



# Benchmarkinitiative Pflege Konzept 2.0



Die Benchmarkinitiative Pflege (B·IN Pflege) ermöglicht allen Krankenhäusern,

- ihre Pflegequalität anhand pflegesensitiver Indikatoren zu messen,
- sich mit anderen Krankenhäusern zu vergleichen und
- ihre pflegerische Qualitätsentwicklung datenbasiert darzustellen.

Dieses Konzept wurde von den Initiativkliniken der B·IN Pflege zusammen mit dem BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH, Hamburg (BQS Institut) erstellt. Es wird kontinuierlich weiterentwickelt und fortgeschrieben.

#### **Vertreter:innen der Initiativkliniken**

Elena Wuzel, M.Sc., Deutsches Herzzentrum der Charité,  
Ronny Czäczine, M.A., BG Klinikum Bergmannstrost Halle gGmbH,  
Gabriela Regelman, Dipl. Pflegemanagement, Lisa Fink, M.A., Universitäts- und  
Rehabilitationsklinik Ulm,  
Max Röser, Dipl. Pflegewirt FH, Kreisklinken Reutlingen GmbH  
Patrick Focken, M.Sc., Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH

#### **Methodische Beratung und Kontaktstelle für das B·IN Pflege Verfahren**

Carolin Gurisch, wissenschaftliche Mitarbeiterin, BQS Institut  
Dr. Christof Veit, Institutsleiter, BQS Institut

**Mail:** [bin.pflege@bqs.de](mailto:bin.pflege@bqs.de)

Das **BQS Institut** ist wissenschaftlich-methodischer Partner der B·IN Pflege und gleichzeitig die Projektstelle für das Verfahren und Vertragspartner für die teilnehmenden Krankenhäuser. **Anfragen** können gerne über die genannte Email-Adresse zugesandt werden. Zudem ist das BQS Institut durch das American Nursing Credentialing Center (ANCC) als Zentralstelle (Vendor) für das Magnet®-Benchmark-Verfahren in Deutschland akkreditiert.<sup>1</sup> Damit kann die Teilnahme an der B·IN Pflege auch für die Erlangung einer Magnet®-Zertifizierung genutzt werden.

---

<sup>1</sup> Magnet® is a trademark of ANCC registered in the United States of America and other jurisdictions and is being used with consent from ANCC. All rights are reserved by ANCC.

**Aktuelle Informationen** zum Verfahren einschließlich des zugrundeliegenden Konzepts in seiner neuesten Version werden auf der Webseite [www.bqs.de](http://www.bqs.de) sowie [www.binpflege.de](http://www.binpflege.de) veröffentlicht.

Alle Angaben in diesem Konzept erfolgen ohne Gewähr.

**Zitieren als:**

Benchmarkinitiative Pflege (2024). Benchmarkinitiative Pflege - Konzept 2.0, Hrsg. Benchmarkinitiative Pflege, Hamburg.

Herausgeberin:  
Benchmarkinitiative Pflege

Herausgegeben am:  
14.06.2024

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Autorenteam	5
Vorwort von Prof. Dr. Andreas Büscher	6
1 B·IN Pflege und ihre Ziele	8
2 Die Eckpunkte der B·IN Pflege auf einen Blick	9
3 Geschichte der B·IN Pflege	11
4 Beteiligungsmöglichkeit, Input und Output	12
5 Grundlagen des pflegesensitiven Benchmarkings (Indikatorenauswahl, Dokumentation und Validierung)	14
5.1 Fragestellungen	14
5.2 Pflegesensitive Indikatoren	15
5.3 Abgestufte Dokumentation	16
5.4 Datenvalidierung	16
6 Indikatoren für die stationäre Versorgung	18
6.1 Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera (stationär)	18
6.2 Stürze (stationär)	19
6.3 Multiresistente Erreger (MDRO/MRE) (stationär)	21
6.4 Device assoziierte Dekubitalulzera (stationär)	24
7 Indikatoren für die ambulante Versorgung in Krankenhäusern	25
7.1 Stürze (ambulant)	25
7.2 Brandverletzungen (ambulant)	27
8 Befragungen	28
8.1 Patient:innen-Befragung	28
8.2 Mitarbeitenden-Befragung	30
9 Datenumgang und -auswertung	31
9.1 Verarbeitung der Daten	31
9.2 Datenauswertungen	32
9.3 Bewertung der Ergebnisse und Output	35
10 Erfahrungsberichte und Eindrücke der Teilnehmenden	36
11 Organisation der Benchmarkinitiative	37
11.1 Organisationsstruktur	37

11.2 Pflegewissenschaftliche Kooperationen und politische Einbindung .....	38
12 Teilnahmevorbereitung.....	39
13 Nächste Ziele und Etappen.....	40
14 Teilnehmende Einrichtungen: Dank und weitere Zusammenarbeit .....	42
Anhang .....	44
Anhang 1: Datenerhebung .....	44

## Vorwort des Autorenteam

Seit über einem Jahr verfolgt die Benchmarkinitiative Pflege (B·IN Pflege) das Ziel die pflegesensitive Qualität in Krankenhäusern sichtbar zu machen, krankenhausübergreifend zu vergleichen und durch einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch zu verbessern. Unter Einbindung zahlreicher Pflegewissenschaftler:innen, Pflegemanager:innen, Pflegeexpert:innen, Pflegeexpert:innen APN (Advanced Practice Nurse) und Qualitätsentwickler:innen sowie dem BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit ist es gelungen, ein standardisiertes Verfahren zu erarbeiten, um Daten erfassen und vergleichen zu können.

Auch wenn sich die B·IN Pflege weiterhin in der Entwicklung befindet, wurden in den vergangenen Monaten wichtige Fortschritte gemacht. Aus der Entwicklung der B·IN Pflege sowie den bisherigen Diskussionen sind insbesondere drei Eigenschaften der Initiative herauszustellen:

- I. Die Initiative steht allen Krankenhäusern offen.
- II. Die Initiative zeichnet sich durch eine hohe Flexibilität aus, wodurch eine Anpassung an die Bedürfnisse und Anregungen aus der Praxis möglich ist. Dies betrifft beispielsweise die Definition der Indikatoren. Aus den Anregungen der Praxis wurde unter anderem entschieden, einen Indikator für Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) zu erstellen. Auch wurden spezifische Wünsche für die Bildung von Vergleichsgruppen in den Datenauswertungen aufgenommen. Es haben sich inzwischen erste Krankenhäuser zusammengefunden, die sich in spezifischen Versorgungsbereichen untereinander benchmarken und austauschen wollen (z. B. in der Hämatonkologie oder der Versorgung paraplegischer Patient:innen).
- III. Aus jedem teilnehmenden Krankenhaus wurden Expert:innen benannt, welche sich zu fachlichen Fragen um die zu erhebenden und erhobenen Daten austauschen. Zukünftig ist geplant, die pflegewissenschaftliche Grundlage der Initiative noch weiter zu stärken, um eine noch bessere Grundlage für die Weiterentwicklung des Verfahrens zu schaffen.

In anderen europäischen Ländern mangelt es den Krankenhäusern weiterhin 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:innen einzubinden. Erste Gespräche mit Interessierten aus den Niederlanden und Irland wurden bereits geführt.

**Dieses Konzept ist 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.**

## Vorwort von Prof. Dr. Andreas Büscher

Ein Problem der Pflege in Diskussionen zur Gesundheitsversorgung ist ihre mangelnde Sichtbarkeit. Zwar wissen Menschen, die sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen mussten, im Nachhinein recht gut, dass ohne die Arbeit von Pflegenden eine solche Behandlung nicht möglich gewesen wäre, aber in einem übergeordneten Sinne wird nur selten deutlich, welchen Beitrag Pflegende zur Versorgung geleistet haben.

Die Instrumente, die in Deutschland entwickelt wurden, um Qualität zu sichern und darüber zu berichten, sparen die pflegerische Versorgung weitgehend aus. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung bleibt der Beitrag der Pflege auf die Dekubitusprophylaxe begrenzt und die Qualitätsberichte der Krankenhäuser kennen zwar vielfältige Kennzahlen, sind aber so kompliziert geworden, dass sie kaum noch zu lesen sind. Umso wichtiger ist es, dass sich Pflegende in den Krankenhäusern auf den Weg machen, inhaltlich und methodisch darüber nachzudenken, wie die Qualität pflegerischer Leistungen sichtbar gemacht und bewertet werden kann. In diesem Sinne leistet die Benchmarkinitiative Pflege mit der vorliegenden Veröffentlichung, aber auch insgesamt mit ihrer Arbeit, einen sehr wichtigen, notwendigen und beispielhaften Beitrag.

Zwar wäre es wünschenswert, wenn die Leistung der Pflege auch in den extern entwickelten Verfahren zur Transparenz und Qualität der Krankenhausversorgung eine bedeutendere Rolle bekäme, aber für die tatsächliche Herstellung von Qualität und die unmittelbare Auswirkung für die Versorgung sind interne Initiativen in den Krankenhäusern von größerer Bedeutung, weil – so wird es in der Qualitätslehre gesehen – die Qualität einer Leistung nicht von außen in eine Einrichtung hineingeprüft oder gezwungen werden kann, sondern innerhalb von Einrichtungen geplant und entstehen muss.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) betont zu den von ihm entwickelten Expertenstandards, dass diese Instrumente der internen Qualitätsentwicklung sind und dort den größten Beitrag leisten, wo sich Pflegende in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen auf den Weg machen, die Qualität der von ihnen versorgten Personen zu verbessern. Genau diesen Weg geht auch die Benchmarkinitiative Pflege und es ist ihr zu wünschen, dass ihr Netzwerk wächst und viele Früchte trägt. Dass sich das Pflegemanagement in Krankenhäusern dazu bekennt, die eigenen Leistungen in ein Benchmark einzubringen und somit transparent zu machen, ist ein ermutigender Schritt. Wenn es gelingt, die daraus erwachsenen Erkenntnisse für die interne Qualitätsentwicklung zu nutzen, dann wird dies positive Auswirkungen für Patient:innen in Krankenhäusern haben.

Auf übergeordneter Ebene schafft die Benchmarkinitiative Pflege ein Fundament, um über den pflegerischen Beitrag zur Krankenhausversorgung in Zukunft auf der Basis von Daten und Erkenntnissen zu diskutieren und zu verdeutlichen, dass die Pflege nicht nur Kostenfaktor der Versorgung, sondern für diese unabdingbar ist. In diesem Sinne wünsche ich dem vorliegenden Text eine gute Verbreitung und der Initiative viel Erfolg bei ihrer weiteren Arbeit.

Osnabrück, April 2024

Prof. Dr. Andreas Büscher

Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück

Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

## 1 B·IN Pflege und ihre Ziele

Die Benchmarkinitiative Pflege (B·IN Pflege) wurde gegründet, um pflegesensitive Indikatoren standardisiert erfassen, vergleichen und verbessern zu können. Auch werden Kennzahlen zur Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Patient:innen erhoben.

Eine Qualitätssicherung in der Pflege ist unerlässlich, um sicherzustellen, dass Patient:innen die bestmögliche Versorgung erhalten. Hierdurch können Pflegeprozesse optimiert, Risiken reduziert und die Patientensicherheit erhöht werden. Zudem fördert die Qualitätssicherung durch ein Benchmark Transparenz, Vertrauen und die kontinuierliche Weiterentwicklung in der Pflege, was letztlich zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung führt.

Dabei stehen die Bewertung und Optimierung der Pflegequalität im Fokus, um einen standardisierten Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen zu ermöglichen. Die Zielsetzung umfasst die Identifizierung von geeigneten pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, die Bewertung von Pflegeprozessen und -ergebnissen sowie die Schaffung eines Rahmens zur kontinuierlichen Verbesserung der Pflegepraxis. Durch die klare Definition von Zielen wird angestrebt, die Qualität der Pflege nachhaltig zu steigern und eine evidenzbasierte Grundlage für Entscheidungen in der Pflegeentwicklung zu schaffen.

Die Definition von Pflegeindikatoren erfordert eine theoretische Fundierung aus verschiedenen Pflege- und Gesundheitskonzepten. Theoretische Modelle wie das Pflegeprozessmodell können als Grundlage dienen wie auch etablierte Expertenstandards (Aßmann et al., 2019)<sup>2</sup>. Ebenso sind theoretische Ansätze aus der Pflegeforschung, der Pflegewissenschaft und verwandten Disziplinen relevant, um die Dimensionen der Pflegequalität umfassend zu erfassen. Eine ganzheitliche Sichtweise, die biopsychosoziale Aspekte berücksichtigt, ist entscheidend, um angemessene Pflegeindikatoren zu definieren und somit die Qualität der Pflege präzise zu messen.

Um die genannten Ziele zu erreichen, verfolgt die B·IN Pflege eine Council-Struktur, die auf drei Grundprinzipien basiert: Expertentum, Governance und Wissenschaftlichkeit (Kapitel 11).

Die sekundäre Zielsetzung sieht neben der Entwicklung der Pflegeindikatoren auch die Verwendung von Magnet®-Indikatoren vor. Dadurch erhalten teilnehmende Kliniken die Möglichkeit entsprechende Anforderungen zu erfüllen, um eine erfolgreiche Magnet®-Zertifizierung anstreben zu können.

---

<sup>2</sup> Aßmann, Christa; Bayerl, Ilse; Beyer, Heidrun; Eichler, Andrea; Färber, Michael; Hensel, Monika (2019): Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. 5., aktualisierte Auflage. Hg. v. Mechthild Hoehl und Petra Kullick. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

## 2 Die Eckpunkte der B·IN Pflege auf einen Blick

Die Eckpunkte der B·IN Pflege lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die B·IN Pflege hat bereits ein Benchmarking-Verfahren mit **pflegesensiblen Indikatoren** etabliert und entwickelt dieses kontinuierlich weiter.
- Es besteht auch die Möglichkeit sich am Benchmarking der **Mitarbeitenden-** und/oder der **Patient:innen-Zufriedenheit** zu beteiligen.
- Das Benchmarking steht **allen Krankenhäusern offen**.
- Die B·IN Pflege versteht sich als Projekt der **Pflege für die Pflege**. Die teilnehmenden Krankenhäuser gestalten gemeinsam die Inhalte, die Verfahren und die Kultur des Austauschs und des gemeinsamen Lernens.
- Die B·IN Pflege bietet den teilnehmenden Krankenhäusern die Möglichkeit, ihre **Pflegequalität** mit anderen Krankenhäusern valide vergleichen und darstellen zu können.
- Offenheit, Transparenz und Kooperation sowie Patienten- und Team-Orientierung sind die zentralen Aspekte der **gemeinsam praktizierten Qualitätsmanagement-Kultur**.
- Der **Nutzen für die Pflege, die Pflegenden** und **die Patient:innen** in den Krankenhäusern ist die wichtigste Motivation der Benchmarkinitiative.
- Die Fragestellungen des Benchmarkings sollen stets die Qualitätsthemen fokussieren, die für die Krankenhäuser **von aktuellem Interesse** sind und für die ein Vergleich mit anderen, vergleichbaren Krankenhäusern eine wichtige Informationsquelle ist.
- Gleichzeitig erhalten die Krankenhäuser, die eine **Magnet®-Zertifizierung der ANCC** anstreben, die erforderlichen Benchmarkdaten.
- Das Verfahren wird kontinuierlich weiterentwickelt. Neben dem zentralen Set an Kernindikatoren ist es möglich, auf Vorschlag der Krankenhäuser **zusätzliche fakultative pflegerelevante Indikatoren** einzuführen, wenn mehrere Krankenhäuser sich bei spezifischen Fragestellungen dauerhaft oder temporär vergleichen wollen.
- Für die Weiterentwicklung der **B·IN Pflege Indikatoren** werden die **Pflegewissenschaften** eingebunden.
- Für den Bereich der Dekubitalulzera, der Stürze und der multiresistenten Erreger wurden bereits **neue Kennzahlspezifikationen** entwickelt, die den aktuellen Stand der Pflegewissenschaft und der Krankenhaushygiene treffender abbilden als bislang etablierte Indikatoren.

- Folgende Schwerpunkte hat sich die B·IN Pflege für das laufende Jahr gesetzt:
  - Weiterentwicklung der pflegesensitiven Indikatoren
  - Gewährleistung einer zuverlässigen Datenvalidität
  - weitere Verbesserung der Vergleichbarkeit der Ergebnisse
  - Berücksichtigung ergänzender Daten für die Ergebnisanalysen
  - Weiterentwicklung der Nutzbarkeit der Ergebnisse für das interne QM der Pflege in den Krankenhäusern

### 3 Geschichte der B·IN Pflege

Die Benchmarkinitiative Pflege (B·IN Pflege) wurde im Jahr 2022 von fünf deutschen Kliniken gegründet, die sich im Rahmen der Magnet4Europe-Studie (Magnet4Europe, o. D.)<sup>3</sup> untereinander vernetzten. In der Studie wird eine evidenzbasierte Intervention umgesetzt, die auf dem Magnet®-Programm basiert - einer Zertifizierung von Krankenhäusern durch das American Nursing Credentialing Center (ANCC) zur Auszeichnung exzellenter Patient:innenversorgung und ebenso exzellenten Arbeitsumfeld.

Die Magnet®-Komponente „Empirical Outcome“ erfordert ein Benchmark pflegesensitiver Qualitätsindikatoren (ANCC, 2021)<sup>4</sup>. 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 Benchmark-System aufzubauen, das auf pflegesensitiven Daten basiert. Hieraus entstand schließlich die Initiative, die mit dem BQS Institut einen unterstützenden Projektpartner gefunden hat. Seither findet die Initiative viel Aufmerksamkeit und Interesse. In Deutschland schlossen sich in kürzester Zeit über 20 Kliniken der Arbeitsgruppe der Initiative an, um am Aufbau eines solchen Systems mitzuwirken und die gemeinsame Grundlage für einen erfolgreichen Vergleich von pflegesensitiven Qualitätsindikatoren zu schaffen.

---

<sup>3</sup> Magnet4Europe (o. D.). Magnet4Europe in Deutschland. Magnet4Europe – Verbesserung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens in der Arbeitswelt von Gesundheitspersonal. <https://www.magnet4europe.eu/deutschland.html> (letzter Zugriff am 12.06.2024).

<sup>4</sup> ANCC (2021). 2023 Magnet® Application Manual. ANCC.

## 4 Beteiligungsmöglichkeit, Input und Output

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

- 1) Pflegesensitive Qualitätsindikatoren (siehe Kapitel 5 bis 7)
- 2) Befragung der Mitarbeitenden (siehe Kapitel 8)
- 3) Befragung der Patient:innen (siehe Kapitel 8)

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 Benchmarkings von Pflegequalität mitwirken wollen, zum Vorteil für ihre Einrichtung als auch für die Pflege in Deutschland.

Jedes Krankenhaus entscheidet für sich, welche der Optionen es für sich nutzen möchte.

Abbildung 1 zeigt Input und Output des B·IN Pflege Verfahrens.

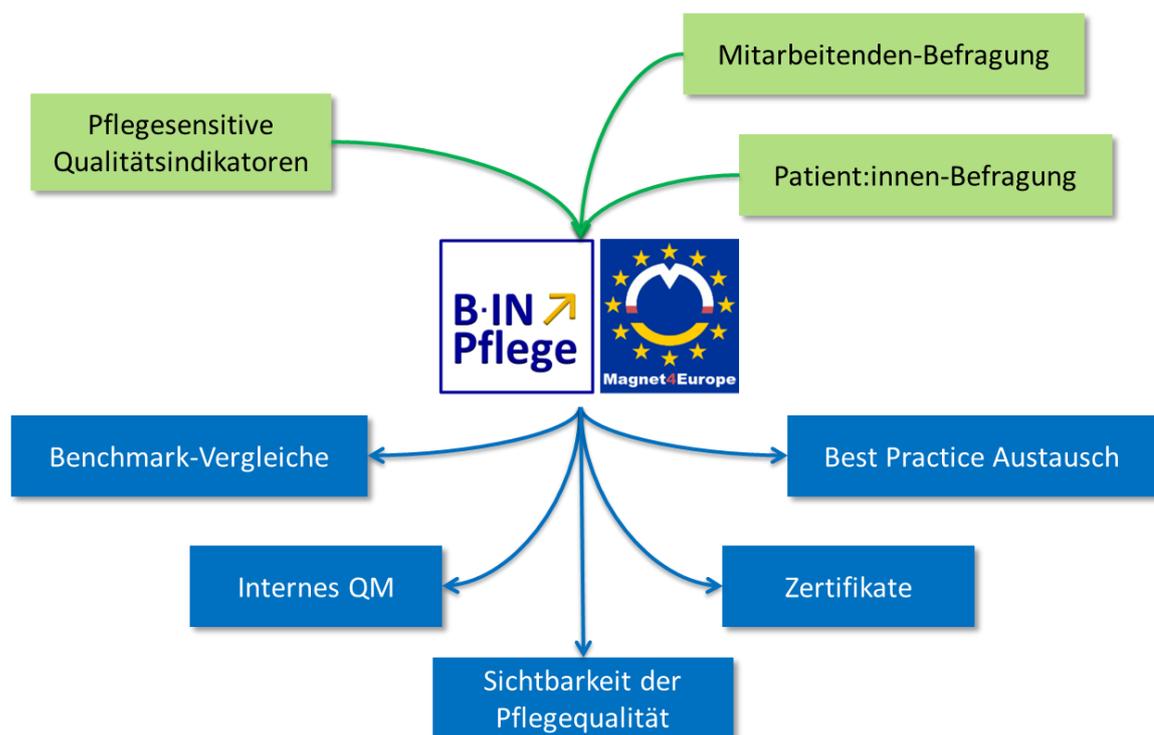


Abbildung 1: Input ■ und Output ■ im B·IN Pflege Verfahren

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 Indikatoren 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.

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 Länder** 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.

## 5 Grundlagen des pflegesensitiven Benchmarkings (Indikatorenauswahl, Dokumentation und Validierung)

Für bestimmte Aspekte der Pflegequalität werden Daten gesammelt, um daraus Benchmark-Indikatoren zu berechnen. Es sind vier Indikatoren für den stationären Bereich und zwei Indikatoren für den ambulanten Bereich vorgesehen, die zukünftig um weitere Indikatoren ergänzt werden.

### 5.1 Fragestellungen

Die Daten, die für die Indikatoren dokumentiert werden sollen, wurden bzw. werden nach folgendem Schema entwickelt:

Die patientenbezogenen Daten beschreiben folgende vier Aspekte:

- 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 beschreiben folgende vier Sachverhalte:

- Welches ist der Beobachtungszeitraum?
- Auf welchen Zeitraum bezieht sich die Dokumentation?
- Welches ist die Bezugsgröße (z.B. Anzahl Pflgetage, Fallzahl)?
- Bei wie vielen Fällen wurde das Merkmal beobachtet?

Indikatoren beziehen meist das Auftauchen eines Merkmals (z.B. adverses Ereignis) auf die beobachtete Grundgesamtheit (z.B. bestimmte Patient:innen-Gruppe) als **Anteil Merkmalsträger in Prozent der Grundgesamtheit**, wenn die Merkmalsträger in der Grundgesamtheit enthalten sind (Anzahl Patient:innen mit einem Merkmal in Bezug auf alle Patient:innen einer Fachabteilung). Ein Indikator kann auch in Form einer **Relation** dargestellt werden, wenn die Merkmalsmenge auf eine andere Grundgesamtheit bezogen wird (Anzahl Patient:innen mit einem Merkmal bezogen auf die Anzahl Pflgetage der Patient:innen-Gruppe innerhalb des Beobachtungszeitraums).

Die Definition eines **Falls** (in der Regel die Grundgesamtheit, siehe Kapitel 6 und 7) entspricht der Definition nach § 301 SGB V, also dem Abrechnungsfall. Eine Wiederkehr innerhalb der Grenzverweildauer zählt zum bisherigen Fall. Es ist zu beachten, dass Patient:innen auch bei Verlegungen auf andere Stationen und in andere Fachbereiche nur einmal gezählt werden. Für die Stationen gilt, dass Patient:innen mit adversen Ereignissen der Station und/oder dem Fachbereich zuzuordnen sind, innerhalb dessen die Ereignisse aufgetreten sind oder entdeckt wurden. Die übrigen Fälle sind den entlassenden Stationen zuzurechnen. Findet eine Verlegung zwischen Fachbereichen statt, ist ein Fall dem primär verantwortlichen Fachbereich zuzuordnen. Kehrt ein Patient / eine Patientin nach der Grenzverweildauer zurück, zählt dies als neuer Fall.

## 5.2 Pflegesensitive Indikatoren

Als pflegesensitive Indikatoren werden Kennzahlen bezeichnet, deren Ergebnis zu einem maßgeblichen Teil durch die Pflegequalität beeinflusst wird und somit auch beeinflussbar ist.

Haben bei solchen Indikatoren auch andere Professionen einen relevanten Einfluss auf das Indikatorergebnis, so ist dies bei der Diskussion der Ergebnisse zu berücksichtigen. Bei einem auffälligen Ergebnis ist zu prüfen, welchen Beitrag die Pflege hierzu geleistet hat und was sie zur Verbesserung beitragen kann. Im zweiten Schritt ist der interprofessionelle Dialog zu suchen, um gemeinsam notwendige Schritte zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu planen und umzusetzen.

Für den stationären Bereich wurden für den Start der Initiative folgende Indikatoren ausgewählt:

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

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

- Stürze
- Brandverletzungen in operativen Settings

Bei Brandverletzungen handelt es sich um „sentinel events“. Jeder Fall eines solchen Ereignisses ist zu prüfen und sollte eine Verbesserung der präventiven Maßnahme zur Folge haben. Dieser Qualitätsaspekt ist wegen der geringen Inzidenzen nur selten quantitativ auffällig, aber jeder Einzelfall stellt ein Ereignis dar, das qualitativ zu untersuchen ist. Daher wurde dieser Indikator in das initiale Kennzahlen-Set aufgenommen.

Weitere pflegesensitive Indikatoren sind geplant, sobald der Routinebetrieb mit dem bestehenden Set an Kennzahlen gut läuft. Der Fokus liegt zunächst auf den stationären Indikatoren, da diese in den Krankenhäusern eine größere Relevanz haben und da hierfür meist eine bessere Datenverfügbarkeit gegeben ist im Vergleich zu den ambulanten Indikatoren.

Die aktuelle Kennzahlauswahl entspricht einem Teil der pflegesensitiven Indikatoren des Magnet®-Konzepts. Bei den Dekubitalulzera, den Stürzen und den Multiresistenten Erregern hat die B·IN Pflege inzwischen alternative, verbesserte Indikatoren entwickelt. Daher wird in diesen drei Bereichen zwischen den Indikatoren nach Magnet® und B·IN Pflege unterschieden. Zum einen sollen die Magnet®-Indikatoren erfasst werden, um den Krankenhäusern, die eine Zertifizierung anstreben, ein Benchmarking der Magnet®-Indikatoren zu ermöglichen. Zum anderen wurden die pflegewissenschaftlich verbesserten B·IN Pflege Indikatoren als Alternativen entwickelt und für das Benchmarking eingesetzt.

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

Die Datensätze für die Indikatoren werden per CSV-Datei übersendet und auf formale Korrektheit geprüft. Bei einer größeren Gruppe an Teilnehmenden ist die Errichtung eines Portals zum Upload der Daten vorgesehen.

Eine beispielhafte Erhebungstabelle für den stationären Indikator Dekubitalulzera ist im Anhang beigefügt. Die vollständigen Datenerhebungstabellen sind auf Anfrage erhältlich.

Selbstverständlich kann anhand der einfachen Indikatoren Pflegequalität noch nicht ausreichend abgebildet werden. Vielmehr werden die einzelnen Indikatorenergebnisse 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, wurden für die ersten Indikatoren sogenannte ergänzende Daten mit den Krankenhäusern erarbeitet (siehe Kapitel 6). Über die Definition der ergänzenden Daten erfolgt eine Annäherung an eine Risikoadjustierung, welche entscheidend für die Vergleichbarkeit der Daten ist. In den ergänzenden Daten werden unterschiedliche Risikofaktoren berücksichtigt, die sich auf das Auftreten adverser Ereignisse auswirken können, um faire Vergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungen zu ermöglichen. Die weitere Erarbeitung und Prüfung der ergänzenden Daten haben daher eine hohe Bedeutung. Die ergänzenden Daten sind zum jetzigen Stand fakultativ, also optional, zu erheben.

### 5.4 Datenvalidierung

Die Datenvalidität ist von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass die erhobenen Daten tatsächlich das widerspiegeln, was gemessen werden soll. Für belastbare Ergebnisvergleiche ist die Gewährleistung einer hohen Datenvalidität unabdingbar.

- Die Daten sollen in den Häusern gemäß definierten Kriterien und Verfahren erhoben werden, um eine einheitliche Datenerhebung zu gewährleisten. Für die Datenerhebung sollten interne Anweisungen vorliegen. Schulungen sowie Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Datenerhebung sowie regelmäßige interne Überprüfungen der Datenerhebungen unterstützen die Erreichung einer hohen Datenvalidität.
- Krankenhausübergreifend werden erfolgreiche interne Praktiken zur Sicherstellung der Datenvalidität ausgetauscht und schriftlich festgehalten. So soll ein Standard für die B·IN

Pflege Dokumentation je Indikator entstehen, um die Validität und damit auch die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu sichern.

Nach erfolgter Datenübersendung an das BQS Institut erfolgt dort eine Plausibilitätsprüfung der Daten. Auffälligkeiten werden den Einrichtungen mit Bitte um Überprüfung strukturiert zurückgemeldet. Erst nach erfolgter Klärung der Auffälligkeiten fließen die Daten in den Gesamtdatenpool ein.

Für die Weiterentwicklung der B·IN Pflege 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 auf Dauer die Benchmarkergebnisse nur mit Prüfung der Datenvalidität in der (Fach-)Öffentlichkeit vertreten können.

## 6 Indikatoren für die stationäre Versorgung

Nachfolgend werden die Indikatoren für die stationäre Versorgung beschrieben.

### 6.1 Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera (stationär)

**Tabelle 1: Spezifikation des Indikators „Im Krankenhaus erworbene Dekubitalulzera (stationär)“**

Grundgesamtheit	Fallzahl der Organisationseinheit im Quartal
Indikator 1 (B·IN Pflege)	
Selektionskriterium	Anzahl Patient:innen mit mindestens einem neu entstandenen Dekubitalulkus (alle vier Kategorien sowie nicht bestimmbare und Dekubitalulzera mit einer vermuteten tiefen Gewebeschädigung nach EPUAP sind zu berücksichtigen)
Indikator 2 (Magnet®)	
Selektionskriterium	Anzahl Patient:innen mit mindestens einem neu entstandenen Dekubitalulkus der Kategorien 2, 3 oder 4 (nach EPUAP) Dekubitalulzera der Kategorie 1, sowie nicht bestimmbare und Dekubitalulzera mit einer vermuteten tiefen Gewebeschädigung 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"> <li>- Organisationseinheit</li> <li>- Fachbereich</li> <li>- Quartal</li> <li>- Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit im Quartal</li> <li>- Fallzahl</li> <li>- Anzahl der Patient:innen, die im dokumentierten Quartal stationär einen Dekubitus neu entwickelt haben.</li> </ul> <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>

<p>Empfehlungen zu ergänzenden Dokumentationen</p>	<p>In einer zu diesem Indikator gegründeten Expertise-Gruppe wurden folgende Empfehlungen zur ergänzenden Dokumentation erarbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokalisation der Dekubitalulzera</li> <li>- Kategorie der Dekubitalulzera</li> <li>- Anzahl der Dekubitalulzera</li> </ul> <p>Diese Angaben sind fakultativ zu erheben. Wenn sich diese Angaben für die Ergebnisdiskussion bewähren, können diese perspektivisch auch in die verpflichtende Dokumentation zu diesem Indikator aufgenommen werden.</p>
<p>Anregung zur internen Dokumentation</p>	<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"> <li>- Weitere Details zum medizinisch-pflegerischen Kontext</li> <li>- Details zu Risikofaktoren</li> </ul> <p>Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, wie die Ergebnisse intern diskutiert werden und welche <b>Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe</b> durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind.</p> <p>Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden.</p>

## 6.2 Stürze (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.<sup>5</sup>

### Definition „Verletzung“:

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

Als Verletzungen sind anzusehen:

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

Mehrfachangaben sind möglich.

<sup>5</sup> Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 2013, <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18430>

### Indikatoren zum Thema Sturz

Für die Stürze im stationären Versorgungsbereich werden zwei Indikatoren gebildet, eine Version von Magnet® und eine Version der B·IN Pflege.

**Sturz-stationär (Magnet®):** Der Magnet®-relevante Indikator erfasst nur Stürze mit Verletzung.

**Sturz-stationär (B·IN Pflege):** Der B·IN Pflege Indikator erfasst alle Stürze ohne Unterscheidung, ob eine Verletzung auftrat oder nicht.

**Tabelle 2: Spezifikation des Indikators „Stürze (stationär)“**

Grundgesamtheit	Fallzahl der Organisationseinheit im Quartal
Indikator 1 (B·IN Pflege)	
Selektionskriterium	Alle Sturz-Ereignisse eines Quartals.
Indikator 2 (Magnet®)	
Selektionskriterium	<p>Alle Sturz-Ereignisse mit Verletzungsfolge eines Quartals.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwundung der inneren Integrität durch äußere Gewalt-einwirkung.</li> </ul> <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"> <li>- Organisationseinheit</li> <li>- Fachbereich</li> <li>- Quartal</li> <li>- Anzahl der Pfl egetage der Organisationseinheit im Quartal</li> <li>- Fallzahl</li> <li>- Anzahl der Sturzereignisse mit Verletzungsfolge, die sich im dokumentierten Quartal ereigneten.</li> </ul>
Empfehlungen zu ergänzenden Dokumentationen	In einer zu diesem Indikator gegründeten Expertise-Gruppe wurden folgende Empfehlungen zur ergänzenden Dokumentation erarbeitet:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tagesabschnitt, in dem der Sturz erfolgte</li> <li>- Vorab festgestelltes Sturzrisiko</li> <li>- Bewusstseinszustand Patient:innen beim Auffinden direkt nach dem Sturz</li> <li>- Alter der gestürzten Patient:innen</li> <li>- Gestürzte Patient:innen mit Mobilitätsstörung</li> <li>- Gestürzte Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen/Sedierungen</li> <li>- Gestürzte Patient:innen mit einer Medikation, die das Sturzrisiko erhöht</li> </ul> <p>Diese Angaben sind fakultativ zu erheben. Wenn sich diese Angaben für die Ergebnisdiskussion bewähren, können diese perspektivisch auch in die verpflichtende Dokumentation zu diesem Indikator aufgenommen werden.</p>
<p>Anregung zur internen Dokumentation</p>	<p>Darüber hinaus wird empfohlen, intern folgende Informationen zu speichern, um später datenbasiert die Ergebnisse hausintern und krankenhausübergreifend diskutieren zu können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nähere Beschreibung des Sturzhergangs</li> <li>- Nähere Beschreibung der Sturzfolgen</li> <li>- Details zu Risikofaktoren der Patient:innen</li> </ul> <p>Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, welche <b>Maßnahmen zur Sturzprävention</b> durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind. Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden.</p>

### 6.3 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). Bei diesem Indikator liegt der Fokus zunächst auf MRSA.

**Tabelle 3: Spezifikation des Indikators „Multiresistente Erreger stationär“**

<b>Indikator 1</b> (Anzahl Patient:innen mit durchgeführtem MRSA-Screening))	
Grundgesamtheit	Fallzahl (im Quartal)
Selektionskriterium	Anzahl Fälle mit MRSA-Screening (im Quartal)
Qualitätsfokus	Darlegung des Risikos der Patient:innen für eine MRSA Infektion
<b>Indikator 1b</b> (Anzahl Patient:innen mit MRSA im Ausgangsscreening)	
Grundgesamtheit	Fallzahl (im Quartal)
Selektionskriterium	Anzahl Fälle (im Quartal) mit MRSA-Nachweis beim primären Screening
Qualitätsfokus	Darlegung der Prävalenz
<b>Indikator 2</b> (Anzahl Patient:innen mit primär negativem Screening und anschließend positivem MRSA Befund)	
Grundgesamtheit	Fallzahl (im Quartal)
Selektionskriterium	Fallzahl (im Quartal), bei denen einem positiven MRSA-Befund ein negativer MRSA-Befund vorausging
Qualitätsfokus	Zeichen für eine mögliche 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 die Indikatoren	- Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Fallzahl insgesamt - Anzahl Patient:innen in der jeweiligen Grundgesamtheit der Indikatoren 1-2 - Anzahl der Patient:innen, für die das Selektionskriterium der Indikatoren 1-2 zutrifft. - Screeningrate bei Aufnahme
Anregung zur internen Dokumentation	Darüber hinaus wird empfohlen, intern Informationen zu speichern, um später datenbasiert die Ergebnisse diskutieren zu können: - Nähere Beschreibung des Keims, der Infektion und der angenommenen Infektionsquelle

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmen, die im Krankenhaus Standard sind zur Vermeidung nosokomialer Infektionen und zum Umgang mit MRE.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>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"> <li>- Erfassungszeitraum: jedes Quartal komplett (Vollerhebung)</li> </ul>

Künftig sollen auch **Katheter-assoziierte Infektionen sowie VRE** über entsprechende Indikatoren 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.

## 6.4 Device assoziierte Dekubitalulzera (stationär)

**Tabelle 4: Spezifikation des Indikators Device assoziierte Dekubitalulcera (stationär)**

Grundgesamtheit	Fallzahl im Quartal
Selektionskriterium	Anzahl Patient:innen mit neu entstandenem Device-assoziiertem 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 Pflagetage in der Organisationseinheit im Quartal - Fallzahl - Anzahl der Patient:innen mit mindestens einem Device-assoziierten 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 Informationen dokumentiert werden: - Anzahl, Lokalisation und ggf. Kategorie* der gefundenen Dekubitalulzera sowie das verursachende Device. *Für die Schleimhaut Dekubitalulzera gibt es keine Kategorien - Darüber hinaus wird es hilfreich sein zu dokumentieren, welche <b>Maßnahmen zur Prävention</b> solcher Device-assoziierten 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)

## 7 Indikatoren für die ambulante Versorgung in Krankenhäusern

Nachfolgend werden die Indikatoren für die ambulante Versorgung beschrieben.

### 7.1 Stürze (ambulant)

#### Definition „Sturz“ gem. Expertenstandard:

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene aufkommt.<sup>6</sup>

#### Definition „Verletzung“:

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

Als Verletzungen sind anzusehen:

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

Mehrfachangaben sind möglich.

#### Indikatoren zum Thema Sturz

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

**Sturz-ambulant (Magnet®):** Der Magnet®-relevante Indikator erfasst nur Stürze mit Verletzung.

**Sturz- ambulant (B·IN Pflege):** Der B·IN Pflege Indikator erfasst alle Stürze ohne Unterscheidung, ob eine Verletzung auftrat oder nicht.

---

<sup>6</sup> Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 2013, <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18430>

Tabelle 5: Spezifikation des Indikators „Stürze (ambulant)“

Grundgesamtheit	Alle Besuche von Patient:innen pro Quartal, die ambulant aufgenommen wurden.
Indikator 1 (B·IN Pflege)	
Selektionskriterium	Alle Sturz-Ereignisse eines Quartals.
Indikator 2 (Magnet®)	
Selektionskriterium	<p>Alle Sturz- und Beinahe-Sturz-Ereignisse mit Verletzungsfolge eines Quartals.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwundung der inneren Integrität durch äußere Gewalt-einwirkung.</li> </ul> <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"> <li>- Organisationseinheit</li> <li>- Fachbereich</li> <li>- Quartal</li> <li>- Fallzahl</li> <li>- Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit im Quartal</li> <li>- Anzahl der Sturzereignisse mit Verletzungsfolge, die sich im dokumentierten Quartal ereigneten.</li> </ul>
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"> <li>- Nähere Beschreibung des Sturzhergangs</li> <li>- Nähere Beschreibung der Sturzfolgen</li> <li>- Details zu Risikofaktoren der Patient:innen</li> </ul> <p>Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, welche <b>Maßnahmen zur Sturzprophylaxe</b> durchgeführt wurden bzw. welche im jeweiligen Krankenhaus Standard sind. Die zuletzt genannten Informationen können/sollten fakultativ erhoben werden. Weitere Empfehlungen zu ergänzenden</p>

	Dokumentationen sollen im Verlauf des Projekts erarbeitet werden.
Ausfüllhinweis	- Erfassungszeitraum: jedes Quartal komplett (Vollerhebung)

Ergänzende Erläuterungen:

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

## 7.2 Brandverletzungen (ambulant)

**Tabelle 6: Spezifikation des Indikators Brandverletzungen (ambulant)**

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	- Patientendokumentation, elektronische Patientenakte
Erhebungsmethode	- Dokumentenanalyse, Datenexport
Zu exportierende Datenfelder	- Organisationseinheit - Fachbereich - Quartal - Fallzahl - Anzahl der ambulanten Operationen mit monopolarer HF-Chirurgie im Quartal - Anzahl der Brandverletzungen bei diesen Operationen
Anregung zur internen Dokumentation	- Konstellation der OP-Situation, in der die Brandverletzung aufgetreten ist, z. B. Lagerungsposition oder andere Risikofaktoren  Darüber hinaus könnte es hilfreich sein zu dokumentieren, welche <b>Maßnahmen zur Prophylaxe</b> solcher Brandverletzungen 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)

## 8 Befragungen

Es stehen den Krankenhäusern verschiedene Befragungsbögen zur Verfügung, die entweder nur die Magnet®-Fragen beinhalten, oder mit Kurz- oder Langformen der Picker-Befragungen kombiniert werden können. Letztere haben den Vorteil, dass sie die spezifischen, pflegebezogenen Magnet®-Fragen in eine übliche Befragung von Patient:innen/ Mitarbeitenden integrieren und somit keine Doppelbefragung erforderlich ist. Es wird hier eine individuelle Beratung angeboten, mit dem Ziel, die für das jeweilige Haus passendste Form der Teilnahme zu finden. Die Magnet®-Fragen in den Fragebögen, die das BQS Institut für das deutsche Gesundheitswesen übersetzt hat, wurden von ANCC geprüft und autorisiert.

### 8.1 Patient:innen-Befragung

Es werden stationär und ambulant behandelte Patientinnen und Patienten befragt.

Dabei werden folgende Kategorien adressiert:

- Patienteneinbindung/ Patientenzentrierte Pflege
- Patientenedukation
- Versorgungskordinierung
- Sicherheit
- Umgang mit Service-Fehlern (Beschwerdemanagement)
- Höflichkeit und Respekt
- Reaktionsbereitschaft
- Schmerzen
- Aufmerksames Zuhören

Für die Magnet®-Zertifizierung werden schlussendlich vier dieser sieben Kategorien ausgewählt.

Die Befragung der Patient:innen erfolgt als Inhouse-Befragung. Das heißt, dass die Patient:innen noch während ihres Aufenthaltes und max. zwei Tage vor der Entlassung befragt werden. Der Zugang zur Befragung erfolgt über Bedside-Terminals, hausinterne Tablets oder eigene mobile Endgeräte. Die Häuser können selbst die Entscheidung treffen, in welcher Form den Patient:innen der Zugangcode übermittelt wird (beispielsweise in einem kurzen Anschreiben

mit individuellem QR-Code, oder als Push-Nachricht über Bedside-Terminals, wenn verfügbar). Eine papierbasierte Befragung ist alternativ oder ergänzend ebenfalls möglich.

Außerdem ist die Darstellung der Befragungsinhalte auch in hauseigenen bereits etablierten Befragungslösungen umsetzbar. Hier wird über die individuelle Umsetzung gemeinsam gesprochen und es stehen Vorlagen und Anleitungen zur Verfügung, um Rohdaten im Zielformat für die Berichtserstellung an das BQS Institut zu übergeben.

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 Patient:innen** variiert geringfügig vom stationären Bogen, da dort Aspekte wie Übernachtung und Essen nicht abgefragt werden. Diese Bögen können außerdem um Module mit Zusatzfragen und/oder individuelle Zusatzfragen ergänzt werden.



**Abbildung 2:** Die Varianten der Patient:innen-Fragebögen

Für die Magnet®-Zertifizierung müssen für acht aufeinanderfolgende Quartale Ergebnisse vorgelegt werden. Grundsätzlich sollte pro Organisationseinheit und Quartal eine Mindestmenge von 100 Bögen/Zugangscodes ausgegeben werden, damit genug Rückläufer vorliegen, um statistisch vergleichbare Ergebnisse für diese Einheiten zu erhalten. Es bietet sich an, alle Patient:innen zu befragen, um den Verteilprozess zu verstetigen und eine größtmögliche, aussagekräftige Stichprobe zu erhalten.

Die Berichterstattung erfolgt pro Quartal. Bei Organisationseinheiten (Stationen/Abteilungen) mit wenig Patient:innen kann es sinnvoll sein, die Werte von Quartalen oder fachübergreifenden Stationen zusammenzufassen. Beim Hinzubuchen eines Zugangs zum dynamischen Online-Report-Systems besteht die Möglichkeit 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.

Musterbögen stehen auf Anfrage gerne zur Verfügung.

## 8.2 Mitarbeitenden-Befragung

In der Mitarbeitenden-Befragung werden folgende Kategorien adressiert:

- Sichtbare und ansprechbare Führungskräfte
- Interdisziplinäre Beziehungen
- Grundlagen einer hohen pflegerischen Versorgungsqualität
- Angemessenheit der Ressourcen
- Berufliche Entwicklung
- Autonomie
- Teamarbeit und Zusammenhalt der Pflegekräfte

Es muss für die Magnet®-Zertifizierung eine Befragung nach den oben genannten Kriterien vorgelegt werden, die nicht älter als 30 Monate ist und es sind schlussendlich vier dieser sieben Kategorien auszuwählen.

Die Mitarbeitenden-Befragung erfolgt standardmäßig rein digital. Optional können Teilgruppen auch papierbasiert 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 alle an den Patient:innen tätigen Berufsgruppen erfasst (Stationspflege, Funktionspflege, Ärztlicher Dienst, ...), um auch das Zusammenwirken der Berufsgruppen an den Patient:innen zu erfassen. Für die Magnet®-Zertifizierung müssen zumindest alle pflegenden Mitarbeitenden erfasst werden, also die Stationspflege und Funktionspflege.

Für die Mitarbeitenden-Befragung stehen drei Bogenvarianten zur Wahl:

- Der Fragebogen **MA Magnet** enthält nur die für Magnet® relevanten Fragen. Hier wird ein eindeutiger Fokus auf die Pflege gelegt und es werden nur die an den Patient:innen tätigen Mitarbeitenden (Pflegekräfte und ärztliches Fachpersonal) befragt.
- Der Fragebogen **MA Picker&Magnet Kurzbogen** ist ein vollwertiger Kurzbogen, der neben den Magnet®-Fragen auch weitere ausschlaggebende Fragen zu wesentlichen Mitarbeitendenerfahrungen enthält.
- 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.

- Diese Bögen können außerdem um Module mit **Zusatzfragen** (z. B. zu Familie und Beruf, Führung, etc.) und/oder individuelle Zusatzfragen ergänzt werden.



**Abbildung 3:** Die Varianten der Mitarbeitenden-Fragebögen

Muster der Fragebögen sind auf Anfrage zu erhalten.

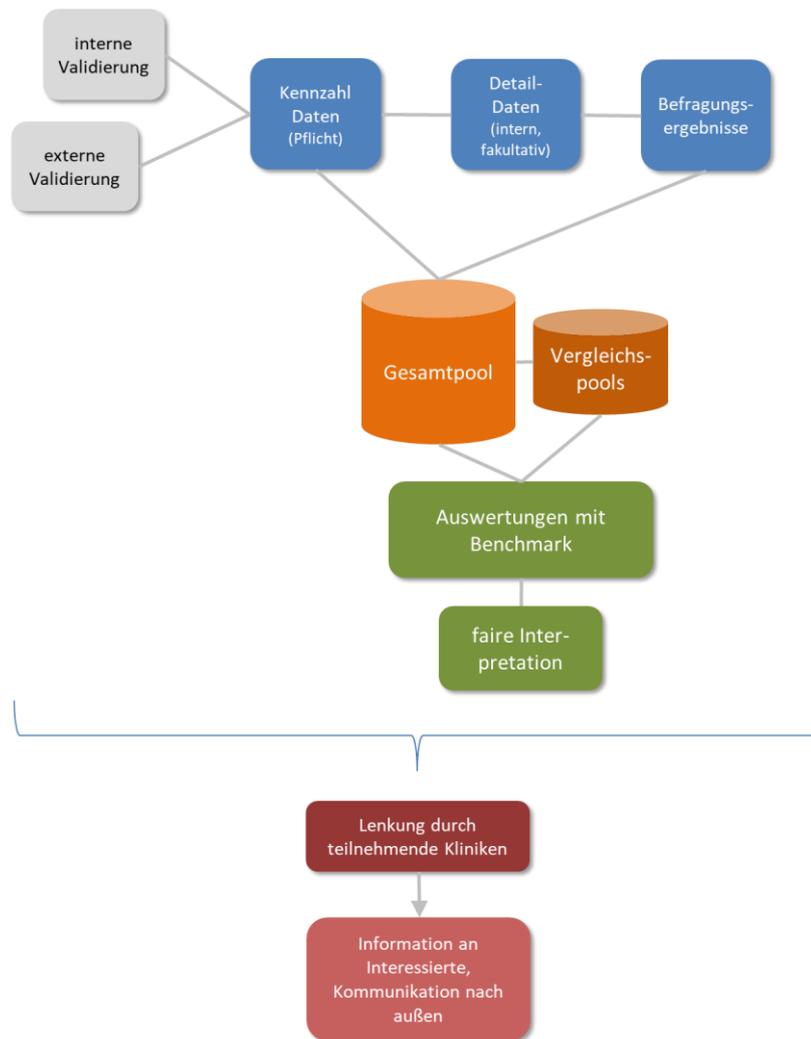
## 9 Datenumgang und -auswertung

Die Auswertung der übersendeten Daten für die Indikatoren sowie der Befragungen der Mitarbeitenden und Patient:innen erfolgt durch das BQS Institut. Nachfolgend wird der Umgang mit den Daten sowie die Auswertung der Indikatoren beschrieben.

### 9.1 Verarbeitung der Daten

Die verschiedenen Daten und Ergebnisse der Indikatorenerhebungen 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 Indikatoren 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.



**Abbildung 4:** 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).

## 9.2 Datenauswertungen

Die Indikatorendaten werden sowohl auf Stationsebene als auch auf Fachabteilungsebene ausgewertet. Der krankenhaushübergreifende Vergleich der Indikatorenergebnisse erfolgt aber ausschließlich auf Fachabteilungsebene.

Ein Vergleich auf Fachabteilungsebene ist sinnvoller, da Stationen häufig von mehreren Fachabteilungen belegt sind. Dies bedeutet, dass die Patient:innen, die auf einer bestimmten Station behandelt werden, aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten stammen können. Folglich können sich das Risiko für adverse Ereignisse und damit die Indikatorenergebnisse

erheblich je nach der Fachabteilung, in welchen die Patient:innen behandelt werden, unterscheiden. Eine differenzierte Betrachtung auf Fachabteilungsebene ermöglicht es, diese Unterschiede genauer zu erfassen und spezifische Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu identifizieren.

Für die Auswertung der Indikatorenergebnisse erfolgte eine Gruppierung der Fachabteilungen in zwölf Gruppen basierend auf den Fachabteilungsschlüsseln nach § 301 SGB V. In der nachfolgenden Abbildung sind die herangezogenen Fachabteilungsgruppen mit Stand vom Mai 2024 dargestellt.

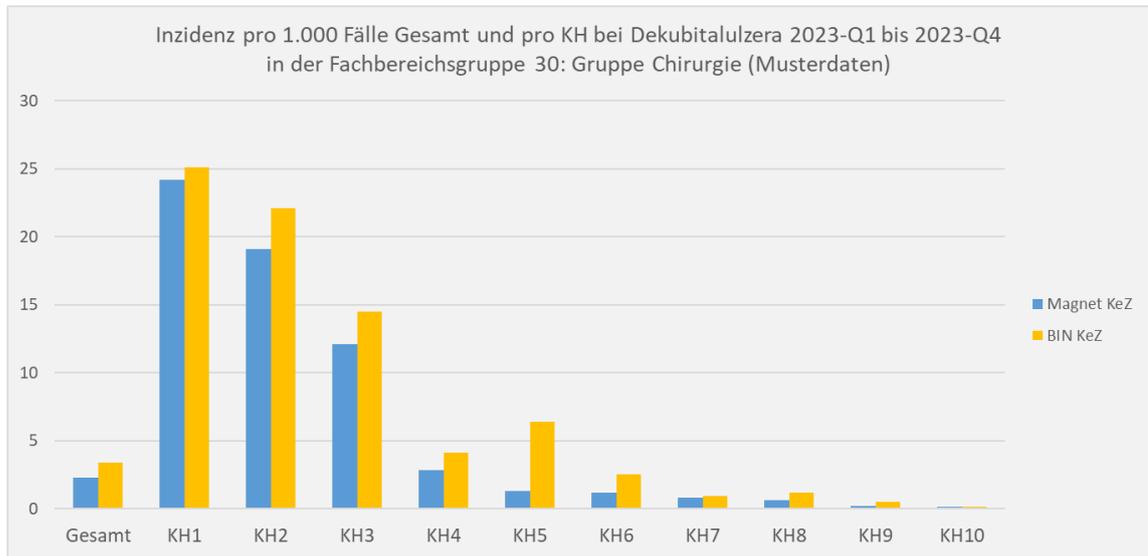
**Tabelle 7: Fachbereichsgruppierungen (Stand: Mai 2024)**

<b>B-IN Pflege Fachbereichsgruppierungen (Stand: Mai 2024)</b>		
Gruppe	Name	enthaltene Fachbereiche der teilnehmenden Krankenhäuser
10	Innere Medizin	0100, 0102, 0107, 0108, 0200, 0300, 0400, 0500, 3752, 0105
20	Pädiatrie	1000
21	Pädiatrie Spezial	1005, 1012, 1100
30	Chirurgie	1500, 1523, 1700, 1800, 1900
31	Unfallchirurgie, Orthopädie	1600, 2200, 2300, 2390
40	Thorax-, Herzchirurgie	2000, 2100
50	Frauenheilkunde, Geburtshilfe	2400, 2425, 2500
60	HNO, Augen, Dermatologie, ZMK, Psych	2600, 2700, 3400, 3500, 2900, 2951, 3100
70	Neurologie inkl. Stroke	2800, 2852, 2856
80	Strahlentherapie, Nuklearmedizin	3200, 3300
90	Querschnittszentrum, Frührehabilitation	3700, 3790, 3791
100	Intensivmedizin	3600

Die für die Datenvergleiche herangezogenen Fachabteilungsgruppen werden indikatorenspezifisch weiterentwickelt. Ziel ist es, homogene Leistungsbündel innerhalb einzelner Fachbereichsgruppierungen noch weiter zu differenzieren.

Eine beispielhafte Darstellung der fachbereichsbezogenen Auswertung für die Gruppe Chirurgie für den Indikator Dekubitalulzera ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Die Auswertung

stellt die Ergebnisse der Dekubitusinzidenz für die Quartale Q1 bis Q4 2023 für zehn Krankenhäuser dar.



**Abbildung 5:** Mustergrafik zur Inzidenz von Dekubitalulzera für die Fachbereichsgruppe Chirurgie

Die Fachbereiche je Krankenhaus werden in Fachbereichsgruppen zusammengefasst. Je Fachbereichsgruppe erfolgt dann ein Vergleich, hier für die Fachgruppe Chirurgie, mit den übrigen teilnehmenden Krankenhäusern. In den Auswertungen ist das eigene Krankenhaus durch die Beschriftung der entsprechenden Balken mit dem Krankenhausnamen erkennbar. Die Daten der übrigen Krankenhäuser sind pseudonymisiert dargestellt. Es wird zwischen den Dekubitusinzidenzen nach der B·IN Pflege und der Magnet® Definition unterschieden. Gemäß der Magnet® Definition werden in die Inzidenzberechnung nur Dekubitalulzera der Kategorien 2 bis 4 einbezogen. Bei der B·IN Pflege Definition werden alle Dekubitalulzera (Kategorien 1 bis 4, sowie nicht bestimmbare und Dekubitalulzera mit einer vermuteten tiefen Gewebeschädigung) in der Inzidenzberechnung berücksichtigt. Es ist zudem die durchschnittliche Gesamtinzidenz über alle Krankenhäuser ausgewiesen.

**Tabelle 8: Mustertabelle zur Inzidenz von Dekubitalulzera für die Fachbereichsgruppe Chirurgie**

	Inzidenz (B·IN Pflege)	Inzidenz (Magnet®)
Gesamt	3,4	2,3
KH1	25,1	24,2
KH2	22,1	19,1
KH3	14,5	12,1
KH4	4,1	2,8
KH5	6,4	1,3
KH6	2,5	1,2
KH7	0,9	0,8
KH8	1,2	0,6
KH9	0,5	0,2
KH10	0,1	0,1

Jede Auswertungsgrafik ist um eine Tabelle ergänzt. In dieser sind die krankenhausindividuellen Inzidenzen sowie die Inzidenzen der Vergleichskrankenhäuser aufgeführt (Tabelle 8).

Die B·IN Pflege Auswertungen werden ab dem Jahr 2024 pro Quartal erstellt. Das bedeutet, dass in den Darstellungen der Inzidenzen der jeweiligen Indikatoren ein zeitlicher Verlauf der Ergebnisentwicklung für das eigene Haus sowie die Vergleichshäuser erkennbar sein wird.

Die B·IN Pflege befindet sich in der Entwicklungsphase. Je mehr Krankenhäuser an der B·IN Pflege teilnehmen und damit Daten für die Indikatoren übersenden, desto mehr steigt in der Regel auch die statistische Aussagekraft der Ergebnisse. Denn durch Erhöhung der Stichprobengröße wird die Varianz reduziert. Darüber hinaus können kleinere Effekte mit einer größeren Stichprobe besser erfasst werden.

### 9.3 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. Dabei sieht jedes Haus seine eigenen Ergebnisse im Vergleich zu den Ergebnissen der Benchmarkgruppe. Die Ergebnisse der Benchmarkgruppe sind anonymisiert.

Es gibt für die teilnehmenden Krankenhäuser die Möglichkeit, sich in Peer-Gruppen mit anderen Benchmarkteilnehmenden in geeigneter Weise zu vernetzen, um voneinander zu lernen und sich mit strukturell ähnlichen Krankenhäusern vergleichen zu können.

## 10 Erfahrungsberichte und Eindrücke der Teilnehmenden

Die B·IN Pflege gewinnt stetig an neuen teilnehmenden Krankenhäusern. In den folgenden Erfahrungsberichten teilen einige teilnehmende Krankenhäuser ihre persönlichen Erfahrungen und Eindrücke.

“ *Die Teilnahme des BG Klinikum Bergmannstrost Halle an der B·IN kann als sehr gewinnbringend bewertet werden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Datenerhebung und -gewinnung, sowie deren Dokumentation hat u.a. zu einer Anpassung der elektr. Dokumentationsformulare geführt. Mitarbeitende wurden dadurch sensibilisiert und Schulungsbedarfe identifiziert. Für die Transparenz der Daten wurde ein Dashboard entwickelt und etabliert. Die Dokumentationsqualität hat sich deutlich verbessert und wir erwarten in der Wirkung aller Maßnahmen eine verbesserte Versorgungsqualität und somit niedrige Quoten im Hinblick auf pflegesensitive Kennzahlen.*

BG Klinikum Bergmannstrost, Ronny Czäzine

“ *Das Positivste für mich an der Benchmarkinitiative Pflege ist, dass dies ein Projekt ist, in dem Pflegefachpersonen unterschiedlichster Kliniken gemeinsam mit der BQS versuchen, die Qualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu verbessern. Es geht darum, voneinander und miteinander zu lernen und sich weiterzuentwickeln. Kooperation im Sinne der Patienten anstatt Konkurrenz. Die Teilnahme an der Benchmarkinitiative hat bei uns bereits zu einer spürbaren Verbesserung der Dokumentationsqualität und Zuverlässigkeit in den Bereichen Dekubitus und Sturz geführt, sodass wir nun eine solide Basis für interne Qualitätsverbesserungen haben. Probleme bei der Datenerhebung ergeben sich insbesondere im Bereich der MRE-Kennzahlen, da diese in einem externen Labor ausgewertet werden. Die zunehmende Digitalisierung wird uns hinsichtlich der Datenerhebung wertvolle Dienste erweisen.*

Deutsches Herzzentrum München, Stefan Landgraf

“ *Eine große Herausforderung stellt die Aufbereitung der Daten für den gemeinsamen Vergleich mit den anderen Häusern dar. Auch wenn viele Daten bereits digital vorhanden sind, müssen sie aus verschiedenen Reports und Abfragen zusammengeführt werden. Dies ist kein automatisierter Prozess. Eine erste Vorstellung der Daten auf unserer internen Stationsleitungsbesprechung lieferte aber bereits interessante Erkenntnisse in der Diskussion und im Austausch mit der Pflegepraxis. So wurde diskutiert, inwieweit Sturzfolgen tatsächlich auch nachdokumentiert werden z.B., wenn sich der Verdacht auf eine Fraktur im Nachhinein erst ergibt oder wenn sich der Verdacht einer Fraktur aus der Erstdokumentation nicht bestätigt. Gemeinsam wurde überlegt, wie die Erhebungsinstrumente für Sturz und Dekubitus verbessert werden können.*

Universitätsklinikum Bonn, Dr. Silja Tuschy

## 11 Organisation der Benchmarkinitiative

### 11.1 Organisationsstruktur

Die Krankenhäuser steuern ihre Benchmarkinitiative selbst. Wie in Kapitel 1 aufgeführt, ist die Struktur der B·IN Pflege durch drei Grundprinzipien geprägt.

- **Council Expertentum** – Die Entwicklung der einzelnen Pflegeindikatoren erfolgt durch einschlägige Expert:innen der jeweiligen Bereiche. Hierdurch sollen die Praktikabilität und Machbarkeit der Erhebungs- und Auswertungsverfahren der Indikatoren gewährleistet werden. Gleichzeitig sollen die Verfahren möglichst niederschwellig bei gleichzeitig maximalem Anspruch an Wissenschaftlichkeit konzipiert sein.
- **Council Governance** – Formelle Strukturen zur Organisation und Verwaltung der B·IN Pflege sind erforderlich. Die Strukturen werden im Sinne eines Mixed-Methods-Ansatz sowohl Bottom-Up- als auch Top-Down etabliert. Ein entsprechendes Gremium verwaltet und organisiert erforderliche Treffen, bspw. der Expertise-Gruppen, koordiniert die Zusammenarbeit der einzelnen Council-Strukturen und initiiert Akquise für potentiell teilnehmenden Kliniken. Des Weiteren dient dieses Council als Vermittler zwischen dem BQS Institut und der B·IN Pflege.
- **Council Wissenschaftlichkeit** – Durch die Zusammenarbeit mit diversen Fachgesellschaften und Netzwerken, bspw. dem Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) als auch Pflegewissenschaftler:innen soll die wissenschaftliche Fundierung sowohl der Indikatorendefinition als auch der Datenerhebung- und Datenanalyseverfahren gewährleistet werden. Darüber hinaus sollen die Daten für Forschungsvorhaben nutzbar gemacht werden.

Die Organisation und Struktur der B·IN Pflege gliedert sich in vier Gruppen, welche jeweils unterschiedliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten übernehmen.

#### Initiativhäuser:

Die B·IN Pflege wurde durch fünf deutsche Krankenhäuser initiiert. Diese tauschen sich in einem regelhaften Treffen aus und befassen sich mit strategischen Fragen zur Weiterentwicklung der B·IN Pflege.

#### Teilnehmende Krankenhäuser:

Diese Gruppe umfasst alle benannten Personen der teilnehmenden Krankenhäuser, mit denen praktische und inhaltliche Aspekte (z. B. zur Erhebung der pflegesensitiven Indikatoren, zur Bildung von Vergleichsgruppen) beraten und beschlossen werden. Diese tauschen sich auch zu ihren Erfahrungen zur Datenerhebung aus. Es finden monatliche Abstimmungstreffen statt.

**Expertise-Gruppen:**

Diese Gruppe umfasst die ausgewählten Expert:innen der teilnehmenden Krankenhäuser sowie Teilnehmende der interessierten Krankenhäuser, welche sich einrichtungsübergreifend zu inhaltlichen Fragen je Indikator austauschen. Bisher gibt es Expertise-Gruppen zu den Indikatoren Dekubitalulzera, Sturz und MRE. Ein Austausch findet alle acht Wochen statt.

**Arbeitsgruppe (AG):**

Diese Gruppe umfasst alle interessierten und teilnehmenden Krankenhäuser. Es finden halbjährliche Treffen statt, in welchen diesen der aktuelle Stand der B·IN Pflege präsentiert wird.

## 11.2 Pflegewissenschaftliche Kooperationen und politische Einbindung

Die B·IN Pflege befindet sich zum aktuellen Zeitpunkt in der Aufbauphase und wird stetig weiterentwickelt. In Deutschland ist es das erste Mal gelungen, ein Benchmark von Pflegequalitätsindikatoren aufzubauen. Daher hat die B·IN Pflege bereits viel Aufmerksamkeit gefunden und wichtige Partner:innen gewinnen können. Gerade aber auch der Erfolg, dass ein Benchmark in der Pflege realisiert wird, hat auch politische Aufmerksamkeit auf sich gezogen.

Auf pflegewissenschaftlicher Ebene hat die B·IN Pflege einige Mentor:innen, die sowohl die Inhalte gemeinsam prüfen, als auch den Weg der Initiativkliniken begleiten. Prof. Michael Simon (Institutsdirektor Pflegewissenschaft – Nursing Science, Universität Basel) unterstützt mit seiner Expertise den Aufbau des Benchmarks. Rebecca Greystone (Vizepräsidentin des Magnet® Recognition Programms and Pathway® to Excellence Programms des American Nurses Credentialing Center/ ANCC) und Maureen Lal (Director Magnet® Recognition Programm ANCC) sind Mentorinnen auf dem Weg der Entwicklung der Initiative.

Der Bundesverband Pflegemanagement und Pflegeattraktiv sind in der Berufspolitik wichtige Partner der B·IN Pflege. Denn gerade aus Sicht des Pflegemanagements ist eine Kennzahlbasierte Versorgung essenziell und zukunftsweisend.

Die B·IN Pflege steht ebenso im engen Austausch mit dem Prof. Andreas Büscher und seinem Team des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Ziel ist es, Synergien zu bilden und die Themen Benchmark und Expertenstandards idealerweise miteinander zu verbinden, um so die Versorgungsqualität nachhaltig messbar zu machen und die Interventionen auf ihre Erfolge zu prüfen.

## 12 Teilnahmeverbereitung

Interessieren Sie sich für eine Teilnahme an der B·IN Pflege? Im Folgenden ist eine Übersicht über die wichtigsten Schritte für eine Teilnahmeverbereitung nach dem PDCA-Zyklus zusammengestellt. Angefangen von der Prüfung der Voraussetzungen für eine Teilnahme bis hin zum Umgang mit den Datenauswertungen in der Praxis.

- 

Plan

  - Prüfung der Datenverfügbarkeit (Für eine Teilnahme müssen nicht für alle Indikatoren Daten vorliegen.)
  - Bestehen inhaltliche Fragen/ Unklarheiten zu den Indikatoren?
  - Zeitliche und finanzielle Ressourcen prüfen (Datenerhebung/ -lieferung, Teilnahme an Austauschtreffen)
  - Vorstellung des Vorhabens bei Stakeholdern und Vorstand/ Geschäftsführung
    - ➔ Bei Fragen – Kontaktaufnahme mit dem BQS Institut
- 

Do

  - Entscheidung zur Teilnahme ➔ Kontaktaufnahme mit dem BQS Institut zur Klärung der vertraglichen Gegebenheiten
  - Übersendung einer Übersicht von Stationen und Fachabteilungen an das BQS Institut
  - Überblick über den aktuellen Stand
    - Ggf. Anregungen hinsichtlich der Vergleichsgruppen für die Auswertungen (welche über die Fachabteilungsgruppen hinausgehen)
  - Benennung von Pflegeexpert:innen für die Teilnahme an den Expertise-Gruppen und zur Einführung in die Thematik
  - Datenlieferung für die entsprechenden Indikatoren
- 

Check

  - Ideen und Input zur Weiterentwicklung der Indikatoren innerhalb der eigenen Klinik und bei den teilnehmenden Kliniken
- 

Act

  - Evaluation der Dokumentation der verschiedenen Indikatoren und eventuelle Anpassung der Datenlieferung/ -auswertung
  - Transfer der Überlegungen, Arbeitsschritte und Auswertungen in die Praxis (mit den Outcomes arbeiten)
  - Überlegungen zur Vereinfachung der Dokumentation und Datenerhebung
  - Zahlen, Daten und Fakten im Plenum vorstellen (Stakeholder, Vorstand/ Geschäftsführung, weitere)

## 13 Nächste Ziele und Etappen

### **Start erfolgt: Erhebung seit Oktober 2022 und Datenauswertungen seit 2024**

Die ersten Krankenhäuser nehmen teil und haben mit der Erfassung begonnen. Das vierte Quartal 2022 war das erste Erfassungsquartal. Die ersten Auswertungen wurden den teilnehmenden Krankenhäusern im ersten Quartal 2024 zur Verfügung gestellt.

### **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.

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 geht die Initiative in eine neue Phase: die ersten Ergebnisse sind 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 Indikatorenergebnisse bedarf der Berücksichtigung der besonderen Umstände, die auf die Ergebnisse einen fördernden oder hemmenden Einfluss ausüben. 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. Dabei wird die Herausforderung sein, die benchmarkbezogenen Vergleichsgruppen über die Fachteilungsschlüssel nach § 301 SGB V hinaus noch feingliederiger zu gestalten.

(b) Die Krankenhäuser sind aufgefordert, Details zu den Ereignissen, die in den Indikatoren 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 Indikatorenergebnisse 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 Benchmarkings 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 Indikatoren**

Die B·IN Pflege soll ein Set an pflegesensitiven Indikatoren 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.

## 14 Teilnehmende Einrichtungen: Dank und weitere Zusammenarbeit



Abbildung 6: Teilnehmende Krankenhäuser der B·IN Pflege

Das Autorenteam dankt allen teilnehmenden, 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.

## Anhang

### Anhang 1: Datenerhebung

Die **Daten für die Indikatoren** werden bezogen auf die teilnehmenden Struktureinheiten (z. B. Stationen) aggregiert in einer CSV-Datei übermittelt (siehe Abbildungen 7-9). Es findet keine Übermittlung Patient:innen-bezogener Daten statt.

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

- [0] **Indikator-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 jeden Indikator solch ein kurzer Datensatz erstellt und eingesandt.

Dabei wird darauf hingewiesen, dass zu diesen Indikatoreninformationen 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.

[0] Kennzahl-ID	[1] Krankenaus-ID	[2] Station	[4] Quartal	[5] Anzahl der Pflegetage	[6] Fallzahl	[7a - BIN Pflege] Anzahl der Patient:innen mit neu entstandenem Dekubitus (nach B·IN Pflege)	[7b - Magnet®] Anzahl der Patient:innen mit neu entstandenem Dekubitus (nach Magnet®)	[O1] Anzahl der Fälle, bei denen ein Risikoassessment durchgeführt wurde. <i>optional</i>	[O2] Anzahl der Fälle, bei denen ein Risiko festgestellt wurde. <i>optional</i>	[8] Erstellungsdatum
DekStat[BIN/Magn]										
DekStat[BIN/Magn]										
DekStat[BIN/Magn]										
DekStat[BIN/Magn]										

Abbildung 7: Auszug Datenerhebungstabelle für den Indikator Dekubitalulzera nach Stationen

[0] Kennzahl-ID	[1] Krankenaus-ID	[3] Fachabteilung	[3a] Fachabteilung (Versorgungsschwerpunkt der Abteilung, eingestuft nach dem vierstelligen Fachabteilungsschlüssel des §301 SGB V)	[4] Quartal	[5] Anzahl der Pflegetage	[6] Fallzahl	[7a - BIN Pflege] Anzahl der Patient:innen mit neu entstandenem Dekubitus (nach B·IN Pflege)	[7b - Magnet®] Anzahl der Patient:innen mit neu entstandenem Dekubitus (nach Magnet®)	[O1] Anzahl der Fälle, bei denen ein Risikoassessment durchgeführt wurde. <i>optional</i>	[O2] Anzahl der Fälle, bei denen ein Risiko festgestellt wurde. <i>optional</i>	[8] Erstellungsdatum
DekStat[BIN/Magn]											
DekStat[BIN/Magn]											
DekStat[BIN/Magn]											
DekStat[BIN/Magn]											
DekStat[BIN/Magn]											

Abbildung 8: Auszug Datenerhebungstabelle für den Indikator Dekubitalulzera nach Fachabteilung

[0] Kennzahl-ID	Kategorie der neu entstandenen Dekubitalulzera					Anzahl der neu entstandenen Dekubitalulzera je Patient:in			[8] Erstellungsdatum
	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Keiner Kategorie zuordenbar/ Vermutete tiefe Gewebe- schädigung	1 bis 2	3 bis 4	mehr als 4	
DekStat[BIN/Magn]									
DekStat[BIN/Magn]									
DekStat[BIN/Magn]									

Abbildung 9: Auszug Datenerhebungstabelle für den Indikator Dekubitalulzera für den Bereich ergänzende Daten