

# Exzellenz in der Pflege.





## Exzellenz in der Pflege.

Eine Arbeitsgruppe des Bundesverbands Pflegemanagement beschäftigt sich seit rund zwei Jahren mit dem Thema „Magnet“. Beim Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands (VPU) gibt es vergleichbare Initiativen. Und auch beim Katholischen Pflegeverband steht das Thema ganz oben auf der Agenda. Im Oktober 2018 beschlossen die drei Verbände, ihre Expertise aus den verschiedenen Initiativen zu bündeln und ein gemeinsames Papier zu erarbeiten. Experten aus den Bereichen Forschung, Lehre und Praxis haben in der vorliegenden Broschüre ihr Wissen zusammengetragen. Dabei geht es den Verantwortlichen um weit mehr als „Magnet“. Es geht um Exzellenz in der Pflege.

Pflegenotstand, die Gewinnung von gut ausgebildeten und engagierten Mitarbeitern, die Bindung der Mitarbeiter an die Einrichtung und die Attraktivität der Häuser für die Patienten im Wettbewerb um die bessere Wirtschaftlichkeit – die Themen sind nicht neu. In den USA wurde bereits Anfang der 80er Jahre erstmals wissenschaftlich der Frage nachgegangen, warum es manchen Kliniken besser gelang, Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten und gleichzeitig attraktiver für Patienten zu sein als anderen. Die dabei identifizierte „magnetische Anziehungskraft“ einiger Kliniken im Vergleich zum großen Rest war schließlich Namensgeber für das heutige US-amerikanische Zertifizierungsprogramm. Ein Programm, in dessen Kern es um herausragende Prozesse und Strukturen, Qualitätskriterien, Management-Fähigkeiten – um Professionalität auf der ganzen Linie geht. Mittlerweile sind die ersten europäischen Krankenhäuser nach dem Magnet®-Programm zertifiziert und auch in Deutschland machen sich Kliniken auf den Weg.

Aber ist eine Einrichtung erst dann ein „Magnet“ für qualifizierte Mitarbeiter und Patienten, wenn sie nach dem Magnet®-Programm zertifiziert ist? Wenn man dieser Frage in Europa und Deutschland nachgeht, stellt man schnell fest, dass eine Reihe von Kliniken ihren ganz individuellen Weg zu mehr Exzellenz in der Pflege beschreiten. Ihre Initiativen wirken auf Mitarbeiter, Patienten, Angehörige und Zuweiser gleichermaßen positiv und – um im Terminus des US-amerikanischen Programms zu bleiben – anziehend. Teilweise sind diese individuellen Programme ein erster Schritt in Richtung Zertifizierung, aber nicht alle haben eine spätere Zertifizierung zum Ziel. In allen Fällen geht es aber um Exzellenz in der Pflege, eine Professionalisierung, die den Beruf, die Einrichtung und damit die Patienten stärkt.

In der vorliegenden Broschüre wollen wir eine Einführung in das Thema geben, Definitionen liefern und die Vielschichtigkeit von Exzellenz in der Pflege anhand von Best-Practice-Beispielen aufzuzeigen. Die Zertifizierung nach dem US-amerikanischen Modell mag nicht für jede Einrichtung der richtige Weg sein. Die gezielte Förderung von Exzellenz in der Pflege durch eine Professionalisierung von Strukturen, Prozessen und Management-Skills ist für jede Einrichtung jedoch unabdingbar. Um diese Professionalisierung bundesweit weiter voranzutreiben, plädieren wir für ein Kompetenzzentrum „Exzellenz in der Pflege“. Ein solches Kompetenzzentrum bündelt alle bisher gesammelten Erfahrungen im Bereich der Exzellenzförderung, vernetzt wichtige Akteure miteinander und ist damit eine wesentliche Grundlage für die Konzeption und Umsetzung erfolgreicher Programme in der Praxis – auch ohne Magnet®-Zertifizierung.

Wir wünschen Ihnen spannende Erkenntnisse und Inspirationen für mehr Exzellenz in der Pflege!



Peter Bechtel  
Vorstandsvorsitzender  
Bundesverband Pflegemanagement e.V.



Rupert Brenninger  
1. Vorsitzender  
Katholischer Pflegeverband



Torsten Rantzsch, MBA  
Vorstandsvorsitzender  
Verband der Pflegedirektorinnen der Universitätskliniken e.V.

# Inhaltsverzeichnis

– Vorwort. <a href="#">Peter Bechtel</a> , <a href="#">Rupert Brenninger</a> , <a href="#">Torsten Rantzsch</a> . . . . .	3
– Konzeptionelle Ansätze und Definitionen von Exzellenz in der Pflege. <a href="#">Dr. Claudia B. Maier</a> . . . . .	5 – 7
– Das US-amerikanische Magnet®-Programm. <a href="#">Maren Lach</a> . . . . .	8 – 9
– Magnet®-Recognition for Antwerp University Hospital (Belgium). <a href="#">Paul Van Aken</a> , <a href="#">Danny Van heusden</a> . . . . .	10 – 11
– Die Zukunft der Pflege. <a href="#">Ulrich von Allmen</a> . . . . .	12 – 13
– Aktueller Stand und Initiativen in Deutschland. <a href="#">Sabine Girts</a> . . . . .	14 – 15
– Entlassen, aber nicht verlassen. Das patientenorientierte Entlassmanagement. Ein Blick über den Klinikrand. <a href="#">Helene Maucher</a> . . . . .	16 – 19
– Entwicklung und Implementierung von Führungsgrundsätzen. <a href="#">Anja König</a> . . . . .	20 – 21
– Führen mit Kennzahlen. <a href="#">Birgit Vogt</a> , <a href="#">Janina Schweiger</a> . . . . .	22 – 23
– Die Magnet®-Reise des Universitätsklinikums Münster. Eine interprofessionelle und nachhaltige Strategie. <a href="#">Thomas van den Hooven</a> . . . . .	24 – 25
– Exemplarische, professionelle Pflege. <a href="#">Andreas Schneider</a> . . . . .	26 – 27
– Einführung einer onkologischen Pflegeambulanz im Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg. <a href="#">Margarete Reiter</a> . . . . .	28 – 29
– Ausblick. <a href="#">Marie-Luise Müller</a> . . . . .	30
– Die Autoren. . . . .	32 – 33

# Konzeptionelle Ansätze und Definitionen von Exzellenz in der Pflege.

Dr. Claudia B. Maier

Der Begriff „Exzellenz“ und der damit einhergehende Anspruch „exzellent“ zu sein bzw. zu werden ist weit verbreitet. Doch was ist Exzellenz? Wie kann Exzellenz im Gesundheitswesen und speziell in der Pflege erreicht werden? Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über einschlägige Definitionen gegeben, gefolgt von Kernelementen von Exzellenz und bestehenden (Zertifizierungs-) Programmen in der Pflege und im Gesundheitswesen allgemein.

## Definition von Exzellenz.

Exzellenz wird im Allgemeinen definiert als „hervorragend“ oder „ausgezeichnet“<sup>1</sup>. Anwendung findet das Konzept in den verschiedensten Disziplinen, wie bspw. im Bildungswesen und der Wissenschaft (vgl. „Exzellenzuniversitäten“, „Exzellenzcluster“), in der freien Wirtschaft (vgl. Business Excellence, operative Exzellenz) und im Management (EFQM Grundkonzept der Exzellenz)<sup>2,3</sup>.

Eine weit verbreitete Definition in der Organisationsentwicklung lautet: „Exzellente Organisationen erzielen dauerhaft herausragende Leistungen, welche die Erwartungen aller ihrer Interessensgruppen erfüllen oder übertreffen“ (EFQM<sup>4</sup>). Hier wird ein Schwerpunkt auf das Ergebnis und dessen Dauer gelegt. Darüber hinaus impliziert der Begriff per se einen Vergleich der Leistungen im Sinne eines Benchmarks. Dies kann entweder intern oder mit anderen Organisationen oder Leistungserbringern erfolgen. Im Rahmen des EFQM-Programmes können sich bspw. Organisationen als „Recognized for Excellence“ zertifizieren lassen. Kontinuierliche Verbesserung und Innovation wie auch die Etablierung einer Kultur des Lernens und der Mitarbeiterbeteiligung sind die Hauptbestandteile des Modells: „Exzellenz ist keine Theorie; sie bezieht sich auf die greifbaren Errungenschaften einer Organisation in Bezug auf das, was sie tut, wie sie dies tut, auf die Ergebnisse, die sie erzielt, und auf das Vertrauen, dass diese Ergebnisse in der Zukunft aufrechterhalten werden. [...]“

## Was bedeutet Exzellenz in der Pflege?

Im Gesundheitswesen in Deutschland wird mehrheitlich von „Qualität“, „Qualitätsmanagement (QM)“ und „Qualitätsinitiativen“ gesprochen. Zugleich hat in den letzten Jahren der Begriff Exzellenz vermehrt Einzug in die Diskussionen um die Qualität der medizinischen Versorgung gehalten. Dies spiegelt das Ziel wider, Leistungserbringer von außerordentlicher und herausragender Qualität zu identifizieren und Qualität und Exzellenz zu fördern. In deutschen Krankenhäusern wird in diesem Kontext auch von „Spitzenmedizin“ gesprochen (Verband der Universitätsklinika Deutschlands<sup>5</sup>). Obwohl sich der Begriff Spitzenmedizin etabliert hat, fehlt bisher ein Pendant zur Pflege. Entsprechend gibt es für die Pflege bisher in Deutschland keine allgemeingültige Definition von Exzellenz.

Im internationalen Kontext existieren eine Reihe von Definitionen. Auf eine Auswahl wird im Folgenden eingegangen:

- Angelehnt an die US-amerikanische Nationale Liga der Pflege (NLN, National League of Nursing) wird Exzellenz in der Pflege als ein Veränderungsprozess und Kulturwandel definiert: „Eine Kultur der Exzellenz spiegelt die Verpflichtung zu kontinuierlichem Wachstum, Verbesserung und Verständnis wider. Es ist eine Kultur, in der die Transformation angenommen wird und der Status Quo und die Mittelmäßigkeit nicht toleriert werden“<sup>6</sup>.
- Ebenfalls in den USA hat das American Nurse Credentialing Center (ANCC) es sich zur Aufgabe gemacht „Exzellenz in der Pflege“ zu fördern. Es hat u.a. zwei Zertifizierungsprogramme speziell für die Pflege in klinischen Einrichtungen (u.a. Krankenhäusern) entwickelt. Diese sind das Magnet<sup>®</sup> und das Pathway to Excellence<sup>®</sup> Programm (ANCC 2019<sup>7</sup>, Pabico & Graystone 2018<sup>8</sup>). ▶

- In Kanada hat der Verband der Pflegekräfte Ontarios (RNAO, Registered Nurse Association of Ontario) im Jahr 2004 ein Positionspapier zur Exzellenz in der Pflege publiziert. Exzellenz in der klinischen Praxis wird folgendermaßen definiert: „In der klinischen Pflege bedeutet exzellente Pflegepraxis einen dynamischen Prozess mit dem besten theoretischen und praktischen Wissen für jeden Klienten. Sie beinhaltet die Fähigkeit, Gesundheit und Wohlbefinden anhand des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums für jede und jeden zu fördern: den Einzelnen; die Familie; und die Gemeinschaft. Exzellenz bedeutet „Caring in Action“ und ist für das Erreichen optimaler Gesundheitsergebnisse für Patienten, die Gesundheits- und Krankenpfleger und das System von grundlegender Bedeutung“<sup>9</sup>.
- In Australien wurden 156 sich in Ausbildung befindende und ausgebildete Pflegekräfte in einer qualitativen Studie befragt, wie sie Exzellenz in der Pflege definieren. Vier Themenbereiche wurden identifiziert: (1) Professionalität, (2) ganzheitliche Pflege, (3) exemplarische Praxis und (4) Humanismus in der Pflege, wobei das letztere Thema sich auf persönliche Faktoren, Pflegekraft-Patienten Beziehungen und Pflegekraft-Team Beziehungen bezog (Coulon et al. 1996<sup>10</sup>).

Obwohl es eine Reihe von Definitionen in den USA, Kanada oder Australien gibt, die für die Pflege spezifische Kernthemen der Exzellenz herausarbeiten, gibt es bisher wenig Literatur zum Messen und Operationalisieren von exzellenter Pflege, d.h. dem systematischen Erfassen und Vergleichen von Daten zu Spitzenleistungen oder herausragender Qualität in der Pflege. Die Ergebnisorientierung ist ein elementarer Bestandteil des Exzellenzbegriffs in der Pflege, jedoch wird gleichermaßen die Herausforderung der validen „Messbarkeit“ von Exzellenz bzw. guter Qualität in der Pflege diskutiert<sup>11</sup>, die Auswahl von geeigneten Indikatoren, Referenzbereichen und deren Vergleichbarkeit intern oder über Organisationen hinweg. Dies betrifft auch die Abgrenzung von exzellenter mit guter bzw. durchschnittlicher Leistung oder Qualität.

## Exzellenz als multidimensionales Konzept.

Die genannten Definitionen zeigen die Hauptelemente eines Exzellenzbegriffs für die Pflege auf: zum einen die Ergebnisorientierung, die Notwendigkeit des Definierens von Indikatoren zur Messung von exzellenter Pflege, Datenerhebung und des Vergleichs/Benchmarks von pflegesensitiven Ergebnisparametern; und zum anderen die Steuerung von Prozessen und Strukturen, die zu einer sehr guten bzw. exzellenten Pflege führen.

Strategien und Maßnahmen um „Exzellenz“ zu erreichen bzw. zu fördern sind daher mehrdimensional:

- Prozesse (u.a. Implementierung von Prozessen der Datenerhebung, kontinuierliche Evaluation, Kollaboration und gemeinsame Entscheidungsfindung)
- Strukturen (u.a. Qualität der Führung und Management, Planung, Mitarbeiterentwicklung)
- Ergebnisse (u.a. Ergebnisparameter, Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit, Minimierung von unerwünschten Ergebnissen oder Zwischenfällen, Mitarbeiterzufriedenheit, Kosten)

Maßnahmen beziehen sich immer auf den aktuellen „State of the Art“ (Ergebnisse) und den Prozess einer kontinuierlichen Verbesserung (Strukturen und Prozesse). Exzellenz erfordert gleichzeitig ein kontinuierliches Weiterentwickeln einer Organisation in Richtung vorab definierter Zielsetzungen basierend auf dem neuesten Wissensstand und der Forschung in Theorie und Praxis.

## Programme und Zertifizierungsverfahren in Deutschland.

In Deutschland müssen Krankenhäuser seit 2004 verpflichtend Qualitätsmanagement implementieren, wohingegen eine Zertifizierung vom Gesetzgeber nicht gefordert wird<sup>12</sup>. Weit verbreitet sind drei Modelle: die branchenübergreifende Qualitätsnorm ISO 9001, das Modell der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)<sup>13</sup> und das Modell des Europäischen Vereins für Qualitätsmanagement (EFQM).

Das EFQM Modell „Recognized for Excellence“ basiert auf einem Selbstbewertungsverfahren, um die Stärken, die Exzellenz bzw. Qualität in der Praxis und die Verbesserungsmöglichkeiten einer Organisation über alle Aktivitäten hinweg zu messen<sup>14</sup>. Dies erfordert eine umfangreiche Selbstbewertung, eine Datenerhebung und eine Bewertung vor Ort durch die EFQM-Delegierten. Insgesamt gibt es deutliche Überschneidungen zwischen QM-Modellen und Exzellenzkonzepten; so hat das EFQM-Modell den Anspruch beides zu erreichen. Bei allen Unschärfen ist jedoch der Anspruch der Konzepte der Exzellenz höher als bei klassischen QM-Programmen, nämlich langfristig herausragende Strukturen, Prozesse und Leistungen zu erzielen.

Die bestehenden Qualitätsmanagementkonzepte in Deutschland beziehen sich auf Krankenhäuser oder andere Einrichtungen im Gesundheitswesen, sie sind nicht auf die spezifische Situation und Bedürfnisse der Pflege und Pflegekräfte zugeschnitten. Jedoch scheint der Bedarf an einem QM bzw. Exzellenzmodell für die Pflege vorhanden zu sein, wenn man sich die derzeitigen Herausforderungen in Bezug auf den Fachkräftemangel, die Diskussion um pflegesensitive Ergebnisparameter, Personaluntergrenzen, das Arbeitsumfeld sowie die Einbindung von Pflegekräften vor Augen führt.

---

**Literatur** | **1 Oxford Dictionary** (2019). Definition „Excellence“ <https://en.oxforddictionaries.com/definition/excellence> [online]. download, 23.01.2019. Der Duden (2019). Definition „exzellent“ <https://www.duden.de/rechtschreibung/exzellente> [online]. download, 23.01.2019. | **2 EFQM** (2003). Die Grundkonzepte der Exzellenz [http://www.deutschlands-kundenchampions.de/files/dkc\\_efqm\\_grundkonzepte\\_2003.pdf](http://www.deutschlands-kundenchampions.de/files/dkc_efqm_grundkonzepte_2003.pdf) [online]. download, 23.01.2019. | **3 BMBF** (2019). Exzellenzstrategie <https://www.bmbf.de/de/die-exzellenzstrategie-3021.html>. Website. download, 28.01.2019. | **4 EFQM. Leading Excellence.** [www.efqm.de](http://www.efqm.de) [online]. download, 23.01.2019. | **5 Verband der Universitätsklinika Deutschlands.** Spitzenmedizin für Deutschland. Spitzenmedizin sichern, fördern und verbessern. <https://www.uniklinika.de/gesundheitspolitische-themen/spitzenmedizin-fuer-deutschland/> [online]. download, 23.01.2019. | **6 National League of Nursing.** Core values. Excellence. <http://www.nln.org/about/core-values> [online]. download, 23.01.2019. | **7 ANCC** (2019). <https://www.nursingworld.org/ancc/> [website], download 28.01.2019 | **8 Pabico C, Graystone R** (2018). Comparing Pathway to Excellence® and Magnet Recognition® Programs. March 2018 Vol. 13 No. 3. <https://www.americannursetoday.com/comparing-pathway-excellence-magnet-recognition-programs/> download, 23.01.2019. | **9 RNAO** (2004). Policy Statement Excellence in Clinical Nursing Practice. [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2601\\_Policy\\_Statement\\_on\\_Excellence\\_in\\_Clinical\\_Nursing\\_Practice.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/2601_Policy_Statement_on_Excellence_in_Clinical_Nursing_Practice.pdf) download, 23.01.2019. | **10 Coulon L, Mok M, Krause KL, Anderson M.** The pursuit of excellence in nursing care: what does it mean? J Adv Nurs. 1996 Oct;24(4):817-26. | **11 Görres S** (2007). Was ist gute Pflege? Überlegungen zur Messung von Ergebnisqualität <https://www.hpg-ev.de/download/eqs-pflege-goerres-ergebnisqualitaet.pdf> download, 23.01.2019. | **12 nach § 168, SGB V** | **13 KTQ.** <https://www.ktq.de/> [website] download, 23.01.2019. | **14 European Foundation for Quality Management EFQM** URL: [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewintfT6rojAhWMK1AKHT\\_jDs8QFjANegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.onecaribbean.org%2Fwp-content%2Fuploads%2FFundamental-Concepts-of-EFQM.pdf&usq=AOvVaw3OjpY2e70rUzMulAaJfLpk](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewintfT6rojAhWMK1AKHT_jDs8QFjANegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.onecaribbean.org%2Fwp-content%2Fuploads%2FFundamental-Concepts-of-EFQM.pdf&usq=AOvVaw3OjpY2e70rUzMulAaJfLpk) Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/EFQM-Modell>

# Das US-amerikanische Magnet®-Programm Maren Lach

## Entstehungsgeschichte in den 80er Jahren.

Bereits in den 80er Jahren wurden in den USA ähnliche Phänomene wahrgenommen, wie wir sie aktuell in Deutschland feststellen. Eine stärkere Arbeitsverdichtung, steigende Leistungsanforderungen an das Pflegepersonal, gesunkene Motivation bei den Mitarbeitern und eine erhöhte Fluktuation der Pflegekräfte sorgten damals in Amerika für einen deutlich spürbaren Pflegenotstand. So wurde Anfang der 80er Jahre in den USA der Frage nachgegangen, warum es in vielen Kliniken problematisch ist, Pflegende zu gewinnen und zu halten. Es gab jedoch auch Krankenhäuser, in denen es gelang, eine geringere Fluktuation aufzuweisen und die stets genug Bewerbungen von Pflegekräften erhielten. 1983 wurden die ersten Studien in Auftrag gegeben, die die charakteristischen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern ermitteln sollten. Insgesamt 155 Krankenhäuser nahmen an den Studien teil. Sie ergaben, dass Pflegekräfte gern in Krankenhäusern arbeiten, in denen das Engagement des Pflegemanagements für die Pflege hoch ist. Bei 41 Krankenhäusern konnte eine Art magnetische Anziehungskraft identifiziert werden. Basierend auf den Empfehlungen dieser Studie wurde ein Magnetanerkennungsprogramm entwickelt. Das ANCC wurde zu diesem Zweck gegründet und ist heute die zertifizierende Einrichtung. 1994 wurde das erste Krankenhaus in Seattle im Staat Washington als Magnetkrankenhaus ausgezeichnet. Es handelte sich dabei um ein großes Universitätsklinikum<sup>1</sup>.

## Ursprüngliche Zielsetzung und Internationalisierung.

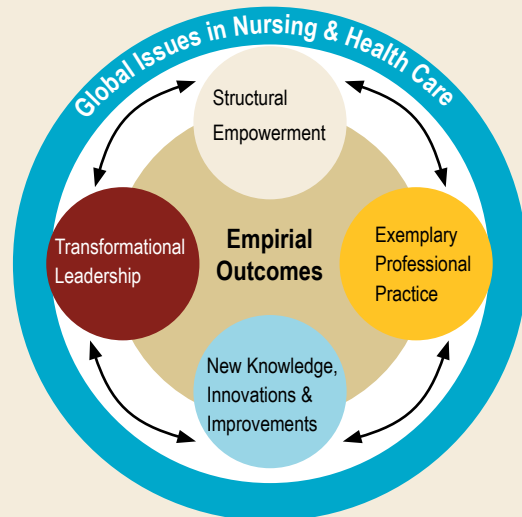
Das Magnetprogramm wurde entwickelt, um Einrichtungen im Gesundheitswesen die Spitzenleistungen in der Krankenpflegepraxis erbringen, anzuerkennen. Mit Hilfe dieses Programms gelingt es den Magnetkrankenhäusern in den USA, Pflegekräfte anzuziehen, diese langfristig an Unternehmen zu binden, Top-Personal aufzuweisen - von der Basis bis hin zum Führungspersonal, exzellente Pflege zu erbringen und damit eine größere Anzahl an Patienten zu gewinnen. Anerkannte Magnet-

krankenhäuser verfügen über ein positives Image in der Außenwirkung, auch aufgrund der besseren Patientenergebnisse. Somit ziehen Magnetkrankenhäuser nicht nur Personal an, sondern auch Patienten. Seit 2000 ist es auch in anderen Ländern als den USA möglich, einen Magnetstatus zu erhalten.

## Von Magnetkräften zu Magnetkomponenten.

Das amerikanische Magnetprogramm basiert auf Qualitätsindikatoren und pflegerischen Standards, die mittels Selbstbewertung beim Pflegepersonal erfragt werden. Das ANCC entwickelte zunächst 14 FOM (Forces of Magnetism). Später entstanden die fünf Komponenten des Magnetmodells, die COM<sup>2</sup>.

Die fünf Magnetkomponenten (COM)<sup>3</sup>



**Transformationale Führung.** Sie beschreibt das Führungsverhalten der Pflegedienstleitung. Die Führungskraft präferiert einen partizipativen Führungsstil und ist für ihre Mitarbeiter zugänglich und präsent. Sie fördert Initiative, Selbständigkeit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter<sup>4</sup>. Der partizipative Führungsstil trägt dazu bei, dass Mitarbeiter verstärkt in die Unternehmungslenkung eingebunden werden.



**Strukturelle Befähigung.** Die Grundlage hierfür ist erreicht, wenn entsprechende Organisationsstrukturen im Unternehmen vorhanden sind. Pflege hat in den amerikanischen Magnetkrankenhäusern einen sehr viel höheren Stellenwert als üblicherweise. Pflege steht mit der Profession der Mediziner auf der gleichen Stufe und kommuniziert mit ihnen auf Augenhöhe. Innerhalb des Pflegepersonals entwickelt sich so eine berufliche Professionalisierung. Durch gezielte Entwicklungsprogramme können Pflegenden zu mehr und zu besserer Leistung befähigt werden. Pflegenden werden dabei unterstützt, höhere Bildungsabschlüsse zu erwerben. Damit erhöht sich gleichzeitig die Fach- und Beratungskompetenz der Pflegenden<sup>5</sup>.

**Exemplarische Professionelle Praxis.** Hier spiegelt sich das umfassende Verständnis der Pflegenden und die Selbsterkenntnis wider, welche wichtige Rolle sie im Pflege- und Beratungsprozess und in der gesamten Gesundheitsversorgung spielen. Autonomie in der Pflege, übersetzt mit Eigenverantwortung und selbständigem Handeln der Pflegekraft, zeigt sich darin, dass Pflegekräfte eigenständige Verantwortungsbereiche ausfüllen. Sie lassen sich z. B. zu Pflegeexperten ausbilden, werden beispielsweise tätig als Casemanager oder Wundexperte und sorgen dafür, dass die Profession der Pflegenden gestärkt wird. Innerhalb der Prozesse herrscht in Magnetkrankenhäusern eine permanente Kommunikation, die sich z. B. in der Etablierung eines geregelten Besprechungswesens darstellt.

Abschließend betrachtet bietet das amerikanische Magnetprogramm praktische Umsetzungsstrategien, die in Deutschland verfolgt und ausgebaut werden sollten. Es gibt Lösungen durch die „magnetischen“ Kräfte qualifizierte Pflegekräfte mit einer hohen Berufszufriedenheit dauerhaft zu binden, exzellente Pflegeergebnisse aufzuweisen und damit eine bessere Patientenversorgung zu ermöglichen<sup>10</sup>. Dadurch kann der gesellschaftliche Stellenwert der Pflege und das Image des Pflegeberufs nachhaltig erhöht werden.

Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist ein weiterer Baustein der Exemplarischen Professionellen Praxis. Interdisziplinäre sowie multiprofessionelle Teams treffen gemeinsam Entscheidungen mit und für die Patienten. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass in den Magnetkrankenhäusern professionelle Pflegemodelle in den Alltag implementiert sind. Die Pflegemodelle spiegeln sich in allen Bereichen wider, sie sorgen für eine professionelle, strukturierte und standardisierte Durchführung des Pflegeauftrages<sup>6</sup>.

**Neues Wissen, Innovationen und Verbesserungen.** Um dies in ein Unternehmen zu integrieren, muss in der Organisation evidenzbasierte Forschung betrieben werden. Für Pflegenden werden spezielle Strukturen geschaffen, so dass diese sich über Beiträge der Pflegewissenschaft weiterbilden können. Sie werden angeleitet, ihr pflegerisches Handeln zu reflektieren und können dann das Erlernte besser in die Pflegepraxis umsetzen<sup>7</sup>. Am Qualitätsverbesserungsprozess sind Pflegenden aktiv beteiligt. Ein in die Einrichtung implementiertes Fehler- und Beschwerdemanagement rundet den Verbesserungsprozess ab<sup>8</sup>.

**Empirische Ergebnisse.** Diese werden anhand von Patienten-, Mitarbeiter- und Kundenevaluationen gemessen und belegen die Resultate der durchgeführten Pflege und ihrer Struktur. In Benchmarks und Best-Practice Analysen werden Vergleiche zu anderen Kliniken hergestellt. Vorgegebene Richtwerte werden über einen langen Zeitraum verfolgt und sind Ansporn, sich stetig zu verbessern<sup>9</sup>.

**Literatur** | 1 Friedrich, D.; Poigné, C. (2012): Mitarbeiterbindung – Konzept der Magnetkrankenhäuser. In Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag: 69-76. | 2 Schmitz, M.-L. (2012): „Magnetkrankenhäuser – ein erfolgreiches Personalbindungskonzept“. [www.g-in.org/userfiles/file/feuchtinger-schmitz.pdf](http://www.g-in.org/userfiles/file/feuchtinger-schmitz.pdf) [Stand 19. Juni 2014]. | 3 ANCC (2013): Anouncing a New Model for ANCC’s Magnet Recognition Program®. A subsidiary of the American Nurses Association, Silver Spring, Maryland, USA: 1-10. | 4 Pelz, W. (2013): Transformationale Führung. In: Interview Magazin, Ausgabe 4/2012: 13. | 5 Drenkard, K. (2010): Die Komponenten und Belege der Evidenz des Magnetmodells. In: Magnet Recognition Program American Nurses Credentialing Center, Silver Spring, USA: 1-38. | 6 Wagner, F. (2008): Magnet Hospital Konzept – Eine Chance für deutsche Kliniken. Berlin: Handout zum DBfK-Vortrag zu den Kräften des Magnetismus: 12 | 7 Wagner, F. (2008): Magnet Hospital Konzept – Eine Chance für deutsche Kliniken. Berlin: Handout zum DBfK-Vortrag zu den Kräften des Magnetismus: 13 | 8 Eiff, W. v. (2014): Magnetphilosophie schafft Qualität und Zufriedenheit. In: HCM, 5. Jg., Ausgabe 1-2 2014: 40-43. | 9 Minihuber, B. E. (2013): Konzept Magnetkrankenhaus – Anwendbarkeit für Österreich. In: Masterarbeit PDF, Graz: 38; [https://online.medunigraz.at/mug\\_online/wbAbs.getDocument?](https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.getDocument?) [Stand 23. Januar 2015]. | 10 Lach, M. (2015): Ist das Magnetkrankenhaus ein Modell für Deutschland? Möglichkeiten und Grenzen einer Umsetzung in Deutschland. München: GRIN Verlag: 43ff

# Magnet® Recognition for Antwerp University Hospital (Belgium)

Paul Van Aken, Danny Van heusden

## Recognition of nursing excellence.

Magnet® recognition is currently the highest international recognition a hospital can achieve when it comes to nursing excellence and high-quality patient care. It is the recognition of a journey during which the Antwerp University Hospital (UZA) had to demonstrate that we are better than the average international academic centers when it comes to patient outcomes and teamwork.

The recognition is awarded for a period of 4 years by an independent American organization called American Nurses Credentialing Center (ANCC).

In combination with the Joint Commission International (JCI) accreditation, focusing on compliance to international standards with regard to safe processes and continuous quality improvement, we have shown that UZA is a top notch hospital on an international level.

## Patient perspective.

From a patient perspective the Magnet® recognition has a special significance. Magnet® recognition guarantees that our patients receive excellent care which is substantiated by measurable results in various domains. One example is the prevalence of pressure ulcers. Our percentage is 2.8, which is half of the Belgian average (6%) and less than the international average for academic centers (3.1%). Also when it comes to patient satisfaction we make a difference. A comparison with other hospitals shows that our patients indicate that 86% of hospital staff will introduce themselves. The Flemish average is 41%.

International research has shown that there is a lower mortality rate in Magnet® hospitals, a lower complication rate and so on. Compared to non-Magnet® hospitals there is a higher rate of highly

skilled nursing staff. The patient is in expert hands as the nursing staff have the opportunity to take part in ongoing training, more so than in non-Magnet® hospitals. A further characteristic of a Magnet® hospital is an excellent cooperation with physicians and other healthcare providers.

## Employee perspective.

The advantages as seen from an employee perspective are equivalent to those of the patient. Working in a Magnet® hospital is just a bit different than working in a non-Magnet® hospital. Many pages have been written on this topic, plenty of research has been carried out yet we still get the question: "What exactly makes the difference?". Let's try to summarize this:

- Proportionately there are **more highly qualified nurses** in a Magnet® hospital. Over 80% of the UZA nurses have a degree on a bachelor level. The Flemish average is 60 to 70%. Research has shown that this results in a lower mortality rate which means that not only the amount of nurses yet also their qualification is of importance.
- A Magnet® hospital puts effort in the **ongoing training** of nursing staff. Both internal as well as external training can be attended. Currently we are reworking our onboarding program. In this program we are also considering those nurses who reintegrate after a long absence, and nurses who are switching hospital departments.
- Nurses are **involved in decision making**. They have various ways of sharing their opinions or sparking their ideas. This does not only result in commitment, yet also allows for innovation and continuous improvements. When setting up our strategic plan for the next few years both nurses and patients have been involved.

- **Interdisciplinary collaboration** is considered as one of the main characteristics of our organization. We are currently working on new initiatives to further stimulate collaboration. Nurses of one particular department have already focused on physician nurse collaboration as part of an improvement process.
- Nurses in a Magnet® hospital are **more committed** and have a **higher job satisfaction**. This also applies to the nurses of the Antwerp University Hospital. Commitment scores are mostly higher than 8 out of 10. Plenty of organizations envy this. Also when it comes to results in job satisfaction and turnover the UZA is a top performer.
- Nurses in a Magnet® hospital provide **better care** and **work more efficiently** than nurses in other hospitals. This we can conclude by comparing our results internationally.
- Nurses in a Magnet® hospital create a **learning environment** where students are welcomed and receive a **high quality training**. This is based on the feedback received from students. Due to the warm welcome and the learning opportunities offered, the UZA is desirable hospital for trainee nurses to do their internship.



These are the main ways in which Antwerp University Hospital distinguishes itself from other hospitals. Clearly we would like to continue how we are doing and even further improve. This is possible only thanks to the commitment of all our nurses.

# Die Zukunft der Pflege. Ulrich von Allmen

## Die zentrale Rolle der Pflege im Versorgungsprozess.

Pflegefachleute sind in unserem Gesundheitssystem die größte Berufsgruppe. Sie arbeiten direkt beim Patienten und an den meisten Schnitt-/Nahtstellen der medizinischen Leistungserbringung und spielen so die entscheidende Rolle, um die Ziele und Möglichkeiten der Medizin, der Pflege, der Politik oder einer Institution umzusetzen. Sowohl im stationären aber auch im ambulanten Setting sind die Pflegefachleute entscheidend in der Translation der Konzepte in Richtung der Patienten und ihrer Familien. Und haben ganz selbstverständlich - dort wo diese bereits Realität sind - auch in den virtuellen Behandlungssettings ihre Rolle gefunden.

## Standardisierung der Prozesse und Digitalisierung.

In der nahen Zukunft wird sich die Behandlung, Pflege und Betreuung der Patienten vermehrt nach standardisierten Pfaden (Clinical Pathways, Standardised Work, o.ä.) ausrichten. Seien es nun generelle Standards oder auch solche im Sinne der personalisierten Medizin, d.h. auf den Patienten und sein Familiensystem zugeschnittene Behandlungspfade.

Solche Behandlungspfade sind auch eine notwendige Voraussetzung, um elektronische Klinikinformations- und Steuerungssysteme zu entwickeln und im Alltag umzusetzen. Darin spielen Entscheidungsfindungshilfen, sei es nun in Diagnostik oder Therapie, welche aus Datenbanken im Sinne von Big Data gewonnen werden, eine entscheidende Rolle. Zudem entwickeln sich stationäre und ambulante Settings in jeweils unterschiedlichen Systemen, da diese auch bezüglich der jeweiligen medizinischen Voraussetzungen und Prozesse sehr unterschiedlich sind. Dort wo die Entwicklung von Behandlungspfaden konsequent gehandhabt wird, hat sich aus diesem Grund gezeigt, dass diese «Tracks» aufgrund ihrer Qualität und Effizienz idealerweise nicht gemischt werden sollten, weder personell noch räumlich.

## Aktive Mitgestaltung der Profession durch die Pflegenden.

Vor diesem Hintergrund wird sich der Beruf der Pflege rasch verändern und sich den veränderten Bedürfnissen der Patienten anpassen müssen. Es ist für eine effektive, bezahlbare und qualitativ hochwertige, medizinische Betreuung der Bevölkerung wichtig, dass diese Veränderung von der Pflege mitgestaltet wird. Stand heute verhindert jedoch eine Reihe von Hürden, dass sich Pflegefachleute effektiv und gewinnbringend in das sich rasch verändernde Gesundheitssystem einbringen können.

Das heißt, das Gesundheitssystem muss so verändert werden, dass sich Pflegefachleute grundlegend und aktiv einbringen können, müssen und wollen. Es ist eine Notwendigkeit, dass die derzeitigen gesetzlichen, regulatorischen und organisatorischen Bedingungen in diesem Sinne angepasst werden. Dies ist jedoch nicht nur die Sache der Pflege. Regierungen, Unternehmensleitungen, Ärzte, Gesundheitsorganisationen, Berufsverbände sowie Krankenkassen und Versicherungen müssen alle ihren Beitrag dazu leisten. Wenn wir ein Gesundheitssystem wollen, das eine nahtlose, erschwingliche und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung bieten soll, müssen alle zusammen an diesem Ziel arbeiten.

## Kernthemen für die Zukunft.

### Für die Zukunft zeichnen sich fünf Kernthemen ab.

- 1 Pflegefachleute sollen ihren Beruf in vollem Umfang ihrer Ausbildung, ihres Trainings und ihrer Berufserfahrung ausüben können.
- 2 Pflegefachleute müssen im Rahmen des jeweiligen Bildungssystems so gefördert werden, dass sie ein höheres Niveau (Position, Funktion, Bildung) erreichen können.
- 3 Pflegefachleute sollen und müssen bei der Neugestaltung von Konzepten und Prozessen im jeweiligen Umfeld vollwertige Partner sein, zusammen mit den Ärzten und den anderen Angehörigen der jeweils beteiligten Gesundheitsberufe.
- 4 Der Zugang zu den Daten und zur Informationsinfrastruktur muss (auch für die Pflege) ohne Hemmnisse gewährleistet und sichergestellt sein.
- 5 Pflegefachleute müssen sich einbringen – in der direkten Versorgung, in der Entwicklung und in der Forschung. Wer Mitbeteiligung einfordert, muss sie auch nutzen.

Die Umstellung des Gesundheitswesens auf eine sichere, qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung, erfordert ein grundlegendes Umdenken in der Rolle vieler Gesundheitsfachleute, einschließlich der Pflege, aber auch der Politik und der Versicherungen.

**„Das Gesundheitssystem muss so verändert werden, dass sich Pflegefachleute grundlegend und aktiv einbringen können, müssen und wollen.“**

## Aktueller Stand und Initiativen in Deutschland. Sabine Girts MBA

### Qualität als entscheidender Erfolgsfaktor.

Immer mehr Kliniken, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland erkennen, dass es kaum noch möglich ist, mit den herkömmlichen Strategien und Methoden dem Wettbewerb im Gesundheitswesen zu begegnen. Bei Entscheidungen des Managements wird der Faktor Qualität nicht immer entsprechend berücksichtigt, obwohl längst klar ist, dass auf lange Sicht der Erfolg einer Klinik oder Gesundheitseinrichtung aus der überlegenen Qualität der Ergebnisse gegenüber dem Wettbewerber resultiert. Auch bietet die Fokussierung auf eine Optimierung der Prozesse wirtschaftliche Potenziale, deren Ausschöpfung einen Kostenvorteil gegenüber den Wettbewerbern zulässt. Neben den rein wirtschaftlichen Aspekten zählt darüber hinaus immer mehr die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren. Seit Jahren wird die Versorgung der Patienten zur Erreichung der wirtschaftlichen Ziele über einen quantitativen Leistungsdruck auf die Mitarbeiter realisiert. Eine Methode, die insbesondere die Pflegeberufe mit großer Vehemenz erreicht hat. Wertvolle, qualifizierte Arbeitskräfte für die pflegerische Versorgung entwickeln sich zur Mangelware, so dass ein Wettbewerb um die „besten Köpfe“ zu konstatieren ist.

Denn die rasanten Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen stellen gerade die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen vor erhebliche Herausforderungen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zu den wesentlichen gehören die Verteilung der finanziellen Ressourcen auf der einen Seite und der sich längst vollziehende demografische Wandel auf der anderen Seite. Schon heute kommen nicht mehr so viele Pflegefachpersonen auf den Arbeitsmarkt, wie altersbedingt aus den Berufen ausscheiden. Zudem können sich immer weniger Schulabgänger vorstellen, einen Pflegeberuf zu erlernen. Gefragt

sind daher innovative Konzepte in den Pflegeberufen. Die Akademisierung, Qualitätsentwicklung und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind dabei zentrale Punkte, die Pflegefachpersonen die Möglichkeit geben, ihr Potenzial für die pflegerische Versorgung einzubringen und für ihre persönliche Entwicklung zu nutzen.

### Mangel an wissenschaftlich-fundierten Studien.

Auch in den USA waren qualitative Studien erforderlich, um den Wandel in der Krankenhauslandschaft in Richtung der Magnet®-Krankenhäuser anzustoßen. Ähnlich wie heute bei uns, war die Auswirkung von Qualität auf den Erfolg von Einrichtungen erkennbar, erst die Beweisführung durch repräsentative Studien führte jedoch zum Handeln. Nachfolgende Beispiele geben nur einen Querschnitt der in Deutschland und Europa relevanten Studien wieder.

Die RN4CAST-Studie<sup>1</sup> untersuchte, wie sich organisatorische Merkmale der Krankenhausversorgung auf die Rekrutierung und die Bindung von Krankenschwestern sowie auf die Ergebnisse bei den Patienten auswirken. Daran beteiligt haben sich die Länder Belgien, England, Finnland, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Norwegen, Polen, Spanien, Schweden, Schweiz.

In Deutschland wurde in der von der TU Berlin durchgeführten Pflegestudie RN4CAST – Registered Nurse Forecasting<sup>2</sup> u.a. bestätigt, dass sich die Ergebnisse der pflegerischen Versorgung durch die steigende Unzufriedenheit verschlechtert haben.

Etablierte Picker<sup>3</sup>-Befragungen liefern Daten, die die Perspektiven der unterschiedlichen Anspruchsgruppen im pflegerischen Versorgungsprozess und den Einfluss der Pflege zur Weiterentwicklung der Qualität in Beziehung setzen.

**„Trotz erster Studien gibt es keine aussagekräftige, belastbare Bestandsaufnahme in Deutschland.“**

## Pioniere in Deutschland.

Mit ihrer Initiative und ihrem Engagement prägt Dr. Johanna Feuchtinger, Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin und Stabsstelle für Qualität und Entwicklung am Universitätsklinikum Freiburg seit vielen Jahren die Qualität der pflegerischen Versorgung anhand der Ansätze des US-amerikanischen Magnet®-Konzeptes.

Franz Wagner, Präsident Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) engagiert sich seit Jahren auf der Basis der Grundprinzipien von Magnet® für eine bessere Patienten- und Gesundheitsversorgung. Von 2010-2018 war er Mitglied in der Commission on Magnet® bei der ANCC<sup>4</sup>.

Ohne diese beiden Pioniere hätte die Auseinandersetzung mit dem Magnet®-Prinzipien in Deutschland und das dadurch entstandene Netzwerk nicht die Bedeutung, die es aktuell innehat.

## Viele Einzelinitiativen, kein gesamtheitlicher Ansatz.

Geht man der Frage nach, ob die im Begriff „Magnet®-Konzept“ enthaltenen Parameter einer qualitativ guten Pflege, des effektiven Personaleinsatzes und der hohen Arbeitszufriedenheit eine universelle Relevanz haben und zu einer Verbesserung der Pflegesituation beitragen, stellt man fest, dass es bisher trotz erster Studien keine aussagekräftige, belastbare Bestandsaufnahme in Deutschland gibt. Es gibt keine grundsätzliche Dokumentation darüber, dass durch eine veränderte Arbeitssituation exzellente Patientenergebnisse oder eine hohe Zufriedenheit der Pflegefachpersonen in Deutschland erzielt wurden. Wohl aber gibt es viele Best-Practice-Beispiele aus einzelnen Einrichtungen, die einen eindeutigen Zusammenhang herstellen.

In einzelnen Verbänden lassen sich Vergleiche zwischen den zugehörigen Kliniken und Einrichtungen anstellen (Benchmark). Beispielsweise zur kritischen Überprüfung der eigenen Ablaufsystematik, einer konsequenten Personalentwicklung oder der professionellen Vermarktung einzelner Dienstleistungen nach innen und außen.

Im Ergebnis werden in Deutschland viele Einzelprojekte zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege initiiert. Dabei werden die Bedürfnisse der Gesamtorganisation und der verschiedenen in Beziehung zueinanderstehenden Abteilungen, die Schnittstellenproblematik jedoch nicht selten außer Acht gelassen, obwohl das die Voraussetzung für ein umfassendes Qualitätsmanagement-Konzept wäre.

## Bedarf nach eigenständiger Kompetenz.

Für die Entscheidung zur Exzellenzentwicklung in der Pflege ist die Durchführung einer GAP-Analyse eine der zentralen Voraussetzungen. Auf Basis dieser Analyse muss dann die individuelle Strategie des Gesamtunternehmens entwickelt werden. Die Weiterentwicklung des Unternehmens ist zweifelsohne ein wesentlicher strategischer Erfolgsfaktor und Kernaufgabe einer jeden Organisation.

In Deutschland haben sich Stand heute bisher nur das RKU Ulm und die Universitätsklinik Münster auf den Weg Richtung Zertifizierung nach dem US-amerikanischen Magnet®-Program gemacht. Das Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg hat eine GAP-Analyse zur Entwicklung einer Magnet®-Strategie durchgeführt.

Die vielen Einzelinitiativen zeigen ebenso wie die Orientierung einiger an dem Magnet®-Program, dass es in Deutschland und vielleicht auch in Europa einer eigenen Kompetenz bedarf. Sei es, um Einrichtungen auf den Weg zur Magnet®-Zertifizierung zu bringen oder sei es, um durch Shared-Learning eine Basis für individuelle Maßnahmen zu schaffen.

# Entlassen, aber nicht verlassen. Das patientenorientierte Entlassmanagement. Ein Blick über den Klinikrand.

Helene Maucher

Nachfolgende Ausführungen sind ein Erfahrungsbericht der Pflege-Brücke Bereich Ulm e.V. Gegründet von Ulmer Kliniken, spielt der Verein heute in vielen Fällen eine zentrale Rolle im Entlassmanagement.

## Der Patient über Sektorengrenzen hinweg.

Auf der einen Seite werden die zu versorgenden Patienten im klinischen Alltag immer älter und multimorbider, auf der anderen Seite führte die Einführung der DRGs zu einer stetigen Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken bei gleichzeitiger Forderung von Qualitätsverbesserungen mit nachhaltigen, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten. In diesem Zusammenhang muss die bestehende Fragmentierung der Medizin- und Pflegekultur diskutiert werden (vgl. Schulz-Nieswandt, 2008). Diese Fragmentierung zieht sich vom Prozess der Klinikaufnahme, der Behandlung in der Klinik bis zur Entlassung der Patienten über die Sektorengrenzen hinweg durch. Darüber hinaus ist die Perspektive des Nutzers zu betrachten. Er beklagt die Unübersichtlichkeit und Intransparenz der Gesundheitsleistungen. Gerade was Qualitätsfragen angeht, finden vor allem vulnerable Patientengruppen zu wenig Beachtung. Dies gilt nicht nur für den Übergang vom Krankenhaus nach Hause, sondern auch für den Übertritt in ein Pflegeheim oder bei der Nutzung ambulanter oder teilstationärer Dienste. Vor diesem Hintergrund und auf Basis der persönlichen Erfahrungen der Initiatoren, die häufig Patientinnen und Patienten mit einem ungunstigen Gefühl nach Hause entlassen mussten und diese als Rückkehrer bald wiedersahen, wurde die Ulmer Pflege-Brücke gegründet.

## G-BA-Beschluss und Qualitätsoffensiven.

Seit dem G-BA-Beschluss vom 01.10.2017 sind Kliniken gesetzlich dazu verpflichtet, den nahtlosen Übergang von Patientinnen und Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche umzusetzen. Durch die Anwendung eines geeigneten Assessments muss der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussbehandlung möglichst

frühzeitig erfasst werden. Im September 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement beauftragt (vgl. Hecken, 2018). Die zu entwickelnden Instrumente und Indikatoren sollen auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein. Zudem soll die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten gestärkt werden, u. a. durch die transparente Veröffentlichung der Ergebnisse. Erste Untersuchungen mit Aussagen zur Qualität der Pflegeüberleitung aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen liegen bereits vor.

## Studien zur Qualität in der Überleitung.

In einer vom Sozialministerium geförderten Evaluationsstudie zum Thema „Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld“ im Landkreis Biberach (vgl. Brandenburg et. al., 2017) wurde festgestellt, dass die „Brückenpflege“ einen Unterschied macht. So wies die Interventionsgruppe eine deutlich höhere Qualität in der Überleitung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die häusliche Situation auf. Bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die kognitive und emotionale Dimension des habituellen Wohlbefindens zeigten sich statistisch signifikante positive Effekte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Anhand der Kontrollgruppe wurde zudem deutlich, dass Schwächen im Entlassmanagement poststationär nicht durch Hausärzte und/oder ambulante Dienste aufgefangen werden können. Im Hinblick auf den qualitativen Studienpart konnten dagegen vielfältige Stärken der Brückenpflegearbeit nachgewiesen werden. Diese bezogen sich u. a. auf die psychosoziale Unterstützung, die praktische Hilfe in Alltagsfragen und die Weitervermittlung an ambulante Dienste. Als Defizit wurde allerdings



das etwas unklare Profil des Vereins wahrgenommen. Darüber hinaus wurden Überschneidungen mit dem Aufgabenspektrum des Sozialdienstes einerseits und den Sozialstationen andererseits berichtet. Auch die Abgrenzung von Beruf und Privatleben stellte sich als Herausforderung dar (vgl. Vallendar, 2017).

Nicht unerwähnt bleiben dürfen die vielen Entwicklungen im ambulanten ärztlichen Sektor. Die zweigliedrige Versorgung durch Hausärzte und Fachärzte birgt obzwar noch Schnittstellenprobleme, dennoch wurden 2004 durch die hausarztzentrierte Versorgung Möglichkeiten geschaffen, wonach Hausärzte die Patienten als Lotsen durch das System navigieren. Insgesamt wurden auch im Sinne einer delegierten Leistungserbringung Medizinische Fachangestellte für Disease-Management-Programme eingeführt und Pflegestützpunkte eingerichtet sowie die Pflegeberatung der Versicherer ausgebaut.

### Zur Entstehung des Vereins Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V.

Der Verein Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. wurde 2017 von einem Geschäftsführer, Pflegedirektoren der Ulmer Kliniken, verschiedenen Experten und einem früheren Chefarzt der Universität Ulm als Verein für die Ulmer Kliniken gegründet. Die Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. ist eine Weiterentwicklung der bestehenden Brücke der Sana Kliniken im Landkreis Biberach. Die inhaltliche Entwicklung wurde unter Einbeziehung verschiedener Akteure im innerklinischen und außerklinischen Bereich im Raum Ulm gestartet. Dazu gehörten ein Pflegestützpunkt, ambulante Pflegedienste, Hausarztpraxen, Home-Care-Einrichtungen und Sozialdienste. Ziel ist es, eine verbesserte Überleitungssituation für die Patienten zu schaffen, die in keiner Versorgung durch ambulante Pflegedienste sind und Unsicherheiten bzgl. ihrer Entlassung äußern und/oder bei welchen vom Behandlungsteam ein

entsprechender Bedarf eingeschätzt wird. Idealerweise betreuen die Pflegefachkräfte der Kliniken die Patienten weiter, die sie aus der dortigen Behandlung kennen. Sie besitzen dadurch bereits das Vertrauen der Patienten.

Der Verein zieht seine Motivation und seinen Zweck aus den unterschiedlichen Gegebenheiten, mit welchen die Patienten heute konfrontiert sind:

- Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit einer älter werdenden Bevölkerung bei gleichzeitiger sinkender Anzahl der Kinder sowie der Flexibilisierung der Arbeitswelt stehen Angehörige häufig nicht mehr vor Ort zur Verfügung.
- Oft ist das Ereignis, das zum Krankenhausaufenthalt geführt hat, ein großer Einschnitt in das bisher selbstständige Leben, wenn z. B. die Lebenssituation durch einen Sturz mit Frakturen, einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt schlagartig verändert wird. Das Bedürfnis nach Selbstständigkeit bleibt dennoch bestehen, ebenso wie der Wunsch, im eigenen häuslichen Umfeld zu verbleiben.
- Der Lebensstil ist insgesamt anonym geworden.
- Die eigene Hilfebedürftigkeit wird häufig nicht eingestanden oder gesehen. Zudem sind bestehende Leistungsangebote oft nicht transparent, nicht bekannt oder nicht vorhanden. Darüber hinaus kosten stationäre und ambulante Pflegeleistungen Geld und die Inanspruchnahme erfordert ein aktives Handeln. Hinzu kommen psychische Barrieren des Betroffenen.

Die Projektgruppe, die die Vereinsgründung vorangetrieben hat, kam zu dem Schluss, dass die vorhandenen Institutionen die Betroffenen oft nicht erreichen. Hier soll die Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. bei Bedarf vernetzen und vermitteln. ▶

## Pflege-Brücke Bereich Ulm e.V. im Überblick.

Die Mitarbeiter der Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. sind erfahrene Pflegekräfte der Klinik, die durch Fort- und Weiterbildung und Studium für ihre erweiterten Aufgaben qualifiziert werden. Im Rahmen von Fallbesprechungen werden die Einsätze evaluiert, gleichzeitig dient dies dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess, dem Wissensmanagement und der ethischen Reflexion. Die zentrale Aufgabe wurde vom Projektteam wie folgt auf den Punkt gebracht: „Dem zu entlassenden Patienten ein Kümmerer sein, dem er vertrauen kann.“ Dem Patienten sollen vorhandene Leistungsangebote vermittelt und die Akteure vernetzt werden.

- Die Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. stellt ein Angebot zur Unterstützung und Beratung dar.
- Die Pflegemitarbeiter der Pflege-Brücke beraten Patienten und Angehörige.
- Die Pflege-Brücke dient der Orientierung, der Koordinierung und der Steuerung.
- Die Pflege-Brücke berücksichtigt medizinisch pflegerische Bedarfe sowie materielle Bedarfe (z. B. technische Hilfen).

Der Verein Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. finanziert sich aus Spenden, Mitgliedsbeiträgen und Fördermitteln. Die Inanspruchnahme ist für den Patienten und dessen Angehörige kostenfrei. Der Verein ersetzt keine vorhandenen Strukturen. Die Pflegekräfte beraten, pflegen aber nicht! Die Leistung ist auf wenige Besuche und zeitlich begrenzt, d. h. maximal drei Hausbesuche innerhalb von ein bis drei Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Pflegekräfte beraten neutral. So wird immer eine Liste von allen Einrichtungen der ambulanten Pflege überreicht. Der Kontakt zu Sanitätshäusern bleibt neutral und offen.

Klassischer Ablauf eines Einsatzes: Das Behandlungsteam aus Pflegefachkraft, Arzt und Therapeut sieht Handlungsbedarf. Daraufhin erfolgt eine Kontaktaufnahme durch die Brückenfachkräfte. Der Patient und/oder die Angehörigen willigen in den Hausbesuch ein und unterschreiben die

Datenschutzerklärung. Danach geht der Antrag beim Vorstand ein. Im Anschluss findet der erste Hausbesuch statt. Dabei wird mit dem Patienten entschieden, ob Folgetermine stattfinden sollen. Zuletzt stellt die Brückenfachkraft an den Verein den Antrag auf Kostenübernahme. Die Dokumentation geht zur Archivierung und zur wissenschaftlichen Auswertung.

## Wissenschaftliche und konzeptionelle Basis.

Die in den Ulmer Kliniken etablierten Bezugspflegekonzepte bieten die inhaltliche Basis für die sektorenübergreifende Versorgung. Das Konzept Relationship-Based Care (RBC) ist dabei eine wichtige Grundlage, die den Kulturwandel unterstützt und in den gemeinsamen Fokus aller am Behandlungsprozess Beteiligten sowie des Patienten und seiner Familie stellt. Hier geht es um die grundsätzliche Patientenorientierung, und es liegt auf der Hand, dass diese der Schlüssel für Qualität in der Versorgung ist. Dabei beinhaltet die beziehungsbaasierte Pflege (RBC) drei grundlegende Beziehungen: die Beziehung der Pflegenden zum Patienten und zu seiner Familie, die Beziehung des Pflegenden zu sich selbst und die Beziehung der Pflegenden zu Kollegen (vgl. Relationship-Based Care, 2009, S. 4).

Sicher kann dazu ergänzt werden, dass das Brückenmodell aus der Logik des klassischen Krankenhauses ausbricht (vgl. Schulz-Nieswandt 2018, S. 29). Fachkräfte verlassen im tatsächlichen Sinn die Festung um die Mikrowelt des Patienten herum, um ihn letztlich zu erreichen. Schulz-Nieswandt schreibt, dass gerade diese privaten Lebensprozesse organisiert und gestaltet werden müssen, eben ein neues Drehbuch geschrieben werden muss. Dabei soll der Patient zur Selbstaktualisierung „empowered“ werden und muss mitspielen (ebd., S. 29). Allerdings reiche seine Mitverantwortung nur, wenn er in nachhaltige, belastbare lokale Sorgegemeinschaften eingebettet sei.

## Nutzen für Patienten, Gesellschaft und Gesundheitssystem.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Pflegemitarbeiter der Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. Patienten und deren Angehörige unterstützen, die sich im sogenannten Non-Care-Bereich in einer Grauzone des Versorgungsbereichs befinden (vgl. Schulz-Nieswandt, 2018, S. 9).

Die Brückenpflegetätigkeit ist mittlerweile ein wesentlicher Baustein zur weiteren Professionalisierung der Pflege etwa in Form der ANP (Advanced Nursing Practice) und eine Anregung für alle Pflegenden, über den Tellerrand hinaus zu denken und im Sinne einer ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Versorgung den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Nicht zuletzt trägt dies – auch unter Nutzung der Möglichkeiten durch die Digitalisierung – zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und zu mehr Effektivität und Effizienz bei und fördert somit eine nachhaltige, bezahlbare Gesundheitsversorgung. Dabei geht es nicht um Universallösungen, sondern um passgenaue Lösungen für die Versorgung der Menschen in den Regionen. Pflegewissenschaft und Pflegeforschung können wertvolle Unterstützung leisten, um weitere Innovationen der sektorenübergreifenden Versorgung auf den Weg zu bringen.

Letztendlich können aus der Dynamik der Pflege-Brücke Bereich Ulm e. V. analog zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) spezialisierte ambulante Versorgungskonzepte für Patienten mit seltenen Krankheiten und für Patienten mit komplexen Krankheitsbildern entwickelt werden, etwa eine spezialisierte Versorgung für Menschen mit ALS und anderen neurodegenerativen Muskelerkrankungen mit Atmungstherapie (SAAV) oder eine spezialisierte ambulante Demenzversorgung (SADV).

**„Die Brückenpflegetätigkeit ist ein wesentlicher Baustein zur weiteren Professionalisierung der Pflege und eine Anregung für alle Pflegenden, über den Tellerrand hinaus zu denken.“**

**Literatur** | Brandenburg, H., Bauer, J., Grebe, C., Luft, L., Frank, M., Schäfer, K., Rausch, A. (2017) Evaluation des Projekts „Nachstationäre Betreuung zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz im häuslichen Umfeld“ durch den Förderverein „Unsere Brücke“ Biberach e. V. Evaluation poststationärer Betreuung in Biberach: EPOS-B, Kurzfassung Pflegewissenschaftliche Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. In: [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Pflege/Inno-programm-Pflege\\_Evaluation\\_poststationaerer\\_Betreuung-EPOS.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Inno-programm-Pflege_Evaluation_poststationaerer_Betreuung-EPOS.pdf), letzter Zugriff 09.12.2018 | Hecken, J. (2018). In: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20\\_IQTIG-Beauftragung\\_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf), letzter Zugriff 08.12.2018 | Schulz-Nieswandt, F. (2008). Wandel der Medizinkultur? Anthropologie und Tiefenhermeneutik der systemischen Organisationsentwicklung sozialer Praxis (im Druck) | Schulz-Nieswandt, F. (2018) Biberacher „Unsere Brücke e.V.“: Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? (Studien Zum Sozialen Dasein Der Person, Band 27) | Wingenfeld et al. (2007). Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Institut f. Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld. Manuskript | <https://unsere-bruecke.de>, letzter Zugriff 09.12.2018 | Vallendar (12.2017). Pressemitteilung „Evaluation poststationärer Betreuung – Biberach (EPOS-B)“. Abschlussstagung des PTHV-Projektes Brücke. [https://unsere-bruecke.de/wp-content/uploads/2017/12/PM-der-PTHV\\_EPOS-B-Nachbericht\\_Dezember-2017-1.pdf](https://unsere-bruecke.de/wp-content/uploads/2017/12/PM-der-PTHV_EPOS-B-Nachbericht_Dezember-2017-1.pdf) | [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement\\_in\\_der\\_Pflege/2\\_Aktualisierung-Entlassungsmanagement\\_Praeambel-Standard-Kommentierung.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/2_Aktualisierung-Entlassungsmanagement_Praeambel-Standard-Kommentierung.pdf), letzter Zugriff 12.2018

# Entwicklung und Implementierung von Führungsgrundsätzen.

Anja König

Ziel war die Entwicklung von Grundsätzen zur Schaffung einer gemeinsamen Grundlage für alle Kommunikationsprozesse innerhalb des Pflegedienstes sowie zu anderen Berufsgruppen. Die definierten Führungsgrundsätze bauen auf dem Führungsrad von Malik auf und regeln „...die Qualität der Aufgabenerfüllung und des Einsatzes von Werkzeugen“ (Malik 2014: 65). Sie versprachen Erwartungen und entwickeln die Qualität beruflicher, zwischenmenschlicher Beziehungen weiter. Wir sind der Überzeugung, dass intakte, tragfähige Kommunikationsprozesse die Versorgungsqualität des Patienten positiv beeinflussen.

## Entwicklungsprozess.

Die Grundsätze wurden im Rahmen einer Strategieklausur mit Mitarbeitern aller Hierarchieebenen, d.h. von der Auszubildenden bis zum Pflegedirektor, entwickelt. Methodisch wurde der 4D-Zirkel nach David Cooperrider und Suresh Srivastava angewandt. Der Fokus lag auf den Qualitäten, Ressourcen und Erfolgen einer Organisation.

Der Prozess wurde mit zwei Fragestellungen eingeleitet:

**Wann ist Ihnen Führung besonders gut gelungen?**

**Wann haben Sie Führung als besonders gut erlebt?**

Daraus wurden Kernqualitäten in der Führung abgeleitet, die in der Folge inhaltlich beschrieben wurden. Fünf Führungsgrundsätze wurden erarbeitet, definiert und mit beobachtbaren Kriterien beschrieben:

- 1 Wir vertreten die Strategie des Universitätsklinikums Heidelberg.
- 2 Wir leben Wertschätzung durch Aufmerksamkeit, Respekt, Vertrauen und Kommunikation.
- 3 Wir handeln verlässlich und konsequent nach dem Grundsatz der Glaubwürdigkeit.
- 4 Wir kommunizieren auf Augenhöhe und sind stolz auf unseren Beruf.
- 5 Mitarbeiterentwicklung heißt für uns Fördern und Fordern.

**WIR leben  
Wertschätzung,  
Durch Aufmerksamkeit,  
Respekt und  
Vertrauen.**

### WIR ...

- haben Interesse an den Menschen, mit denen wir arbeiten
- hören zu
- nehmen uns gegenseitig ernst
- schaffen die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen
- gehen respektvoll miteinander um
- machen Entscheidungen transparent
- entwickeln Ziele gemeinsam
- grüßen uns, wenn wir uns begegnen
- schreien uns nicht an
- behandeln alle gleich
- gehen vor Ort
- entwickeln Ziele gemeinsam
- nehmen uns Zeit und nehmen den Gegenüber wahr
- sind transparent und Vorbild

## Implementierung in den klinischen Alltag.

Die Implementierung erfolgte in drei inhaltlichen Strängen:

- 1 Information und klinikinterne Bekanntmachung an alle Pflegekräfte
- 2 Entwicklung eines Fragenkatalogs für das institutionalisierte Mitarbeiterjahresgespräch (Schwerpunkt: Umsetzung der Führungsgrundsätze)
- 3 Implementierungsprojekte im Rahmen der Leitungsqualifikation

Zur Information wurden zentrale Mitarbeiterversammlungen durchgeführt und eine Informationsbroschüre erstellt. Die Grundsätze wurden in jedem Team vorgestellt und diskutiert. Alle Ergänzungen und Impulse wurden im Rahmen des Strategieprojekts Heidelberger Expertise in der Pflege auf- und eingearbeitet. Dieser Redaktions- und Informationsblock umfasste insgesamt acht Monate.

Parallel dazu wurde ein Fragenkatalog für das Mitarbeiterjahresgespräch erstellt, um eine Verbindung zu den Führungsgrundsätzen zu schaffen und

so deren Umsetzung im Alltag sicherzustellen. Die Teilnehmer der Leitungsqualifikation bearbeiten seit 2016 Implementierungsprojekte, um die Führungsgrundsätze in ihren Arbeitsbereichen mit Leben zu füllen. Die Projekte haben eine Laufzeit von jeweils sechs Monaten und umfassen die Planung und begonnene Durchführung. Nachfolgend sind exemplarisch einige erfolgreich durchgeführte Implementierungsprojekte dargestellt.

GRUNDSATZ	PROJEKT
Wir vertreten die Strategie des Universitätsklinikums Heidelberg.	Führungsgrundsätze im Pflegedienst – Bedeutung der Grundsätze und Umsetzung im Alltag nach der Einführung.
Wir leben Wertschätzung durch Aufmerksamkeit, Respekt, Vertrauen und Kommunikation.	Implementierung eines pflegerischen Koordinators in der Urologischen Ambulanz.
Wir handeln zuverlässig nach dem Grundsatz der Glaubwürdigkeit.	Anpassung der strukturellen Abläufe unter Berücksichtigung des Qualifikationsmix auf der Station.
Wir kommunizieren auf Augenhöhe und sind stolz auf unseren Beruf.	Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit durch Erstellung und Implementierung einer Visitencheckliste.
Mitarbeiterentwicklung heißt für uns Fördern und Fordern.	Implementierung von Experten auf den Stationen.

## Ausblick.

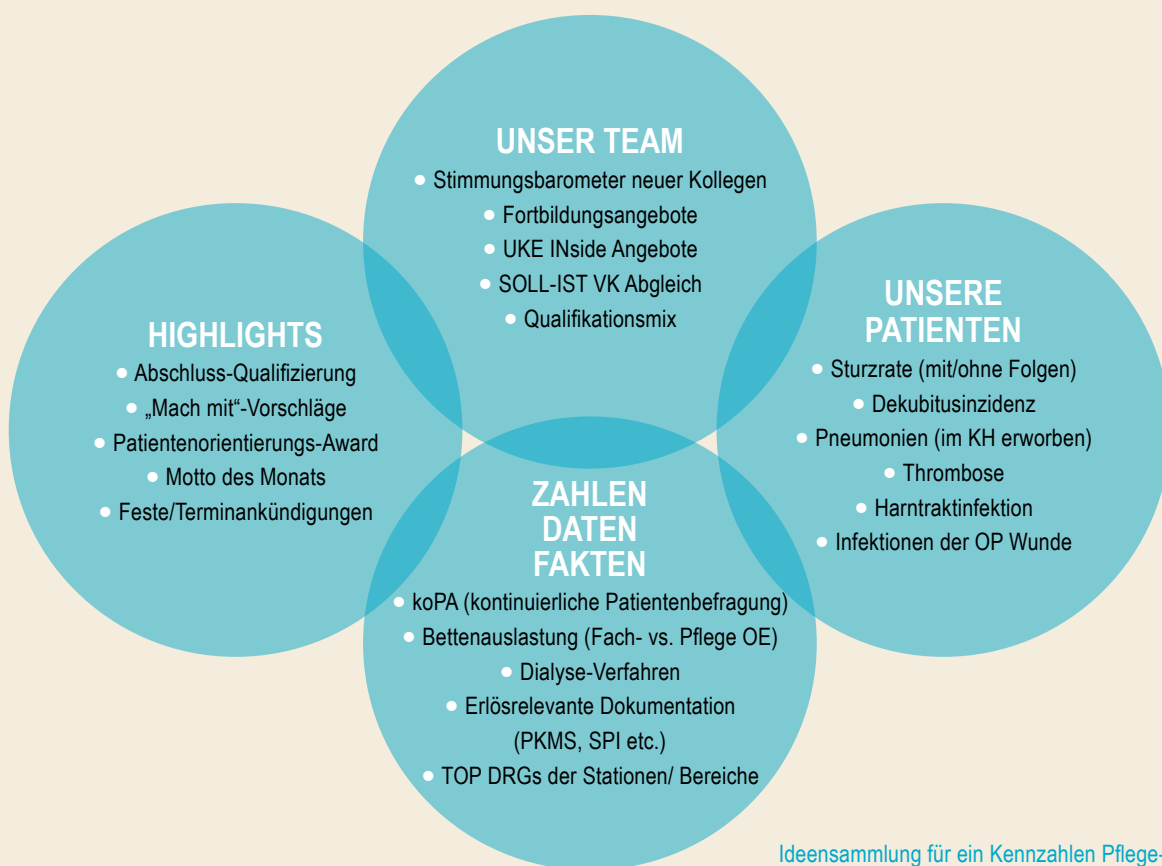
Jedes Jahr werden die Führungsgrundsätze in der Strategieklausur aufgegriffen und eine Standortbestimmung vorgenommen. Die Auseinandersetzung mit den Grundsätzen hat die Kommunikation von Führungskräften und Mitarbeiter spürbar verändert. Ihr Anwendungsbereich hat sich mittlerweile auf Gespräche im Rahmen der Praxisanleitung und Teamgespräche ausgeweitet.

**Literatur** | Eck, C.; Leidenfrost, J.; Küttner, A.; Götz, K. (2014): Führungskräfteentwicklung - Angewandte Psychologie für Managemententwicklung und Performance-Management. Berlin/Heidelberg: Springer | Finis, J.; Möller, O. (2012): Rollen von Fach- und Führungskräften im Krankenhaus der Zukunft. Herausforderungen für das Personalmanagement. <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/de/Documents/life-sciences-health-care/lshc-11-2012-personal.pdf> Abruf: 03.04.2016 | Hungenberg, H.; Wulf, T. (2011): Grundlagen der Unternehmensführung. Vierte aktualisierte und erweiterte Auflage Heidelberg: Springer | Hockling, S. (2012): Führen in der Sandwichposition. Zeit online 15. Juni 2012. <http://www.zeit.de/karriere/beruf/2012-06/chefsache-mittleres-management> Abruf: 10.09.2017 | Lux, V. (2013): Wie wichtig ist Ausbildung für ein flexibles Pflegemanagement? Erfahrungen aus einer Universitätsklinik als Krankenhaus der Maximalversorgung. Bundesgesundheitsblatt 2013/8: 1098-1103 | Malik, F. (2014): Führen Leisten Leben. Wirksames Management für eine neue Welt. Frankfurt/New York: Campus | Max-Weber-Institut für Soziologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (2016): Bestandsaufnahme zu gesundheitsrelevanten psychischen Belastungen bei der Arbeit des Pflegepersonals am Universitätsklinikum Heidelberg. Unveröffentlichtes internes Arbeitspapier | Robbins, S. (2001): Organisation der Unternehmung. 1. Auflage. Pearson Studium. Imprint der Pearson Education Deutschland GmbH. München | SCHÄFER, W.; JACOB, P. (2009): Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege. 3. Vollständig überarbeitete Auflage (Stuttgart: Kohlhammer) | TEWES, R. Prof. Dr. (2015): Führungskompetenz ist lernbar. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage (Berlin: Springer)

## Führen mit Kennzahlen. Birgit Vogt, Janina Schweiger

Ziel war es, ein Pflege-Dashboard zu implementieren, um die relevante Versorgungsqualität sowie Pflege- und Organisationsberichte mit spezifischen Patientenergebnissen zu erfassen. Mit diesen Controlling- und Forschungsdaten zu arbeiten, ist ein neues experimentelles Projekt im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Das Pflege-Dashboard stärkt die Stationsleitungsebene wie auch die pflegerischen Zentrumsleitungen in ihrer täglichen Arbeit.

Das Arbeiten mit Kennzahlen zur Steuerung einer Station war am Anfang für die Stationsleitungen des Zentrums Innere Medizin im UKE eine bunte Sammlung an möglichen Auswertungsdaten. Im ersten Schritt wurden daher im Rahmen eines Klausurtaages Ideen gesammelt und Wünsche für eine bessere Steuerung entwickelt.



Daraus entstand das Projekt „Pflege-Dashboard“, das in zwei Phasen unterteilt wurde. Im ersten Schritt wurden die Abrechnungsdaten aus dem Geschäftsjahr 2017 gesamthaft ausgewertet.

In 2017 wurden im Zentrum Innere Medizin im UKE 9.024 stationäre Patienten/Fälle (12% aller stationären Patienten) behandelt. Es wurde eine Sekundäranalyse (Swart et al., 2015) der Routinedaten (Hoffmann & Glaeske, 2011; Laux et al., 2011) von ICD-10 GM-Haupt- und Nebendiagnosen durchge-

führt. Diese Analyse schloss alle Patienten ein, die für mindestens 24 Stunden in der Klinik aufgenommen wurden und  $\geq 18$  Jahre alt waren. Ziel war es, einen Überblick über die jeweiligen Patientenmerkmale zu bekommen, wie z. B. Einweisungsdiagnose, Aufnahmeart (geplant vs. ungeplant), Entlassungsart, Aufnahme- und Entlassungstag, Lebensalter, Geschlecht, Verweildauer, Wiederaufnahmerate, Anzahl der Nebendiagnosen und darüber hinaus weitere empirische Qualitätskennzahlen.

Für das Geschäftsjahr 2018 wurde die Auswertung quartalsweise aufgestellt. Die Leitungen können die Auswertungen mittels Excel-Feldfunktion/Filter detailliert bis auf einzelne Wochentage ansehen. Die Daten wurden so aufbereitet, dass alle Werte auf einem Datenblatt zusammengefasst dargestellt werden. So kann die Quartalsauswertung im Bereich ausgehängt werden und ist damit allen Mitarbeitern zugänglich. Um den Teams die Daten näher zu bringen, wird das Dashboard zusätzlich regelmäßig in der Mitarbeiterbesprechung thematisiert. Bei der Vorstellung des „Pfleger-Dashboards“ wurde schnell klar, dass dies nicht nur ein Instrument für die Pflegenden ist, sondern dass auch die ärztlichen Kollegen aus den Daten wichtige Informationen ziehen können.

Die Erkenntnisse aus dem Dashboard können die Steuerung der Patientenströme für das interdisziplinäre Stationsteam einfacher gestalten, da aufgezeigt wird, an welchen Tagen nicht-elektive Patienten aus der Notaufnahme sowie das Elektivaufkommen aus dem Aufnahmebüro statistisch gesehen am größten ist.

Im zweiten Schritt können nun die pflegesensitiven Daten (Drösler, Cools, Köpfer, & Stausberg, 2007; Heslop & Lu, 2014) ausgewertet werden. Hierbei werden in der Anfangsphase klassische Parameter wie Dekubitus, Harnwegsinfekte, Stürze (ohne und mit Folgen) und im Krankenhaus erworbene Pneumonien betrachtet (Jeschke, Heyde, & Günster, 2013; Schreyögg & Milstein, 2016). Aus den

Auswertungen, die auf die einzelnen Diagnosen und Verweildauern zurückverfolgt werden können, ist es somit möglich, Maßnahmen und Prozessoptimierungen vorzunehmen. Im weiteren kontinuierlichen Analyseprozess dieser Daten können nun die Wirksamkeit der Maßnahmen und Prozesse belegt bzw. Anpassungen vorgenommen werden (Cools, 2017).

Derzeit werden zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zur detaillierten Aufarbeitung der einzelnen pflegesensitiven Ergebnisindikatoren sowie der individuellen Patienten- und Angehörigenbedarfe erstellt. Die pflegesensitiven Parameter zeigen, dass diese nicht nur für eine Berufsgruppe im Krankenhaus interessant sind, sondern dass die Daten für das interdisziplinäre Team wichtige Erkenntnisse liefern. Das „Pfleger-Dashboard“ leistet einen wichtigen Beitrag in der täglichen Versorgung und ist ein Tool, welches aktiv genutzt wird und die Wirksamkeit der Pflege abbildet.

Gut vorstellbar ist es, dass das Kennzahlen-Pfleger-Dashboard perspektivisch um weitere zur Steuerung einer Station erforderliche Daten ergänzt wird (Isfort, Klostermann, Gehlen, & Siegling, 2014). Zum Beispiel um Daten zur Mitarbeiterzufriedenheit, Personalentwicklung, Wirtschaftlichkeit sowie zur Patientenorientierung und Qualitätssicherung.

---

**Literatur** | Cools, A. (2017). Qualitätsindikatoren: Möglichkeiten, Grenzen und Chancen. *das Krankenhaus*, 109(03). | Drösler, S. E., Cools, A., Köpfer, T., & Stausberg, J. (2007). Eignen sich Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Qualitätsmessung im Krankenhaus? Erste Ergebnisse mit den amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit in Deutschland. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care*, 101(1), 35-42. doi:<http://doi.org/10.1016/j.zgesun.2006.12.006> | Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469-2482. | Hoffmann, F., & Glaeske, G. (2011). Analyse von Routinedaten. *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Schattauer, Stuttgart, 317-322. | Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D., & Siegling, B. (2014). *Pfleger-Thermometer 2014*. Eine Bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung eV url: [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pfleger-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pfleger-Thermometer_2014.pdf) (besucht am 15. 9. 2014). | Jeschke, E., Heyde, K., & Günster, C. (2013). Der Zusammenhang von Komplikationen im Krankenhaus und im Follow-up und Implikationen für die Qualitätsmessung bei Hüftgelenksendoprothesen—Eine Analyse von AOK-Routinedaten. *Das Gesundheitswesen*, 75(05), 288-295. | Laux, G., Nothacker, M., Weinbrenner, S., Störk, S., Blozik, E., Peters-Klimm, F., . . . Scherer, M. (2011). Nutzung von Routinedaten zur Einschätzung der Versorgungsqualität: Eine kritische Beurteilung am Beispiel von Qualitätsindikatoren für die „Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(1), 21-26. doi:<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.08.005> | Schreyögg, J., & Milstein, R. (2016). Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pfleger/Berichte/Gutachten\\_Schreyoegg\\_Pflegesensitive\\_Fachabteilungen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pfleger/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf) (15.05. 2017). | Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T., & Ihle, P. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. *Das Gesundheitswesen*, 77(02), 120-126.

# Die Magnet®-Reise des Universitätsklinikums Münster. Eine interprofessionelle und nachhaltige Strategie. Thomas van den Hooven

In Deutschland zeigt sich zunehmend ein Mangel an qualifizierten Pflegekräften (Isfort, 2010; Bundesagentur für Arbeit, 2013). Entsprechend stehen Krankenhäuser vor der Herausforderung, Pflegekräfte einerseits zu gewinnen und gleichzeitig in der Einrichtung, aber auch im Beruf, zu halten (Zander & Busse, 2017). Betrachtet man die Sicht der Pflegenden in Bezug auf deren Zufriedenheit, zeigen sich in den Universitätskliniken alarmierende Ergebnisse (Zander, 2017).

Auch das Universitätsklinikum Münster (UKM) steht insbesondere bezogen auf die Personalgewinnung und -bindung in der Pflege vor zahlreichen Herausforderungen. Die Entscheidung, sich auf die Magnet®-Reise zu begeben, ist bezogen auf die Personalsituation nahezu alternativlos. Seit Dezember 2017 steht dafür auch ein gemeinsamer Vorstandsbeschluss, der alle am UKM tätigen Berufsgruppen in das Magnet®-Projekt inkludiert. Ziel ist es, im Jahr 2025 den Zertifizierungsantrag bei der ANCC zu stellen.

Das Ziel der Magnet®-Initiative UKM ist durch eine konsequente Umsetzung der im Magnet® Recognition Program® definierten und geforderten Magnet®-Komponenten eine Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit aller Berufsgruppen und eine damit einhergehende Exzellenz in der Versorgungsqualität der Patienten, eine Stärkung der Mitarbeiterbindung und -gewinnung und eine weitere Erhöhung der Patientenzufriedenheit zu erlangen. Die Umsetzung des Magnet®-Konzepts am UKM folgt den im Magnet® Application Manual enthaltenen Zielkriterien der fünf Magnet®-Komponenten. Um Synergien zu nutzen und effektiv arbeiten zu können, wurden die einzelnen Zielkriterien inhaltsanalytisch neu gruppiert, wodurch sich sechs Themenfelder herauskristallisierten:

- 1 Magnet®-Stationen
- 2 Interprofessionalität
- 3 Outcomes
- 4 Personalentwicklung/Kompetenzen
- 5 Unternehmensentwicklung/Innovationen und
- 6 Wissen

Zur Verdeutlichung werden im Folgenden drei Themenfelder exemplarisch skizziert.

## Magnet®-Stationen. Kleine Leuchttürme im großen Unternehmen.

Der Kerngedanke des Magnet®-Krankenhauses wird aufgrund der Größe des UKM (1.500 Betten; 33 Kliniken und 34 Institute; ca. 11.000 Mitarbeitende) sukzessiv in Pilotbereichen umgesetzt, auf den sogenannten „Magnet®-Stationen“. Die Magnet®-Stationen bilden eines von sechs Themenfeldern des Magnet®-Programms am UKM. In ausgewählten Kliniken werden gemeinsam mit allen Berufsgruppen die Arbeitsabläufe analysiert, Potenziale diskutiert und umgesetzt. Ausgangspunkt für jede Magnet®-Station sind bereichsorientierte interprofessionelle Workshops, die von der Personalentwicklung und externen Trainern begleitet werden. Zur Vorbereitung der Workshops und zur Erfassung der Ist-Situation werden die Sichtweisen der verschiedenen Professionen der jeweiligen Magnet®-Station zusammengeführt. Die Ergebnisse fließen in die Workshops ein und werden berufsgruppenübergreifend mit dem Ziel diskutiert und bearbeitet, eine gemeinsame Strategie für die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden zu entwickeln. In verschiedenen Arbeitsgruppen, die jeweils ein konkretes Ergebnis aus dem Workshop bearbeiten, wird die entwickelte Strategie im Arbeitsalltag umgesetzt. Übergeordnetes Ziel ist es, den Prozess der Magnet®-Station auf alle Kliniken im UKM auszurollen.

**„Die Entscheidung, sich auf die Magnet®-Reise zu begeben, ist bezogen auf die Personalsituation nahezu alternativlos.“**



## Outcomes. Etablierung von Kennzahlen als Grundlage von Magnet®.

Zur Erfüllung der einzelnen Zielkriterien des Magnet®-Konzepts bedarf es der Etablierung und stationsspezifischen Auswertung von definierten Outcome-Indikatoren (ANCC, 2018). Gleichzeitig entwickeln sich durch die zunehmende Komplexität im Controlling neue Anforderungen an die Aggregation von Kennzahlen (Reichmann et al., 2017).

Im UKM wird bereits eine Vielzahl an Ergebnisparametern erhoben, die aktuell innerhalb eines „Dashboards“ zur operativen Steuerung auf Station verwendet werden. Die Pflege und Verantwortung für das Dashboard obliegen den Stationsleitungen. Damit Führungskräfte - beginnend bei der (stellvertretenden) Stationsleitung über die Kliniken-Pflegedienstleitungen bis hin zum Pflegedirektor - direkten Zugriff auf die für sie relevanten Kennzahlen erhalten, um damit effektiv steuern zu können, wird am UKM ein Konzept für ein „Pflege-Cockpit“ entwickelt und umgesetzt.

Bei der antizipierten automatisierten Auswertung können zukünftig neben den Personalkennzahlen, sowohl aus strategischer als auch aus operativer Sicht, noch solche der Qualität (z.B. Infektionsparameter) oder der Leistung (z.B. INPULS, LEP-Daten) dargestellt werden.

## Wissen. Evidenzbasierung durch Akademisierung.

Die Forderungen einer evidenzbasierten Versorgungspraxis und einer Integration akademisch Pflegender in den Klinikalltag ergänzen sich theoretisch hervorragend.

Im Rahmen eines Traineeprogramms für Bachelorabsolventen der pflegerischen und therapeutischen Berufe werden die Teilnehmenden gezielt im Theorie-Praxistransfer interprofessionell begleitet. Den theoretischen Rahmen bilden dabei die Methoden der evidenzbasierten Praxis (Behrens & Langer, 2016; Satterfield et al. 2009).

Da Advanced Nursing Practise auf evidenzbasierter Pflege beruht und Theorie und Praxis verzahnt (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004), bildet der Aufbau von Pflegeexperten (Advanced Practise Nurses) in verschiedenen Bereichen des UKM einen weiteren Baustein.

Unter dem Motto Wissen statt Glauben ist zudem eine interprofessionelle Arbeitsgruppe ins Leben gerufen worden, um die Realisierung einer gelebten evidenzbasierten Praxis am UKM voranzutreiben. Ein Kernziel ist dabei, Strategien zu entwickeln, wie Pflegende und Therapeuten aller Qualifikationsstufen für dieses Thema sensibilisiert und im besten Fall begeistert werden können.

## Ausblick. Interprofessionelle Magnet®-Reise statt Individualperspektive.

Der Fokus auf dem Weg zum Magnet®-Krankenhaus am UKM liegt auf der Interprofessionalität. Zukünftige berufsgruppenübergreifende Themenfelder sind exemplarisch: Einführung eines Konzepts zur Etablierung und stetigen Evaluierung eines stringenten und transparenten Führungskonzepts, interprofessionelle Entscheidungsfindung innerhalb der direkten Patientenversorgung, Etablierung und Monitoring von nachweisbaren bereichsübergreifenden als auch spezifischen Personalentwicklungsmaßnahmen. Auch wenn der Fokus im klassischen Magnet®-Recognition Programm® auf der Entwicklung und Förderung der Pflege liegt, hat das UKM das Magnet®-Prinzip auf alle Berufsgruppen ausgeweitet. Denn gute Prinzipien und Qualitätsentwicklung beschränken sich nicht nur auf eine Berufsgruppe.

**Literatur** | ANCC (2018): 2019 Magnet Application Manual. ANCC, Silver Springs, MD | Behrens J & Langer G (2016): Evidence based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. Hogrefe Verlag | Bryant-Lukosius & DiCenso (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. JAN 48 (5): 530-540 | Bundesagentur für Arbeit (2013): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg | Isfort M et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Hrsg. Dip, Köln | Reichmann T et al. (2017): Controlling mit Kennzahlen: Die systemgestützte Controlling-Konzeption. Vahlen Verlag | Satterfield J et al. (2009): Toward a Transdisciplinary Model of Evidence- Based Practice. The Milbank Quarterly 2009, 87 (2): 368–390 | Zander B & Busse R (2017): Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel P et al. (Hrsg): Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg | Zander B (2017): Warum wollen Krankenpflegekräfte ihre Arbeitsplätze verlassen und was kann das Krankenhausmanagement dagegen tun? HeilberufeSCIENCE 2017, 8(2):52-67

# Exemplarische, professionelle Praxis. Andreas Schneider MBA

Die Sozialstiftung Bamberg verbindet entsprechend ihrem Versorgungsauftrag sektorenübergreifend die Bereiche Akutklinik, Altenhilfe und Rehabilitation. Das Klinikum Bamberg war im Jahre 2015 das erste deutsche Krankenhaus, welches vom ANCC in das Pflegequalitätsprogramm Pathway to Excellence® aufgenommen wurde – dem Programm liegt das Magnet®-Modell zugrunde, welches seither für das Unternehmen maßgeblich ist. 2017 wurde in der Leitungskonferenz der Sozialstiftung die strategische Entscheidung zur Entwicklung der Pflege- und Versorgungsforschung getroffen und ein entsprechender Auftrag für ein Unternehmensprojekt erteilt. Das klare, strategische Bekenntnis der Unternehmensspitze ist zwingend erforderlich für den weiteren Erfolg aller Aktivitäten im Interesse eines spürbaren Patientennutzen mittels professionell-pflegerischer Praxis und akademisch qualifizierter Pflegekräfte. Seither steuern Führungsverantwortliche aus dem Maximalversorger Klinikum Bamberg, dem Zentrum für Senioren, den Bamberger Akademien sowie der Rehabilitationseinrichtung das Projekt in der Lenkungsgruppe. Alle Themenbereiche des Unternehmensprojektes sind in der Abbildung dargestellt.

Exemplarische, professionelle Praxis ist besonders gut in enger Kooperation mit einer Universität zu entwickeln. Die Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg (PMU) wird hier als ausgezeichnete, langjähriger Partner geschätzt, um gemeinsam die Entwicklung der Pflegepraxis auf Basis pflegewissenschaftlicher Entscheidungen im Rahmen des Pflegeprozesses weiter voran zu treiben und anhand der bestehenden Aufgaben Einsatzbereiche für akademisiertes Pflegepersonal zu identifizieren. Hierzu wurde das Konzept Evidence-based Nursing 2018 in den Pflegedienst eingeführt und erste wissenschaftliche Projekte sind ein initialer Schritt zur dauerhaften Etablierung von Nursing Development Units (NDU). Zwei dieser Projekte werden hier zur Veranschaulichung und Empfehlung vorgestellt.

## Ethische Fallbesprechungen auf Intensivstationen.

**Fragestellungen.** Wie wird ein ethisches Dilemma seitens der Pflegekräfte identifiziert/benannt und weiterbearbeitet? Welche pflegerische Kompetenz wird für den professionellen Umgang in der Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams benötigt?

**Thesen.** Teammitglieder auf ITS schätzen den Kompetenzerwerb und das Training zu ethischen Fragestellungen, wenn ihnen eine klare, praktikable Methodik vertraut ist. Künftige Fälle können so weitgehend ohne externe Unterstützung prospektiv und zum Patientennutzen gelöst werden.

**Auftragsbeschreibung.** Es finden standardisierte, systematische, interdisziplinäre ethische Fallbesprechungen auf den drei Intensivstationen des Klinikums statt; Erarbeitung eines Stufenplanes; Begleitung bei der Anwendung und bei Korrekturmaßnahmen.

**Forschungsdesign.** Interviews mit Teammitgliedern und Ethikkommission; der erstellte Stufenplan wird in seiner Umsetzung begleitet, die Beobachtungen werden evaluiert und Korrekturmaßnahmen abgeleitet.

**Risiken/Compliance.** Umgang mit Reaktionen von Mitarbeitern beim Implementieren neuer Routinen; Ermittlung valider Gütekriterien zur Prozess-Evaluation.

**Ressourcenplanung.** Es wurden Opportunitätskosten in einem Zeitraum von einem Jahr entsprechend 132 Arbeitsstunden veranschlagt.

## Einbindung der Zugehörigen von Menschen mit Demenz in der klinischen Pflege.

**Fragestellungen.** Wie gelingt der Pflegekraft eine frühzeitige Einbindung der Zugehörigen von Menschen mit Demenz während des Aufnahmeprozesses im akutstationären Bereich? Wie wird die Pflegekraft dazu befähigt, die daraus identifizierten zusätzlichen Informationen (biographischen Daten) in den Pflegeprozess einzubinden? Wie gelingt es, einen fortlaufenden Kommunikationsprozess mit den Angehörigen im Verlaufe des akutstationären Aufenthaltes beizubehalten?

**Thesen.** Die standardisierte Einbindung von Angehörigen demenziell Erkrankter zu Beginn des Pflegeprozesses verbessert die Compliance, das Patienten-Outcome und das Image der Pflegenden und der Klinik. Ausgewählte Inhalte des Dependenzpflegesystems n. Orem werden von Angehörigen sinnstiftend erlebt.

**Auftragsbeschreibung.** Ist-Analyse der begründeten Pflegehandlungen; Implementierung eines interdisziplinär abgestimmten Routineverfahrens der Angehörigenarbeit (Anamnese, Information, Beteiligung, Kommunikation).

**Forschungsdesign.** Ist-Analyse der begründeten Pflegehandlungen durch teilnehmende Beobachtungen; Reflexion, Bewertung und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen/Standards.

**Risiken/Compliance.** Austritt von Projektmitgliedern; Rekrutierungsschwierigkeiten und Kürze der möglichen Datenerhebungsphase; Gefahr einer nicht ausreichenden Datensaturierung; Umgang mit Reaktionen von Mitarbeitern, wenn neue Routinen implementiert werden; Ermittlung valider Gütekriterien zur Prozess-Evaluation bzw. Thesenüberprüfung; ungenügende Kooperation der Schnittstellen; Umzug der Station mit Teamveränderungen; Widerstände der zu erforschenden Personen.

**Ressourcenplanung.** Es wurden Opportunitätskosten in einem Zeitraum von einem halben Jahr entsprechend 253 Arbeitsstunden veranschlagt.

Beide Projekte waren bei Drucklegung noch nicht abgeschlossen. Die Zwischenberichte und bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch bei beiden Aktivitäten grundsätzlich einen unterschätzten Zeitbedarf, jedoch sehr positive Entwicklungen sowohl in der Mitarbeiterschaft als auch bei Patienten und Angehörigen. Die intensiven Auseinandersetzungsgrade mit der Projektthematik im Speziellen sowie mit dem arbeitspraktischen Erleben von pflegewissenschaftlichem Arbeiten (EBN) im Allgemeinen bewirken kontroverse Diskussionen, Neugier, intrinsische Motivation und Reflexion zur persönlichen beruflichen Praxis. Die Projekte tragen ganz praktisch zu einem positiven Arbeitsumfeld der Pflegenden, ganz im Sinne des Magnet®-Modells und einer Exzellenzentwicklung in der Pflege, bei.



Themenbereiche und Resultate des Unternehmensprojektes Pflege- und Versorgungsforschung (eigene Darstellung)

# Einführung einer onkologischen Pflegeambulanz im Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg.

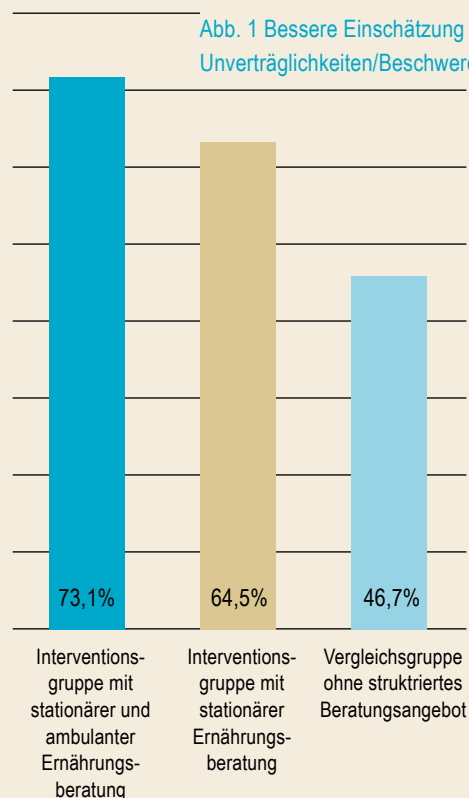
Margarete Reiter

Die professionelle und menschliche Kompetenz der Mitarbeitenden im Rahmen des Primary nursings ist eine der wesentlichen Stärken des Caritas-Krankenhauses St. Josef und trägt entscheidend zu einer hohen Pflegequalität und Zufriedenheit der Patienten bei. Bedingt durch eine gesamtheitlich professionelle Haltung ist eine exzellente pflegerische Versorgung für jeden Patienten möglich. Um dies sicherzustellen, erhält jede Pflegefachperson Unterstützung bei der Entfaltung ihrer professionellen Rolle, die sowohl die Pflegepraxis als auch die Bildung und Forschung umfasst.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2015 ein empirisches Pflegeforschungsprojekt durchgeführt und eine onkologische Pflegeambulanz mit stationären und ambulanten onkologischen Pflegefach- und Ernährungsberatungen für alle Tumorpatienten implementiert. Die Pflegeambulanz beruht auf einem pflegegeleiteten Beratungskonzept, das für die Patienten während der gesamten Therapie rasch und leicht zugänglich ist.

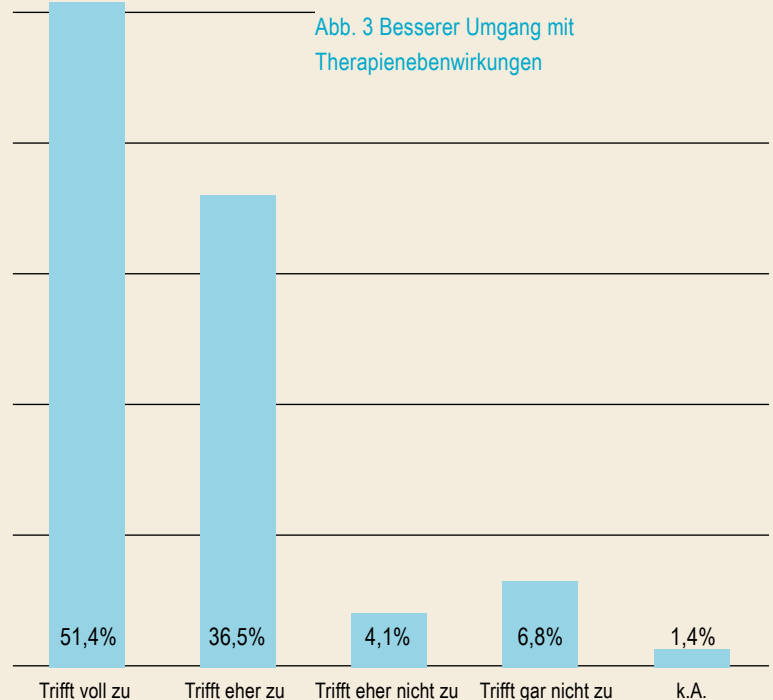
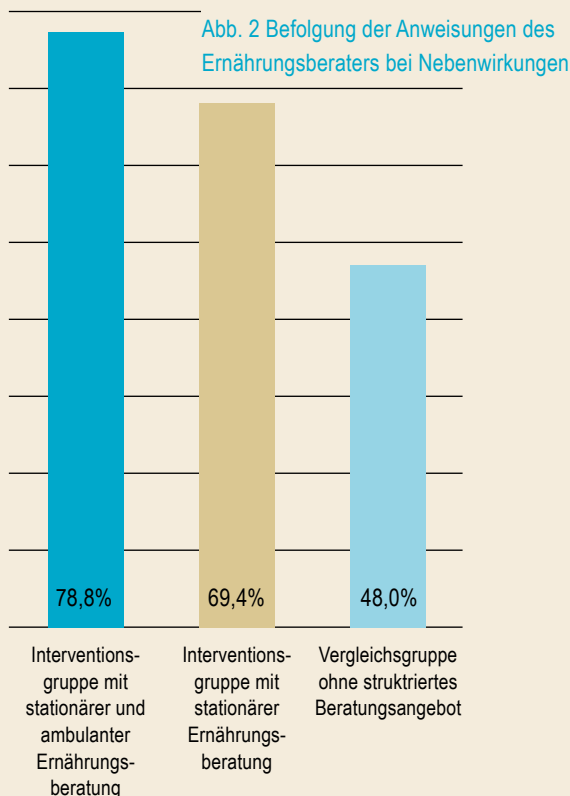
Die Patienten erhalten von einer Diätassistentin eine ausführliche stationäre Ernährungsberatung und nach Bedarf ambulante Ernährungsberatungen zur Stabilisierung ihres Gewichts sowie zu verträglichen Nahrungsangeboten und deren Zubereitung. Bei Ernährungsdefiziten (z.B. Eiweißmangel) und gastrointestinalen Nebenwirkungen (z.B. Diarrhoe) wird für die Patienten ein individueller Ernährungsplan erstellt. Dadurch können diese Unverträglichkeiten und Beschwerden signifikant besser beurteilt (Abb. 1) und befolgt bei abdominalen Therapie Nebenwirkungen signifikant häufiger die Anweisungen des Ernährungsberaters (Abb. 2).

Abb. 1 Bessere Einschätzung von Unverträglichkeiten/Beschwerden



Eine umfassende stationäre onkologische Pflegefachberatung dient in erster Linie zur Vorbereitung der Patienten auf die Entlassung, um im Alltag besser zurechtzukommen. Während einer (neo)-adjuvanten Radio-/Chemotherapie werden die Patienten ambulant von einer onkologischen Pflegefachperson zu allen Kombinationen und Intensitäten von Nebenwirkungen (z.B. Fatigue-Syndrom) beraten. Dabei kommen auch alternative Pflegemethoden (z.B. Aromatherapie) und Entspannungsverfahren (z.B. Imaginationsübungen, progressive Muskelentspannung) zum Einsatz. Zudem werden die Patienten zu einer moderaten Bewegung angehalten. Durch die onkologischen Pflegefachberatungen können die Patienten wesentlich besser mit Therapienebenwirkungen umgehen (Tab. 3), diese reduzieren, ihre Bedürfnisse intensiver wahrnehmen und haben bis zum Therapieende einen vertrauensvollen Ansprechpartner.

Patienten, die in den Tumorstadien III und IV erkranken, benötigen während der gesamten Therapie professionelle Hilfestellung zur Optimierung ihres Selbstmanagements. Diese Untersuchung zeigt, dass sowohl das stationäre als auch das ambulante Unterstützungsangebot im Rahmen eines strukturierten Beratungskonzeptes zu deutlichen Verbesserungen in den Bereichen Nebenwirkungsmanagement, der Ernährung und im Umgang mit der Krankheit im Alltag führt.



Die Initiatoren und Autoren der Broschüre belegen beispielhaft durch ihre praxisbezogenen Projektinitiativen und die Auseinandersetzung mit der Begrifflichkeit Exzellenz und Magnet, dass es an der Zeit ist, die Kompetenz Pflege auf eine nächste, herausragende Versorgungs- und Berufsebene zu transferieren. Dies umso mehr vor dem Hintergrund einer Pflege 4.0, deren Kern die Themen Digitalisierung, Transformationsprozesse, Patientenorientierung und -sicherheit sind. Ganz abgesehen von dem heute bereits omnipräsenten Thema der Mitarbeitergewinnung und -bindung. So wertvoll und wichtig die herausragenden einzelnen Projekte und Initiativen sind, so deutlich zeigen sie die Notwendigkeit einer zügigen Bündelung und Zusammenfassung an zentraler Stelle. Derzeit ist es an jeder einzelnen Einrichtung, eine Antwort auf die vielfältigen Herausforderungen im immer härter werdenden Wettbewerb um Mitarbeiter und Patienten zu finden.

Der Aufbau eines zentralen „Kompetenzzentrums Exzellenz in der Pflege“ bietet die Chance unter Einbindung der Wissenschaft und weiteren Experten, Arbeitsinstrumente zu entwickeln, auf die alle Einrichtungen zurückgreifen können. Nehmen wir das Beispiel der Digitalisierung: Bereits heute könnten einige fortgeschrittenen Pflegemanager relevante Datensätze einfließen lassen, externe Datenbanken nutzen und in den Dialog mit Entwicklern und Anwendern kommen. Ein „Kompetenzzentrum Exzellenz in der Pflege“ wäre die längst erforderliche Plattform für ein strukturiertes Shared-Learning, den Austausch von Erfahrungen, von Methoden und die Schaffung einer gemeinsamen Basis, der sich alle Einrichtungen je nach ihren individuellen Strukturen und Erfordernissen gleichermaßen bedienen könnten.

Ein Kompetenzzentrum, das für die Exzellenz in der Pflege steht, muss für alle, die in der Gesundheitsbranche, der Politik, den Versicherungen, der Industrie u.a. arbeiten, von größtem Interesse sein. Denn hier geht es um die Schaffung von Ergebnissen und die Realisierung herausragender Pflege, die bei den Patienten, Bewohnern, Klienten und deren Betreuungspersonen ebenso spürbar ankommt wie bei den Mitarbeitern in der Pflege.

Es ist daher folgerichtig und erfreulich, dass einige herausragende Pflegeexperten und Wissenschaftler die Initiative ergreifen und den Aufbau eines deutschen Modells „Kompetenzzentrum Exzellenz in der Pflege“ fordern. Für eine zeitnahe und konsequente Realisierung bedarf es jedoch wesentlich der Unterstützung durch die Politik, die Pflegekammern, die Krankenkassen und die übrigen Selbstverwaltungsorgane.

Die Akteure rund um die Entstehung der vorliegenden Broschüre haben vereinbart, sich in einem nächsten Schritt konsequent für die Schaffung eines „Kompetenzzentrums Exzellenz in der Pflege“ einzusetzen.

**„Die Zertifizierung nach dem  
US-amerikanischen Modell mag nicht für  
jede Einrichtung der richtige Weg sein.  
Die gezielte Förderung von Exzellenz in der Pflege  
durch eine Professionalisierung von  
Strukturen, Prozessen und Management-Skills  
ist für jede Einrichtung jedoch unabdingbar.“**

## Die Autoren.



### **Sabine Girts** MBA

Seit 2004 Geschäftsführerin des Bundesverbands Pflegemanagement • Zuvor Referatsleiterin der Hessischen Krankenhausgesellschaft und Geschäftsstellenleiterin des Deutschen Pflegerats • In der beruflichen Praxis viele Jahre als Pflegedienstleiterin und Krankenschwester an einer Universitätsklinik sowie in verschiedenen Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätig •



### **Anja König** Dipl. Pflegewirtin (FH)

Ausbildung zur Krankenschwester • Danach Werdegang als Mentorin und Stationsleitung am Universitätsklinikum Heidelberg • Mittlerweile dort seit vielen Jahren als Stabsstelle in der Pflegedirektion aktiv • Parallel Karriere als Lehrerin für Pflegeberufe • Stellvertretende Schulleiterin und Trägerin des Robert Bosch Pflegepreises an der Schwesternschule der Universität Heidelberg • Verfügt über eine Reihe von Zusatzqualifikationen • Autorin einer Vielzahl von Veröffentlichungen •



### **Maren Lach** M.A.

Ausbildung zur Krankenschwester im Bundeswehrkrankenhaus Gießen • Stationsleitung und Abteilungsleitung am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg • Pflegedienstleitung der Klinik Preetz • Berufsbegleitendes Bachelor- und ein Masterstudium • Pflegemanagerin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein • Seit Januar 2019 Pflegedienstleitung in der Lubinus-Stiftung Kiel • Autorin vielfältiger Veröffentlichungen •



### **Dr. Claudia B. Maier** MSc, Dipl.-Pflegewirtin (FH)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Technischen Universität Berlin und Senior Fellow, School of Nursing, University of Pennsylvania, USA • Forschungsschwerpunkte u.a. in der Ausbildung und Rolle von Advanced Practice Nurses international und in Deutschland, der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte, Organisationsentwicklung (u.a. MAGNET®-Krankenhäuser in Deutschland), neuen beruflichen Rollen im Gesundheitswesen (Skill-Mix) und der Migration und Mobilität von Gesundheitspersonal in Europa •



### **Helene Maucher** Msc.

Seit 2013 Pflegedirektorin der RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH • Zuvor Pflegedirektorin und Pflegedienstleiterin der Sana Kliniken Landkreis Biberach • Stationsleitung • Studium der Pflegewissenschaften • Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin • Stipendiatin der Robert-Bosch-Stiftung an der Universitätsklinik Shands Jacksonville und am Magnetkrankenhaus UF Health Florida • Zahlreiche Referenten-Tätigkeiten • Pflegemanager des Jahres 2018 •



### **Marie-Luise Müller**

Ausbildung zur Krankenschwester • Weiterentwicklung zur Pflege- und Qualitätsmanagerin • Während der aktiven Laufbahn eine Reihe von verantwortungsvollen Positionen • Von 2000 bis 2009 Präsidentin des Deutschen Pflegerats e.V. • Ehrenpräsidentin des DPR • Ehrenmitglied des Bundesverbands Pflegemanagement • Seit 2015 Vorsitzende der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Pflege e.V. • Trägerin des Bundesverdienstkreuzes •



### **Margarete Reiter** Dipl.-Kauffrau (FH)

Ausbildung zur Krankenschwester • Fachweiterbildung • Zehn Jahre auf Intensivstationen und in der Anästhesie • Weiterbildung zur Lehrerin für Pflegeberufe • Fünf Jahre in der Pflegefachausbildung und der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung • Studium des Pflege- und Gesundheitsmanagements • Stellvertretende Direktorin für Pflege- und Patientenmanagement • 2019 Abschluss des wissenschaftlichen Forschungsdoctorat an der Fakultät Gesundheit der Universität Witten/Herdecke •



### **Andreas Schneider** MBA

2012 - 2019 Direktor Pflege und Patientenmanagement des Klinikums Bamberg, Teil der Sozialstiftung Bamberg • Zuvor Pflegedienstleiter und Leiter einer staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte für Pflegeberufe • Pflegepädagoge • Fachkrankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege •



### Janina Schweiger B.A.

Ausbildung zur Krankenschwester • Viele Jahre in der Intensivpflege • Weiterbildung zur Fachkrankenschwester in der Anästhesie- und Intensivpflege • 2011 Wechsel in das Pflegemanagement • Seit 2015 Pflegerische Zentrumsleitung im Zentrum für Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie • Seit 2017 zusätzlich für die Zentralambulanzen • Fachwirt im Sozial- und Gesundheitswesen • 2015 Bachelor of Arts in BWL und Wirtschaftspsychologie an der Euro FH •



### Paul Van Aken M.A.

Since 2005 Chief Nursing Officer (CNO), Antwerp University Hospital, Belgium • Registered nurse • Bachelor's degree in nursing sciences in 1976 • Master's degree in Health Administration at the Free University of Brussels, Belgium in 1986 • Worked on all levels of the nursing organization • 2017 official recognition as Magnet® hospital in 2017 as the first Magnet® facility in Europe •



### Thomas van den Hooven

Pflegedirektor und Vorstandsmitglied des Universitätsklinikums Münster • Ausbildung zum Fachkrankenschwester für Intensiv- und Anästhesiepflege am Klinikum Karlsruhe und am Universitätsklinikum Mannheim • Pflegedienstleitung an den Unikliniken in Tübingen und Mannheim • Pflegedienstleiter für die Intensivstationen, Intermediate-Care-Stationen und die Zentrale Notaufnahme am Universitätsklinikum Mannheim • Berufsbegleitendes Pflegemanagement-Studium an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft • Präsidiumsmitglied der DIVI als Vertreter der Gesundheitsfachberufe •



### Danny Van heusden M.A.

Since 2012 Magnet® Program Director, Antwerp University Hospital, Belgium • Registered nurse • Bachelor's degree in nursing sciences in 1989 • Master's degree in nursing and midwifery at the University of Antwerp, Belgium in 2009 • More than 29 years' experience in acute health care as a nurse, a nurse project leader patient care • Part-time researcher and teacher assistant at the University of Antwerp • PhD candidate •



### Ulrich von Allmen

Seit 2009 Direktor Pflege/MTT und Mitglied der Direktionsleitung der Insel Gruppe in Bern • Ausbildung in der Krankenpflege • Weiterbildung zum Pflegeexperten • 20 Jahre Tätigkeit im Lindenhofspital, zuletzt als stellvertretender Fachbereichsleiter • Absolvent eines Seminars Palliativ Pflege in Cambridge • Sieben Jahre Direktor Pflege und Pädagogik bei den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) • Engagiert in einer Vielzahl von Kommissionen, Konferenzen und Expertengruppen sowie als Dozent •



### Birgit Vogt Dipl.-Pflegerin (FH)

Ausbildung zur Krankenschwester • Viele Jahre Tätigkeit als Krankenschwester, Stationsleitung sowie Pflegerische Zentrumsleitung im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) • Seit 2013 tätig als Referentin für Pflegeentwicklung und -wissenschaft im UKE • Parallel registriert als Fachgutachterin für die Pflege sowie seit 2014 Studentin der Pflegewissenschaft an der Privaten Universität Witten/Herdecke, Schwerpunkt der Promotion: Versorgungsstrukturkonzept für Menschen mit Demenz • Autorin vieler Fachpublikationen •



Ein herzliches Dankeschön an alle, die diese Broschüre mit ihren Beiträgen  
und ihrer finanziellen Unterstützung möglich gemacht haben.



# RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm

UNIVERSITÄTS- UND REHABILITATIONSKLINIKEN ULM



**Hochleistungsmedizin und Spitzen-Rehabilitation unter einem Dach**  
Orthopädie | Neurologie | Zentrum für Integrierte Rehabilitation

Oberer Eselsberg 45  
89081 Ulm  
Tel. (0731) 177-0  
Fax (0731) 177-1058  
info@rku.de | www.rku.de



## Wir sind stark in der Pflege durch

AKADEMISIERUNG

EVIDENZBASIERTE PFLEGE

PFLEGE AUF AUGENHÖHE



proud  
to be a nurse

## **Bundesverband Pflegemanagement e.V.**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel. 030 44 03 76 93

Fax 030 44 03 76 96

[info@bv-pflegemanagement.de](mailto:info@bv-pflegemanagement.de)

[www.bv-pflegemanagement.de](http://www.bv-pflegemanagement.de)

## **Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU)**

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

Tel. 030 13 89 57 61

Fax 030 13 89 57 56

[info@vpu-online.de](mailto:info@vpu-online.de)

[www.vpuonline.de](http://www.vpuonline.de)

## **Katholischer Pflegeverband e.V.**

Adolf-Schmetzer-Str. 2-4

93055 Regensburg

Tel. 0941 60 48 77 0

Fax 0941 60 48 77 9

[info@kathpflegeverband.de](mailto:info@kathpflegeverband.de)

[www.kathpflegeverband.de](http://www.kathpflegeverband.de)