



# Externe Qualitätssicherung aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie

**Matthias Meinck**



Symposium:  
„Entwicklung neuer Messmethoden zur  
Beurteilung der stationären Geriatriischen  
Rehabilitation - Das MEMBeR-Projekt“  
8. Juli 2010 in Stuttgart

# Aktuelle Bestandsaufnahme externer Qualitätssicherungsverfahren im Bereich geriatrischer Rehabilitation

## Current Appraisal of External Quality Assurance Procedures in Geriatric Rehabilitation

### Autoren

N. Lübke, M. Meinck

### Institut

Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) sowie der Gemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Hamburg

### Schlüsselwörter

- geriatrische Rehabilitation
- externe Qualitätssicherung
- Qualitätssicherungsverfahren

### Key words

- geriatric rehabilitation
- quality assurance

### Zusammenfassung

▼  
In Deutschland eingesetzt verfahren der externen Qualitätssicherung. Hierbei handelt es sich um fünf fallbezogene (Gemidas®, GiB-geriatric rehabilitation in Germany. These procedures are case-based (Gemidas®, KODAS, EVA-Reha®, Evaluation Procedu

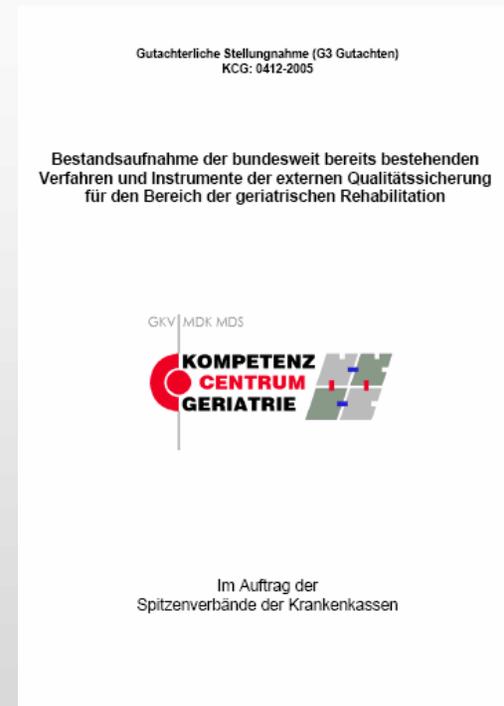
**Gutachten im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene**

*(Die Rehabilitation 2008: 39-48)*



## 1. Gutachtens

- Auftrag
- Einbezogene Verfahren
- Vorgehen / Kategorisierungen
- Ergebnisse



## 2. externe Qualitätssicherung und MEMBeR

## 3. Perspektiven der externen Qualitätssicherung



## Hintergrund:

- Ausweitung des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens auf den Bereich der geriatrischen Rehabilitation

## Auftragsspezifikation:

- Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität sowie Patientenzufriedenheit)

## inhaltliche Aussagen zu:

- Entwicklungshintergrund
- mögliche Einsatzbereiche
- methodische Güte
- Praktikabilität
- Beschränkungen (z.B. Lizenzrechte)



## **Einschlusskriterien für die Verfahren:**

1. berücksichtigt geriatrische Rehabilitationseinrichtungen
2. In Anwendung
3. standardisierten Regeln zum Einschluss der zu prüfenden Einrichtungen
4. spezifische Erhebungskriterien/-instrumente für die Erbringung geriatrischer Rehabilitationsleistungen



## 7 identifizierte Verfahren = einbezogene Verfahren

*fallbezogene Verfahren:*

- Geriatrisches Minimum Data Set der BAG KGE (Gemidas®)
- Geriatrie-in-Bayern-Datenbank (GiB-DAT)
- Evaluation der Rehabilitation (EVA-Reha®) in RLP
- Kollektives Datenset (KODAS) in Baden-Württemberg
- Evaluation geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen durch den MDK Sachsen

*einrichtungsbezogene Verfahren:*

- Qualitätssiegel Geriatrische Rehabilitation in RLP
- Qualitätssiegel Geriatrie des Bundesverbands Geriatrie



## Verfahrensbestandteile/-elemente:

- Erhebungsmethoden
- Erhebungsinstrumente
  - Assessmentinstrumente
  - Klassifikationsinstrumente
- Routinedaten
- sonstige Daten
- obligate Verfahrenselemente
- optionale Verfahrenselemente



## Optionale Verfahrensbestandteile

- wichtige Elemente: Kennzeichen für Flexibilität, unterschiedliche interne Anforderungen der Leistungserbringer, Förderung von Akzeptanz

## Obligate Verfahrensbestandteile

- **in jedem Fall zu dokumentieren**
- **Schwerpunkt der gutachterlichen Darstellungen, weil**
  1. für QS einrichtungsübergreifend verfügbar
  2. Ausdruck einer Prognoseentscheidung des Verfahrensträgers



## Zuordnungskategorien für Verfahrenselemente in Abhängigkeit von der Art eines Zielbezugs:

- **explizite Zielgrößen**
- **implizite Zielgrößen**
- **Verfahrenselemente ohne Zielbezug/-richtung = administrative Daten (A)** z.B. Diagnosen, Geburtsdatum, soziale Kontextfaktoren, Hilfsmittelverordnungen  
(ggf. potenzielle Relevanz für QS im Rahmen einer Risikoadjustierung)



**Besonderheiten:** Verfahren haben spezifische Schwerpunkte  
(z.B. GEMIDAS<sup>®</sup> - Darstellung sektorenübergreifender  
Behandlungsabfolgen)

zumeist **obligate** und **optionale Verfahrenselemente**

**Schwerpunkte einrichtungsbezogener Verfahren:**

- Strukturqualität
- Prozessqualität

**Schwerpunkte fallbezogener Verfahren:**

- administrative Daten
- in kleinerem Umfang Ergebnis und Patientenzufriedenheit

# Ergebnisse



Qualitätsdimension	Gemidas®	GiB-DAT	EVA-Reha®	KODAS	Evaluation in Sachsen
Strukturqualität	S –	S –	S –	S –	S –
	s –	s –	s –	s –	s – Personalschlüssel
Prozessqualität <sup>2</sup>	P –	P –	P –	P –	P –
	p –	p – Diagn. Hausbesuch – (Komplikationsdiagnosen)	p – (KTL) [14]	p –	p – (diverse Komplikationen)
Ergebnisqualität <sup>3</sup>	E –	E – „obj.“ Behandlungsergebnis i. Vgl. z. initialen Ziel (Team)	E – Δ Ziele-ATL18 (Ziele-FIM™)/Entl.-ATL18 (Entl.-FIM™) [15]	E –	E –
	e – ursprünglicher Herkunftsort – ursprünglicher Unterstützungsort – ursprünglicher Unterstützungsort nach Entlassung – Δ BI [11] – Δ TUG [12] – Δ PPR [13]	e – ursprünglicher Herkunftsort – ursprünglicher Unterstützungsort – ursprünglicher Unterstützungsort nach Entlassung – Vermeidung von Pflegeabhängigkeit – Δ BI [11] – Δ TUG [12]	e – ursprünglicher Herkunftsort – ursprünglicher Unterstützungsort – Δ Aufn.-ATL18 (Aufn.-FIM™)/Entl.-ATL18 (Entl.-FIM™) [15] – Δ Multimorbidität nach CIRSG [16]	e – ursprünglicher Herkunftsort – Δ BI [11] – Δ TUG [12] – Δ Chair Rising [17] – Δ Balance/Tandemstand <sup>3</sup> – Δ Esslinger Transferskala [18] – Δ Treppensteigen <sup>3</sup> – Δ Haminkontinenz – Δ Stuhlinkontinenz	e – ursprünglicher Herkunftsort – Δ BI [11] – Δ TUG [12] – Rehaergebniseinschätzung durch das Team
Patientenzufriedenheit	PZ –	PZ – „subj.“ Behandlungsergebnis i. Vgl. z. initialen Ziel (Pat.)	PZ –	PZ –	PZ –
	pz –	pz –	pz –	pz –	pz –



## **Ergebnisqualitätsparameter** in fast allen Verfahren:

- Entlassungsort im Verhältnis zum ursprünglichen Herkunftsort
- Zuwachs körperlicher Selbstversorgungsfähigkeit (ganz überwiegend Barthel-Index, nur 1 x ATL-18 FIM™ )
- Verbesserung der Mobilität, der Gangsicherheit (ganz überwiegend TUG)
- innovatives Element in EVA-Reha® ist der Ziele-ATL-18 (abschließende Bewertung jedoch noch offen)

## **Assessmentinstrumente:**

- ganz überwiegend gute bis sehr gute Testgüte



## Patientenzufriedenheit nur in GiB-DAT:

### Reha-Ergebnis "subjektiv"

Ergebnis in Relation zum Behandlungsziel:

1 = *sehr gut*

2 = *gut*

3 = *befriedigend*

4 = *ausreichend*

5 = *schlecht*

8 = *trifft nicht zu (z.B. wenn keine Reha oder nur Diagnostik oder verstorben)*

9 = *k.A.*

Achtung: eine explizite Befragung des Patienten ist erforderlich!

### Reha-Ergebnis "objektiv"

wie oben



## **Datenerfassung:**

- durch die Leistungserbringer (fallbezogene Verfahren)
- Fremderhebung (einrichtungsbezogene Verfahren)

**Datenaufbereitung** mehrheitlich unabhängig vom jeweiligen Verfahrensteilnehmer (bis auf Sachsen)

**Datenauswertung** mehrheitlich unabhängig vom Verfahrensträger

**Einrichtungsvergleiche** nur in den fallbezogenen Verfahren (aber immer ohne Risikoadjustierung)



QS-Bereiche	Fallbezogene Verfahren (N=5)	einrichtungszogene Verfahren (N=2)
Strukturqualität	1 Verfahren - implizit, sehr geringer Anteil	2 Verfahren - explizit, hoher Anteil
Prozessqualität	2 x Verfahren - implizit, sehr geringer Anteil	2 Verfahren - explizit, hoher Anteil
Ergebnisqualität	alle Verfahren - 2 x explizit, relevanter Anteil	1 Verfahren - explizit, (Basiszertifikat)
Patienten-zufriedenheit	1 Verfahren - explizit, geringer Anteil	1 Verfahren - explizit, (Basiszertifikat)
administrative Daten	alle Verfahren - hoher Anteil	1 Verfahren - sehr geringer Anteil

## Zusammenfassung



- deutliches Überwiegen von **Strukturqualitätskriterien**
- geringer Umfang (weitgehend unspezifischer) **Prozessqualitätskriterien**
- relatives und absolutes Defizit an **Ergebnisqualitätskriterien**
- **Patientenzufriedenheit** kaum berücksichtigt
- fallbezogene Verfahren beinhalten in relevantem Umfang **administrative Daten**, die für QS nur teilweise relevant sind
- **Geriatricspezifik** der Verfahren ist unterschiedlich ausgeprägt



## **Geriatricspezifisch** der Verfahren ist unterschiedlich ausgeprägt:

- angemessene Berücksichtigung geriatritypischer Assessmentinstrumente
- Festlegung angemessener Ergebnisqualitätskriterien
- Festlegung angemessener Mess- und Bezugszeitpunkte
- angemessene Berücksichtigung kognitiver Einschränkungen

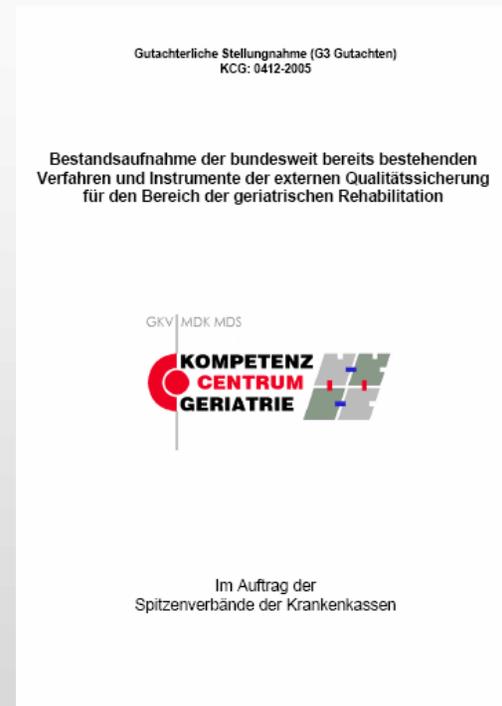


- starkes Überwiegen von **Strukturqualitätskriterien**
- geringer Umfang (weitgehend unspezifischer) **Prozessqualitätskriterien**
- relatives und absolutes Defizit an **Ergebnisqualitätskriterien**
- **Patientenzufriedenheit** kaum berücksichtigt
- fallbezogene Verfahren beinhalten in relevantem Umfang **administrative Daten**, die für QS nur teilweise relevant sind
- **Geriatriespezifik** der Verfahren ist unterschiedlich ausgeprägt
- **risikoadjustierte Klinik-Benchmarks** bisher nicht implementiert
- **technische Unterstützung** variiert
- **Unabhängigkeit der Verfahren** (von der einzelnen teilnehmenden Klinik, von der Gruppe der Leistungserbringer und vom Verfahrensträger) nicht immer gegeben



## 1. Gutachtens

- Auftrag
- Einbezogene Verfahren
- Vorgehen / Kategorisierungen
- Ergebnisse



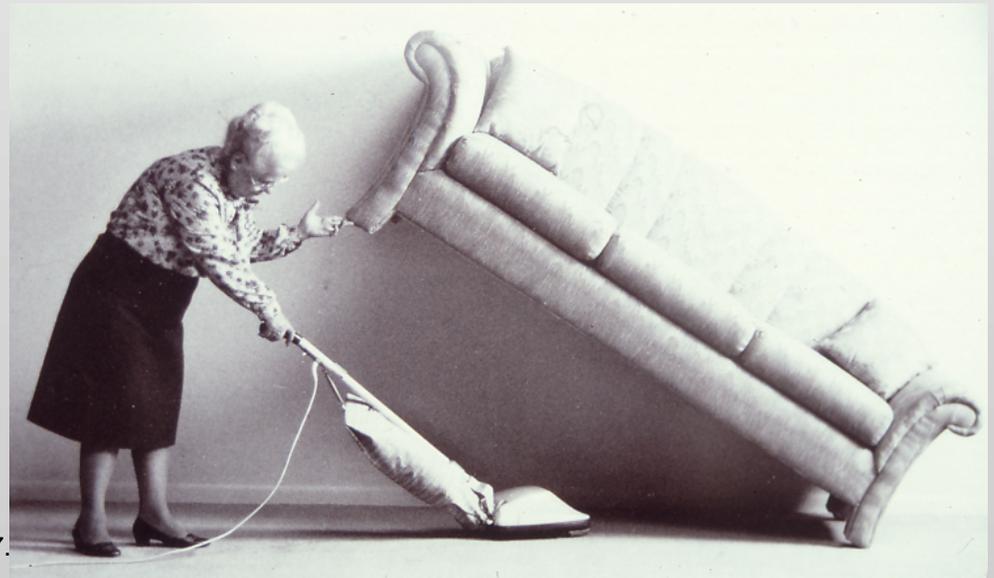
## 2. externe Qualitätssicherung und MEMBeR

## 3. Perspektiven der externen Qualitätssicherung



## Objektive Mobilitätsmessung ist sinnvoll, aber ...

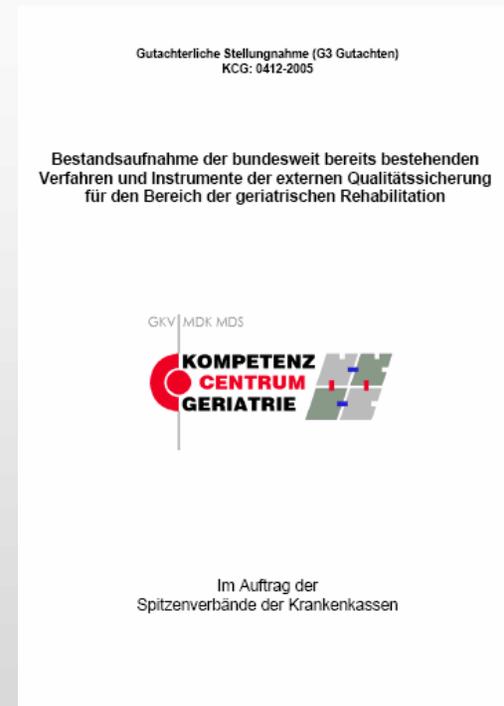
- Konzept medizinischer Reha ist ganzheitlich (bio-psycho-sozial)
- fokussiert lediglich auf einen Zielbereich, weitere sind z.B. Toilettenbenutzung, An- und Ausziehen, Körperpflege, Kommunikation, soziale Integration, Tagesgestaltung ... (eng mit Mobilität verknüpft)
- präorbider Ausgangsstatus als Referenzpunkt für Zieldefinition liegt nicht vor
- Anwendung: Forschung und Klinik





## 1. Gutachtens

- Auftrag
- Einbezogene Verfahren
- Vorgehen / Kategorisierungen
- Ergebnisse



## 2. externe Qualitätssicherung und MEMBeR

## 3. Perspektiven der externen Qualitätssicherung

## Perspektiven der externen Qualitätssicherung



- sehr weitgehende Ansätze geriatrischer Fachgesellschaften, Verbände und Leistungserbringergruppen
- Qualitätssicherungsverfahren in der Geriatrie auf der gesetzlichen Grundlage des § 135 i.V.m. § 137d SGB V kann darauf aufbauen
- Beauftragung von IGES (Berlin) durch den GKV-Spitzenverband für ein Entwicklungsprojekt (Projektbeginn Juni 2010, Abschluss 2011 inkl. Erprobung)
- Gegenstand = Strukturqualität stationärer und ambulanter geriatrischer Reha (mobile Reha nur Konzeptentwurf)

# Perspektiven der externen Qualitätssicherung



## Herausforderungen

- stärkerer Fokus auf Ergebnisqualität
- Referenzwert für Ziele = präklinischer Ausgangsstatus
- Ergebnisqualität - einzelfallorientierte Zielerreichung
- häufig vorliegende Störungen der Kognition, des Antriebs, der Stimmung geriatrischer Rehabilitanden berücksichtigen
- mittelfristige Zielerreichung = sektorenübergreifende QS

# Perspektiven der externen Qualitätssicherung



Behandlungsziel 3

---

Behandlungsziel 4

---

**freitextliche Ziele**

**K. Barthel-Index** (ggf. weitere relevante Assessmentbefunde bitte beifügen)

gemäß Hamburger Manual (bitte einkreisen)

	0	5	10		Relevantes Behandlungsziel?	
1. Essen	0	5	10		N	J
2. Transfer	0	5	10	15	N	J
3. Persönliche Hygiene	0	5			N	J
4. Toilettenbenutzung	0	5	10		N	J
5. Selbständiges Baden	0	5			N	J
6. Gehen auf Flurebene/Rollstuhlfahren	0	5	10	15	N	J
7. Treppensteigen	0	5	10		N	J
8. An- und Auskleiden	0	5	10		N	J
9. Stuhlkontinenz	0	5	10		N	J
10. Urinkontinenz	0	5	10		N	J

**standardisierte  
Zielkategorien**

Datum

**Bsp: landesspezifisches Zugangsverfahren zur  
ambulanten rehabilitativen Versorgungsstufe**

Rückruf erbeten durch den Klinik-Geriater

# Perspektiven der externen Qualitätssicherung



## Herausforderungen

- stärkerer Fokus auf Ergebnisqualität
- Referenzwert für Ziele = präklinischer Ausgangsstatus
- Ergebnisqualität - einzelfallorientierte Zielerreichung
- häufig vorliegende Störungen der Kognition, des Antriebs, der Stimmung geriatrischer Rehabilitanden berücksichtigen
- mittelfristige Zielerreichung = sektorenübergreifende QS

# Perspektiven der externen Qualitätssicherung



## Perspektive?

### Risikoadjustierte gewichtete „Reha-Noten“

...

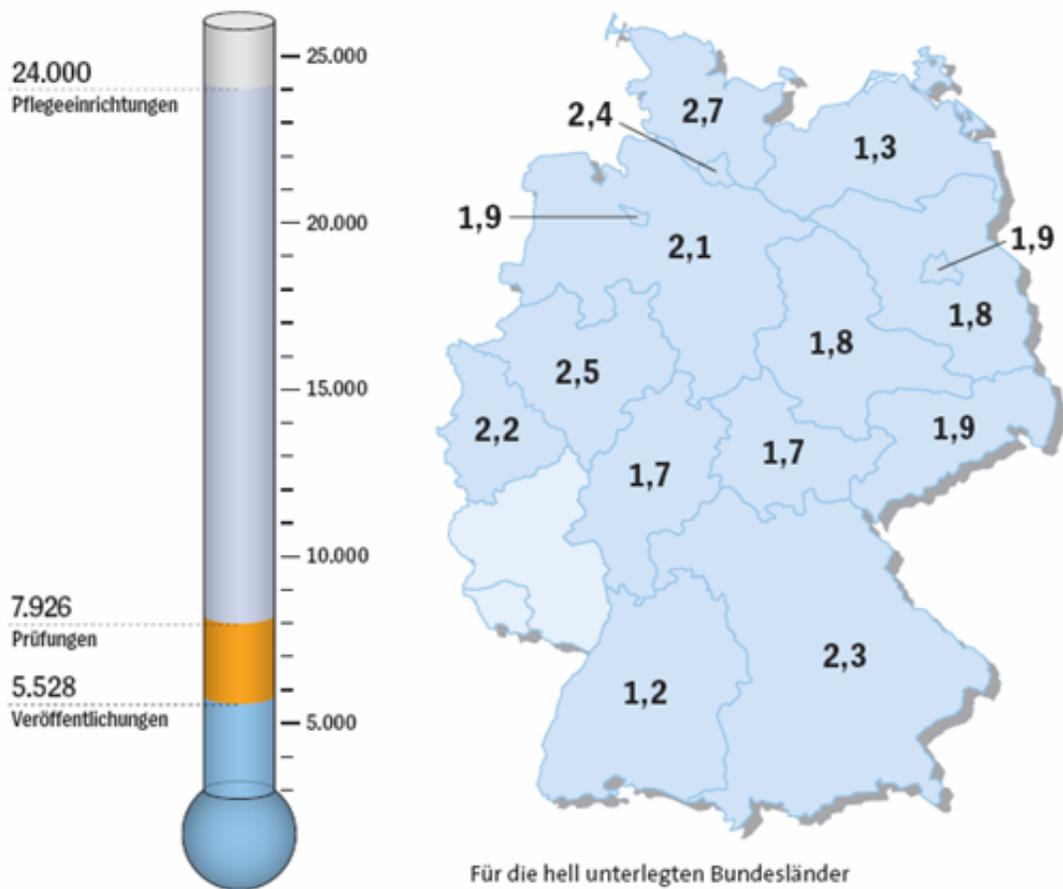
Es scheint noch ein  
weiter Weg.

...

### Skepsis:

Probleme der Pflege-  
Noten könnten  
vermieden  
werden.

## So gut sind Pflegeheime im Durchschnitt



Für die hell unterlegten Bundesländer  
liegt noch keine Benotung vor.

Quelle: Verbände der Kranken- und Pflegekassen, Stand: Juni 2010

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



**Dr. Matthias Meinck, Dipl.-Soz.**

Stellv. Leiter des Kompetenz-Centrums Geriatrie beim MDK Nord

matthias.meinck@kcgeriatrie.de

www.kcgeriatrie.de

