haben den Vorteil, dass die übliche Befragung von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden und die Magnet®-Befragung mit spezifischen, pflegebezogenen Fragen kombiniert durchgeführt werden können, ohne dass Doppelbefragungen erforderlich sind. Es wird hier eine individuelle Beratung angeboten, welche Lösung für das jeweilige Haus die günstigste Form der Teilnahme darstellt.

7.1 Patient:innen-Befragung

Es werden stationär und ambulant behandelte Patientinnen und Patienten befragt.

Neun Aspekte werden adressiert:

- Patienteneinbindung,
- Patientenedukation,
- Versorgungskoordination,
- Sicherheit,
- Umgang mit Service-Fehlern,
- Höflichkeit und Respekt,
- Reaktionsbereitschaft,
- Schmerzen,
- aufmerksames Zuhören.

Es stehen drei Fragebogenvarianten zur Auswahl, von denen es jeweils eine stationäre und eine ambulante Variante gibt, da beide Teilgruppen befragt werden müssen. Die Magnet®-Fragen in den Fragebögen, die das BQS Institut für das deutsche Gesundheitswesen übersetzt hat, wurden von ANCC geprüft und autorisiert.

Die Patient:innen werden via Postkarte mit einem QR-Code zu einer individuellen Befragung eingeladen, an der sie mit dem eigenen Handy, Tablet oder Laptop teilnehmen können. Alternativ kann eine Liste mit Zugangscodes für die Krankenhäuser bereitgestellt werden, die diese ihren Patientinnen und Patienten weitergeben.

Folgende Fragebögen stehen zur Auswahl:

- Der Fragebogen **Pat Magnet** enthält nur die Magnet®-Fragen.
- Der Fragebogen **Pat Picker&Magnet kurz** ist ein vollwertiger Kurzbogen, der alle relevanten Aspekte einer Patient:innen-Befragung sowie die geforderten Magnet® Fragen abdeckt.

- Der Fragebogen **Pat Picker&Magnet lang** kombiniert den bewährten Picker-Langbogen mit den geforderten Magnet®-Fragen.
- Der **Bogen für ambulante Patientinnen und Patienten** variiert geringfügig vom stationären Bogen, da dort Aspekte wie Übernachtung und Essen nicht abgefragt werden.

Musterbögen stehen auf Anfrage gerne zur Verfügung.

Grundsätzlich sollte pro Organisationseinheit und Quartal eine Mindestmenge von 50 an Rückläufern vorliegen, um statistisch vergleichbare Ergebnisse für diese Einheiten zu erhalten. Für differenzierte belastbare Vergleiche sind in der Regel Grundgesamtheiten von mindestens 200 Antwortbögen erforderlich. Es bietet sich an, alle Patient:innen zu befragen, um den Verteilprozess zu verstetigen und eine größtmögliche, aussagekräftige Stichprobe zu erhalten⁴.

Die Berichterstattung erfolgt pro Quartal. Bei Organisationseinheiten (Abteilungen / Stationen) mit wenig Patient:innen kann es sinnvoll sein, die Werte von Halbjahren zusammenzufassen. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, über den Zugang zum Webportal für einzelne Organisationseinheiten auch längere Betrachtungszeiträume auszuwählen und individuell Berichte zu erstellen.

Spezielle Patient:innen-Gruppen wie Psychiatrie, Geburtshilfe, Pädiatrie usw. werden auch mit dem Standardbogen befragt, wenn sie einbezogen werden sollen. Hier kann bei entsprechender Anforderung und zu gegebenem Zeitpunkt eine Differenzierung der Fragebögen erfolgen.

7.2 Mitarbeitenden-Befragung

Die Mitarbeitenden müssen vor einer Magnet®-Zertifizierung mindestens einmal befragt werden.

Sieben Kategorien sind vorgegeben, aus denen vier ausgewählt werden, die bei der Befragung von Pflegenden (aus stationären sowie ambulanten Bereichen inkl. Ärzte auf Station) zu berücksichtigen sind (Magnet-Komponente EP20E). Es muss für die Zertifizierung eine Befragung vorgelegt werden, die nicht älter ist als zwei Jahre. Die Qualitätsaspekte sind

- sichtbare und ansprechbare Führungskräfte,
- interdisziplinäre Beziehungen,
- Grundlagen hoher pflegerischer Versorgungsqualität,
- angemessene Ressourcen,

⁴ Für die Magnet®-Zertifizierung müssen für 8 aufeinanderfolgende Quartale Ergebnisse vorgelegt werden. Es müssen mindestens 1/4 - 1/3 der stationären Patient:innen befragt werden.

- Teamarbeit und
- Zusammenhalt.

Es stehen zwei Bogenvarianten zur Wahl:

- Der Fragebogen **MA Magnet** enthält nur die für Magnet® relevanten Fragen.
- Der Fragebogen **MA Picker&Magnet Langbogen** ist ein vollständiger Befragungsbogen, der an alle Mitarbeitenden gerichtet werden kann und der neben den Magnet®-Fragen alle weiteren relevanten Aspekte für die Arbeitsplatzsituation, Zufriedenheit und Motivation von Mitarbeitenden enthält. Dieser Bogen kann außerdem um Module mit Zusatzfragen (z.B. zu Familie und Beruf, Führung, Patientensicherheit etc.) und/oder individuelle Zusatzfragen ergänzt werden. Auf diese Weise kann die Magnet®-Befragung mit der Routinebefragung von Mitarbeitenden kombiniert werden – und so eine Doppelerhebung vermieden werden.

Standard ist eine rein digitale Befragung. Optional können Teilgruppen auch per Paper&Pencil befragt werden, wenn z.B. einzelne Berufsgruppen digital nicht erreicht werden können.

Die Anzahl der Mitarbeitenden und zu differenzierenden Organisationseinheiten sind vorab zu definieren. Standardmäßig werden die für Magnet® erforderlichen Berufsgruppen Stationspflege, Funktionspflege, Ärztlicher Dienst und Sonstige differenziert.

8 Die Komponenten des B·IN Pflege Verfahrens

Abbildung 2 zeigt die Komponenten des B·IN Pflege Verfahrens.

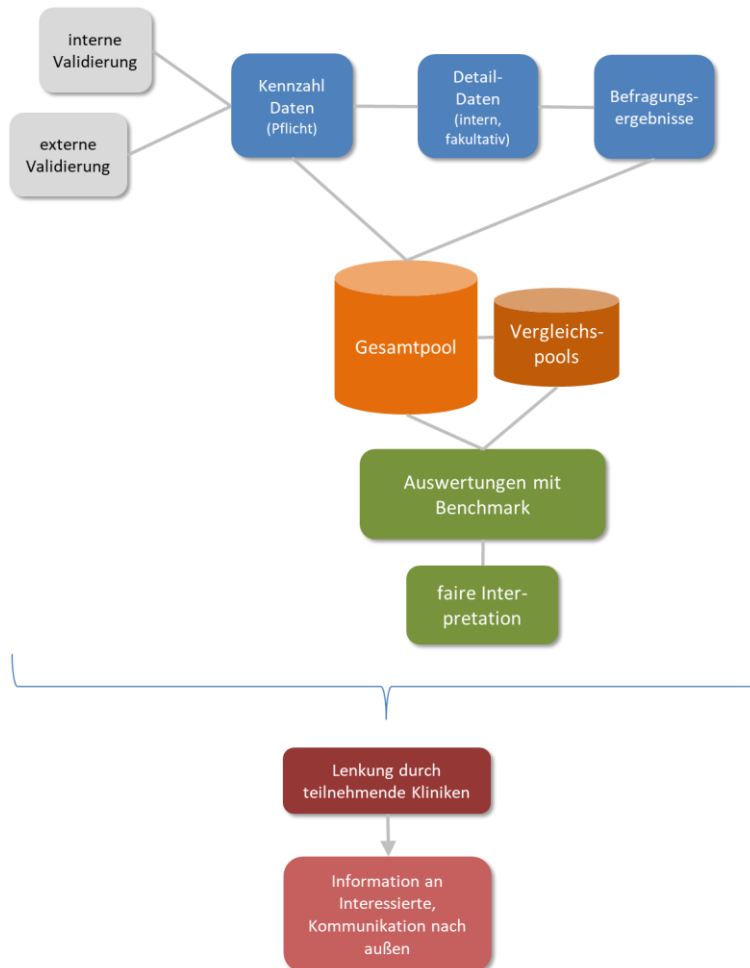


Abbildung 2: Die Komponenten der Umsetzung der B·IN Pflege

Die Komponente der B·IN Pflege gliedern sich in den Input (blau), die Verarbeitung (orange), den Output (grün) und die Steuerung und Gestaltung (rötlich).

8.1 Input

Der Dateninput der teilnehmenden Krankenhäuser gliedert sich in die Daten des Kennzahlen-Benchmark, die Ergebnisse der Patient:innen- und der Mitarbeitenden-Befragungen so wie die für die Bewertung der Daten erhobenen ergänzenden Informationen der Krankenhäuser, die diese jedoch fakultativ einbringen.

8.1.1 Datensätze

Die **Daten für die Kennzahlen** werden bezogen auf die teilnehmenden Struktureinheiten (z. B. Stationen) aggregiert in einer CSV-Datei übermittelt. Es findet keine Übermittlung Patient:innen-bezogener Daten statt.

Der Datensatz für eine Station im Qualitätsindikator „Neu entstandenes Dekubitalulkus“ sieht beispielsweise so aus:

- [0] **Kennzahl-ID** (Standardisiertes Textfeld)
- [1] **Krankenaus-ID** (Numerisches Feld)
- [2] **Organisationseinheit** (Standardisiertes Textfeld)
- [3] **Fachbereich** (Standardisiertes Textfeld)
- [4] **Quartal** (Zeitfeld)
- [5] **Anzahl der Pflegetage** der Organisationseinheit im Quartal (Numerisches Feld)
- [6] **Fallzahl** (Numerisches Feld)
- [7] **Anzahl der Patient:innen**, die im dokumentierten Quartal stationär einen Dekubitus neu entwickelt haben. (Numerisches Feld)
- [8] **Erstellungsdatum** des Datensatzes

Beispiel für einen Dekubitus-Datensatz, stationärer Bereich, der vom Krankenhaus mit der ID 104 für die Station 12B (Allgemeine Chirurgie „1500“) für das dritte Quartal 2023 übermittelt wird:

[0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8]
„DekStat“ „104“, „12B“, „1500“, „03-23“, „1.795“, „540“, „9“, „13.10.2023“

In jedem Quartal wird für jede Station und Organisationseinheit für jede Kennzahl solch ein kurzer Datensatz erstellt und eingesandt. Das nähere wird in einer technischen Spezifikation festgelegt und beschrieben.

Dabei wird darauf hingewiesen, dass zu diesen Kennzahlinformationen noch die ergänzende interne Dokumentation der Krankenhäuser hinzukommt, um die Pflegequalität hinsichtlich Risikofaktoren und Stringenz der Prophylaxemaßnahmen für die interne, aber auch externe Bewertung näher zu beschreiben.

8.1.2 Datenschutz

Es werden nur aggregierte Daten übermittelt und gespeichert, die keinen Personenbezug mehr zulassen. Daher sind die Datenlieferungen datenschutzrechtlich unbedenklich.

8.1.3 Projektportal

Die Datensätze für die Kennzahlen können zu Beginn noch per Datei, bei einer größeren Gruppe an Teilnehmenden über ein Portal hochgeladen und auf formale Korrektheit geprüft werden.

Im gleichen Portal ist es den Krankenhäusern auch möglich, kurzfristig online ihre Ergebnisse anzusehen und verschiedene Dateien und Daten, wie z. B. Benchmark-Auswertungen als PDF, herunterzuladen.

Für die teilnehmenden Einrichtungen gibt es eine Nutzerverwaltung mit differenzierten Rollen, Funktionen und Rechten.

8.1.4 Datenvalidierung

Für belastbare Ergebnisvergleiche ist die Gewährleistung einer hohen Datenvalidität unabdingbar. Dies soll neben Plausibilitätsprüfungen primär durch Anforderungen an die Dokumentation und interne Dokumentationskontrollen erreicht werden.

Es sind auch externe Datenaudits geplant, bei denen die Krankenhäuser im Peer-Verfahren gegenseitig ihre Dokumentationspraxis und ihre Datenvalidität auf Basis von Visitationen und Stichproben-Erhebungen prüfen. Zum formalen Rahmen gehört auch die Begleitung durch eine Assessment-erfahrene Person einer neutralen Institution. Die Aufwände sollen dabei so klein wie möglich und die Abläufe so praktikabel wie möglich gestaltet werden. Die B·IN Pflege wird die Benchmarkergebnisse nur mit Prüfung der Datenvalidität in der (Fach-)Öffentlichkeit vertreten können.

8.2 Verarbeitung der Daten

Die verschiedenen Daten und Ergebnisse der Kennzählerhebungen und der Befragungen werden unter Beachtung der DSGVO in einer Datenbank zusammengeführt, dem **Gesamtdatenpool**. Virtuell sollen geeignete **Vergleichsdatenpools** für Einrichtungen und Organisationseinheiten definiert werden, die aufgrund ihrer Strukturen und ihres Leistungsprofils besonders für faire Vergleiche geeignet sind. Das können z. B. Vergleiche von Fachabteilungen gleicher Fachbereiche-, mit ähnlichen Fallzahlen oder entsprechender Trägerschaft (z. B. Universität) sein. Mit wachsender Erfahrung sollen geeignete virtuelle Vergleichspools für bestimmte Kennzahlen vordefiniert und weiterentwickelt werden.

Parallel dazu sollen die gesammelten Daten auch für die methodische Weiterentwicklung des Verfahrens genutzt werden, um die Fortschritte der B·IN Pflege zu dokumentieren und zum Nutzen der Initiative zu evaluieren. Die Nutzung solcher Daten soll durch die Steuerungsgruppe der teilnehmenden Krankenhäuser geregelt und überwacht werden.

8.3 Bewertung der Ergebnisse und Output

Die Ergebnisse mit den entsprechenden Vergleichsdaten (Benchmark) sind zusammen mit dem Verlaufstrend der Ergebnisse und mit den ergänzenden, internen Daten Grundlage für die sachgemäße Bewertung der Ergebnisse und für die Herleitung geeigneter Handlungsoptionen.

Die Bewertung findet zunächst in den Krankenhäusern und Fachabteilungen statt. Gleichzeitig gibt es für diese die Möglichkeit, in Peer-Gruppen sich mit anderen Benchmarkteilnehmenden in geeigneter Weise zu vernetzen, um voneinander zu lernen und sich mit strukturell ähnlichen Krankenhäusern vergleichen zu können.

Die autorisierten Vertreter:innen können im Online-Portal des Projekts die aktuellen Ergebnisse ansehen. Außerdem ist es möglich, bereitgestellte Ergebnis-PDFs mit Trends und Benchmark-Vergleichswerten herunterzuladen.

Es ist geplant, für die einzelnen Kennzahlen Bewertungsschemata zu entwickeln, die den Krankenhäusern Hilfestellung geben können bei der angemessenen Bewertung der Kennzahlresultate und ihrer Erörterung auf Basis der ergänzenden Daten zu Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen. Weiterhin sollen geeignete Vergleichsgruppen mit strukturell ähnlichen Organisationseinheiten gebildet werden, um spezifische Vergleiche zu ermöglichen. Mit der Lieferung der Ergebnisse beginnt der nützlichste Teil der B·IN Pflege: der Austausch und das gemeinsame Lernen für eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität. Dies soll durch das Verfahren selbst so weit wie möglich unterstützt werden.

8.4 Steuerung der Benchmarkinitiative

Zur Steuerung der B·IN Pflege bilden die teilnehmenden Krankenhäuser eine Steuergruppe, die über die Regelungen des Verfahrens, die weiteren Ziele, Inhalte, Entwicklungen und Maßnahmen sowie die Öffentlichkeitsarbeit beschließt und diese umsetzt. Die Krankenhäuser steuern ihre Benchmarkinitiative selbst. Die Steuergruppe gibt sich eine eigene Geschäftsordnung. Daneben kann die Steuergruppe Arbeitsgruppen bitten, fachliche Beratung und Konzeptentwicklung zu übernehmen.

9 Ausblick

Der Schwerpunkt in der Zukunft wird vor allem die Weiterentwicklung der Pflegequalitätsindikatoren sein, denn hier gibt es vor allem in Deutschland den höchsten Nachholbedarf. Bisher ist die Entwicklung gemeinsam mit vielen Kliniken einzigartig verlaufen. In vielen Sitzungen wurde eine Grundlage geschaffen, die es allen Kliniken ermöglicht sich an dem Datenaustausch und dem Benchmark zu beteiligen. Um aber die in Kapitel 2 genannten Ziele zu erreichen, bedarf es einer weiteren Konkretisierung der Aufstellung der Initiative. Nun gilt es die Initiative und die bisherigen Entwicklungen umzusetzen und somit die Pflege weiter zu professionalisieren.

In der untenstehenden Abbildung ist die Aufstellung der Initiative abgebildet. Die teilnehmenden Kliniken werden quartalsweise ihre Daten an das BQS Institut übertragen und eine quartalsweise Auswertung erhalten. Jede Klinik entsendet Expert:innen, die sich ebenfalls quartalsweise austauschen, um voneinander zu lernen, z.B. durch anonymisierte Stellungnahmen, die einen Fall beschreiben, der hätte vermieden werden können.

Weiter beraten sie gemeinsam über die Weiterentwicklung der Kennzahlen. Sie schlagen der zu bildenden Steuerungsgruppe Verbesserungen von Kennzahlen und neue Inhalte vor, um die qualitative Versorgung bestmöglich abzubilden zu können. Die Steuerungsgruppe setzt sich aus benannten Vertreter:innen aus den jeweiligen Kliniken zusammen, die zusammen die Weiterentwicklung der B·IN Pflege gestalten und steuern.



9.1 Nächste Ziele und Etappen

Start erfolgt: Erhebung seit Oktober 2022

Die ersten Krankenhäuser nehmen teil und haben mit der Erfassung begonnen. Das vierte Quartal 2022 ist das erste Erfassungsquartal. Es liegen noch etliche konkrete Anfragen zur Beteiligung vor, die jetzt nach und nach aufgenommen werden sollen.

Wachstum der Benchmarkgruppe

Eine Benchmarkgruppe ist umso wertvoller, je mehr Teilnehmende sie hat, weil die statistischen Vergleiche belastbarer sind und es gleichzeitig auch mehr Möglichkeiten zu spezifischen Vergleichen gibt. Es lassen sich mehr Partnereinrichtungen finden, mit denen man im direkten Austausch gemeinsam lernen möchte.

Das Projekt ist mit den Initiativkliniken gestartet und inzwischen gibt es eine größere Anzahl Krankenhäuser, die sich auf eine Teilnahme vorbereiten. Diese sollen nun schrittweise integriert werden. Mit der Teilnahme kann jederzeit begonnen werden. Der Umfang der Teilnahme kann nach Bedarf der einzelnen Klinik passend zugeschnitten werden, z. B. bei der Frage, welche Befragung gewählt wird oder ob ohne Befragungen gestartet werden soll. Krankenhäuser, die vergleichbare Partnerkrankenhäuser insgesamt oder für spezifische Fachabteilungen suchen, sollen unterstützt werden.

Weiterentwicklung des Dialogs und des Austauschs

Bereits in der Entwicklung des B·IN Pflege Konzepts gab es eine intensive, offene Zusammenarbeit der interessierten Krankenhäuser. Mit dem Vorliegen der Ergebnisse Anfang Januar 2023 geht die Initiative in eine neue Phase: dann sind die ersten Ergebnisse fair zu bewerten. Hier werden der offene Dialog und der Austausch von Erfahrungen von großem Nutzen sein. Es werden sich Gruppen von Krankenhäusern oder Fachabteilungen bilden, für die ein engerer Austausch besonders hilfreich ist, weil sie ähnliche Strukturmerkmale und Ausgangssituationen haben. Nicht einfach der Vergleich von Ergebniszahlen, sondern das gemeinsame Lernen wird einer der wertvollsten Teile der Benchmarkinitiative sein.

Weiterentwicklung der Instrumente für die Bewertung von Pflegequalität in Krankenhäusern

Die Bewertung der Kennzahlergebnisse bedarf der Berücksichtigung der besonderen Umstände, die auf die Ergebnisse einen fördernden oder hemmenden Einfluss ausüben. Die reinen Um zu fairen Vergleichen zu kommen werden zwei Wege beschritten:

(a) es sollen Vergleichspools gebildet werden, die Krankenhäuser und Fachabteilungen zusammenbringen, die ähnliche Strukturmerkmale besitzen und deren Ausgangssituation daher vergleichbar ist. Hier kann besonders viel von Ergebnisunterschieden gelernt werden.

(b) sind die Krankenhäuser aufgefordert, Details zu den Ereignissen, die in den Kennzahlen abgebildet werden, ergänzend zu dokumentieren. Das betrifft zwei grundlegende Fragestellungen: welche Risikofaktoren gab es bei den betroffenen Patient:innen und welche Maßnahmen zur Risikoerfassung und zur Prophylaxe werden regelhaft ergriffen.

Das Zusammenbringen der Kennzahlergebnisse mit den ergänzend dokumentierten Risikofaktoren und den Schutzmaßnahmen bildet die Basis für die faire Bewertung der Pflegequalität. Dabei soll aus den Bewertungen gelernt und das interne Lernen der Fachabteilungen unterstützt werden.

Erhöhung von Praktikabilität und Nutzen

Die Benchmarkinitiative wird dann einen Erfolg haben, wenn sie nur ein Minimum an Aufwand erfordert und wenn dieser durch den erzielten Nutzen gerechtfertigt wird. Daher ist im Austausch der Verfahrenspartner kontinuierlich danach zu suchen, wie Aufwand reduziert und der Nutzen vergrößert werden kann. Dazu zählen z. B., wie die Ergebnisse des Benchmarking so übermittelt werden können, dass vor Ort damit unmittelbar gearbeitet werden kann – in Form von hilfreichen Grafiken, Statistiken, Präsentationsmaterial. Standardisierte Checklisten zum Umgang mit auffälligen Ergebnissen sind eine andere Form der Hilfe für einzelne Krankenhäuser, aber auch für Krankenhausgruppen, die sich zum Austausch zusammengefunden haben.

Weiterentwicklung der pflegesensitiven Kennzahlen

Die B·IN Pflege soll letztlich ein Set an pflegesensitiven Kennzahlen aufbauen, mit denen auf anerkannter Basis Pflegequalität gemessen, verglichen und bewertet werden kann. Beteiligte Krankenhäuser können sich dann auch selbst Schwerpunkte setzen, in denen sie sich mit anderen, vergleichbaren Einrichtungen messen können. Es soll aber auch Pflegequalität nach außen dargestellt werden können. Damit können die an der B·IN Pflege beteiligten Krankenhäuser einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens leisten.

10 Arbeitsgruppe: Dank und weitere Zusammenarbeit

Vertreter:innen folgender Einrichtungen haben an der Entwicklung des B·IN Pflege Konzepts mitgewirkt:



Abbildung 3: Arbeitsgruppe zur Erstellung des B·IN Pflege Konzepts

Das Autorenteam dankt allen Vertreter:innen dieser engagierten Einrichtungen,
freut sich auf die weitere Zusammenarbeit
und lädt alle anderen Krankenhäuser sehr herzlich ein,
Teil der B·IN Pflege Gruppe zu werden und selbst von dieser Arbeit zu profitieren.