



Andrea Dobrin Schippers



Christiane Becker

Andrea Dobrin Schippers
Ackerstrasse 3
CH-8267 Berlingen
andreadobrin@schippers.ch

Schlüsselwörter

Pflegesysteme
Primary Nursing
Bezugspflege
Benchmarking
Qualitätsmanagement

Entwicklung eines Konzepts zum Benchmarking von Pflegesystemen

Ergebnisse einer Delphi-Studie

Andrea Dobrin Schippers, Christiane Becker

Das steigende Interesse an der Umsetzung von Primary Nursing begründet den Bedarf an der Messung des Umsetzungsgrads der Patientenorientierung eines Pflegesystems. Das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen – IzEP setzt das gemessene Pflegesystem in Bezug zu patientenorientierten Pflegesystemen. Bisher wurden mit IzEP in ca. 480 Organisationseinheiten Messungen durchgeführt. Unter anderem besteht nun das Interesse zu erfahren, in wie weit sich Einrichtungen für ein Benchmarking von Pflegesystemen interessieren und welche Form und Inhalte dieses haben sollte. In einer Delphi-Studie über drei Runden wurden Experten aus Management oder Pflegeexperten aus den drei Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie verschiedenen Versorgungsbereichen gezielt befragt, ein theoretisches Benchmarkingkonzept erstellt und die Zustimmung zum Konzept evaluiert. Das Konzept sieht einen offenen Vergleich zu einem ähnlichen Projektzeitpunkt unter Vertragspartnern vor. Das anhand des IzEP Gesamtscore gemessene Pflegesystem soll verglichen werden mit anderen Institutionen, die das gleiche Pflegesystem, z. B. Primary Nursing umsetzen. Die Strukturkriterien Mitarbeiterstruktur/Skill-Grade Mix der Station, das Fachgebiet, Patienten- u. Klientenmerkmale, der Beschäftigungsgrad der Pflegenden, die Anzahl besetzter Planstellen im Soll-Ist Vergleich, die Versorgungsstufe/-kategorie sowie eventuelle Unterstützungssangebote, wie etwa Coaching durch Pflegeexperten sollen in Beziehung gesetzt werden. Die Outcomes Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und die Pflegezielerreichung sollen ebenso erfasst werden. Die Erwartungen an die AG IzEP sind Publikationen und persönliche Beratung.

Einleitung

Die Umsetzung patientenorientierter Pflegesysteme wie Bezugspflege, Primary Nursing, Relationship-based-Nursing, Primäre Pflege oder primäre Prozessverantwortliche – im Folgenden als PN bezeichnet – hat in den letzten Jahren Verbreitung erfahren, wie Publikationen und Netzwerkaktivitäten zu entnehmen ist. PN ist gekennzeichnet durch die Übernahme der Fallverantwortung jedes individuellen Patienten durch eine benannte Pflegenden, von der Aufnahme des Patienten in ein pflegerisches Setting bis zu seiner Entlassung – für 24 Stunden täglich und an sieben Tagen in der Woche, d.h. einer personellen Kontinuität im Pflegeprozess für den gesamten Aufenthalt des Patienten. Die Primary Nurse kommuniziert direkt mit dem Patienten/den Angehörigen und den Kollegen des multidisziplinären Teams und führt – möglichst mehrheitlich – die Pflege des Patienten selbst aus (Manthey, 2002, S. 61ff.). Die Zuteilung fallverantwortlicher Pflegenden wird beispielsweise auch sozialgesetzlich (Medizinischer Dienst der Krankenkassen: Anleitung zur Prüfung der Qualität in der ambulanten Pflege §§ 112, 114 SGB XI, 2005) oder auch in Qualitätslabeln für Zusatzversicherte Patienten (HQuality, Verein Zürcher Krankenhäuser) gefordert. Manthey sieht PN als eine für jedes Setting geeignete Form der pflegerischen Arbeitsorganisation an, um mit den jeweiligen Gegebenheiten das Beste aus den vorhandenen Ressourcen zu machen, was durch die Veröffentlichung von Erfahrungsberichten aus den unterschiedlichen Bereichen professioneller Pflege bestätigt wird. Diese sind geprägt durch unterschiedliche Gestaltungsformen unter Einhaltung der vier Kernelemente. In der praktischen Umsetzung stellen sich den Institutionen häufig Fragen oder Probleme in Umsetzungsdetails. In Netzwerken zum Erfahrungsaustausch diskutieren Interessierte Erfahrungen aus unterschiedlichen Settings und Rahmenbedingungen, um voneinander zu lernen.

Seite 13-21

Eingereicht am: 27.07.2010

Akzeptiert am: 23.11.2010

DOI: 10.3936/1060

Title

Development of a concept for benchmarking nursing care delivery systems

Results of a Delphi study

Abstract

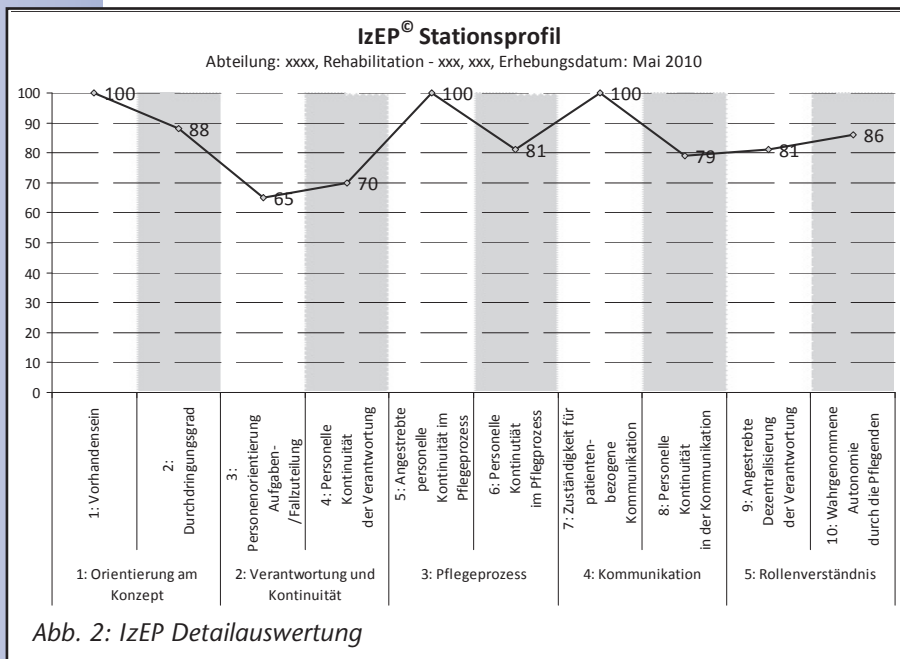
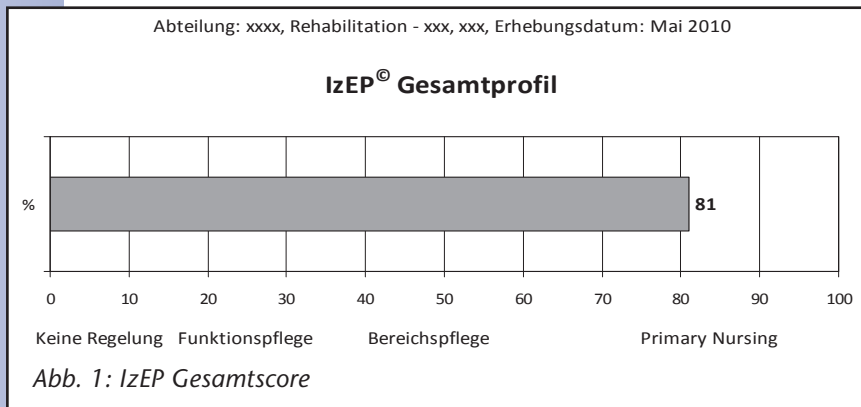
The rising interest in the implementation of Primary Nursing justifies the need for measuring the degree of implementation of a nursing care delivery system. The instrument to assess nursing care delivery systems – IzEP, has been developed to compare the measured nursing care delivery system with respect to Primary Nursing for the German speaking countries Austria, Germany and Switzerland. So far, 400 units have been measured with IzEP. Among others, there is now an interest in knowing how far benchmarking for nursing care delivery systems might be useful for organizations and what form and content it should have. In a Delphi study consisting of three rounds, managers and nursing experts of the three countries have been questioned in detail, a theoretical benchmarking concept has been developed and the acceptance regarding the concept has been evaluated. The concept envisages a comparison to a similar project status among contract partners. On the basis of the IzEP measured score the data should be compared with other institutions, that have the same nursing care delivery system. The structural criteria skill and grade mix of a unit, the speciality, characteristics of patients and clients, the volume of nurses employment, the actual compared with the targeted staffing, the service level, and the possibility of coaching services. The expectations towards the IzEP Work group are publications and personal consulting.

Die Abgrenzung der Formen pflegerischer Organisation ist jedoch schwierig; es bestehen fließende Übergänge in der Patientenorientierung der Arbeitsorganisation und somit auch zwischen den Pflegesystemen. Eine Evaluationsmöglichkeit ist die Messung des Umsetzungsgrades der Patientenorientierung von Pflegesystemen einer Einheit. Diese Ergebnisse könnten u.a. eine Datengrundlage für intraprofessionelle Diskussionen um Erfolgsfaktoren für die Umsetzung von PN und für Benchmarkings bilden.

Auch die Weiterentwicklung des Pflegesystems einer Organisationseinheit hin zu größerer Patientenorientierung wird durch ein systematisches Instrument erleichtert (Abderhalden et al., 2006). Das Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP) wurde entwickelt, um diese Anforderungen zu erfüllen. Es besteht aus verschiedenen Fragebögen, mittels derer die Stationsleitung und deren Vorgesetzte, Pflegende, Patienten und ihre Angehörige, Ärzte, Therapeuten und externe Stellen sowie die Patientendokumentation und ggf. auch der Dienstplan zu Merkmalen von Pflegesystemen gezielt befragt bzw. untersucht werden (Abderhalden et al., 2006).

Nach Auswertung der Daten in der auf Basis von Microsoft Excel programmierten Software IzEP Soft wird das gemessene Pflegesystem anhand des Grades der Patientenorientierung auf einer Skala von 0 bis 100% angezeigt.

Durch Simulationen und Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität wurden Referenzwerte, die das vorherrschende Pflegesystem bestimmen, ermittelt. Bis 10% liegt keine Regelung vor, bis 40% Funktionspflege, Bereichspflege bis 75% und darüber bis 100% patientenorientierte Pflegesysteme wie Primary Nursing/ Bezugspflege. Die Detailauswertungen zu fünf Merkmalen von Pflegesystemen (Pflegekonzeption, Arbeitsorganisation, Pflegeprozess, Kommunikation und Rollenverständnis) in je zwei Ausprägungen (Soll-Ist Vergleich) werden identisch interpretiert (Abderhalden et al., 2008).



Mit IzEP wurden bisher in Deutschland, Österreich und der Schweiz ca. 400 Messungen durchgeführt (Abb. 3). Die vorliegenden Datensätze ermöglichen nun Untersuchungen zur Weiterentwicklung des Instruments und seiner Nutzungsmöglichkeiten. Ein Untersuchungsinteresse ist die Möglichkeit der Nutzung des IzEP Gesamtscore und der Detailauswertungen als Qualitätsindikator zur individuellen Weiterentwicklung einer Organisationseinheit durch ein Benchmarking mit anderen Stationen oder Einrichtungen.

Methodik

Ein Benchmarkingkonzept muss den Bedürfnissen der IzEP Nutzer entsprechen, weshalb ihre Anforderungen mittels Expertenbefragungen in Delphi-Runden konvergiert werden sollten. Die Delphi-Methode wird als stark strukturierter Gruppenkommunikationsprozess verstanden, in dessen Verlauf Sachverhalte, über die unsicheres oder unvollständiges Wissen existiert, von Experten beurteilt werden (Ammon, 2005). Wissen, Erwartungen und intuitive

Keywords

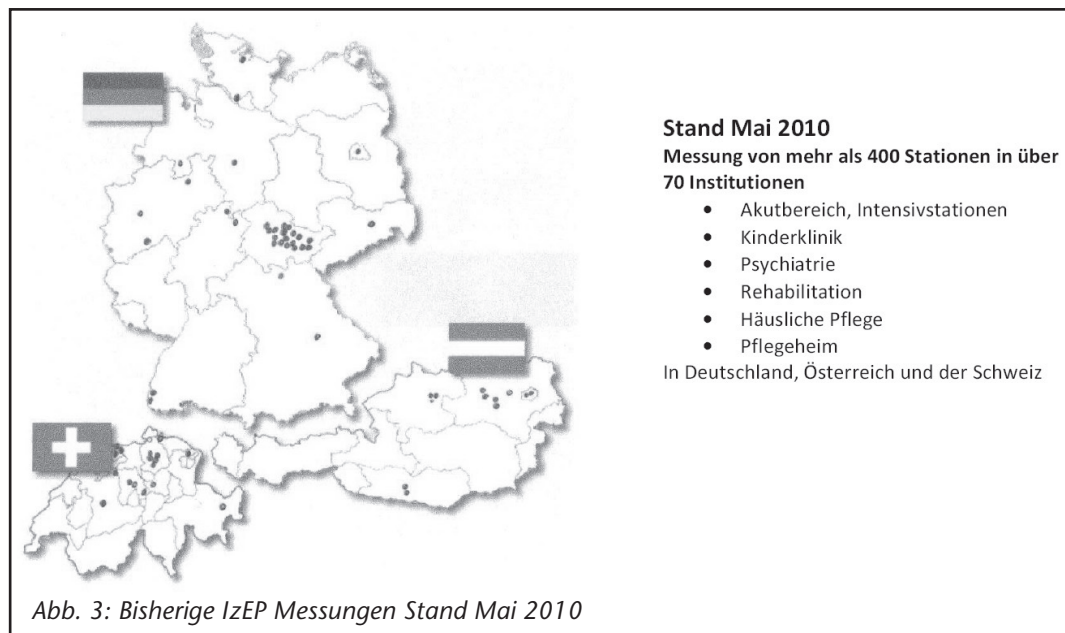
Nursing Care Delivery Systems

Primary Nursing

quality management

Benchmarking

Evaluation



Fähigkeiten der Experten sollen mobilisiert werden, um wichtige Entwicklungstrends zu ermitteln; es wird weiterhin angenommen, dass die Experten durch die wiederholten Befragungen ihre Einschätzung zum Thema überprüfen (Steinmüller, 1997, S. 77). Durch die Anonymität und die schriftliche Befragung entfällt der gruppenspezifische Prozess anderer Konsensfindungsrunden (Ammon, 2005) und ermöglicht die Informationsgewinnung einer großen Anzahl an Experten, die räumlich weit auseinanderliegen können, in diesem Fall Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Anzahl der Teilnehmer berechnet sich aus den zu erwartenden Argumenten. Pro Argument bzw. pro Perspektive soll ein Experte eingeladen werden. Die Experten müssen von ihrer professionellen Herkunft das gesamte Spektrum der Thematik repräsentieren und werden vom Monitoringteam bestimmt (Häder, 2000, S. 5). Die Güte von Delphistudien zur Vorhersage steigt nicht mit der Anzahl der Personen, sondern es kommt darauf an, mithilfe geeigneter Hypothesen die richtigen Experten zu befragen, auch wenn es nur wenige sind (Häder, 2000, S. 7). Die Stichprobe wurde deshalb aus leitenden Pflegenden sowie Pflegenden mit hoher Fachexpertise (z. B. Pflegeexperten mit akademischem Abschluss) gebildet, die sich mit der Evaluation von Pflegesystemen beschäftigen und über Kenntnisse zu Benchmarking verfügen. Es wird zusätzlich der Einbezug besonders kompetenter Personen mit Außenseitersicht empfohlen (Steinmüller, 1997, S. 76), weshalb in diesem Projekt auch drei Außenseiter, d.h. Experten in der Erfassung von Pflegesystemen und Benchmarking, die nicht den Bereich Fach oder Management zugeordnet werden können, im Expertenpanel aufgenommen wurden. Die Experten kommen aus allen drei Ländern; je aus Management und Fach; aus je ambulantem Bereich, Pflegeheim, Rehabilitationsklinik, Akutkrankenhaus und Universitätsklinik, d.h. geplant waren 30 Experten plus die drei o.g. Außenseiter.

Die Experten wurden über Empfehlungen der Mitglieder der AG IzEP, den an IzEP interessierten Einrichtungen, das Netzwerk Bezugspflege am Universitätsspital Zürich CH, sowie das 2. deutsche Netzwerk Primary Nursing gewonnen und strukturiert erfasst. Da in Österreich zu Beginn der Untersuchung die wenigsten Kontakte bestanden, wurde hier jeder kontaktierte Experte um die Vermittlung weiterer potentieller Teilnehmer gebeten. Außerdem wurden alle Hochschulen und Forschungseinrichtungen für Pflege, sowie der österreichische Berufsverband mit der Bitte um Unterstützung bei der Expertensuche angeschrieben. Die meisten Teilnehmer sagten relativ schnell zu und signalisierten großes Interesse. Mehrere potentielle Experten sagten jedoch ab, weil sie sich nicht als ausreichend geeignet einstufen.

Bias-Vermeidung

Die Liste des Panels wurde in der Arbeitsgruppe IzEP als Monitoringteam diskutiert um den Selection Bias zu minimieren (Behrens & Langer, 2006, S. 189; Abderhalden & Needham, 1999, S. 15). Um den Attrition Bias zu minimieren, d.h. die Anzahl der Aussteiger möglichst gering zu halten, wurden die Experten einzeln angeschrieben mit detaillierten Informationen über Ziel, Zeitraum und Aufwand der Befragung und der Bitte, nur teilzunehmen, wenn sie ihre Teilnahme über alle drei Runden gewährleisten können (Abderhalden & Needham, 1999, S. 15; Behrens & Langer, 2006, S. 190). Zur Reduktion eines möglichen Format Bias wurden alle Fragebögen Pretests unterzogen (Steinmüller, 1997, S. 81). Sie wurden an drei wissenschaftlich ausgebildete Experten von PN und deren Evaluation versendet. Aufgrund ih-

rer Rückmeldungen wurden in Fragebogen 1 und 2 jeweils geringfügige, teilweise technische Änderungen vorgenommen. Alle Fragebögen wurden nach den Kriterien zur Formulierung von Fragebogen-Fragen der ZUMA erstellt (Porst, 2000).

Die Delphi-Befragung wurde über drei Runden mit qualitativer Nullrunde (Runde 1) durchgeführt (Tab. 2). Die Datensätze aus Fragebogen 1, einem Microsoft Worddokument mit neun offenen Fragen zu den Erwartungen an ein Benchmarkingkonzept sowie drei offenen Fragen zu bisherigen, eigenen Erfahrungen mit der Evaluation von Pflegesystemen, wurden in mehreren Runden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring in Software MAXQDA 2 reduziert und kategorisiert (Mayring, 2007), um die Items für die 2. Fragerunde zu generieren (Steinmüller, 1997, S. 81; Häder, 2000, S. 4). In dieser 2. Delphi-Runde sollten die Experten die aus Runde 1 resultierenden, als Items formulierten 34 Subkategorien der vier Hauptkategorien in einer quantifizierenden Bewertung von 1 bis 7 gewichten. Eine festgelegte zu vergebende Höchstpunktzahl sollte für eine bewusste Verteilung der Gewichtung sorgen. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, Bemerkungen zu jedem Item einzufügen. Nach der Auswertung des 2. Fragebogens wurde das theoretische Benchmarkingkonzept erstellt und mittels Fragebogen in der 3. Delphi-Runde evaluiert, ob die Erwartungen der Experten umgesetzt wurden und das Konzept praxistauglich ist. Dieser Fragebogen beinhaltete 10 Fragen, die mit 1 (stimme voll zu) bis 4 (stimme gar nicht zu) Zustimmung oder Ablehnung des Konzepts erfassen sollte. Die Eingabe von Bemerkungen wurde analog zu Fragebogen 2 zur Klärung eventuell restlicher Unschärfen gegeben. Fragebogen 2 und 3 wurden in Microsoft Excel erstellt, versendet und ausgewertet.

Nach jeder Runde erhielten die Teilnehmer des Panels eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

Ablauf

Mit der Versendung der Fragebögen wurde begonnen, als das Panel zu 90% zusammengestellt war, um die vorhandenen Zeitressourcen zu nutzen, da das Projekt zeitlich auf zehn Monate begrenzt war. Außerdem war nicht sicher, ob für alle Bereiche Experten zu finden waren.

Nicht für alle genannten Bereiche konnten Experten erreicht werden (Tab. 1). So fehlten fachliche Ansprechpartner aus der häuslichen Pflege in Österreich und der Schweiz sowie österreichischen Pflegeheimen ebenso wie ein Managementvertreter aus einer österreichischen Rehabilitationsklinik und einem schweizerischen Akutspital. Letztere wurden zwei angefragt, diese nahmen aber im Verlauf doch nicht an der Befragung teil. Da jedoch insgesamt 28 Experten teilnahmen, wurde kein weiterer Ersatz gesucht, gerade auch unter dem Fokus niemanden zum Experten zu benennen, der diesen Anforderungen nicht entsprach.

In Fragerunde 1 wurden 32 Fragebögen versendet (Tab. 2). 30 Fragebögen aus Runde 1 wurden zurückgesendet, zwei Expertinnen hatten den Fragebogen gemeinsam ausgefüllt und wurden aufgefordert, in Fragerunde 2 getrennt zu antworten. Es gingen also insgesamt 31 Expertenmeinungen ein. Der Rücklauf aus Fragerunde 2 betrug n=30 und in Fragerunde 3 n=28. Die Pretests aus Fragebogen 1 konnten zusätzlich in die Antworten aufgenommen werden, von den Pretests zu Fragebogen 2 und 3 jeweils zwei (doppelt markierte Felder).

	Deutschland		Österreich		Schweiz	
	Fach	Management	Fach	Management	Fach	Management
Ambulant	X	X		X		X
Pflegeheim	X	X		XX	X	X
Rehabilitation	X	X	X		X	X
Akutkrankenhaus	X	X	X	X	X X	
Uniklinik	X	X	X	X	X X	X
Außenseiter	X			X	X	

Tab. 1: Expertenpanel

	n	Design	Ergebnis
Runde 1	31	Qualitative Nullrunde	4 Hauptkategorien, 34 Subkategorien
Runde 2	30	quantifizierende Gewichtung der 34 Items [Skalierung 1-7 Punkte]	Theoretisches Benchmarkingkonzept [Items mit Gewichtung oberhalb des Median]
Runde 3	28	Validierung des Konzepts durch 10 Fragen [Skalierung 1 (stimme voll zu) bis 4 (stimme gar nicht zu)]	Bestätigung der Elemente des Konzepts, Interesse an Teilnahme, Praxistauglichkeit

Tab. 2: Übersicht Delphi-Befragung

Ergebnisse

Fast alle Teilnehmenden hatten persönlichen Erfahrungen mit der Evaluation von Pflegesystemen. Meist handelte es sich um hausinterne Befragungen mit hierfür entwickelten Instrumenten, die nicht auf wissenschaftliche Gütekriterien getestet waren. Sie wurden teilweise nur punktuell eingesetzt oder sollten Auswirkungen der Bezugspflege messen. Im Rahmen von Zufriedenheitsprüfungen wurden Patienten beispielsweise nach hausinternen Vorgaben Fragen zur Bezugsperson gestellt. Einzelne Experten konnten auf umfassende Evaluationen oder die Überprüfung des Bezugspflegestandards verweisen. Acht Experten verfügten bereits über Erfahrungen mit IzEP-Messungen.

17 Befragte berichteten von Benchmarking als wichtigem Element des Qualitätsmanagements in ihrer Einrichtung. Unterschieden wurde zwischen rein ökonomischem, von außen vorgegebenen Benchmarking, etwa zur Anerkennung von den Kostenträgern, oder solchem zur internen Qualitätsevaluation und Weiterentwicklung. Acht Teilnehmer berichten, dass in ihren Einrichtungen kein oder bisher kaum Benchmarking etabliert ist, äußern aber, dass sich dies in Zukunft eventuell ändern soll.

Die Erwartungen der Teilnehmer an ein Benchmarkingkonzept sind vielfältig. In der nachfolgend dargestellten Grafik sind die vier ausgewerteten Kategorien mit ihren jeweiligen

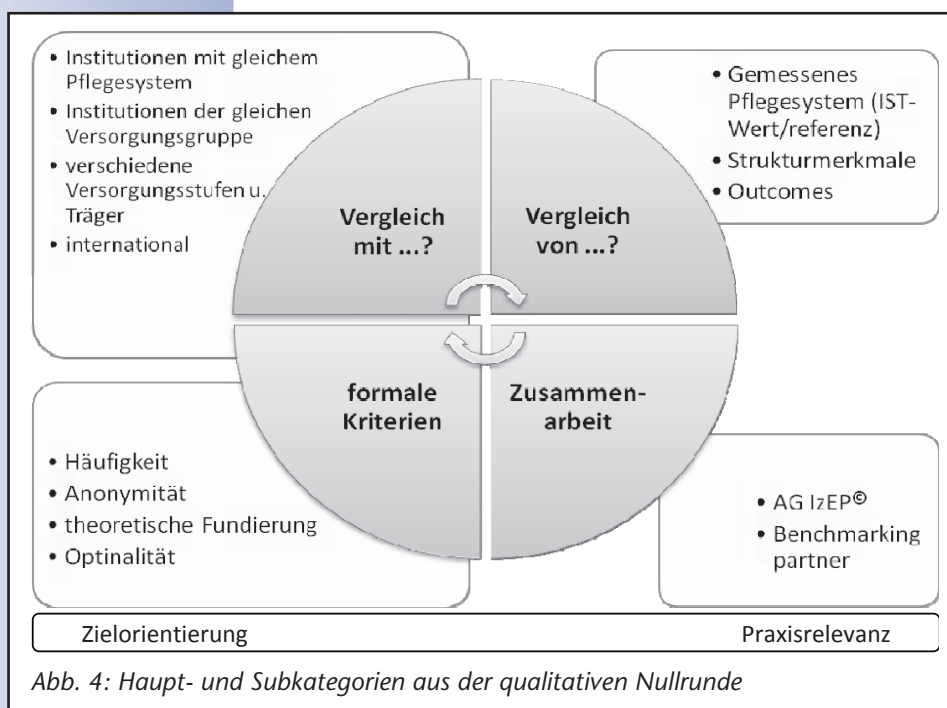


Abb. 4: Haupt- und Subkategorien aus der qualitativen Nullrunde

Subkategorien dargestellt. Als Hauptkategorien konnten „Vergleich mit ...“, „Vergleich von ...“, „formale Kriterien“ und die „Zusammenarbeit mit Partnern“ erkannt werden. Die Praxisrelevanz, womit vor allem das Ableiten von konkreten Verbesserungsmaßnahmen gemeint ist, und die Zielorientierung sind grundlegende Ansprüche an ein Benchmarkingkonzept und werden deswegen am unteren Rand der Grafik abgebildet.

Den **Vergleich mit** anderen Institutionen, die angeben, mit einem ähnlichen, patientenorientierten Pflegesystem zu arbeiten, bzw. die einen vergleichbaren Umsetzungsgrad im IzEP aufweisen, interessiert einige Experten. Das größte Interesse findet sich in dieser Runde zu einem Vergleich innerhalb der gleichen

Versorgungsstufe bzw. ähnlichem Patientenkollektiv. Als Ziel wird hierbei vor allem die Vergleichbarkeit unter ähnlichen strukturellen Rahmenbedingungen deklariert.

Drei Teilnehmende interessieren sich für einen Vergleich der unterschiedlichen Versorgungsstufen, bzw. für einen Vergleich zwischen öffentlichen und privaten Trägern. Mehrere Experten würden sich gerne auch international vergleichen, vor allem bezogen auf die EU und die deutschsprachigen Länder.

Zum **Vergleich von** Informationen, die in einem Benchmarking verglichen werden sollen, werden die Merkmale von Pflegesystemen genannt, strukturelle Merkmale und pflegerische Outcomes, d.h. Kennzahlen zur pflegerischen Qualität. Als Merkmale von Pflegesystemen sehen die Experten beispielsweise die Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation, die Kontinuität, die umgesetzte Patientenorientierung sowie definierte Schnittstellen und Prozesse. Die Messungen sollen die IST-Situation des Pflegesystems darstellen und über Referenzwerte soll das Pflegesystem, z. B. Bereichspflege, klassifiziert werden. Ein einfaches Ranking des eigenen Pflegesystems gegenüber anderen Einrichtungen bildet für die Experten die Grundlage des Benchmarking.

Das gemessene Pflegesystem soll dann in Zusammenhang gesetzt werden mit den bestehenden Strukturkriterien. Aus den Datensätzen sollen strukturelle Voraussetzungen, von denen angenommen wird, dass sie Einfluss auf die Umsetzung patientenorientierter Pflegesysteme haben, extrahiert werden. Als für ein Benchmarking wichtige Strukturkriterien werden Personalschlüssel, durchschnittliche Verweildauer, ökonomische Rahmenbedingungen, Qualifikation und Zusammensetzung der Pflegenden in den Teams, informelle Hilfsstrukturen, Fachgebiet und Versorgungsstufe, Größe einer Organisationseinheit oder die Art des Qualitätsmanagementsystems genannt.

Ein großes Anliegen besteht in der Gegenüberstellung des gelebten Pflegesystems und Ergebnis-Kriterien der Pflege. Angeführt werden hier u.a. die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Komplikation (z. B. Sturz, Dekubitus, Infektionen), Produktivität/Effizienz oder die Erreichung der definierten Pflegeziele.

Die Anforderungen an ein Benchmarkingkonzept beinhalten auch **formale Kriterien**. Die Häufigkeit eines Benchmarking machen die Experten abhängig von dem Gleichgewicht zwischen der Zeit, in der Veränderungen erst möglich sind und dem Aufwand für eine Messung. Die Einschätzungen hierzu unterscheiden sich, so dass die Spannweite der gewünschten Messzeitpunkte zwischen jährlich und fünf Jahren liegt.

Die Rückmeldungen zur Anonymität der Daten zeigen kulturelle Unterschiede zwischen Ländern, aber auch Trägerschaften auf. Grundsätzlich lassen sich zwei Hauptpositionen herauslesen. Die eine, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen bzw. teilweise auch nicht auf Einrichtungen, sondern nur auf Versorgungsform oder -stufe möglich sein dürfen, während andere Einrichtungen die Zusammenarbeit mit den Benchmarkingpartnern suchen würden, um auf Basis von Verträgen zum vertraulichen Umgang gemeinsam Verbesserungen zu erarbeiten.

Das Benchmarking muss sich durch Praktikabilität, d.h. durch eine verständliche Sprache und einfache Anwendung auszeichnen, damit die Auswertungen und Analysen für Praktiker verständlich sind. Mehrere Experten erwarten eine theoretische Fundierung des Konzepts.

Konkrete Fragen, ob das Benchmarking automatisch erfolgen sollte oder optional gewählt werden kann, möchten mehrere Experten erst beantworten, wenn Ziele, Inhalte und Umfang des Konzepts definiert sind. Die meisten sprechen sich jedoch, aus teilweise unterschiedlichen Gründen, für die optionale Wählbarkeit aus.

Ein Benchmarking als **Zusammenarbeit** gleichberechtigter Partner, die Pflegesysteme und deren Einfluss auf Ergebnisse von Pflegequalität optimieren wollen, wünschen sich elf Experten.

Die Erwartungen an die Arbeitsgruppe IzEP sind vielfältig. Sie erstrecken sich über eine hohe Fachlichkeit und Prozessbegleitung, über das Aufbereiten der Daten mit der Lieferung von differenzierten und verständlichen Analysen, der Zurverfügungstellung von Vergleichsdaten, Bereitstellen einer Kommunikationsplattform bis hin zu Lösungsansätzen.

Unter einer hohen Fachlichkeit verstehen die Experten Kompetenz und Professionalität, auch zur Weiterentwicklung des Instruments. Die Prozessbegleitung umfasst für sie, einen festen Ansprechpartner zu haben, aber auch die Organisation des Benchmarking. Das Herstellen einer transparenten Kommunikationsplattform durch die Arbeitsgruppe beinhaltet für die Befragten die Koordination zwischen den beteiligten Benchmarkingpartnern, die Organisation und die Moderation einer Plattform durch aktive Beteiligung. Zu den Anliegen an die Arbeitsgruppe gehört auch die seriöse, vertrauliche Bereitstellung von zweckmäßigen Vergleichsdaten. Die Ergebnisse sollen differenziert aufbereitet sein und Rückmeldungen an die Benchmarkingpartner durch die Arbeitsgruppe erfolgen. Als gewünschte Lösungsansätze werden die Unterstützung bei der Analyse der Ergebnisse und konkrete Verbesserungsvorschläge für das Qualitätsmanagement bei der Optimierung der pflegerischen Organisation verstanden.

Gewichtungsrunde

Für die Daten aus der Gewichtungsrunde (Fragerunde 2) wurde pro Item die Summe der vergebenen Punkte berechnet. Aus diesen 34 Summen wurde dann der Gesamtmedian berechnet. Alle Items, die mit 120 Punkten (Gesamtmedian) oder höher gewichtet wurden, sind in das theoretische Benchmarkingkonzept integriert und werden in Abbildung 5 vorgestellt. Die tiefer bewerteten Items wurden ausgeschlossen. Die aufgenommenen Items kennzeichnen das theoretische Benchmarkingkonzept.

In der Kategorie **Vergleich mit ...** liegen die Institutionen mit gleichem Pflegesystem, im Gegensatz zur ersten Fragerunde, anteilmäßig vor den Institutionen der gleichen Versorgungsstufe. Die Strukturkriterien Mitarbeiterstruktur/Skill-Grade Mix der Station,

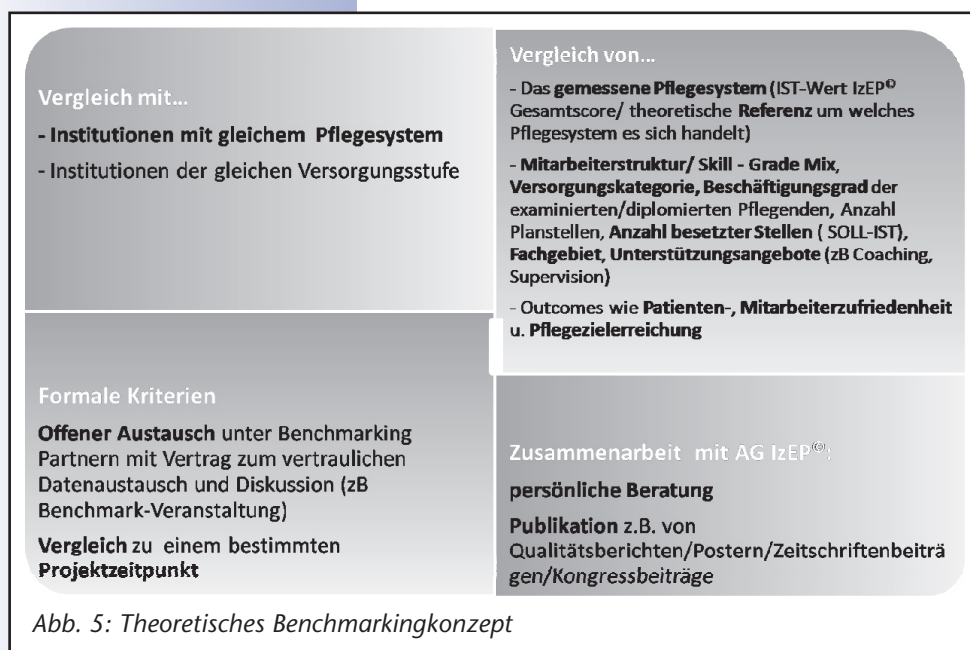


Abb. 5: Theoretisches Benchmarkingkonzept

das Fachgebiet, Patienten- u. Klientenmerkmale, der Beschäftigungsgrad der Pflegenden, die Anzahl besetzter Planstellen im Soll-Ist-Vergleich, die Versorgungsstufe/-kategorie, sowie eventuelle Unterstützungsangebote, wie etwa Coaching durch Pflegeexperten. Die Outcomes Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und die Pflegezielerreichung sollen ebenso erfasst werden. Das Benchmarking nach der Messung des Pflegesystems zum identischen Projektzeitpunkt soll als offener Austausch unter Vertragspartnern mittels vertraulichem Datenaustausch und Diskussion stattfinden. Die Erwartungen an die AG IzEP sind Publikationen sowie persönliche Beratungen.

Zustimmung zum Konzept

In der dritten Fragerunde wurden die Experten zu ihrer Zustimmung zum Konzept sowie einer möglichen Teilnahme an der praktischen Umsetzung des Konzeptes befragt. Hier wurden die Häufigkeiten der Nennungen in einem Balkendiagramm grafisch dargestellt und mögliche Anmerkungen zur Erklärung der Ergebnisse herangezogen. Zu allen 10 Items gab das Panel seine Zustimmung.

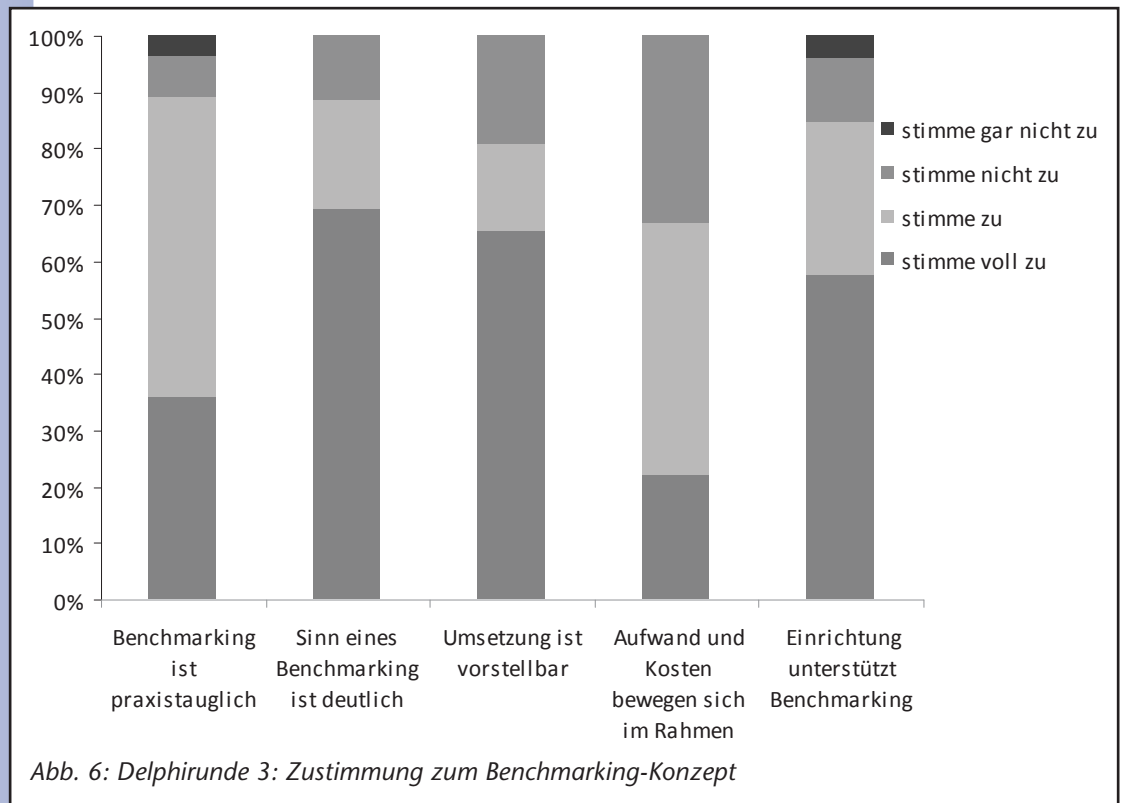


Abb. 6: Delphirunde 3: Zustimmung zum Benchmarking-Konzept

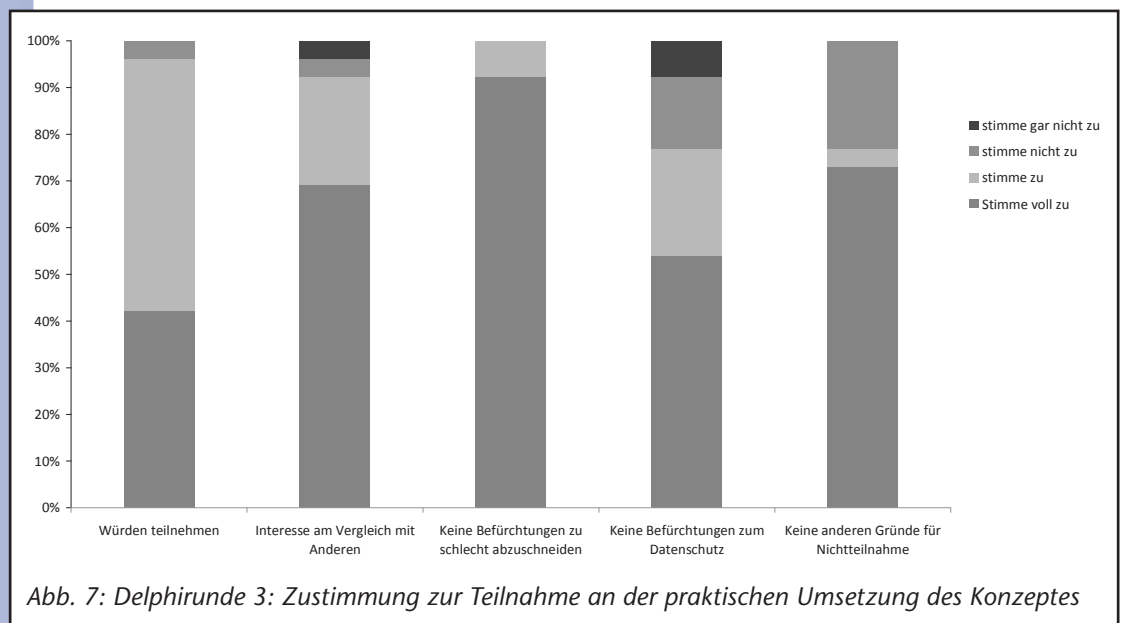


Abb. 7: Delphirunde 3: Zustimmung zur Teilnahme an der praktischen Umsetzung des Konzeptes

Literatur

- Abderhalden, C., Boeckler, U., Dobrin Schippers, A., Feuchtinger, J., Schaepe, C., Schori, E. & Welscher, R.: Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP) Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung. *PrInTerNet* 07-08, 2006, 420-424
- Abderhalden, C., Boeckler, U., Dobrin Schippers, A., Feuchtinger, J., Krassnig, M., Milachowski, S., Schaepe, C., Schori, E., Welscher, R.: Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP – Handbuch. Verlag Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern, 2008
- Abderhalden, C. & Needham, I.: Das Verständnis von Bezugspflege in der stationären psychiatrischen Pflege der deutschsprachigen Schweiz – Ergebnisse einer Delphi-Studie. Online im Internet: http://pflegeforschung-psy.ch/Delphi_BP.pdf in der Version vom 06.02.09
- Ammon, U.: Delphi-Befragung. Online im Internet: <http://www.qualitative-research.net/organizations/2/or-db-d.htm>, Stand in der Version vom 06.02.09
- Behrens, J. & Langer, G.: *Evidence-based Nursing and Caring*. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2006
- Häder, Michael: Die Expertenwahl bei Delphi-Befragungen. Online im Internet: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to5mh.pdf in der Version vom 08.02.09
- Manthey, M.: *Primary Nursing – Ein personenbezogenes Pflegesystem*. Verlag Hans Huber, Bern, 2002
- Mayring, P.: *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag, Weinheim, 2007
- Porst, R.: *Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen*. Online im Internet: http://www.gesis.org/Publikationen/Berichte/ZUMA_How_to_Dokumente/pdf/how-to2rp.pdf in der Version vom 21.02.09
- Schori, E., Abderhalden, C., Kersten, B.: Wie reliabel ist der Fragebogen zur Analyse der Pflegedokumentation (IzEP-Dok) im Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen IzEP? Online im Internet: <http://www.printernet.info/pf06/pdf/Schori.pdf> in der Version vom 05.11.2007
- Schwappbach, D. & Schubert, H.-J.: Offenlegen oder nicht? Chancen und Risiken der Veröffentlichung von medizinischen

24 Experten und ihre Einrichtung haben Interesse an dem Vergleich des Pflegesystems mit anderen. Gründe für eine Nichtteilnahme sind aktuell fehlende Belege zur Benchmark-Tauglichkeit des Instruments IzEP bzw. ein Experte wäre interessiert, seine Einrichtung jedoch nicht. Viele der Fachexperten sind keine Entscheidungsträger in ihrer Institution und weisen daraufhin, dass diese eventuell anders entscheiden würden. Geschlossen verneint wird die Frage einer Nichtteilnahme aus Bedenken, zu schlecht abzuschneiden. Auch hier weisen einige Fachexperten darauf hin, dass die obersten Entscheidungsträger ihrer Einrichtung eventuell anders antworten würden. Aus Datenschutzgründen würden dagegen sechs Experten bzw. ihre Einrichtungen nicht an einem Benchmarking teilnehmen, keinerlei Bedenken haben 14 Experten, leichte Bedenken bzw. eine spezifische Vorstellung zu Anonymisierung der Daten nennen sechs Experten. Die Einrichtungen von 15 der Befragten unterstützen diese Form von Qualitätsmanagement voll, vier Einrichtungen nicht. Drei Experten haben Schwierigkeiten, den Sinn eines solchen Benchmarking zu erkennen, für 18 stellt dies keine Schwierigkeit dar. 17 Befragte haben klare Vorstellungen zur Umsetzung eines solchen Konzeptes, während fünf Experten es sich nicht vorstellen können. Die Kosten und den Aufwand für ein Benchmarking von Pflegesystemen stellen sich 18 Experten hoch vor und einige wären an einer Kosten-Nutzen-Analyse interessiert. Aufwand und Kosten für die Messung werden jedoch höher eingeschätzt, als die für das Benchmarking. Generell geht man von anfallenden Kosten aus, aber auch einem Gewinn aus dieser Investition. 25 Experten können sich vorstellen, an diesem Benchmarking teilzunehmen. Sechs Experten und ihre Einrichtung haben andere Gründe nicht an einem Benchmarking teilzunehmen. Genannt wurden hierbei zu viele andere Projekte oder mangelndes Interesse an Benchmarking seitens des Klinikträgers. Hauptkritikpunkt aus den Bemerkungen ist die höhere Gewichtung des Projektzeitpunkts gegenüber einem Benchmarking zu einem Stichtag. Kritisch gesehen werden weiterhin der Zeitaufwand, sowie die Operationalisierung des Vergleichs der erreichten Pflegeziele bzw. deren Qualität. Aufgrund der Zustimmung der Experten in allen 10 Items werden das theoretische Benchmarkingkonzept bestätigt und keine weiteren Anpassungen vorgenommen.

Diskussion

Das Gesamtergebnis der Bewertung aus der 3. Runde zeigt die überwiegende Annahme des theoretischen Benchmarkingkonzepts und zu jedem Item eine mehrheitliche Zustimmung. Kritische Anmerkungen der Experten weisen darauf hin, dass es sich um ein theoretisches Benchmarkingkonzept auf Basis der Mehrheitsmeinung des Panels handelt und praktisch in dieser Form nicht umsetzbar wäre. So bedeutet beispielsweise eine Messung zum gleichen Projektzeitpunkt einen hohen bzw. evtl. nicht umsetzbaren organisatorischen Aufwand für ein Benchmarking gegenüber dem an einem Stichtag. Es setzt voraus, dass an einem Benchmarking von Pflegesystemen interessierte Institutionen patientenorientierte Pflegesysteme umsetzen und den Zeitpunkt des Projektstarts bekannt geben. Danach ist ein Vergleich beispielsweise 6, 12 oder x Monate nach Projektstart möglich, was die Anzahl der Vergleichsmöglichkeiten deutlich einschränkt. Auch die Operationalisierung von Indikatoren, wie z. B. die Pflegezieleerreichung muss geklärt werden, sowie Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit mit einem einheitlichen Instrument erfasst werden, um vergleichbar zu sein.

Die Festlegung einer Abgrenzung, welche Items in das Konzept aufgenommen werden, in diesem Fall der Gesamtmedian, kann dazu führen, dass logisch miteinander verbundene Subkategorien getrennt werden. Beispielsweise wurde die Moderation einer Benchmarking-Veranstaltung durch die AG IzEP mit 119 Punkten abgelehnt, als formales Kriterium jedoch ein offener Austausch in Form einer Benchmarking-Veranstaltung gewählt. Durch die zeitliche Limitierung, sowie die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Länder und Settings hatte diese Delphi-Befragung nicht den Anspruch, einen Konsens zu erreichen. Das Ziel war es, den größten gemeinsamen Nenner zwischen den Experten zu erfassen. Unter den aktuellen Voraussetzungen kann deshalb nicht von einer Praktikabilität des Konzepts gesprochen werden.

Die Evaluation von Pflegesystemen ist ebenso wie Benchmarking für viele Einrichtungen im Gesundheitswesen relativ neu. So gibt es eine überschaubare Anzahl an Experten, die für diese nicht repräsentative Expertenbefragung in Frage kommen. Die Experten zeigen entsprechend den unterschiedlichen Blickwinkeln das breite Spektrum der möglichen Standpunkte. Diese können zurückzuführen sein auf kulturelle Unterschiede, etwa unterschiedliche Trägerschaften und ländertypische Voraussetzungen, verschiedene Finanzierungen und rechtliche oder Qualitätsmanagementvorgaben. So bestehen nicht nur zwischen den sozialgesetzlichen Vorgaben der Pflegeheime in Deutschland Unterschiede zu denen der Akutkliniken in der Schweiz.

Die Teilnahme an einer Delphi-Befragung bedeutet für die Experten, dem Forschenden über einen längeren Zeitraum regelmäßig zur Verfügung zu stehen. Dies setzt eine hohe Motivation und Anforderung an die Experten voraus. Unter diesem Fokus kann die Rücklaufquote von mehr als 90% in allen Fragerunden als hoch eingestuft werden. Positiv war auch, dass kein Teilnehmer technische Schwierigkeiten mit den Dokumenten oder dem E-Mailing zu haben schien und viele interessierte Rückmeldungen gegeben wurden.

Qualitätsvergleichen. Deutsche medizinische Wochenschrift 132, 2007, 2637-2642

Steinmüller, K.: Grundlagen und Methoden der Zukunftsforschung. Online im Internet: http://www.institutfutur.de/_service/download/methoden-zukunftsforschung_sfz-wb21.pdf in der Version vom 22.2.2009

Kurzbiografie:

Andrea Dobrin Schippers

MSc Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Examinierter Pfleger, Dipl. Pflegewirtin (Pflegewissenschaft), 25 Jahre in verschiedenen pflegerischen Settings, als Pfleger, Pflegeexpertin & im Management tätig. Ab 2009 Managerin für Qualitätsmessungen im Gesundheitswesen beim Verein Outcome in Zürich. Seit 2000 theoretische und praktische Erfahrungen in patientenorientierter Pflegeorganisation/Umsetzung Bezugspflege, Gründungsmitglied der AG IzEP.

Christiane Becker

Dipl.-Pflegerin und Gesundheitswissenschaftlerin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

1997-2002

Hochschulstudium an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Abschluss: Pflege- und Gesundheitswissenschaft (Diplom)

Schwerpunkt: Allgemeine & Klinische Gesundheits- und Pflegeforschung

seit 3/2002

Gründungsmitglied der Arbeitsgruppe zur Evaluation von Primary Nursing und zur Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP)

seit 1/2003

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Es gibt Bereiche, in denen ein offenes Benchmarking bereits etabliert ist und andere, in denen kein oder höchstens ein anonymer Kennzahlenvergleich durchgeführt wird. So werden beispielsweise in Deutschland durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung BQS eine Vielzahl an Qualitätsindikatoren systematisch erhoben, die Ergebnisse jedoch nur anonymisiert veröffentlicht. Ausnahme bilden freiwillig motivierte Einzelprojekte, wie etwa der „Klinikführer Rhein-Ruhr“ oder „Der große Berliner Klinikvergleich“, sowie die Veröffentlichung von Jahres- und Qualitätsberichten einzelner Einrichtungen. In den USA und Großbritannien ist die namentliche Offenlegung von Qualitätsdaten schon länger in verschiedenen Formen, z. B. Ranglisten oder Report Cards praktiziert und etabliert, wobei eine für den Kunden geeignete Aufbereitung der Daten garantiert sein sollte (Schwappbach & Schubert, 2007, S. 2637). In der Schweiz organisieren Institutionen, z. B. der Verein Outcome in Zürich, der Qualitätserhebungen für Einrichtungen durchführt, nach Abschluss einer Erhebungsrunde eine Benchmarkingveranstaltung zur gemeinsamen Diskussion der Daten. In Deutschland bietet beispielsweise das nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen in Berlin (KISS Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) einen symposiumähnlichen Erfahrungsaustausch an. Durch diese unterschiedlichen Erfahrungen besteht ein ungleiches Wissen und ungleiche Motivation für die Durchführung und den Nutzen eines Benchmarking.

Wie vom Expertenpanel fokussiert, scheint es am sinnvollsten, weniger einen reinen Kennzahlenvergleich durchzuführen, als vielmehr in einem offenen Benchmarking gemeinsam Möglichkeiten zur Optimierung der Umsetzung von Primary Nursing zu erarbeiten, mit dem Fokus voneinander bzw. von den Besten zu lernen. Nur im direkten Austausch kann herausgearbeitet werden, warum eine Einrichtung „besser“ ist als eine andere. Hierfür wäre die in Fragerunde 2 mit einem Punkt unter dem Gesamtmedian liegende Benchmarking-Veranstaltung eigentlich Voraussetzung.

Das von den Experten fokussierte theoretische Konzept kann jedoch als Grundlage für die Entwicklung eines praktikablen Benchmarkingkonzepts zur Evaluation von Pflegesystemen dienen.

Ausblick

Die Untersuchung zeigt weiteren Forschungsbedarf, z. B. zum Einfluss struktureller Kriterien auf die Umsetzung patientenorientierter Pflegesysteme oder, soweit möglich, zu den Ergebnissen von Pflegesystemen, um Einfluss und Auswirkungen der verschiedenen Pflegesysteme, die die Experten in dieser Befragung vermuten, zu evaluieren.

Für die erfolgreiche Umsetzung patientenorientierter Pflegesysteme, sowie die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätsmanagementtools zur Weiterentwicklung von pflegerischer Organisation, konnte diese Untersuchung Möglichkeiten aufzeigen. Systematische Messungen und Benchmarking werden sich in Zukunft für Einrichtungen im Gesundheitswesen etablieren. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Formen von Benchmarking, sowie dem abzuleitenden Nutzen bzw. den Chancen steht noch am Anfang der Diskussion in der Pflege. Wichtig für die Zukunft professioneller Pflege ist u.a. die Entwicklung einer Benchmarking-Kultur des vertraulichen Austauschs miteinander, in dem sich die Teilnehmer nicht als Konkurrenten, sondern als Partner wahrnehmen und Pflege gemeinsam weiterentwickeln.

Printernet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

www.printernet.info/detail.asp?id=966

Danksagung

Ich danke allen Experten und der AG IzEP für Ihre Unterstützung.