



Empfehlungen für Massnahmen zur Stärkung der Leadership für die Qualität im Gesundheitswesen

Abschlussbericht

Dr. Christoph Golz, BFH
Fabienne Renggli, BFH
Tanja Siegenthaler, BFH
Prof. Dr. Mirjam Körner, BFH
Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt, BFH
Prof. Dr. Christian Voirol, BFH
Dr. Silvia Thomann, BFH



Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ist eine ausserparlamentarische Behördenkommission des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI). Sie unterstützt den Bundesrat bei der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Leistungserbringung im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Weitere Informationen sind unter www.eqk.admin.ch zu finden.

Der Inhalt dieses Berichts stimmt nicht zwingend mit der Position der EQK überein.

Impressum

Herausgeberin

Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Gendergerechte Sprache

Die Anwendung im Bericht orientiert sich an den Vorgaben der Bundeskanzlei. Aus praktischen Gründen wird auch im Text die Version mit Schrägstrich verwendet.

Auskunft

Eidgenössische Qualitätskommission
Sekretariat
c/o Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
info@eqk.admin.ch
www.eqk.admin.ch

Copyright

Wiedergabe unter Angabe der Quelle gestattet.

Zusammenfassung

Hintergrund: International wird seit über zehn Jahren auf die Bedeutung von Governance und Leadership zur Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen hingewiesen. Auch in der Schweiz besteht diesbezüglich Handlungsbedarf, weshalb der Bundesrat in seiner Qualitätsstrategie Governance als zentrales Handlungsfeld definiert hat. Für die Jahre 2022–2024 wurde festgelegt, dass Leadership für Qualität der Leistungen aller Akteure auf allen Ebenen des Gesundheitssystems gestärkt werden sollen. Die Berner Fachhochschule (BFH) wurde von der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) beauftragt, evidenzbasierte und praxisorientierte Empfehlungen für Massnahmen zur Stärkung der Leadership von Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems für die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen zu formulieren.

Vorgehen: Das Vorgehen setzte sich aus einer systematischen Literaturanalyse (Rapid Review) und einem adaptierten Delphi-Verfahren zusammen, um die identifizierten Empfehlungen mit nationalen Expert/innen aus verschiedenen Fachorganisationen und Berufsverbänden hinsichtlich ihrer Relevanz und Praktikabilität im Schweizer Kontext zu diskutieren. Ein Advisory Board diente zur wissenschaftlichen Begleitung der Projektschritte und bestätigte das Vorgehen in den Arbeitspaketen.

Ergebnisse: In der Literaturanalyse wurden insgesamt 32 Publikationen identifiziert und in die Analyse eingeschlossen. Ergänzend konnten 27 Guidelines/Standards aus dem nationalen und internationalen Kontext einbezogen werden. Anschliessend wurden die aus der Literatur identifizierten Massnahmen synthetisiert und zu 67 Empfehlungen zur Stärkung der Leadership auf Ebene Leistungserbringer, Versicherer und Behörde ausformuliert. Die Empfehlungen wurden in 8 Themenbereiche gegliedert (Führungspersonen, Arbeitsbedingungen, Partizipation, Monitoring, Kommunikation & Kultur, Evidenzbasierte Praxis & Best Practice, Interprofessionalität & Interdisziplinarität und Anreizsysteme). Davon wurden 45 Empfehlungen als relevant und praktikabel eingeschätzt. Die **fünf relevantesten Empfehlungen** sind:

Auf Ebene der Behörden sollten...

1. ...die bestehenden Finanzierungsstrukturen bei Veränderung der Anforderungen hinsichtlich Qualitätssicherung und -verbesserung evaluiert und ggf. angepasst werden.

Auf der Ebene der Leistungserbringer sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

2. ...die Rekrutierung von Führungspersonen auf allen Ebenen standardisieren und transparent gestalten. Dabei sollten nebst klinischer Expertise insbesondere auch Führungskompetenzen eine zentrale Rolle einnehmen.
3. ...die zu ergreifenden Massnahmen zur Stärkung der Qualität unter Einbezug relevanter Stakeholder (z.B. Mitarbeitende, Patient/innen, Angehörige) definieren und standardisieren.
4. ... eine Fehlerkultur etablieren, die das offene Ansprechen von Fehlern ermöglicht. Dazu gehört auch, dass Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben offen über Fehler sprechen.
5. ...die Daten aus den Monitorings aktiv zur datengeleiteten Qualitätsverbesserung nutzen.

Schlussfolgerung: Der höchste Handlungsbedarf besteht in der Evaluation und Anpassung bestehender Finanzierungsstrukturen hinsichtlich Qualitätssicherung und -verbesserung auf Ebene der Behörden. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung zur wirkungsvollen Umsetzung weiterer Massnahmen. Die meisten der als relevant eingestuften Empfehlungen betreffen insbesondere die

Ebene der Leistungserbringer. Keine der Empfehlungen wurde als relevant und praktikabel für die Ebene der Versicherer identifiziert oder durch die Expert/innen ergänzt. Die Abwesenheit von Vertretenden der Behörden und Versicherer beim Workshop führte dazu, dass ihre Perspektiven in die Entwicklung zusätzlicher praxisrelevanter Empfehlungen nicht einfließen. Gerade für die Ebene der Versicherer sind Erkenntnisse aus anderen Ländern aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten nur bedingt übertragbar.

Résumé

Contexte : au niveau international, l'importance de la gouvernance et du leadership pour la promotion de la qualité des prestations médicales est soulignée depuis plus de dix ans. En Suisse aussi, il est nécessaire d'agir à cet égard, raison pour laquelle le Conseil fédéral a défini la gouvernance comme un champ d'action central dans sa stratégie qualité. Pour les années 2022-2024, il a été établi que le leadership pour la qualité des prestations de tous les acteurs à tous les niveaux du système de santé devait être renforcé. La Haute école spécialisée bernoise (HESB) a été chargée par la Commission fédérale de la qualité (CFQ) de formuler des recommandations fondées sur des données probantes et orientées vers la pratique pour des mesures visant à renforcer le leadership des collaborateurs assumant des tâches de direction et de gouvernance à différents niveaux du système de santé pour la promotion de la qualité des prestations de santé.

Procédure : La procédure adoptée était constituée premièrement d'une analyse systématique de la littérature (Rapid Review) afin d'identifier des recommandations fondées sur des données probantes. Dans un second temps, une procédure Delphi adaptée a permis de discuter des recommandations identifiées avec des experts nationaux, issus de différentes organisations spécialisées et associations professionnelles. Ce travail a permis d'évaluer la pertinence et l'applicabilité dans le contexte suisse de ces recommandations. Enfin, un comité consultatif a accompagné le déroulement scientifique du projet et a validé la démarche adoptée pour réaliser les différents « work-packages ».

Résultats : L'analyse de la littérature a permis d'identifier et d'inclure dans la revue un total de 32 publications. En complément, 27 guidelines/standards issus du contexte national et international ont pu être intégrés. Ensuite, les mesures identifiées dans la littérature ont été synthétisées et formulées en 67 recommandations visant à renforcer le leadership au niveau des fournisseurs de prestations, des assureurs et des autorités. Les recommandations ont été réparties en 8 thèmes (dirigeants, conditions de travail, participation, monitoring, communication & culture, pratique fondée sur les preuves & meilleures pratiques, interprofessionnalité & interdisciplinarité et systèmes d'incitation). Parmi celles-ci, 45 recommandations ont été jugées pertinentes et réalisables au moyen d'une procédure Delphi adaptée. Les cinq recommandations les plus importantes sont :

Au niveau des autorités, il faudrait que...

1. ...les structures de financement existantes soient évaluées et, le cas échéant, adaptées en cas de modification des exigences en matière d'assurance et d'amélioration de la qualité.

Au niveau des prestataires de services, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance devraient...

2. ...standardiser et rendre transparent le recrutement des cadres à tous les niveaux. Outre l'expertise clinique, les compétences de direction devraient notamment jouer un rôle central.
3. ...définir et standardiser les mesures prises pour renforcer la qualité en intégrant les parties prenantes pertinentes (p. ex. collaborateurs, patients, proches).
4. ... établir une culture de l'erreur qui permette d'aborder ouvertement les erreurs (just-culture). Cela implique également que les collaborateurs assumant des tâches de direction et de gouvernance parlent ouvertement des erreurs.
5. ...utiliser activement les données issues du monitoring pour améliorer la qualité en fonction des données.

Conclusion : le plus grand besoin d'action réside dans l'évaluation et l'adaptation des structures de financement existantes en vue d'assurer et d'améliorer la qualité au niveau du management. Il s'agit d'une condition fondamentale pour la mise en œuvre efficace d'autres mesures. La plupart des recommandations jugées pertinentes concernent notamment le niveau des prestataires de soins. Aucune des recommandations n'a été identifiée comme pertinente et praticable au niveau des assureurs ou complétée par les experts. L'absence de représentants des autorités et des assureurs lors de l'atelier a eu pour conséquence que leurs perspectives n'ont pas été prises en compte dans le développement de recommandations supplémentaires pertinentes pour la pratique. En raison de la diversité des conditions-cadres et des possibilités d'influence, les connaissances acquises dans d'autres pays ne sont que partiellement transposables au niveau des assureurs.

Sintesi

Premessa: a livello internazionale, da oltre dieci anni si sottolinea l'importanza della governance e della leadership nella promozione della qualità dei servizi medici. Anche in Svizzera si avverte la necessità di agire in questo senso, per questo il Consiglio federale ha definito la governance come un campo d'azione centrale nella sua strategia per la qualità. Per gli anni 2022-2024, è stato stabilito che la leadership per la qualità dei servizi deve essere rafforzata per tutti gli stakeholder a tutti i livelli del sistema sanitario. L'Università di Scienze Applicate di Berna (BFH) è stata incaricata dalla Commissione Federale per la Qualità (CQE) di formulare raccomandazioni basate sull'evidenza e orientate alla pratica per misure volte a rafforzare la leadership dei collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance a vari livelli del sistema sanitario. Questo per promuovere la qualità dei servizi medici.

Procedura: La procedura è consistita in un'analisi sistematica della letteratura (revisione rapida) e in un processo Delphi adattato per discutere le raccomandazioni identificate (con esperti nazionali di varie organizzazioni specializzate e associazioni professionali) in merito alla loro rilevanza e praticabilità nel contesto svizzero. Un comitato consultivo ha fornito supporto scientifico alle fasi del progetto e ha confermato la procedura nei pacchetti di lavoro.

Risultati: Nell'analisi della letteratura sono state identificate 32 pubblicazioni che sono state incluse nell'analisi. Inoltre, sono state incluse 27 linee guida/standard provenienti dal contesto nazionale e internazionale. Le misure identificate dalla letteratura sono state poi sintetizzate e formulate in 67 raccomandazioni per il rafforzamento della leadership a livello di fornitori di servizi, assicuratori e autorità politiche. Le raccomandazioni sono state suddivise in 8 aree tematiche (leader, condizioni di lavoro, partecipazione, monitoraggio, comunicazione e cultura, pratica basata sull'evidenza e best practice, interprofessionalità e interdisciplinarietà e sistemi di incentivazione). Di queste, 45 raccomandazioni sono state valutate come rilevanti e praticabili utilizzando un processo Delphi adattato. **Le cinque raccomandazioni più importanti** sono:

A livello di autorità politiche...

1. ...le strutture di finanziamento esistenti vengono valutate e, se necessario, adattate in caso di cambiamento dei requisiti di garanzia e miglioramento della qualità.

A livello di fornitore di servizi, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero...

2. ... standardizzare e progettare in modo trasparente il reclutamento del personale con funzioni dirigenziali a tutti i livelli. Oltre alle competenze cliniche, anche le capacità di leadership dovrebbero avere un ruolo centrale.
3. ... definire e standardizzare le misure da adottare per rafforzare la qualità con il coinvolgimento delle parti interessate (p.es. collaboratori, pazienti, familiari).
4. ... promuovere una cultura che permetta di affrontare apertamente gli errori. Ciò implica anche che i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance ammettano apertamente i propri errori.
5. ... utilizzare attivamente i dati del monitoraggio per migliorare la qualità.

Conclusioni: la maggiore necessità di azione è quella di valutare e adattare le strutture di finanziamento esistenti per quanto riguarda la garanzia e il miglioramento della qualità a livello di autorità politiche. Questo è un prerequisito fondamentale per l'attuazione efficace di ulteriori misure. La maggior parte delle raccomandazioni classificate come rilevanti riguarda in particolare il livello dei fornitori di servizi.

Nessuna delle raccomandazioni è stata identificata come rilevante e praticabile per il livello degli assicuratori o integrata dagli esperti. L'assenza di rappresentanti delle autorità politiche e degli assicuratori al workshop ha impedito di integrare le loro prospettive nello sviluppo di ulteriori raccomandazioni/pratiche. Soprattutto a livello assicurativo, i risultati ottenuti in altri Paesi sono trasferibili solo in misura limitata, a causa delle diverse condizioni quadro e delle possibilità di esercitare influenza.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
1.1	Zielsetzung	10
1.2	Vorgehen	10
1.3	Advisory Board	11
2	Rapid Review	11
2.1	Vorgehen	11
2.2	Ergebnisse.....	16
3	Einholen von Expertenmeinungen durch adaptiertes Delphi-Verfahren	27
3.1	Vorgehen	27
3.2	Ergebnisse.....	28
3.3	Empfehlungen	33
4	Schlussfolgerungen	54
5	Abbildungsverzeichnis	55
6	Tabellenverzeichnis	55
7	Literaturverzeichnis	56
8	Anhang	61
8.1	Anhang A.....	61
8.2	Anhang B.....	70

1 Einleitung

International wird seit über zehn Jahren darauf hingewiesen, dass Governance und Leadership wichtige Elemente zur Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen und entsprechender Reduktion von Patientenleid und Kosten sind ^[1]. Für die Schweiz wird ebenfalls Handlungsbedarf erkannt ^[2]. Entsprechend hat der Bundesrat in seiner Qualitätsstrategie Governance zu einem der zentralen Handlungsfelder erklärt ^[3]. Für die Jahre 2022-2024 ist eines der Ziele im Handlungsfeld Governance: *«Die Leadership für Qualität der Leistungen aller Akteure auf allen Ebenen des Systems wird verstärkt. [...] Die [Eidgenössische Qualitätskommission] EQK gibt Empfehlungen ab, wie sich Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben für die Qualität einsetzen.»* (Pflichtenheft).

1.1 Zielsetzung

Die Berner Fachhochschule (BFH) wurde von der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) beauftragt, evidenzbasierte und praxisorientierte Empfehlungen für Massnahmen zur Stärkung der Leadership von Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems für die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen zu formulieren¹.

1.2 Vorgehen

Das Vorgehen setzte sich aus den folgenden zwei Arbeitspaketen (AP) zusammen und beinhaltete als Lieferobjekt die Erstellung eines Berichts, welcher die wissenschaftliche Evidenz zu Massnahmen zur Stärkung der Leadership bei Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben für die Qualität zusammenfasst und daraus Empfehlungen ableitet:

(1) AP1 – Durchführung eines Rapid Reviews (Literaturanalyse):

In einem ersten Schritt wurde eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um die wissenschaftliche Evidenz zu Massnahmen zur Stärkung der Leadership bei Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben für die Qualität zusammenzufassen.

(2) AP2 – Einholen von Expertenmeinungen durch adaptiertes Delphi-Verfahren:

In einem zweiten Schritt wurden die identifizierten Massnahmen aus der Literatur synthetisiert und zu Empfehlungen zur Stärkung der Leadership auf Ebene Leistungserbringer, Versicherer und Behörde ausformuliert. Die insgesamt 67 identifizierten Empfehlungen wurden anschliessend in Anlehnung an ein Delphi-Verfahren einer Gelegenheitsstichprobe von nationalen Expert/innen hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität im Rahmen eines Workshops diskutiert, final überarbeitet und an den Schweizer Kontext adaptiert.

¹ Massnahmen zur Stärkung der Leadership für die Qualität im Gesundheitswesen
<https://www.bfh.ch/de/forschung/forschungsprojekte/2024-024-710-722/>

1.3 Advisory Board

Die Projektgruppe wurde wissenschaftlich von einem Advisory Board in den jeweiligen Schritten beraten. Das Advisory Board gab Rückmeldungen zu den Teilergebnissen und bestätigte das Vorgehen in den Arbeitspaketen. Die Vertretungen aus den anderen Sprachregionen übernahmen die Übersetzung der Zusammenfassung und Empfehlungen. Das Advisory Board setzte sich aus den folgenden Vertretenden zusammen:

- Berner Fachhochschule: Prof. Dr. Kai-Uwe Schmitt, Prof. Dr. Miriam Körner
- Fachhochschule Südschweiz: Dr. Stefan Kunz
- Fachhochschule Westschweiz: Prof. Dr. Christian Voirol

2 Rapid Review

Im ersten Arbeitspaket (AP1) wurde ein Rapid Review (Literaturanalyse) durchgeführt, um die wissenschaftliche Evidenz für Massnahmen, die Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems befähigen und unterstützen, sich für die Förderung von Qualitätsentwicklung einzusetzen, zusammenzufassen und basierend darauf entsprechende Empfehlungen für Massnahmen zu formulieren, die sich an Leistungserbringer, Behörden, die Leistungsaufträge erteilen, und Versicherer (Partner der Qualitätsverträge) richten.

2.1 Vorgehen

Ein Rapid Review ist definiert als *«eine Art von Evidenzsynthese, die Informationen aus verschiedenen Quellen zusammenfasst, um auf systematische und ressourceneffiziente Weise Evidenz zu schaffen. Dies geschieht durch eine Beschleunigung der Aktivitäten, indem eine Vielzahl von Methoden vereinfacht oder eingeschränkt werden»* [4(S. 3)]. Rapid Reviews ermöglichen einen pragmatischen Ansatz unter begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen, um dennoch systematisch umfassende Erkenntnisse zu sammeln, als Grundlage für Entscheidungen [5]. Bei der Vorgehensweise des Rapid Reviews orientierte sich das Projektteam an den Cochrane Empfehlungen [4]. Die Vorgehensweise setzte sich aus den folgenden Schritten zusammen:

(1) Entwicklung Fragestellung: Ausgehend vom Ziel wurde folgende Fragestellung nach dem PICOS-Schema formuliert:

«Welche evidenzbasierten Massnahmen gibt es für Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben auf verschiedenen Ebenen im Gesundheitssystem zur Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen und wie wirken sie?»

(P) Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben auf verschiedenen Ebenen; (I) Massnahmen; (C) keine Massnahmen; (O) Qualität von medizinischen Leistungen; (S) Gesundheitssystem.

(2) Definition von Ein- und Ausschlusskriterien: Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl geeigneter Publikationen wurden festgelegt. *Tabelle 1* gibt einen Überblick über die formulierten Kriterien sowie deren Begründung.

Domäne	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Domäne 1: Design(s)	Querschnittstudien, Längsschnittstudien, (Randomisiert) Kontrollierte Studien & Reviews.	Studien, die nicht zur Untersuchung von Zusammenhängen geeignet sind.	Fokussierung auf Studiendesigns, in denen Massnahmen zur Stärkung der Leadership in Verbindung mit dem Outcome Qualität von medizinischen Leistungen gebracht wurden. Quantitative Studien mit Aussagen zum Zusammenhang und Wirkung von Massnahmen zur Stärkung von Leadership und Qualität von medizinischen Leistungen wurden priorisiert.
Domäne 2: Population	Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben auf Makro-, Meso- und Mikroebene des Gesundheitssystems.	Studien, die sich auf andere Populationen konzentrieren, wie Patient/innen oder administrative Angestellte ohne Führungs- und Governance-Aufgaben sowie ausserhalb des Gesundheitswesens.	Fokussierung auf die spezifische Zielgruppe, die für die Umsetzung von Leadership-Massnahmen verantwortlich ist.
Domäne 3: Intervention	Einschluss von Studien, welche sich auf die Wirkung oder den Zusammenhang von Leadership-Massnahmen mit der Steigerung der Qualität von medizinischen Leistungen beziehen, wie bspw. Massnahmen zur Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement, Einführung von Prozessverbesserungen (z.B. Lean Management), Massnahmen zur Patientensicherheit (z.B. Checklisten, Fehlermeldesysteme) oder Programme zur Steigerung der Effizienz (z.B. Workflow-Optimierung, Digitalisierung), etc.	Ausschluss von Studien, die sich bspw. nur auf Führungsqualitäten (Leadership-Style) ohne Bezug zur Qualität medizinischer Leistung beziehen.	Der Fokus liegt auf Leadership-Massnahmen, die spezifisch zur Verbesserung der Qualität von medizinischen Leistungen beitragen. Von daher ist es wichtig, sicherzustellen, dass die Massnahmen in den Kompetenz- und Verantwortungsbereich von Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben fallen.
Domäne 4: Outcome	Einschluss von Studien, die sich auf die Verbesserung der Qualität von medizinischen Leistungen beziehen (gemessen anhand Prozess-, Struktur- oder Ergebnisqualität).	Ausschluss von Studien, die keine relevanten Ergebnisse zur Qualität von medizinischen Leistungen liefern, bspw. ausschliesslich auf ökonomische Ergebnisse ohne Bezug zur Versorgungsqualität.	Die Qualität von medizinischen Leistungen ist das zentrale Outcome, um die Wirksamkeit der Leadership-Massnahmen zu bewerten.
Domäne 5: Setting	Alle Ebenen des Gesundheitssystems (Makro-, Meso- und Mikroebene).	Studien ausserhalb des Gesundheitssystems.	Der Kontext des Gesundheitssystems ist entscheidend, um die Relevanz der Ergebnisse für die Zielgruppe sicherzustellen.
Domäne 6: Publikationsjahr	10 Jahre	Ausschluss von Studien, die vor 2014 publiziert wurden.	Aktualität der Forschung und Daten.
Domäne 7: Sprache	Deutsch und Englisch	Studien in anderen Sprachen, wenn keine Übersetzung verfügbar ist.	Sicherstellung der Verständlichkeit und der Möglichkeit zur Analyse durch die Forschenden.
Domäne 8: Verfügbarkeit	Verfügbarkeit der Vollversionen	-	Vollständiger Zugang ist notwendig, um eine umfassende Analyse und Synthese der Ergebnisse durchzuführen.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für Studienauswahl

(3) **Durchführung systematische Literaturrecherche:** Die Durchführung der systematischen Literaturrecherche erfolgte in Anlehnung an die «10 Schritte zur systematischen Literaturrecherche» gemäss RefHunter [6]. Dabei wurde in einem ersten Schritt die formulierte Fragestellung in verschiedenen Suchkomponenten unterteilt. Basierend auf den festgelegten Suchkomponenten wurden anschliessend geeignete Suchbegriffe, wie zum Beispiel MeSH-Terms und Textworte, identifiziert und mithilfe von Booleschen Operatoren (AND, OR, NOT) zu einem Suchstring verknüpft. Der Suchstring wurde anhand der Überprüfungsfragen des «Peer Review of Electronic Search Strategies» (PRESS), welches potenzielle Konzeptions- als auch Syntaxfehler adressiert, vom Advisory Board geprüft und genehmigt [7].

Die systematische Literaturrecherche fand im Juni 2024 in den Datenbanken Medline via PubMed, CINAHL und PsycInfo statt. In *Tabelle 2* ist der Suchstring sowie die verwendeten Filter für die Datenbank Medline via PubMed ersichtlich. Die Suchstrings für die anderen Datenbanken wurden in Anlehnung an den Suchstring in PubMed konzipiert. Ergänzend zur systematischen Literaturrecherche wurde eine Handsuche zur Identifizierung grauer Literatur durchgeführt. Dabei lag der Fokus auf Guidelines von Managementorganisationen (z.B. das Leadership Model Swiss Nurse Leaders), Hochschulen (z.B. Leadership and Management Standards for Healthcare Teams der Faculty of Medical Leadership and Management), internationalen Organisationen (z.B. World Health Organization WHO) und nationalen Behörden verschiedener Länder. Die genannten Schritte zur Durchführung der Literaturrecherche wurden als iterativen Prozess verstanden und je nach Anzahl Treffer wiederholt. Die verwendeten Suchbegriffe und Suchstrings wurden in einem Rechercheprotokoll aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit dokumentiert.

Datenbank	Suchstring	Verwendete Filter	Anzahl Treffer
PubMed	<p>(((((leadership[MeSH Terms]) OR (clinical governance[MeSH Terms])) OR (Personnel Management[MeSH Terms])) OR (Administrative Personnel[MeSH Terms]) AND ((y_10[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter] OR controlledclinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR observationalstudy[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter]))) AND (((((((strategy[Text Word]) OR (intervention[Text Word])) OR (measure[Text Word])) OR (program[Text Word])) OR (initiative[Text Word])) OR (action[Text Word])) OR (method[Text Word])) OR (training[Text Word])) OR (engagement[Text Word])) OR (practice[Text Word]) AND ((y_10[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter] OR controlledclinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR observationalstudy[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter]))) AND ("Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Clinical Competence" [Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment, Health Care" [Mesh] OR "Quality Improvement" [Mesh] AND ((y_10[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter] OR controlledclinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR observationalstudy[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter]))) AND (((("Delivery of Health Care"[Mesh]) OR "Health Care Sector"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Health Care Economics and Organizations"[Mesh] AND ((y_10[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter] OR controlledclinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR observationalstudy[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (english[Filter] OR german[Filter])))</p>	Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Meta-Analysis, Observational Study, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Review, in the last 10 years, English, German	421

Tabelle 2: Suchstring PubMed

(4) **Identifizierung geeigneter Publikationen für den Einschluss:** Es konnten in den Datenbanken Medline via PubMed, CINAHL und PsycInfo insgesamt 919 Treffer identifiziert werden. Nach dem Entfernen von 25 Duplikaten wurden 894 Publikationen anhand Titel und Abstract auf deren potenziellen Einschluss gescreent. Dieser Schritt erfolgte in einem schrittweisen Vorgehen, wobei die ersten 20% der angezeigten Treffer durch zwei Projektmitglieder unabhängig voneinander auf deren Eignung geprüft wurden. Nachdem eine Übereinstimmung der einzelnen Einschätzungen von über 80% erreicht wurde, wurden die verbliebenen Treffer von einem Projektmitglied bezüglich potenziellem Einschluss geprüft ^[4]. Die verbliebenen 104 Volltexte wurden anschliessend anhand den vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe *Tabelle 1*) auf deren Eignung geprüft. Schliesslich konnten 32 geeignete Publikationen identifiziert und in die Analyse eingeschlossen werden. Ergänzend konnten 27 Guidelines/Standards aus dem nationalen und internationalen Kontext einbezogen werden (graue Literatur). Die Auswahl geeigneter Publikationen wurde in **Error! Reference source not found.** anhand des Flussdiagramms PRISMA dokumentiert ^[8].

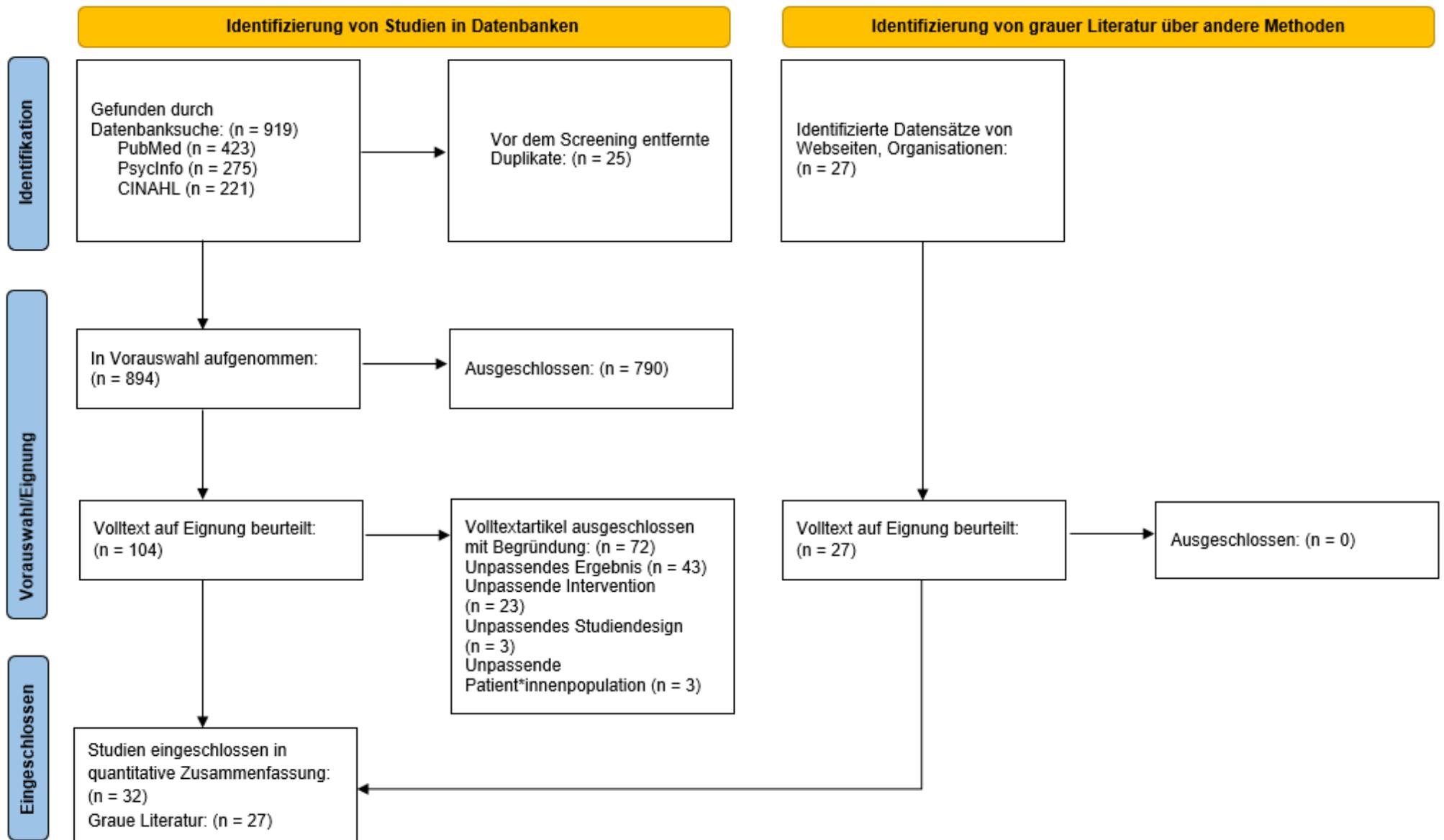


Abbildung 1: PRISMA Flussdiagramm

(5) Qualitätseinschätzung eingeschlossener Publikationen:

Für die Beurteilung der Studienqualität wurden designspezifische Checklisten verwendet, um die eingeschlossenen Artikel anhand wissenschaftlicher Kriterien (z.B. Qualität des Studiendesigns und des methodischen Vorgehens, Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung) einzuschätzen (Tabelle 3).

Design	Verwendete Checkliste zur Qualitätseinschätzung
Systematische Reviews und Metaanalysen	A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR 2) ^[9]
Scoping Review	Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses (Joanna Briggs Institute) ^[10]
Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	Checklist for Randomized Controlled Trials (Joanna Briggs Institute) ^[11]
Mixed Methods Designs	Checklist for Qualitative Research (Joanna Briggs Institute) ^[12]
Narrative Reviews	Checklist for Textual Evidence: Narrative (Joanna Briggs Institute) ^[13]

Tabelle 3: Designspezifische Checkliste zur Qualitätseinschätzung

(6) Datenextraktion: Für die Synthese relevanter Ergebnisse wurden die Daten aus den eingeschlossenen Artikeln extrahiert und in Form einer tabellarischen Übersicht dargestellt. Die Übersichtstabelle beinhaltet neben allgemeinen Angaben zur Publikation (z.B. Angaben zu den Autor/innen, Land / Jahr der Publikation und Studiendesign) auch Ausführungen zu den verwendeten Massnahmen sowie den zentralen Ergebnissen in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen. Die Übersichtstabelle kann im Anhang B eingesehen werden.

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Charakteristika der Studien

Insgesamt konnten 32 wissenschaftliche Artikel und weitere 27 internationale Berichte und Guidelines in die Literaturanalyse integriert werden. Die Studien wurden im Zeitraum zwischen 2014 und 2024 publiziert. Unter den eingeschlossenen Studien waren unter anderem 3 Metaanalysen und 11 systematische Reviews, 6 Literaturreviews, 4 Narrative Reviews, 4 Scoping Reviews, 1 Integratives Literaturreview, 2 Mixed-Methods-Design/Multiple Case Study sowie 1 Cluster-randomisierte kontrollierte Studie. Die Datengrundlage stammte grösstenteils aus den USA, Australien und Europa bspw. UK oder Norwegen).

2.2.2 Charakteristika der grauen Literatur

In Bezug auf die graue Literatur waren von den 27 Quellen insgesamt 16 inter- bzw. nationale Berichte von Behörden oder nationalen Organisationen, die spezifisch für die Qualität im Gesundheitswesen verantwortlich sind. Weitere 11 Referenzen unterstreichen die zentrale Rolle von Führungspersonen bei der Sicherstellung von Qualität und Patientensicherheit ^[14–16], der Schaffung eines gesunden und produktiven Arbeitsumfeld ^[17–19], indem zum Beispiel offene Kommunikation ^[20,21] und Mitarbeitende individuell gefördert sowie bei Entscheidungen einbezogen werden ^[22–24]. Die integrierten Standards/Richtlinien stammen aus folgenden Ländern: USA ^[20,25], Australien ^[26,27], Kanada ^[28,29], England ^[15,30–32], Deutschland ^[16,33] oder

Slowenien ^[34,35] veröffentlicht. In der grauen Literatur finden sich auch Quellen mit entsprechenden Frameworks, in denen Governance ein Bestandteil war, beispielsweise das «National Model Clinical Governance Framework» aus Australien, das auf den Standards des «National Safety and Quality Health Service» (NSQHS) basiert. Ebenfalls umfasst die graue Literatur eine Quelle der WHO. Diese betont in ihrem «Handbook for National Quality Policy and Strategy» die Bedeutung einer integrierten Strategie zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ^[36,37]. Für die Schweiz konnte kein einheitlicher/nationaler Standard oder übergeordnetes Rahmenmodell gefunden werden.

2.2.3 Methodische Qualität der Studien

Die Studienqualität der eingeschlossenen Artikel wurde von einem Projektmitglied anhand von AMSTAR 2 (14 Studien) und der JBI-Checkliste (18 Studien) bewertet und von einem zweiten Projektmitglied überprüft. Insgesamt erwies sich die Qualität der Studien als überwiegend gut. Die Checklisten der eingeschlossenen Artikel sowie die Bewertung der Studienqualität sind in Anhang A einsehbar.

Die 13 systematischen Reviews und eine Metaanalyse ^[22,38–50] weisen mehrheitlich eine solide methodische Vorgehensweise auf. Insbesondere die Studien von Guibert-Lacasa & Vázquez-Calatayud ^[49], Husebø & Akerjordet ^[51] sowie die Metaanalyse von Alanazi et al. ^[39] zeichnen sich durch eine hohe Qualität aus. Hinweise auf Verzerrungsrisiken (Bias) wurden jedoch in den Studien häufig nicht angegeben. Die Qualität der Reviews von André et al. ^[47], Leggat & Balding ^[40] und Veazie et al. ^[42] wurde aufgrund methodischer Schwächen wie fehlender Suchstrategie, fehlender Ein- und Ausschlusskriterien oder fehlendem Umgang mit Bias als eher niedrig bewertet. Acht Scoping Reviews weisen insgesamt eine solide methodische Qualität auf ^[52–59], obwohl viele Studien Lücken hinsichtlich potenzieller Verzerrungen (Bias) aufweisen. Drei Mixed-Methods-Studien werden als qualitativ hochwertig bewertet ^[60–62]. Die fünf narrativen Studien erfüllen die Kriterien der JBI-Checkliste ^[63–67]. Die methodische Qualität der randomisierten kontrollierten Studie (RCT) von Jeon et al. ^[68] wurde als hoch eingestuft.

2.2.4 Ergebnissynthese

Nach der Datenextraktion wurden die in der Literatur beschriebenen Massnahmen zu den folgenden acht nicht trennscharfen Themenbereichen zusammengefasst. Die inhaltlichen Schwerpunkte pro Themenbereich sind jeweils hervorgehoben. Anschliessend wurden die Massnahmen als Basis für den Experten-Workshop zu Empfehlungen ausformuliert.

2.2.4.1 Führungspersonen

Viele wirksame Massnahmen zur Stärkung von Leadership zur Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen betreffen die Führungspersonen innerhalb der Leistungserbringer, deren Führungsstil, Kompetenzen, Rekrutierung sowie die Evaluation der durch sie ergriffenen Massnahmen.

Stärkung von transformationalen Führungskompetenzen

Mehrere Studien beschreiben die Wirksamkeit eines transformationalen Führungsstils zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Umfassende Schulungs- und Entwicklungsprogramme zur Stärkung transformaler Führungskompetenzen für Führungspersonen im Gesundheitswesen beinhalten intellektuelle Stimulation,

kritisches Denken, Innovation und die Förderung des individuellen Potenzials der Teammitglieder. Auf diese Weise kann eine positive Kultur der Zusammenarbeit, Offenheit und Inklusion gefördert und das Personal motiviert und inspiriert werden. Zentrales Ziel der transformationalen Führungskompetenzen ist die Etablierung einer positiven Sicherheitskultur, in der Sicherheit und Qualität der Patientenversorgung oberste Priorität haben. Darüber hinaus kann ein sicheres, integratives und effektives Arbeitsumfeld geschaffen werden. [22,39,43,52,63,68]

Wirksame Programme zur Förderung des transformationalen Führungsstils basieren auf den methodischen Ansätzen Action Learning, Mentoring, Coaching, klinische Supervision und fallbasiertes Lernen. Diese Ansätze ermöglichen praxisnahe Lernerfahrungen, die auf eine kontinuierliche Verbesserung der Führungskompetenzen ausgerichtet sind. [43]

Zu den zentralen thematischen Schwerpunkten der Schulungs- und Entwicklungsprogramme gehören [47,53,69–71]:

- Unterstützende Führung, die auf Weiterbildung und offene Kommunikationskanäle setzt, um das Vertrauen zwischen Führungspersonen und Mitarbeitenden zu stärken.
- Kommunikation, die durch regelmässige Feedbackgespräche gefördert wird, um Teamarbeit zu optimieren und eine Kultur der Offenheit und des gegenseitigen Respekts zu pflegen.
- Konfliktlösung, bei der Führungspersonen Techniken zur effektiven Konfliktbewältigung erlernen, um ein harmonisches Arbeitsumfeld zu gewährleisten.
- Empowerment, das die Mitarbeitenden befähigt, Verantwortung zu übernehmen und eigenständig Entscheidungen zu treffen, was die Effektivität des Teams steigert.
- Risikomanagement, das die Sicherheit der Patientenversorgung gewährleistet, indem die Mitarbeitenden darin geschult werden, Risiken zu erkennen und zu minimieren.

Einführung von Mentoring-Programmen zur Nachwuchsförderung

Die Einführung von Mentoring-Programmen im Gesundheitswesen verfolgt das Ziel, die Entwicklung von Führungskompetenzen bei neuen und bestehenden Führungspersonen zu fördern. Erfahrene Führungspersonen übernehmen die Rolle von Mentor/innen und Coaches, um eine nachhaltige Führungskultur aufzubauen. Diese Programme stärken nicht nur die individuellen Fähigkeiten der Führungspersonen, sondern fördern auch die organisatorische Effektivität und verbessern die Qualität der Gesundheitsversorgung. Durch die kontinuierliche Begleitung der Mentor/innen/Coaches werden die Führungsfähigkeiten gefestigt, insbesondere in der praktischen Anwendung von transformationalen Führungskompetenzen. [22,39,51,53,59,66]

Fort- und Weiterbildungsprogramme für Führungspersonen

Die Ergebnisse zeigen, dass kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsprogramme für Führungspersonen im Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung sind. Diese Massnahmen zielen darauf ab, Führungskompetenzen zu stärken. Durch gezielte Schulungen in Bereichen wie Konfliktmanagement, strategische Planung, Change-Management und Kommunikationsstrategien sollen sie in die Lage versetzt werden, ihre Teams effektiver zu führen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Schaffung einer positiven Organisationskultur, die das Arbeitsumfeld verbessert und die Leistungsfähigkeit der Teams erhöht. [38,51,54,56,58,59,61,62,66–68,72]

Blended-Learning-Programme, die Online- und Präsenzformate kombinieren, werden für die Umsetzung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen empfohlen und ermöglichen eine nutzerzentrierte Entwicklung von Führungsmassnahmen. ^[61,62,69]

Evaluation von Führungsmassnahmen

Die Nutzung von Führungsleitfäden, die konkrete Anweisungen und Empfehlungen zur Umsetzung von Führungsmassnahmen bieten, unterstützt die Überwachung des Fortschritts und die Anpassung von Managementstrategien. ^[61,62]

Für die Evaluation von Führungsmassnahmen wird der Kirkpatrick-Ansatz empfohlen. Dieser Ansatz umfasst vier Stufen ^[43]:

- Reaktion (Level 1): Erfassung der unmittelbaren Reaktion der Führungspersonen und/oder Mitarbeitenden auf die Führungsmassnahmen/Intervention durch Fragebögen oder Interviews.
- Lernen (Level 2): Erfassung des Wissenszuwachses und der erworbenen Fähigkeiten der Führungspersonen und/oder Mitarbeitenden anhand von Tests, Selbsteinschätzungen und praktischen Übungen.
- Verhalten (Level 3): Beobachtung und Bewertung durch Vorgesetzte und Kolleg/innen der Umsetzung der gelernten Fähigkeiten im Arbeitsalltag.
- Ergebnisse (Level 4): Messung der Auswirkungen der Intervention auf die Versorgungsqualität und die Teamleistung durch quantitative und qualitative Analysen.

Formalisierung von Rekrutierungsprozessen in der medizinischen Führung

Die Formalisierung von Rekrutierungsprozessen in der medizinischen Führung ist entscheidend für die Verbesserung der Organisationsleistung im Gesundheitswesen. In der Literatur wird betont, dass klare Kriterien und standardisierte Verfahren für die Rekrutierung medizinischer Führungspersonen entwickelt werden müssen. Diese Verfahren sollten sowohl fachliche Qualifikationen als auch Führungskompetenzen einbeziehen. Transparente und objektive Auswahlprozesse helfen, die besten Kandidat/innen zu identifizieren und tragen zur Stärkung der Führungskultur sowie zur Verbesserung der organisatorischen Leistung bei. ^[46]

2.2.4.2 Arbeitsbedingungen

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass Massnahmen zur Verbesserung des Arbeitsumfelds sowie zur Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Bindung von Gesundheitspersonal entscheidend sind, um ein sicheres, befähigendes und zufriedenstellendes Arbeitsumfeld zu schaffen und letztlich zur Qualitätssicherung beizutragen.

Optimierung der Arbeitsbedingungen

Die kontinuierliche Anpassung der Arbeitsbedingungen erfordert eine regelmässige Überprüfung und Optimierung von Arbeitszeiten, Arbeitsumgebungen und organisatorischen Prozessen. Schnell umsetzbare «Quick Wins» sowie langfristige strategische Anpassungen spielen eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Arbeitsumgebung. ^[39]

Die Gestaltung von ergonomischen Arbeitsplätzen zur Reduzierung körperlicher Belastungen ist ebenfalls von grosser Bedeutung. Massnahmen wie die Bereitstellung von höhenverstellbaren Schreibtischen,

ergonomischen Stühlen und Schulungen zur richtigen Körperhaltung tragen dazu bei, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. ^[47,53]

Die Einführung flexibler Arbeitszeitregelungen wie Teilzeit, Gleitzeit oder selbstorganisierte Dienstpläne wird als wirksame Massnahme zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben hervorgehoben. Pilotprojekte zeigen, dass Mitarbeitende durch selbstbestimmte Dienstpläne stärker eingebunden und motiviert werden. ^[47,53]

Darüber hinaus ist eine angemessene Personalbesetzung entscheidend, um Überlastungen und Burnout-Risiken zu vermeiden. Eine Mindestbesetzung pro Schicht trägt zu einer gerechten Verteilung der Arbeitsbelastung und zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität bei. ^[47,53]

Mitarbeitendenbefragungen, Feedback, Massnahmen

Um die Mitarbeitendenzufriedenheit und die Bindung des Gesundheitspersonals zu erhöhen, sind regelmässige Umfragen unerlässlich. Ziel dieser Befragungen ist es, die Zufriedenheit, die Bedürfnisse und die Herausforderungen des Personals systematisch zu erfassen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse dienen als Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Um eine möglichst breite Beteiligung zu gewährleisten, werden sowohl digitale als auch physische Beteiligungsmöglichkeiten empfohlen. Die Ergebnisse der Befragungen fliessen direkt in Massnahmenpläne ein, um ein sicheres und unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen. ^[39]

360-Grad-Feedback

Um die Führungsentwicklung und Qualitätsverbesserung zu unterstützen, sollten kontinuierliche Feedbackmechanismen implementiert werden, wie z. B. 360-Grad-Feedbacksysteme, bei denen Kolleg/innen, Vorgesetzte und Patient/innen regelmässig ihre Einschätzungen abgeben. Dieses Feedback ermöglicht die Überwachung des Lernfortschritts und die Anpassung von Schulungs- und Entwicklungsprogrammen, um eine kontinuierliche Verbesserung zu erreichen und den sich ändernden Bedürfnissen der Organisation gerecht zu werden. ^[43,66]

Förderung der Stabilität und des Engagements des Managements

Die Ergebnisse des Literaturreviews zeigen, dass die langfristige Bindung von Führungspersonen im Gesundheitswesen entscheidend durch attraktive Arbeitsbedingungen und klare Karrierewege gefördert wird. Wettbewerbsfähige Löhne, flexible Arbeitszeiten und Home-Office-Optionen tragen massgeblich zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit bei. Regelmässige Weiterbildungen ermöglichen zudem die kontinuierliche Weiterentwicklung von Führungspersonal und stärken deren langfristiges Engagement. Die Einführung eines umfassenden Benefit-Programms, das Zusatzleistungen wie Gesundheitsförderung, Weiterbildung und flexible Arbeitsmodelle umfasst, trägt ebenfalls dazu bei, das Engagement des Managements zu fördern und häufige Personalwechsel zu verhindern. Regelmässige Zufriedenheitsbefragungen unterstützen diese Massnahmen, indem sie wertvolle Einblicke in die Bedürfnisse der Führungspersonen liefern und gezielte Anpassungen ermöglichen. ^[61,62]

Fort- und Weiterbildungsprogramme für Mitarbeitende

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsprogramme für Mitarbeitende im Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung sind. Diese Massnahmen zielen darauf ab, die beruflichen Fähigkeiten und das Selbstbewusstsein der Mitarbeitenden zu stärken, damit sie in der Lage sind, fundierte Entscheidungen zu treffen und verantwortungsvolle Aufgaben zu übernehmen. Individuelle

Laufbahn- und Entwicklungspläne, die in regelmässigen Entwicklungsgesprächen mit den Führungspersonen erarbeitet werden, helfen dabei, berufliche Ziele zu definieren und geeignete Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten auszuwählen. Regelmässige Fort- und Weiterbildungsangebote stellen zudem sicher, dass das Wissen und die Fähigkeiten der Mitarbeitenden kontinuierlich erweitert und den aktuellen Anforderungen im Gesundheitswesen angepasst werden. [47,53,54,58,66,72]

2.2.4.3 Partizipation

Die Synthese der Literaturergebnisse betont die Bedeutung partizipativer Ansätze in Führungsprozessen im Gesundheitswesen, insbesondere durch die Einbindung von Stakeholdern (wie Mitarbeitenden, Patient/innen, Angehörigen, Fachpersonen) in Entscheidungsprozesse. Dies stärkt die Autonomie und Handlungskompetenz der Beteiligten und fördert gleichzeitig die kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Stakeholdereinbezug beim Entwickeln von Führungsmassnahmen

Stakeholdergruppen, die regelmässig in die Entwicklung und Umsetzung von Führungsmassnahmen eingebunden werden, fördern eine partizipative Kultur. Regelmässige Meetings, Workshops und kontinuierliche Feedback-Mechanismen zu ergriffenen Massnahmen tragen zur Stärkung der Führungskompetenzen und zur Qualitätsverbesserung bei. Diese Ansätze bringen das Managementteam und Stakeholder zusammen, um gemeinsame Lösungen zu entwickeln, Best Practices auszutauschen und Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeiten zu verbessern. Dies stärkt die Teamführung und schafft ein kooperatives Arbeitsumfeld, das Innovationen fördert. [43,61,62,66]

Stakeholdereinbezug bei Entscheidungsprozessen

Die Einbindung von Stakeholdern, einschliesslich Mitarbeitenden, Patient/innen und Angehörigen, in Entscheidungsprozesse (z.B. Vision, Strategie) ist von zentraler Bedeutung. [61,62]

Der Einbezug von Mitarbeitenden in Entscheidungsprozesse fördert deren Autonomie, Handlungskompetenz und Verantwortungsbewusstsein. Empowerment-Strategien wie Workshops und Trainings binden die Mitarbeitenden aktiv ein und stärken ihre Rolle in der Organisation. Durch formalisierte Entscheidungsprozesse wird den Mitarbeitenden systematisch Verantwortung übertragen, so dass sie ihre Arbeitsbedingungen und organisatorischen Entscheidungen aktiv mitgestalten können. Dieser Ansatz fördert Motivation und Engagement, da die Mitarbeitenden ermutigt werden, ihr Wissen und ihre Erfahrungen einzubringen. [39,47,52,53,59,63,68]

Ein umfassendes System zur Qualitätssicherung integriert die aktive Beteiligung der Patient/innen an Entscheidungsprozessen sowie das systematische Patientenfeedback in die strategische Planung und Qualitätssicherung. Regelmässige Patientenbefragungen und Fokusgruppen tragen zur Steigerung der Patientenzufriedenheit bei und ermöglichen eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität. Dieses Feedback fliesst direkt in Schulungsprogramme und strategische Entscheidungen ein, um eine patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. [43,44,52,55,57]

2.2.4.4 Monitoring

Die Ergebnisse zeigen, dass ein systematisches Monitoring von Qualitäts- und Leistungsindikatoren sowie eine effektive Datennutzung relevant zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der organisatorischen Effizienz beitragen.

PDCA-Zyklus

Die Einführung eines strukturierten Systems zur kontinuierlichen Verbesserung ist entscheidend, um Prozesse und Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu überwachen und zu optimieren. Der Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Zyklus bietet hierfür einen strukturierten Ansatz, der eine zeitnahe Anpassung der Versorgung an neue Erkenntnisse und Rückmeldungen sowie eine nachhaltige Verbesserung gewährleistet. [61,62]

Kontinuierliche Überwachung und Evaluierung der Qualität

Die Messung von Qualitäts- und Leistungsindikatoren ist ein zentrales Element, um eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Regelmässige Messungen helfen, Fortschritte und Verbesserungspotenziale zu erkennen. Benchmarking mit anderen Gesundheitsorganisationen hilft, Best Practices zu identifizieren und in die eigenen Prozesse zu integrieren. Der Einsatz digitaler Dashboards ermöglicht die Echtzeitüberwachung wichtiger Qualitäts- und Leistungsindikatoren wie Patientenzufriedenheit und Ressourcennutzung, während regelmässige Datenanalysen das frühzeitige Erkennen von Trends und Problemen unterstützen. Eine datengestützte Entscheidungsfindung und die Priorisierung von Massnahmen zur Qualitätsverbesserung wird ermöglicht. [40,42,55,57,68]

Regelmässige interne und externe Audits sind für die Qualitätssicherung zentral, da sie eine umfassende Bewertung der Qualitätssysteme ermöglichen und sicherstellen, dass alle Prozesse den festgelegten Standards entsprechen. Die Einbindung der Mitarbeitenden aller Stufen in den Auditprozess erhöht das Engagement und die Akzeptanz der Massnahmen. Zudem fördern standardisierte Protokolle auf Basis der Auditergebnisse die kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsprozesse. Lokale Champions, die den Auditprozess vorantreiben, und eine offene Feedbackkultur sind ebenfalls wirksam, um Lern- und Verbesserungsprozesse zu stärken. [40,45,72]

Qualitätskontrollprozesse, die regelmässige Bewertungen und Feedback von Mitarbeitenden und Patient/innen einbeziehen, sind ebenfalls förderlich für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität. [22,57,68]

2.2.4.5 Kommunikation & Kultur

Leadership zur Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen umfasst auch die Kommunikation und Kultur. Gemäss Erkenntnissen aus der Literatur können Führungspersonen Massnahmen ergreifen, die einerseits die Sicherheit- und Fehlerkultur und andererseits die Kommunikation und Wertschätzung mit und unter den Mitarbeitenden betreffen.

Mitarbeitendenbefragungen zur Erfassung des Sicherheitsklimas

Um die Wahrnehmung des Sicherheitsklimas durch die Mitarbeitenden und ihre Erfahrungen am Arbeitsplatz zu erfassen, sollten regelmässig anonyme Mitarbeitendenbefragungen durchgeführt werden. Ziel dieser

Befragungen ist es, Sicherheitsbedenken zu identifizieren, das Vertrauen in das Fehlermeldesystem zu bewerten und das allgemeine Sicherheitsgefühl am Arbeitsplatz zu analysieren. Die erhobenen Daten ermöglichen die Umsetzung gezielter Massnahmen zur Förderung eines sicheren und unterstützenden Arbeitsumfeldes. [22,52,53]

Systematische Erfassung und Identifikation von Fehlerquellen

Die Einführung eines zentralen Fehlermeldesystems ist entscheidend für die systematische Identifikation von Fehlerquellen und die kontinuierliche Überwachung des Sicherheitsklimas. Ein benutzerfreundliches Fehlermeldesystem soll sicherstellen, dass die Mitarbeitenden ohne Hemmschwellen potenzielle Risiken melden können. Regelmässige Sicherheitsaudits und Überprüfungszyklen unterstützen die Analyse und Dokumentation von Fehlern und leiten notwendige Verbesserungsmassnahmen ein. [22,52,53,63,64]

Förderung einer offenen und transparenten Fehlermeldekultur

Eine offene und transparente Fehlermeldekultur trägt dazu bei, dass Fehler als Lernchancen verstanden werden. Förderlich sind regelmässige Schulungen, die die Mitarbeitenden ermutigen, Fehler ohne Angst vor negativen Konsequenzen zu melden, regelmässige Teambesprechungen und anonyme Mitarbeiterbefragungen. [22,52,53,64]

Etablierung einer starken Sicherheitskultur

Eine starke Sicherheitskultur wird durch regelmässige Sicherheitsbesprechungen und systematische Fehleranalysen unterstützt, um unerwünschte Ereignisse zu minimieren und die Patientensicherheit zu maximieren. Regelmässige Sicherheitsbesprechungen bieten eine Plattform für die proaktive Bearbeitung von Sicherheitsrisiken, aktuellen Sicherheitsfragen und Fehleranalysen nach Zwischenfällen. Lösungen und präventive Massnahmen können entwickelt und langfristige Verbesserungen etabliert werden. [22,63,64]

Förderung einer offenen & transparenten Kommunikation und Konfliktlösungsstrategien

Die Förderung einer offenen und effektiven Kommunikationskultur sowie die Entwicklung von Konfliktlösungsstrategien tragen dazu bei, ein vertrauensvolles und produktives Arbeitsumfeld zu schaffen. Regelmässige Teammeetings und Feedback-Schleifen bieten Raum für offene Diskussionen und die Identifizierung von Verbesserungsmöglichkeiten. Transparente interne Kommunikationskanäle informieren die Mitarbeitenden über Fortschritte. Eine etablierte, offene und konstruktive Feedbackkultur fördert die kontinuierliche Verbesserung. [40,47,52,58,59,63]

Schulungen in Kommunikations- und Konfliktlösungsfähigkeiten sowohl bei Mitarbeitenden wie auch beim Führungspersonal verbessern die Teamkoordination und den Austausch zwischen Gesundheitsdienstleistern. Trainingsprogramme in Mediation und Konfliktlösung unterstützen die frühzeitige Erkennung und konstruktive Lösung von Konflikten, was zu einem harmonischen und produktiven Arbeitsumfeld führt. [43,47]

Die Einführung von Leadership «WalkRounds», bei denen Führungspersonal regelmässig durch die Abteilungen gehen und direkten Dialog mit den Mitarbeitenden suchen, fördert die Transparenz, ermöglicht die Diskussion aktueller Anliegen und stärkt die Präsenz der Führungspersonen. [63]

Förderung eines unterstützenden Organisationsklimas durch Wertschätzung und Anerkennungssysteme

Ein unterstützendes Organisationsklima entsteht durch eine Kultur der Wertschätzung und Offenheit, in der die Mitarbeitenden kontinuierlich motiviert und einbezogen werden. Regelmässige Teammeetings, offene

Kommunikationswege und Anerkennungssysteme stärken das Engagement der Mitarbeitenden und fördern ihre Bindung an die Organisation. Ein offenes Umfeld ermöglicht kontinuierliche Verbesserungen, indem die Mitarbeitenden aktiv in Veränderungsprozesse einbezogen werden und ihre Ideen und Vorschläge einbringen können. [68]

Anerkennungs- und Belohnungssysteme spielen eine zentrale Rolle, um die Leistungen der Mitarbeitenden zu würdigen. Dies kann durch verbale oder schriftliche Anerkennung sowie durch monetäre oder andere Anreize wie zusätzliche Urlaubstage oder Karriereförderung geschehen. [47,52,61,62]

2.2.4.6 Evidenzbasierte Praxis & Best Practice

Zur Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen haben gemäss Literaturrecherche Führungspersonen auch eine Verantwortung in der Etablierung einer evidenzbasierten Praxis respektive von Best Practice. Das kann unter anderem Sicherheitschecklisten aber auch die Förderung der Patientenedukation oder individualisierte Behandlungspläne für Patient/innen umfassen.

Sicherheitschecklisten

Die Einführung von Sicherheitschecklisten und umfassende Schulungen zur korrekten Anwendung sind wesentliche Schritte, um sicherheitsrelevante Massnahmen konsequent umzusetzen. Best Practices, die auf evidenzbasierten Leitlinien fundieren, werden in die Arbeitsabläufe integriert, um unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. Regelmässiges Monitoring und Feedback sichern die effektive Nutzung der Checklisten. [22,63,64]

Förderung der Patientenedukation

Die Health Literacy von Patient/innen beeinflusst die Mitsprachekompetenz. Die Förderung der Health Literacy trägt zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei, indem Patient/innen befähigt werden, fundierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen und ihre Versorgung eigenständig zu managen (Autonomie im Gesundheitsmanagement). Die Entwicklung und Bereitstellung von Schulungsprogrammen, die Patient/innen dabei unterstützen, ihre Erkrankungen besser zu verstehen und eigenverantwortlich zu handeln, spielen dabei eine zentrale Rolle. Diese Programme sollten Workshops, Online-Kurse und individuelle Beratungen umfassen, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Patient/innen zugeschnitten sind. Selbstmanagement-Tools wie Apps und Leitfäden unterstützen die Patient/innen kontinuierlich in ihrem Alltag. [41]

Individuelle Pflegeplanung

Standardisierte Pflegeplanungsprozesse, die individuelle Behandlungspläne berücksichtigen, sind entscheidend für die Qualitätssicherung und die Reduzierung von Wiedereinweisungen. Die aktive Beteiligung der Patient/innen an den Entscheidungsprozessen wird durch Schulungen und klare Ziele gefördert. [38,40,42]

2.2.4.7 Interprofessionalität und Interdisziplinarität

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Förderung der interdisziplinären/interprofessionellen Zusammenarbeit und gezielte Teambildungsmassnahmen die Qualität der Patientenversorgung verbessern können.

Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Teamarbeit

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist entscheidend für eine ganzheitliche und koordinierte Patientenversorgung. Gemeinsame Fortbildungen, Teambesprechungen und gemeinsame Projekte fördern den (Wissens-)Austausch zwischen den verschiedenen Disziplinen und unterstützen/verbessern die Zusammenarbeit. Darüber hinaus optimieren interdisziplinäre Fallbesprechungen durch die ganzheitliche Betrachtung komplexer Patientenfälle die Versorgung und verbessern die Kommunikation und Koordination im Team. Abteilungsübergreifende, projektbezogene Zusammenarbeit fördert die Teamarbeit und stärkt das Verständnis für die verschiedenen Fachdisziplinen. [38,51,52,55,57–59,72]

Der Aufbau von Partnerschaften zwischen Leistungserbringer (inkl. Management & Gesundheitspersonal) und Bildungseinrichtungen fördert die Zusammenarbeit und trägt zu einer besseren Patientenversorgung bei. Diese Partnerschaften führen auch zu Veränderungen in der beruflichen Identität und Rolle, was zu einer besseren Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems führt. Integrierte Veränderungsprozesse und Organisationsstrukturen unterstützen die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis. [41,51,55,57,57,67,72]

Einrichtung von interdisziplinären Qualitätsausschüssen

Die Einrichtung interdisziplinärer Qualitätsausschüsse schafft eine effiziente Struktur zur Überwachung der Versorgungsqualität. Diese Ausschüsse setzen klare Ziele, koordinieren gezielte Massnahmen und überwachen den Fortschritt. Sie stellen sicher, dass die Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen systematisch erfolgt, um kontinuierliche Qualitätsverbesserungen zu gewährleisten. Die Beteiligung des Gesundheitspersonals in solchen interdisziplinären Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln ermöglicht es ihnen, direkt an Projekten zur Qualitätsverbesserung teilzunehmen. Regelmässige Treffen fördern die Entwicklung und Umsetzung von Ideen sowie die Bewertung von Ergebnissen. Das Verantwortungsbewusstsein der Mitarbeitenden wird gestärkt. [40]

Einbindung Fachexpertise und akademische Kompetenzen im Top-Management/Vorstand

Die Einbindung medizinischer Fachkenntnisse und akademischer Kompetenzen im Top-Management respektive Vorständen stärkt die interdisziplinäre Zusammenarbeit und trägt wesentlich zur Qualitätsverbesserung in der medizinischen Praxis bei. Die Schaffung von Positionen für medizinisches Führungspersonal im Top-Management/Vorstand/Gremium fördert die Integration der klinischen Perspektive in strategische und operative Entscheidungen, was zu verbesserten Qualitätsbewertungen, besseren Patientenerfahrungen, besseren klinischen Ergebnissen und möglicherweise niedrigeren Mortalitätsraten führt. [44,46]

Stärkung von Teambuilding und Teamzusammenhalt

Gezielte Teambuilding-Massnahmen und regelmässige soziale Interaktionen fördern den Teamzusammenhalt und schaffen eine kooperative Arbeitsumgebung. Regelmässige Teambuilding-Events wie Workshops, Retreats oder informelle Treffen stärken das Vertrauen und die Zusammenarbeit innerhalb des Teams. Die Schaffung von Möglichkeiten für soziale Interaktionen, wie wöchentliche Kaffee-Pausen oder gemeinsame Mittagessen, fördert den informellen Austausch und die Bindung zwischen Mitarbeitenden. [47,61,62]

2.2.4.8 Anreizsysteme

Es ist von Bedeutung, die finanziellen Ressourcen so zu lenken, dass sowohl die Qualität der Versorgung als auch nachhaltige, patientenorientierte Lösungen gefördert werden. Dabei müssen wirtschaftliche Überlegungen mit dem Ziel einer optimalen medizinischen Versorgung in Einklang gebracht werden.

Finanzielle Anreize und Zertifizierungen

Die Umsetzung von Governance-Richtlinien kann durch technische Unterstützung und finanzielle Ressourcen erleichtert werden. Anreizsysteme, die Leistungserbringer belohnen, die Governance-Standards einhalten und zur Qualitätsverbesserung beitragen, sind wirksam. Dazu können finanzielle Unterstützung oder Zertifizierungen gehören. Anreizsysteme sollten sparsam eingesetzt und der Kontext sorgfältig ausgewählt werden, da ihre Wirkung meist nur von kurzer Dauer ist. ^[40,68,72]

Ebenso können Leistungserbringer, die Governance-Strukturen implementiert haben, durch spezielle Versicherungsprodukte belohnt werden. Für die Durchführung entsprechender Audits und Evaluationen sollten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Schliesslich kann die Offenlegung von Governance-Praktiken gefordert werden, um Transparenz und Rechenschaftspflicht in der Gesundheitsversorgung zu stärken. ^[42]

Darüber hinaus wird die Magnet-Akkreditierung als weitere Massnahme zur Förderung einer positiven Arbeitsplatzkultur und einer hohen Versorgungsqualität hervorgehoben. Die Zufriedenheit des Personals und die Arbeitsbedingungen werden langfristig verbessert. ^[63]

3 Einholen von Expertenmeinungen durch adaptiertes Delphi-Verfahren

Im zweiten Arbeitspaket (AP2) wurden die 67 abgeleiteten Empfehlungen in Anlehnung an ein Delphi-Verfahren mit nationalen Expert/innen hinsichtlich ihrer Relevanz und Praktikabilität für den Schweizer Kontext in Form eines Workshops diskutiert und überarbeitet.

3.1 Vorgehen

3.1.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Expert/innen für den Workshop zum Einholen von Expertenmeinungen durch adaptiertes Delphi-Verfahren erfolgte über eine Gelegenheitsstichprobe, wobei auf Fachorganisationen, Berufsverbände und Krankenversicherungsgesellschaften fokussiert wurde. *Tabelle 4* führt alle angefragten Fachorganisationen, Berufsverbände und Krankenversicherungsgesellschaften auf. Insgesamt haben am Workshop neun Expert/innen vor Ort teilgenommen und ergänzend drei ausschliesslich an der vorbereitenden Online-Umfrage (siehe nachfolgend). Die Gründe für die Nichtteilnahme waren unterschiedlich. Seitens H+ war aufgrund eines anderen Anlasses keine Teilnahme möglich. Von beiden Verbänden der Krankenversicherer curafutura und santésuisse gab es keine Rückmeldung auf die Einladung zum Workshop. Seitens der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) sah die kontaktierte Person die GDK nicht als zuständig für die Bearbeitung dieser Thematik.

Teilnahme am Workshop vor Ort	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)
	Swiss Society for Quality Management in Health Care
	Swiss Nurse Leaders
	Spitex Schweiz
	Senesuisse
	SBK Schweiz
	pharmaSuisse
	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SQPP)
Teilnahme nur an Online-Befragung	Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH)
	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)
	Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)
Angefragt und keine Rückmeldung erhalten	Curafutura
	Santésuisse
	Verein der leitenden Spitalärztinnen und -ärzte Schweiz (VLSS)
Absage	H+
	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Tabelle 4: Liste der angefragten und teilnehmenden Fachorganisationen

3.1.2 Vorgehen adaptiertes Delphi-Verfahren am Workshop

Das Delphi-Verfahren ist eine systematische, mehrstufige Methode zur Konsensfindung unter Einbezug von Expert/innen ^[73]. In Anlehnung an dieses Verfahren wurde vorbereitend für den Workshop den teilnehmenden Expert/innen eine Online-Umfrage zur individuellen Einschätzung der Relevanz und Praktikabilität der Empfehlungen versandt. Alle teilnehmenden Expert/innen bewerteten im Vorfeld des Workshops die Massnahmen zur Stärkung der Leadership für die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen. Jede Empfehlung musste auf einer binären Antwortskala hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität im Schweizer Kontext eingeschätzt werden. Pro Empfehlung wurde der Inhaltsvaliditätsindex berechnet ^[74], der sich aus der Anzahl der Einschätzungen als relevant bzw. praktikabel pro Empfehlung geteilt durch die Gesamtanzahl der Einschätzungen pro Empfehlung ergibt. Empfehlungen mit beiden Werten über 80% wurden direkt angenommen. Empfehlungen mit beiden Werten unter 60% wurden direkt als nicht relevant bzw. nicht praktikabel eingestuft. Empfehlungen zwischen 60–80% sowie Ergänzungen/Hinweise aus den Freitextfeldern der Umfrage wurden zur Diskussion am Workshop vorbereitet.

Am Workshop wurden zuerst übergeordnete Themen besprochen, die sich aus der Analyse der Freitextfelder ergaben. Danach wurde jede Empfehlung mit Werten zwischen 60–80% oder mit einer Diskrepanz zwischen Relevanz und Praktikabilität im Plenum diskutiert. Gemeinsam mit den Expert/innen wurden dann die Massnahmen während des Workshops umformuliert, um eine bessere Passung für den Schweizer Kontext zu erreichen. Die finale Liste der Empfehlungen wurde nochmals allen Expert/innen zur Sichtung und für eine abschliessende Rückmeldung zugestellt. Die Rückmeldungen wurden in die Empfehlungen eingearbeitet.

3.2 Ergebnisse

Von den 67 Empfehlungen wurden 45 als relevant und praktikabel eingestuft und 22 als nicht-relevant bzw. nicht-praktikabel. Insgesamt 23 Empfehlungen wurden mit den Expert/innen besprochen und überarbeitet (siehe Kapitel 3.3 Empfehlungen). Die Analyse der Informationen aus den Freitextfeldern sowie aus der Diskussion während des Expert/innen-Workshops zeigte zudem, dass es übergeordnete Themen gibt, die einen Einfluss auf die Praktikabilität und teilweise auch auf die Relevanz vieler Empfehlungen haben. Diese Themen werden folgend beschrieben.

3.2.1 Versorgungsbereiche (Setting/Sektoren)

Gemäss Rückmeldungen der Expert/innen und der Diskussion im Workshop bestehen hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität erhebliche Unterschiede je nach Setting/Sektor. Einerseits spielt die Unternehmensgrösse eine wichtige Rolle. Gewisse Empfehlungen sind für grössere Organisationen sowohl relevant als auch praktikabel. Für kleinere Organisationen wie beispielsweise eine Arztpraxis sind dieselben Empfehlungen jedoch unter Umständen weniger relevant und praktikabel. Tendenziell zeigte sich in der Diskussion, dass je weniger Mitarbeitende ein Unternehmen beschäftigt, desto weniger relevant und praktikabel werden gewisse Empfehlungen angesehen. Andererseits zeigte sich in den Diskussionen, dass die Rahmenbedingungen je nach Setting/Sektor sehr unterschiedlich sind. Während im stationären Bereich beispielsweise Systeme und Indikatoren zur Qualitätsmessung und

-förderung etabliert sind, fehlen solche im ambulanten Bereich weitgehend. Auch führen unterschiedliche Rahmenbedingungen dazu, dass die Relevanz und Praktikabilität von Empfehlungen auf Ebene Behörde unterschiedlich ausfallen. So ist mitunter von entscheidender Bedeutung für die Möglichkeit der Einflussnahme auf Ebene Behörde, ob der Leistungserbringer eine Leistungsauftrag hat oder nicht. Sehr deutlich werden die Unterschiede mit Blick auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG. Während ein solcher für den stationären Spital- und Klinikbereich seit Mai 2024 in Kraft ist ^[75], fehlen solche Verträge für die anderen Settings/Sektoren. Die Qualitätsverträge schaffen gemäss Bundesamt für Gesundheit ^[75,76] eine strukturierte und verbindliche Grundlage, um die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu stärken. Die systematische Dokumentation und Veröffentlichung von Ergebnissen soll die Transparenz erhöhen und einen Qualitätswettbewerb zwischen Leistungserbringern ermöglichen. Dabei lassen die Verträge Flexibilität zu, um sektorspezifische Anforderungen sowie den föderalen Charakter des Gesundheitssystems berücksichtigen zu können. Die Qualitätsverträge sollen einen Beitrag zur Förderung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität sowie der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit leisten. Der Qualitätsvertrag für den stationären Spital- und Klinikbereich weist Überlappungen mit den formulierten Empfehlungen auf. In Anhang 2 des Qualitätsvertrags werden Handlungsfelder mit Mindestanforderungen beschrieben, wobei Governance explizit aufgeführt ist, insbesondere im Kontext zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems. Die dort erwähnten Mindestanforderungen finden sich auch in der wissenschaftlichen Literatur und dementsprechend auch in den formulierten Empfehlungen, wie zum Beispiel die Anwendung des PDCA-Zyklus. Dies weist einerseits auf die Aktualität des Rahmenvertrags und dessen evidenzbasierte Grundlage hin. Andererseits ist damit für den stationären Spital- und Klinikbereich auch eine entsprechende Grundlage für die Umsetzung der Empfehlungen vorhanden.

Grundsätzlich zeigt sich in der gefundenen Literatur, dass die bisherige Forschung zur Stärkung der Leadership für die Qualität im Gesundheitswesen überproportional den Spitalbereich adressiert. Entsprechend ist es wenig überraschend, dass einige Empfehlungen nicht für alle Leistungserbringer als gleich relevant und praktikabel erachtet werden.

Ebenfalls zeigte sich, dass die Adaption an die schweizerischen Verhältnisse der Empfehlungen auf Ebene Behörde je nach Versorgungsbereich unterschiedlich ausfallen können. Eine weiterführende Differenzierung nach Bund, Kantonen und Gemeinden schien wenig praktikabel, da die Voraussetzungen je nach Setting und je nach Kanton unterschiedlich sind. So sind beispielsweise die Zuständigkeiten in der Langzeitpflege kantonal unterschiedlich geregelt (Gemeinde vs. Kanton). Entsprechend erfolgte die Differenzierung möglichst «funktionsbezogen». Konkret wurde bei jeder Empfehlung auf Ebene Behörde gekennzeichnet, ob es sich um eine «übergeordnete», auf nationaler Ebene zu verankernde Empfehlung (z.B. nationale Standards) oder um Empfehlungen, welche die «Leistungsaufträge-Erteilende» betreffen handelt. «Leistungsaufträge-Erteilende» können je nach Setting/Sektor und Kanton den Kanton selbst oder die Gemeinde betreffen. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin trifft gar ein Beschlussorgan (HSM-Beschlussorgan) Planungs- und Zuteilungsentscheide, das sich aus Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren mehrerer Kantone zusammensetzt ^[77].

Unsere Differenzierung in den Empfehlungen ermöglicht eine klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten: Empfehlungen, die auf nationaler Ebene umgesetzt werden sollen, betreffen häufig übergreifende Standards, die für alle Akteure im Gesundheitswesen gelten. Beispiele hierfür könnten nationale Leitlinien zu Patientensicherheit oder einheitliche Qualitätsstandards sein. Empfehlungen, die hingegen spezifisch auf «Leistungsaufträge-Erteilende» abzielen, betreffen eher Massnahmen auf Ebene Behörde im Bereich der Qualitätssicherung/-verbesserung einzelner Leistungserbringer. In Tabelle 5 und *Tabelle 8* ist die

Kennzeichnung in einer Legende erläutert. Die Legende dient dabei als Orientierungshilfe und erleichtert es den Akteuren, die jeweilige Verantwortungsebene zu identifizieren. Dieses Vorgehen mit funktionsbezogener Differenzierung erlaubt es, dass die Empfehlungen für alle Settings und Kantone lesbar und gültig bleiben.

3.2.2 Unterschiedliche Voraussetzung pro Berufsgruppe

Nebst den Unterschieden der Versorgungsbereiche, gibt es in der Schweiz auch unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich Berufspflicht. Während im Medizinalberufegesetz geregelt ist, dass Fachpersonen im Bereich der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Chiropraktik, der Pharmazie [und der Veterinärmedizin] sich regelmässig fortbilden müssen, fehlen entsprechende Anforderungen für andere Gesundheitsfachpersonen. Beispielsweise existieren für die Pflegeberufe in der Schweiz derzeit keine verpflichtenden Weiterbildungsanforderungen oder formalen Rezertifizierungsprozesse. Nach Abschluss der Ausbildung gilt die Qualifikation für den gesamten Berufsweg, ohne dass regelmässige Fortbildungsnachweise erbracht werden müssen. Entsprechende Empfehlungen zu den regelmässigen Fort- und Weiterbildungen haben somit nicht für alle Berufsgruppen die gleiche Dringlichkeit.

3.2.3 Einbezug Verbände

Im Schweizer Kontext spielen Verbände der Leistungserbringer eine wichtige Rolle. So ist beispielsweise vorgesehen, dass die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG durch die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer erarbeitet werden, die anschliessend durch den Bundesrat genehmigt werden. Gemäss den teilnehmenden Expert/innen ist dieser Einbezug der Verbände der Leistungserbringer auch in Massnahmen, die auf Ebene Behörde umgesetzt werden, essenziell. In den Diskussionen zeigte sich, dass die Behörden gewisse Rahmenbedingungen definieren können, die inhaltliche Ausgestaltung jedoch unter Einbezug der Verbände erfolgen sollte. Beispielsweise erachteten es die Teilnehmenden als relevant und praktikabel, dass auf Ebene Behörde Mindestanforderungen an Fehlermeldesysteme definiert werden (Empfehlung Nr. 35). Dabei sehen sie die Behörden in der Verantwortung hinsichtlich technischer Aspekte, erachten jedoch den Einbezug der Verbände der Leistungserbringer als essenziell für das Definieren der inhaltlichen Anforderungen.

3.2.4 Ressourcen

Im Austausch mit den Expert/innen wurde die Finanzierung der Umsetzung der Empfehlungen kritisch diskutiert. Es wurde angemerkt, dass die Anforderungen an die Qualität tendenziell steigen, während auf Seiten Finanzierung keine Anpassungen vorgenommen werden. Die finanziellen Rahmenbedingungen werden limitierend für die Praktikabilität von gewissen Empfehlungen erachtet. Im Workshop wurde entsprechend gemeinsam mit den Expert/innen eine Empfehlung hinsichtlich Evaluation der aktuellen Finanzierung ergänzt (Empfehlung Nr. 45).

Ressourcenseitig wurde zudem die Personalsituation als limitierend für die Praktikabilität gewisser Empfehlungen beschrieben. Für die Umsetzung gewisser Empfehlungen sind unter Umständen zusätzlich Personalressourcen erforderlich, die derzeit nicht zur Verfügung stehen. Im Rahmen des Workshops wurde

dieser Umstand jedoch nicht berücksichtigt, da es eher um die Einschätzung der generellen Praktikabilität im Schweizer Kontext ging.

3.2.5 Einbezug von Stakeholder/Partizipation

Auffällig in den Ergebnissen aus der Umfrage sowie den Diskussionen im Workshop zeigte sich, dass Partizipation/Stakeholderinvolvierung zwar als sehr relevant erachtet wird, jedoch die Praktikabilität als limitiert eingeschätzt wird. Es zeigte sich, dass entsprechende Strukturen noch wenig etabliert sind und dass der in der Theorie empfohlene Einbezug aller Stakeholder als wenig praktikabel eingeschätzt wird. Es ging aus den Diskussionen klar hervor, dass Stakeholder gezielt einbezogen werden sollen. Gemäss den Expert/innen, bedingt ein Stakeholdereinbezug auch ein aktives Stakeholdermanagement. Nur so können die entsprechenden Stakeholder identifiziert und einbezogen werden. Ebenfalls werden knappe Ressourcen wie Zeit, Personal und finanzielle Mittel sowie fehlende Kompetenzen, als die umfassende Umsetzung solcher Beteiligungsprozesse im Alltag erschwerend angesehen. Es scheint somit sinnvoll eine Perspektive auf Partizipation einzunehmen, die eingesteht, dass der Einbezug von Stakeholdern kein „Alles-oder-Nichts“-Prinzip ist, sondern vielmehr als ein Kontinuum verstanden werden sollte. In der Praxis muss daher oft ein Kompromiss zwischen der optimalen theoretischen Partizipation und der Umsetzbarkeit im Praxisalltag gefunden werden. Ein differenziertes Vorgehen, das je nach Situation und verfügbarem Ressourcenrahmen den Grad der Beteiligung anpasst, kann eine pragmatische Lösung sein, um trotz limitierter Mittel partizipative Ansätze zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung zu realisieren.

3.2.6 Fach- vs. Führungskompetenz

Ein wesentlicher Aspekt der Qualität in der medizinischen Versorgung ist die Qualifikation von Führungspersonen. Neben fachlichen Qualifikationen, die durch Zertifikate und Abschlüsse klar messbar sind, spielen jedoch auch Führungskompetenzen eine zentrale Rolle, die nicht immer objektivierbar sind. Hierzu zählen Soft Skills wie Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Teamführung sowie die Fähigkeit, in komplexen und herausfordernden Situationen Entscheidungen zu treffen. Diese „weichen“ Fähigkeiten tragen entscheidend zur Schaffung eines positiven Arbeitsumfelds und zur Motivation des Personals bei, was letztlich die Patientenversorgung verbessert. Ebenfalls prägen solche Soft Skills wesentlich die Kultur, die in einer Organisation gelebt wird. Was auf behördlicher Ebene nicht mit klaren Indikatoren vorgegeben werden kann, sollte auf Ebene der Leistungserbringer durch Vorgaben umso bewusster beachtet werden.

3.2.7 Stand der Digitalisierung & Datennutzung

Als eine zentrale Herausforderung bei der Umsetzung einiger Empfehlungen zur Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung wurde das Fehlen einer einheitlichen Datengrundlage, die über verschiedene Organisationen hinweg genutzt werden kann, identifiziert. Um die Qualität systematisch zu bewerten und Qualitätsindikatoren vergleichen zu können, ist eine harmonisierte Datenerhebung essenziell. Derzeit stellt jedoch die fehlende Interoperabilität zwischen den verschiedenen IT-Systemen und Plattformen im Gesundheitswesen eine erhebliche Hürde dar. Unterschiedliche Erhebungs- und Messmethoden erschweren zusätzlich die Vergleichbarkeit und den Austausch von Daten. Diese Fragmentierung behindert

die Möglichkeit, datenbasierte Entscheidungen auf breiter Grundlage zu treffen. Um die digitale Transformation im Gesundheitsbereich voranzutreiben, sind standardisierte Schnittstellen und einheitliche Datenerhebungsprozesse dringend erforderlich. Nur so können Empfehlungen auf eine solide und vergleichbare Datenbasis gestützt, effektiv umgesetzt und die Wirkung überwacht werden.

Sind die Daten verfügbar, gilt es gemäss den Expert/innen jedoch auch die Datenqualität und den Datenschutz zu berücksichtigen. Die Datenqualität kann je nach Sektor/ Setting/ Leistungserbringer/ Stand der Digitalisierung sehr unterschiedlich ausfallen. Um Routinedaten für Qualitätssicherungs- und verbesserungszwecke nutzen zu können, müssen Mindestanforderungen an die Datenqualität erfüllt sein. Ebenfalls gilt es beim Austausch von Daten ausserhalb der eigenen Organisation datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die unter Umständen gewisse Analysen/Vergleiche erschweren.

3.2.8 Lücken in der aktuellen Forschung

Aus der Ergebnissynthese ging hervor, dass sich die bestehende Forschung hauptsächlich auf die Rolle der Leistungserbringer konzentriert, während der Einfluss anderer Akteure, wie Behörden und Versicherer, auf die Stärkung der Leadership für die Qualität im Gesundheitswesen weitgehend vernachlässigt wird. Dabei haben gerade diese Institutionen durch ihre regulatorischen, finanziellen und strukturellen Entscheidungen erheblichen Einfluss auf die Rahmenbedingungen der Versorgung. Eine verstärkte Forschung in diesen Bereichen könnte dazu beitragen, die Hebel für eine systemweite Qualitätssteigerung zu identifizieren und umfassender zu verstehen.

Ebenfalls zeigte sich, dass die Forschung bisher meist auf den Medizinbereich fokussiert. Andere Bereiche/Berufsgruppen des Gesundheitswesens werden bisher kaum beleuchtet. Entsprechend kann nicht abschliessend eingeschätzt werden, ob gewisse Empfehlungen exklusiv den Medizinbereich betreffen, oder ob für die anderen Bereiche des Gesundheitswesens zurzeit entsprechende Evidenz fehlt und die Empfehlungen für den Medizinbereich allenfalls auf die anderen Bereiche adaptierbar sind.

Weiter zeigt sich, dass Kausalzusammenhänge zwischen spezifischen Massnahmen und messbaren Qualitätsindikatoren schwer herstellbar sind. Viele Studien liefern zwar wertvolle Korrelationen, jedoch bleibt oft unklar, welche Massnahmen tatsächlich zu einer nachhaltigen Verbesserung bestimmter Qualitätsaspekte führen. Verzerrende Faktoren können kaum kontrolliert werden.

3.2.9 Anforderungsprofile für Rollen auf Führungsebene und Qualitätsmanagement

Aus der Literaturanalyse lassen sich direkt keine klar definierten, standardisierten Anforderungsprofile für Rollen auf der Führungsebene und im Qualitätsmanagement für den Schweizer Kontext ableiten. Im Rahmen des durchgeführten Workshops mit den Expert/innen wurde diskutiert, dass es nicht möglich sei, eine Aus- bzw. Weiterbildung in den Bereichen Führung und Qualitätsmanagement zu nennen, die es brauche zur Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen. Einerseits fehle ein transparenter Vergleich der bestehenden Angebote, andererseits fehle es an Evidenz, welche Aus- und Weiterbildung förderlich im Zusammenhang mit der Qualität medizinischer Leistungen stehe. Aus diesem Grund wurden allgemeine Anforderungen formuliert, die auch zur Weiterentwicklung bestehender Angebote zur Aus- und Weiterbildung dienen können. Die Expert/innen betonten, dass Führungspersonen über umfassende Führungsqualifikationen und entsprechende «Soft Skills» verfügen sollten. Die Expert/innen unterstrichen, dass «Soft Skills» zu wenig Beachtung gegeben würde in formalen Aus- und Weiterbildungen und den

Anstellungsprozessen (siehe auch Kapitel 3.2.6). Aus der Literaturanalyse und dem Workshop wurden folgende Anforderungen formuliert:

- Verfügt über fundierte Führungsqualifikationen (z. B. CAS, DAS, MAS, (E)MBA, MSc).
- Pfllegt einen transformationalen Führungsstil zur Förderung von Veränderungsprozessen.
- Nutzt partizipative Ansätze, um die Einbindung der Mitarbeitenden zu fördern.
- Beherrscht effektives Stakeholdermanagement zur Förderung von Kooperation und Netzwerken.
- Denkt und plant strategisch, um langfristige Qualitätsziele zu erreichen.
- Fördert die Kulturentwicklung in Organisationen und Teams.
- Unterstützt die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams.
- Ist in der Lage, Daten und Datenvisualisierungen zu interpretieren und fundierte Schlüsse zu ziehen.
- Versteht wissenschaftliche Arbeiten und leitet evidenzbasierte Massnahmen ab.
- Engagiert sich im Mentoring und Coaching der Mitarbeitenden zur Förderung ihrer beruflichen Entwicklung.
- Setzt strukturierte Evaluationen zur Qualitätssicherung und -verbesserung um.

3.3 Empfehlungen

In diesem Kapitel werden die 67 erarbeiteten Empfehlungen für Massnahmen zur Förderung des Leaderships von Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben für die Qualität von medizinischen Leistungen mit hoher Relevanz/hoher Praktikabilität (n = 45) bzw. niedriger Relevanz/niedriger Praktikabilität (n = 22) tabellarisch dargestellt.

3.3.1 Top 5-Empfehlungen

Basierend auf den Diskussionsinhalten aus dem Workshop mit den Expert/innen wurden folgende fünf Empfehlungen als die fünf relevantesten identifiziert:

Auf Ebene der Behörden sollten...

1. ...die bestehenden Finanzierungsstrukturen bei Veränderung der Anforderungen hinsichtlich Qualitätssicherung und -verbesserung evaluiert und ggf. angepasst werden. (hinzufügt aus Workshop mit Expert/innen)

Auf der Ebene der Leistungserbringer sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

2. ...die Rekrutierung von Führungspersonen auf allen Ebenen standardisieren und transparent gestalten. Dabei sollten nebst klinischer Expertise insbesondere auch Führungskompetenzen eine zentrale Rolle einnehmen. ^[46]
3. ...die zu ergreifenden Massnahmen zur Stärkung der Qualität unter Einbezug relevanter Stakeholder (z.B. Mitarbeitende, Patient/innen, Angehörige) definieren und standardisieren. ^[61,62,69]
4. ... eine Fehlerkultur etablieren, die das offene Ansprechen von Fehlern ermöglicht. Dazu gehört auch, dass Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben offen über Fehler sprechen. ^[22,52,53,64]
5. ...die Daten aus den Monitorings aktiv zur datengeleiteten Qualitätsverbesserung nutzen. ^[55,57,68]

3.3.2 Empfehlungen mit hoher Relevanz/hoher Praktikabilität

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten 45 Empfehlungen mit hoher Relevanz/hoher Praktikabilität lassen sich in acht Themenbereiche gliedern:

- Führungspersonen: Im Bereich Führungspersonen gibt es sechs Empfehlungen, die sich auf die Entwicklung eines transformalen Führungsstils, die Stärkung der Führungskompetenzen durch regelmässige Weiterbildung und die Etablierung von Mentoring-Programmen konzentrieren. Darüber hinaus wird empfohlen, dass die Rekrutierung von Führungspersonen transparent und auf die klinische sowie organisatorische Expertise ausgerichtet sein sollte.
- Arbeitsbedingungen: Im Bereich der Arbeitsbedingungen gibt es fünf Empfehlungen, die die Erstellung von Karriere- und Entwicklungsplänen für das Personal sowie die Förderung der kontinuierlichen Weiterbildung vorsehen. Dazu gehört auch die Einführung von 360-Grad-Feedback-Systemen und die systematische Verbesserung des Arbeitsumfelds auf der Grundlage von Mitarbeitenden-Feedback.
- Partizipation: Der Bereich Partizipation umfasst fünf Empfehlungen, die die Einbindung von Mitarbeitenden und relevanten Stakeholdern in Entscheidungsprozesse betonen. Dazu gehören das regelmässige Einholen von Feedback zur Versorgungsqualität und die Einbeziehung der Patientenperspektive in die strategische Planung.
- Monitoring: Für den Themenbereich Monitoring werden zehn Empfehlungen formuliert, die sich auf die Einführung und Anwendung von Qualitätsmonitoring-Massnahmen konzentrieren, darunter die Durchführung interner und externer Audits, die Nutzung von Qualitätsindikatoren und die transparente Kommunikation von Monitoringergebnissen.
- Kommunikation & Kultur: Im Bereich Kommunikation & Kultur werden neun Empfehlungen genannt, die die Etablierung einer offenen Fehlerkultur, das Melden und Analysieren von Fehlern sowie die Anerkennung und Rückmeldung guter Leistungen umfassen. Eine offene und transparente Kommunikation ist dabei von zentraler Bedeutung.
- Evidenzbasierte Praxis & Best Practice: Zwei Empfehlungen im Bereich evidenzbasierte Praxis & Best Practice fordern die effektive Umsetzung und Entwicklung nationaler evidenzbasierter Leitlinien.
- Interprofessionalität und Interdisziplinarität: Im Themenbereich Interprofessionalität und Interdisziplinarität gibt es fünf Empfehlungen, die die Vertretung relevanter Berufsgruppen im Management, die Förderung von Teamarbeit und die Strukturierung interprofessioneller Zusammenarbeit betonen.
- Anreizsysteme: Im Bereich Anreizsysteme gibt es drei Empfehlungen auf Ebene der Behörden, die vorschlagen, finanzielle Ressourcen bereitzustellen und Anreizsysteme zu schaffen, um Gesundheitsorganisationen bei der Einhaltung von Governance-Standards zu unterstützen und bestehende Finanzierungsstrukturen an veränderte Anforderungen anzupassen.

Empfehlungen mit hoher Relevanz/hohere Praktikabilität

Folgende Empfehlungen, unterteilt in die identifizierten Themenbereiche, beziehen sich jeweils auf Massnahmen zur Förderung des Leadership von Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben für die Qualität von medizinischen Leistungen.

Führungspersonen

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 1 ... einen transformalen Führungsstil zur Förderung der Qualität in der Patientenversorgung anwenden. [22,39,52,63,68]
- 2 ... regelmässig in Führungskompetenzen durch Führungsqualifikationen gestärkt werden, insbesondere der Delegation, Befähigung von Mitarbeitenden und dem Führen von Feedbackgesprächen. [47,53,68,70,71]
- 3 ... Mentoring-Programme anbieten, zur Ausbildung/Einarbeitung neuer Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben sowie um Kontinuität im Führungsstil zu gewährleisten. [22,39,51,53,59,66]
- 4 ... die Rekrutierung von Führungspersonen auf allen Ebenen standardisieren und transparent gestalten. Dabei sollten nebst klinischer Expertise insbesondere auch Führungskompetenzen eine zentrale Rolle einnehmen. [46]
- 5 ... die zu ergreifenden Massnahmen und die Zielsetzungen regelmässig zusammen mit relevanten Stakeholdern (z.B. Mitarbeitende, Patient/innen, Angehörige) evaluieren. [43,61,62,66]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

- 6 ... Standards hinsichtlich erforderlicher Führungsqualifikationen festgelegt werden. [54,58,66,72] (N)

Arbeitsbedingungen

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 7 ... Karriere- und Entwicklungspläne für Mitarbeitende erstellen. Karrierewege sollten etabliert und transparent, inklusive den dafür zu gehenden Weg (z.B. Ausbildung), sein. [54,58]

- 8 ... kontinuierliche Weiterbildung von Mitarbeitenden fördern und fordern. Die Weiterbildungen sollten dem Bedarf der Mitarbeitenden entsprechen sowie entsprechend den neusten Standards konzipiert und idealerweise interprofessionell und interdisziplinär organisiert sein. Karriere- und Entwicklungspläne sollten dabei Transparenz schaffen. [38,51,54,56,58,59,61,62,66–68,72]
- 9 ... ein 360-Grad Feedback einführen. Dies umfasst z.B. Vorgesetzte, Arbeitskolleg/innen und Patient/innen. [43,66]
- 10 ... die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsumgebung systematisch und feedbackgeleitet verbessern. Attraktive Arbeitsbedingungen sollten geschaffen werden. [39,47,53,61,62]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

- 11 ... die Regulierung von Berufsausübungsbewilligungen gestärkt werden (z.B. Regelmässigkeit der Weiterbildung, Pflichtweiterbildungen, Weiterbildungen gemäss neusten Standards/Evidenz). [47,53,68,70,71] (N)

Partizipation

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 12 ... regelmässig Feedback bei ihren Mitarbeitenden zur Qualität der Versorgung einholen. Entsprechende Strukturen, die die Regelmässigkeit und Transparenz fördern, sollten durch Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben etabliert werden (z.B. standardisierte Feedbackmeetings, Mitarbeitendenbefragung). [22,52,53,59,63]
- 13 ... die zu ergreifenden Massnahmen zur Stärkung der Qualität unter Einbezug relevanter Stakeholder (z.B. Mitarbeitende, Patient/innen, Angehörige) definieren und standardisieren. [61,62,69]
- 14 ... Vertretungen der Mitarbeitenden in Entscheidungen auf allen organisatorischen Ebenen aktiv einbeziehen, wie beispielsweise in die strategische Ausrichtung und die Entwicklung einer gemeinsamen Vision (z.B. mittels Workshops). [39,47,52,53,59,63]
- 15 ... die Sichtweisen von Patient/innen und Angehörigen in die Strategie und Vision des Unternehmens einbeziehen. Dies kann beispielsweise durch den Einbezug von Patient/innen- und Angehörigen-Vertretenden erfolgen. [43,44,52,55,57]
- 16 ... dafür zuständig sein, dass Patientenfeedback in die Mitarbeitendenschulungen einbezogen werden. [43,52,55,57]

Monitoring

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 17 ... zur Stärkung der Versorgungsqualität einen PDCA-Zyklus anwenden. [61,62]
- 18 ... regelmässig interne und externe Audits zur Überprüfung der Versorgungsqualität inklusive der Umsetzung von Standards sicherstellen. Relevante Stakeholder sollten in den Auditprozess einbezogen werden. Synergien sollten genutzt werden. [22,63,64]
- 19 ... ein regelmässiges internes Monitoring von national etablierten Qualitätsindikatoren sicherstellen. [40,45,72]
- 20 ... die Daten aus den Monitorings aktiv zur datengeleiteten Qualitätsverbesserung nutzen. [55,57,68]
- 21 ... die Erkenntnisse aus dem Monitoring innerhalb der Organisation mit den relevanten Stakeholdern transparent teilen. [38,44,61,62]
- 22 ... die Erkenntnisse aus dem Monitoring den Mitarbeitenden mitteilen (Datenfeedback). Dies trägt mitunter zur Motivation der Mitarbeitenden bei, sich für die Versorgungsqualität einzusetzen. [55,57,68]
- 23 ... sich dafür einsetzen, dass ein datenschutzkonformer, prozessbezogener Informationsfluss über Abteilungen und Systeme innerhalb der Organisation hinweg erfolgt. [40,42]
- 24 ... ihren Mitarbeitenden eine aktive Rolle beim Ableiten/Entwickeln von Qualitätsverbesserungsmassnahmen basierend auf den Audit- und Monitoringdaten zukommen lassen. [40,45,72]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

- 25 ... ein nationales Monitoring von (inter)national etablierten Qualitätsindikatoren inkl. zeitnaher und transparenter Ergebnispublikation etabliert werden. [40,68] (N)
- 26 ... der Einbezug in die Qualitätsentwicklung oder das Einfordern von Transparenz hinsichtlich zu ergreifenden Qualitätsverbesserungsmassnahmen bei (wiederholtem) Unter- oder Überschreiten definierter Werte im Qualitätsmonitoring eingefordert werden. [40,45,72] (LE)

Kommunikation & Kultur

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 27 ... eine Fehlerkultur etablieren, die das offene Ansprechen von Fehlern ermöglicht. Dazu gehört auch, dass Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben offen über Fehler sprechen. [22,52,53,64]
- 28 ... ein Fehlermeldesystem etablieren, das durch die Mitarbeitenden aktiv genutzt wird und dadurch eine systematische Fehleranalyse und das Erkennen von sich wiederholenden Fehlern zulässt. [22,52,53]

- 29 ... regelmässig Sicherheitsfragen in bspw. bestehenden Gefässen thematisieren. [22,63,64]
- 30 ... eine regelmässige und systematische Prozessanalyse hinsichtlich Fehler sicherstellen. [22,52,63,64]
- 31 ... Mitarbeitende im Melden und im Umgang mit Fehlern schulen. [22,52,53,64]
- 32 ... gute Leistungen ihrer Mitarbeitenden honorieren. [47,52,61,62]
- 33 ... ihren Mitarbeitenden regelmässig Feedback geben. [59,63,68]
- 34 ... Feedbacks und daraus abgeleitete Massnahmen transparent kommunizieren. [40,47,52,58,63]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

- 35 ... Mindestanforderungen an Fehlermeldesysteme definiert werden. [22,63,64] (N)

Evidenzbasierte Praxis & Best Practice

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 36 ... Best Practice/evidenzbasierte Richtlinien wirksam implementieren. [22,63,64]

Auf **Ebene der Behörde** sollte...

- 37 ... die Verfügbarkeit von nationalen, evidenzbasierten Richtlinien sichergestellt werden. [22,63,64]

(Die Entwicklung entsprechender Richtlinien kann dabei bei anderen Akteuren liegen bzw. können entsprechende Akteure beauftragt werden [wie z.B. im Rahmen von nationalen Qualitätsentwicklungsprogrammen, die durch die EQK gefördert werden].) (N)

Interprofessionalität und Interdisziplinarität

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 38 ... sicherstellen, dass im Top-Management und/oder im Vorstand Personen mit akademischer und fachlicher Expertise aller relevanter Berufsgruppen vertreten sind. [44,46]
- 39 ... interdisziplinäre und interprofessionelle Qualitätsausschüsse mit der Qualitätsüberwachung und der Koordination der Qualitätsverbesserungsmassnahmen beauftragen. [40]

40 ... Massnahmen für das Teambuilding ergreifen. [47,61,62]

41 ... die interdisziplinäre und interprofessionelle Projektarbeit fördern und fordern. [38,52,57–59,72]

42 ... Strukturen schaffen, die die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert (z.B. Fallbesprechungen). [51,55,57,67,72,78]

Anreizsysteme

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

43 ... finanzielle Ressourcen für Gesundheitseinrichtungen in Form von Anschubfinanzierungen zur Implementierung nationaler Governance-Richtlinien bereitgestellt werden. [72] (N, LE)

44 ... Anreizsysteme (finanzielle Unterstützung oder Zertifizierungen) eingeführt werden, die jene Gesundheitseinrichtungen belohnen, die Governance-Standards einhalten. [40,68] (N, LE)

45 ... die bestehenden Finanzierungsstrukturen bei Veränderung der Anforderungen hinsichtlich Qualitätssicherung und -verbesserung evaluiert und ggf. angepasst werden. * (N, LE)

Tabelle 5: Empfehlungen für Massnahmen zur Förderung des Leaderships mit hoher Relevanz/hoher Praktikabilität. *Basierend auf den Diskussionsinhalten aus dem Workshop hinzugefügt.

(N)=Ebene Behörde - national: Empfehlungen, die auf einer übergeordneten Ebene mit nationalem Charakter realisiert werden sollten.

(LE)=Ebene Behörde - Leistungsaufträge-Erteilende: Empfehlungen, die durch die Leistungsaufträge-Erteilenden Instanzen realisiert werden sollten. Je nach Sektor/Setting und Kanton umfasst dies meist den Kanton oder die Gemeinde.

3.3.3 Recommandations pratiques fondées sur des données probantes

Les recommandations suivantes, réparties dans des domaines thématiques identifiés, se rapportent à des mesures visant à promouvoir le leadership des collaborateurs et collaboratrices ayant des tâches de direction et de gouvernance dans le secteur de la santé.

Dirigeants

Au niveau des prestataires de services, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance...

- 1 ... adopter un style de leadership transformationnel pour promouvoir la qualité des soins aux patients. [22,39,52,63,68]
- 2 ... sont régulièrement renforcés dans les compétences de direction par des qualifications de direction, en particulier la délégation, l'habilitation des collaborateurs et la conduite d'entretiens de feedback. [47,53,68,70,71]
- 3 ... proposer des programmes de mentorat, pour former/intégrer les nouveaux collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance et pour garantir la continuité du style de direction. [22,39,51,53,59,66]
- 4 ... standardiser et rendre transparent le recrutement des cadres à tous les niveaux. Outre l'expertise clinique, les compétences de direction devraient notamment jouer un rôle central. [46]
- 5 ... évaluent régulièrement les mesures à prendre et les objectifs fixés avec les parties prenantes concernées (p. ex. collaborateurs, patients, proches). [43,61,62,66]

Au **niveau de l'autorité**, il convient de...

- 6 ... des normes soient établies concernant les qualifications requises en matière de leadership. [54,58,66,72] (N)

Conditions de travail

Au niveau des prestataires de services, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance...

- 7 ... établir des plans de carrière et de développement pour les collaborateurs. Ces plans de carrière devraient être explicités et transparents, y compris les moyens mis à disposition pour y parvenir (par ex. formation). [54,58]

- 8 ... encourager et exiger une formation continue des collaborateurs. Les formations continues devraient répondre aux besoins des collaborateurs, être conçues conformément aux normes les plus récentes et, dans l'idéal, être organisées de manière interprofessionnelle et interdisciplinaire. Les plans de carrière et de développement doivent être transparents. [38,51,54,56,58,59,61,62,66–68,72]
- 9 ... introduire un feed-back à 360 degrés. Cela inclut par exemple les supérieurs hiérarchiques, les collègues de travail et les patients. [43,66]
- 10 ... améliorer les conditions et l'environnement de travail de manière systématique et guidée par le feedback. Mettre en place des conditions de travail attrayantes [39,47,53,61,62]

Au **niveau de l'autorité**, il convient de...

- 11 ... la réglementation des autorisations d'exercice de la profession soit renforcée (p. ex. régularité de la formation continue, formations continues obligatoires, formations continues conformes aux normes/preuves les plus récentes). [47,53,68,70,71] (N)

Participation

Au **niveau des prestataires de services**, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance...

- 12 ... demandent régulièrement un feedback à leurs collaborateurs sur la qualité des soins. Des structures adéquates favorisant la régularité et la transparence devraient être établies par des collaborateurs ayant des responsabilités de direction et de gouvernance (p. ex. réunions de feedback standardisées, enquête auprès des collaborateurs, suivi d'indicateurs). [22,52,53,59,63]
- 13 ... définir et standardiser les mesures à prendre pour renforcer la qualité en intégrant les parties prenantes pertinentes (p. ex. collaborateurs, patients, proches). [61,62,69]
- 14 ... impliquer activement les représentants du personnel dans les décisions à tous les niveaux de l'organisation, comme par exemple dans l'orientation stratégique et le développement d'une vision commune (par exemple en organisant des ateliers). [39,47,52,53,59,63]
- 15 ... intégrer les points de vue des patients et de leurs proches dans la stratégie et la vision de l'entreprise. Cela peut se faire par exemple en intégrant des représentants des patients et des proches. [43,44,52,55,57]
- 16 ... être responsable de l'intégration du feedback des patients dans les formations des collaborateurs. [43,52,55,57]

Suivi

Au **niveau des prestataires de services**, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance...

- 17 ... mettre en place un processus d'amélioration continue PDCA pour renforcer la qualité des soins. [61,62]
- 18 ... mener régulièrement des audits internes et externes pour vérifier la qualité des soins, y compris la mise en œuvre des normes. Les parties prenantes pertinentes devraient être impliquées dans le processus d'audit. Les synergies devraient être exploitées. [22,63,64]
- 19 ... assurer un suivi interne régulier des indicateurs de qualité établis au niveau national. [40,45,72]
- 20 ... utilisent activement les données issues des monitorings pour améliorer la qualité en fonction des données. [55,57,68]
- 21 ... partager de manière transparente les conclusions du suivi au sein de l'organisation avec les parties prenantes concernées. [38,44,61,62]
- 22 ... communiquer les conclusions du monitoring aux collaborateurs (feedback de données). Cela contribue parfois à motiver les collaborateurs à s'engager en faveur de la qualité des soins. [55,57,68]
- 23 ... s'engager à ce qu'un flux d'informations conforme à la protection des données et basé sur les processus soit mis en place à travers les départements et les systèmes au sein de l'organisation. [40,42]
- 24 ... donnent à leurs collaborateurs un rôle actif dans l'élaboration de mesures d'amélioration de la qualité sur la base des données d'audit et de suivi. [40,45,72]

Au **niveau de l'autorité**, il convient de...

- 25 ... un suivi national des indicateurs de qualité établis au niveau (inter)national, y compris la publication des résultats en temps utile et de manière transparente, doit être mis en place. [40,68] (N)
- 26 ... l'implication dans le développement de la qualité ou l'exigence de transparence concernant les mesures à prendre, sont exigées lorsque les cibles définies dans le monitoring de la qualité ne sont pas atteintes ou sont dépassées (de manière répétée). [40,45,72] (PS)

Communication et culture

Au **niveau des prestataires de services**, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance...

- 27 ... établir une culture de l'erreur qui permette d'aborder ouvertement les erreurs. Cela implique également que les collaborateurs ayant des responsabilités de direction et de gouvernance parlent ouvertement des erreurs. [22,52,53,64]
- 28 ... établir un système de notification des erreurs qui soit utilisé activement par les collaborateurs, qui permette l'identification des erreurs répétitives et qui favorise une analyse systématique des causes des erreurs. [22,52,53]

-
- 29 ... aborder régulièrement les questions de sécurité en équipe. [22,63,64]
- 30 ... assurer une analyse régulière et systématique des processus lorsque des erreurs sont identifiées. [22,52,63,64]
- 31 ... former les collaborateurs au signalement et à la gestion des erreurs. [22,52,53,64]
- 32 ... récompenser les bonnes performances des collaborateurs. [47,52,61,62]
- 33 ... donnent régulièrement un feedback à leurs collaborateurs. [59,63,68]
- 34 ... communiquer de manière transparente les feedbacks et les mesures qui en découlent. [40,47,52,58,63]

Au **niveau de l'autorité**, il convient de...

- 35 ... des exigences minimales sont définies pour les systèmes de déclaration des erreurs. [22,63,64] (N)

Pratique fondée sur les preuves & meilleures pratiques

Au **niveau des prestataires de services**, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance...

- 36 ... mettre en œuvre efficacement les meilleures pratiques/politiques fondées sur des preuves. [22,63,64]

Au **niveau de l'autorité**, il convient de...

- 37 ... garantir la disponibilité de directives nationales fondées sur des données probantes. [22,63,64]

(Le développement de ces directives peut être confié à d'autres acteurs ou ces derniers peuvent être mandatés, [par exemple dans le cadre de programmes nationaux de développement de la qualité soutenus par la Commission fédérale de la qualité (CFQ)].) (N)

Interprofessionnalité et interdisciplinarité

Au **niveau des prestataires de services**, les collaborateurs chargés de tâches de direction et de gouvernance...

- 38 ... s'assurer que le top management et/ou le conseil d'administration soient aussi constitués des personnes disposant d'une expertise académique et professionnelle de tous les groupes professionnels concernés. [44,46]
- 39 ... confier à des comités de qualité interdisciplinaires et interprofessionnels la surveillance de la qualité et la coordination des mesures d'amélioration de la qualité. [40]

-
- 40 ... prendre des mesures pour le team building. [47,61,62]
- 41 ... qui encouragent et exigent un travail de projet interdisciplinaire et interprofessionnel. [38,52,57–59,72]
- 42 ... créer des structures qui favorisent la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire (par exemple, des discussions de cas). [51,55,57,67,72,78]

Systèmes d'incitation

Au **niveau de l'autorité**, il convient de...

- 43 ... des ressources financières soient mises à la disposition des établissements de santé pour la mise en œuvre de politiques nationales de gouvernance. [72] (N, PS)
- 44 ... des systèmes d'incitation (soutien financier ou certifications) soient mis en place pour récompenser les établissements de santé qui respectent les normes de gouvernance. [40,68] (N, PS)
- 45 ... les structures de financement existantes soient évaluées et, le cas échéant, adaptées en cas de modification des exigences en matière d'assurance et d'amélioration de la qualité. * (N, PS)

*Tableau 6: Recommandations pour des mesures visant à promouvoir le leadership avec une grande pertinence et une grande praticabilité. * Ajouté sur la base des contenus de discussion issus de l'atelier.*

(N) = Niveau Autorité - national : Recommandations à réaliser à un niveau supérieur de caractère national.

(PS) = Niveau Autorité - Niveau des prestataires de services : Recommandations à réaliser par les prestataires de services. Ces recommandations concernent les organisations ou les institutions responsables de la mise en œuvre directe des services dans le secteur ou le cadre défini.

3.3.4 Raccomandazioni con alta rilevanza/alta praticabilità

Le raccomandazioni che seguono, suddivise nelle aree tematiche individuate, riguardano tutte misure volte a promuovere la leadership dei collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance della qualità dei servizi medici.

I leader

A **livello di fornitore di servizi**, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero...

- 1 ... applicare uno stile di leadership trasformativa per promuovere la qualità nell'assistenza ai pazienti. [22,39,52,63,68]
- 2 ... essere rafforzati regolarmente nelle competenze di leadership attraverso le qualifiche di leadership, in particolare la delega, la responsabilizzazione dei collaboratori e la conduzione di sessioni di feedback. [47,53,68,70,71]
- 3 ... offrire programmi di mentoring per formare/inserire nuovi collaboratori con responsabilità di leadership e di governance e per garantire la continuità dello stile di leadership. [22,39,51,53,59,66]
- 4 ... standardizzare e progettare in modo trasparente il reclutamento del personale con funzioni dirigenziali a tutti i livelli. Oltre alle competenze cliniche, le capacità di leadership in particolare, dovrebbero svolgere un ruolo centrale. [46]
- 5 ... valutare regolarmente le misure da adottare e gli obiettivi insieme alle parti interessate (ad es. collaboratori, pazienti, familiari). [43,61,62,66]

A **livello di autorità politiche**...

- 6 ... stabilire degli standard per quanto riguarda le qualifiche di leadership richieste. [54,58,66,72] (N)

Condizioni di lavoro

A **livello di fornitore di servizi**, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero...

- 7 ... creare piani di carriera e di sviluppo per i collaboratori. I percorsi di carriera devono essere stabiliti ed essere trasparenti, compreso il percorso da seguire (ad esempio, la formazione). [54,58]
- 8 ... incoraggiare e richiedere una formazione continua per i collaboratori. La formazione continua deve soddisfare le esigenze dei collaboratori, essere progettata secondo gli standard più recenti e, idealmente, essere organizzata su base interprofessionale e interdisciplinare. I piani di carriera e di sviluppo dovrebbero creare trasparenza. [38,51,54,56,58,59,61,62,66–68,72]

9 ... introdurre il feedback a 360 gradi. Questo include, ad esempio, i superiori, i colleghi di lavoro e i pazienti. [43,66]

10 ... migliorare sistematicamente le condizioni e l'ambiente di lavoro sulla base dei feedback. È necessario creare condizioni di lavoro attraenti. [39,47,53,61,62]

A livello di autorità politiche...

11 ... la regolamentazione delle licenze professionali deve essere rafforzata (ad esempio, formazione continua periodica, formazione continua obbligatoria, formazione continua secondo gli standard/le evidenze più recenti). [47,53,68,70,71] (N)

Partecipazione

A livello di fornitore di servizi, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero...

12 ... ottenere regolarmente dai propri collaboratori un feedback sulla qualità dell'assistenza. I collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero creare strutture adeguate che promuovano la regolarità e la trasparenza (ad esempio, riunioni di feedback standardizzate, sondaggi tra i dipendenti). [22,52,53,59,63]

13 ... definire e standardizzare le misure da adottare per rafforzare la qualità con il coinvolgimento delle parti interessate (p.es. collaboratori, pazienti, familiari). [61,62,69]

14 ... coinvolgere attivamente i rappresentanti dei collaboratori nelle decisioni a tutti i livelli organizzativi, ad esempio nella direzione strategica e nello sviluppo di una visione condivisa (ad esempio attraverso workshop). [39,47,52,53,59,63]

15 ... incorporare le opinioni dei pazienti e dei familiari nella strategia e nella visione dell'organizzazione. Questo può essere fatto, ad esempio, coinvolgendo i rappresentanti dei pazienti e dei familiari. [43,44,52,55,57]

16 ... essere responsabile di incorporare il feedback dei pazienti nei programmi di formazione del personale. [43,52,55,57]

Monitoraggio

A livello di fornitore di servizi, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero...

17 ... applicare un ciclo PDCA per rafforzare la qualità delle cure. [61,62]

18 ... garantire regolari audit interni ed esterni per verificare la qualità dell'assistenza, compresa l'attuazione degli standard. Le parti interessate devono essere coinvolte nel processo di audit. Si dovrebbero utilizzare le sinergie. [22,63,64]

-
- 19 ... garantire un regolare monitoraggio interno degli indicatori di qualità stabiliti a livello nazionale. [40,45,72]
- 20 ... utilizzare attivamente i dati del monitoraggio per il miglioramento della qualità basato sui dati. [55,57,68]
- 21 ... condividere in modo trasparente i risultati del monitoraggio all'interno dell'organizzazione con le parti interessate. [38,44,61,62]
- 22 ... comunicare i risultati del monitoraggio ai dipendenti (feedback dei dati). Ciò contribuisce talvolta a motivare i dipendenti a promuovere la qualità dell'assistenza. [55,57,68]
- 23 ... impegnarsi che un flusso di informazioni (conforme alla protezione dei dati e legato ai processi) avvenga tra i reparti e i sistemi dell'organizzazione. [40,42]
- 24 ... dare ai propri collaboratori un ruolo attivo nella creazione/sviluppo di misure di miglioramento della qualità basate sui dati di audit e monitoraggio. [40,45,72]

A livello di autorità politiche...

- 25 ... dovrebbe essere istituito un monitoraggio nazionale degli indicatori di qualità (inter)nazionali, compresa la pubblicazione tempestiva e trasparente dei risultati. [40,68] (N)
- 26 ... l'inclusione nello sviluppo della qualità o la richiesta di trasparenza per quanto riguarda le misure di miglioramento della qualità da adottare in caso di (ripetuto) superamento dei valori definiti nel monitoraggio della qualità. [40,45,72] (AM)

Comunicazione e cultura

A livello di fornitore di servizi, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance devono...

- 27 ... stabilire una cultura dell'errore che consenta di affrontare apertamente gli errori. Questo include anche i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance che parlano apertamente degli errori. [22,52,53,64]
- 28 ... stabilire un sistema di segnalazione degli errori che sia utilizzato attivamente dai collaboratori e che permetta quindi un'analisi sistematica degli errori e il riconoscimento di quelli ricorrenti. [22,52,53]
- 29 ... affrontare regolarmente i problemi di sicurezza, ad esempio discutere mezzi esistenti [22,63,64]
- 30 ... garantire un'analisi regolare e sistematica dei processi per quanto riguarda gli errori. [22,52,63,64]
- 31 ... formare i collaboratori alla segnalazione e alla gestione degli errori. [22,52,53,64]
- 32 ... premiare le buone prestazioni dei propri collaboratori. [47,52,61,62]

33 ... dare ai propri collaboratori un feedback regolare. [59,63,68]

34 ... comunicare il feedback e le misure risultanti in modo trasparente. [40,47,52,58,63]

A livello di autorità politiche...

35 ... sono stati definiti i requisiti minimi per i sistemi di segnalazione degli errori. [22,63,64] (N)

Pratiche basate sull'evidenza e migliori pratiche

A livello di fornitore di servizi, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero...

36 ... Implementare efficacemente le migliori pratiche/linee guida basate sulle evidenze. [22,63,64]

A livello di autorità politiche...

37 ... dovrebbe essere garantita la disponibilità di linee guida nazionali basate su evidenze scientifiche. [22,63,64]

(Lo sviluppo di tali linee guida può essere affidato ad altri attori o questi ultimi possono essere incaricati, [ad esempio nell'ambito di programmi nazionali per lo sviluppo della qualità sostenuti dalla Commissione Federale della Qualità].) (N)

Interprofessionalità e interdisciplinarietà

A livello di fornitore di servizi, i collaboratori con responsabilità dirigenziali e di governance dovrebbero...

38 ... garantire che le persone con competenze accademiche e tecniche di tutti i gruppi professionali interessati siano rappresentate nel top management e/o nel consiglio di amministrazione. [44,46]

39 ... commissionare comitati di qualità interdisciplinari e interprofessionali per monitorare la qualità e coordinare le misure di miglioramento della qualità. [40]

40 ... adottare misure per il team building. [47,61,62]

41 ... promuovere e richiedere un lavoro di progetto interdisciplinare e interprofessionale. [38,52,57-59,72]

42 ... creare strutture che promuovano la collaborazione interprofessionale e interdisciplinare (ad esempio, discussioni sui casi). [51,55,57,67,72,78]

Sistemi di incentivazione

A livello di autorità politiche...

- 43 ... le risorse finanziarie vengono fornite alle strutture sanitarie sotto forma di finanziamento iniziale per l'attuazione delle linee guida nazionali sulla governance. ^[72] (N, AM)
- 44 ... vengono introdotti sistemi di incentivi (sostegno finanziario o certificazione) per premiare le organizzazioni sanitarie che rispettano gli standard di governance. ^[40,68] (N, AM)
- 45 ... le strutture di finanziamento esistenti vengono valutate e, se necessario, adattate quando cambiano i requisiti per la garanzia e il miglioramento della qualità. * (N, AM)

Tabella 7: Raccomandazioni per misure volte a promuovere la leadership con alta rilevanza/alta praticabilità. * Aggiunto sulla base dei contenuti discussi durante il workshop.

(N) = Livello di autorità politiche - nazionale: Raccomandazioni da realizzare a un livello superiore con carattere nazionale.
(AM) = Livello di autorità politiche - Enti assegnatari di mandati di prestazione: Raccomandazioni da realizzare dagli enti assegnatari di mandati di prestazione. A seconda del settore/contesto e del cantone, ciò comprende generalmente il cantone o il comune.

3.3.5 Empfehlungen mit niedriger Relevanz/niedriger Praktikabilität

Der Vollständigkeit halber werden nachfolgend die 22 Empfehlungen tabellarisch zusammengefasst, die als nicht relevant bzw. nicht praktikabel eingeschätzt wurden.

Folgende Empfehlungen, unterteilt in die identifizierten Themenbereiche, beziehen sich jeweils auf Massnahmen zur Förderung des Leadership von Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben für die Qualität von medizinischen Leistungen.

Führungspersonen

Auf **Ebene der Behörde** sollte...

- 46 ... das Vorhandensein von Aus- und Weiterbildungsangeboten zur Förderung eines transformationalen Führungsstils als sichergestellt werden. [22,39,52,63,68]
(Die Entwicklung/Schaffung kann bei anderen Akteuren liegen bzw. entsprechende Akteure können beauftragt werden.) (N)
- 47 ... Standards zur Evaluation der zu ergreifenden Massnahmen auf Ebene der Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben festgelegt werden. [43,61,62] (N)
- 48 ... das Vorhandensein nationaler Governance-Standards (inkl. spezifischer Strukturen und Prozesse zur Förderung der Qualität) sichergestellt werden. Diese Standards sollten auf Best Practices basieren, regelmässig aktualisiert werden und für alle Gesundheitseinrichtungen verpflichtend sein. [40,68]
(Die Erstellung dieser Standards kann bei anderen Akteuren liegen bzw. entsprechende Akteure können beauftragt werden.) (N)

Monitoring

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

- 49 ... ein kontinuierliches Monitoring der Umsetzung der evidenzbasierten Richtlinien sicherstellen. [40,45,72]
- 50 ... sich dafür einsetzen, dass Monitoringsysteme eingesetzt werden, die Echtzeitdaten zur Verfügung stellen. [55,57,68]
- 51 ... sich dafür einsetzen, dass Leistungsdaten monitorisiert werden, damit datengeleitete Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung erkannt werden können. [40,42]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

- 52 ... Auditberichte bei der Vergabe der Leistungsaufträge einbezogen werden. [22,52,63,64] (LE)
- 53 ... nationale Qualitätsmonitoringdaten bei der Vergabe von Leistungsaufträgen berücksichtigt werden. [40,45,72] (LE)
- 54 ... Mindestanforderungen an ein Monitoringsystem definiert werden. [40,45,72] (N)
- 55 ... der sektorenübergreifende Datenfluss gefördert werden. [40,45,72] (N, LE)

Auf **Ebene der Versicherer** sollte/n ...

56 ... Auditberichte bei Vertragsverhandlungen einbezogen werden. [22,63,64]

57 ... nationale Qualitätsmonitoringdaten bei Vertragsverhandlungen einbezogen werden. [40,45,72]

58 ... der sektorenübergreifende Datenfluss gefördert werden. [40,45,72]

Kommunikation & Kultur

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

59 ... ihre Mitarbeitenden regelmässig zur Patientensicherheit befragen. [22,63,64]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

60 ... ein nationales Fehlermeldesystem etabliert werden. [22,52,53] (N)

Evidenzbasierte Praxis & Best Practice

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

61 ... die Patientenedukation sicherstellen. [41]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

62 ... Health Literacy von Patient/innen gefördert werden. [41] (N)

Interprofessionalität und Interdisziplinarität

Auf **Ebene der Leistungserbringer** sollten Mitarbeitende mit Führungs- und Governance-Aufgaben...

63 ... hierarchiestufen- und professionsübergreifende Partnerschaften etablieren. [47,61,62]

Auf **Ebene der Behörde** sollte/n...

64 ... Mindestanforderungen hinsichtlich Zusammensetzung des Top-Managements und/oder des Vorstandes definiert werden (Vertretung medizinischer und akademischer Expertise). [44] (N)

Anreizsysteme

Auf **Ebene der Versicherer** sollte/n ...

- 65 ... sowohl die Implementierung von Governance-Strukturen bei Vertragsverhandlungen berücksichtigt als auch finanzielle Mittel oder Zuschüsse für Gesundheitseinrichtungen bereitgestellt werden, die in die Aus- und Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden im Bereich Governance investieren. ^[40,68]
- 66 ... Ressourcen zur Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen bei der Durchführung von Governance-Audits und Evaluierungen bereitgestellt werden. ^[72]
- 67 ... Rechenschafts- und Transparenzmechanismen hinsichtlich Governance-Praktiken und -Ergebnissen der Gesundheitseinrichtungen in ihre Vertragsbedingungen integriert werden. ^[40,68]

Tabelle 8: Empfehlungen für Massnahmen zur Förderung des Leaderships mit niedriger Relevanz/niedriger Praktikabilität

(N)=Ebene Behörde - national: Empfehlungen, die auf einer übergeordneten Ebene mit nationalem Charakter realisiert werden sollten.

(LE)=Ebene Behörde - Leistungsaufträge-Erteilende: Empfehlungen, die durch die Leistungsaufträge-Erteilenden Instanzen realisiert werden sollten. Je nach Sektor/Setting und Kanton umfasst dies meist den Kanton oder die Gemeinde.

4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des adaptierten Delphi-Verfahrens zeigen, dass 45 Empfehlungen für den Schweizer Kontext als relevant und praktikabel eingeschätzt wurden ($\geq 80\%$). Die Mehrheit dieser Empfehlungen adressiert die Ebene der Leistungserbringer, während 9 spezifisch die Ebene der Behörden betreffen. Auf Ebene der Versicherer konnte hingegen keine Empfehlung zur Stärkung des Leaderships für die Qualität im Gesundheitswesen als relevant und praktikabel identifiziert werden. Zudem ist hervorzuheben, dass keine Vertretenden der Behörden oder Versicherer am Workshop teilnahmen, wodurch deren Perspektiven in die Entwicklung praxisrelevanter Empfehlungen nicht einfließen konnten. Für die Ebene der Versicherer wird die Problematik zusätzlich durch die begrenzte Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus anderen Ländern verschärft, da diese aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen und Einflussmöglichkeiten nicht direkt auf den Schweizer Kontext anwendbar sind. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass zu Handlungsmöglichkeiten auf Ebene der Behörden und Versicherer weiterhin Forschungsbedarf besteht.

Für den Schweizer Kontext könnten die Qualitätsverträge ein vielversprechendes Potenzial bieten, die Umsetzung der als relevant und praktikabel identifizierten Empfehlungen zu Massnahmen zur Förderung des Leadership von Mitarbeitenden mit Führungs- und Governance-Aufgaben für die Qualität von medizinischen Leistungen zu begünstigen. So weist der bereits in Kraft getretene Qualitätsvertrag für den stationären Spital- und Klinikbereich Überlappungen mit den formulierten Empfehlungen auf. Der Qualitätsvertrag kann Grundlage für die strukturierte und verbindliche Entwicklung, Koordination und Umsetzung von Qualitätsmassnahmen dienen. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen Behörden, Versicherern und Leistungserbringern können festgelegt werden.

5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA Flussdiagramm

15

6 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien für Studienauswahl</i>	12
<i>Tabelle 2: Suchstring PubMed</i>	13
<i>Tabelle 3: Designspezifische Checkliste zur Qualitätseinschätzung</i>	16
<i>Tabelle 4: Liste der angefragten und teilnehmenden Fachorganisationen</i>	27
Tabelle 5: Empfehlungen für Massnahmen zur Förderung des Leaderships mit hoher Relevanz/hoher Praktikabilität. *Basierend auf den Diskussionsinhalten aus dem Workshop hinzugefügt.	39
<i>Tableau 6: Recommandations pour des mesures visant à promouvoir le leadership avec une grande pertinence et une grande praticabilité. * Ajouté sur la base des contenus de discussion issus de l'atelier.</i>	44
<i>Tabella 7: Raccomandazioni per misure volte a promuovere la leadership con alta rilevanza/alta praticabilità. * Aggiunto sulla base dei contenuti discussi durante il workshop.</i>	49
<i>Tabelle 8: Empfehlungen für Massnahmen zur Förderung des Leaderships mit niedriger Relevanz/niedriger Praktikabilität</i>	53
Tabelle 9: A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR 2) ^[9]	61
Tabelle 10: Qualitätseinschätzung Systematische Reviews und Metaanalysen anhand Checkliste AMSTAR 2 ^[9]	63
Tabelle 11: Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses (Joanna Briggs Institute) ^[10]	65
Tabelle 12: Qualitätseinschätzung Scoping Reviews anhand «Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses» ^[10]	66
Tabelle 13: Checklist for Randomized Controlled Trials (Joanna Briggs Institute) ^[11]	67
Tabelle 14: Qualitätseinschätzung RCT anhand «Checklist for Randomized Controlled Trials» ^[11]	67
Tabelle 15: Checklist for Qualitative Research (Joanna Briggs Institute) ^[12]	68
Tabelle 16: Qualitätseinschätzung Mixed Methods Designs anhand «Checklist for Qualitative Research» ^[12]	68
Tabelle 17: Checklist for Textual Evidence: Narrative (Joanna Briggs Institute) ^[13]	69
Tabelle 18: Qualitätseinschätzung Narrative Reviews anhand «Checklist for Textual Evidence: Narrative» ^[13]	69

7 Literaturverzeichnis

1. Swensen, S., Pugh, M., McMullan, C., & Kabcenell, A. (2013). High-impact leadership: Improve care, improve the health of populations, and reduce costs. *IHI White Paper*. Cambridge, Massachusetts: *Institute for Healthcare Improvement*.
2. Vincent, C., & Staines, A. (2019). Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. *Berne: Bundesamtes für Gesundheit*.
3. Bundesamt für Gesundheit. (2024). *Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie)*. Qualitätsstrategie Krankenversicherung. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html>
4. Garritty, C., Hamel, C., Trivella, M., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., Devane, D., Kamel, C., Griebler, U., & King, V. J. (2024). Updated recommendations for the Cochrane rapid review methods guidance for rapid reviews of effectiveness. *BMJ*, e076335. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076335>
5. King, V. J., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B., Kamel, C., & Garritty, C. (2022). Paper 2: Performing rapid reviews. *Systematic Reviews*, 11(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02011-5>
6. Nordhausen, T., & Hirt, J. (2022). *RefHunter – Systematische Literaturrecherche*. <https://refhunter.org/>
7. McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V., & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
8. Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
9. Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
10. Joanna Briggs Institute (JBI). (2017). *Checklist for systematic reviews and research syntheses*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
11. Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *Checklist for Randomized Controlled Trials*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
12. Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *Checklist for Qualitative Research*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
13. Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *Checklist for Textual Evidence: Narrative*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
14. Vincent, C., & Staines, A. (2019). *Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens*.
15. Jones, B., Horton, T., & Home, J. (2022). *Strengthening NHS management and leadership*.
16. Vahs, D., Dannhorn, F., & Dunst, M. (2018). Qualitätsbewusstsein ist Führungsaufgabe. *Carl Hanser Verlag, München*.
17. suva. (2024). *Gesundes Führungsverhalten – gesunde Mitarbeitende*. <https://www.suva.ch/de-ch/praevention/beratung-kurse-und-angebote/praeventionsberatung/bgm-betriebliches-gesundheitsmanagement/gesunde-fuehrung-gesunde-mitarbeitende>
18. Friendly Work Space. (o. J.). *Gesunde Führung*. Abgerufen 16. Oktober 2024, von <https://friendlyworkspace.ch/de/bgm-services/hr-toolbox/themen/handeln/gesunde-fuehrung>

19. Berner Fachhochschule (BFH). (2019). Arbeitsbelastung in den Gesundheitsberufen: Was können Führungskräfte tun? *knoten & maschen*. <https://www.knoten-maschen.ch/arbeitsbelastung-in-den-gesundheitsberufen-was-koennen-fuehrungskraefte-tun/>
20. Boguslavsky, V., Gutierrez, R., & Holschneider, S. (2019). Effective Leadership for Quality Improvement in Health Care A Practical Guide. *Chevy Chase: University Research Co., LLC (URC). USAID ASSIST Project*.
21. Nova Scotia Health (NS Health). (2019). *STANDARDS Leadership*. Physician Information and Wellness Portal. <https://physicians.nshealth.ca/sites/default/files/2023-01/Acc%20Cda%20Leadership%20Standard.pdf>
22. Lee, S. E., Hyunjie, L., & Sang, S. (2023). Nurse Managers' Leadership, Patient Safety, and Quality of Care: A Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 45(2), 176–185. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1177/01939459221114079>
23. Compasso. (o. J.). *Die 6 Hauptfaktoren eines gesundheitsorientierten Führungsstils*. Abgerufen 16. Oktober 2024, von https://www.compasso.ch/fileadmin/user_upload/fuer_arbeitgebende/kachel_1/die_6_hauptfaktoren_eines_gesundheitsorientierten_fuehrungsstil.pdf
24. Bethge, M. (2017). [Rehabilitation and work participation]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(4), 427–435. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2519-8>
25. International Hospital Federation (IHF). (2023). *Global Healthcare Leadership Competency Model 2023*. International Hospital Federation (IHF). <https://ihf-fih.org/wp-content/uploads/2023/06/IHF-Global-Healthcare-Leadership-Competency-Model-2023.pdf>
26. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (NSQHS), W. H. (2017). *National Model Clinical Governance Framework*.
27. ACoSaQiH, C. (2017). National safety and quality health service standards. *Sydney: ACSQHC*.
28. Accreditation Canada. (2019). *Leadership standards: Qmentum program*.
29. Health Canada. (2024). *Nursing retention toolkit: Improving the working lives of nurses in Canada [Education and awareness]*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-human-resources/nursing-retention-toolkit-improving-working-lives-nurses.html>
30. NHS Leadership Academy. (o. J.). *Explore the Healthcare Leadership Model – Leadership Academy*. Abgerufen 16. Oktober 2024, von <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/healthcare-leadership-model/explore-the-healthcare-leadership-model/>
31. Kumar, R. D. C., & Khiljee, N. (2016). Leadership in healthcare. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(1), 63–65. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2015.10.012>
32. *Raising the standard of patient care by improving clinical leadership | www.fmlm.ac.uk*. (o. J.). Abgerufen 16. Oktober 2024, von <https://www.fmlm.ac.uk/>
33. Targena GmbH - Institut für Management-Innovation. (2024). *Führungskompetenzen: Best Practice in Diagnose & Entwicklung*. <https://www.fuehrungskompetenzen.com/index.html>
34. Stojkovič, N. (o. J.). *National Strategy for Quality and Safety in Healthcare*.
35. *Improving quality of healthcare and patient safety in Slovenia – AARC Ltd*. (o. J.). Abgerufen 10. November 2024, von <https://aarconsultancy.com/cases/improving-quality-of-healthcare-and-patient-safety-in-slovenia/>
36. World Health Organization. (2018). *Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. World Health Organization; WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/272357>
37. Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Hrsg.). (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>

38. Al Sabei, S. D., & Ross, A. M. (2023). The Relationship between Nursing Leadership and Patient Readmission Rate: A Systematic Review. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(3), 267–278. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1177/08445621231152959>
39. Alanazi, N. H., Alshamlani, Y., & Baker, O. G. (2023). The association between nurse managers' transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *International Nursing Review*, 70(2), 175–184. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1111/inr.12819>
40. Leggat, S. G., & Balding, C. (2018). Effective quality systems: Implementation in Australian public hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(8), 1044–1057. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2017-0037>
41. Tricco, A. C., Antony, J., Ivers, N. M., Ashoor, H. M., Khan, P. A., Blondal, E., Ghassemi, M., MacDonald, H., Chen, M. H., Ezer, L. K., & Straus, S. E. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 186(15), E568–E578. <https://doi.org/10.1503/cmaj.140289>
42. Veazie, S., Peterson, K., Bourne, D., Anderson, J., Damschroder, L., & Gunnar, W. (2022). Implementing High-Reliability Organization Principles Into Practice: A Rapid Evidence Review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e320–e328. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000768>
43. Mianda, S., & Voce, A. (2018). Developing and evaluating clinical leadership interventions for frontline healthcare providers: A review of the literature. *BMC Health Services Research*, 18(1), 747. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3561-4>
44. De Regge, M., & Eeckloo, K. (2020). Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research. *Social Science & Medicine*, 262, 113252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>
45. Hut-Mossel, L., Ahaus, K., Welker, G., & Gans, R. (2021). Understanding how and why audits work in improving the quality of hospital care: A systematic realist review. *PloS One*, 16(3), e0248677. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248677>
46. Savage, M., Savage, C., Brommels, M., & Mazzocato, P. (2020). Medical leadership: Boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ Open*, 10(7), e035542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035542>
47. André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., & Ringdal, G. I. (2014). The impact of work culture on quality of care in nursing homes—A review study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 449–457. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1111/scs.12086>
48. Gaebel, W., Großimlinghaus, I., Heun, R., Janssen, B., Johnson, B., Kurimay, T., Montellano, P., Muijen, M., Munk-Jorgensen, P., Rössler, W., Ruggeri, M., Thornicroft, G., & Zielasek, J. (2015). European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European Psychiatry*, 30(3), 360–387. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.011>
49. Guibert-Lacasa, C., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 913–925. <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>
50. Husebø, S. E., & Akerjordet, K. (2016). Quantitative systematic review of multi-professional teamwork and leadership training to optimize patient outcomes in acute hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2980–3000. <https://doi.org/10.1111/jan.13035>
51. Husebø, S. E., & Akerjordet, K. (2016). Quantitative systematic review of multi-professional teamwork and leadership training to optimize patient outcomes in acute hospital settings. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 72(12), 2980–3000. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1111/jan.13035>
52. Ferreira, T. D. M., de Mesquita, G. R., de Melo, G. C., de Oliveira, M. S., Bucci, A. F., Porcari, T. A., Teles, M. G., Altafina, J., Dias, F. C. P., & Gasparino, R. C. (2022). The influence of nursing leadership styles on the outcomes of patients, professionals and institutions: An integrative review.

Journal of Nursing Management, 30(4), 936–953. CINAHL Ultimate.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13592>

53. Wang, M., & Dewing, J. (2021). Exploring mediating effects between nursing leadership and patient safety from a person-centred perspective: A literature review. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 878–889. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1111/jonm.13226>
54. Duignan, M., Drennan, J., & McCarthy, V. J. C. (2021). Impact of clinical leadership in advanced practice roles on outcomes in health care: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 613–622. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1111/jonm.13189>
55. Holt, J., Zabler, B., & Baisch, M. J. (2014). Evidence-based characteristics of nurse-managed health centers for quality and outcomes. *Nursing Outlook*, 62(6), 428–439. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.06.005>
56. Carson, O., McAloon, T., Brown, D., & McIlpatrick, S. (2023). Exploring the contribution and impact of master's education for leadership development in adult general nursing: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 71, 103697. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103697>
57. Lombardi Fortino, D., Galazzi, A., Chiappinotto, S., & Palese, A. (2024). Nurse managers' strategies promoting a Fundamentals of Care-based approach among nurses: A scoping review. *Annali Di Igiene : Medicina Preventiva e Di Comunita*, 36(1), 26–40. <https://doi.org/10.7416/ai.2023.2583>
58. Siegel, E. O., & Young, H. M. (2021). Assuring Quality in Nursing Homes: The Black Box of Administrative and Clinical Leadership—A Scoping Review. *The Gerontologist*, 61(4), e147–e162. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa175>
59. Ryan, R. W., Harris, K. K., Mattox, L., Singh, O., Camp, M., & Shirey, M. R. (2015). Nursing Leader Collaboration to Drive Quality Improvement and Implementation Science. *Nursing Administration Quarterly*, 39(3), 229–238. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000111>
60. Spilsbury, K., Charlwood, A., Thompson, C., Haunch, K., Valizade, D., Devi, R., Jackson, C., Alldred, D. P., Arthur, A., Brown, L., Edwards, P., Fenton, W., Gage, H., Glover, M., Hanratty, B., Meyer, J., & Waton, A. (2024). Relationship between staff and quality of care in care homes: StaRQ mixed methods study. *Health & Social Care Delivery Research (HSDR)*, 12(8), 1–139. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.3310/GWTT8143>
61. Johannessen, T., Ree, E., Strømme, T., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2019). Designing and pilot testing of a leadership intervention to improve quality and safety in nursing homes and home care (the SAFE-LEAD intervention). *BMJ Open*, 9(6), e027790. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027790>
62. Johannessen, T., Ree, E., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2021). Exploring managers' response to a quality and safety leadership intervention: Findings from a multiple case study in Norwegian nursing homes and homecare services. *BMJ Open Quality*, 10(3), e001494. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-001494>
63. Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1287–1293. <https://doi.org/10.1111/jocn.13980>
64. Fagan, M. J. (2014). Techniques to improve patient safety in hospitals: What nurse administrators need to know. *The Journal of Nursing Administration*, 44(10 Suppl), S4-9. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000122>
65. Bender, M. (2016). Conceptualizing clinical nurse leader practice: An interpretive synthesis. *Journal of Nursing Management*, 24(1), E23–E31. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1111/jonm.12285>
66. Creta, A. M., & Gross, A. H. (2020). Components of an Effective Professional Development Strategy: The Professional Practice Model, Peer Feedback, Mentorship, Sponsorship, and Succession Planning. *Seminars in Oncology Nursing*, 36(3), 151024. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151024>
67. Melder, A., Robinson, T., McLoughlin, I., Iedema, R., & Teede, H. (2020). An overview of healthcare improvement: Unpacking the complexity for clinicians and managers in a learning health system. *Internal Medicine Journal*, 50(10), 1174–1184. <https://doi.org/10.1111/imj.14876>

68. Jeon, Y.-H., Simpson, J. M., Li, Z., Cunich, M. M., Thomas, T. H., Chenoweth, L., & Kendig, H. L. (2015). Cluster Randomized Controlled Trial of An Aged Care Specific Leadership and Management Program to Improve Work Environment, Staff Turnover, and Care Quality. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(7), 629.e19-28. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.04.005>
69. Bender, M. (2014). The current evidence base for the clinical nurse leader: A narrative review of the literature. *Journal of Professional Nursing*, 30(2), 110–123. APA PsycInfo <2014>. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.08.006>
70. Guibert-Lacasa, C., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 913–925. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>
71. Spilsbury, K., Charlwood, A., Thompson, C., Haunch, K., Valizade, D., Devi, R., Jackson, C., Alldred, D. P., Arthur, A., Brown, L., Edwards, P., Fenton, W., Gage, H., Glover, M., Hanratty, B., Meyer, J., Waton, A., Spilsbury, K., Charlwood, A., ... Waton, A. (2024). *Relationship between staff and quality of care in care homes: StaRQ mixed methods study*. National Institute for Health and Care Research.
72. Tello, J. E., Barbazza, E., & Waddell, K. (2020). Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(1), 12–24. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>
73. Cuhls, K. (2019). Die Delphi-Methode – eine Einführung. In M. Niederberger & O. Renn (Hrsg.), *Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften: Konzept, Varianten und Anwendungsbeispiele* (S. 3–31). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21657-3_1
74. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
75. Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2024, Mai 22). *Bundesrat genehmigt Qualitätsvertrag zwischen H+, santésuisse und curafutura*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-101094.html>
76. H+ Die Spitäler der Schweiz. (o. J.). *H+ Die Spitäler der Schweiz: Qualitätsvertrag – H+ Die Spitäler der Schweiz*. Abgerufen 5. Dezember 2024, von <https://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsvertrag>
77. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). (o. J.). *GDK: Organe*. Abgerufen 5. Dezember 2024, von <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/organisation/organe>
78. Tricco, A. C., Antony, J., Ivers, N. M., Ashoor, H. M., Khan, P. A., Blondal, E., Ghassemi, M., MacDonald, H., Chen, M. H., Ezer, L. K., & Straus, S. E. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 186(15), E568–E578. APA PsycInfo <2014>. <https://doi.org/10.1503/cmaj.140289>

8 Anhang

8.1 Anhang A

8.1.1 Checkliste zur Qualitätseinschätzung – Systematische Reviews und Metaanalysen

Tabelle 9: A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR 2) ^[9]

<p>1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?</p>		
<p>For Yes:</p> <p><input type="checkbox"/> Population</p> <p><input type="checkbox"/> Intervention</p> <p><input type="checkbox"/> Comparator group</p> <p><input type="checkbox"/> Outcome</p>	<p>Optional (recommended)</p> <p><input type="checkbox"/> Timeframe for follow-up</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?</p>		
<p>For Partial Yes:</p> <p>The authors state that they had a written protocol or guide that included ALL the following:</p> <p><input type="checkbox"/> review question(s)</p> <p><input type="checkbox"/> a search strategy</p> <p><input type="checkbox"/> inclusion/exclusion criteria</p> <p><input type="checkbox"/> a risk of bias assessment</p>	<p>For Yes:</p> <p>As for partial yes, plus the protocol should be registered and should also have specified:</p> <p><input type="checkbox"/> a meta-analysis/synthesis plan, if appropriate, <i>and</i></p> <p><input type="checkbox"/> a plan for investigating causes of heterogeneity</p> <p><input type="checkbox"/> justification for any deviations from the protocol</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Partial Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?</p>		
<p>For Yes, the review should satisfy ONE of the following:</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Explanation for</i> including only RCTs</p> <p><input type="checkbox"/> OR <i>Explanation for</i> including only NRSI</p> <p><input type="checkbox"/> OR <i>Explanation for</i> including both RCTs and NRSI</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?</p>		
<p>For Partial Yes (all the following):</p>		

<input type="checkbox"/> searched at least 2 databases (relevant to research question) <input type="checkbox"/> provided key word and/or search strategy <input type="checkbox"/> justified publication restrictions (eg, language)	<p>For Yes, should also have (all the following):</p> <input type="checkbox"/> searched the reference lists/bibliographies of included studies <input type="checkbox"/> searched trial/study registries <input type="checkbox"/> included/consulted content experts in the field <input type="checkbox"/> where relevant, searched for grey literature <input type="checkbox"/> conducted search within 24 months of completion of the review	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No
<p>5. Did the review authors perform study selection in duplicate?</p>		
<p>For Yes, either ONE of the following:</p> <input type="checkbox"/> at least two reviewers independently agreed on selection of eligible studies and achieved consensus on which studies to include <input type="checkbox"/> OR two reviewers selected a sample of eligible studies <u>and</u> achieved good agreement (at least 80 per cent), with the remainder selected by one reviewer		
<p>6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?</p>		
<p>For Yes, either ONE of the following:</p> <input type="checkbox"/> at least two reviewers achieved consensus on which data to extract		

Tabelle 10: Qualitätseinschätzung Systematische Reviews und Metaanalysen anhand Checkliste AMSTAR 2 [9]

Systematische Reviews und Metaanalysen	André et al. [47]	Gaebel et al. [48]	Guibert-Lacasa & Vázquez-Calatayud [49]	Husebø & Akerjorde et al. [50]	Hut-Mosset et al. [45]	Lee et al. [22]	Leggat & Balding [40]	De Regge & Eeckloo, [44]	Mianda & Voce [43]	Alanazi et al. [39]	Savage et al. [46]	Al Sabei & Ross [38]	Tricco et al. [41]	Veazie et al. [42]
Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	-
Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	-	-	+/-	+	+	-	-	-	+/-
Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+
Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	+/-	+	+	+	+	+		+/-	+/-	+	+/-	+/-		+/-
Did the review authors perform study selection in duplicate?	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+
Did the review authors perform data extraction in duplicate?	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+
Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	+	+	+	+	+/-	+/-	-	-	-	+	-	+/-	+/-	+/-
Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in	-	+	-	+/-	+/-	-	-	-	-	+	-	-	+	+/-

individual studies that were included in the review?														
NRSI	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	-	-	-	-	+	-	-	+	+/-
Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	No Metaanalysis	+	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis								
For NRSI	No Metaanalysis	+	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis								
If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	No Metaanalysis	+	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis								
Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/discussing the results of the review?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	No Metaanalysis	+	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis	No Metaanalysis								
Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	+	-

8.1.2 Checkliste zur Qualitätseinschätzung – Scoping Review

Tabelle 11: Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses (Joanna Briggs Institute) ^[10]

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 12: Qualitätseinschätzung Scoping Reviews anhand «Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses» [10]

Scoping Review	Carson et al. [56]	Ferreira et al. [52]	Lombardi Fortino et al. [57]	Holt et al. [55]	Duignan et al. [54]	Ryan et al. [59]	Siegel & Young [58]	Wang & Dewing [53]
Is the review question clearly and explicitly stated?	+	+	+	+	+	+	+	+
Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	+	+	+	+	+	-	+	+
Was the search strategy appropriate?	+	+	+	+	+	+	+	+
Were the sources and resources used to search for studies adequate?	+	+	+	+	+	+	+	+
Were the criteria for appraising studies appropriate?	?	+	?	+	-	?	+	+
Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	+	+	+	?	+	+	+	+
Were there methods to minimize errors in data extraction?	-	+	-	-	+	-	-	?
Were the methods used to combine studies appropriate?	-	+	-	-	-	-	-	-
Was the likelihood of publication bias assessed?	-	-	-	-	+	-	+	+
Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	+	+	+	+	+	+	+	+
Were the specific directives for new research appropriate?	+	+	+	+	-	-	-	-

8.1.3 Checkliste zur Qualitätseinschätzung – Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

Tabelle 13: Checklist for Randomized Controlled Trials (Joanna Briggs Institute) ^[11]

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 14: Qualitätseinschätzung RCT anhand «Checklist for Randomized Controlled Trials» ^[11]

Randomisierten kontrollierte Studie (RCT)	Jeon et al. ^[68]
Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	+
Was allocation to treatment groups concealed?	+
Were treatment groups similar at the baseline?	+
Were participants blind to treatment assignment?	+
Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	+
Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	+
Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	+
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	+
Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	+
Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	+
Were outcomes measured in a reliable way?	+

Was appropriate statistical analysis used?	?
Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	+

8.1.4 Checkliste zur Qualitätseinschätzung – Mixed Methods Designs

Tabelle 15: Checklist for Qualitative Research (Joanna Briggs Institute) ^[12]

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 16: Qualitätseinschätzung Mixed Methods Designs anhand «Checklist for Qualitative Research» ^[12]

Mixed Methods Designs	Johannessen et al. ^[61]	Johannessen et al. ^[62]	Spilsbury et al. ^[60]
Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	+	+	+
Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	+	+	+
Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	+	+	+
Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	+	+	+

Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	+	+	+
Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	+	+	+
Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	+	+	+
Are participants, and their voices, adequately represented?	+	+	+
Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	+	+	+
Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	+	+	+

8.1.5 Checkliste zur Qualitätseinschätzung – Narrative Reviews

Tabella 17: Checklist for Textual Evidence: Narrative (Joanna Briggs Institute) [13]

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the generator of the narrative a credible or appropriate source?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is the relationship between the text and its context explained? (where, when, who with, how)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Does the narrative present the events using a logical sequence so the reader or listener can understand how it unfolds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you, as reader or listener of the narrative, arrive at similar conclusions to those drawn by the narrator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do the conclusions flow from the narrative account?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Do you consider this account to be a narrative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabella 18: Qualitätseinschätzung Narrative Reviews anhand «Checklist for Textual Evidence: Narrative» [13]

Narrative Reviews	Creta & Gross [66]	Bender [65]	Fagan [64]	Melder et al. [67]	Murray et al. [63]
Is the generator of the narrative a credible or appropriate source?	+	+	+	+	+
Is the relationship between the text and its context explained? (where, when, who with, how)	+	+	+	+	+
Does the narrative present the events using a logical sequence so the reader or listener can understand how it unfolds?	+	+	+	+	+
Do you, as reader or listener of the narrative, arrive at similar conclusions to those drawn by the narrator?	+	+	+	+	+
Do the conclusions flow from the narrative account?	+	+	+	+	+
Do you consider this account to be a narrative?	+	+	+	+	+

8.2 Anhang B

Referenz 1: Alanazi, N. H., Alshamlani, Y., & Baker, O. G. (2023). The association between nurse managers' transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *International nursing review*, 70(2), 175-184, <https://doi.org/10.1111/inr.12819>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Saudi-Arabien	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem transformationalen Führungsverhalten von Pflegemanagern und der Qualität der Patientenversorgung basierend auf den Wahrnehmungen von registrierten Pflegekräften.	Systematisches Review und Meta-Analyse	Gesamtstichprobe: 3633 registrierte Pflegekräfte aus asiatischen, nahöstlichen und europäischen Ländern.
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Assoziation zwischen Transformationaler Führungsstil von Führungspersonen in der Pflege und Pflegequalität</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformative Führungspersonen sind verantwortlich für positive Beziehungen und Interaktionen, was wiederum zu Motivation am Arbeitsplatz und Qualität der Arbeitsleistung führt (Boamah, 2018; Patrick et al., 2011). - Durch eine Verbesserung des Arbeitsumfelds zur Erhöhung der Patientensicherheit und der Qualität der Patientenversorgung wird die Patientenzufriedenheit gesteigert (Aiken et al., 2012, 2014; Hussain et al., 2019). - In mehreren Studien wird die Bedeutung von Führungsstilen, insbesondere der transformationalen Führung, als eine der Möglichkeiten anerkannt, Gesundheitsorganisationen zu helfen, effektiv zu sein und erfolgreiche Ergebnisse im Gesundheitswesen zu erzielen (Erhöhung Arbeitszufriedenheit, positiver Effekt auf Empowerment, Verbesserung der Arbeitsbedingungen). - Effektive Führung ist entscheidend für die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, da sie Pflegenden motiviert und zu Veränderungen anregt, um hochwertige Pflege zu bieten (Echevarria et al., 2017; Fischer, 2016; Lavoie-Tremblay et al., 2016). 			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem transformationalen Führungsstil der Führungspersonen und der Qualität der Patientenversorgung. Der transformationale Führungsstil der Führungspersonen in der Pflege war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine verbesserte Qualität der Patientenversorgung verbunden (OR = 1,185; CI = 1,064-1,321; P = 0,002). Die durchschnittliche OR aus acht Studien betrug 1,461, mit P-Werten zwischen 0,001 und 0,050. Der Forest-Plot zeigte Hinweise auf eine Publikationsverzerrung in der Studie von ALFadhahah und Elamir (2021), bei der die P-Werte für die fünf Indikatoren der Versorgungsqualität zwischen 0,113 und 0,957 lagen.

Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse zeigen, dass ausgebildete Pflegepersonen, die bei ihren Vorgesetzten einen transformationalen Führungsstil erlebt haben, berichten, dass dieser sie bei der Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung beeinflusst. Diese Ergebnisse werden von den neun eingeschlossenen Studien in unterschiedlichem Ausmass unterstützt. Es werden schwache und nicht signifikante Assoziationen (ALFadhahah & Elamir, 2021; den Breejen-de Hooge et al., 2021) sowie indirekte Effekte (Asif et al., 2019; Labrague & Obeidat, 2021) des transformationalen Führungsstils von Pflegekräften auf die Qualität der Patientenpflege berichtet. Starke positive Korrelationen zwischen dem transformationalen Führungsstil von Pflegedienstleitern und der Qualität der Patientenversorgung wurden jedoch in China (Liu et al., 2020), Frankreich (Chevalier et al., 2018) und Jordanien (Alloubani et al., 2019) berichtet, und starke direkte Auswirkungen auf die Verringerung unerwünschter Ereignisse bei Patienten wurden in Kanada (Boamah, 2018; Boamah et al., 2018) festgestellt.

Schlussfolgerung: Ein ausgeprägter transformationaler Führungsstil von Führungspersonen in der Pflege wird in unterschiedlichem Masse mit einer hohen Qualität der Patientenversorgung in Verbindung gebracht. Der Zusammenhang zwischen dem transformationalen Führungsstil der Führungspersonen und der Qualität der Patientenversorgung hängt mit beeinflussenden Faktoren wie Geschlecht, Organisationskultur, strukturellem Empowerment und Arbeitszufriedenheit zusammen.

Referenz 2: Al Sabei, S. D., & Ross, A. M. (2023). The relationship between nursing leadership and patient readmission rate: a systematic review. Canadian Journal of Nursing Research, 55(3), 267-278, <https://doi.org/10.1177/08445621231152959>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Oman & USA	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Führung in der Pflege und der Wiedereinweisungsrate von Patient/innen	Systematisches Review	Patient/innen aus Akutspitalern
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
Beziehung zwischen Führung in der Pflege und Wiedereinweisungsrate			
Definition Führung: Die Definition von Führung war in dieser Gruppe von Studien sehr unterschiedlich. Führung in der Pflege wurde in Form von Stilen definiert, wie transformationale (Mathews et al., 2014), beziehungsorientierte (Kara et al., 2015b) und authentische Führung (Shirey et al., 2019). Führung wurde auch als			

Verhaltensweisen und Kompetenzen von Führungspersonen in der Pflege konzeptualisiert, einschliesslich Pflegekoordination und Planungskompetenz (Carthon et al., 2015), effektive Beteiligung an multidisziplinären Teams und interprofessioneller Zusammenarbeit (Hoyer et al., 2018; Kara et al., 2015a; Mathews et al., 2014) sowie Führungskompetenz und Unterstützung von Pflegepersonal (Carthon et al., 2015; Lasater & Mchugh, 2016; Ma et al., 2015; McHugh & Ma, 2013).

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Beziehung Führung & Wiedereinweisungsrate: Studien zeigen, dass die Fähigkeiten des Pflegepersonals, Führungsqualitäten und Unterstützung im Arbeitsumfeld die Wiedereinweisungsrate signifikant senken können (Ma et al., 2015; McHugh & Ma, 2013). Führungspersonen beeinflussen die Wiedereinweisungsrate **durch effektive Pflegeplanungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Übergangsprogramme zur Nachbetreuung nach der Entlassung** (Feo et al., 2022; Hoyer et al., 2018; Gilbert et al., 2021).

Referenz 3: André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., & Ringdal, G. I. (2014). The impact of work culture on quality of care in nursing homes—a review study. Scandinavian journal of caring sciences, 28(3), 449-457, <https://doi.org/10.1111/scs.12086>

Allgemeine Angaben zur Publikation

Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Norwegen	Identifikation von Faktoren, die den Zusammenhang zwischen Arbeitskultur und Pflegequalität in Pflegeheimen charakterisieren.	Literaturreview	Gesundheitspersonal in Pflegeheimen

Massnahmen der Führung

Themenschwerpunkte

Führung, Teamzusammenhalt, Kommunikation, Strukturelle Merkmale der Arbeitsqualität & Faktoren der Pflegequalität

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Führung: Die Dimension setzt sich aus Führungsstilen und Art der Führungshierarchie zusammen. Die Ergebnisse zeigen, dass der Führungsstil häufig entweder mit autokratischem Verhalten und mangelnder Autonomie oder mit unterstützendem Verhalten der Führungspersonen verbunden ist. Managementstrukturen und -strategien beeinflussen die Arbeitskultur und teilweise die Qualität der Pflege.

Teamzusammenhalt: Die Dimension umfasst Merkmale der zwischenmenschlichen Interaktionen, des Gruppenverhaltens und Wahrnehmungen des Vertrauens unter Kolleg/innen. Die Ergebnisse zu dieser Dimension waren in den einzelnen Artikeln unterschiedlich. In fünf Artikeln wurden Beziehungen, Teamarbeit und starke Gruppenbeziehungen mit Arbeitskultur und Leistung in Verbindung gebracht.

Kommunikation: Die Dimension umfasst sowohl formelle als auch informelle Mechanismen für den Informationstransfer und die Konfliktlösung. Partizipation, gute Kommunikation, Konfliktlösung und Empowerment wurden in acht der Artikel gefunden, und alle diese Faktoren stehen in Verbindung mit der Pflegequalität.

Strukturelle Merkmale der Arbeitsqualität: Das Gefühl der Wertschätzung der Mitarbeitenden für ihren Beitrag, Arbeitszufriedenheit, die Verbesserung des Pflegeumfelds und die Förderung neuer Ideen und der Kreativität standen alle im Zusammenhang mit der Pflegequalität und der Arbeitskultur. Finanzierung und Belohnung standen ebenfalls in einem positiven Zusammenhang mit den Ergebnissen für die Bewohner, während Formalisierung und Vorschrift in einem negativen Zusammenhang mit den Ergebnissen für die Bewohner standen.

Faktoren der Pflegequalität: Eine Vielzahl von Managementpraktiken, Finanzierung, Grösse des Pflegeheims und die Gesamtzahl der Pflegestunden sind Faktoren der Arbeitskultur, die die Pflegequalität beeinflussen. Empowerment, starke Kultur, bessere Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit, positive Arbeitsgruppen, gute Kommunikation, Unterstützung, Anerkennung und Arbeitsumgebung sind Faktoren der Arbeitskultur, die die Pflegequalität beeinflussen. Es wurde sowohl ein signifikanter Zusammenhang zwischen Arbeitskultur und Pflegequalität als auch ein Zusammenhang zwischen Empowerment und Pflegequalität berichtet.

Referenz 4: Ferreira, T. D. M., de Mesquita, G. R., de Melo, G. C., de Oliveira, M. S., Bucci, A. F., Porcari, T. A., ... & Gasparino, R. C. (2022). The influence of nursing leadership styles on the outcomes of patients, professionals and institutions: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 936-953, <https://doi.org/10.1111/jonm.13592>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
Brasilien	Untersucht Führungsstile auf deren Einfluss auf die Patient/innen, Fachpersonen und Institutionen	Integratives Literaturreview	Spital
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
Einfluss verschiedener Führungsstile auf Patientensicherheit und Fehlzeiten & Fluktuation			
Führungsstile:			

- **transformationale Führung**, die dafür verantwortlich ist, die intellektuelle und kreative Entwicklung der geführten Person und des Teams anzuregen und zu unterstützen und ihre eigenen Erwartungen und die der Organisation klar zu kommunizieren (Boamah et al., 2018);
- **authentische Führung**, die Selbsterkenntnis, Selbstakzeptanz, Selbstbewusstsein und Authentizität fördert (Lee et al., 2019);
- **ethische Führung**, die Wert auf Moral und Transparenz legt (Gillet et al., 2018);
- **klinische Führung**, die Wert auf klinische Erfahrung, Koordination und zwischenmenschliche Beziehungen legt;
- **Coaching-Führung**, die auf der Förderung und Stimulierung des individuellen Lernens mit Fokus auf den kollektiven Erfolg beruht (Boamah, 2019 und Chegini et al., 2020);
- **transaktionale Führung**, die darauf abzielt, die Mitarbeitenden bei der Operationalisierung von Aufgaben anzuleiten und zu motivieren (Pishgoie et al., 2019);
- **situative Führung**, die sich den Umständen anpasst und Alternativen zur emotionalen Unterstützung bietet (Fontes et al., 2019);
- **paternalistische Führung**, bei der die Führungsperson und der Mitarbeitende eine Beziehung ähnlich der zwischen Eltern und Kind haben, die auf Schutz, Freundschaft, Inspiration, Ausgewogenheit und Zusammenarbeit beruht (Sungur et al., 2019);
- **dienende Führung**, bei der es ein echtes Anliegen ist, anderen zu dienen und die Mitarbeitende an erste Stelle zu setzen (Bobbio & Manganelli, 2015).

Patientensicherheit: ist definiert als die Verringerung des Risikos von Schäden im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung auf ein akzeptables Minimum. Sie kann anhand des Sicherheitsklimas oder der Sicherheitskultur, der Anzahl der Meldungen und der unerwünschten Ereignisse bewertet werden (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021).

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Von den 35 analysierten Studien berichteten 20 (57,1 %) über den Einfluss des Führungsstils auf die Patientensicherheit und identifizierten vier Unterkategorien: Sicherheitsklima/-kultur, Auftreten/Vermeidung von Zwischenfällen, Meldung von Zwischenfällen und Qualität der Pflege.

Die Untersuchungen zeigten, dass fünf Führungsstile das **Sicherheitsklima** beeinflussen: transformational, klinisch, transaktional, ethisch und Coaching. Studien von McFadden et al. (2015) ($\beta = 0,36$; $p < 0,001$) und Farag et al. (2017) zeigten, dass transformationale Führung das Sicherheitsklima verbessert, was durch ähnliche Ergebnisse von Seljemo et al. (2020) und Weng et al. (2015) unterstützt wurde. Mäntynen et al. (2014) führten ein Trainingsprogramm für transformationale Führung durch, fanden jedoch keinen signifikanten Unterschied nach der Implementierung (Durchschnitt vor: 3,38, nach: 3,33). Gauld und Horsburg (2014) sowie Farag et al. (2017) zeigten, dass klinische und transaktionale Führung positive Einflüsse auf das Sicherheitsklima haben. Lotfi et al. (2018) und YuKyung und Soyoung (2017) fanden heraus, dass ethische ($r = 0,29$; $p < 0,001$) und coachende ($r = 0,61$; $p < 0,001$) Führung die Sicherheitskultur in Einrichtungen positiv beeinflussen.

Die Analyse der Studien zeigt, dass verschiedene Führungsstile einen signifikanten Einfluss auf die **Patientensicherheit** haben. Transformationaler Führungsstil trug zur Verringerung **unerwünschter Ereignisse** bei (Boamah et al., 2018) und verbesserte die **Sicherheit bei der Medikamentenverabreichung** ($r = 0,541$; $p < 0,001$) (Lappalainen et al., 2020).

In der Kategorie **Meldung von Zwischenfällen** erhöhten Coaching-Führung ($\beta = 0,2$; $p < 0,01$) (Chegini et al., 2020) und ethische Führung ($r = 0,206$; $p < 0,007$) (Barkhordari-Sharifabad & Mirjalili, 2020) die Bereitschaft zur Fehlerberichterstattung.

Transformationaler Führungsstil förderte die **Versorgungsqualität** durch Teamarbeit und personenzentrierte Pflege (Beckett et al., 2013) und verringerte die Kündigungsabsicht von Fachkräften ($\beta = 0,139$; $p < 0,05$) (Lavoie-Tremblay et al., 2016). Authentische Führung (McFadden et al., 2015; Boamah et al., 2017) und klinische Führung ($r = 0,240$; $p < 0,001$) (Boamah, 2019) zeigten ebenfalls positive Effekte auf die Versorgungsqualität.

Referenz 5: Lee, S. E., Hyunjie, L., & Sang, S. (2023). Nurse managers' leadership, patient safety, and quality of care: a systematic review. Western journal of nursing research, 45(2), 176-185, <https://doi.org/10.1177/01939459221114079>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
South Korea	Einfluss der Führung von Führungspersonen in der Pflege auf die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität. Ziel ist es, die bestehenden Forschungsergebnisse zu diesen Zusammenhängen zu synthetisieren und zu bewerten.	Systematisches Review	Stationsleitungen Pflege im Spital
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Einfluss von Führung auf Patientensicherheit und Versorgungsqualität:</p> <p>Die Verbesserung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität wird durch die Schaffung einer Sicherheitskultur gefördert, die Aspekte wie Teamarbeit, Kommunikation, Berichterstattung, gerechte Kultur, Sicherheitssysteme und Führung umfasst (Churruca et al., 2021). Führung ist hierbei besonders wichtig, da sie entscheidend zur Patientensicherheit und Versorgungsqualität beiträgt (Murray & Cope, 2021). Positive Führungsverhalten führen zu besseren Sicherheits- und Qualitätsresultaten (Heidmann et al., 2019; Alloubani et al., 2019). Wong et al. (2013) fanden in einer systematischen Überprüfung heraus, dass positive relationale Führungsstile mit besseren Patientenergebnissen wie geringerer Sterblichkeit, weniger Medikationsfehlern und höherer Patientenzufriedenheit assoziiert sind.</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Einfluss Führung & Patientensicherheit:</p>			

- **Unerwünschte Ereignisse** (Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen, Stürze, Beschwerdemeldungen & verbale Beschimpfung seitens Pat. & Angehörigen): Die stärkste Assoziation ergab sich zwischen transformationaler Führung und der mittleren Häufigkeit von unerwünschten Patientenergebnissen, wobei drei Studien signifikante negative Zusammenhänge zeigten (Asif et al., 2019; Boamah et al., 2018; Labrague & Obeidat, 2021). Authentische Führung zeigte keine signifikanten Zusammenhänge mit der Häufigkeit von Medikationsfehlern, nosokomialen Infektionen, Patientenstürzen sowie Patienten- und Familienbeschwerden (Wong & Giallonardo, 2013). Toxisches Führungsverhalten war signifikant mit häufigeren Medikationsfehlern, nosokomialen Infektionen, Patientenstürzen, Patienten- und Familienbeschwerden sowie verbaler Missbrauch verbunden (Labrague, 2021).
- **Fehlerberichterstattung & Fehlermeldung**: Zwei Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen der von Pflegepersonen wahrgenommenen Führung und der Fehlerberichterstattung und zeigten gemischte Ergebnisse. Eine Studie zeigte, dass Pflegepersonen, die ihre Vorgesetzte Person besser bewerteten, eher bereit waren, unerwünschte Ereignisse zu melden (Kakemam et al., 2021). In der anderen Studie war dieser Zusammenhang jedoch nicht signifikant (Hwang & Ahn, 2015). Eine Studie untersuchte die Beziehung zwischen integrativer Führung und der Absicht der Pflegepersonen, Fehler zu melden, und fand einen signifikanten Zusammenhang (Lee & Dahinten, 2021).

Versorgungsqualität: Sieben Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen verschiedenen Führungsstilen und der Versorgungsqualität. Von den untersuchten spezifischen Führungsstilen zeigte die **transformationale Führung** den stärksten positiven Zusammenhang mit der Versorgungsqualität, was in drei Studien nachgewiesen wurde (Alloubani et al., 2019; Asif et al., 2019; Labrague & Obeidat, 2021). **Authentische Führung** war ebenfalls positiv mit der Versorgungsqualität assoziiert (Puni & Hilton, 2020). Im Gegensatz dazu waren transaktionale Führung (Alloubani et al., 2019) und toxisches Führungsverhalten (Labrague, 2021) negativ mit der Versorgungsqualität verbunden. Eine Studie fand keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Laissez-faire-Führung und der Versorgungsqualität (Alloubani et al., 2019). Zwei Studien berichteten über inkonsistente Ergebnisse bezüglich der Beziehung zwischen den Fähigkeiten der Pflegepersonen, Führung und Unterstützung und der Versorgungsqualität (Gasparino et al., 2021; Ma et al., 2015).

Referenz 6: Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2018). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1287-1293, <https://doi.org/10.1111/jocn.13980>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Australien	Die Studie untersucht den Zusammenhang zwischen Führung im Gesundheitswesen und der Etablierung einer Kultur der Patientensicherheit. Ziel ist es, die Rolle von Führungspersonen bei der Förderung einer sicheren Patientenversorgung zu	Narratives Review	Führungspersonen

	analysieren und zu verstehen, wie Führungspersonen zur Schaffung und Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur beitragen können.		
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Führung in der Pflege im Zusammenhang mit Patientensicherheit:</p> <p>Sicherheitskultur: Die Entwicklung einer Sicherheitskultur im Gesundheitswesen erfordert Engagement auf allen Ebenen, effektive Kommunikation zwischen Führung und Abteilungen sowie Vertrauen in die Führungspersonen und das Management (Ammouri et al., 2015; Auer et al., 2014). Eine starke Sicherheitskultur nutzt Fehler zur Verbesserung der Arbeitspraktiken und der Patientenversorgung, was zu positiven Ergebnissen führt (Bowie, 2010). Diese Kultur basiert auf Teamarbeit, evidenzbasierter Praxis, Kommunikation, kontinuierlicher Weiterbildung, einer gerechten Kultur, Führung und patientenzentrierter Pflege (Reid & Dennison, 2011; Sammer et al., 2010). Führungspersonen im Pflegebereich haben einen entscheidenden Einfluss auf die Patientensicherheit, da sie die Organisationskultur hin zu sichereren Praktiken beeinflussen können (Agnew et al., 2012; Auer et al., 2014; Cummings et al., 2010; Dignam et al., 2011; O'Connor & Carlson, 2016; Vaismoradi et al., 2012).</p> <p>Transformationaler Führungsstil: Transformationale Führungspersonen engagieren, motivieren und inspirieren ihre Mitarbeitenden, setzen klare Erwartungen und fördern eine offene Kommunikation. Sie betrachten Fehler als Chancen zur Verbesserung und zeigen emotionale Intelligenz und kollegiale Entscheidungsfindung (Cope & Murray, 2017; Doody & Doody, 2012; Giltinane, 2013). Dieser Stil schafft Vertrauen und ein gerechtes, tadelfreies Umfeld (Vogelsmeier et al., 2010). Transformationale Führungspersonen schätzen die Meinung und Erfahrung ihrer Mitarbeitenden und beziehen sie in Entscheidungen ein (Sherman, 2012).</p> <p>Transaktionaler Führungsstil: ein aufgabenorientierter Führungsstil, nutzt Belohnungen, um Mitarbeitende zur Zielerreichung zu motivieren, was die Zufriedenheit positiv beeinflussen kann (Ledlow & Coppola, 2014). Dieser Stil ist besonders effektiv bei schnellen Entscheidungen, z. B. in medizinischen Krisen, kann jedoch negative Auswirkungen auf die Patientenergebnisse haben, da er aufgabenorientiertes Verhalten verstärkt und im Gegensatz zur ganzheitlichen Pflege steht (Cope & Murray, 2017; Giltinane, 2013).</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Leadership – Empowerment: Leadership und Engagement sind entscheidend für die Patientensicherheit und Versorgungsqualität. Transformationaler Führungsstil wird mit positiven Patientenergebnissen in Verbindung gebracht und fördert eine tadellose Sicherheitskultur (Lievens & Vlerick, 2013; McFadden, Stock, & Gowen, 2015; Merrill, 2015). Vorgesetzte, die klare Richtlinien vorgeben und eine offene Kommunikation fördern, motivieren das Pflegepersonal, was zu besseren Patientenergebnissen führt (Brady Germain & Cummings, 2010; Day, 2014). Initiativen wie "Leadership WalkRounds" (Rotteau, Shojania, & Webster, 2014; Sexton et al., 2014) und die Einbindung von Chief Nursing Officers (Disch, Dreher, Davidson, Senioris, & Wainio, 2011) stärken das Engagement und die Sichtbarkeit der Führung, was die Sicherheitskultur und Qualität der Pflege unterstützt (Ammouri et al., 2015; Auer et al., 2014). Magnet-Akkreditierungen fördern</p>			

beispielhafte Pflege durch positive Arbeitsplatzkultur und starke Führung (American Nurses Credentialing Center, 2017; Aiken et al., 2011; Moss, Mitchell, & Casey, 2017).

Leadership – Patientenoutcome: In Pflegeeinrichtungen mit starker Führung, angemessener Personalausstattung und multidisziplinärer Zusammenarbeit treten weniger unerwünschte Ereignisse wie Medikationsfehler, nosokomiale Infektionen und Stürze auf (Wong & Giallonardo, 2013). Die Patientensicherheit ist stark mit dem Arbeitsumfeld und dem Einfluss der Führung auf die Abläufe verknüpft (Squires et al., 2010). Schlechtes Führungsverhalten, wie bei Laissez-faire-Führung, führt zu Fehlzeiten, Stress und emotionaler Erschöpfung, was die Versorgungsqualität und Patientensicherheit beeinträchtigt (Cope & Murray, 2017; Merrill, 2015). Um ein sicheres Pflegeumfeld zu schaffen, sollten Führungspersonen auf ihre Mitarbeiter hören, diese in Entscheidungsprozesse einbeziehen und Fehler als Lernchancen betrachten (Merrill, 2015; O'Connor & Carlson, 2016). Eine erhöhte Sicherheitskultur auf der Station, unterstützt durch positives Führungsverhalten, führt zu besseren Patientenergebnissen (O'Connor & Carlson, 2016).

Referenz 7: Wang, M., & Dewing, J. (2021). Exploring mediating effects between nursing leadership and patient safety from a person-centred perspective: A literature review. *Journal of nursing management*, 29(5), 878-889, <https://doi.org/10.1111/jonm.13226>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
UK	Die Studie untersucht die vermittelnden Effekte zwischen Pflegemanagement und Patientensicherheit aus einer personenzentrierten Perspektive	Literaturreview	Pflegepersonen in der direkten Patientenversorgung in Akutspitälern
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Führung in der Pflege im Zusammenhang mit Patientensicherheit: Das Institute of Medicine (IoM) betont seit mehr als einem Jahrzehnt, dass eine Veränderung des Arbeitsumfelds der Pflegekräfte, einschliesslich starker Führung, die Patientensicherheit verbessern kann (IoM, 2004). Zwei Literaturübersichten fanden signifikante Zusammenhänge zwischen positiver relationaler Führung in der Pflege und einer geringeren Anzahl negativer Patientenergebnisse (Wong & Cummings, 2007; Wong et al., 2013). Relationale Führungsstile wie transformationale Führung sind besonders relevant für die heutigen komplexen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen und fördern die Patientensicherheit.</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			

Arbeitsumfeld: Förderliche Arbeitsatmosphäre für Pflegepersonal führt zu hoher Patientenversorgungsqualität und minimiert negative Auswirkungen auf Patienten. Vier Studien (Boamah et al., 2018; Khanzada et al., 2018; Boamah, 2018; Asif et al., 2019) zeigen, dass strukturelles Empowerment durch Führungspersonen negative Patientenergebnisse reduziert, die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden steigert und deren klinische Führung verbessert.

Zwischenmenschliche Beziehung zwischen Führungsperson und Pflegenden: Studien von Wong & Giallonardo (2013) und Squires et al. (2010) zeigen, dass die Qualität der Beziehungen zwischen Führungspersonen und Personal die Auswirkungen der Führung auf negative Patientenergebnisse beeinflusst. Wong und Giallonardo (2013) fanden heraus, dass pflegerische Führung das Vertrauen des Pflegepersonals in die Führungskraft stärkt, was indirekt zu besseren Arbeitsbedingungen und weniger negativen Patientenergebnissen führt. Vogus und Sutcliffe (2007) bestätigen, dass das Vertrauen in die Führungskraft den Nutzen sicherheitsorganisatorischer Massnahmen erhöht und Medikationsfehler reduziert. Squires et al. (2010) betonen, dass die Führungsrolle die Qualität der Beziehung zwischen Führungskraft und Pflegepersonal verbessert, was das Sicherheitsklima und das Arbeitsumfeld positiv beeinflusst. Laschinger und Leiter (2006) stellten fest, dass die Führung des Pflegepersonals entscheidend für die Qualität des Arbeitslebens ist und dass Burnout des Pflegepersonals eine direkte Verbindung zwischen der Arbeitsqualität und negativen Patientenergebnissen darstellt. Diese Ergebnisse stimmen mit den Studien von Aiken et al. (2003) und Lake (2002) überein, die zeigen, dass das Pflegeumfeld die Patientenergebnisse beeinflusst und eine vermittelnde Rolle beim Burnout des Pflegepersonals spielt.

Referenz 8: Bender, M. (2014). The current evidence base for the clinical nurse leader: a narrative review of the literature. Journal of Professional Nursing, 30(2), 110-123, <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.08.006>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
USA	Umfassende Zusammenfassung der Literatur zur Rolle der Clinical Nurse Leaders (CNL) und deren Auswirkungen auf die Pflegequalität.	Narratives Literaturreview	Verschiedene Gesundheitseinrichtungen in den USA
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt			
Implementierung von clinical nurse leader (CNL)			

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

CNL Pilot Implementierung: Die Artikel beschreiben verschiedene Verbesserungen der Qualität, die nach der Integration von CNLs in verschiedene Versorgungssysteme beobachtet wurden. Diese Verbesserungen umfassen unter anderem: eine erhöhte Zeit, die das Pflegepersonal direkt mit den Patienten verbringt; gesteigerte Zufriedenheit des Personals, der Ärzte und der Patienten; effizientere Pflegeprozesse und verkürzte Verweildauern der Patienten; verbesserte Qualitätsindikatoren in der Pflege wie Reduktionen bei Stürzen, verbesserte Entlassungsunterweisungen, weniger Stunden mit Betreuungsdiensten und Verringerung der im Krankenhaus erworbenen Druckgeschwüre; gesteigerte Zertifizierungsraten des Pflegepersonals; verbesserte Überweisungsraten zur häuslichen Pflege; reduzierte Fluktuation des Personals; verbesserte Patientenergebnisse bezüglich Infektionsraten, beatmungsassoziierter Lungenentzündung, Transfusionsraten und restaurativer Mahlzeiten; sowie eine verbesserte interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit.

CNL Job Analyse: Die drei wichtigsten Unterbereiche für die CNL-Praxis waren nach Einschätzung der zertifizierten CNLS: (a) evidenzbasierte Praxis, (b) interdisziplinäre Kommunikation und Kooperationsfähigkeit und (c) Qualitätsverbesserung.

Patientenzufriedenheit mit Aufnahmeprozessen: Signifikante Verbesserung ($r = +.63$, $P = .02$).

Patientenzufriedenheit mit Pflege: Signifikante Verbesserung ($r = +.75$, $P = .003$).

Referenz 9: Carson, O., McAloon, T., Brown, D., & McIlfatrick, S. (2023). Exploring the contribution and impact of master's education for leadership development in adult general nursing: a scoping review. *Nurse Education in Practice*, <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103697>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
UK	Untersuchung der Evidenz zur Master-Ausbildung für die Entwicklung von Führungspersonen und ihre Auswirkungen auf die Praxis.	Scoping Review	Pflegende in der direkten Patientenversorgung in Gesundheits- und/oder Sozialeinrichtungen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt			
Master-Ausbildung zur Entwicklung von Führungskompetenzen, inklusive Problemlösung, Entscheidungsfindung, evidenzbasierte Praxis und kontinuierlicher Qualitätsverbesserung.			

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

In der Studie von Ho et al. (2019) zur Professionalisierung der Pflege nach Abschluss der Masterausbildung wird klinische Führung mit Veränderungsmanagement und der Fähigkeit zur Anwendung von Evidenz in Qualitätsverbesserungsprozessen in Verbindung gebracht.

Führungsfähigkeiten durch Master-Ausbildung: Es wurde festgestellt, dass die Entwicklung von Führungskompetenzen und klinischer Leadership durch Master-Ausbildung gefördert wird.

- **Messbarer Unterschied in Führungsfähigkeiten:** Drennan (2012) hebt hervor, dass Absolventen von Masterstudiengängen in der Pflege bedeutende Verbesserungen in Schlüsselbereichen wie Problemlösung, Kommunikation, Teamarbeit und der Fähigkeit, Veränderungen in der Praxis herbeizuführen.
- **Kritisches Denken und Entscheidungsfindung:** Ho et al. (2019) dokumentieren, dass Führungspersonen mit einer Ausbildung auf Masterstufe verbessertes kritisches Denken und eine stärkere Fähigkeit zeigen, Beweise zu suchen und anzuwenden, was zu fundierteren Entscheidungen führt.
- **Professionalität und Verantwortungsbewusstsein:** Gerard et al. (2014) betonen, dass die Ausbildung auf Masterniveau ein Bewusstsein für persönliche und professionelle Verantwortung fördert, was für die Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung ist.
- **Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit:** Sowohl in den Studien von Ho et al. (2019) als auch von Clark et al. (2015) wird die Bedeutung von effektiver Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsprofessionen hervorgehoben, was als Schlüsselfaktor für die Verbesserung von Qualitätsprozessen und Führungsqualitäten gesehen wird.
- **Marktnachfrage und systemisches Denken:** Gerard et al. (2014) beschreiben auch das wachsende Interesse von Arbeitgebern an Pflegefachpersonen mit Masterabschluss aufgrund ihrer Fähigkeit zu systemischem Denken und der Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis (evidenzbasierter Praxis). Dies fördert erfolgreiche Führungsarbeit und eine hochwertige Gesundheitsversorgung.
- **Auswirkungen auf Patientenzufriedenheit und klinische Ergebnisse:** Es gibt Hinweise darauf, dass die Fähigkeiten von Masterabsolventen die Patientenzufriedenheit verbessern und die Symptome sowie die Verweildauer im Krankenhaus reduzieren können (Clark et al., 2015).

Referenz 10: Duignan, M., Drennan, J., & McCarthy, V. J. (2021). Impact of clinical leadership in advanced practice roles on outcomes in health care: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 613-622, <https://doi.org/10.1111/jonm.13189>

Allgemeine Angaben zur Publikation

Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
----------	-----------------------------	--------	-------------------------

Irland	Untersuchung des Einflusses klinischer Führung in fortgeschrittenen Praxisrollen auf Patientenergebnisse, Mitarbeiterzufriedenheit und organisatorische Ergebnisse.	Scoping Review	Gesundheitsfachpersonen in fortgeschrittenen klinischen Praxisrollen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Clinical Leadership durch APs: Klinische Führung durch fortgeschrittene Pflegekräfte, Entwicklung und Implementierung von Richtlinien, Teilnahme an multidisziplinären Teams, Förderung der klinischen Praxis durch formale und informelle Bildung, Mentoring und Coaching.</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>In mehreren Studien wurde hervorgehoben, dass fortgeschrittene Praxisfachkräfte (APs) durch die Zusammenarbeit mit multidisziplinären Teams und die Koordinierung der Versorgung zur Verbesserung der Patientenergebnisse beitragen und die Kontinuität der Versorgung erleichtern (Begley et al., 2013; Coyne et al., 2016; Elliott et al., 2013; Higgins et al., 2014; Santiano et al., 2009; Walsh et al., 2015). Einige Studien zeigten, dass die klinische Führungsrolle von APs den Zugang zur Versorgung verbessert, die Patientenzufriedenheit erhöht, die Wartezeiten verkürzt und die Dienste entsprechend den Bedürfnissen der Patienten anpasst (Coyne et al., 2016; Elliott et al., 2013; Walsh et al., 2015). Stakeholder berichteten, dass die klinische Führung von APs zu einer hochwertigen klinischen Versorgung führte (Giles et al., 2018).</p> <p>Es wurde auch festgestellt, dass APs in ihrer klinischen Führungsrolle die klinische Praxis beeinflussen, hauptsächlich durch Mentoring und Schulung anderer Kollegen und nicht durch direkten Einfluss auf die Patientenergebnisse. Sowohl Begley et al. (2013) als auch Santiano et al. (2009) stellten fest, dass APs durch den Aufbau effektiver Beziehungen innerhalb des interdisziplinären Teams, Schulungen, Anleitung und Führung zu optimierten Patientenergebnissen beitragen.</p>			

Referenz 11: Leggat, S. G., & Balding, C. (2018). Effective quality systems: implementation in Australian public hospitals. *International Journal of health care quality assurance*, 31(8), 1044-1057, <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2017-0037>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
Australien	In diesem Beitrag wird die Umsetzung von sieben Komponenten von Qualitätssicherungssystemen	Literaturreview	Gesundheitseinrichtungen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
Implementation von folgenden 7 Komponenten eines Qualitätssystems (QS): Führung, Politik und Strategie, Personalorientierung, Aus- und Weiterbildung, Patientenorientierung, Leistungsergebnisse und Prozessverbesserung.			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass effektive Qualitätssysteme durch mehrere Schlüsselfaktoren gekennzeichnet sind, darunter starke Führung, klare Strategien, Mitarbeiterengagement, kontinuierliche Schulung und effektive Kommunikationskanäle. Spitäler, die diese Faktoren erfolgreich integriert haben, berichteten von erheblichen Verbesserungen in der Pflegequalität und Patientensicherheit. Die Studie hebt hervor, dass Spitäler mit gut implementierten Qualitätssystemen eine bessere Patientenversorgung und höhere Zufriedenheitsraten aufweisen. Konkrete quantitative Werte variieren, zeigen aber insgesamt positive Trends bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung.			

Referenz 12: Jeon, Y. H., Simpson, J. M., Li, Z., Cunich, M. M., Thomas, T. H., Chenoweth, L., & Kendig, H. L. (2015). Cluster randomized controlled trial of an aged care specific leadership and management program to improve work environment, staff turnover, and care quality. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(7), 629-e19, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.04.005>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Australien	Auswirkungen eines spezifischen Führungs- und Managementprogramms im Bereich der Altenpflege	Cluster randomized controlled trial	Pflegepersonen in Altersheimen

Massnahmen der Führung

Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)

Clinical Leadership in Aged Care (CLiAC)-Programm: Das CLiAC ist ein 12-monatiges, strukturiertes Ausbildungs- und Unterstützungsprogramm für Führungspersonen in der Altenpflege. Es wurde entwickelt, um sichere, qualitativ hochwertige, personenzentrierte und evidenzbasierte Pflege zu fördern. Das Programm umfasst Action-Learning-Techniken, 360-Grad-Feedback, Fallszenarien, Einzelgespräche, Mentoring, Coaching und individuelle Praxisverbesserungsprojekte. Es erfordert die Unterstützung der Organisation und ist auf deren Philosophie und strategische Ausrichtung abgestimmt. Das Programm wurde von einer Moderatorin und einem Bildungsexperten bei 50 Führungspersonen durchgeführt, 46 Teilnehmende haben das Programm abgeschlossen.

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass das CLiAC-Programm die Wahrnehmung des Pflegepersonals hinsichtlich der Unterstützung durch das Management und des Beitrags des Managements am Arbeitsplatz verbessern kann. Im Vergleich zur Kontrollgruppe empfanden die Mitarbeitenden der Interventionsgruppe den Führungsstil ihrer Vorgesetzten als deutlich transformationaler, konstruktiver (kontingente Belohnung) und weniger passiv-vermeidend und bewerteten ihre Vorgesetzten in Bezug auf die Führungseffektivität und -zufriedenheit höher.

Obwohl das CLiAC-Führungsprogramm direkte Auswirkungen auf die primären Prozessergebnisse (Unterstützung durch das Management, Führungsmassnahmen, -verhalten und -effekte) hatte, reichte dies nicht aus, um die Systeme zu verändern, die für die Qualität der Pflegeleistungen und die Sicherheit der Kunden erforderlich sind. Dies war insbesondere bei fünf klinischen Indikatoren der Fall (ungeplante Spitaleinweisungen, Stürze mit Verletzungen, unbeabsichtigter Gewichtsverlust, neue Druckstellen und neue Harnwegsinfektionen). Die Ergebnisse für diese klinischen Indikatoren waren uneinheitlich. So wurde beispielsweise festgestellt, dass die Inzidenz des unbeabsichtigten Gewichtsverlusts in den Interventionsstandorten zum Zeitpunkt 3 deutlich höher war als in den Kontrolleinrichtungen.

Versorgungsqualität & Sicherheit: Die Qualität und Sicherheit der Pflege wurde durch die Wahrnehmung des Pflegepersonals und klinische Qualitätsindikatoren bewertet. Es gab keine Unterschiede in den Einstellungen zur Demenzpflege (ADQ) oder der personenzentrierten Pflege (P-CAT) zwischen Interventions- und Kontrollstandorten zu den Zeitpunkten 2 und 3. Bei den klinischen Indikatoren fehlten zu Beginn der Studie an mehreren Standorten Daten. Der einzige signifikante Unterschied zeigte sich beim unbeabsichtigten Gewichtsverlust (>2 kg) zum Zeitpunkt 3, wobei die Interventionsstandorten eine höhere Rate (12 %) als die Kontrollstellen (8 %) aufwiesen [Verhältnis der Ereignisraten = 2,84 (1,32–6,12), P = 0,01].

Referenz 13: Johannessen, T., Ree, E., Strømme, T., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2019). Designing and pilot testing of a leadership intervention to improve quality and safety in nursing homes and home care (the SAFE-LEAD intervention). *BMJ open*, 9(6), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027790>

Referenz 14: Johannessen, T., Ree, E., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2021). Exploring managers' response to a quality and safety leadership intervention: findings from a multiple case study in Norwegian nursing homes and homecare services. *BMJ Open Quality*, 10(3), <https://doi.org/10.1136/bmjog-2021-001494>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Norwegen	<p>Referenz 13: Entwicklung und Pilotierung einer Leadership-Intervention (SAFE-LEAD), die darauf abzielt, die Qualität und Sicherheit in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege zu verbessern.</p> <p>Referenz 14: Die Studie untersucht, wie Führungspersonen in norwegischen Pflegeheimen und häuslichen Pflegeeinrichtungen auf die Leadership-Intervention (SAFE-LEAD) zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit reagieren. Ziel ist es, die Mechanismen und Faktoren zu verstehen, die die Umsetzung und die Wirksamkeit der Intervention beeinflussen.</p>	Mixed-Methods-Design / Multiple Case-study	Managementteams aus zwei Pflegeheimen und zwei häuslichen Pflegeeinrichtungen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Leadership-Intervention (SAFE-LEAD-Intervention): Die Studie «Improving Quality and Safety in Primary Care - Implementing a Leadership Intervention in Nursing Homes and Home care» (SAFELEAD) ist Teil eines grösseren Forschungsprojekts zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit in der Primärversorgung,</p>			

basierend auf dem EU-finanzierten QUASER-Projekt. Ziel der SAFE-LEAD-Studie ist es, einen Führungsleitfaden für norwegische Pflegeheime und häusliche Pflegeeinrichtungen zu entwickeln, um klinisch wirksame, sichere und patientenorientierte Pflege zu gewährleisten.

Die Intervention ermöglichte die Verwendung eines forschungsbasierten Führungsleitfadens für Führungspersonen im Management für 12 Monate in den Jahren 2018-2019. Die Intervention beinhaltet Schulungen, Workshops und Coaching-Sitzungen, die darauf abzielen, die Führungskompetenzen zu stärken und die Qualität und Sicherheit der Pflege zu verbessern. Der Fokus liegt auf der Förderung einer Sicherheitskultur, der Verbesserung der Kommunikationsprozesse und der Implementierung von Best Practices. Der Führungsleitfaden umfasst sieben Qualitätsherausforderungen (Struktur, Koordination/Organisationspolitik, Kultur, Bildung, Engagement, physisches Design/Technologie, externe Anforderungen), mit denen Führungspersonen im Gesundheitswesen bei ihrer Qualitäts- und Sicherheitsarbeit konfrontiert sind. Mit Hilfe des Leitfadens diagnostizieren und bewerten die Führungspersonen ihre Organisation und Leistung im Hinblick auf diese Herausforderungen. Der Führungsleitfaden basiert auf drei Schritten. Der erste Schritt besteht darin, die Herausforderungen zu skizzieren, mit denen das Unternehmen bei der Verbesserung von Qualität und Sicherheit konfrontiert ist. Schritt zwei listet die Ziele im Zusammenhang mit den sieben Herausforderungen auf. Schritt drei enthält Aktionspläne.

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Bedeutung der Einbeziehung von Stakeholdern in die Gestaltung einer Führungsintervention. Eine Führungsintervention zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit in Pflegeheimen und häuslichen Pflegekontexten kann in einem partizipativen Ansatz unter Einbeziehung von Interessengruppen gestaltet werden.

Die Wirkung der Führungsintervention auf die Qualität und Sicherheit in der Arbeitspraxis variierte zwischen den untersuchten Einheiten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Effektivität der Führungsintervention stark von der Stabilität und dem Engagement des Managementteams abhängt. Managementteams, die in der Lage waren, externe Anforderungen in ihre Strategien zu integrieren und regelmässige Qualitätsmeetings durchführten, hatten mehr Erfolg bei der Implementierung der Intervention. Demgegenüber hatten Einheiten mit häufigem Wechsel im Management und geringerer Einbindung Schwierigkeiten, die Intervention erfolgreich umzusetzen. Das Fehlen etablierter Systeme für kontinuierliche Qualitäts- und Sicherheitsverbesserungen stellte jedoch ein generelles Hindernis dar. Die Workshops und der Führungsleitfaden boten wichtige Plattformen für Diskussionen und förderten ein gemeinsames Verständnis und Engagement im Managementteam, was zu strukturierteren und zielgerichteteren Massnahmen führte.

Referenz 15: Lombardi Fortino, D., Galazzi, A., Chiappinotto, S., & Palese, A. (2024). Nurse managers' strategies promoting a Fundamentals of Care-based approach among nurses: A scoping review. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*, 36(1), <https://doi.org/10.7416/ai.2023.2583>

Allgemeine Angaben zur Publikation

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe

Italien	Welche Strategien Pflegemanager anwenden, um einen pflegfundamentalen Ansatz unter Krankenschwestern und -pflegern zu fördern. Ziel ist es, die unterschiedlichen Ansätze und ihre Wirksamkeit in der Praxis zu identifizieren und zu bewerten.	Scoping Review	Führungspersonen in der Pflege
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Strategien von Führungspersonen in der Pflege im Rahmen eines Fundamentals of Care (FoC) Pflegeansatzes: In den letzten Jahren haben Mängl in der Patientenversorgung zu einem wachsenden Interesse an den Fundamentals of Care (FoC) geführt, um die Qualität der Pflege zu fördern. «Fundamental Care» als ein umfassendes Konzept, das alle Phasen des Pflegeprozesses umfasst, und «Fundamentals of Care», die die essentiellen Bedürfnisse der Individuen aus physischer, relationaler und psychosozialer Sicht beschreiben. Pflegedienstleiter können die Zuweisung von Ressourcen beeinflussen und die Qualität der Pflege fördern, indem sie die Prioritäten durch einen effektiven Führungsstil angehen. Ihre Rolle ist für die Förderung der Pflege von entscheidender Bedeutung; welche Strategien Pflegemanagerinnen und -manager jedoch umsetzen sollten, um einen FoC-basierten Pflegeansatz zu erleichtern, wurde bisher nicht erfasst.</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Strategien zur Erleichterung des FoC-basierten Ansatzes durch die Pflegedienstleitung: Diese Strategien zielen darauf ab, die Patientenorientierung in der Pflegepraxis zu stärken, indem sie sowohl auf systemischer als auch auf individueller Ebene Massnahmen ergreifen, um eine qualitativ hochwertige, patientenzentrierte Pflege zu gewährleisten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbreitung einer Kultur der Patientenorientierung: Förderung einer FoC-Kultur als Grundelement der Organisation, trotz derzeitiger Fokussierung auf schnelle Aufgabenbewältigung. - Entwicklung einer Systemstrategie: Implementierung eines strategischen Systems für die Pflegepraxis auf FoC-Basis, einschliesslich langfristiger Ziele und Transparenz. - Synergieeffekte schaffen: Aufbau von Partnerschaften zwischen Pflegemanagement, Klinikebene und Ausbildung, um umfassende und integrierte Veränderungsprozesse zu fördern. - Umsetzung eines wirksamen Führungsmodells: Förderung beziehungsorientierter Führung, die die Versorgungsqualität verbessert, und Vermeidung autoritärer Führungsstile. - Ausbildung des Pflegepersonals: Erweiterung des Wissens über FoC und Unterstützung bei der Entwicklung eines umfassenden Ansatzes für Patientenbedürfnisse. - Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen: Sicherstellung ausreichender und angemessener Ressourcen sowie eines geeigneten Qualifikationsmixes zur Vermeidung übermässiger Arbeitsbelastung. - Bedeutung des Arbeitsumfelds: Förderung eines qualitativ hochwertigen Arbeitsumfelds zur Unterstützung der Pflegekräfte und Verbesserung der Patientensicherheit. - Effektives Teammanagement: Unterstützung und Motivation des Pflegeteams durch die Pflegedienstleitung für die beste Versorgungsqualität. 			

- **Steuerung des Priorisierungsprozesses:** Sicherstellung, dass die Bedürfnisse der Patienten Vorrang haben und nicht von organisatorischen Prioritäten überschattet werden.
- **Erleichterung von patientenzentrierten Pflegemodellen:** Förderung von Modellen, die patientenzentrierte Pflege unterstützen, und Vermeidung von aufgabenorientierten Ansätzen.
- **Als Vorbild fungieren:** Pflegedienstleiter sollten als positives Beispiel dienen und Nähe zu Patienten und Pflegekräften bewahren.
- **Wertschätzung und Verbreitung der Ergebnisse:** Systematische Bewertung und Verbreitung der Pflegeergebnisse zur kontinuierlichen Verbesserung.

Referenz 16: De Regge, M., & Eeckloo, K. (2020). Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research. *Social Science & Medicine*, 262, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113252>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
Belgien	Untersuchung der Merkmale der Organisationsführung und wie sie zur Spitalleistung beitragen, einschliesslich der Dynamik, Prozesse und Rollen von Führungsgremien.	Systematisches Review	Akutspitäler
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Klassifizierung von Hospital-Governance: In der Übersucht geht es um die Klassifizierung nach dem von Kane et al. (2009) entwickelten Rahmen, der auch Governance-Attribute (Zusammensetzung, Grösse, Struktur und Merkmale), Governance-Dynamik und -Prozesse (Verhaltensdynamik, Beziehungen, Sitzungen, Entscheidungsfindung und Transparenz) sowie die Rollen der Governance-Organe behandelt. Diese Variablen können miteinander interagieren und sich auf die Ergebnisse und die Leistung auswirken, einschliesslich finanzieller, klinischer, strategischer und vorstandsbezogener Ergebnisse.</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Diese zentralen Erkenntnisse zeigen, dass die Beteiligung von Medizinern an Vorstandsentscheidungen, effektive Managementpraktiken und die strategische Fokussierung auf Qualitätsziele entscheidend zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können.</p> <p>1. Beteiligung von Medizinern:</p>			

- Positive Assoziation: Die Präsenz von Ärzt/innen in Krankenhausvorständen ist positiv mit besseren Qualitätsbewertungen und Patientenerfahrungen verbunden.
- Einfluss auf klinische Ergebnisse: Krankenhäuser mit einem höheren Prozentsatz von Ärzt/innen in den Vorständen weisen eine niedrigere Sterblichkeitsrate auf.

2. Vorstandsmerkmale und -praktiken:

- Effektive Vorstandstätigkeiten: Ein effektives Vorstandshandeln im Bereich Sicherheit und Qualität ist mit einer Vielzahl von Governance-Aktivitäten verbunden, darunter die Nutzung von Qualitätsleistungsberichten und das Setzen konzeptioneller Qualitätsziele.
- Strategische Qualitätstätigkeiten: Dazu gehören die Einrichtung eines Qualitätsunterausschusses, die Einbeziehung medizinischen Personals in die Qualitätsstrategie und die Entwicklung neuer klinischer Programme und Dienstleistungen.

3. Einbindung des Managements:

- Besseres Management: Krankenhäuser, deren Vorstände stärker auf klinische Qualität fokussieren, haben tendenziell ein besseres Management, das sich auf die Überwachung der Qualitätsleistung konzentriert.
- Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen: Die Teilnahme von Ärzten am Management ist positiv mit Massnahmen zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen verbunden.

4. Vergütung und Leistungsbewertung:

- Verknüpfung der Vergütung mit Qualitätszielen: Die Verbindung von Vergütung mit Qualitätsverbesserungsmassnahmen kann die Sicherheit und die klinischen Prozessleistungen verbessern.
- Patientenfeedback: Nutzung von Patientenfeedback: Die Einbindung von Patientenfeedback in die Strategieentwicklung und Qualitätssicherung kann die Qualität der Versorgung verbessern.

5. Schulung und Entwicklung:

- Vorstandsschulung: Eine gezielte Schulung von Vorstandsmitgliedern zu Qualitätsthemen und regionale Kooperationen tragen zu einer effektiveren Governance bei.

Referenz 17: Fagan, M. J. (2014). Techniques to improve patient safety in hospitals: what nurse administrators need to know. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 426-430, <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664df5>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting

USA	Techniken zur Reduzierung von Fehlern und Verbesserung der Patientensicherheit in Krankenhäusern, mit Fokus auf Teamtraining.	Narratives Review	Akutspitäler
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Techniken zur Fehlerreduktion und Patientensicherheit in Spitälern: Die Agency for Healthcare Quality (AHRQ) hat in Zusammenarbeit mit der American Organization of Nurse Executives sieben Gebote für Pflegende zur Entwicklung einer Kultur der Patientensicherheit formuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung eines organisationsweiten Patientensicherheitsprogramms - Gestaltung sicherer klinischer Systeme und Prozesse - Überwachung klinischer Aktivitäten zur Risikominimierung - Förderung eines straffreien Meldeumfelds - Durchführung von Sicherheitserhebungen und Reaktionen auf Empfehlungen - Sicherstellen klinischer Kompetenz und Schulung des Personals - Unterstützung der National Patient Safety Goals der Joint Commission 			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Ansatz der menschlichen Faktoren und Systemanalyse:</p> <p>1. Systemdenken und Fehlervermeidung: Fehler resultieren selten aus isolierten individuellen Fehlritten, sondern aus einer Reihe kleinerer Fehler innerhalb eines defekten Systems. Das Ziel ist es, diese systemischen „Löcher“ zu identifizieren und zu schliessen, um ihre Ausrichtung zu verhindern.</p> <p>2. Human Factors Engineering (HFE): Diese Disziplin analysiert und gestaltet Prozesse, Geräte und Systeme, um Fehlerquellen zu erkennen und zu minimieren. Ein Beispiel ist die Neugestaltung von Schlauchanschlüssen im Gesundheitswesen, um falsche Verbindungen und dadurch verursachte Patientenschäden zu verhindern.</p> <p>3. Anwendungsbereich von HFE: HFE berücksichtigt die körperlichen und fachlichen Anforderungen, mentale Arbeitsbelastung und Teamdynamik sowie Umgebungsfaktoren wie Beleuchtung und Lärm. Der Fokus liegt darauf, Sicherheit zu optimieren und Fehlerrisiken in komplexen Arbeitsumgebungen zu minimieren. Fazit: Der Systemansatz und HFE bieten Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit durch systemische Änderungen, die menschliche Fehler auffangen und verhindern sollen, anstatt auf individuelle Perfektion zu setzen.</p> <p>Verwendung von Sicherheits-Checklisten: Die Einführung von Sicherheitschecklisten im Gesundheitswesen, inspiriert von der Luftfahrtindustrie, wird als effektive Methode zur Verringerung der Fehlerquote und zur Verbesserung der Patientensicherheit in komplexen Gesundheitssystemen. Herausforderungen bei der Anwendung: Niedrige Akzeptanz, Verbesserung der Nutzung, Widerstand gegen Überwachung, kulturelle Barrieren, Wirksamkeit der Sicherheitsinstrumente.</p>			

Sicherheitsinstrumente wie Checklisten sind nur dann effektiv, wenn sie von einer Kultur der offenen Kommunikation und Zusammenarbeit unterstützt werden. Mangelhafte Teamarbeit und Kommunikation reduzieren die Wirksamkeit dieser Instrumente erheblich.

Einführung Teamtraining: Crew Resource Management (CRM): Ursprünglich 1979 in der Luftfahrt eingeführt, um menschliches Versagen als Hauptursache für Unfälle zu reduzieren. Der Fokus liegt auf kognitiven und zwischenmenschlichen Fähigkeiten wie Teambildung, Informationsübertragung, Problemlösung, Entscheidungsfindung, Situationsbewusstsein und dem Umgang mit automatisierten Systemen. TeamSTEPPS-Programm: 2006 von AHRQ und dem Verteidigungsministerium entwickelt, um effektive Kommunikation und Teamarbeit zu fördern. Dieses Programm integriert frühere CRM-Arbeiten und bietet einen strukturierten Ansatz zur Verbesserung der Leistung und Patientensicherheit.

Referenz 18: Holt, J., Zabler, B., & Baisch, M. J. (2014). Evidence-based characteristics of nurse-managed health centers for quality and outcomes. *Nursing Outlook*, 62(6), 428-439, <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.06.005>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
USA	Die vorliegende Studie untersucht die evidenzbasierten Merkmale von Pflegenden geleiteten Gesundheitszentren im Hinblick auf Qualität und Ergebnisse. Ziel ist es, die spezifischen Merkmale zu identifizieren, die diese Zentren erfolgreich machen und positive Patientenergebnisse fördern.	Integratives Review	Pflegefachpersonen als Leader in Gesundheitszentren
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Evidenzbasierte Merkmale eines Nurse-managed Health Center (NMHCs): NMHCs ist ein Pflegemodell der Gesundheitsversorgung, bei dem die Pflege ganzheitlich, klientenzentriert und gemeindebasiert ist, mit einer Verantwortung einer fortgeschrittenen Pflegefachperson als Leitung.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interprofessionelle Teamarbeit: Förderung der Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften, Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern zur umfassenden Patientenversorgung. - Patientenzentrierter Ansatz: Betonung eines patientenzentrierten Ansatzes, der individuelle Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt. - Präventive Gesundheitsdienste: Bereitstellung von präventiven Gesundheitsdiensten und Aufklärung zur Förderung der Gesundheitsergebnisse. - Kontinuierliche Qualitätssicherung: Implementierung von Prozessen zur kontinuierlichen Überwachung und Verbesserung der Versorgungsqualität. 			

- **Ressourcenmanagement:** Effiziente Nutzung von Ressourcen, um die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten zu maximieren.
- **Evidenzbasierte Praxis:** Integration von evidenzbasierten Praktiken und Richtlinien zur Unterstützung von klinischen Entscheidungen.

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Die Ergebnisse zeigen, dass NMHCs eine breite Palette von Pflegeleistungen und positiven Ergebnissen auf verschiedenen Ebenen erbringen. Sie spielen eine wesentliche Rolle in der individuellen und gemeinschaftlichen Gesundheitsförderung, bieten hochwertige und kosteneffiziente Pflege, verbessern den Zugang zu Gesundheitsdiensten und unterstützen die Ausbildung und Forschung im Gesundheitsbereich.

Ebene Individuum: Zufriedenheit der Patient/innen, Veränderung des Wissens, der Einstellungen und/oder Verhaltensweisen der Klienten, Gefühl von Wert und Respekt, Akzeptanz der Pflege, Absicht, für Dienstleistungen zurückzukehren, Veränderung des funktionellen Status und wahrgenommener Gesundheitsstatus.

Ebene Gemeinschaft/Bevölkerung: Wahrgenommene Bedürfnisse der Gemeinschaft, verbesserte Gesundheitszustände der Gemeinschaft, hohe Impfraten, Geburtsergebnismessungen, Verringerung von Gesundheitsdisparitäten und Kostenreduktionen für Unternehmen.

Systemebene: Erhöhter Zugang zu Gesundheitsdiensten, Nachhaltigkeit, kosteneffiziente Qualitätsgesundheitsversorgung, Verbindungen mit dem breiteren Gesundheitssystem und Zufriedenheit der Pflegekräfte.

Referenz 19: Husebø, S. E., & Akerjordet, K. (2016). Quantitative systematic review of multi-professional teamwork and leadership training to optimize patient outcomes in acute hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2980-3000, <https://doi.org/10.1111/jan.13035>

Allgemeine Angaben zur Publikation

Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
Norwegen	Bewertung der Auswirkungen von multiprofessioneller Teamarbeit (MPTW) und Führungstrainingsinterventionen in Bezug auf die Patientenergebnisse in Akutspitalern. Ziel ist es, evidenzbasierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie solche Interventionen die Versorgungsqualität und Patientenresultate verbessern können.	Systematisches Review	Akutspital

Massnahmen der Führung

Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)

Multi-Professionelle Teamarbeit (MPTW): Förderung der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, um eine umfassende und koordinierte Versorgung sicherzustellen.

Führungstraining: Schulung von Führungskompetenzen bei Gesundheitsfachkräften, um effektive Führung in interprofessionellen Teams zu fördern.

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

- **Überlebensrate:** Die MPTW- und Führungsinterventionen führten zu einer signifikanten Steigerung der Überlebensrate (z. B. Andreatta et al. 2011, Ong et al. 2013).
- **Sterblichkeit:** Einige Studien berichteten über eine signifikante Reduktion der Sterblichkeit (z. B. Theilen et al. 2013), während andere keine signifikanten Unterschiede fanden.
- **Reduzierung von Fehlern:** Interventionen wie Teamtrainings konnten die klinische Fehlerrate signifikant senken (z. B. Morey et al. 2002, Kilgore & Langford 2010).
- **Verbesserte Teamarbeit:** Teamtrainings und Führungsinterventionen verbesserten die allgemeine Teamarbeit, was wiederum die Patientenergebnisse positiv beeinflusste (z. B. Strasser et al. 2008, Panella et al. 2012).
- **Effektivität der Interventionen:** Studien zeigten signifikante Verbesserungen in der Überlebensrate und der klinischen Prozessqualität durch MPTW- und CRM-Interventionen.

Referenz 20: Hut-Mossel, L., Ahaus, K., Welker, G., & Gans, R. (2021). Understanding how and why audits work in improving the quality of hospital care: A systematic realist review. *PloS one*, 16(3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248677>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
Holland	Die Intervention in dieser Übersichtsarbeit bezieht sich auf Audits, die in Spitälern durchgeführt werden.	Systematisches Review	Akutspital
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			

Verschiedenen Arten von Audits und deren Einfluss auf die Qualität der Versorgung: Audits sind strukturierte Überprüfungsprozesse, die dazu dienen, die Einhaltung von Standards zu überprüfen, Schwachstellen aufzudecken und Verbesserungen in der Versorgungsqualität zu fördern.

Interne Audits:

- Definition: Audits, die von internen Auditoren der Organisation durchgeführt werden, wie z. B. Qualitätsbeauftragte oder medizinische Fachkräfte aus einer anderen Abteilung.
- Zweck: Vorbereitung auf externe Audits und kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung.
- Fokus: Bewerten und verbessern der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems, wobei der Schwerpunkt mehr auf organisatorischen Bedingungen als auf der Leistung des medizinischen Personals und den Ergebnissen für die Patienten liegt.

Externe Audits:

- Definition: Fester Bestandteil der Qualitätssicherung (QS), der darauf abzielt, Vertrauen zu schaffen, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden.
- Zweck: Bewertung des Qualitätssystems einer Gesundheitseinrichtung basierend auf bestimmten Standards durch externe Prüfer.
- Beispiele: Akkreditierung, Zertifizierung und externe Peer Reviews.

Klinische Audits:

- Definition: Von Angehörigen der Gesundheitsberufe initiierte und durchgeführte Audits, die eine Verlagerung von der QS zur Qualitätsverbesserung (QI) darstellen.
- Zweck: Verbesserung der Fähigkeit, Qualitätsanforderungen zu erfüllen, um die Versorgung zu verbessern, die Leistung zu steigern und schlechte Versorgung zu verhindern.
- Prozess: Kontinuierliche Durchführung im Rahmen der täglichen Routine, bei der Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, um Daten zu sammeln, ihre Praxis zu bewerten, Verbesserungen zu entwickeln und anzuwenden, und dann den Audit-Zyklus zu wiederholen, um nachhaltige Verbesserungen nachzuweisen.

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer **kontinuierlichen und internen Qualitätsverbesserungskultur** sowie die Notwendigkeit, langfristige Strategien zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität zu entwickeln.

Externe Audits:

- Diese Audits schaffen ein Bewusstsein für Qualitätsverbesserung (QI) und motivieren Krankenhäuser, ihre Gesundheitsversorgung zu verbessern.
- Acht von 17 Studien berichteten über laufende Verbesserungen nach dem ersten Audit. Allerdings neigt die Wirkung dieser Audits im Laufe der Zeit abzunehmen, da die anfängliche Dringlichkeit für fortgesetzte QI schwindet.

Klinische Audits:

- Klinische Audits wurden von 61 Studien behandelt und gelten als Mittel zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität.
- Diese Audits werden von den Gesundheitsberufen selbst initiiert und durchgeführt, um die Praxis zu bewerten und Verbesserungen zu implementieren.

- Klinische Audits haben eine stärkere Ausrichtung auf die interne Verbesserung und weniger auf externe Anforderungen.

Langfristige Wirkung von Audits:

- Extern initiierte Audits führen anfangs zu Qualitätsverbesserungen, jedoch zeigt sich eine abnehmende Tendenz zur fortgesetzten Verbesserung ohne kontinuierlichen externen Druck.
- Klinische Audits und interne Massnahmen scheinen effektiver zu sein, um nachhaltige Verbesserungen in der Pflegequalität zu gewährleisten.

Nutzen von Audits: Auditdaten sind ein wertvolles Instrument für Gesundheitsfachkräfte, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Sie ermöglichen es, konkrete Probleme zu identifizieren und fundierte Diskussionen mit dem Management zu führen. Ein unterstützendes und sicheres Arbeitsumfeld, das kollektives Lernen und kontinuierliche Verbesserung fördert, ist entscheidend für den Erfolg dieser Initiativen.

Referenz 21: Melder, A., Robinson, T., McLoughlin, I., Iedema, R., & Teede, H. (2020). An overview of healthcare improvement: unpacking the complexity for clinicians and managers in a learning health system. *Internal medicine journal*, 50(10), 1174-1184, <https://doi.org/10.1111/imj.14876>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Australien	Die Komplexität von Gesundheitsverbesserungen und bietet einen Überblick über die Schlüsselkomponenten und Herausforderungen, die Mediziner & Führungspersonen in einem lernenden Gesundheitssystem bewältigen müssen. Ziel ist es, ein tieferes Verständnis dafür zu schaffen, wie nachhaltige Verbesserungen im Gesundheitswesen erreicht werden können.	Narratives Review	Mediziner & Führungspersonen im Gesundheitswesen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
Healthcare Improvement (HCI): HCI bezieht sich auf kontinuierliche und kontinuierliche Bemühungen, messbare Verbesserungen der Effizienz, Effektivität, Leistung, Verantwortlichkeit, Ergebnisse und anderer Qualitätsindikatoren in Dienstleistungen oder Prozessen zu erzielen.			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
Engagement von Medizinern Leadership & HCI: Das Engagement und die Führungsqualitäten von Ärzten sind eng mit verbesserten Qualitätsergebnissen im Gesundheitswesen verknüpft. Ärztliches Engagement auf Führungsebene und der Einfluss von Klinikern als Meinungsführer tragen wesentlich zur Implementierung und Skalierung von Verbesserungsmaßnahmen bei. Der Text betont ausserdem die Wichtigkeit von interdisziplinärer Zusammenarbeit und sozialen Netzwerken, unterstützt durch eine Kombination aus zentralisierter und dezentraler Führung. Hybridrollen wie „Boundary Spanner“, Wissensvermittler und „Institutional Entrepreneurs“ sind zentral für den Wissenstransfer und die Stärkung von Netzwerken. Diese Rollen erfordern verteilte Führungskompetenzen und die Fähigkeit, diverse Stakeholder zu vereinen. Die Partnerschaft zwischen Klinikern und Managern spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle für den Erfolg in HCI, da sie klinisches und organisatorisches Know-how verbindet.			

Referenz 22: Mianda, S., & Voce, A. (2018). Developing and evaluating clinical leadership interventions for frontline healthcare providers: a review of the literature. *BMC health services research*, 18, 1-15, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3561-4>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Südafrika	Entwicklung und Bewertung von Führungsinterventionen für Gesundheitsdienstleister an der Front. Ziel ist es, die verschiedenen Ansätze zur Förderung klinischer Führungskompetenzen zu identifizieren und deren Wirksamkeit zu bewerten.	Systematisches Review	Gesundheitsdienstleister an vorderster Front
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Entwicklung und Evaluierung klinischer Leadership-Interventionen: Die meisten untersuchten Interventionen konzentrierten sich auf die Entwicklung klinischer Fähigkeiten. Andere Ziele waren: Entwicklung von Führungskompetenzen, Nachfolgeplanung, Verbesserung der Patientenerfahrungen, Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und Patientensicherheit, Vorbereitung auf Führungsaufgaben, Manager zu Führungspersonen machen. Bei der Entwicklung von klinischer Leadership-Interventionen, die sich an Gesundheitsdienstleister an vorderster Front richten, wurde eine Vielzahl von Bildungstechniken einzeln oder in Kombination eingesetzt. Zu den häufig verwendeten Techniken gehörten: Action Learning, Mentoring und Coaching, klinische Supervision, Fallbasiertes Lernen etc.</p> <p>Messung der Intervention: Prä-Post-Messung: Neun von vierundzwanzig Studien verwendeten Prä- und Posttests zur Messung des Lernerfolgs, des Verhaltens und der Auswirkungen der Intervention.</p> <p>Post-Test-Messung: Fünfzehn Studien verwendeten ausschliesslich Post-Tests zur Messung der Wirksamkeit der Interventionen.</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Die Studien berichten über verschiedene positive Auswirkungen der klinischen Führungsentwicklungsprogramme, die sich in den folgenden Bereichen zusammenfassen lassen:</p> <p>Verbesserte Führungskennntnisse und -fähigkeiten:</p>			

- Kommunikation: Bessere Kommunikationsfähigkeiten.
- Bereitschaft zur Teamführung: Erhöhte Bereitschaft, Führungsrollen zu übernehmen.
- Delegation: Verbesserte Fähigkeit, Aufgaben effektiv zu delegieren.
- Befähigung anderer: Fähigkeit, andere zu motivieren und zu befähigen.
- Problemlösung und Entscheidungsfindung: Verbesserte Fähigkeiten zur Analyse und Lösung von Problemen sowie zur Entscheidungsfindung.
- Inspiration einer gemeinsamen Vision: Fähigkeit, eine gemeinsame Vision zu inspirieren und das Team zu motivieren.
- Teamleitung: Verbesserte Fähigkeiten in der Leitung und Koordination von Teams

Verbesserte Patientenversorgung und Leistungserbringung:

- Konzentration auf die Patientenversorgung: Erhöhte Fokussierung auf die Qualität der Patientenversorgung.
- Verbesserte Patientenergebnisse: Verbesserung der Ergebnisse und Zufriedenheit der Patienten.
- Veränderung der Pflegeprozesse: Anpassung und Optimierung der Pflegeprozesse zur Steigerung der Effizienz und Qualität.

Referenz 23: Ryan, R. W., Harris, K. K., Mattox, L., Singh, O., Camp, M., & Shirey, M. R. (2015). Nursing leader collaboration to drive quality improvement and implementation science. *Nursing Administration Quarterly*, 39(3), 229-238, <https://doi.org/10.1097/NAQ.000000000000111>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
USA	Beschreibung, inwiefern Qualitätsverbesserungsinitiativen und Initiativen zur Implementation Science die Ergebnisse verbessern, indem Führungsstrategien zur Umsetzung nachhaltiger Veränderungen genutzt werden.	Review	
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
Strategien für nachhaltige Veränderungen & Qualitätsverbesserung: Führung ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Umsetzung von evidenzbasierter Praxis (EBP) und Qualitätsverbesserungsinitiativen (QI). Führung in der Pflege spielt eine zentrale Rolle und ermöglicht es Pflegepersonen, an den Entscheidungsprozessen teilzunehmen und aktiv Einfluss auf die Gesundheitsversorgung zu nehmen.			

Folgende 3 Strategien werden Führungspersonen in der Pflege im Rahmen eines kollaborativen Prozesses zur Umsetzung von nachhaltigen Veränderungen vorgeschlagen:

- (1) klar zu kommunizieren, warum Veränderungen erforderlich sind;
- (2) einen Wendepunkt für die Unterstützung der Initiative zu schaffen;
- (3) mit dem Ziel vor Augen mit einem klaren Plan für Umsetzung und Nachhaltigkeit beginnen.

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

(1) Das «Warum» kommunizieren: Das «Warum» ist entscheidend, da es Engagement und Leidenschaft fördert.

- **Sinnvolles Wissen:** Inspiration und Veränderung entstehen durch sinnvolle Gespräche und Kommunikation, die das «Warum» erklären. Führungspersonen müssen von innen nach aussen kommunizieren, um sicherzustellen, dass das Team versteht, warum die Veränderung notwendig ist.
- **Daten und Beweise:** Bereitstellung von Daten, die die Notwendigkeit der Veränderung untermauern und zeigen, wie die Innovation zu besseren Ergebnissen führen wird.
- **Strategische Kommunikation:** Konsistente und mündliche Kommunikation ist am effektivsten. Wiederholte Botschaften und die Betonung der Dringlichkeit unterstützen die Akzeptanz und den Anstoss zur Handlung.
- **Individuelle Ansprache:** Botschaften sollten auf die Lern- und Veränderungsbereitschaft des Einzelnen zugeschnitten sein. Führungspersonen sollten informelle Führungspersönlichkeiten nutzen, um die Botschaft zu verbreiten, und Champions für die Sache rekrutieren.
- **Unterstützung durch die Führung:** Die Führung muss die Veränderung unterstützen und Ressourcen sowie Schulungen bereitstellen. Die Beteiligung der Führungspersonen auf allen Ebenen fördert die Teamarbeit und das Engagement des Personals.

(2) Wendepunkt schaffen: Um nachhaltige Veränderungen voranzutreiben, müssen Führungspersonen in der Pflege einen «Wendepunkt» schaffen, bei dem genügend Betroffene die Veränderung unterstützen, sodass sie sich weit verbreitet. Identifizierung der Unterstützer: Innovatoren (2,5%) und Early Adopters (13,5%) sind entscheidend für den Beginn einer Veränderung. Diese Gruppen müssen zunächst überzeugt werden, um eine kritische Masse zu schaffen.

- **Kategorisierung des Teams:** Einschätzung der Teammitglieder und Identifizierung der Early Majority (34%) und Late Majority (34%), die ebenfalls für den Erfolg benötigt werden.
- **Eigenschaften der Führungskraft:** Klarheit, Optimismus und Sichtbarkeit sind essenziell. Führungspersonen müssen die Ziele der Initiative klar kommunizieren und das «Warum» der Veränderung verständlich machen.
- **Kohärente Kommunikation:** Regelmässige und konsistente Kommunikation, die Unsicherheiten reduziert und das Vertrauen des Personals gewinnt.
- **Vorbildfunktion:** Early Adopters sollten als Rollenmodelle fungieren, die positive Einstellungen gegenüber der Veränderung vermitteln und andere durch ihr Verhalten inspirieren.

(3) Mit dem Ziel vor Augen beginnen:

- **Ergebnisorientierung:** Führungspersonen müssen klare Ziele und Visionen für das Projekt definieren und konsequent verfolgen. Dies schafft eine solide Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung und fördert eine Kultur des Wandels.
- **Rogers' Theorie der Diffusion von Innovationen:** Diese Theorie hilft bei der Umsetzung und Aufrechterhaltung von Veränderungen, indem sie Faktoren wie relativer Vorteil, Kompatibilität, Komplexität, Erprobbarkeit und Beobachtbarkeit berücksichtigt

- **Rolle der Pflegedienstleiter:** Pflegedienstleiter können Barrieren beseitigen, Initiativen priorisieren und Veränderungen unterstützen. Ihre Rolle bei der Umsetzung umfasst die Zusammenfassung und Verbreitung von Informationen, das «Verkaufen» der Innovation an das Team und das Management der alltäglichen Aktivitäten im Zusammenhang mit der Umsetzung.
- **Zusammenarbeit:** Eine enge Zusammenarbeit zwischen Führungspersonen und den Mitarbeitenden ist notwendig, um den Wandel nach der Umsetzung der Innovation aufrechtzuerhalten.

Schlüsselfaktoren für Nachhaltigkeit:

- Unterstützung der Innovation: Kontinuierliche Unterstützung der Innovation durch das Management und das gesamte Team.
- Individuelle Einstellung: Positive Einstellung und Engagement des Personals gegenüber der Innovation.
- Personalentwicklung: Kontinuierliche Schulung und Unterstützung des Personals, um die Innovation zu integrieren und aufrechtzuerhalten.

Referenz 24: Savage, M., Savage, C., Brommels, M., & Mazzocato, P. (2020). Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ open*, 10(7), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035542>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Schweden	Die Studie von Savage et al. (2020) untersucht, ob medizinische Führungspersonen die organisatorische Leistung fördern oder behindern. Ziel ist es, die Rolle und den Einfluss medizinischer Führung auf die Performance von Gesundheitseinrichtungen zu verstehen und die Schlüsselfaktoren zu identifizieren, die den Erfolg oder Misserfolg dieser Führungsmodelle beeinflussen.	Systematisches Review	Führungspersonen, Ärzteschaft
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Prinzipien der medizinischen Führung: Medizinische Führung kann sowohl als Vorteil als auch als Hindernis für die organisatorische Leistung wirken. Positiv wirken sich starke Führungsfähigkeiten, klare Kommunikation, Engagement für kontinuierliche Verbesserung und die Fähigkeit zur effektiven Zusammenarbeit aus. Diese Faktoren tragen zu besseren Patientenergebnissen, höherer Mitarbeiterzufriedenheit und insgesamt verbesserten organisatorischen Leistungen bei. Negativ wirken sich hingegen mangelnde Führungsfähigkeiten, schlechte Kommunikation und Widerstand gegen Veränderungen aus, was zu schlechteren Patientenergebnissen und geringerer organisatorischer Effizienz führen kann. Die spezifischen quantitativen Ergebnisse variieren, aber die Synthese zeigt insgesamt eine Tendenz zu besseren Leistungen bei effektiver medizinischer Führung.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Von medizinischem Protektionismus zu Management durch Medizin: beschreibt eine Verschiebung in der Motivation zu führen. Einige Studien zeigen, dass Ärzte sich aus dem Wunsch heraus, ihre Autonomie und ihren Einfluss zu bewahren, in Führungsrollen engagieren. Andere betonen jedoch das Bestreben der Ärzte, Veränderungen voranzutreiben und gute Führer zu sein. (2) Von «Command and Control» zu partizipativen Führungspraktiken: Medizinische Führungspersonen werden ermutigt, inklusive Führungsverhaltensweisen zu zeigen, wie z.B. das Einholen von Team-Inputs und das Fördern einer partizipativen Entscheidungsfindung, was zu einer verantwortungsvolleren und effektiveren Leistungsmessung und -management führen kann. (3) Organisatorische Handlungen, die zufällige und willige Führungspersonen bilden: Die Rekrutierung medizinischer Führer, die Unterstützung durch das Top-Management und die strategische Führungsentwicklung sind entscheidend. Die Studie zeigt, dass viele Führungspositionen durch zufällige Umstände und nicht durch gezielte Auswahlprozesse besetzt werden. Ein strategischerer Ansatz in der Rekrutierung und Führungsentwicklung könnte dazu beitragen, mehr engagierte und willige Führer zu gewinnen. 			

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Folgende Bedingungen können im Rahmen der oben drei genannten Bereiche die Führung in medizinischen Einrichtungen fördern:

(1) Von medizinischem Protektionismus zum Management durch Medizin:

- **Motivation zur Führung:** Sicherstellen, dass Managemententscheidungen einen positiven Einfluss auf die Pflege und klinische Ergebnisse haben.
- **Wahrnehmung des Managements:** Kollektiver Entscheidungsprozess, in dem Fachwissen durch Offenheit, Vertrauen, Respekt und Zusammenarbeit integriert wird.
- **Selbstwahrnehmung als Manager:** Wissensvermittler, die die Möglichkeit sehen, dass Management die klinische Identität verbessert.
- **Rolle der Managementstrategien:** Produktivität als individuelle professionelle Pflicht, die auf dem inneren Antrieb der Ärzte basiert, die Pflege zu verbessern, bekannt als „neue Professionalität“.
- **Ergebnisse der Managementstrategien:** Engagement über Berufsgrenzen hinweg, das Statusunterschiede mildert und den Wissensaustausch erleichtert.

(2) Von «Command and Control» zu partizipativen Führungspraktiken:

- **Organisatorische Attribute:** Inklusiv, fordert Inputs an, beteiligt sich an Entscheidungsfindungen, teilt Visionen.
- **Leistungsmessung:** Gemeinsam gestaltete Leistungsmasse, die Qualität und Sicherheit aufeinander abstimmen.
- **Ergebnis:** Autonomie, Bedeutung, lokale Verbesserungen, verbesserte Managementbeziehungen, Engagement und Selbstwirksamkeit im Management.

(3) Organisatorische Praktiken, die zufällige versus willige Führer formen:

- **Rekrutierung:** Formalisiert, mit expliziten Erwartungen, die den strategischen Kontext abgleichen, frühzeitige Identifikation von Führungspotenzial, Berücksichtigung von Demografie und Selbstwirksamkeit.
- **Top-Managementunterstützung:** Anerkennung und Einbindung medizinischer Expertise und akademischer Kompetenz, Förderung kollaborativer Beziehungen, effektive Kommunikation und proaktive Entscheidungsfindung, Abbau von Barrieren wie Mangel an Belohnung und Anerkennung.
- **Strategische Führungsentwicklung:** Beginnt frühzeitig, findet auf allen Ebenen statt, nutzt patienten- und systembezogene Herausforderungen und ist integraler Bestandteil der strategischen Entwicklung.

Referenz 25: Siegel, E. O., & Young, H. M. (2021). Assuring quality in nursing homes: The black box of administrative and clinical leadership—A scoping review. *The Gerontologist*, 61(4), e147-e162, <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa175>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
USA	Untersuchung der Rolle der administrativen und klinischen Führung in der Sicherstellung der Versorgungsqualität in Pflegeheimen. Ziel ist es, die Mechanismen und Strategien zu identifizieren, durch die Führungspersonen die Qualität der Pflege in diesen Einrichtungen beeinflussen.	Scoping Review	Altersheim
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
Rolle der NHA (Nursing Home Administrator) und/oder DON (Director of Nursing): Die Review fokussiert sich auf die Führungskompetenzen, Managementstrategien, Qualitätssicherungsmassnahmen und interdisziplinäre Zusammenarbeit, die von Führungspersonen eingesetzt werden, um die Versorgungsqualität zu verbessern. (Struktur, Prozess und Ergebnis)			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
Einfluss der Führung auf Pflegequalität:			
<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung auf Führungsrolle: Betonung der Notwendigkeit einer systematischen Vorbereitung durch Bildung und Lizenzierung. - Bedeutung der Führung bei der Überwachung und Motivation des Pflegepersonals. - Häufigste Variable war die Auswirkung auf die Bewohnerergebnisse, insbesondere in Bezug auf Bildung und Amtszeit. - Potenzial für Verbesserungen durch staatliche Anforderungen an die Ausbildung und Prüfungen von NHA/DON. - Bedarf an Studien, die die Auswirkungen von Führung auf die direkte Pflege und das Personal untersuchen. 			

Referenz 26: Spilsbury, K., Charlwood, A., Thompson, C., Haunch, K., Valizade, D., Devi, R., ... & Waton, A. (2024). Relationship between staff and quality of care in care homes: StaRQ mixed methods study, <https://doi.org/10.3310/GWTT8143>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe

England	Die Studie von Spilsbury et al. (2024) untersucht den Zusammenhang zwischen dem Personal und der Versorgungsqualität in Pflegeheimen. Ziel ist es, die Faktoren zu identifizieren, die die Qualität der Pflege in diesen Einrichtungen beeinflussen, und zu verstehen, wie die Arbeitsbedingungen und das Verhalten des Personals zur Versorgungsqualität beitragen.	Mixed-method-Studie	Altersheim
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Zusammenhang zwischen Führung & Wiederaufnahmerate: Die Evidenz zu Auswirkungen von Merkmalen des Arbeitsumfelds von Pflegekräften, insbesondere des Personalschlüssels zwischen Pflegekräften und Patienten, auf die Verringerung vermeidbarer Wiederaufnahmen wurden überprüft und als signifikant eingestuft (Brom, Brooks Carthon, Sloane, McHugh, & Aiken, 2021; Lasater & Mchugh, 2016; Ma, Shang, & Stone, 2014).</p> <p>Führung wurde definiert als der Prozess der absichtlichen Beeinflussung eines anderen Individuums oder einer Gruppe zum Zwecke der Erreichung eines Ziels (Shortell & Kaluzyn, 2006). Im Gesundheitswesen spielen Führungspersonen in der Pflege eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Gesamtergebnisse für Patienten auf verschiedenen Ebenen (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013). Auf der obersten Organisationsebene sind leitende Pflegefachpersonen am Entscheidungsprozess beteiligt, der darauf abzielt, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Auf der Ebene der einzelnen Stationen koordinieren Pflegedienstleiter, Manager und Schichtleiter die Übergänge zwischen den einzelnen Pflgeteams und sorgen für eine angemessene Personalausstattung, um eine sichere Pflege zu gewährleisten. Auf der Ebene der direkten Pflege leisten die Pflegenden während eines akuten Spitalaufenthaltes rund um die Uhr die Patientenversorgung (Wong et al., 2013).</p> <p>Die pflegerische Führung spielt eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung eines qualitativ hochwertigen Arbeitsumfelds und der anschließenden Verbesserung der Patientenergebnisse, einschliesslich der Reduzierung vermeidbarer Wiederaufnahmen (Akbiyik, Akin Korhan, Kiray, & Kirsan, 2020; Boamah, 2018; Murray, Sundin, & Cope, 2018).</p>			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Es hat sich gezeigt, dass Pflegedienstleiter eine wirksame Rolle bei der Verringerung von Wiederaufnahmen spielen, indem sie die Anwendung evidenzbasierter Praxis unterstützen, die zur Verbesserung des Entlassungsprozesses sowie der Überleitung und Nachsorge erforderlich sind (Hoyer et al., 2018; Oliver et al., 2022).</p> <p>Leadership:</p> <p>Definition von Führung: In den untersuchten Studien wurde Führung sehr unterschiedlich definiert. Sie umfasste verschiedene Führungsstile und -verhaltensweisen sowie Kompetenzen von Pflegedienstleitern:</p>			

- Führungsstile: Transformationale Führung (Mathews et al., 2014), beziehungsorientierte Führung (Kara et al., 2015b) und authentische Führung (Shirey et al., 2019).
- Verhaltensweisen und Kompetenzen: Pflegekoordination und Planungskompetenz (Carthon et al., 2015), effektive Beteiligung an multidisziplinären Teams und interprofessionelle Zusammenarbeit (Hoyer et al., 2018; Kara et al., 2015a; Mathews et al., 2014) sowie Unterstützung des Pflegepersonals (Carthon et al., 2015; Lasater & Mchugh, 2016; Ma et al., 2015; McHugh & Ma, 2013).

Einfluss der Führung auf die Wiedereinweisungsrate:

Führungsfähigkeiten und Arbeitsumfeld:

- Ma et al. (2015) und McHugh & Ma (2013) berichteten über signifikante Reduzierungen der Wiederaufnahmequote durch bessere Führungs- und Unterstützungsfähigkeiten des Pflegepersonals.
- McHugh & Ma (2013) untersuchten den Gesamteffekt des Arbeitsumfelds, ohne die unabhängige Rolle der Führung detailliert zu betrachten.
- Ma et al. (2015) zeigten spezifisch, dass eine verbesserte Pflegeführung und -unterstützung die 30-Tage-Wiederaufnahmequote signifikant senkt (OR = 0,93, 95% CI [0,91-0,98], $p < 0,001$).

Pflegekoordination und Kommunikationskompetenzen:

- Carthon et al. (2015) und Mathews et al. (2014) untersuchten diese Aspekte, fanden jedoch uneinheitliche Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Messmethoden.
- Carthon et al. (2015) zeigte, dass eine 10%ige Zunahme versäumter Pfl egetätigkeiten mit einem Anstieg der Wiederaufnahmen um 2-8% verbunden ist.
- Mathews et al. (2014) fand heraus, dass Patienten, die vor 11 Uhr entlassen wurden, signifikant niedrigere Wiederaufnahmequoten hatten (16,2% vs. 21,8%, $p < 0,001$).

Mechanismen der Führung bei der Reduzierung der Wiederaufnahmequote:

Führung beeinflusst die Wiederaufnahmequote indirekt durch: Entwicklung effektiver Pflegepläne (Carthon et al., 2015), Teilnahme an interdisziplinären Visiten mit klaren Entlassungszielen (Kara et al., 2015b), Verbesserung des Dokumentationsprozesses (Glette et al., 2018), Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit und Teamarbeit (Mathews et al., 2014; McHugh & Ma, 2013; Shirey et al., 2019), Koordination zwischen verschiedenen Gesundheitsdiensten (Glette et al., 2018), Übergangsprogramme zur Sicherstellung der Nachbetreuung nach der Entlassung senken ebenfalls die Wiederaufnahmequote (Feo et al., 2022; Hoyer et al., 2018; Gilbert et al., 2021).

Referenz 27: Tricco, A. C., Antony, J., Ivers, N. M., Ashoor, H. M., Khan, P. A., Blondal, E., ... & Straus, S. E. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj*, 186(15), E568-E578, <https://doi.org/10.1503/cmaj.140289>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Kanada	Die Studie von Tricco et al. (2014) untersucht die Wirksamkeit von Qualitätsverbesserungsstrategien zur Koordination der Versorgung, mit dem Ziel, die Nutzung von Gesundheitsdiensten zu reduzieren.	Systematisches Review mit Metaanalyse	Erwachsene Patient/innen, welche das Gesundheitssystem häufig in Anspruch nehmen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Wirksamkeit von Qualitätsverbesserungsstrategien im Rahmen der Pflegekoordination: Pflegekoordination ist die bewusste Organisation von Aktivitäten der Patientenversorgung zwischen zwei oder mehr Beteiligten (einschliesslich des Patienten), um die angemessene Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zu erleichtern. Dies umfasst die Zusammenstellung von Personal und anderen Ressourcen, die für die Durchführung aller erforderlichen Pflegeaktivitäten benötigt werden, und wird häufig durch den Austausch von Informationen zwischen den Beteiligten gesteuert, die für verschiedene Aspekte der Pflege verantwortlich sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case Management: Koordinierung der Patientenversorgung, einschliesslich Diagnose, Behandlung und fortlaufendes Patientenmanagement durch eine andere Person als den behandelnden Arzt. Dies kann die Vermittlung von Überweisungen, Nachverfolgung von Testergebnissen, Patientenaufklärung und Patientenerinnerungen umfassen. - Teamwechsel: Änderungen im primären Gesundheitsteam und dessen Funktionsweise, einschliesslich routinemässiger Patientenbesuche durch anderes Personal als den Hausarzt, Einsatz von multidisziplinären Teams und Erweiterung oder Änderung der beruflichen Rollen der Teammitglieder. - Förderung des Selbstmanagements: Bereitstellung von Geräten (z.B. Blutzuckermessgeräte für Diabetiker) oder Zugang zu Ressourcen (z.B. elektronische Systeme zur Übertragung von Blutzuckermessungen) und Festlegung gemeinsamer Ziele, um die Patienten in die Lage zu versetzen, ihre Krankheit selbst zu bewältigen. - Entscheidungshilfe: Operativer Anpassungsprozess für ein System, das regelmässige Rückmeldungen an klinische Teams über die Einhaltung von Leitlinien oder organisatorische Unterstützung zur Erleichterung anderer Mechanismen für die Koordinierung der Versorgung erzeugt. - Klinisches Informationssystem: Eine Strategie zur Qualitätsverbesserung, die zahlreiche Systeme mit einer Vielzahl von Funktionen umfasst und sich von administrativen Informationssystemen durch die Notwendigkeit der Dateneingabe oder -abfrage durch Kliniker am Ort der Versorgung unterscheidet. 			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			
<p>Besuche in der Notfallstation: Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 9 Monaten unterschied sich der Anteil der Patienten, die die Notaufnahme besuchten, zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe nicht signifikant (RR 1,11, 95%-Konfidenzintervall [CI] 0,65 bis 1,90; 6 Studien; I² = 0,85%)</p>			

Spitaleintritte: Nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 12 Monaten wurden in der Interventionsgruppe signifikant weniger Patienten ins Krankenhaus eingewiesen als in der Kontrollgruppe (RR 0,81, 95%-Konfidenzintervall [CI], 0,72 bis 0,91; 18 Studien; I² = 58%)

Effektive Strategien zur Qualitätsverbesserung: Case Management, Teamwechsel, Förderung des Selbstmanagements, Patientenschulung

Diese spezifischen Strategien trugen signifikant zur Verringerung der Spitaleintritte bei.

Aufenthaltsdauer: Nach einer mittleren Nachbeobachtungsdauer von 12 Monaten unterschied sich die mittlere Anzahl der Krankenhaustage pro Patient und Monat nicht signifikant zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (mittlere Differenz -0,09, 95%-Konfidenzintervall [CI] -0,26 bis 0,09; 19 Studien; I² = 0%)

Referenz 28: Veazie, S., Peterson, K., Bourne, D., Anderson, J., Damschroder, L., & Gunnar, W. (2022). Implementing high-reliability organization principles into practice: a rapid evidence review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e320-e328, <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000768>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
USA	Die Studie von Veazie et al. (2022) untersucht die Implementierung von Prinzipien hochzuverlässiger Organisationen (High-Reliability Organizations, HRO) in die Praxis des Gesundheitswesens. Ziel ist es, die Wirksamkeit dieser Prinzipien zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität zu bewerten und die Faktoren zu identifizieren, die eine erfolgreiche Implementierung unterstützen oder behindern.	Systematisches Review	Gesundheitseinrichtungen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
<p>Einführung und Anwendung von High-Reliability Organizations Prinzipien (HRO): Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit sind definiert als „Organisationen die in komplexen, hochgefährdeten Bereichen über längere Zeiträume ohne schwere Unfälle oder katastrophale Ausfälle arbeiten.“</p> <p>Die Theorie der High Reliability Organization (HRO) basiert auf der Schaffung einer Kultur der "kollektiven Achtsamkeit". Diese Kultur ermutigt Mitarbeiter, nach kleinen Problemen zu suchen und diese zu melden, damit diese frühzeitig behoben werden können, bevor sie ein Risiko für die Organisation darstellen oder</p>			

Einzelpersonen schaden. Diese Prinzipien beinhalten die Förderung einer Sicherheitskultur, die Etablierung strenger Standardprozesse, kontinuierliche Schulungen und Weiterbildungen, die Ermutigung zur Meldung und Analyse von Fehlern, und die Nutzung von Daten zur kontinuierlichen Verbesserung

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

Von den neun Studien implementierten vier Studien Multikomponenten-HRO-Initiativen. Diese vier Studien berichteten über eine signifikante Verringerung der schwerwiegenden Sicherheitsereignisse (SSEs), die von 55% bis 100% reichten.

Nachhaltigkeit und Langzeitwirkung:

- Die Ergebnisse der HRO-Implementierungen blieben über einen Zeitraum von mehr als neun Jahren stabil.
- Zwei Jahre nach der Einführung wurden SSEs um 83% bzw. 55% reduziert.
- Nach vier Jahren verzeichnete das Cincinnati Children's Hospital Medical Center eine 67%ige Reduktion der SSE-Raten
- Nach neun Jahren erreichte das Genesis Health System sein Ziel von null SSEs (100%ige Reduktion)

Auswirkungen auf die Sicherheitskultur:

- Verbesserungen wurden in verschiedenen Aspekten der Sicherheitskultur, einschliesslich Sicherheitsverhalten und Meldungen zur Sicherheit, festgestellt.
- Im Cincinnati Children's Hospital Medical Center wurden Verbesserungen in den Bereichen organisatorisches Lernen und kontinuierliche Verbesserung, Feedback und Kommunikation über Fehler sowie bei der Personalausstattung gemeldet.
- Allerdings zeigten sich gemischte Ergebnisse bei Erwartungen der Vorgesetzten, Massnahmen zur Förderung der Sicherheit, Teamarbeit innerhalb der Abteilungen und Offenheit in der Kommunikation.

Referenz 29: Guibert-Lacasa, C., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 913-925, <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
Spanien	Diese Studie zielt darauf ab, die effektivsten Interventionen zu identifizieren, um die klinische Führung von Pflegekräften im Spitalsetting zu fördern.	Systematisches Review	Pflegepersonen
Massnahmen der Führung			

Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)

Interventionen zur Förderung klinischer Führungskompetenzen im Gesundheitswesen adressieren drei Kernkompetenzen, die wesentlich zur Verbesserung der Qualität der Pflege beitragen: (1) kognitive, (2) zwischenmenschliche und (3) intrinsische Kompetenzen.

- (1) **Kognitive Kompetenzen:** sind entscheidend für die Förderung der klinischen Führung und ermöglichen die Entwicklung und Anwendung von Wissen zur praktischen Problemlösung, Entscheidungsfindung und Verhaltenssteuerung. Durch didaktisches und interaktives Lernen, einschliesslich Online- und Präsenztrainings, Diskussionsgruppen und Rollenspielen, wird das erworbene Führungswissen in die Praxis übertragen (Chappell & Richards, 2015; Leggat et al., 2016; MacPhee et al., 2014; Shen et al., 2018).
- (2) **Zwischenmenschliche Kompetenzen:** beziehen sich auf die Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen, stabile und effektive Beziehungen zu anderen Personen, Patienten, Familien und Fachleuten aufzubauen (Abraham, 2011; Fitzpatrick et al., 2016; Leggat et al., 2016; MacPhee et al., 2014; Shen et al., 2018). Strategien zur Entwicklung dieser Kompetenzen umfassen Mentoring und Teamverstärkungssysteme. Mentoring fördert nicht nur die Beziehung zu anderen Fachleuten, sondern auch die berufliche Entwicklung und das Engagement der betreuten Personen (Leggat et al., 2016; MacPhee et al., 2014).
- (3) **Intrinsische Kompetenzen:** gehören psychologische Empowerment, emotionale Intelligenz und kritische Reflexivität (Abraham, 2011; Chappell & Richards, 2015; Fitzpatrick et al., 2016; Leggat et al., 2016; MacPhee et al., 2014; Shen et al., 2018). Psychologisches Empowerment bezieht sich auf die Fähigkeit, Selbstkontrolle auszuüben, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen (Leggat et al., 2016; MacPhee et al., 2014). Emotionale Intelligenz umfasst die Fähigkeit, eigene und fremde Emotionen zu erkennen, zu verstehen und zu kontrollieren (Leggat et al., 2016). Kritische Reflexivität bezieht sich auf das Bewusstsein für die eigene Person und den Einfluss auf andere (MacPhee et al., 2014; Shen et al., 2018).

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

- (1) **Kognitive Kompetenzen:** Programme, die diese Kompetenzen fördern, verbessern die Entscheidungsfähigkeiten der Pflegekräfte im täglichen Betrieb, ihre Fähigkeit, Veränderungen in stationären Diensten zu führen und befähigen Pflegekräfte am Patientenbett, angemessene Führungsrollen zu übernehmen (Fitzpatrick et al., 2016). Dies führt zu einer besseren Identifizierung von Verbesserungsbedarfen und der Umsetzung von Änderungen, was letztlich die Qualität der Pflege erhöht.
- (2) **Zwischenmenschliche Kompetenzen:** Teamverstärkungssysteme stärken die Beziehungen am Arbeitsplatz, fördern eine gemeinsame Vision, einheitliche Entscheidungsfindung, effektive Kommunikation und ein positives Arbeitsumfeld (Fitzpatrick et al., 2016). Dies führt zu einer besseren Zusammenarbeit und Engagement innerhalb der Pflegekräfte, was die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen verbessert (Leggat et al., 2016; Shen et al., 2018).
- (3) **Intrinsische Kompetenzen:** verbessern die Selbstwahrnehmung und das Engagement der Pflegekräfte, fördern ein gesundes Arbeitsumfeld und stärken die emotionale Kompetenz und Reflexionsfähigkeit (Leggat et al., 2016; MacPhee et al., 2014). Dies führt zu einer besseren Pflegepraxis, indem Pflegekräfte in der Lage sind, ihre Emotionen und Handlungen zu steuern, was die Interaktion mit Patienten und Kollegen verbessert und somit die Qualität der Pflege erhöht.

Programm zur Förderung klinischer Führung – Beispiel

Blended Learning: Chappell & Richards (2015), Leggat et al. (2016), Shen et al. (2018): Kombination von Präsenz- und Online-Formaten.

Programme: Kansas Nurse Leader Residency (KNLR), New Graduate Nurse Transition Programme (NGTP) und Enquiry-Based Learning (EBL).

Dauer: 6 bis 24 Monate. NGTP dauerte 12 bis 24 Monate, NLI und EBL jeweils 12 Monate.

Inhalte:

- **EBL:** Umfasst Arbeitsplatzprojekte, bei denen Teilnehmer Qualitäts- oder Sicherheitsinitiativen identifizieren, planen, implementieren und evaluieren.
- **KNLR:** Entwicklung von Wissen und Führungskompetenzen in Wissenschaft, Kunst und Führungsqualitäten, Durchführung kleiner Veränderungsprojekte zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit.

Referenz 30: Creta, A. M., & Gross, A. H. (2020). Components of an effective professional development strategy: the professional practice model, peer feedback, mentorship, sponsorship, and succession planning. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 36, No. 3, p. 151024). WB Saunders, <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151024>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Population / Stichprobe
USA	Untersuchung der wesentlichen Bestandteile einer effektiven Strategie zur beruflichen Weiterentwicklung im onkologischen Bereich, einschliesslich Mentoring, Sponsoring und Nachfolgeplanung.	Narratives Interview	Onkologische Pflegekräfte in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen
Massnahmen der Führung			
Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)			
Komponenten einer effektiven beruflichen Weiterentwicklungsstrategie in der Onkologie			
Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen			

Eine effektive berufliche Weiterentwicklungsstrategie führt zu erhöhter Autonomie, gestärkter individueller Kompetenz, grösserem Engagement und einer bereicherten Organisationskultur, die sich positiv auf die Patientenversorgung auswirken kann.

Ansätze zur **Förderung der beruflichen Entwicklung** im Rahmen des Professionellen Praxismodell:

- **Verpflichtung zur gemeinsamen Governance:** Verpflichtung zur Mitbestimmung und Einbeziehung der Pflegekräfte in Entscheidungsprozesse.
- **Unterstützung bei der Fachzertifizierung:** Förderung von Zertifizierungsprogrammen und Unterstützung bei der Vorbereitung auf Zertifikatsprüfungen.
- **Enkulturation von Peer-Feedback:** Konstruktives Feedback unter Kollegen fördert die Kompetenzentwicklung und die Bereitstellung hochwertiger Pflege. Feedback-Strukturen sollten sich an professionellen Standards orientieren.
- **Organisatorische Unterstützung bei der Weiterbildung:** Pflegekräfte, die beruflich gefördert werden, tragen zum Erfolg der gesamten Organisation bei und können andere besser unterstützen und weiterentwickeln. Eine starke Verpflichtung zur beruflichen Entwicklung hat positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung und unterstützt die Mission der Gesundheitseinrichtung.

Organisationskultur des Lernens:

- **Mentoring & Sponsoring:** Erfahrene Mentoren helfen Mentees, sich beruflich zu entwickeln. Mentoring kann in formellen Programmen oder informellen Beziehungen erfolgen und unterstützt die Entwicklung spezifischer Kompetenzen und Karriererichtungen. Sponsoring bietet Wachstumschancen durch die Einbindung in strategische Initiativen und Weiterbildung.

Nachfolgeplanung: Formale Programme zur Nachfolgeplanung identifizieren und entwickeln Talente für zukünftige Führungsrollen. Diese Programme fördern eine Kultur des Lernens und der beruflichen Entwicklung innerhalb der Organisation.

Referenz 31: Tello, J. E., Barbazza, E., & Waddell, K. (2020). Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy*, 124(1), 12-24, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>

Allgemeine Angaben zur Publikation			
Herkunft	Fragestellung & Zielsetzung	Design	Setting
Kasachstan	Ziel ist es, eine Bandbreite an Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie die Evidenz bezüglich deren Effektivität zu katalogisieren und entlang zweier Dimensionen einzuordnen: Governance-Unterfunktionen und Ziele der Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.	Scoping Review	Gesundheitseinrichtungen

Massnahmen der Führung

Themenschwerpunkt inkl. Erläuterungen (Definitionen/Beschreibungen etc.)

Dimension Governance-Unterfunktionen:

- Es werden drei Governance-Unterfunktionen definiert:
 - o Festlegung von Prioritäten und Standards: Hochpolitische Prozesse, u.A. Lobbyarbeit und Verhandlungen, um Prioritäten festzulegen und Strategien für bestimmte Ziele zu entwickeln. Die Massnahmen zielen darauf ab, die Interessengruppen zusammenzubringen und die Prioritäten in Strategien und Standards zu formulieren.
 - o Organisation und Überwachung von Massnahmen: Übergang von Politik zur Umsetzung, indem die Leistung verschiedener Akteure beeinflusst wird, um das System auf die gesetzten Ziele zu lenken. Die Massnahmen zielen darauf ab, die Akteure mit den Ressourcen und Werkzeugen auszustatten, um ihre Leistung an den Prioritäten und Standards auszurichten.
 - o Sicherstellung der Verbesserung der Ergebnisse: Informationen werden generiert und genutzt, um daraus zu lernen und zwar auf der Grundlage der gesamten Gesundheitsergebnisse (health outcomes), die mit Fachleuten, Organisationen und dem gesamten Gesundheitssystem in Verbindung stehen. Die Massnahmen zielen darauf ab, umsetzbare Leistungsinformationen zu schaffen.

Dimension Ziele der Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität:

- 3 Hauptziele (targets)
 - o Öffentlichkeit (Patient/innen, Allgemeinbevölkerung)
 - o Leistungserbringer (klinische Praxis, Notfallmedizin, Labordienste, Verwaltung der Dienstleistungen)
 - o Systemressourcen (Gesundheitspersonal, Arzneimittel, Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitssysteme)

Zentrale Ergebnisse in Bezug auf die Förderung der Qualität von medizinischen Leistungen

- 13 von 128 anhand der Literatur identifizierten Massnahmen zeigten ausreichend Evidenz, um deren Effektivität in der Förderung der Versorgungsqualität nachzuweisen: Audit und Feedback, klinische Entscheidungshilfesysteme (clinical decision support systems), klinische Protokolle und Leitlinien (wenn sie von anderen Massnahmen begleitet werden), klinische Supervision, computergestützte Eingabe von Verschreibungen, kontinuierliche medizinische Fortbildung, elektronische Patientenakten, Ausrüstungschecklisten in der Notfallmedizin, Patientenidentifikation und Probenidentifikation in Labors, Qualitätsverbesserungskollaborationen zwischen Gesundheitseinrichtungen, simulationsbasierte Ausbildung (einschliesslich standardisierter Patient/innen), Teamveränderungen (einschliesslich Entwicklung interdisziplinärer Teams), Schulungen und Fortbildungen (wenn Ausbildungsmethoden gemischt werden)

Mapping anhand der beiden Dimensionen:

- Es zeigt sich eine unterschiedliche Verteilung der Menge an Massnahmen und Evidenz entlang der beiden Dimensionen.
- Dimension Governance-Unterfunktionen:

- Die grösste Vielfalt an Massnahmen mit ausreichender Evidenz konnten der Festlegung von Prioritäten und Standards (6 von 58) und der Organisation und Überwachung von Massnahmen (7 von 50) zugeordnet werden.
- So könnten Massnahmen der Governance-Unterfunktion Sicherstellung der Verbesserung der Ergebnisse noch gefördert werden.
- Dimension Ziele der Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität:
 - Die meisten Massnahmen mit ausreichender Evidenz konnten der Systemressource Gesundheitspersonal (5 von 24) und dem Leistungserbringer klinische Praxis (3 von 16) zugeordnet werden.
 - Bereits etablierte und priorisierte Massnahmen wie Verbesserung der klinischen Praxis, Sicherstellung kompetenter Arbeitskräfte und verantwortungsvoller Umgang mit Arzneimittel sind vielfältig vertreten, während Massnahmen wie Empowerment der Bevölkerung, Einbezug von Patient/innen und Management von Dienstleistungen eine geringere Vielfalt zeigen. So könnten diese Massnahmen und Zielbereiche noch gefördert werden.