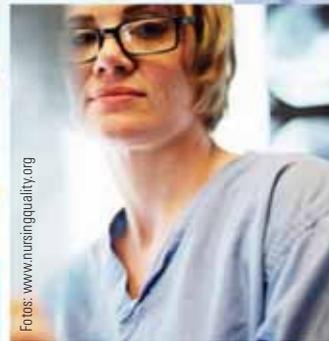


National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)

Wie Daten Pflege sichtbar machen

Rund 1 200 Krankenhäuser in den Vereinten Staaten nutzen die National Database Quality Indicators (NDNQI). Hier werden zahlreiche pflege- und personalbezogenen Indikatoren gesammelt, verarbeitet und bereitgestellt. Diese bieten einen breiten Überblick über die pflegerische Versorgung der beteiligten Krankenhäuser.



Mitten in den USA, in Kansas City, Kansas befindet sich in einem unscheinbaren Flachbau des Kansas University Medical Centers eine für die Pflege weltweit wohl einzigartige Einrichtung: die National Database of Nursing Quality Indicators (1), kurz NDNQI.

Einzigartig ist sie deshalb, weil sie auf freiwilliger Basis und gebührenbasiert detaillierte pflegebezogene Daten von rund 12 800 Stationen in 1 350 Krankenhäusern aus allen amerikanischen Bundesstaaten sammelt, verarbeitet und bereitstellt. Neben den vierteljährlichen Erhebungen von vierzehn Indikatoren auf Stationsebene werden einmal im Jahr auch die Pflegenden in den beteiligten Einrichtungen hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen befragt, in diesem Jahr werden dies mehr als 300 000 Pflegenden sein. Die

von NDNQI erfassten Daten sind für Stations-, Pflegedienst- und Geschäftsleitungen wie auch für Forschende von größtem Interesse.

Geschichte der NDNQI

Anfang der 90er Jahre begann die American Nurses Association (ANA) (2), die Entwicklung von so genannten pflegesensitiven Qualitätsindikatoren zu fördern. Pflegesensitive Qualitätsindikatoren bilden die Strukturen von Pflege und Pflegeprozessen ab, die ihrerseits wiederum Auswirkungen auf Patientenergebnisse haben. Das Bemühen um pflegesensitive Qualitätsindikatoren war damals vor allem eine Reaktion auf weitreichende Umstrukturierungen im amerikanischen Gesundheitswesen, die zu deutlichem Personalabbau von Pflegepersonal geführt hatten und die eine Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang von

Personalbesetzung einerseits und Patientenergebnissen andererseits erforderte (Montalvo, 2007). Diese Entwicklung wurde Anfang 2000 durch Berichte des Institute of Medicine verstärkt, die eine grundsätzliche Diskussion über die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung in den USA auslösten. Schon 1998 initiierte die ANA den Aufbau und die Entwicklung der NDNQI, die zunächst bereits erhobene Daten verschiedener Pilotstudien und später weitere Daten zur Pflegequalität erheben sollte. NDNQI sollte auf der Grundlage des Qualitätsmodells von Donabedian (1988) Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter für die Pflege im Krankenhaus entwickeln und somit Ergebnisse und Strukturen von „Pflege“ sichtbar und vergleichbar machen. Seit 2002 erfasst NDNQI nicht nur patientenbezogene Pflegeindika-

toren, sondern als Reaktion auf den Pflegepersonal-mangel in den USA darüber hinaus auch Daten zur Arbeitszufriedenheit und zur Fluktuation von Pflegepersonal.

Struktur

Heute nutzt fast jedes vierte Krankenhaus in den USA NDNQI, um Daten über die jeweiligen Stationen zu sammeln und mit den Ergebnissen anderer Stationen, Fachrichtungen und Krankenhäuser vergleichen zu können. NDNQI wird unter Vertrag der ANA von der School of Nursing (3) des University of Kansas Medical Center betrieben. Dabei handelt es sich bei NDNQI im Wesentlichen um einen Dienstleister, der internetbasiert die Dateneingabe durch die Krankenhäuser koordiniert. Die vierteljährlichen Berichte werden nach Abschluss des Quartals innerhalb von 45 Tagen den beteiligten Krankenhäusern zur Verfügung gestellt, so dass eine zeitnahe Rückmeldung gewährleistet ist. Darüber hinaus entwickelt NDNQI regelmäßig neue Indikatoren und überprüft die Zuverlässigkeit bereits etablierter Indikatoren durch entsprechende Studien. NDNQI wird über Gebühren finanziert, die sich nach der Größe der teilnehmenden Krankenhäuser staffeln. Die Daten werden webbasiert von einem durch das jeweilige Krankenhaus benannten Koordinator vierteljährlich eingegeben. Die Datenerhebung folgt dabei fest definierten Richtlinien, um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten. Dafür steht den Koordinatoren neben einer Vielzahl von verpflichtenden Online-Schulungsangeboten außerdem geschultes NDNQI-Personal zur Seite.

Auch wenn NDNQI eine proprietäre Datenbank ist, besteht eine enge Verbindung zu nationalen amerikanischen Initiativen, wie dem amerikanischen National Quality Forum (NQF), welches 2004 erstmalig einen Satz von pflegesensitiven Indikatoren

NDNQI-Indikatoren	
Abb. 1	
Patientenbezogene Indikatoren	
<ul style="list-style-type: none"> - Sturz (E) - Sturz mit Verletzungen (E) - Dekubitus (E) - Angriffe von psychiatrischen Patienten (E) - Nosokomiale Infektionen (E) - Pädiatrische Extravasat-Rate (E) 	
Personalbezogene Indikatoren	
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitszufriedenheit (E) - Praxis-Umgebungsindex (E) - Fluktuation (E) 	
Struktur- und Prozessindikatoren	
<ul style="list-style-type: none"> - Personalmix (S) - Pflegestunden pro Patiententag (S) - Pflegeaus- und Weiterbildung (S) - Pädiatrisches Schmerzassessment (P) - Freiheitseinschränkende Maßnahmen (P) 	
(1)	

(National Quality Forum, 2004) konsentiert. Vier dieser Indikatoren wurden durch die NDNQI entwickelt und vom NQF übernommen. NDNQI erfasst derzeit vierzehn Indikatoren (Abb. 1): sechs patientenbezogene, drei personalbezogene Ergebnisindikatoren (E) sowie drei struktur- (S) und zwei prozessbezogene (P) Indikatoren.

Nutzen für das Management

Dass so viele Krankenhäuser ihre Daten mit NDNQI erfassen, hängt vor allem mit dem Nutzen zusammen, den die Daten für die beteiligten Einrichtungen haben. So ist beispielsweise die regelmäßige Erfassung von pflegerelevanten Daten eine Anforderung, um den begehrten Magnet (4) Status (Abb. 2) zu erlangen. NDNQI erfüllt diese Anforderungen und so sind die meisten Magnet-Krankenhäuser auch NDNQI-Nutzer.

Darüber hinaus bietet NDNQI für die Nutzer vor allem die Möglichkeit zum Benchmarking. Da die Unterschiede zwischen Stationen verschiedener Fach-

richtungen sehr groß sind, werden alle Stationen entsprechenden Fachrichtungen zugeordnet, um ein Mindestmaß an Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Durch die Erfassung auf Stationsebene sind diese Informationen für Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen gleichermaßen interessant. So kann beispielsweise die Dekubitusrate der eigenen Station mit der Rate anderer Stationen im eigenen Haus oder mit dem Durchschnitt der jeweiligen Fachrichtung verglichen werden. Durch die vierteljährliche Erhebung besteht auf den Stationen darüber hinaus die Möglichkeit, die eigene Entwicklung im Zeitverlauf zu beobachten und die Auswirkungen geänderter Verfahrensweisen zu überprüfen. Um den Austausch von „Best Practice“-Ansätzen zu fördern, veröffentlichte die ANA 2007 ein Buch, in dem NDNQI-Krankenhäuser über ihre Erfahrungen und Ansätze berichten (Montalvo and Dunton, 2007). Zudem finden seit 2007 jährlich NDNQI-Konferenzen statt, die ebenfalls dem Austausch zwischen Pflegeforschung, Pflegemanagement und Qualitätswissenschaftlern dienen (5).

Situation in Deutschland

Natürlich stellt sich mit dem Blick auf NDNQI die Frage, welche vergleichbaren Ansätze es bisher in Deutschland gibt und wie sich diese vom hier gezeigten unterscheiden. Als einziges etabliertes Benchmarking-System erfüllt die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) (6) oberflächlich betrachtet ähnliche Funktionen wie NDNQI. Dennoch bestehen aus pflegerischer Perspektive einige erhebliche Unterschiede zwischen beiden Verfahren. Diese Unterschiede lassen sich sowohl anhand der Aufstellung der genannten Organisationen im jeweiligen Gesundheitssystem, als auch anhand der erhobenen Daten darstellen.

Wie oben beschrieben, gehört NDNQI der ANA und ist somit Teil einer großen privatrechtlich

strukturierten Organisation, die dementsprechend Ziele, Aufgaben und Funktionen von NDNQI bestimmt. Dies steht im Gegensatz zur BQS, die Teil der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens ist und damit letztlich öffentliche bzw. gesetzlich geregelte Aufgaben wahrnimmt. Diese unterschiedlichen Grundlagen führen dazu, dass der Schwerpunkt der BQS im externen Benchmarking von Krankenhäusern liegt und NDNQI sowohl externes wie auch internes Benchmarking auf Stationsebene ermöglicht. Während die BQS eine Kontrollfunktion wahrnimmt und unterdurchschnittliche Leistungen von Krankenhäusern per „strukturierten Dialog“ anmahnen kann, dient NDNQI vor allem den beteiligten Krankenhäusern als datenbasierte Hilfestellung zur Überprüfung der eigenen Leistung. Neben diesen organisatorischen Unterschieden bestehen zwischen beiden Systemen jedoch vor allem inhaltliche Unterschiede. Während die BQS vor allem medizinisch orientiert arbeitet und sich an medizinischen Diagnosen orientiert, ist NDNQI vollständig auf pflegerische Belange der Patientenversorgung fokussiert. Die BQS erfasst mit der Dekubitusquote lediglich einen Indikator der Ergebnisqualität, der direkten Bezug zur pflegerischen Versorgung aufweist. Dem gegenüber stehen die vierzehn Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren für Patienten- und Personalergebnisse der NDNQI, die einen breiten Überblick über die pflegerische Versorgung der beteiligten Krankenhäuser bieten. Dabei spielen neben Patientenergebnissen eben auch Per-

sonal- und Strukturindikatoren eine Rolle. Die so gesammelten Daten lassen sich auf stationärer, wie auch auf Management- und politischer Ebene verwenden.

Durch die Erfassung auf Stationsebene ergibt sich ein unmittelbarer Nutzen für die einzelnen Stationen. Die Daten ermöglichen Stationsleitungen und Qualitätsbeauftragten, die eigenen Ergebnisse im zeitlichen Verlauf und im Vergleich zu anderen Stationen desselben Fachgebiets zu betrachten. Die Datenerhebung bekommt auf diese Weise einen unmittelbaren Nutzen für diejenigen, die an der Erhebung beteiligt sind. Es werden jedoch auch für das Pflege- und Krankenhausmanagement relevante Daten erhoben. So lassen sich durch die vierteljährlichen Erhebungen beispielsweise die Auswirkungen von Qualitätsentwicklungsprojekten oder auch Umstrukturierungsmaßnahmen überprüfen und nachvollziehen.

Darüber hinaus hat ein pflegeorientiertes Benchmarkingsystem jedoch auch eine politische Dimension. Die in den letzten zwei Jahren in Deutschland geführte Diskussion um den Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität (Patienten/Pflegepersonalquote) und Patientenergebnissen im Kontext des Personalabbaus im Pflegebereich der Krankenhäuser wird derzeit ohne entsprechende empirische Befunde im deutschen Kontext geführt. Die Annahme dieses Zusammenhangs beruht im wesentlichen auf nordamerikanischen Studienergebnissen, eine Übertragung auf den europäischen Kontext ist jedoch nicht unproblematisch, wie ein aktuelles

Beispiel aus Belgien zeigt (Van den Heede et al.). Auch wenn kein Zweifel an dem grundsätzlichen Zusammenhang besteht und Forderungen nach einer gesetzlichen Quotierung verständlich sind, fehlen nach wie vor die notwendigen empirischen Grundlagen. Diese Wissenslücke ist bekannt und es stellt sich die Frage, wie sie gefüllt werden kann. Neben der Beauftragung entsprechender Untersuchungen durch das zuständige Bundesgesundheitsministerium liefert NDNQI ein Beispiel dafür, wie entsprechende Grundlagen auf Initiative der Profession Pflege geschaffen werden können.

Literatur:

- Donabedian, A., 1988. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 260 (12), 1743–1748.
- Montalvo, I., 2007. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 12 (3), 13p.
- Montalvo, I., Dunton, N., 2007. Transforming Nursing Data into Quality Care: Profiles of Quality Improvement in U.S. Healthcare Facilities. American Nurses Association, Silver Spring.
- National Quality Forum, 2004. National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set. NQF, Washington.
- Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S.P., Lesaffre, E., Vleugels, A., Aiken, L.H., Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. International Journal of Nursing Studies In Press, Corrected Proof. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.007>

- (1) <http://www.nursingquality.org>
 (2) <http://www.nursingworld.org>
 (3) <http://www2.kumc.edu/son>
 (4) <http://www.nursecredentialing.org>
 (5) <http://www.nursingworld.org/HomepageCategory/UpcomingEvents/NDNQIConference2009.aspx>
 (6) <http://www.bqs-online.de>

Verfasser:

Dr. rer. sec. Michael Simon, MScN, studierte Pflegewissenschaft an der privaten Universität Witten/Herdecke, promovierte an der Bergischen Universität Wuppertal und ist Postdoctoral Fellow von NDNQI an der School of Nursing des Kansas University Medical Center.

Nancy Dunton, PhD, ist Direktor von NDNQI und Associate Professor der School of Nursing des Kansas University Medical Center.

Erreichung des Magnet-Status

Abb. 2

Magnet Hospitals werden vom American Nurses Credentialing Center, einer Tochterorganisation der ANA, zertifiziert. Den Magnet Status erreichen nur jene Krankenhäuser, die sich zu pflegerischer Exzellenz verpflichten und ein entsprechendes Zertifizierungsverfahren durchlaufen. Im Ranking von U.S. News & World Report der besten Krankenhäuser der USA sind sieben der besten zehn Einrichtungen Magnet-Krankenhäuser. Von jenen elf Gesundheitseinrichtungen, die es in die Forbes Liste der 100 Besten Arbeitgeber der USA geschafft haben, sind ebenfalls sieben Magnet-Krankenhäuser.