



Arbeiten mit pflegesensitiven Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in Krankenhäusern

Handreichung für Pflegefachpersonen in Praxis,
Wissenschaft, Pädagogik und Management, die
Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen (K)
neu einführen, bereits damit arbeiten oder
bestehende Strukturen weiterentwickeln möchten

2025

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Einleitung.....	4
Wichtige Definitionen.....	5-7
1 Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	7-8
2 Datenbeschreibung und QI/K-Spezifizierung.....	9-12
3 Datenerhebung und Datendarstellung.....	13-15
4 Interpretation von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	16-18
5 Kommunikation der Ergebnisse.....	19
6 Ableitung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen.....	19-20
Glossar.....	21-22
Literatur.....	23-24
Impressum.....	25

Vorwort

Liebe Leser:innen, liebe Kolleg:innen,

die Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen stehen in besonderer Verantwortung: Sie vereinen Spitzenversorgung, Forschung und Lehre und müssen in allen drei Feldern transparent, lernfähig und wirksam sein. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind dafür unverzichtbar. Sie bilden die Brücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit: von der gesetzlichen Rahmung, über Zertifizierungen und externe Qualitätssicherung bis hin zur evidenzbasierten Versorgungspraxis und der Nutzung der PPR 2.0. Vor allem aber ermöglichen sie, Patient:innen-sicherheit und Versorgungsergebnisse verlässlich zu steuern – auf Station, in der Fachabteilung und im gesamten Krankenhaus, im Eigen- wie im Fremdvergleich.



Dipl.-Kfm. Torsten Rantzsch, MBA
Vorstandsvorsitzender des VPU e.V.

Die Arbeitsgruppe „Pflegesensitive Indikatoren“ im Netzwerk Pflegewissenschaft & Praxisentwicklung im VPU e.V. hat drei Dinge überzeugend geleistet: Erstens macht sie zentrale Begriffe greifbar – von Donabedians Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bis zu pflegesensitiven Indikatoren und Kontextfaktoren. Zweitens bietet sie praxistaugliche Kriterien für die Auswahl und Spezifikation von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen – mit klaren Mindestanforderungen an Definition, Datenquelle, Zähler/Nenner und Rechenregel. Drittens zeigt sie, wie valide Daten entstehen: mit strukturierter Erhebung, Plausibilisierung, risikoadjustierter Betrachtung, verständlicher Darstellung und einer Kultur der offenen, lösungsorientierten Kommunikation.

Ja, die Arbeit mit Daten ist anspruchsvoll: heterogene Systeme, unterschiedliche Begriffe, variierende Erhebungsmethoden und begrenzte Ressourcen. Aber gerade in den Universitätskliniken ist sie alternativlos. Mit guten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden Muster sichtbar, Risiken früh erkannt, Maßnahmen wirksam priorisiert und Fortschritte messbar. Dashboards, Audits, Fallbesprechungen und routinierte Feedbackschleifen sind dabei keine Kür, sondern Kern eines lernenden Systems.

Diese Handreichung ist damit mehr als ein Nachschlagewerk: Sie ist ein Umsetzungsleitfaden. Sie ermutigt, klein anzufangen und konsequent besser zu werden, patient:innenzentriert und interprofessionell. Sie zeigt, dass Ergebniswerte erst im Kontext von Struktur und Prozess zu beurteilen sind; dass nicht jeder „Negativwert“ schlechte Qualität bedeutet; und dass Ziel- und Referenzbereiche Orientierung geben, ohne differenzierte Analysen zu ersetzen. Vor allem macht sie deutlich: Pflegequalität entsteht im Team und wird durch transparente Daten für alle anschlussfähig.

Ich wünsche mir, dass diese Handreichung in den Krankenhäusern zu gelebter Praxis wird: dass Leitungen Führung zeigen, Teams Verantwortung übernehmen, Controlling und Qualitätsmanagement verlässlich unterstützen und alle Berufsgruppen gemeinsam aus den Daten lernen. Wo auffällige Werte auftreten, brauchen wir keine Schuldzuweisungen, sondern Ursachenanalysen, Mut zur Veränderung und konsequente Umsetzung, vom Expertenstandard bis zur Simulation.

Mit herzlichem Dank an die Arbeitsgruppe und allen Anwender:innen viel Erfolg bei der Umsetzung.

Berlin, den 29. Oktober 2025

Einleitung

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (QI/K) werden im Gesundheitswesen und damit auch in der Pflege immer wichtiger. Bedingt ist dies durch die externe Qualitätssicherung, Zertifizierungen, rechtliche Aspekte, eine evidenzbasierte Versorgungspraxis sowie die Nutzung der Pflegepersonal-Regelung (PPR 2.0). Gesetzliche Vorgaben, wie etwa die Erfassung von Personalressourcen oder Behandlungsergebnissen gemäß §135 ff SGB V, unterstreichen ihre Relevanz (BMG, 2025; BMG, 2023).

Das Ziel ist, die Pflege- und Versorgungsqualität im interprofessionellen Team sowie die Patient:innensicherheit auf Basis von Daten zu verbessern. QI/K dienen als Steuerungsinstrumente interner Prozesse auf Stationen, in Fachabteilungen oder der gesamten Klinik, sowohl im Eigen- als auch im Fremdvergleich. Dabei müssen QI/K angemessen interpretiert, bewertet und transparent kommuniziert werden. Auffällige Werte können auf Qualitätsdefizite hinweisen und weitere Analysen und Maßnahmen erforderlich machen.

Die Erhebung und Nutzung von QI/K-Daten sind mit vielfältigen Herausforderungen verbunden: unterschiedliche Systeme, fehlende oder unterschiedliche Definitionen und Standards, unklare Zielsetzungen sowie variierende Erhebungsmethoden erschweren die Vergleichbarkeit. Zudem stehen häufig verschiedene personelle und technische Ressourcen zur Verfügung.

Deshalb soll diese Handreichung zeigen, unter welchen Bedingungen QI/K als wirksames Instrument zur Qualitätsentwicklung genutzt werden können unter anderem durch:

1. Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren und Kennzahlen,
2. präzise Beschreibung und Spezifizierung der QI/K,
3. strukturierte Datenerhebung und Datendarstellung,
4. angemessene Interpretation der QI/K,
5. transparente Kommunikation der Ergebnisse sowie
6. Ableitung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen.

Einzelne QI/K zeigen jedoch nur Teilaspekte der Qualität. Eine fundierte Bewertung erfordert ein Set von relevanten QI/K unter Berücksichtigung von Kontext und strukturellen Rahmenbedingungen.

Die Handreichung möchte ermutigen, sich fundiert mit QI/K auseinanderzusetzen, praxisnah einzusteigen und langfristig Qualität in der Pflege sichtbar und messbar zu machen. Sie basiert auf Grundsatzliteratur, kapitelbezogener Fachliteratur sowie auf Erfahrung und Expertise der Autor:innen.



© Canva.com

Wichtige Definitionen



Zum Einstieg in das Thema pflegesensitive QI/K und zur Vermeidung von Missverständnissen, sollen zunächst einige Begriffe definiert werden.

Versorgungsqualität im Gesundheitswesen nach Donabedian (1980)

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) orientiert sich im Kontext der Pflegequalität an dem von Donabedian entwickelten Qualitätsmodell, das in die Kategorien Struktur, Prozess und Ergebnis unterteilt ist:

Strukturqualität

Rahmenbedingungen für die Erbringung von Pflegeleistungen: personelle Ausstattung (z.B. Qualifikation, Anzahl der Pflegefachpersonen); materielle Ressourcen (z.B. technische Geräte, Räume); organisatorische Strukturen (z.B. Dienstpläne, Arbeitsabläufe).

Prozessqualität

Art und Weise, wie Pflegeleistungen erbracht werden: Einhaltung evidenzbasierter Pflegestandards; Pflegeprozess (z.B. Assessment, Planung, Durchführung, Evaluation); Kommunikation und Interaktion (z.B. zwischen Pflegefachpersonen und Patient:innen).

Ergebnisqualität (Outcome)

Auswirkungen der Pflege auf die Patient:innen: Verbesserung des Gesundheitszustands; Reduktion von Komplikationen (z.B. Vermeidung von Dekubitus oder Stürzen); Patient:innenzufriedenheit und Lebensqualität.

Pflegequalität

Es gibt bisher keine einheitliche Definition, sondern nur Annäherungen. Büscher & Krebs (2022) definieren Pflegequalität als die Gesamtheit aller Eigenschaften und Merkmale einer pflegerischen Dienstleistung, die sich auf die Erfüllung von festgelegten oder vorausgesetzten Anforderungen beziehen. Pflegequalität ist somit ein zentrales Konzept, das die Sicherheit, Wirksamkeit und Zufriedenheit in der pflegerischen Versorgung bewertet und optimiert.

Qualitätsindikator (QI)

Ein Qualitätsindikator ist ein spezifisches Maß zur Bewertung der Qualität von Pflegeleistungen. Er dient als Hinweis auf die Versorgungsqualität und ermöglicht den Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen oder Zeiträumen. Laut Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird ein Qualitätsindikator als „quantitative Größe, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglicht“ beschrieben. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten (IQTIG, 2025a):

1. Qualitätsziel – Was soll erreicht werden?
2. Messverfahren – Wie wird gemessen?
3. Bewertungskonzept – Wie wird das Ergebnis eingeordnet?

Für jeden Qualitätsindikator gilt ein Zielwert (z.B. in Prozent bei Prozessindikatoren) oder ein Referenzwert bzw. Referenzbereich.

Beispiel für einen Ergebnisindikator:

- Dekubitus: In der externen Qualitätssicherung wird jedes Jahr ein Referenzbereich festgelegt, der das Verhältnis von beobachteten zur erwarteten Rate von Dekubitus (ohne Stadium/Kategorie 1) angibt (IQTIG, 2025b).

Beispiel für einen Prozessindikator:

- Sturz: Prozentualer Anteil der sturzgefährdeten Patient:innen, bei denen eine Risikoeinschätzung oder ein interprofessioneller Präventionsplan dokumentiert ist. Das exemplarische Qualitätsziel beträgt $\geq 80\%$.

Kennzahl (K)

Eine Kennzahl ist ein quantitatives Maß, das spezifische Aspekte innerhalb eines Systems darstellt. Im Pflegekontext zeigen Kennzahlen das Ergebnis einer Messung und Analyse, zum Beispiel, wie oft ein bestimmtes Ereignis auftritt oder wie hoch der Durchschnittswert einer Variablen in einer bestimmten Personengruppe ist. Kennzahlen ergänzen die Qualitätsindikatoren, indem sie zusätzliche Informationen liefern, z.B. einen Teil der Personengruppe innerhalb der Grundgesamtheit.

Sie haben jedoch keinen definierten Referenzbereich, so dass keine Bewertung der Versorgungsqualität erfolgt (IQTIG, 2025a).

- **Beispiel Dekubitus:** Anzahl der Dekubitus Inzidenz in Prozent pro Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bzw. 3 oder nicht näher bezeichnet
- **Beispiel Sturz:** Prozentsatz der sturzgefährdeten Patient:innen

Qualitätsindikatoren-Set

Es gibt zwei Arten von Sets:

1. Set in einem Themenbereich, z.B. Sturz mit Informationen zur Sturzhäufigkeit, zum Risikoprofil, zu Präventionsmaßnahmen oder zum Kenntnisstand des Pflegefachpersonals (DNQP, 2024; RNAO, 2017).
2. Set zu mehreren Themenbereichen, wie z.B. das Set der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI, 2022) mit insgesamt 10 Indikatoren zu patient:innenspezifischen Inhalten (u.a. Sedierung, Delir, Entwöhnung, Ernährung, Frühmobilisation) sowie zu organisatorischen Themen wie der Leitung der Intensivstation und multiprofessionellen Visiten mit Tageszielen.

Pflegesensitive Qualitätsindikatoren

Pflegesensitive Qualitätsindikatoren messen Prozesse und Ergebnisse, die ganz oder überwiegend durch die Pflege beeinflusst werden. Dabei werden strukturelle Rahmenbedingungen berücksichtigt, wie etwa der Qualifikationsmix oder die Personalausstattung. Die Pflegesensitivität zeigt somit, welche Wirkung und Verantwortung die Pflege bei der interprofessionellen Versorgung hat. Sie ist ein zentrales Element zur Bewertung und Weiterentwicklung von Pflegequalität (Weißenhofer et al., 2023).

Pflegerrelevante Kontextfaktoren (bzw. strukturelle Rahmenbedingungen)

Pflegerrelevante Kontextfaktoren beziehen das gesamte Umfeld der professionellen Pflege mit ein. Dazu zählen gesetzliche und regulatorische Vorgaben, soziale und wirtschaftliche Einflüsse sowie kulturelle Rahmenbedingungen. Wichtige Aspekte sind außerdem die Strukturen und Kapazitäten der Ausbildung, Führungs- und

Koordinationsprozesse, Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur. Maßgeblich beeinflussen auch organisatorische Faktoren das Pflegeumfeld. Dazu gehören die Personalausstattung, Skill- und Grademix, Arbeitsbedingungen sowie Strategien zur Personalbindung. Auch die Arbeitsumgebung, die Arbeitszufriedenheit, der Pflegeprozess sowie die interprofessionelle und settingübergreifende Zusammenarbeit beeinflussen die Pflegequalität. Pflegesensitive Ergebnisse entstehen aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren (Dubois et al., 2013; Simon et al., 2020).

Unerwünschtes Ereignis (UE) (adverse event, harm)

Ein unbeabsichtigtes negatives Ergebnis, das auf eine Behandlung zurückzuführen ist und nicht auf die bestehende Erkrankung. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein (APS, 2025). Beispiele in der Pflege sind die Entstehung eines Dekubitus sowie ein Sturzereignis.

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (VUE) (preventable adverse event)

Ein unerwünschtes Ereignis, das auf einen Fehler oder die Nichtanwendung einer anerkannten Präventionsstrategie zurückzuführen ist.

Seltenes schwerwiegendes Ereignis (sentinel event bzw. never event)

Die Patientensicherheit Schweiz (2021) bezeichnet ein Never Event als ein Ereignis, das in direktem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung steht und eine erhebliche Schädigung des Patienten bzw. der Patientin zur Folge hat.

Solche Ereignisse werden dadurch charakterisiert, dass sie

- besonders gravierend sind und
- als vermeidbar gelten, sofern
- geeignete Präventionsmaßnahmen angewandt werden.

Zu den Kriterien zählen alle Patient:innenschädigungen, die mit einer oder mehreren der folgenden Konsequenzen verbunden sind:

- zusätzliche erforderliche Eingriffe oder eine intensivmedizinische Behandlung,
- längerfristige wesentliche Beschwerden oder Einschränkungen,
- der Tod des Patienten bzw. der Patientin.

Laut IQTIG ist ein solches Ereignis besonders relevant, z.B. die Entstehung eines Dekubitus der Kategorie 4 im Krankenhaus bei Patient:innen ab 20 Jahren. Jeder derartige Fall wird als Auffälligkeit bewertet und führt zu einer Einzelfallanalyse im sogenannten „strukturierten Dialog“, dem Stellungnahmeverfahren des IQTIG (2020 und 2025b). Die Vermeidbarkeit von Dekubitus wird in der Literatur vor allem bei schwerstkranken Patient:innen auf Intensivstationen (z.B. mit Multi-Organ-Versagen und Organ-Ersatzverfahren) sowie bei Patient:innen im Rahmen der letzten Tage des Sterbeprozesses diskutiert (Latimer et al., 2022; Zajac et al., 2024).

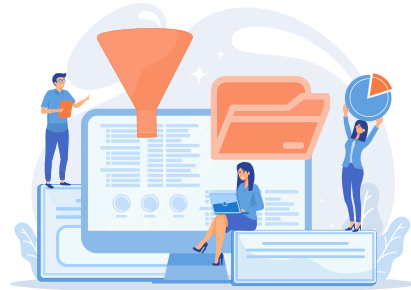
Patient:innensicherheit

Bei allen Definitionen nationaler und internationaler Fachgesellschaften geht es im Wesentlichen darum, vermeidbare Schäden zu verhindern, Risiken gut zu managen und ein sicheres Versorgungssystem zu schaffen. Sie unterscheiden sich aber leicht in der Schwerpunktsetzung (z.B. systemische Prävention, Sicherheitskultur, kontinuierliche Verbesserung) (WHO, 2025; APS, 2025). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2025) beschreibt Patient:innensicherheit als das Verhindern von vermeidbarem Schaden und die Verringerung des Risikos von unnötigem Schaden im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auf ein akzeptables Minimum. Im weiteren Sinne umfasst Patient:innensicherheit einen organisierten Rahmen von Kultur, Prozessen, Verfahren, Verhaltensweisen, Technologien und Umgebung, die beständig und nachhaltig Risiken senken, das Auftreten vermeidbarer Schäden reduzieren, Fehler unwahrscheinlicher machen und die Auswirkungen von Schäden verringern, wenn sie doch auftreten.

Sicherheitskultur (ehemals Fehlerkultur)

Eine Sicherheitskultur zeigt, wie ernst eine Organisation sicherheitskritische Probleme tatsächlich nimmt und wie sie damit umgeht („die Art und Weise, wie wir die Dinge hier machen“). Sie wird auch definiert als „das Produkt von individuellen und Gruppenwerten, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern, die das Engagement einer Organisation, ihre Tüchtigkeit und ihre Art bestimmen, wie Gesundheit und Sicherheit im Betrieb gewährleistet werden“ (APS, 2025).

1) Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren und Kennzahlen



Qualitätsindikatoren sollten praxisnah und wissenschaftlich fundiert sein (z.B. DNQP, 2019; Deckert et al., 2021). Sie sollten passend zur jeweiligen Organisationseinheit (z.B. Station, Ambulanz) und unter Berücksichtigung der Fachabteilung ausgewählt werden.

QI/K müssen bestimmte Kriterien erfüllen, um die Pflege- und Versorgungsqualität effektiv bewerten und verbessern zu können. Im Folgenden werden beispielhaft die Kriterien von RUMBA und QUALIFY beschrieben sowie Qualitätsdimensionen nach dem Rahmenkonzept des IQTIG und eine mögliche Priorisierung von QI/K.

Kriterien

RUMBA umfasst fünf Kriterien und ist einfach anzuwenden (GQMG, 2014):

RUMBA

- Relevant – relevant und wichtig für einen ausgewählten Bereich
- Understandable – verständlich für Leistungserbringer:innen und Patient:innen
- Measurable – messbar mit hoher Zuverlässigkeit und Zielgenauigkeit
- Behaviorable – beeinflussbar durch Handeln und Verhaltensänderungen
- Achievable and feasible – realistisch erreichbar und praktikabel

Kriterien

QUALIFY ermöglicht mit 20 Kriterien eine umfassendere Bewertung in drei Gruppen (Reiter et al., 2007):

QUALIFY (detailliert)

Relevanz (3 Kriterien)	Bedeutung des mit dem QI erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem; Nutzen und Berücksichtigung potenzieller Risiken/ Nebenwirkungen
Wissenschaftlichkeit (8 Kriterien)	Indikatorevidenz; Klarheit der Definitionen (des Indikators und seiner Anwendung); Reliabilität; statistische Unterscheidungsfähigkeit; Risikoadjustierung; Sensitivität; Spezifität; Validität
Praktikabilität (9 Kriterien)	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patient:innen und interessierte Öffentlichkeit; Verständlichkeit für Ärzt:innen und Pflegende; Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung; Datenverfügbarkeit; Erhebungsaufwand; Implementierungsbarrieren berücksichtigt; die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden; die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden; die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden

Für einen internationalen Vergleich können zusätzlich OECD-Standards hinzugezogen werden (OECD, 2024). Bei der Auswahl von QI/K sollte neben der Einschätzung der professionell Pflegenden auch die Sicht der Patient:innen berücksichtigt werden.

Qualitätsdimensionen

Zur Auswahl von QI/K können Qualitätsdimensionen nützlich sein. In der Literatur werden dafür unterschiedliche Begriffe verwendet (z.B. Komponenten von Qualität, Qualitätsaspekte, Kernziele von Qualität, Qualitätsdomänen). Diese Handreichung orientiert sich an der Beschreibung des IQTIG und dem international gebräuchlichen Begriff der Qualitätsdimension (Carini et al., 2020; IQTIG, 2025c).

QI/K können sich jeweils auf eine oder mehrere dieser Dimensionen beziehen.

- effectiveness – Wirksamkeit
- safety – Patient:innensicherheit
- responsiveness – Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an die Patient:innen
- timeliness – Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit
- appropriateness – Angemessenheit
- coordination, continuity – Koordination und Kontinuität

Priorisierung

Bei der Auswahl und Priorisierung von QI/K sollte die jeweilige Krankenhausebene berücksichtigt werden. Ist ein QI/K für viele Stationen und Fachabteilungen relevant oder betrifft er nur wenige? Diese Handreichung berücksichtigt drei Ebenen: Station/Bereich, Fachabteilung und das gesamte Krankenhaus. Der jeweilige QI/K sollte von möglichst hoher Relevanz sein, entweder aus Sicht der Pflegefachpersonen oder aus Sicht der Patient:innen.

Qualitätsindikatoren-Set

Grundsätzlich wird für die Interpretation der QI/K empfohlen, für jede Fachabteilung ein geeignetes Qualitätsindikatoren-Set (siehe Definitionen) zu entwickeln und regelmäßig an die jeweiligen Bedarfe anzupassen. Nationale und internationale Quellen können die Auswahl und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren-Sets unterstützen. So liefert beispielsweise das IQTIG methodische Grundlagen für die Eignung von Indikatoren-Sets (IQTIG, 2024). Für die Intensivmedizin werden zudem die DIVI-Indikatoren empfohlen (DIVI, 2022). Auf internationaler Ebene gelten die „nursing-sensitive indicators“ als ein zentraler Bezugspunkt zur Messung pflegerischer Versorgungsqualität (Oner et al., 2020). Eine der frühesten etablierten Datenbanken in diesem Kontext ist die National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), die maßgeblich zur Entwicklung pflegerischer Qualitätsmessung beigetragen hat (Montalvo, 2007).

2) Datenbeschreibung und QI/K-Spezifizierung

Nach der Auswahl eines oder mehrerer QI/K sollten zentrale Aspekte definiert werden, um Zuverlässigkeit, Gültigkeit und Glaubwürdigkeit sicherzustellen (siehe Glossar). Eine tabellarische Darstellung kann dabei hilfreich sein (IQTIG, 2024).

Beschreibung	Möglichst klare Beschreibung des QI/K, z.B.: „Der Indikator erfasst alle stationär dokumentierten ...“
Definition/en	z.B. Sturz; Dekubitus
Einschlusskriterien	z.B. bestimmte Fachabteilung bei interdisziplinären Stationen
Ausschlusskriterien	z.B. < 18 Jahre
Art des Indikators	Struktur, Prozess, Ergebnis
Qualitätsdimension	z.B. Patient:innensicherheit/Effektivität
Erhebungs-/ Datenquelle	Patient:innenakte/-dokumentation; elektronische Patient:innenakte
Erhebungsmethode	z.B. Dokumentenanalyse, Datenexport aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS)
Zähler	Selektionskriterium
Grundgesamtheit/ Nenner	z.B. Anzahl der Pflgetage der Organisationseinheit (z.B. Station) in einem Zeitrahmen (z.B. Monat, Quartal, Jahr) „Alle Patient:innen mit stationärer“
Rechenregel	
Nur bei QI: Qualitätsziel, Referenzwert, Referenzbereich	Qualitätsziel: z.B. 80% bei Prozessindikatoren Referenzwert, z.B. 95. Perzentil

Zur Veranschaulichung werden auf den nachfolgenden Seiten drei Qualitätsindikatoren vorgestellt. Sie sind Beispiele für die Entwicklung weiterer QI und stellen keine Priorisierung dar.

Beispiel: Sturz (Sturzinzidenz-Dichte)

Stürze zählen zu den häufig beschriebenen QI in der Pflege. Mit Hilfe einer strukturierten und standardisierten Dokumentation, z.B. mit einem Sturzprotokoll, können Sturzereignisse analysiert und präventive Maßnahmen abgeleitet werden.

Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst alle stationären Sturzereignisse im Verhältnis zu den Belegungstagen als Sturzinzidenzdichte.
Definition/en	„Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der oder die Betroffene unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt.“ (DNQP, 2022)
Einschluss-kriterien	Stürze von stationär aufgenommenen Patient:innen im Krankenhaus, assistierte Stürze
Ausschluss-kriterien	z.B. Beinahe-Stürze, Freizeit- und Sportstürze, entwicklungsbedingte Stürze, Stürze bei Säuglingen und Kindern, Stürze im ambulanten Setting (Hochschulambulanzen)
Indikatorart	Ergebnisindikator
Qualitäts-dimension	Patient:innensicherheit
Erhebungs-/Datenquelle	Fragebogen
Erhebungsmethode	Dokumentationsanalyse, Datenexport mit anschließender Datenanalyse, Vollerhebung aus der Routinedokumentation
Zähler	Anzahl der dokumentierten Stürze in einem definierten Zeitraum (z.B. Monat, Quartal, Jahr)
Nenner	Anzahl der Belegungstage in einem definierten Zeitraum (z.B. Monat, Quartal, Jahr)
Rechenregel	Im internationalen Kontext werden Stürze im Verhältnis zu 1.000 Belegungstagen berechnet: $\text{Summe Stürze/Belegungstage} \times 1.000$
Indikator	
Richtwert/Qualitätsziel	Beispielsweise könnte der Zielwert der Sturzrate individuell und bereichsspezifisch bestimmt werden. Da nicht jeder Sturz vermeidbar ist, sollte auf Grundlage der Sturzanalysen ein realistisch erreichbarer Wert definiert werden.
Mögliche zugehörige Indikatoren	Beispiele: Differenzierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Stürze mit Verletzungen (Ergebnis) Stürze mit schweren Verletzungen (Ergebnis) Screening bzw. Assessment auf Sturzrisiko (Prozess) Planung von Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (Prozess) Verfahrensregelung bzw. Sturzprotokoll (Struktur)

Beispiel: Patient:innenzentrierung

Neben dem häufig genutzten QI der Patient:innenzufriedenheit, können weitere Erfahrungen der Patient:innen mit der Pflege im Krankenhaus erhoben werden (PREM = Patient Reported Experience Measures). In den letzten Jahrzehnten wurden Konzepte der Patient:innenzentrierung entwickelt und Verfahren zur Erfassung der wahrgenommenen pflegerischen Versorgung eingeführt. Ein international genutztes Instrument ist die Individualized Care Scale (ICS), die in deutscher Sprache vorliegt und getestet wurde. Sie umfasst zwei Skalen:

- ICS-A: erfasst Voraussetzungen patient:innenzentrierter Pflege (z.B. Gespräche über Ängste).
- ICS-B: erfasst die tatsächliche Umsetzung (z.B. Berücksichtigung dieser Ängste).

Beide Subskalen gliedern sich in drei Bereiche: klinische Situation, persönliche Erfahrungen und Einbezug in Entscheidungen. Je nach Bedarf können sie einzeln oder kombiniert genutzt werden (Köberich et al., 2015).

Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das von Patient:innen wahrgenommene Ausmaß der patient:innenzentrierten Pflege.
Definition/en	Die patient:innenzentrierte Pflege kann als ganzheitlicher, individueller, maßgeschneiderter, respektvoller und befähigender Pflegeansatz definiert werden, der die Patient:innen in den Mittelpunkt stellt.
Einschluss-kriterien	Alle Patient:innen, die in der Lage sind, die Aussagen der ICS zu bewerten.
Ausschluss-kriterien	Patient:innen < 18 Jahren
Indikatorart	Ergebnisindikator
Qualitäts-dimension	Patient:innenzentriertheit bzw. Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patient:innen (responsiveness)
Erhebungs-/Datenquelle	Fragebogen
Erhebungsmethode	Datenexport mit anschließender Datenanalyse
Zähler	Summe der Punkte der einzelnen Aussagen, getrennt nach den Skalen und Subskalen
Nenner	Anzahl der eingeschätzten Aussagen
Rechenregel	Summe der Punktwerte je (Sub-)Skala/Anzahl der Aussagen je (Sub-)Skala
Richtwert/Qualitätsziel	Für die Skalen ICS-A und ICS-B könnte bspw. ein Zielwert ab 3,5 (bei einer Skala von 1 bis 5) angestrebt werden. Alternativ kann eine Verbesserung gegenüber dem Vorwert als Ziel definiert werden, sodass ein konkreter Richtwert bzw. ein Qualitätsziel erst ab der zweiten Datenerhebung festgelegt werden kann. Je höher der Wert, desto stärker die wahrgenommene Patient:innenzentrierung.
Mögliche zugehörige Indikatoren	Beispiele: Differenzierung von Prozess- und Ergebnisqualität Prozessindikator: Interventionen zur Förderung der gemeinsamen Entscheidungsfindung bzgl. pflegerischer Maßnahmen Ergebnisindikatoren: Zufriedenheit mit pflegerischer Versorgung, Lebensqualität, Selbstpflegefähigkeit, Kontrollüberzeugung

Beispiel: Delirscreening bei erwachsenen Patient:innen auf Intensivstationen

Das Delir ist ein häufiges und ernstes Syndrom im Krankenhaus. Zur frühzeitigen Erkennung wird ein strukturiertes Screening mit validierten Instrumenten (z.B. CAM, CAM-ICU, Nu-DESC, 4AT) durchgeführt. Klinikintern ist festzulegen, welches Instrument eingesetzt wird und wer für Durchführung und Dokumentation verantwortlich ist. Das Screening sollte regelmäßig, idealerweise mehrmals täglich, erfolgen. Die Ergebnisse werden dokumentiert und bei Auffälligkeiten interdisziplinär besprochen.

Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst die Rate des Delir-Screenings in Prozent (%) bei allen stationären Patient:innen auf Intensivstationen.
Definition/en	Delir: Ein Delir ist ein ätiologisches unspezifisches hirnorganisches Syndrom, welchem eine somatische Ursache zugrunde liegt. Die Symptomatik entwickelt sich typischerweise akut, d.h. innerhalb weniger Stunden oder Tage, und fluktuiert im Tagesverlauf. Zu den Leitsymptomen gehört die Störung der Aufmerksamkeit, des Bewusstseins und der Kognition (Leuenberger, 2023, S.1).
Einschluss-kriterien	Alle vollstationären Patient:innen auf Intensivstationen
Ausschluss-kriterien	Patient:innen < 18 Jahren Achtung bezüglich Abgrenzung: bestehende dementielle oder psychische Erkrankung
Indikatorart	Prozessindikator
Qualitäts-dimension	• Patientensicherheit (patient safety) • ggf. Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit (timeliness) • ggf. Koordination und Kontinuität (coordination and continuity)
Erhebungs-/D atenquelle	Patient:innenakte/ -dokumentation; elektronische Patient:innenakte Es gibt eine Vielzahl an validierten und anzuwendenden Instrumenten. Dazu gehören z. B. • CAM-ICU = Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit • ICDSC = Intensive Care Delirium Screening Checklist Die Anwendung des jeweiligen Instrumentes ist abhängig von der Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), einem Instrument zur Einschätzung der Tiefe einer Sedierung (zu beachten ist hier die Empfehlung der aktuellen Leitlinien (DAS-Leitlinie 2020)).
Erhebungs-methode	Dokumentationsanalyse, Datenexport mit anschließender Datenanalyse aus separater Dokumentation oder aus der digitalen Routinedokumentation
Zähler	Anzahl der durchgeführten Delir-Screenings
Nenner	Grundgesamtheit: alle auf der Intensivstation behandelten Patient:innen Nenner: Gesamtzahl der Schichten im Dreischichtsystem in einem bestimmten Zeitraum (z. B. Monat, Quartal, Jahr)
Rechenregel	Anzahl der durchgeführten Delirscreenings im Verhältnis zur Anzahl aller Schichten (Ergebnis in %): $\text{Anzahl der durchgeführten Screenings} / \text{Gesamtzahl der Schichten} \times \text{Anzahl der Patient:innen} \times 100$
Richtwert/ Qualitätsziel	Bspw. könnte eine Delir-Screeningrate von mindestens 80% angestrebt werden
Mögliche zugehörige Indikatoren	Differenzierung Struktur-, Prozess- und Ergebnis ·Delirrate (Ergebnis) ·Einschätzung des Delirrisikos (Prozess) ·Anwendung der nicht-pharmakologischen Präventionsmaßnahmen (Prozess); einzeln oder in einem definierten Maßnahmenbündel

3) Datenerhebung und Datendarstellung

— — — — —

In diesem Abschnitt werden verschiedene Datenquellen für QI/K beschrieben sowie die Möglichkeiten zur Datenerhebung, -prüfung und -darstellung. Die Informationen können in Form von Tabellen, Abbildungen, Grafiken bzw. ergänzenden Texten aufbereitet werden. Dabei sollte der erforderliche Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Der Fokus liegt auf einer praxisorientierten Zusammenfassung; direkte Quellenangaben erfolgen nicht. Stattdessen wird am Ende des Kapitels auf weiterführende Literatur verwiesen.

Datenquelle

Die Datenquellen können sehr vielfältig sein und sowohl in Papierform als auch digital vorliegen. Die Informationen stammen häufig aus kontinuierlich erhobenen Routinedaten im Rahmen des Pflegeprozesses (z.B. durch Pflegeklassifikationen bzw. Pflegeterminologien), aus Dokumenten und Protokollen (z.B. von Sturzereignissen, Dekubitus) oder werden gezielt im Rahmen von Qualitätserhebungen (z.B. durch Audits, Fragebogenuntersuchungen) erfasst. Besonders entscheidend ist die Qualität der Dokumentation: Es muss eindeutig nachvollziehbar sein, welche Daten erhoben werden und die Ein- sowie Ausschlusskriterien sind konsequent einzuhalten. Zudem ist eine umfassende Schulung aller an der Datenerhebung Beteiligten erforderlich, um Objektivität und Unvoreingenommenheit gegenüber den Stationen bzw. Fachabteilungen sicherzustellen.

Datenmanagement

Zur Prüfung und Darstellung der Daten sollte eine Software verwendet werden (z.B. Microsoft Excel, SPSS, internes Datawarehouse oder Dashboard), die leicht zu bedienen ist, gute Analysemöglichkeiten bietet und die Daten zuverlässig und unverändert speichert. Verantwortlichkeiten und rollenbezogene Aufgaben müssen transparent und eindeutig definiert sein. Relevante Personen sollen über das notwendige Fachwissen sowie über die formale und praktische Befugnis verfügen, um aktiv am Prozess mitwirken zu können. Idealerweise ist die Datenaufbereitung im Pflegecontrolling, Qualitätsmanagement oder in vergleichbaren Strukturen angesiedelt.

Dies stellt sicher, dass alle Beteiligten wissen, welche Daten zu erheben und auszuwerten sind – und dass hierfür ausreichende zeitliche sowie fachliche Ressourcen bereitstehen. Weitere Aufgaben im Rahmen des Datenmanagements (z.B. Erfassung und Validierung) werden im Kapitel „Interpretation von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ dargestellt.

Datenprüfung

Um zuverlässige und plausible Daten zu erhalten, müssen Fehlausleitungen und falsche Inhalte vermieden werden. Dies kann erreicht werden durch:

- Manuelle Gegenprüfung der Primärdaten und der QI/K, z.B. durch Stichproben. Auffälligkeiten (extrem hohe und niedrige Werte: „Ausreißer“) sind insbesondere bei unerwünschten Ereignissen wie Stürzen oder Dekubitus von großer Bedeutung.
 - Sturz: Der dokumentierte Sturz sollte in Rücksprache mit der Station validiert werden, ggf. der Verletzungsgrad.
 - Dekubitus: z.B. sollte die Unterscheidung zwischen einem Dekubitus am Gesäß und einer inkontinenzassoziierten Dermatitis geprüft werden, um Fehldeutungen zu vermeiden. Hier sind direkte Hautinspektionen bei den Patient:innen notwendig.
- IT-gestützte Plausibilisierung: IT-Systeme können helfen, Inkonsistenzen zu erkennen und die Datenqualität zu verbessern.
- Manuelle Prüfung der IT-ausgeleiteten Routinedaten: Die Originaldokumente (z.B. Sturzprotokolle) können direkt mit den Ergebnissen aus der Ausleitung verglichen werden, hier bieten sich Stichproben an.
- Querschnitterhebungen und Audits: Audits können Einblicke in die Prävalenz von Stürzen und Dekubitus liefern, bei der Einschätzung der Dokumentationsqualität helfen und die Plausibilisierung der Routinedaten unterstützen.

Durch die Kombination aus systematischen Prüfungen, internen Audits und technologischer Unterstützung lässt sich die Genauigkeit der Dokumentation kontinuierlich optimieren.

Datendarstellung

Die Form der Datenpräsentation ist entscheidend für die Nutzbarkeit und Verständlichkeit der Informationen. Eine gut strukturierte, anschauliche und zielgruppenorientierte Darstellung erleichtert die Akzeptanz und Anwendung sowie die Interpretation der Daten. Die folgenden Punkte helfen, die Datendarstellung effektiv zu gestalten.

Auswahl der Werte

Absolute Werte:

- zeigen die Anzahl oder Häufigkeit eines Ereignisses (z.B. Anzahl der Stürze),
- werden häufig für Gesamtübersichten verwendet,
- sind weniger aussagekräftig als relative Werte, da sie keinen Bezug zu Kontextgrößen (z.B. Anzahl der Patient:innen, Belegungstage, Gesamtpopulation) herstellen,
- sind von besonderer Bedeutung bei der Betrachtung von never events.

Relative Werte/Verhältnswerte:

- stellen einen Bezug zu einer anderen Größe her (z.B. prozentualer Anteil der Patient:innen mit Sturzereignis an allen Patient:innen der Fachabteilung oder Anzahl von Sturzereignissen im Verhältnis zu 1.000 Belegungstagen).

Empfehlung: Es sollte eine Kombination aus absoluten Werten sowie relativen Werten bzw. Verhältnswerten verwendet werden.

Tabellen, Diagramme und Text

Tabellen und Diagramme stellen Daten übersichtlich dar und machen Muster, Trends und Unterschiede sichtbar. Beispielsweise können Tabellen Details verdeutlichen, während Diagramme Veränderungen über Zeiträume veranschaulichen. Statistische Methoden wie Mittelwertvergleiche oder Trendanalysen helfen, historische Daten zu vergleichen und Muster zu identifizieren. So können Einrichtungen gezielte Rückschlüsse ziehen und Bereiche mit Verbesserungspotenzial klar erkennen. Der Diagrammtyp ist wichtig für die Verständlichkeit. Für Daten mit vielen Kategorien eignet sich etwa ein Balken- oder Säulendiagramm besser als ein Kreisdiagramm. 3D-Diagramme sind optisch attraktiv, können jedoch zu einer verzerrten und irreführenden Darstellung führen.

- Die Achsenbeschriftungen: Die Achsen müssen eindeutig und verständlich beschriftet sein.
- Skalierung: Wenn die Achsen unterschiedlich oder unpassend skaliert sind, kann das die Darstellung der Daten verfälschen. Eine sehr kleine Skala kann zum Beispiel Unterschiede größer wirken lassen, als sie tatsächlich sind.
- Diagrammdarstellung: Jedes Diagramm sollte eine klare Aussage haben. Zu viele Daten oder Kategorien in einem Diagramm machen es unübersichtlich und erschweren die Interpretation.
- Ausreißer: Ausreißer können wichtige Informationen liefern. Ihre Ignorierung oder der Versuch, sie zu verbergen, kann zu einer falschen Interpretation der Daten führen.

Texte sollten ergänzend und erklärend eingesetzt werden und die wichtigsten Aussagen hervorheben. Zu viel Text kann die Darstellung unübersichtlich machen und die Interpretation erschweren. Visuelle Darstellungen sollten daher im Vordergrund stehen, da sie schneller erfassbar sind und Zusammenhänge anschaulicher darstellen.

Empfehlung: Für eine verständliche und differenzierte Darstellung sollte ein ausgewogenes Zusammenspiel verschiedener Formate genutzt werden, wie Tabellen, Diagramme und erläuternde Texte.

Hinweis:



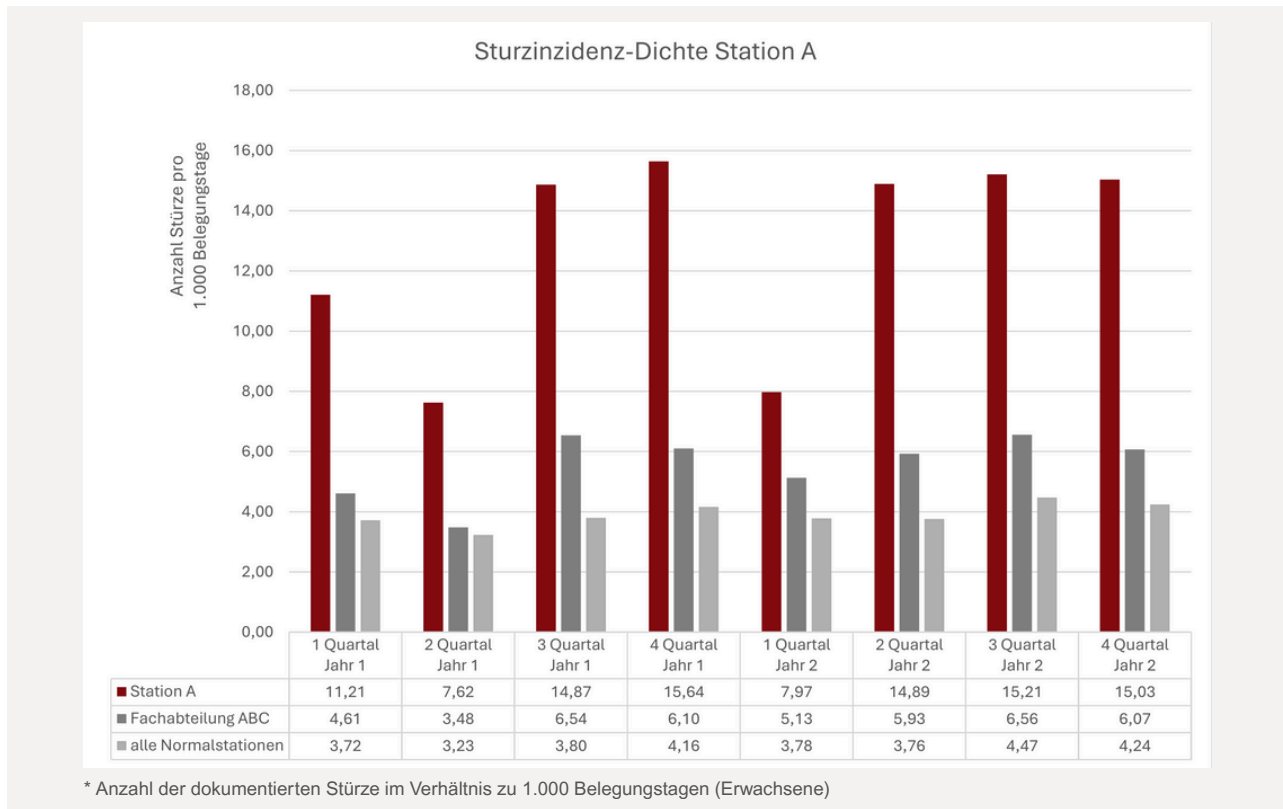
Zur Vertiefung dieses Kapitels wird auf folgende Literatur verwiesen (z.B.):

- Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A. & Patrician, P. A. (2020). *Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017)*. *Nursing Open*, 8(3), 1005–1022.
- Montalvo, I. (2007). *The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)*. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), Manuscript 2.
- IQTIG (2024). *Methodische Grundlagen: Eignung von Qualitätsindikatorensets*. <https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG-Methodische-Grundlagen-Version-2.1-2024-11-27.pdf>.

Beispiel: Tabelle

Sturzinzidenz-Dichte*	1 Quartal Jahr 1	2 Quartal Jahr 1	3 Quartal Jahr 1	4 Quartal Jahr 1	1 Quartal Jahr 2	2 Quartal Jahr 2	3 Quartal Jahr 2	4 Quartal Jahr 2
Station A	11,21	7,62	14,87	15,64	7,97	14,89	15,21	15,03
Fachabteilung ABC	4,61	3,48	6,54	6,10	5,13	5,93	6,56	6,07
alle Normalstationen	3,72	3,23	3,80	4,16	3,78	3,76	4,47	4,24
(*Anzahl Stürze pro 1.000 Belegungstage)								
Anzahl Stürze gesamt Station A	18	13	26	27	15	32	34	37
Anzahl Belegungstage Station A	1.606	1.705	1.749	1.726	1.881	2.149	2.235	2.461

Beispiel: Diagramm



Beispieltext

Station A hat in den dargestellten acht Quartalen eine Sturzinzidenz-Dichte zwischen 7,62 und 15,64. Im Vergleich zur Fachabteilung ABC sind die Durchschnittswerte von Station A deutlich höher. Die Durchschnittswerte der Fachabteilung ABC sind jeweils um ca. 50% höher als die Durchschnittswerte aller Normalstationen.

Dashboards

Dashboards sind digitale, visuelle Informationssysteme, die zentrale Kennzahlen zur Patient:innensicherheit und zum Klinikbetrieb in Echtzeit darstellen. Sie helfen, Risiken frühzeitig zu erkennen, Trends zu analysieren und fundierte Entscheidungen zu treffen. Dashboards können z.B. sicherheitsrelevante Indikatoren wie Infektionsraten, Medikationsfehler oder Stürze sowie betriebliche Kennzahlen wie Bettenbelegung, Patient:innendurchlauf oder Personalressourcen erfassen.

Die auf diese Weise dargestellten QI/K machen Besonderheiten direkt sichtbar (z.B. Ampelsystem). Während statische Berichte Daten meist zeitverzögert abbilden, liefern Dashboards kontinuierlich aktualisierte Informationen in Echtzeit, so dass sofort auf aktuelle Situationen reagiert werden kann. Anders als Data Warehouses, die große Mengen an Rohdaten speichern und meist nur mit spezialisierten Abfragen nutzbar sind, präsentieren Dashboards die Daten übersichtlich und auf die Bedürfnisse der jeweiligen Nutzergruppen zugeschnitten. Außerdem können Daten aus verschiedenen Bereichen wie Pflege, ärztlichem Dienst und Verwaltung in einer einzigen Ansicht integriert werden.

4) Interpretation von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Interpretation von QI/K im Krankenhaus ist entscheidend für das Verständnis und die Steuerung der Qualität pflegerischer Leistungen. Dabei sollte die Bedeutung der Kennzahlen hinsichtlich unterschiedlicher Rollen, Analyseebenen, Qualitätskriterien (Ergebnis, Prozess, Struktur) und Qualitätsdimensionen betrachtet werden. Die folgenden Ausführungen geben eine praxisorientierte Übersicht zu zentralen Aspekten der Interpretation von QI/K. Direkte Quellenangaben werden nicht aufgeführt; stattdessen wird am Ende des Kapitels auf weiterführende Literatur verwiesen.

Daten zu QI/K sollten stets mit Bedacht interpretiert werden: Vorschnelle Schlüsse greifen meist zu kurz, da zahlreiche Einflussfaktoren berücksichtigt werden müssen. Ergebnisindikatoren können sowohl positive Werte (z.B. Überlebensraten) als auch negative Werte (z.B. Sterblichkeitsraten) zeigen. Insbesondere bei „Negativwerten“ wie unerwünschten Ereignissen gilt: Ein hoher Wert bedeutet nicht automatisch eine schlechte Qualität. Entscheidend ist, inwieweit solche Ereignisse vermeidbar gewesen wären. Auffällig hohe oder ungewöhnlich niedrige Werte sollten daher immer zu einer genauen Analyse der zugrundeliegenden Prozesse und Strukturen führen.

Indikator definieren

Bei der Bewertung von Qualitätsindikatoren sollte zunächst klar definiert werden, was genau gemessen wird: ein Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikator? Ist der betrachtete Indikator ein unerwünschtes Ereignis, sollte das Maß der Vermeidbarkeit berücksichtigt werden. Eine differenzierte Analyse muss auch die Beteiligung verschiedener Berufsgruppen am Ergebnis einbeziehen: In welchem Umfang ist die Pflege beteiligt und wurden bei interprofessionellen Leistungen auch ärztliches und therapeutisches Personal oder andere relevante Akteur:innen berücksichtigt?

Fallzahlen und Verhältniszahlen beachten

Für die Bewertung von QI/K ist es wichtig, wie viele Fälle der jeweiligen Kennzahl zugrunde liegen, wie viele Fälle tatsächlich betroffen sind und wie viele Fälle es insgesamt gibt. Nur so lässt sich einschätzen, ob das Verhältnis angemessen ist und ob die Kennzahl im Kontext korrekt interpretiert wird. Dabei sollte auch geprüft werden, ob nationale oder internationale Standards berücksichtigt wurden.

Absolute Werte zeigen die reine Anzahl oder Häufigkeit eines bestimmten Ereignisses, z.B. wie viele Patient:innen in einem bestimmten Zeitraum in dem Krankenhaus einen oder mehrere Dekubitus entwickelt haben. Ohne weitere Bezugsgrößen, wie die Anzahl betreuter Patient:innen, der Gesamtzahl an Belegungstagen oder der Stationsgröße lassen sich diese Werte jedoch nur eingeschränkt interpretieren. In manchen Fällen sind absolute Werte dennoch sinnvoll, etwa bei „never events“ oder „sentinel events“, bei denen jeder einzelne Fall von Bedeutung ist.

Relative Werte oder **Verhältniszahlen** sind deutlich aussagekräftiger, da sie eine Bezugsgröße haben, etwa die Gesamtzahl der Patient:innen oder die Zahl der Behandlungstage. Verhältniszahlen, wie Prävalenz (Anteil Betroffener zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum) oder Inzidenz (Anzahl neuer Fälle), ermöglichen Vergleiche zwischen Abteilungen, Einrichtungen oder Zeiträumen. Sie liefern ein differenzierteres Bild und helfen, Entwicklungen und Auffälligkeiten gezielter zu analysieren.

Trends analysieren

Die Entwicklung von Kennzahlen im Zeitverlauf zeigt, ob Maßnahmen wirken, sich Abläufe verändern oder Probleme entstehen. Bei auffälligen Werten muss geklärt werden, ob es sich um einmalige Ausreißer handelt oder ob ein stabiler Trend vorliegt. Trendanalysen ermöglichen es, Entwicklungen frühzeitig zu erkennen, Ursachen zu identifizieren und gezielt gegenzusteuern. Sie sind besonders aussagekräftig, wenn sie für klar definierte Zeiträume erstellt werden, zum Beispiel im Monats-, Quartals- oder Jahresvergleich. Nach Einführung eines neuen Schulungsprogramms oder einer Screening-Maßnahme können auch kurzfristige (z.B. wöchentliche) Auswertungen wertvolle Hinweise liefern.

Ein **Vergleich in regelmäßigen Zeitintervallen** (z.B. quartalsweise) innerhalb der Organisation oder Abteilung zeigt die Entwicklung und ob eingeführte qualitätssichernde Maßnahmen greifen oder ob weitere Anpassungen notwendig sind. Ein gut strukturierter Vergleich schafft Transparenz und fördert eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung.

Die **Identifikation von Mustern** ist ein wichtiges Analyseinstrument. Muster zeigen sich z.B. in saisonalen Schwankungen, strukturellen Veränderungen oder Rahmenbedingungen. Die Veränderung einer Kennzahl im Winter kann z.B. mit einem saisonalen Anstieg bestimmter Krankheitsbilder zusammenhängen. Unterschiede zwischen Tag- und Nachtschichten können auf organisatorische oder personelle Faktoren hindeuten. Der Vergleich von Wochen- und Wochenendtagen kann aufschlussreiche Erkenntnisse über mögliche Belastungsspitzen oder Versorgungsengpässe liefern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Bewertung von Qualitätsindikatoren ist die Einordnung in **Zielwerte und Referenzbereiche**. Zielwerte geben eine klare Orientierung, an der sich messen lässt, ob die angestrebte Versorgungsqualität erreicht wurde. Referenzbereiche helfen dabei, die eigenen Ergebnisse mit denen anderer Einrichtungen oder mit übergeordneten Standards zu vergleichen.

Schließlich ist bei der Interpretation von QI/K die Angemessenheit der Versorgung von großer Bedeutung. Dabei gilt es, **Unter-, Über- und Fehlversorgung** zu unterscheiden. Unterversorgung kann auf fehlende Ressourcen oder ineffektive Prozesse hinweisen, Überversorgung auf unnötige oder doppelte Maßnahmen. Fehlversorgung weist auf Fehler oder Missstände hin, die dringenden Handlungsbedarf erfordern.

Sinnvoll vergleichen

Bei der Bewertung von QI/K sollten die jeweilige Fachrichtung und das Versorgungsumfeld (ambulant, stationär oder tagesstationär) berücksichtigt werden. Unterschiede zwischen Fachrichtungen und der Stationsart (Intensiv-, Normal- oder Intermediate Care Station) beeinflussen die Ergebnisse.

Stratifizierung bedeutet, Patient:innen anhand relevanter Merkmale wie Alter, Krankheitsschwere oder Risikoprofil in Gruppen einzuteilen. So lassen sich ähnliche Fälle miteinander vergleichen und die Ergebnisse fairer und differenzierter bewerten.

Risikoadjustierung geht einen Schritt weiter: Sie gleicht statistisch Unterschiede in der Ausgangslage aus, z.B. bei besonders schweren Erkrankungen. Dadurch werden Verzerrungen vermieden und die Resultate objektiver. Sie kann auf Krankenhausebene eingesetzt werden, ist aber aufwendig und erfordert den korrekten Einsatz geeigneter statistischer Verfahren.

Ein **interner Vergleich** ermöglicht die systematische Gegenüberstellung von QI/K verschiedener Abteilungen oder Stationen innerhalb eines Krankenhauses. Solche Vergleiche machen Unterschiede zwischen den Stationen sichtbar und können nach Analyse von Strukturen und Prozessen Ansatzpunkte für Verbesserungen, im Sinne von Best Practices, im organisatorischen Umfeld liefern. Beispiele für Unterschiede können die Patient:innenstruktur, Personalausstattung, Skill- und Grademix, Prozessorganisation, Wechsel zwischen mono- und interdisziplinärer Belegung der Station, Hilfsmittel oder Pflegedokumentation sein.

Beim **externen Vergleich**, auch **Fremdvergleich** genannt, werden die eigenen QI/K mit denen anderer nationaler oder internationaler Einrichtungen verglichen, z.B. innerhalb eines Krankenhausverbundes oder bei Kooperationen. Sinnvolle Rückschlüsse lassen sich jedoch nur ziehen, wenn Unterschiede in den Strukturen und Prozessen, wie unter „interner Vergleich“ beschrieben, berücksichtigt werden.



© Canva.com

Krankenhausebene

Auf **Krankenhausebene** richtet sich die Analyse und Nutzung von Kennzahlen primär an die Pflegedirektion und Klinikleitung. Hier steht die strategische Steuerung im Vordergrund. Durch die Auswertung übergeordneter Daten lassen sich bereichsübergreifende Entwicklungen erkennen und gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung für die gesamte Klinik ableiten. QI/K dienen als Grundlage für langfristige Entscheidungen, etwa in der Ressourcenplanung, Personalentwicklung oder bei der Einführung neuer Versorgungskonzepte.

Fachabteilungsebene

Auf der **Fachabteilungsebene** sind vor allem Abteilungs- und Bereichsleitungen angesprochen. Sie nutzen QI/K zur Qualitätssteuerung innerhalb ihres jeweiligen Fachkontextes. Dabei stehen die Analyse von Trends, der Vergleich mit anderen Fachabteilung oder die Identifikation von fachspezifischen Stärken und Schwächen im Fokus. Diese Ebene kann eine gute Balance zwischen strategischer Ausrichtung und konkretem Handlungsbezug herstellen, da hier sowohl strukturelle Anpassungen als auch fachliche Optimierungen initiiert werden können.

Stationsebene

Die **Stationsebene** ist der Ort der direkten Umsetzung. Stations- und Teamleitungen profitieren von QI/K, da sie unmittelbar zur Prozessverbesserung im Arbeitsalltag beitragen können. Aus Ergebnisindikatoren allein lassen sich noch keine konkreten Maßnahmen ableiten, hierfür müssen Struktur- und Prozessdaten einbezogen werden, damit die Maßnahmen auf die tägliche Versorgungspraxis und das jeweilige Team zugeschnitten werden können. Diese Ebene ermöglicht eine schnelle, gezielte Reaktion auf erkannte Herausforderungen und stärkt die operative Qualität vor Ort.

Qualifizierung als Grundlage für kompetente Arbeit mit QI/K

Personen, die QI/K interpretieren, sollten über eine fundierte Datenkompetenz verfügen und sowohl technisches Verständnis für die Erhebung von QI/K mitbringen. Vor allem Kenntnisse in Stratifizierung und Risiko-adjustierung sowie der Vermeidbarkeit von unerwünschten Ereignissen sind hierfür notwendig. Nur mit diesem Wissen lassen sich fundierte Analysen durchführen, QI/K sicher interpretieren und daraus qualitätsverbessernde Maßnahmen ableiten.

Hinweis:



Zur Vertiefung dieses Kapitels wird auf folgende Literatur verwiesen (z.B.):

- Vincent, C. & Amalberti, R., 2016. *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Cham: Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-25559-0

Spezifisch für Qualitätsstufen:

- *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Abschlussberichtes des IQTIG: Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung* https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4106/2019-12-19_PlanQI-RL_Veroeffentlichung-Bericht-Konzept-Entwicklung.pdf, S. 102

5) Kommunikation der Ergebnisse

Die Ergebnisse sollten transparent, verständlich, wertschätzend und lösungsorientiert kommuniziert werden, damit alle Beteiligten die Bedeutung der QI/K verstehen und entsprechend handeln können. Dazu gehören regelmäßige Berichte und Besprechungen, in denen die Ergebnisse anschaulich erläutert werden. Eine offene Kommunikation hilft, alle Mitarbeitenden auf das gemeinsame Ziel einer hohen Versorgungsqualität auszurichten. Die Person, die die Informationen übermittelt, sollte mit dem Team vertraut sein und auf Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen und den Erwartungen des Teams hinweisen. So werden mögliche Probleme sichtbar und erhalten die nötige Aufmerksamkeit.

Die QI/K sollten regelmäßig (z.B. monatlich oder quartalsweise) auf allen Ebenen (Krankenhaus, Fachabteilung, Station/Bereich) besprochen werden. Alle Gruppen benötigen einen transparenten Zugang zu den Daten.

Je nach QI/K sind die Ergebnisse nicht nur für das Pflgeteam, sondern auch für das gesamte interprofessionelle Team relevant. Werden die Teammitglieder in die Auswahl geeigneter QI/K und Ziele einbezogen, stärkt dies ihr Engagement in Rückmeldeprozessen. Im Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Pflege, Ärzt:innen, Qualitätsmanagement) können unterschiedliche Perspektiven, Werte und Prioritäten eingebracht werden, so dass eine ganzheitliche Sicht auf die Ergebnisse möglich wird. Dies fördert ein gemeinsames Verständnis und erleichtert die Zusammenarbeit bei der Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen. Zusätzlich können vertiefende Gespräche die Möglichkeit zur kritischen Reflexion Raum schaffen, um Ergebnisse gemeinsam einzuordnen und sich auf notwendige Maßnahmen zu einigen. Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die gelebte Fehler- und Sicherheitskultur, insbesondere die Frage, ob bereits ein strukturierter Rückmeldeprozess zur Versorgungsqualität etabliert ist.

Schulduzuweisungen sollten dabei konsequent vermieden werden. Stattdessen gilt es, Auffälligkeiten offen und konstruktiv anzusprechen, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, gegenseitige Unterstützung zu fördern und eine Kultur des Vertrauens und kontinuierlichen Lernens zu etablieren.

(Rapin et al., 2022; Ivers N, Brown B und Grimshaw J, 2020)

6) Ableitung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen

Auf dieses Kapitel wird in dieser Handreichung nur kurz eingegangen.

Auffällig hohe oder niedrige Werte bei Ergebnisindikatoren sollten immer zu einer vertieften Analyse der zugrunde liegenden Prozesse und Strukturen führen, insbesondere im Zusammenhang mit unerwünschten Ereignissen. Dies kann beispielsweise im Rahmen von spezifischen Audits, Fallbesprechungen oder anderen geeigneten Formaten erfolgen.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen muss regelmäßig überprüft werden, um sicherzustellen, dass die angestrebten Ziele erreicht werden. Eine kontinuierliche Überwachung und Anpassung bildet die Grundlage für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung im Krankenhaus.



Hinweis:

Für eine vertiefende Auseinandersetzung wird folgende Literatur empfohlen (z.B.):

- Wensing, M., Grol, R. & Grimshaw, J.M. (eds) (2020) *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, 3rd edn. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Schiemann, D., Moers, M. & Büscher, A. (eds) (2017) *Qualitätsentwicklung in der Pflege: Konzepte, Methoden und Instrumente*, 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. Available at: <https://shop.kohlhammer.de/qualitatsentwicklung-in-der-pflege-32637.html>

Beispiele qualitätsverbessernder Maßnahmen

Wirkungsfeld	Maßnahme	Ziel
Pflege	Einführung bzw. Anpassung von DNQP-Expertenstandards und Leitlinien	Förderung der Pflegequalität
Pflege	Schulungen und Fortbildungen	Wissenserhalt und -ausbau
Pflege	Pflegevisiten und individuelle Pflegeplanung	patient:innenzentrierte Pflege
Pflege	Assessmentinstrumente einsetzen (z.B. Sturzrisiko, Dekubitusrisiko)	Früherkennung von Risiken, frühzeitig Präventionsmaßnahmen implementieren
Pflege	Patient:innenedukation	Gesundheitskompetenz (Health Literacy), Selbstmanagement der Patient:innen
Interprofessionell	standardisierte Übergaben (z.B. SBAR-Modell*)	strukturierte und fokussierte Informationsvermittlung
Interprofessionell	Fallbesprechungen	gemeinsame Therapieoptimierung; Identifikation von Verbesserungspotential
Interprofessionell	gemeinsame Behandlungspläne (Pflege, Ärzte, Therapie, Sozialdienst)	Kontinuität der Versorgung
Interprofessionell	Team- und Simulationstrainings (z. B. Notfallsimulationen)	Handlungssicherheit erhöhen
Interprofessionell	Kommunikationsschulungen und Feedbackkultur	Zusammenarbeit stärken
Interprofessionell	Einbeziehung von Patient:innen und Angehörigen (Shared Decision Making)	Patient:innenzufriedenheit fördern
Krankenhaus	Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (z. B. DIN ISO)	kontinuierliche Qualitätsverbesserung
Krankenhaus	Benchmark mit anderen Einrichtungen	Qualitätsvergleich und -verbesserung
Krankenhaus	Etablierung von Patient:innensicherheitsbeauftragten bzw. eines -beirats	Förderung der Patient:innenperspektive zu Sicherheit und Qualität
Krankenhaus	Einsatz digitaler Systeme (z.B. elektronische Dokumentation, Medikationssysteme)	Prozessoptimierung und Sicherheit

*Situation, Background (Hintergrund), Assessment (Einschätzung) und Recommendation (Empfehlung)

Glossar

PREM

Patient-Reported Experience Measure: PREMs sind standardisierte Instrumente (z. B. Fragebögen), mit denen Patient:innen ihre Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung erfassen, z.B. zur Kommunikation mit dem Personal, Einbindung in Entscheidungen, Wartezeiten oder organisatorische Abläufe. PREMs geben somit Auskunft über die Wahrnehmung des Versorgungsprozesses aus Sicht der Patient:innen, ohne dabei direkt den Behandlungserfolg zu bewerten.

Ziel: Verbesserung der Patient:innenzentrierung und der Versorgungsqualität im Prozessverlauf
Beispiel: „Wurden Sie in Entscheidungen zu Ihrer Behandlung einbezogen?“

PROM

Patient-Reported Outcome Measure: PROMs erfassen den gesundheitsbezogenen Zustand von Patient:innen aus deren eigener Sicht, z.B. in Bezug auf Symptome, Lebensqualität, Schmerz oder Funktionsfähigkeit – nach oder unabhängig von einer Behandlung. PROMs messen somit den Outcome, also das Ergebnis einer Versorgung, basierend auf der Selbsteinschätzung der Patient:innen.

Ziel: Bewertung der Wirksamkeit und Ergebnisqualität von Behandlungen aus Patient:innensicht.
Beispiel: „Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen?“ oder „Wie stark hat sich Ihre Beweglichkeit verbessert?“

Reliabilität

Zuverlässigkeit und Genauigkeit der Messung eines Qualitätsindikators. Ein Indikator gilt als reliabel, wenn bei wiederholter Anwendung unter gleichen Bedingungen konsistente und reproduzierbare Ergebnisse erzielt werden, was für die Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Qualitätsdaten entscheidend ist.



Risikoadjustierung

Risikoadjustierung bezeichnet statistische Verfahren, die bei der Analyse von Qualitätsindikatoren Unterschiede in den Patient:innengruppen zwischen verschiedenen Leistungserbringern berücksichtigen. Diese Unterschiede, etwa der Schweregrad der Erkrankung, Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) oder das Alter, beeinflussen das Behandlungsergebnis direkt oder indirekt, können aber nicht vom Leistungserbringer selbst im Rahmen der jeweiligen Leistung beeinflusst werden.

Deshalb spiegeln sie keine Qualität der Behandlung wider. Da Patient:innengruppen nicht zufällig verteilt sind, sondern bestimmte Patient:innen eher bestimmte Leistungserbringer aufsuchen, sorgt die Risikoadjustierung dafür, dass Qualitätsvergleiche zwischen Anbietern fair bleiben und nicht durch unterschiedliche Patient:innenvoraussetzungen verzerrt werden.

Screening

Screening bezeichnet den systematischen Einsatz geeigneter Untersuchungsverfahren bei Patient:innen, um (bisher unerkannte) Erkrankungen oder Risiken frühzeitig zu identifizieren. Ziel ist es, durch eine frühe Diagnose und rechtzeitige Intervention den Verlauf einer Krankheit günstig zu beeinflussen oder Komplikationen zu verhindern.

Sensitivität

Anteil der korrekt als krank identifizierten Personen unter allen tatsächlich Erkrankten einer Stichprobe. Sie gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein diagnostischer Test Erkrankte zuverlässig erkennt. Eine hohe Sensitivität ist besonders wichtig, wenn es darum geht, eine Erkrankung sicher auszuschließen.

Spezifität

Anteil der korrekt als gesund erkannten Personen unter allen tatsächlich Nicht-Erkrankten einer Stichprobe. Sie misst die Wahrscheinlichkeit, ob ein diagnostischer Test Gesunde richtig identifiziert. Eine hohe Spezifität ist entscheidend, wenn eine Erkrankung mit hoher Sicherheit bestätigt werden soll.

Statistische Unterscheidungsfähigkeit

Fähigkeit eines Qualitätsindikators, qualitativ bedingte Unterschiede zwischen Einrichtungen (Diskriminationsfähigkeit) oder Veränderungen im Zeitverlauf (Änderungssensitivität) statistisch nachzuweisen. Der Indikator benötigt eine ausreichend große Fallzahl, um Abweichungen signifikant erkennen zu können.

Validität

Validität oder Gültigkeit beschreibt, ob ein Instrument tatsächlich das misst, was es zu messen vorgibt, z.B., ob eine Schmerzskala wirklich Schmerzen erfasst. Die Überprüfung der Validität ist komplexer als die der Reliabilität. Ohne ausreichende Reliabilität ist jedoch auch keine valide Messung möglich. Bewertung der Relevanz und Glaubwürdigkeit von Qualitätsindikatoren durch die Kombination wissenschaftlicher Evidenz und Expertise, besonders bei fehlenden hochwertigen Studien. Sie spiegelt evidenzbasierte Methoden wider. Zudem gibt es an, ob ein Instrument alle relevanten Inhalte eines bestimmten Themenbereichs abdeckt. Fachleute beurteilen dabei, ob die Fragen sinnvoll, vollständig und angemessen sind. Die Prüfung ist vergleichsweise einfach, aber stark subjektiv geprägt.

Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), 2023. Die APS-Never-Event-Liste. 2. Auflage. [Online] Verfügbar unter: <<https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/APS-Never-Event-Liste.pdf>> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), 2025. Glossar. [Online] Verfügbar unter: <<https://www.aps-ev.de/glossary/>> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Benítez, A.C. & Brook, K., 2024. Use of a safety dashboard to share adverse events and systems changes. *British Journal of Anaesthesia*, 133(4), pp.893–895. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.06.034>.
- Büscher, A. & Krebs, M., 2022. Qualität in der Pflege. Stuttgart: UTB GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), o.J. Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV). [Online] Verfügbar unter: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegepersonalbemessungsverordnung-ppbv.html>> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), o.J. Qualität in der Krankenhausversorgung, §135 SGB V. [Online] Verfügbar unter: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung.html>> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Carini, E., Gabutti, I., Frisicale, E.M., Di Pilla, A., Pezzullo, A.M., de Waure, C., Cicchetti, A., Boccia, S. & Specchia, M.L., 2020. Assessing hospital performance indicators: What dimensions? Evidence from an umbrella review. *BMC Health Services Research*, 20(1038). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05879-y>.
- Deckert, S. et al., 2021. Methodischer Standard für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen von S3-Leitlinien – Ergebnisse einer strukturierten Konsensfindung. [Online] Verfügbar unter: <<https://www.zefq-journal.com/action/showPdf?pii=S1865-9217%2820%2930196-3>> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) (2020): S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie). AWMF-Registernummer 001-012. Verfügbar unter: <<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-012.html>> [Zugriff am 27.10.2025].
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), 2022. Peer Review – Qualitätsindikatoren Intensivmedizin. 2. Auflage. [Online] Verfügbar unter: <<https://www.divi.de/pressemitteilungen/pm-qualitaetssicherung-in-der-intensivmedizin-update-der-divi-qualitaetsindikatoren-veroeffentlicht>> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2019. Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität. [Online] Verfügbar unter: <<https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf>> [Zugriff am: 1. Juli 2025].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2022. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2024. Praxisprojekt zum Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – 2. Aktualisierung 2022. Osnabrück: DNQP.
- Donabedian, A., 1980. The definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Vol. 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Dubois, C.A. et al., 2013. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing*, 12(7). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-7>.
- Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG), 2014. Anwendung von Qualitätsindikatoren in der medizinischen Versorgung. [Online] Verfügbar unter: <https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Positionspapiere/GQMG_PP_Anwendung_von_Qualitaetsindikatoren_in_der_medizinischen_Versorgung_05.06.15.pdf> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), 2020. Qualitätsreport 2020. [Online] Verfügbar unter: <https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2021-02-11.pdf> [Zugriff am: 23. Juni 2025].

Literatur

- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), 2024. Methodische Grundlagen. [Online] Verfügbar unter: <https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.1_2024-11-27.pdf> [Zugriff am: 29. Mai 2025].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), 2025a. Glossar. [Online] Verfügbar unter: <<https://iqtig.org/footer/navigation/glossar-1/>> [Zugriff am: 29. Mai 2025].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), 2025b. Dekubitusprophylaxe (QS DEK). [Online] Verfügbar unter: <<https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-dek/>> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), 2025c. Was verstehen wir unter guter Versorgungsqualität? [Online] Verfügbar unter: <<https://iqtig.org/das-iqtig/rahmenbedingungen/wie-definieren-wir-gute-qualitaet/>> [Zugriff am: 1. Juli 2025].
- Ivers, N., Brown, B. & Grimshaw, J., 2020. Clinical performance feedback and decision support. In: M. Wensing, R. Grol & J. Grimshaw, Hrsg. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care. 3. Auflage. Hoboken: Wiley, pp.235–251.
- Köberich, S., Suhonen, R., Feuchtinger, J. & Farin, E., 2015. The German version of the Individualized Care Scale – assessing validity and reliability. Patient Preference and Adherence, 9, pp.483–494.
- Latimer, S., Walker, R.M., Ray-Barruel, G., Shaw, J., Mackrell, K., Hunt, T. & Gillespie, B.M., 2022. Defining and describing terminal ulcers in adults at end of life: An integrative review. Advances in Skin & Wound Care, 35(4), pp.225–233. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000798032.98853.95>.
- Leuenberger, L. (2023). Was ist ein Delir? In: C. Hermes (Hrsg.), Delir. Prävention, Therapie und Pflege im interprofessionellen Team (S. 1-12). München, Elsevier.
- Oner, B., Zengul, F.D., Oner, N., Ivankova, N.V., Karadag, A. & Patrician, P.A., 2020. Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). Nursing Open, 8(3), pp.1005–1022. <https://doi.org/10.1002/nop2.654>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2024. Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.
- Rapin, J., Pellet, J., Mabire, C., Gendron, S. & Dubois, C.A., 2022. How does nursing-sensitive indicator feedback with nursing or interprofessional teams work and shape nursing performance improvement systems? A rapid realist review. Systematic Reviews, 11(177). <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02026-y>.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2017. Preventing Falls and Reducing Injury from Falls. Fourth Edition. [Online] Verfügbar unter: <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- Reiter, A., Fischer, B., Kötting, J., Geraedts, M., Jäckel, W.H. & Döbler, K., 2007. QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 101(10), pp.683–688.
- Simon, M., Musy, S.N., Eggenschwiler, L., Gehri, B., Martins, T., Osinska, M. & Zuniga, F., 2020. Wie kann die Qualität in der Pflege sichergestellt werden? Bericht im Auftrag der Abteilung Gesundheitsberufe des BAG. Basel: Abteilung Gesundheitsberufe BAG, 25. November 2020.
- Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2021. Never Events – Grafik Kategorien DE. [Online] Verfügbar unter: <<https://patientensicherheit.ch/forschung-entwicklung/never-events/>> [Zugriff am: 22. August 2025].
- Weißenhofer, S., Sackl, A., Rappold, E., Stulik, B. & Domittner, B., 2023. Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege. Wien: Gesundheit Österreich. [Online] Verfügbar unter: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2817/1/Bericht%20Arbeitsdefinition%20Pflege_und%20Betreuungsqualit%C3%A4t_bf.pdf> [Zugriff am: 23. Juni 2025].
- World Health Organization (WHO), 2025. Patient Safety: Key Facts. [Online] Verfügbar unter: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>> [Zugriff am: 29. Mai 2025].
- Zajac, K.K., Schubauer, K. & Simman, R., 2024. The unavoidable pressure injury/ulcer: a review of skin failure in critically ill patients. Journal of Wound Care, 33(Sup9), pp.S18–S22. <https://doi.org/10.12968/jowc.2024.0079>.

Impressum

Herausgeber

Verband der Pflegedirektor:innen der Universitätskliniken Deutschlands e.V. (VPU)

Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU e.V.

www.vpuonline.de

E-Mail: info@vpuonline.de

Redaktion und Koordination

- Dr. Armin Hauss (Charité - Universitätsmedizin Berlin)
- Bernadette Hosters (Universitätsklinikum Essen)
- Jennifer Luboeinski (Kordinatorin im VPU)
- in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe "Pflegesensitive Indikatoren" im Netzwerk Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU e.V.

Autor:innen

Mitglieder der Arbeitsgruppe "Pflegesensitive Indikatoren" Netzwerks Pflegewissenschaft und Praxisentwicklung im VPU e.V.:

- Dr. Helga Breimaier (RKU - Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm)
- Christine Drauschke (Universitätsmedizin Mainz)
- Dr. Armin Hauss (Charité - Universitätsmedizin Berlin)
- Jenny Heymann & Julia Langguth (Universitätsklinikum Leipzig)
- Bernadette Hosters (Universitätsklinikum Essen)
- Dr. Stefan Köberich (Universitätsklinikum Freiburg)
- Dr. Lars Krüger (Herz- und Diabeteszentrum NRW - Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum)
- Dr. Tobias Mai (Universitätsmedizin Frankfurt)
- Jan Mikulasch (Universitätsklinikum Würzburg)
- Dr. Peter Nydahl & Susanne Krotsetis (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein)
- Roman Schmädig (Universitätsklinikum Dresden)
- Dr. Regina Schmeer-Oetjen (Medizinische Hochschule Hannover)
- Lisette Stockhaus (Universitätsklinikum Regensburg)
- Dr. Birgit Vogt (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Gestaltung und Layout

nach einem Konzept von Jennifer Luboeinski, VPU

Grafiken und Icons

Fotos & Icons: © Canva.com

Erscheinungsdatum

Oktober 2025

Copyright

© 2025 VPU, Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken Deutschlands e.V.

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Herausgebers.

HANDREICHUNG

Copyright (C) 2025
VPU , Verband der Pflegedirektorinnen
und Pflegedirektoren der
Universitätskliniken Deutschlands e.V.
Alle Rechte vorbehalten.

Kontakt

info@vpu-online.de
www.vpuonline.de

OKTOBER 2025