

# epaIMPULSE

05/2017



Querdenker



Weitblicker



Lösungsfinder



# Editorial

Dr. Dirk Hunstein

Geschäftsführender Gesellschafter, ePA-CC GmbH

Querdenker, Weitblicker & Lösungsfinder – ohne sie säßen wir heute wahrscheinlich noch in Höhlen. Mit **epaIMPULSE** wollen wir jenen eine Plattform bieten, die mit ihren Ideen und Visionen ausgetretene Pfade verlassen.

Als die Methode epa vor 15 Jahren das Licht der Welt erblickte – als Lösung für die Herausforderung, pflegesensitive Outcomes im klinischen Alltag schnell, einfach und sicher nachweisen zu können – waren wir selbst die Querdenker, deren Ideen nicht immer verstanden wurden. Heute wissen wir, dass wir und jene Menschen, die uns in der Entwicklung unterstützt haben, den nötigen Weitblick hatten, um mit dem Basis-Assessment epaAC schon 2002 eine Lösung zu entwickeln, die geeignet ist, den Anforderungen an das Pflegemanagement von heute zu begegnen.

Heute, 15 Jahre später und drei Instrumente (epaKIDS2, epaLTC und epaPSYC) weiter, möchten wir anderen die Möglichkeit geben, ihre Ideen und Visionen zu präsentieren. In dieser ersten Ausgaben der **epaIMPULSE** geben wir innovativen Kundenprojekten, interessanten Studien und aktuellen Entwicklungen, die sich direkt oder indirekt aus dem Einsatz der Methode epa und ihren Basis-Assessments ergeben, Raum.

Für die kommenden Ausgaben wünschen wir uns weitere Querdenker, Weitblicker und Lösungsfinder, die unseren Leserinnen und Lesern Impulse geben, sich das tägliche (Berufs-) Leben ein bisschen einfacher zu machen.

Interesse geweckt? *Impulsive* Beiträge sind willkommen!

Schreiben Sie uns unter [epaIMPULSE@epa-cc.de](mailto:epaIMPULSE@epa-cc.de)



# Digitale Kompetenz

Joachim Pröls<sup>1</sup>, Dr. Tanja Fandel-Meyer<sup>2</sup>, Prof. Dr. Walter Teichmann<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direktor Patienten- & Pflegemanagement, Vorstandsmitglied Univ.klinikum HH-Eppendorf (UKE);

<sup>2</sup> Abteilungsleiterin „Führung & Karriere“; <sup>3</sup> Geschäftsführer UKE-Akademie für Bildung & Karriere

Der Begriff der „digitalen Transformation“ ist in aller Munde. Es gibt viele interessante Diskussionen, wissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsrichtungen im Thema (z. B. Künstliche Intelligenz). Das, was man bisher oft noch unter „Science Fiction“ verbucht hat, ist längst Realität geworden. An vielen Kongressen und Workshops werden immer mehr Beispiele vorgestellt, wie sich die Praxis schon vielerorts verändert (z. B. Einsatz von Hologrammen im Recruiting, Zusammenspiel von Robotern und Fachpersonal). Unklar ist, wie sich die Arbeit im klinischen (Pflege-)Alltag tatsächlich verändern wird – aber eines ist klar: ignorieren, oder als etwas nicht ernst zu nehmendes abtun, sollte man diese Entwicklungen nicht.

In dem folgenden Beitrag möchten wir mit Ihnen **ausgewählte Gedanken teilen**. Mit Blick auf unser Universitätsklinikum sehen wir die Frage nach digitalen Kompetenzen und Kompetenzentwicklung mit Blick auf vier Handlungsfelder als bedeutsam an.



Handlungsfelder für das UKE im Bereich der Digitalen Kompetenzentwicklung  
(Fandel-Meyer, Pröls & Teichmann, 2017)

**1. Social Media im täglichen Arbeitsleben:** Welche Medien nutzt die junge (und kommende) Generation? WhatsApp, Snapchat, Instagram stehen hoch im Kurs. Was bedeutet dies für die Ansprache der Mitarbeitenden (z. B. Vermittlung fachlich relevanter Informationen oder im Kontext des Recruitings)? Kennen Führungskräfte diese Anwendungen überhaupt? Was fasziniert Mitarbeitende an der intensiven Nutzung von Social Media? Wie kann man diese Faszination im Arbeitsalltag positiv nutzen?

**2. Normen, Haltung & Spielregeln:** Wie wollen wir als Organisation mit der Nutzung von privaten Smartphones am Arbeitsplatz umgehen? Inwiefern kann sich das im Stationsalltag negativ auf Patienten auswirken? Welcher Eindruck wird möglicherweise ungewollt vermittelt? Ist es hinnehmbar, wenn in sozialen Netzwerken private Kontakte mit Patientenkontakten verschmelzen? An der UKE-Akademie für Bildung & Karriere bieten wir im Mai 2017 erstmals einen Workshop für erfahrene Stationsleitungen zu genau diesen Fragestellungen an. Zunächst wird es um ein spielerisches Kennenlernen verschiedener digitaler Anwen-



dungen gehen, um eine gemeinsame Wissensbasis zu schaffen (siehe Punkt 1). Darauf aufbauend werden die Direktion für Patienten- und Pflegemanagement sowie die UKE-Akademie über Normen und Spielregeln im klinischen (Pflege-)Alltag diskutieren und entscheiden.

**3. Digitale Technologien/Entwicklungen in der Krankenversorgung:** Es ist eindrücklich zu beobachten, welche neuen Technologien in Entwicklung bzw. schon entwickelt sind, die die Art und Weise Krankenversorgung zu gestalten, verändern werden bzw. können (z. B. Cognitive Computing, Robotik). Im UKE werden wir beispielsweise im Mai 2017 mit einer Innovations- und Trendexpertin des IBM Research Centers (Zürich) die Frage: „Künstliche Intelligenz - Konsequenzen für das UKE?“ diskutieren und sind gespannt, welche Veränderungsimpulse für unsere Arbeit daraus entstehen werden.

**4. Digitale Anwendungen in Lernsettings & Zusammenarbeit:** Welche neuen Möglichkeiten ergeben sich aus digitalen Anwendungen für die Zusammenarbeit innerhalb einzelner Teams, für organisationsweite Arbeitsgruppen und auch für die Zusammenarbeit mit externen Partnern? Am UKE experimentieren wir z. B. im Rahmen eines ESF-Projekts (EFS = Europäischer Sozialfonds) aktuell mit einer digitalen Wissensplattform (kuratierte Webressourcen), um einen guten fachlichen Austausch mit internen und externen Projektpartnern zu gewährleisten. Insbesondere im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung bieten digitale Lerntechnologien viele neue Möglichkeiten, die ein Präsenzlernen wirkungsvoll anreichern können (z. B. videobasierte Lernformen, virtuelle Realitäten).

#### *Digitale Kompetenzen & Kompetenzentwicklung*

Im Rahmen der Veranstaltung „Pflege 4.0“ im März 2017 am UKE, zu der ausgewählte Experten geladen waren, wurde schnell deutlich, dass es neue digitale Kompetenzen für das Klinikpersonal braucht. Digitale Kompetenzen werden in der Literatur beispielsweise

wie folgt definiert: „Kompetenzen, über die man in einer digital geprägten Gesellschaft verfügen muss, um am Arbeitsmarkt erfolgreich teilnehmen und sich sowohl in der Gesellschaft als auch privat selbstbestimmt bewegen zu können“ (Hartmann & Hundertpfund, 2015). Digitale Kompetenz endet dabei nicht in der Fähigkeit, Technik bedienen zu können, sondern sich z. B. auch als Pflegekraft darüber im Klaren zu sein, was es bedeutet, mit dem privaten Smartphone Wunden zu fotografieren und diese dann über den eigenen Google-Mail-Account an den Stationsrechner zu senden. Vielerorts kommt die Sorge auf, dass die Digitalisierung uns Menschen ersetzen bzw. überflüssig machen wird. Hier finden wir die Denkweise von Prof. Sabine Seufert in Ihrem Blog (scil, Universität St. Gallen) hilfreich: „Richtet man den Blick auf 2030, so wird deutlich, dass sich neue Mensch-Maschine Interaktionen herauskristallieren werden. Damit rücken **Grundsatzfragen** in den Vordergrund: Was macht den Menschen eigentlich noch aus? Was haben wir für ein Menschenbild? Was sind unsere komplementären Kernkompetenzen, auf die wir uns künftig im Bildungssystem konzentrieren sollten?“

#### Literatur:

Hartmann, W., & Hundertpfund, A., (2015): Digitale Kompetenz: Was die Schule dazu beitragen kann. Hep Verlag.  
 Blogpost : [https://www.scil-blog.ch/blog/2017/03/05/arbeitenler-nen\\_2030-was-sind-komplementaere-kernkompetenzen-des-menschen/](https://www.scil-blog.ch/blog/2017/03/05/arbeitenler-nen_2030-was-sind-komplementaere-kernkompetenzen-des-menschen/)

Betrachten wir die zuvor vier skizzierten Handlungsfelder, dann ergeben sich für die Entwicklung digitaler Kompetenzen mit Blick auf den (Pflege-) Alltag für uns folgende Handlungspunkte und Fragestellungen:

- Es bedarf zunächst der Entwicklung einer Vorstellung über notwendige **Kompetenzanforderungen**. Hier gilt es weiterhin Diskussionen im Unternehmen anzustoßen und Konzepte zu entwickeln für die verschiedenen Ziel- und Berufsgruppen am UKE: Auszubildende, Mitarbeitende und Führungskräfte aus dem ärztlich-wissenschaftlichen Bereich, den Gesundheitsfachberufen und den kaufmännisch-technischen Bereichen.
- Konkret: Welches **Wissen** braucht es (z. B. Kenntnis über neue Technologien)? Welche neuen **Fähigkeiten** werden notwendig (z. B. Interaktion Mensch-Maschine)? Welche **Haltungen und Einstellungen** sollten reflektiert werden (z. B. Veränderungsoffenheit)?
- Wie können wir die jeweiligen Kompetenzen in den einzelnen Bildungskontexten methodisch-didaktisch entwickeln (z. B. im Rahmen der Pflegeausbildung oder in Leitungsqualifizierungen)?
- Welche zusätzlichen Kompetenzen braucht es auf Seiten der Lehrpersonen und Trainer/-innen, die im Klinikum (v. a. in der UKE-Akademie) tätig sind?

Sie möchten mit uns zu diesen Themen in einen Austausch gehen? Melden Sie sich gerne!

Kontakt: [t.fandel-meyer@uke.de](mailto:t.fandel-meyer@uke.de) oder [j.proelss@uke.de](mailto:j.proelss@uke.de)

# Magnetkrankenhäuser

## Eine Strategie kommt auch in Deutschland an

Birgit Sippel

Geschäftsführende Gesellschafterin, ePA-CC GmbH

In den USA hat der Fachkräftemangel in den 1980er Jahren die Pflege dazu inspiriert, nach Möglichkeiten zu suchen, auch unter erschwerten Bedingungen ideale Voraussetzungen zu schaffen, um eine der wichtigsten Ressourcen im Zuge der Ökonomisierung zu sichern – gutes Personal, welches möglichst lange im Unternehmen bleibt. Seinerzeit war es in den USA auffällig, dass manche Krankenhäuser keine Probleme hatten, Personal zu rekrutieren. Sie wirkten offensichtlich wie **Magnete** und zogen Pflegekräfte an. Die American Academy of Nursing finanzierte eine Studie zur Untersuchung der sogenannten „Magnet hospitals“. Die Eigenschaften dieser Krankenhäuser wurden fortan als „Magnetkräfte“ bezeichnet und von der American Nurse Credentialing in einen Kriterienkatalog überführt, nach dem sich Krankenhäuser zertifizieren lassen können. Heute gibt es ca. 400 anerkannte Magnetkrankenhäuser in USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Singapur, Libanon und Saudi-Arabien - aber noch keines in Europa (<http://www.nursecredentialing.org/Magnet/FindaMagnetFacility.aspx> 06.04.2017).

Seit der ersten Untersuchung sind die Kriterien bzw. „Magnetkräfte“ immer wieder getestet und modifiziert worden. Heute konzentriert man sich im Wesentlichen auf die nachfolgend ausgeführten Aspekte (American Nurses Credentialing Center (2014): Application Manual).



### *1. Transformationale Führung*

Pflegeführungskräfte verändern Strukturen mit dem Ziel der Weiterentwicklung auf ein höheres Niveau. Dazu benötigen sie eine Vision der zukünftigen Herausforderungen, unternehmensinternen Einfluss und eine klare Vorstellung der professionellen Rolle der Pflege. Die Führungskräfte in der Pflege werden als Vorbilder respektiert, leben Ziele und Werte vor und motivieren ihre Mitarbeiter dazu, hinzuzulernen, selbstständig zu werden und an den gemeinsamen Zielen mitzuarbeiten.

*2. Strukturelles Empowerment* bedeutet, dass die Pflege auf allen Ebenen der Organisation systematisch an Entscheidungen beteiligt ist, autonom über ihre Pflegepraxis entscheiden kann und eine wertschätzende Beziehung zu anderen Berufsgruppen besteht. Das Image der Pflege ist positiv, ihr Beitrag in der Patientenversorgung wird als unverzichtbar erkannt.

### *3. Exemplarische Professionelle Praxis*

Pflegende entwickeln und implementieren professionelle Pflege, haben ein klares Verständnis ihrer Rolle, Aufgaben und Standards und formulieren diese konsequent gegenüber Patienten, Angehörigen und dem interdisziplinärem Team. Die Ergebnisse der Pflege werden gemessen, kommuniziert und als Teil der interprofessionellen Patientenversorgung angesehen.

### *4. Neues Wissen, Innovationen und Verbesserungen*

Die Pflege orientiert sich an der aktuellen Evidenz, verfolgt die Entwicklungen in der Pflegeforschung und überarbeitet ihre Prozesse regelmäßig anhand neuer Erkenntnisse. Pflegequalität wird als organisatorische Priorität gesehen.

### *5. Empirische Outcomes*

Die Ergebnisse der Pflegepraxis werden kontinuierlich untersucht. Idealerweise dienen diese Messungen auch dazu, sich dem Vergleich mit anderen Einrichtungen zu stellen und Benchmarks aufzustellen.

Auch in Deutschland gibt es **zunehmendes Interesse** an der Thematik. Die Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH (RKU) streben als erste deutsche Einrichtung eine Zertifizierung an. Frau Helene Maucher, Pflegedirektorin des RKU, sieht in dem aufwändigen Prozedere zum Magnetkrankenhaus eine Chance, die „besten“ Pflegekräfte zu bekommen und zu halten, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten und den wirtschaftlichen Gewinn nachhaltig zu sichern.

Dabei setzt die Pflege im RKU auch auf die Methode epa. Im Sommer 2017 beginnt die Umsetzung des epaAC auf den ersten Stationen. Damit wird der Grundstein für eine pfe-

gesensitive Outcomemessung gelegt und Pflegequalität messbar gemacht – getreu dem Motto eines Magnetkrankenhauses, **Excellence in der Pflege** sichtbar zu machen.

Mehr zum Thema Magnetkrankenhaus erfahren Sie am 2. Ulmer Pflegemanagementkongress am 6. und 7. Juli 2017. Das RKU lädt mit dem Titel „Von den Besten lernen“ zu diesem Kongress ein (<http://www.rku.de/index.php/pflegekongress>).

Ansprechpartnerin am RKU: [Helene.Maucher@rku.de](mailto:Helene.Maucher@rku.de)

## **Agieren statt reagieren: Kennzahlen systematisch einsetzen**

*Madlen Fiebig*

*Bereichsverantwortliche ‚Datenanalytik‘, ePA-CC GmbH*

Wer steuern möchte, benötigt Daten und Information. Diese sind die Grundlage, um Ziele zu definieren sowie den Weg in Richtung Ziel halten zu können. Doch wie steuern Kliniken ihre Geschäfts- und Leistungsprozesse?

Als **zentrale Steuerungsinstrumente** kommt an dieser Stelle den Kennzahlen und Kennzahlensystemen eine hohe Bedeutung zu. Empirische Untersuchungen unterstreichen deren Wichtigkeit. Zum Beispiel weisen Lingle und Schieman (1996) darauf hin, dass „so genannte measurement-managed companies, d. h. Unternehmen, die Kennzahlen zur Führungsunterstützung systematisch einsetzen, erfolgreicher sind als sogenannte non-measurement-managed companies.“ (nach Sandt, 2003).

Eine effektive und effiziente Informationsversorgung der unterschiedlichen Führungsebenen in der Klinik ist essentiell. Bei der Aufbereitung und Weitergabe von Informationen kommt das **Management Reporting** ins Spiel. Nach Taschner (2013) wird unter Management Reporting „allgemein das System aus Stellen, Einrichtungen, Regeln und Instrumenten in einem Unternehmen zur Versorgung interner Adressaten mit der zur Aufgabenerfüllung notwendigen Information“ verstanden (vgl. Taschner, 2014).

Neben den operativen Informationssystemen, welche die Abwicklung des betrieblichen Tagesgeschäftes unterstützen, treten verstärkt Informationssysteme für analytische Aufgaben der Fach- und Führungskräfte in den Vordergrund. In vielen Betrieben werden derzeit Begriffe und Konzepte wie Data Warehouse, On-Line Analytical Processing und Data Mining diskutiert.

Nach der KPMG-Unternehmensbefragung 2016 gibt es drei Branchen, die **Vorreiter** in der Nutzung von Datenanalysen sind und gleichzeitig aus den gewonnenen Erkenntnissen einen konkreten Nutzen ziehen: Automobilindustrie, Versicherungen sowie Transport und

Logistik. Die Gesundheitsbranche liegt bei der **Datenwertschöpfung und Datennutzung** derzeit noch im unterdurchschnittlichen Bereich. Vor diesem Hintergrund scheint die Frage nach der Nützlichkeit und der Bedeutung von Kennzahlen bzw. einer Berichterstattung für die Akteure innerhalb der Klinik eine wichtige Rolle zu spielen. Wie, in welcher Form und mit welchem Erkenntnisgehalt gelangen die Informationen an den Adressaten? Dieser Fragestellung gingen z.B. Mahlendorf et al. (2011) und Zapp et al. (2015) nach und untersuchten dabei explizit, welche Form der Berichterstattung als nützlich empfunden wird.

### Reporting

Als wichtiges Koordinations- und Kommunikationsinstrument ist das interne Berichtswesen bzw. Reporting in Kliniken weit verbreitet (vgl. Zapp et al., 2015). Der Zweck und Inhalt der Reportings ist dabei sehr unterschiedlich. Wie dies unterschiedliche Berufsgruppen – Controller, Mediziner und Pflege – beurteilen, wurde in einer Studie an den somatischen Kliniken Niedersachsens unter Leitung der Hochschule Osnabrück untersucht.

Abbildung 1 zeigt, zu welchen Zwecken die untersuchten Berufsgruppen das Berichtswesen für sich verwenden.

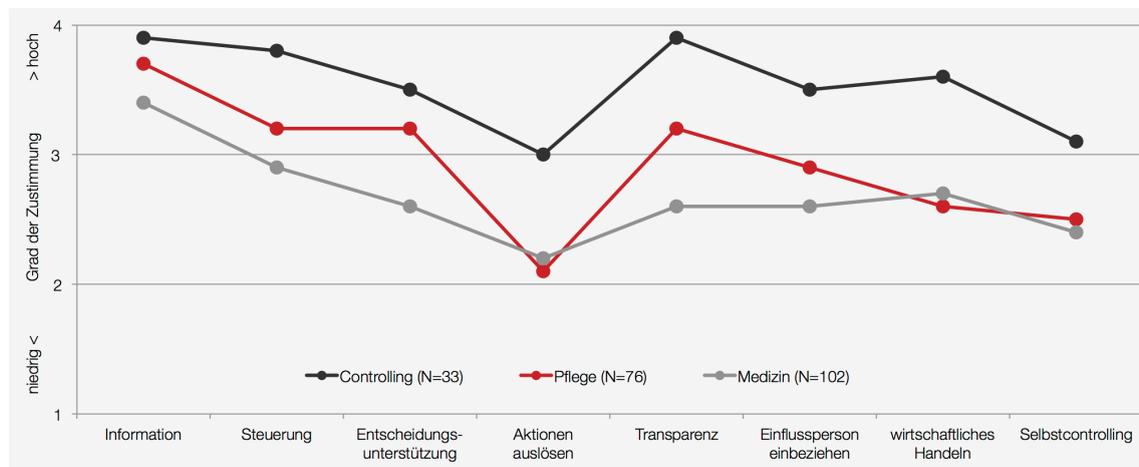


Abbildung 1: Einschätzungen zum Zweck Standardberichte (Zapp et al., 2015)

Die verfolgten Zwecke Informationsgewinnung, Steuerung, Entscheidungsunterstützung und Transparenz haben für die Berufsgruppe Pflege im Zusammenhang mit einem Berichtswesen die höchste Priorität.

Neben bewährten Reportings setzen Kliniken, wenn auch derzeit noch wenig oder unsystematisch, Benchmarking-Informationen ein.

### Benchmarking

Viele Studien beschäftigen sich mit der Wirkung von Benchmarking-Informationen. Zum Beispiel konnten Kerr et al. (2007) und Tafkov (2010) einen positiven Effekt zwischen der Bereitstellung von Benchmarking-Informationen und der erzielten Leistung bei einfachen

#### Literatur:

Eicker, St., Kress, St.,  
Lelke, F. (2005): Kennzah-  
lengestützte Geschäfts-  
steuerung im Dienstleis-  
tungssektor – Ergebnisse  
einer empirischen  
Untersuchung, ZfCM,  
Controlling & Manage-  
ment, 49. Jg., 2005, H. 6.

Hannan, L.; McPhee, G.;  
Newman, A.; Tafkov, I.  
(2010): The Effect of Rela-  
tive Performance Infor-  
mation on Effort Allocati-  
on and Performance in a  
Multi-Task Environment.  
Working paper. Georgia  
State University.

Kemper, H.-G./Baars, H./  
Mehanna, W.: Business  
Intelligence – Grund-  
lagen und praktische  
Anwendungen, 3. Aufl.,  
Wiesbaden 2010.

Kerr, N.; L. Messe; D. Seok;  
E. Sambolec; R. Lount; E.  
Park (2007): Psychologi-  
cal mechanisms under-  
lying the Kohler moti-  
vation gain. Personality  
and Social Psychology  
Bulletin 33: 828 – 841.

KPMG. (2016). Mit Daten  
Werte schaffen. Report  
2016. Berlin: KPMG AG  
Wirtschaftsprüfungsges-  
ellschaft in Kooperation  
mit BitCom Research  
GmbH.

Lingle, J.H., Schieman,  
W.A. (1996): From Balan-  
ced Scorecard to Strategic  
Gauges: Is Measurement  
worth it? In: Manage-

Aufgaben aufzeigen. In einem Arbeitspaper weisen Hannan et al. (2010) einen positiven Zusammenhang für komplexere Aufgabenfelder nach.

Benchmarking-Informationen dienen zum einen dazu, eine generelle Informationsversorgung der Mitarbeiter sicher zu stellen. Ziele sind hierbei, die Entscheidungsfindung zu erleichtern und die Entscheidungsqualität zu steigern. Zum anderen werden die Informationen als Instrument der Motivation und des Anreizes genutzt. Dabei bieten sie die Möglichkeit, von anderen zu lernen und sie stellen Best-Practices Beispiele heraus. Mahlendorf et al. (2011) konnten aufzeigen, dass Benchmarking-Informationen von besonders erfolgreichen Kliniken **signifikant häufiger** als Mittel zur Information und Motivation der Mitarbeiter eingesetzt wurden als von weniger erfolgreichen Kliniken.

#### *Prognostizieren*

Der rasante Anstieg an verfügbaren Daten in den Kliniken lässt das Berichtswesen nicht unbeeinflusst. Wozu Daten sammeln und verarbeiten, wenn sie keine Handlungsrelevanz haben? Der Informationsgehalt steigt allerdings nicht zwangsläufig mit der Datenmenge. Steuerungsrelevante Informationen aus immer größeren Datenbeständen zu extrahieren wird zunehmend schwieriger, da die Wege und Möglichkeiten unübersichtlicher werden (Taschner, 2014).

Zudem schränken die zum Großteil retrospektiv angelegten Auswertungen den Aktionsradius ihrer Anwender resp. Adressaten ein und sind eher auf einer passiven Ebene einzuordnen. Die zunehmenden ad-hoc Auswertungen, d.h. zum Ereigniszeitpunkt, erhöhen dagegen den **Handlungsspielraum** und ermöglichen eine interaktivere Auseinandersetzung mit den gewonnenen Daten bzw. Erkenntnissen. Doch um pro-aktiv agieren zu können, bedarf es prognostischer Modelle. Diese Art der Auswertungen finden sich im Konzept von Knowledge Discovery in Databases (KDD), in der Praxis auch häufig unter dem Schlagwort „Big Data“ bekannt. Hierbei steht die Wissensentdeckung bzw. das Erkennen von Mustern in großen Datenmengen im Vordergrund. Durch eine stärkere digitale Vernetzung und gesetzliche Entwicklungen (z.B. e-Health-Gesetz in der Schweiz) tun sich neue Möglichkeiten der Datenanalyse für die Gesundheits-

und speziell für die Pflegebranche auf. Dabei sind komplexe Analysen (z. B. struktursuchende Verfahren) stark im Kommen. Künftig lassen sich aus Daten nicht nur „einfache“ Kennzahlen generieren. Vielmehr wird es möglich sein, Prognosen über zu erwartende Verläufe und dem damit verbundenen Personalaufwand zu erstellen oder im Sinne automatischer Frühwarnsysteme Abweichungen von zu erwartenden Verläufen zu erkennen.

Intelligente Softwareumsetzungen können dabei unterstützen. Durch Automatisierung und Einsatz leistungsfähiger IT-Systeme können mehr Daten in kürzerer Zeit verarbeitet, analysiert und für das Berichtswesen aufbereitet werden.

### *Visualisierung und Interpretierbarkeit*

Der Aufbereitung und Visualisierung von Informationen aus Daten wird derzeit noch eine untergeordnete Rolle beigemessen.

Um Unternehmensdaten übersichtlich und verständlich zu präsentieren, ist die Wahl geeigneter Darstellungen von entscheidender Bedeutung. Die graphische Veranschaulichung von Mustern und Trends unterstützt darüber hinaus die unterschiedlichen Adressaten, visuell komplexe Zusammenhänge schnell zu erfassen und mögliche Hypothesen zu entwickeln.

Die Reportage sowie die Benchmarking-Informationen sollten den unterschiedlichen Adressaten jeweils unterschiedliche Ausschnitte darstellen. Dies ermöglicht eine Selektierung der verfügbaren Inputs und aufbereiteten Outputs jeweils nach den individuellen Informationsbedürfnissen der Adressaten. Eine hohe Selektivität geht mit einer **Individualisierung des Berichtswesens** einher (vgl. Taschner, 2014). Getreu dem Motto: Soviel wie nötig, so wenig wie möglich. Idealerweise sollten die Daten keiner aufwendigen Aufbereitung unterzogen oder in extra Formulare bzw. PowerPoint Folien übertragen werden müssen, sondern die verfügbaren Daten sollten automatisiert aus den Softwarelösungen heraus transparent und präsentierfähig sein.

Auch an das Interpretieren der Informationen und an das Verknüpfen der Informationen mit Handlungen sollten die unterschiedlichen Berufsgruppen in der Klinik herangeführt werden (z. B. über Kennzahlen-Workshops).

ment Review, March 1996, pp. 56-61.

Mahlendorf, M.D., Kleinschmid, F. (2011): Reporting in deutschen Krankenhäusern – die Bedeutung von Benchmarking-Informationen. ZfCM | Controlling & Management, 55. Jg. 2011, H.4.

Sandt, J. (2003): Erfolgreiche Gestaltung der Führungsunterstützung durch Kennzahlen, Empirische Controllingforschung, Volume 8 of the series Schriften des Center for Controlling & Management (CCM) pp 93-127, 2003.

Tafkov, I. (2010): Private and public relative performance information under different incentive systems. Working paper. Georgia State University.

Taschner, A. (2013): Management Reporting – Erfolgsfaktor Internes Berichtswesen, Wiesbaden 2013.

Taschner, A. (2014): Wie Management Reporting 2020 aussehen könnte. Controlling & Management Review. Volume 58, Issue 3, pp 7–15, 2014.

Zapp, W., Asbach, H. (2015): Das Berichtswesen adressatengerechter gestalten. Controlling & Management Review, Sonderheft 3. S. 54-62, 2015.



### *Fazit*

Kliniken zu steuern ist keine leichte Unternehmung. Die Konzentration auf wenige Kennzahlen sowie ein adressatenorientiertes Berichtswesen sind von der Fachcommunity aufgezeigte Wege. Das Berichtswesen in den Kliniken sollte sich auf Kommunikation und Verhaltensorientierung ausrichten, weg von ausschließlich finanzwirtschaftlich-renditeorientierten Kennzahlensystemen hin zu neueren Performance Measurement-Systems (z. B. Balanced Scorecard oder EFQM, siehe Eicker et al., 2005).

Auch die ePA-CC GmbH befasst sich mit dieser Thematik und den damit einhergehenden Herausforderungen für die Kliniken. So bieten wir in unserer Methode epa die Möglichkeit, in unterschiedlicher Form die routinehaft erfassten epa-Daten für Sekundäranalysen zu nutzen (z. B. individuelle Einzelreports, konzipierte Reports oder Toollösungen). Derzeit arbeiten wir an prognostischen Modellen z. B. zur Vorhersage des Pflegeaufwands und deren agiler und einfacher Visualisierung.

**Ihre Einrichtung beschäftigt sich gerade mit dem Thema Reporting, Kennzahlen oder Big Data in der Pflege? Sprechen Sie uns an, wir beraten sie gerne!**

# Erlösgenerierung und Effizienzsteigerung durch epaAC

Thomas Denker

Assistent der Pflegedienstleitung, Hospital zum Heiligen Geist, Kempen

In der Institution Krankenhaus ist es die Berufsgruppe der Ärzte, die für das Kodieren der Diagnosen verantwortlich ist und damit einen offensichtlichen Beitrag dazu leistet, dass das Unternehmen Erlöse generiert. Die Berufsgruppe der Pflegenden ist dabei – bis auf die PKMS-Dokumentation – unsichtbar. Dies macht es leicht, die Pflege betriebswirtschaftlich eher als Kostenfaktor zu verstehen, was ihre Position im klinischen Kontext deutlich schwächt. Deshalb ist es notwendig aufzuzeigen, dass die Berufsgruppe der Pflegenden eben kein Kostenfaktor ist, sondern – belegt durch Controlling-Zahlen – ebenfalls Erlöse generieren kann.

Im Rahmen einer Bachelorarbeit wurde im Hospital zum Heiligen Geist Kempen das epaAC eingeführt, um folgende Fragen zu untersuchen:

- **Frage 1:** Steigert das epaAC aus Sicht der Pflegefachpersonen die Effizienz und Effektivität der Aufnahmedokumentation?
- **Frage 2:** Ist das epaAC in der Lage, durch die aus der Routinedokumentation automatisch abgeleiteten ICD-Nebendiagnosen eine Steigerung der Kodierqualität hervorzurufen und somit die Pflege als erlöserwirtschaftenden Faktor darzustellen?

Zur Beantwortung der Fragen wurde eine **Vorher-Nachher-Analyse** durchgeführt. Für **Frage 1** wurde zunächst über einen Monat durch Selbstaufschreibung erhoben, wie lange ein Aufnahmeassessment mit dem alten, papiergestützten Assessment dauert. Zudem wurde die Dokumentation auf Vollständigkeit überprüft. Nach Implementierung des epaAC in digitaler Version auf Station [A] und in der Papierversion auf Station [B] wurden die gleichen Attribute über drei Monate hinweg analysiert. Zudem fand eine Befragung der Mitarbeiter statt, welchen Nutzen sie mit der neuen Dokumentation mit epaAC verbinden.

Um Frage 2 zu beantworten, wurden in einer Literaturrecherche alle so genannten „pflege-relevanten ICD-Nebendiagnosen“ herausgearbeitet und anschließend überprüft, ob sie in der Lage sind, die Fallschwere einer DRG zu erhöhen. In einem weiteren Arbeitsschritt wurden die Nebendiagnosen herausgenommen, die aus dem epaAC nicht abgeleitet werden können (z.B. ICD R18 „Ascites“). Im letzten Schritt wurden die verbliebenen ICDs mit den Items aus dem epaAC gematcht und Regeln festgelegt, welche epaAC-Itemkonstellation welche ICD auslöst.

Die **Ergebnisse zeigen**, dass das epaAC dazu beigetragen hat, die Vollständigkeit der Dokumentation zu erhöhen: Von 11% auf 100% (Station [A], PC-Version) und von 0% auf 72% (Station [B], Papierversion). Ein **zeitliches Einsparpotenzial** von 2,26 Minuten für die

Dokumentation in der Aufnahmesituation ist in der PC-gestützten epaAC-Version vorhanden, jedoch nicht in der papiergestützten epaAC-Variante. Da der durchschnittliche zeitliche Aufwand über beide Stationen zwar gering wächst (+8%), dafür aber die Dokumentationsqualität um 81%-Punkte steigt, kann auch hier von einem **Zugewinn an Effizienz** gesprochen werden.

Die **Effektivität** wurde über eine Befragung der Mitarbeiter ermittelt. Hierzu sollten die Aspekte „Überblick über Fähigkeit des Patienten“, „Beobachtung der Entwicklung des Patienten“ und „Planung der pflegerischen Arbeit“ Aufschluss bringen. Es zeigte sich, dass sich die Mitarbeiter gut zurechtfinden, einen besseren Ersteindruck über den Patienten

**Literatur:**

Weiß, J. (2010): Pflege im DRG System. Bestandsaufnahme der Darstellung der Pflege im DRG-System unter Berücksichtigung der zukünftigen Optimierungsmöglichkeiten auf Grundlage einer Literaturliteraturarbeit, ergänzt mit einer Analyse von Patientendokumentationen mit Herausarbeiten der Konsequenzen für die Praxis. Hamburger Fernhochschule. Diplomarbeit.

erhalten und die Verlaufskontrolle als sinnvoll erachten. Lediglich in Bezug auf die Nutzung des epaAC zur Planung pflegerischer Arbeit konnte kein befriedigendes Ergebnis erzielt werden. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass das epaAC isoliert eingeführt wurde und die weiteren Schritte im Pflegeprozess (noch) nicht elektronisch zur Verfügung standen.

**Zu Frage 2:** Es konnte gezeigt werden, dass über die automatische Ableitung von Nebendiagnosen aus der epaAC-Routinedokumentation bei 41 Fällen mit 221 Diagnosen insgesamt **11.293,64 € an kalkulatorischem Erlös** hätten generiert werden können. Somit wird von Seiten der Pflege Einfluss auf die Kodierqualität genommen. Da es sich bei den durch Pflege kodierte ICD-Diagnosen „um eine begrenzte Auswahl von kodierbaren ICDs und Prozeduren mit einem Bezug zum Leistungsgeschehen in der Pflege...“ (Weiß 2010: 15) handelt, zieht der Autor den Schluss, dass sich die Pflege

bei diesem Ergebnis als Erlös erwirtschaftender Faktor darstellen kann.

Im nächsten Projektschritt soll die digitale Version des epaAC in Kempen auf einer weiteren Station ausgerollt werden. Zudem soll in diesem Schritt auch direkt eine Verknüpfung zum DRG-Grouper hergestellt werden, wodurch man sich eine Untermauerung der derzeit noch theoretisch zu erzielenden Erlöse mit real erzielten Erlösen erwartet.

**Kontakt:** [thomas.denker@krankenhaus-kempen.de](mailto:thomas.denker@krankenhaus-kempen.de)

---

Bildnachweis:

stockphoto-graf (3), Kwangmoo (5), Strubel (7), everythingpossible (13) [alle fotolia]  
Fandel-Meyer et al. (4), Zapp et al. (10), M. Fiebig (18), Google Earth (19)

# G-BA Richtlinie Früh- und Reifgeborene: Wie können Pflegebedarf und -aufwand richtig bewertet werden?

Oliver Hübler

Stellv. Pflegedirektor, Kliniken St. Elisabeth, Neuburg/Donau

Die Kinderkliniken mit Perinatalzentren Level 1 und 2 (berechtigt zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500g) müssen seit 01. Januar 2017 ausreichend Personal vorhalten, um die **Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene** (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA zu erfüllen. Diese Richtlinie macht Vorgaben zum Personalschlüssel entsprechend des Schweregrades der Versorgung. Zu Grunde gelegt wurde die S1 Leitlinie der GNPI (Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin). Diese Leitlinie wurde ohne Beteiligung pflegerischer Experten aus der Neonatologie entwickelt und liefert keine validen Daten zur Fallschwere aus pflegerischer Sicht.

Nach der Systematik der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF haben S1-Leitlinien die niedrigste Qualitätsstufe und werden lediglich von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet. Eine formelle Konsensfindung oder formale Evidenzrecherche (wie sie für S2-Leitlinien erforderlich sind) oder gar eine Entscheidungs- und Outcome-Analyse (S3-Leitlinien) hat also nicht stattgefunden. S1-Leitlinien haben damit allenfalls Empfehlungscharakter (siehe AWMF 2007:66). Das heißt aber auch, dass die Basis für die Vorgaben zum Personalschlüssel der QFR-RL lediglich auf Meinungen, nicht aber auf Fakten beruht.

## Literatur:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (Hrsg.) (2007): Leitlinien-Glossar. Begrifflichkeiten und Kommentare zum Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Berlin: AWMF.

Am 06. April 2017 fand zu dieser Problematik eine vom Verband GKinD organisierte Veranstaltung in der Uniklinik Köln statt. Schwerpunkt war das Thema **Personalmanagementkonzept in der Neonatologie**. Verschiedene Referenten wiesen nicht nur auf die arbeitsrechtlichen Probleme hin, sondern auch auf die Frage, wie denn der Pflegebedarf und Pflegeaufwand tatsächlich zu bewerten seien, da es bisher hierzu keine validen Daten gibt und die einzige Grundlage die oben genannte S1-Leitlinie ist.

Um dieses Manko zu beheben, ist es notwendig, belastbare Ergebnisse zu schaffen, die tatsächlich Anhaltswerte für die Versorgung Frühgeborener liefern können. Das Basisassessment epaKIDS2 in Verbindung mit LEP N3 **kann diese Daten liefern**.

Damit kann die Pflege datengestützt ihre eigene Expertise schaffen und diese in die Leitlinie mit einfließen lassen. So können die pflegerischen Belange der G-BA Richtlinie im Interesse der Kliniken und der Pflege konkretisiert werden und dazu beitragen, mit validen Daten sowohl den **tatsächlichen Bedarf** an Personal als auch die **Erfolge pflegerischen Handelns** abzubilden.

Kontakt: [oliver.huebler@kliniken-st-elisabeth.de](mailto:oliver.huebler@kliniken-st-elisabeth.de)

# Das Basisassessment für alle Versorgungsbereiche

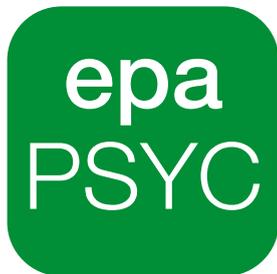
---



PediatricCare



AcuteCare



PsychiatricCare



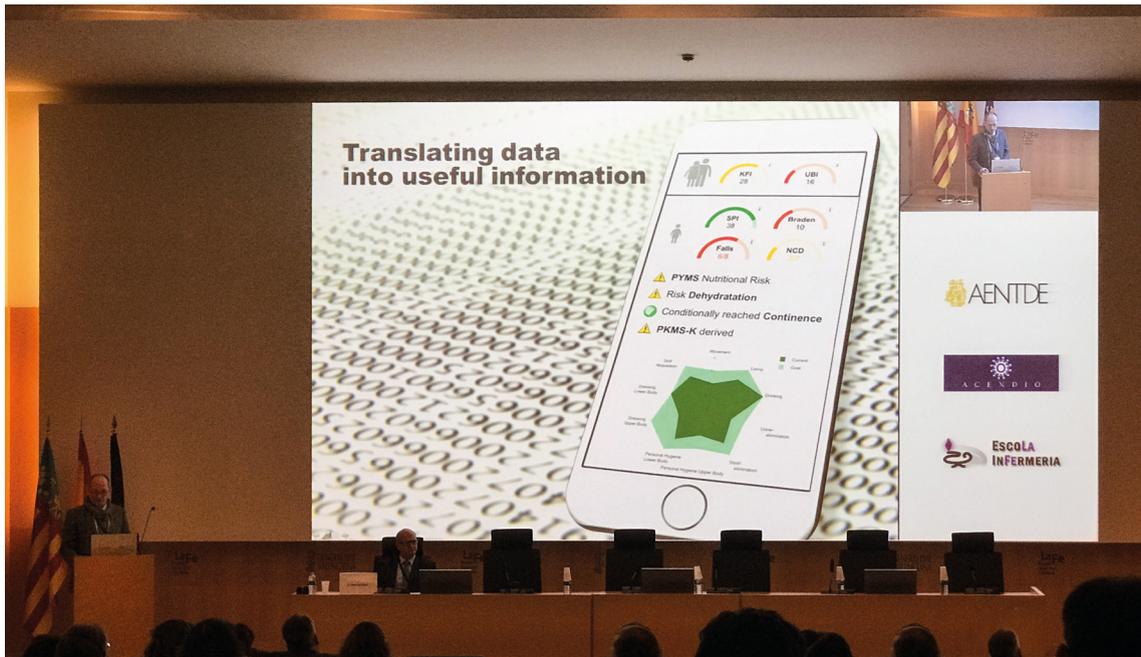
LongTermCare



HomeCare



KnowHow



Vortrag Dr. D. Hunstein, ACENDIO-Conference 2017, Valencia „From nursing care (routine) data to knowledge“

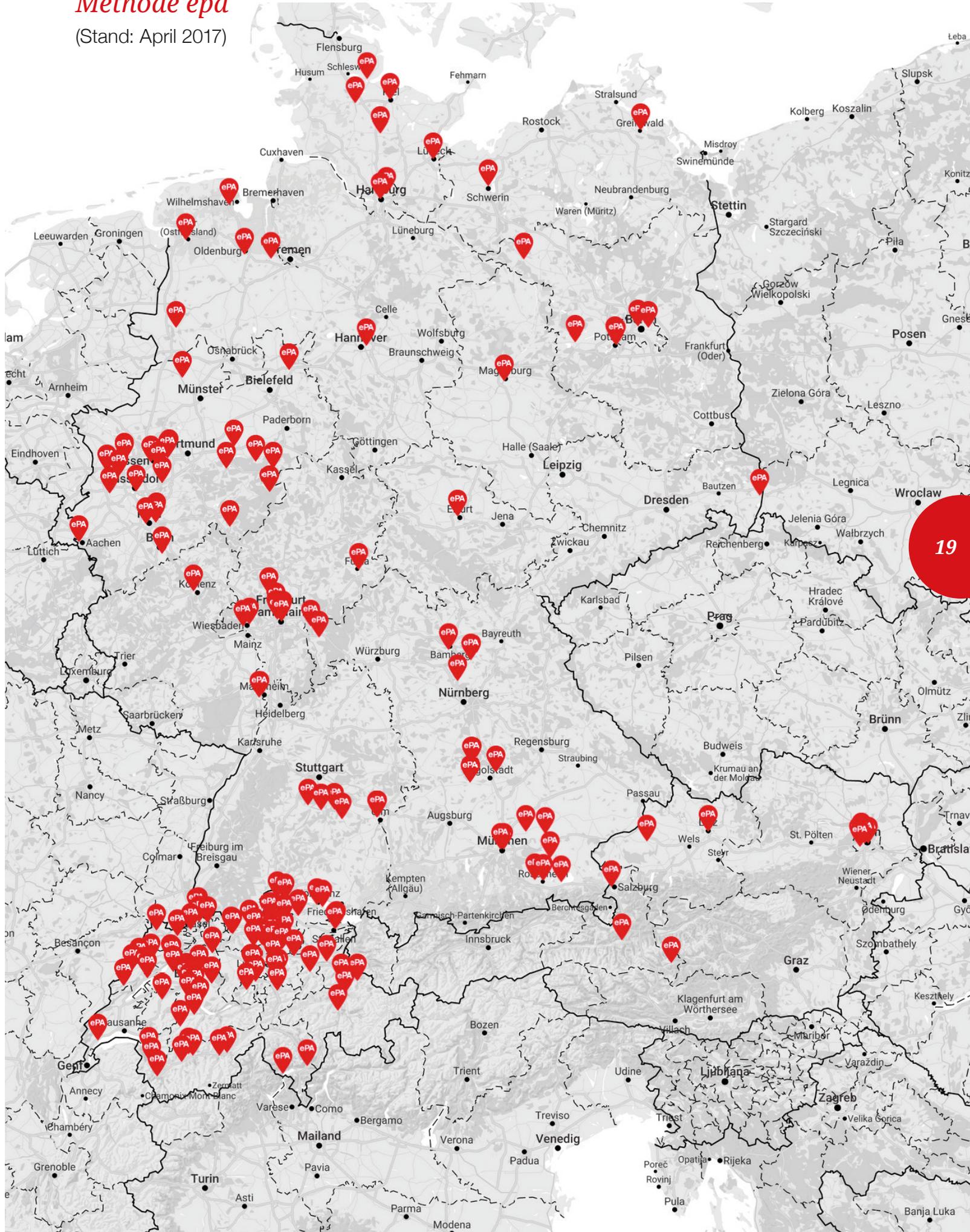
## Termine 2017

Bei folgenden Kongressen/Veranstaltungen haben Sie die Möglichkeit, Mitglieder des epa-Teams persönlich zu treffen:

- **09.05.2017: epa-LEP-Seminar „Pfleagedaten sinnvoll nutzen“**, Basel (CH)
- **17. bis 19.05.2017: SBK-ASI Kongress**, Bern (CH): Messestand
- **27.05. bis 01.06.2017: ICN International Council of Nurses 2017**, Barcelona (ESP): Posterpräsentation
- **06.07.2017: 2. Ulmer Pflegemanagementkongress „Von den Besten lernen“**, Ulm (D): Vortrag und Aussteller
- **07.09.2017: 4. Internationaler Kongress Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice**, Freiburg (D): Vortrag
- **14. bis 15.09.2017: ENI - European Nursing Informatics**, Hall (Tirol): Vorträge, Messestand, Satellitensymposium „Dokumentierst du noch oder steuerst du schon?“ und Preisverleihung „Best of Bachelor, Best of Master“
- **19. bis 20.09.2017: CURAVIVA Fachkongress Alter 2017**, Montreux (CH): Vortrag zu epaLTC (LongTermCare) und Messestand
- **09. bis 11.10.2017: WPA XVII World Congress of Psychiatrie**, Berlin (D): Die ePA-CC GmbH ist Ausrichter des Symposiums „Standardisierte Assessmentinstrumente für die Pflege in der stationären Psychiatrie“
- **13.10.2017: Meisenheimer Pflorgetag: Akademische Pflegepraxis - Wunsch oder Wirklichkeit**, Meisenheim (D): Vortrag und Aussteller
- **03. bis 04.11.2017: 14. Gesundheitspflege-Kongress**, Hamburg (D): Messestand und Workshop
- **16.11.2017: 6. epa-LEP Anwenderkonferenz**, Frankfurt am Main (D)

# Schon 172 Einrichtungen des Gesundheitswesens vertrauen auf die Methode epa

(Stand: April 2017)



**Impressum:**

ePA-CC GmbH  
Hofgut Hammermühle  
Bernhard-May-Str. 58 j&k  
D-65203 Wiesbaden  
mail@epa-cc.de — www.epa-cc.de  
Geschäftsführung: Dr. Dirk Hunstein & Birgit Sippel  
Layout & Satz: DiHu (fotokunstfoto.de)

epaIMPULSE sind auch online erhältlich: [www.epa-cc.de](http://www.epa-cc.de)

epaCC



Querdenker



Weitblicker



Lösungsfinder



ePA-CC GmbH