

Präsentationsveranstaltung der Kompetenz-Centren der Medizinischen Dienste am 24. April 2007

Workshop II „Gestaltung der Versorgung durch Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität“

Qualitätssicherung Geriatrische Rehabilitation

Matthias Meinck
Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG)

Hintergrund/Methode: Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen (§ 135a SGB V i.V.m. § 137d Abs. 1 und 1a SGB V). Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nehmen derzeit noch nicht am QS-Reha[®]-Verfahren teil. Im Vorfeld wurde im Auftrag der Spitzenverbände der GKV durch das KCG eine systematische Bestandsaufnahme zu bestehenden externen Qualitätssicherungsverfahren der geriatrischen Rehabilitation erstellt. Ihre Verfahrensbestandteile sollten dabei den Qualitätsdimensionen des QS-Reha[®]-Verfahrens (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität, sowie Patientenzufriedenheit) zugeordnet werden.

Ergebnisse: Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation existieren in Deutschland 7 standardisierte und kontinuierlich eingesetzte externe Qualitätssicherungsverfahren (5 fallbezogene Verfahren: Gemidas[®], GiBDat, KODAS, EVA-Reha[®], Evaluation durch den MDK Sachsen und 2 einrichtungsbezogene Verfahren: Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation Rheinland-Pfalz, Qualitätssiegel Geriatrie BAG KGE e.V.). Einrichtungsbezogene Verfahren haben ihre Schwerpunkte in den Qualitätsdimensionen Struktur und Prozess, die fallbezogenen Verfahren in begrenztem Umfang in den Qualitätsdimensionen Ergebnis und Patientenzufriedenheit bei einem hohen Anteil administrativer Daten. In den fallbezogenen Verfahren konnten keine expliziten Zielkriterien in den Qualitätsdimensionen Struktur und Prozess und in den einrichtungsbezogenen Verfahren keine expliziten Zielkriterien in der Qualitätsdimension Ergebnis identifiziert werden. Fallbezogen wurden als Ergebnisqualitätsparameter fast immer der Entlassungsort im Verhältnis zum ursprünglichen Herkunftsort, der Zuwachs an körperlicher Selbstversorgungsfähigkeit (ganz überwiegend mittels Barthel-Index) und die Verbesserung der Mobilität/Gangsicherheit (anhand des Timed Up & Go) erhoben. Mit Rehabilitationsbeginn festzulegende Zielgrößen für Ergebnisparameter sind bisher nur in wenigen Verfahren ansatz-/erprobungsweise implementiert. Die Datenerfassung erfolgt in den einrichtungsbezogenen Verfahren weitgehend durch Fremd- und in den fallbezogenen Verfahren durch Eigenerhebung der Leistungserbringer. Die Datenaufbereitung und -auswertung wird in den meisten Verfahren unabhängig von den teilnehmenden Leistungserbringern, jedoch nur zum Teil unabhängig vom Verfahrensträger und von der Gesamtgruppe der Leistungserbringer durchgeführt. Einrichtungsvergleiche erfolgen nur in den fallbezogenen Verfahren aber bisher ohne Risikoadjustierung.

Schlussfolgerungen: Bestrebungen einer einheitlichen Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation können auf die bestehenden Verfahren aufsetzen, die vorliegende Bestandsaufnahme des KCG für deren gezielte Weiterentwicklung nutzen und sollten geriatricspezifische Aspekte der Qualitätssicherung noch umfänglicher berücksichtigen.