



# **GEMIDAS**

*(Geriatrisches Minimum-Data-Set)*

## **Beurteilung des Datensatzes als Instrument der Qualitätssicherung**

---

**Kompetenz-Centrum  
Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement (extern)  
der MDK-Gemeinschaft**



in Kooperation mit dem  
Fachbereich Evidenz-basierte Medizin  
des MDS

---

**Im Auftrag der Spitzenverbände  
der Krankenkassen**

**Dr. Joachim C. Zink**

## Temporäre Arbeitsgruppe:

Dr. med. Wolfgang Deetjen

*MDK Hessen*  
Facharzt für Innere Medizin  
Arzt im Krankenhausreferat

Dr. med. Gerd Haller

*MDK Baden-Württemberg*  
Facharzt für Innere Medizin  
Ärztliches Qualitätsmanagement  
Ärztlicher Referent Geriatrie

Doz. Dr. med. habil. Klaus Leistner

*MDS Essen*  
Arzt für Sozialhygiene  
Fachgebietsleiter für Geriatrie und  
Rehabilitation

Dr. med. Manfred Leupold

*MDK Niedersachsen*  
Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie,  
Gastroenterologie  
Leiter der AG M3 ( Rehabilitation)

Dr. med. Reinhold Nitzschke

*MDK Baden-Württemberg*  
Facharzt für Physikalische und  
Rehabilitative Medizin  
Ärztlicher Referent für Rehabilitation

Dr. med. Uwe Sackmann

*KCQ*  
Facharzt für Urologie  
Ärztliches Qualitätsmanagement

Dr. med. Horst Wagner

*MDK Baden-Württemberg*  
Facharzt Neurologie und Psychiatrie  
Klinische Geriatrie

Dr. med. J. F. Freund

*Geschäftsführender Arzt des KCQ*  
Facharzt für Chirurgie  
Thorax- und Kardiovaskularchirurgie  
Ärztliches Qualitätsmanagement

Dr. med. Joachim Zink

*KCQ-Projektleitung*  
Facharzt für Innere Medizin  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Ärztliches Qualitätsmanagement  
Medizinische Informatik

## Biometrische Beratung:

Prof. J. Windeler  
Fachbereich Evidenz-basierte Medizin  
MDS Essen

## Liste der verwendeten Abkürzungen:

<b>BAG</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e. V.
<b>BI</b>	Barthel-Index
<b>EFQM</b>	European Foundation for Quality Management
<b>GQH</b>	Geschäftsstelle Qualitätssicherung in Hessen
<b>ICIDH</b>	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
<b>KCQ</b>	Kompetenz-Centrum für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (extern) der MDK-Gemeinschaft
<b>MMSE</b>	Mini-Mental-State-Examination
<b>PEG</b>	Perkutane, endoskopisch kontrollierte Gastrostomie
<b>PPR</b>	Pflegepersonal-Regelung
<b>QS</b>	Qualitätssicherung
<b>QM</b>	Qualitätsmanagement
<b>TUG</b>	Timed-Up-and-Go-Test
<b>TQM</b>	Total Quality Management
<b>ZGGF</b>	Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg

*(Die im folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen  
– auch wenn sie nur in einer Form genannt sind –  
gleichwertig für beide Geschlechter)*

# Vorwort

Obwohl in vielen Fächern der Medizin geriatrische Patienten behandelt werden, beruhen die angewandten Therapien häufig auf Analogieschlüssen von jüngeren auf ältere Menschen. Gute Medizin für Betagte ist jedoch nur möglich, wenn die Eigenheiten des Alterns, spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Besonderheiten der Erkrankungen alternder Menschen berücksichtigt werden. Einen Beitrag hierzu kann Qualitätssicherung leisten.

Das Geriatrische Minimum Data Set (GEMIDAS) wurde 1997 von der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e.V. (BAG) vorgestellt mit dem Ziel, ein System *externer* Qualitätssicherung zu etablieren. In der Absicht, einen praktikablen und den Abteilungsvergleich ermöglichenden Datensatz zu entwerfen, geschah dies aus pragmatischen Gründen auf dem kleinsten, fachlich noch zu vertretenden Nenner. Es war der erste Versuch dieser Art, durch Formulierung von Mindestanforderungen zu einem bundeseinheitlichen Konsens bei Standards der Dokumentation zu gelangen.

Die immer wieder geführte und längst nicht abgeschlossene Diskussion um die Effizienz und Effektivität von Interventionsmaßnahmen in der Geriatrie führte zu einem regelrechten Boom bei Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementbemühungen. Teilweise wurde die Diskussion zwischen Akut-Geriatrie, ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitation sehr kontrovers geführt, was zur Folge hatte, dass in diesen Bereichen – entsprechend der jeweiligen Zielsetzung – eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente entwickelt wurden, wenn auch meist mit einem gemeinsamen Kern. Die Frage: „Wo steht die Geriatrie in ihren Qualitätssicherungsbemühungen?“ und „Wie sind die mit GEMIDAS unternommenen Anstrengungen konkret zu bewerten?“ veranlasste die Spitzenverbände der Krankenkassen zu einem Auftrag an das Kompetenz-Centrum für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement der MDK-Gemeinschaft.

Bewertet werden sollte, inwieweit GEMIDAS als Instrument der externen Qualitätssicherung unter methodischen Gesichtspunkten geeignet ist, als Standardverfahren für Zwecke der externen Qualitätssicherung im Krankenhaus und Rehabilitationsbereich eingesetzt zu werden. Daneben wurde gebeten, zu den enthaltenen Assessmentteilen, zur ICDH-Codierung und zu der Frage, in welchem Umfang die in GEMIDAS abgebildeten Daten als zentrale Qualitätsindikatoren in Frage kommen, generell Stellung zu nehmen.

Für die Beantwortung der Fragen war es notwendig, einen theoretischen Rahmen abzustecken, der ein Anforderungsprofil aus Sicht der Qualitätssicherung beschreibt und über die Perspektive der Geriatrie hinausgeht. Da im Auftrag ausdrücklich eine breit angelegte Vorgehensweise erwünscht war, ergab sich insgesamt ein nicht unbeträchtlicher Aufwand. Um dennoch mit den Ressourcen sparsam umzugehen, wurde keine MDK-Arbeitsgruppe in üblicher Weise konstituiert, sondern eine lose Zusammenarbeit im Sinne einer fachlichen Unterstützung für begrenzte Zeit vereinbart. Dieser Informationsaustausch erwies sich als sehr hilfreich, und wir bedanken uns bei allen Kollegen für ihre Mitarbeit und ihre Bereitschaft, zusätzliche Zeit zu opfern.

**Für das**

Kompetenz-Centrum  
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement  
der MDK-Gemeinschaft

**Dr. Joachim Zink**

**November 2000**

# Inhalt

<b>1. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>2</b>
<b>2. EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
2.1 QUALITÄTSBEGRIFF UND QUALITÄTSSICHERUNG (QS).....	7
2.2 QUALITÄTSBESCHREIBUNG EINES PROZESSES.....	8
2.3 SITUATION IN DER GERIATRIE.....	9
2.3.1 <i>Einflussvariablen der geriatrischen Intervention</i> .....	9
2.3.2 <i>Geriatrischer Patient: Multimorbidität</i> .....	10
2.3.3 <i>Qualität und Qualitätsindikatoren</i> .....	11
2.4 RAHMEN FÜR EINE QUALITÄTSBEURTEILUNG.....	11
2.4.1 <i>Theoretischer Rahmen: 10 Fragen zur Qualitätssicherung</i> .....	11
2.4.2 <i>Bedingungen für die Reha-Ziel-Formulierung</i> .....	13
2.4.3 <i>Unterstützungsfunktion eines QS-Instrumentes</i> .....	13
<b>3. GEMIDAS ALS INSTRUMENT EXTERNER QUALITÄTSSICHERUNG .....</b>	<b>14</b>
3.1 BESCHREIBUNG .....	14
3.1.1 <i>Historie, Ziel, Anpassungen im Zeitverlauf</i> .....	14
3.1.2 <i>Inhalte und Struktur</i> .....	15
3.1.3 <i>Verbreitung</i> .....	16
3.1.4 <i>Kosten für die Anwender</i> .....	16
3.2 VORGEHENSWEISE BEI DER BEWERTUNG .....	16
3.3 GEMIDAS: BEWERTUNG UND KRITIK .....	17
3.3.1 <i>Transparenz und Kommunikation als Qualitätsindikator</i> .....	17
3.3.2 <i>Vergleich mit dem Anforderungsrahmen</i> .....	17
3.3.3 <i>Assessmentverfahren und funktionelle Tests</i> .....	19
3.4 POST-GEMIDAS: FOLLOW-UP-UNTERSUCHUNGEN.....	22
3.4.1 <i>POST-GEMIDAS und Effektivitätsbeurteilung</i> .....	22
3.4.2 <i>POST-GEMIDAS: Ergebnisse</i> .....	23
3.4.3 <i>Bewertung von Follow-Up-Untersuchungen</i> .....	23
<b>4. NON-GEMIDAS: ÄHNLICHE VERFAHREN .....</b>	<b>24</b>
4.1 GIB-DAT (BAYERN).....	24
4.2 KODAS (BADEN-WÜRTTEMBERG).....	24
4.3 EBDS (BADEN-WÜRTTEMBERG) .....	25
4.4 SEQUACK (BERLIN) .....	25
4.5 FIM .....	26
4.6 RAI .....	27
4.7 HEDIS (MANAGED CARE) .....	28
<b>5. DISKUSSION UND SOZIALMEDIZINISCHE BEWERTUNG .....</b>	<b>29</b>
<b>6. LITERATUR .....</b>	<b>34</b>
<b>7. GLOSSAR .....</b>	<b>38</b>
<b>8. ANHANG .....</b>	<b>43</b>

# 1. Zusammenfassung

Das Geriatrische Minimum Data Set (GEMIDAS) wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e. V. (BAG) als Basisdatensatz entwickelt und ist seit 1997 im praktischen Einsatz. Mit dem Instrument sollte das Ziel verfolgt werden, therapeutische Interventionen an geriatrischen Patienten zu dokumentieren und mit einer *externen Qualitätssicherung* zu verbinden [5]. Es stellt in dieser Form den ersten bundesweiten Versuch dar, einen einheitlichen Mindeststandard der Dokumentation zu formulieren.

Der praktische Einsatz sieht vor, dass die Datensätze EDV-gestützt erfasst und anonymisiert an ein Zentralregister in Berlin (Geriatric-Zentrum des Evangelischen Krankenhauses) übermittelt werden. Dort erfolgt die Auswertung der Daten, über deren Ergebnis die teilnehmenden Einrichtungen vierteljährlich informiert werden. Die Teilnahme an dem Verfahren ist nicht kostenfrei. Ende des Jahres 1999 setzten insgesamt 68 Einrichtungen GEMIDAS zur Dokumentation von Behandlungsverläufen ein. In das Berliner Zentralregister waren zu diesem Zeitpunkt nahezu 70.000 Datensätze aus dem vollstationären Bereich und rund 7000 teilstationäre Behandlungsfälle übernommen. Hessen ist das erste Bundesland, das mit einem flächendeckenden Einsatz von GEMIDAS gleichzeitig an einem landesweiten Qualitätssicherungsprogramm teilnimmt. Von den übrigen Bundesländern sind zwischenzeitlich bis auf Bremen und Sachsen nahezu alle mit mindestens einer Einrichtung am GEMIDAS-Projekt beteiligt.

Zu klären ist, inwieweit GEMIDAS für Zwecke der externen Qualitätssicherung geeignet ist und als Standardverfahren im Krankenhaus und Rehabilitationsbereich eingesetzt werden kann. Im Kern geht es um die Frage, ob die in GEMIDAS dokumentierten Basisdaten als zentrale Qualitätsindikatoren der geriatrischen Rehabilitation tauglich sind.

Hierbei sind zwei Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Zum einen der gegenwärtige Stand der Qualitätssicherungsbemühungen in der Geriatrie, des weiteren die Anforderungen, die aus Sicht der „reinen Qualitätssicherungslehre“ zu stellen sind.

Qualitätssicherung in der Geriatrie, gleichgültig mit welchem Instrumentarium sie betrieben wird, macht allein deshalb schon Probleme, weil die „Anfangsbedingungen“ nicht exakt anzugeben sind. Gegenwärtig gibt es keinen verbindlichen Konsens darüber, wie ein geriatrischer Patient exakt zu beschreiben ist. Auch die Hilfskonstruktion „Multimorbidität“, die als kennzeichnendes Attribut gilt, wird unterschiedlich definiert und ist keineswegs unumstritten. Unabhängig davon, wie der geriatrische Patient zu definieren ist, bleibt im Falle der geriatrischen Rehabilitation abzugrenzen, wie die Teilmenge der geriatrischen Reha-Patienten genauer zu beschreiben ist. Nicht jeder geriatrische Patient ist automatisch auch ein geriatrischer Reha-Patient. Für die Qualitätssicherung in der Geriatrie bedeutet dies, dass bereits Ausgangsmenge und Anfangsbedingungen (geriatrischer Patient und geriatrischer Reha-Patient) nicht exakt bestimmt sind, so dass nicht auszuschließen ist, dass „grundmengenfremde Elemente“ in größerer Zahl in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Diese schwierige Ausgangslage ist bei der Beurteilung eines Qualitätssicherungsinstrumentes zu berücksichtigen und kann GEMIDAS nicht angelastet werden.

Aus der prozessbegleitenden Sicht der Qualitätssicherung sind an ein Qualitätssicherungsinstrument spezifische Anforderungen zu stellen. Es sollte in der Lage sein, einem neutralen Beobachter/Beurteiler/Auditor auf der Basis eines Vergleiches grundlegende Fragen zu beantworten. Um überhaupt von Qualität sprechen zu können, ist als Grundbedingung zu fordern, dass durch den angestrebten Prozess ein wirklicher Nutzen/Vorteil entsteht. Qualitätsbemühungen um nutzlose Prozesse sind sinnlos. Die Dokumentation der Daten muss einen Ergebnis-/Binnenvergleich ermöglichen, der Auskunft gibt über Erfolgsquote und Fehlerrate, Grad der Zielerreichung und Vergleich der eigenen Leistung (zu verschiedenen Zeiten). Klar werden muss auch, wie die eigene Leistung im Vergleich zu Mitbewerbern/Konkurrenten und alternativen Verfahren einzuordnen ist (Ergebnis-Außenvergleich). Eine Aufwands- und Fehleranalyse schließlich sollte Hinweise auf konkrete Verbesserungsmöglichkeiten geben.

Die dritte wesentliche Anforderung kommt aus der Praxis. Ein Qualitätssicherungsinstrument sollte so aufgebaut sein, dass es nicht für andere Zwecke missbraucht wird und den Anwender bei anfallenden Routinearbeiten soweit als möglich unterstützt (Arztbriefherstellung, Hilfsmittelverordnung etc.).

Legt man diesen Maßstab an GEMIDAS an, fällt der Hauptkritikpunkt sofort auf: Dem Datensatz fehlt ein eindeutig anzugebendes Rehabilitationsziel. An seiner Stelle werden zahlenmäßige Veränderungen von Testergebnissen (Score-Differenz Beginn - Ende der Behandlung) ersatzweise als Maß für ein Behandlungsergebnis definiert. Nirgendwo ist genau abzulesen, was bei dem Patienten durch Rehabilitation erreicht werden soll. Zufällig entstehende Score-Schwankungen (vor allem im Bereich kleiner Punktdifferenzen) können so einen Behandlungserfolg vortäuschen, wo effektiv keiner gegeben ist. Damit ist eine Erfolgs- oder Fortschrittskontrolle hinfällig und die zentrale Frage der Qualitätssicherung: „Wie gut ist das Ergebnis?“ nicht beantwortbar. Die Schlussfolgerung der GEMIDAS-Entwickler:

**„Die Vollständigkeit der erhobenen Daten erwies sich als geeigneter Indikator für die Effizienz der Behandlung.“[4]**

mutet abenteuerlich an und zeigt wohin der Weg führen kann, wenn Ergebnisqualität – wie häufig in medizinischen Bereichen – so einfach nicht zu messen und zu fassen ist. In der Praxis werden nicht selten Formalien der Struktur- und Prozessqualität kompensatorisch überbetont, wie sich auch am Beispiel Pflege zeigt. Durch die immer weiter getriebene filigrane Aufspaltung formaler Sachverhalte verliert ein Qualitätssicherungsinstrument an Schärfe. Es fördert die Bürokratisierung und wendet sich immer weiter ab vom Patienten/Versicherten. Ohne klare Ausrichtung auf Patient und Ergebnis aber besteht die Gefahr, dass Fluchträume, die sich aus der bequemen Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ergeben, genutzt werden und die Weiterentwicklung des Qualitätsgedankens ins Stocken gerät.

TQM-/EFQM-basierte Strategien der Qualitätssicherung hingegen sind in ihrer Ausrichtung auf den „Kunden“ sehr konsequent. Während „statistische“ Qualitätssicherung, wie sie vorwiegend im industriellen Produktionsbereich eingesetzt wird, eher prozess- und zielorientiert ist („Wie weit bin ich vom Soll?“), betonen TQM-/EFQM-Strategien mit ihren angepassten Modellkriterien viel stärker die Kundenorientierung. Sie sind dynamischer und adjustieren eigenes Verhalten immer wieder neu auf (sich verändernde) Kundenwünsche. **Stati(sti)sche** Qualitätssicherung dagegen optimiert den Weg in die einmal eingeschlagene Richtung, selten den fälligen Richtungswechsel, weshalb die „Abfallprodukte“ der statistischen Qualitätssicherung: durch Messung erhaltene Score- und Punktwerte mit einer gewissen Vorsicht und

Skepsis zu betrachten sind. Zahlengläubigkeit kann leicht in die Irre führen, und die uneingeschränkte Forderung, zu messen, was messbar ist, wird heute ersetzt durch die Forderung, *nur* das zu messen, was *sinnvoll* ist.

Score-Differenzen anstelle eines aussagekräftigen Rehabilitationszieles zu betrachten, ist ein grundsätzliches Problem in der Rehabilitation. Unterschiede zwischen Punktwerten können beliebig klein betrachtet werden, und jede positive Differenz ist nach dieser Philosophie ein Erfolg. Hierdurch wird eine mögliche Misserfolgsgruppe a priori liquidiert und qualitätsverbessernde Fehleranalysen sind kaum möglich, da es nur noch eine einzige (große) Erfolgsgruppe gibt. Damit fehlt aus Sicht der Qualitätssicherung ein wichtiger Kennparameter eines Prozesses, nämlich die Aussage, in welchem Anteil das Ziel nicht erreicht werden konnte. Mit einer einzigen Erfolgsgruppe und einer „Leeren Menge“ als Fehler-/Versagergruppe kann auch keine realistische Aussage über den Zielerreichungsgrad getroffen werden. Damit ist ein sinnvoller Ergebnis Binnen- und Außenvergleich nicht möglich. Auch eine Aufwandsanalyse, die eingesetzte Mittel zum erreichten Ergebnis (Ziel) ins Verhältnis setzt, wird damit hinfällig.

Zudem besteht bei zweizeitig angewandten Screening-Untersuchungen wie dem Barthel-Index das grundsätzliche Problem der „zielorientierten Ergebnismessung. Wird bei einem Untersuchungsverfahren, das die Alltagskompetenz erfassen soll, ein Ausgangs- mit einem End-Score verglichen, so gehen *alle* Veränderungen in diese Punktedifferenz mit gleicher Gewichtung ein. Auch (spontane) Verbesserungen von Parametern, die überhaupt nicht das Ziel therapeutischer Bemühungen waren, werden als Fortschritt der Rehabilitation gewertet. Der Rehabilitationserfolg sollte sinnvoller Weise jedoch nur an solchen Items gemessen werden, die mit den Rehabilitationszielen in unmittelbarer Beziehung stehen. Die anderen stellen gewissermaßen das "Hintergrundrauschen" dar, das durch den statistischen „Trend zur Mitte“ das Ergebnis verfälscht, wenn keine Gewichtung vorgenommen wird.

Der Versuch, ein Rehabilitationsergebnis durch Patientenbefragung („subjektiv“) und Beurteilung durch die Behandler („objektiv“) abzuschätzen, kann wenig befriedigen. Wenn Handlungsakteur und Bewerter identisch sind und Patienten zeit- und ortsnah noch in der Einrichtung durch Mitglieder des Rehabilitationsteams zum Ergebnis der Rehabilitation befragt werden, besteht die Gefahr einer Realitätsverzerrung. Die Wahrscheinlichkeit, durch das Abhängigkeitsgefälle eher positiv gefärbte Meinungsäußerungen zu erhalten, schmälert den Wert solcher Befragungen erheblich.

Die in GEMIDAS aufgenommenen funktionellen Testverfahren: Barthel-Index (BI), Timed-Up-and-Go-Test (TUG) und Mini-Mental-Test (MMSE) sind in ihrer Auswahl und Aussagekraft mit Einschränkung zu beurteilen. Alle Verfahren haben ihre Stärken (Praktikabilität, angemessener Zeitaufwand, delegierbar auf qualifiziertes Assistenzpersonal), aber auch unübersehbare Schwächen. Die Erhebung des Barthel-Index, zwischenzeitlich zum Standardrepertoire eines Rehabilitationsteams gehörend, erfolgt in der Praxis keineswegs einheitlich, was die Vergleichbarkeit einschränkt. Auch sind bei genauer Analyse der Datenlage Zweifel an der Validität und Reliabilität angebracht. Mini-Mental- und Timed-Up-and-Go-Test sind mit Einschränkungen verbunden, die ihren Einsatz für Zwecke der Qualitätssicherung relativieren. Völlig herausgenommen aus GEMIDAS sind weitergehende Angaben zur Art und Weise, wie die therapeutische Intervention erfolgt ist. Eine angemessene Aufwandsanalyse ist dadurch ebenso wenig möglich wie eine Antwort auf die Frage, welche Interventionsstrategie für ein bestimmtes Behandlungsszenario die erfolgreichste ist. Den Anwender schließlich unterstützt GEMIDAS bei der täglichen Routine wenig, da eine komfortable Arztbrief- oder Berichtserstellung direkt aus dem System heraus nicht

automatisch möglich ist. Andere Verfahren wie das in Bayern eingesetzte GiB-Dat beispielsweise leisten dies vorbildlich, was Akzeptanz und Motivation bei den Anwendern gewährleistet.

Durch seinen schmalen Bezug zur Pflege und die karge Realisierung der ICDH-Einbindung ist die „Reichweite“ von GEMIDAS sehr beschränkt. Von einem Instrument der Qualitätssicherung in der Geriatrie ist zu erwarten, dass es in die Pflege hinein reicht und die in beiden Bereichen bestehenden Probleme auch einheitlich beschreibt. Durch das Konzept der Behinderung und die damit verbundene mehrdimensionale Klassifizierung ist die ICDH geeignet [11], die Formulierung eines möglichen Reha-Zieles zu erleichtern. Sie kann als Bindeglied zwischen Pflege und geriatrischer Rehabilitation insbesondere in Konfliktfällen zur Klärung beitragen, etwa wenn es darum geht, ob bei einem bereits als pflegebedürftig eingestuften Patienten eine geriatrische Rehabilitation aussichtsreich ist oder nicht. Für die Bestimmung des Reha-Erfolges ist die Zuhilfenahme der ICDH allein nicht sinnvoll, da sie die Dynamik eines Reha-Prozesses nicht ausreichend beschreibt, sondern ihre Perspektive mehr bei der komplexen Beschreibung von Auswirkungen und Folgen von Ereignissen hat.

Als ein wichtiges Kriterium der Qualitätssicherung gilt nicht zuletzt, wie transparent und offen ein Prozess dargestellt und kommuniziert wird. Legt man diesen Maßstab bei den Administratoren von GEMIDAS zu Grunde, fällt die Bilanz ernüchternd aus. Trotz großer Anstrengungen war es nicht möglich, von den Entwicklern den aktuell verwendeten Datensatz oder Einblick in einen (anonymisierten) Quartalsreport zu erhalten.

Auch wenn mit GEMIDAS keine Aussagen zu Ergebnisqualität zu treffen sind, was von den Entwicklern von Anfang an auch nüchtern gesehen wurde, ist der Datensatz als Basisdokumentation geeignet, Hinweise zu Struktur- und Prozessqualität zu liefern [5, Anhang A, B]. GEMIDAS kann gut angeben, welche Patienten und Patientengruppen in einer Einrichtung behandelt wurden, wo sie herkamen, wie lange sie behandelt und wohin sie entlassen wurden. Eine Subgruppen-Analyse, kategorisiert nach Diagnosen und Fähigkeitsstörungen, ist ebenso möglich wie Angaben zur Altersverteilung und Hilfsmittelversorgung. GEMIDAS kann signifikant aufzeigen, wo und wie stark sich eine Einrichtung von anderen unterscheidet. Durch die Dokumentation von Wohnort, Zugangsart und Vorverweildauer sind prinzipiell nicht nur einrichtungsbezogene Auswertungen möglich, sondern auch strukturelle Aussagen auf regionaler Ebene denkbar, sofern die Daten des Zentralregisters zugänglich werden. Damit könnten GEMIDAS-Daten für die GKV interessante Hinweise liefern auf Probleme und Schwachstellen in der Fallsteuerung und in diesem Sinne die Funktion eines Screening-Instrumentes übernehmen.

Wirksamkeit und Qualität eines Verfahrens sind im medizinischen Bereich eng miteinander verflochten. Werden für die geriatrische Rehabilitation qualitätsverbessernde und –sichernde Maßnahmen diskutiert, ist auch die Frage betroffen, wie ihre Wirksamkeit zu beurteilen ist. Für die Einschätzung, wie effektiv eine Reha-Maßnahme tatsächlich ist, muss der Blick über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus auf den weiteren Verlauf gerichtet werden. Dass man mit den Nachbeobachtungen durch POST-GEMIDAS diesen Gedanken systematisch aufgegriffen hat, ist als positives und richtunggebendes Signal für die weiteren Qualitätsbemühungen in der Geriatrie zu verstehen.

Um in der Zukunft ernsthaft Qualitätssicherung zu betreiben, wird es allerdings unumgänglich sein, den geriatrischen Patienten und – hiervon abgegrenzt – den geriatrischen Reha-Patienten eindeutig und verbindlich zu beschreiben. Notwendig ist die Verständigung auf ein akzeptiertes Setting relevanter Qualitätsindikatoren, die operationalisierbar sein müssen und den Blick über die Geriatrie hinaus in die Pflege erlauben. Notwendig wird es auch sein, den Blick verstärkt auf die Art der therapeutischen Intervention zu richten. Zu diskutieren ist, ob bei der Anpassung der Assessment-Werkzeuge, die beim Wechsel von ICDH-1 auf ICDH-2 notwendig werden, nicht frühzeitig eine stärkere Differenzierung sinnvoll ist. Nicht ein Universalinstrument für alle Bereiche der Geriatrie, sondern abgestufte Anpassung – getrennte Assessmentinstrumente für unterschiedliche Bereiche und Zwecke: für das Screening, für den klinischen Alltag und für den Bereich der klinisch-geriatrischen Forschung. Die Erfahrungen von GEMIDAS können hier wertvolle Hilfestellung leisten.

## 2. Einleitung

### 2.1 Qualitätsbegriff und Qualitätssicherung

Qualität wird häufig erst bewusst, wenn sie abhanden gekommen oder nicht vorhanden ist. Auch ist die Versuchung groß, Qualität dadurch zu beschreiben, dass man sagt, was sie nicht ist, und mancher Qualitätsdefinition ist dies deutlich anzusehen.

Wohin es allerdings führt, einen allumfassenden Qualitätsbegriff zu kreieren, der das Wesentliche positiv ausdrücken soll, zeigt die Formulierung der DIN ISO 8402:

***„Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte eines Produktes oder einer Dienstleistung, bezüglich ihrer Eignung festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“***

Durch den hohen Abstraktionsgrad ist diese Definition bar jeden Realitätsbezugs. Sie erscheint wenig geeignet, die Kernfrage zu beantworten: „Was genau soll im konkreten Fall unter Qualität verstanden werden?“

Um die Güte einer Leistung, die in mehreren Dimensionen beurteilt werden kann, definitorisch zu fassen, werden üblicherweise verschiedene Indikatoren (Struktur, Prozess, Ergebnis) herangezogen. Dies ist in medizinischen Bereichen zum Teil problematisch, weil dort die Ergebnisqualität häufig nicht so einfach zu messen ist und – wie sich am Beispiel Pflege zeigt – in der Praxis Formalien der Struktur- und Prozessqualität dann kompensatorisch überbetont werden. Dies begünstigt die Tendenz zu immer weiterer, dichotomer Aufspaltung formaler Sachverhalte und damit die Bürokratisierung. Dadurch verliert ein Qualitätssicherungsinstrument nicht nur an Schärfe, sondern führt auch immer weiter weg vom Versicherten/Patienten. Ohne eine klare Ausrichtung auf Patient und Ergebnis aber bleiben zentrale Fragen der Qualitätssicherung zwangsläufig unbeantwortet. Es besteht dann die Gefahr, dass die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der konsequenten Weiterentwicklung des Qualitätsgedankens im Wege steht.

Ein Qualitätsmanagement hat zum Ziel, durch systematisches Messen und Bewerten von Qualitätsparametern zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gelangen. Wirklich brauchbar ist es dann, wenn es wiedergibt, wie die erbrachte Leistung beim Patienten/Versicherten tatsächlich ankommt.

Gelegentlich begegnet man der Meinung, Indikatoren der Ergebnisqualität könnten nicht entwickelt werden, weil die Realität zu komplex und der Aufwand für die Validierung zu hoch sei. Diese Argumentation führt letztlich zum Nihilismus in der Qualitätssicherung, fördert aber auch das andere Extrem: die Zahlengläubigkeit.

Im Kern bedeutet Qualität den Vergleich mindestens zweier Zustände an einem vereinfachten Wirklichkeitsmodell mit einer Rangordnung relevanter Eigenschaften. Der in der Medizin nicht selten anzutreffende Standpunkt, die Objekte der Beobachtung (z. B. Patienten) seien so verschieden wie individuell, so dass sie prinzipiell nicht miteinander vergleichbar wären, muss dann dazu führen, den

Gedanken an Qualität zu relativieren. Hält man Vergleiche am selben Objekt oder objektübergreifend für nicht zulässig, ist Qualitätssicherung nicht möglich.

Während bei der statistischen Qualitätssicherung, wie sie etwa im industriellen Produktionsbereich (unterstützt durch das DIN-ISO-Normwerk) angewandt wird, ein Differenzvergleich im Vordergrund steht, gehen TQM-/EFQM-basierte Systeme einen etwas anderen Weg. **Stati(sti)sche** Qualitätssicherung bedeutet den Vergleich mit einem Sollwert unter Beachtung festgelegter Toleranzen, ist also ergebnisorientiert. Die Frage: „Wie weit bin ich vom Ziel, vom Soll entfernt?“ steht ganz im Vordergrund. Den Blick auf sinnvolle Alternativen fördert sie nicht unbedingt, meist optimiert sie den Weg in die einmal eingeschlagene Richtung, selten den fälligen Richtungswechsel. TQM-/EFQM-Strategien hingegen betonen durch den Vergleich mit angepassten Modellkriterien viel stärker die Kundenorientierung. Hier steht die Frage: „Wie kann ich mich in Richtung Kundenwünsche verbessern?“ im Vordergrund. Dies kann dazu führen, auch durchrationalisierte Prozesse aufzugeben und durch andere, zwischenzeitlich bessere zu ersetzen.

## 2.2 Qualitätsbeschreibung eines Prozesses

Für die generelle Qualitätsbeurteilung eines Prozesses sind im Wesentlichen folgende Faktoren bzw. Qualitätsindikatoren von Bedeutung:

- Nutzen/Vorteil
- Leistungs-/Ergebnis-**Binnen**vergleich
  - Fehler-/Versager-Quote (*negatives* Ergebnis)
  - Größe der Erfolgsgruppe: Erfolgsquote (*positives* Ergebnis)
  - Grad der Zielannäherung in der Erfolgsgruppe
  - Vergleich der eigenen Leistung, zu verschiedenen Zeiten
- Leistungs-/Ergebnis-**Außen**vergleich
  - Abschneiden im Vergleich zu Mitbewerbern/Konkurrenten
  - Abschneiden im Vergleich zu alternativen Verfahren
- Aufwandsanalyse (Eigen- und Fremdvergleich)

Um überhaupt von Qualität sprechen zu können, muss als Grundbedingung erfüllt sein, dass durch den Prozess ein Nutzen/Vorteil entsteht. Die Qualität völlig nutzloser Prozesse zu bestimmen oder zu verbessern ist nicht sinnvoll. Im medizinisch-technischen Komplex wird die Frage, ob ein Prozess im Endergebnis zu einem Nutzen/Vorteil führt, häufig schnell bejaht, ohne zu fragen, **für wen** ein Nutzen entsteht. Wichtig, aber nicht allein ausschlaggebend, ist der Nutzen für den Patienten. Mit zu berücksichtigen ist jedoch auch der Nutzen für die Solidargemeinschaft, der nicht zuletzt von gesellschaftlichen und politischen Wertungen abhängig ist. Welcher Vorteil durch den Prozess einem Leistungsanbieter/Leistungserbringer entsteht, ist unter dem Aspekt der Qualitätsbeurteilung nicht von entscheidender Bedeutung.

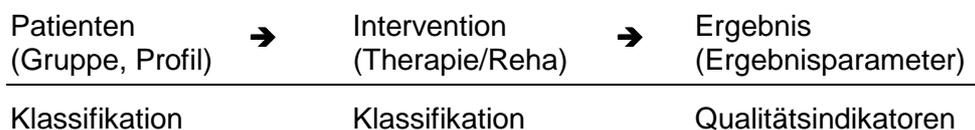
In einer technischen Sprache würde man formulieren, dass ein Prozess dann ein qualitativ hohes Niveau aufweist, wenn sein Ergebnis unter angemessenem Aufwand zu einem Nutzen/Vorteil führt, die Sollabweichung innerhalb eines Toleranzbereiches möglichst gering ist und das Ganze bei einer möglichst kleinen Fehler- bzw. Ausschussquote abläuft. Von wesentlicher Bedeutung für die Beurteilung ist hier das Benchmarking, d. h. das Abschneiden im Vergleich zu anderen Marktanbietern und Verfahren, die das gleiche Ziel verfolgen.

Was für produktorientierte Prozesse noch relativ einfach zu umschreiben ist, da hier meist exakt gemessen werden kann, macht im Bereich von Service- bzw. Dienstleistungen mehr Probleme. Die oben genannten Qualitätsindikatoren müssen so konkret operationalisiert werden, dass sie (im optimalen Fall) einer Messung oder (häufig ausreichend) zumindest einem Rangvergleich zugänglich werden. Für diagnostische wie auch therapeutische Prozesse wird durch die genannten Qualitätsindikatoren der gemeinsame Schnittbereich zwischen **Wirksamkeit** und **Qualität** eines Verfahrens deutlich. Aus dieser engen Verknüpfung ergibt sich eine sehr direkte Beziehung zwischen Qualitätssicherung und Evidenz-basierter Medizin.

## 2.3 Situation in der Geriatrie

### 2.3.1 Einflussvariablen der geriatrischen Intervention

Qualitätssicherung in der Geriatrie bedeutet die Kontrolle von Einflussvariablen des folgenden Prozesses:



Bei einer Anzahl von Patienten wird (diagnostisch oder therapeutisch) interveniert, was zu einem bestimmten Ergebnis führt. Einflussvariablen sind hierbei nicht nur die Patienten selbst und die Intervention, sondern auch die Art und Weise, wie das Ergebnis gemessen wird.

Um Vergleichbarkeit zu gewährleisten, muss für alle drei Einflussvariablen eine geeignete Graduierung und Rasterung entwickelt und diese einheitlich angewandt werden. In ähnlich komplexen Bereichen wie der Pflege etwa sind vergleichbare Anstrengungen durchaus erfolgreich. Beispielhaft sei die sog. OMAHA-Klassifikation [10] angeführt, die nicht nur eine geeignete Ergebnisbewertungs-Skala und eine Taxonomie der Pflegeinterventionen enthält, sondern auch auf Patientenseite ein sinnvolles Klassifikationssystem etabliert. Dies ist zwar sicherlich nicht eins zu eins auf die Geriatrie übertragbar, aber die Art der Vorgehensweise, hier nicht durch Qualitätssicherung induziert, erscheint beispielhaft.

Therapieseitig wird gegenwärtig in der geriatrischen Rehabilitation allenfalls Art und Zahl der Intervention dokumentiert. Für die Beurteilung, welche

Behandlungs-Varianten die besten sind (Best Practice), ist es erforderlich anzugeben:

- Interventionsart (z.B. Krankengymnastik)
- Intensität der Intervention (Grad der Beanspruchung)
- Interventionsdichte (Intervall- vs. kontinuierliche Beanspruchung)
- Interventionsdauer (Dauer einer Einheit)
- Interventionshäufigkeit (Zahl der Einheiten pro Woche)
- Interventionsumfang (Gesamtzahl der Einheiten pro Serie)

Um Missverständnissen vorzubeugen: Eine solche Klassifikation mit ihrer differenzierten Unterteilung von Interventionsmaßnahmen ist nicht als Forderungskatalog an Einrichtungen zu verstehen, die geriatrische Rehabilitation betreiben. Sie ist gedacht für wissenschaftlich ausgerichtete „Zentren“, die systematisch an der Evaluierung von Einflussparametern in der Geriatrie arbeiten. In den Reihen der Geriatrie wird diese Anforderung zwischenzeitlich durchaus diskutiert (Pientka, Bochum). Dass eine solche Evaluierung erfolgreich in anderen Bereichen der Medizin geschieht, die ebenfalls für sich in Anspruch nehmen, mit hochkomplexen Methoden an teilweise sehr problematischen Patienten und Probanden zu arbeiten (z.B. Behindertenarbeit und –sport, Pflege), relativiert die von der Geriatrie immer wieder reklamierte Sonderstellung. Das Muster der Fähigkeitsstörungen zusammen mit Art und Weise der erfolgten Intervention müssen zukünftig systematisch erfasst werden, soll die Evaluierung von Rehabilitationsprozessen wirklich gelingen.

### 2.3.2 Geriatrischer Patient: Multimorbidität

Gegenwärtig existiert kein Konsens darüber, wie ein geriatrischer Patient exakt zu beschreiben ist. Auch der Begriff „Multimorbidität“, zur Abgrenzung eingeführt, wird unterschiedlich definiert und zeigt lediglich die Verlagerung der Diskussionsebene, wenn in substanziellen Fragen kein Konsens besteht.

Unabhängig von der Definition des geriatrischen Patienten bleibt abzugrenzen, welche Patientengruppe für eine geriatrische *Rehabilitation* in Frage kommt. Nicht jeder geriatrische Patient ist automatisch auch ein geriatrischer Reha-Patient.

Für die Geriatrie bedeutet dies, dass bereits die Ausgangsmenge (geriatrischer Patient und hiervon abgegrenzt geriatrischer Reha-Patient) nicht exakt definiert ist. Wenn in einem Prozess wie der geriatrischen Rehabilitation schon die Anfangsbedingungen unklar sind und nicht ausgeschlossen werden kann, dass „grundmengenfremde Elemente“ in größerer Zahl einbezogen werden, ist der Qualitätsgrundsatz verletzt, dass das Prozessergebnis zu einem Nutzen/Vorteil führen muss. Mag sein, dass Patienten, die irrtümlich einer geriatrischen Rehabilitation unterzogen werden, dies für sich selbst als Nutzen/Vorteil empfinden. Für die Solidargemeinschaft jedoch entsteht ein Schaden, wenn Versorgungswege systematisch falsch eingeschlagen werden.

### 2.3.3 Qualität und Qualitätsindikatoren

Was soll in der Geriatrie unter Qualität verstanden werden?

Selbst dann, wenn die Ausgangsmenge für den Prozess geriatrische Rehabilitation exakt definiert wäre, könnte diese Frage gegenwärtig nur eingeschränkt beantwortet werden, da Qualitätsindikatoren bzw. ein Indikatoren-Set für die Geriatrie derzeit nicht einheitlich, geschweige denn verbindlich definiert sind. Es ist nicht damit getan, einfach zu messen, was gemessen werden kann. Davor sollte die Frage stehen, ob das, was gemessen werden soll, geeignet ist, die Frage nach Qualität zu beantworten, und ob der verwendete Maßstab der richtige ist. Entscheidend ist, die richtigen (validen) Beschreibungsparameter zu entwickeln und diese möglichst genau (reliabel) zu messen, wo dies möglich ist. Sind Parameter zahlenmäßig nicht exakt zu erfassen, was sicherlich häufig der Fall sein dürfte, so sollte unter Qualitätssicherungsaspekten wenigstens ein Rangvergleich auf der gewählten Merkmalskala möglich sein.

Multidimensionale geriatrische Assessments, wie sie in vielen Varianten Verwendung finden, wurden primär nicht mit dem Ziel entwickelt, Qualitätssicherung bei akut-geriatrischer Behandlung oder geriatrischer Rehabilitation damit zu betreiben. Zwar sind die meisten, in Assessments verwendeten funktionellen Tests ordinal oder metrisch skaliert, jedoch sind sie nicht alle gleichermaßen für Zwecke der Qualitätssicherung geeignet. Für ein künftiges Qualitätsmanagement in der Geriatrie bedeutet dies zunächst die Entwicklung und Verständigung auf ein relevantes Indikatoren-Set.

## 2.4 Rahmen für eine Qualitätsbeurteilung

### 2.4.1 Theoretischer Rahmen: 10 Fragen zur Qualitätssicherung

Grundsätzlich lassen sich an jeden Prozess, der von wirksamen Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet sein soll, Anforderungen stellen, die erfüllt sein sollten, wenn von Qualitätssicherung im eigentlichen Sinne gesprochen wird. Ein Beobachter/Beurteiler/Auditor sollte durch die Anwendung eines QS-Instrumentes Antwort auf folgenden Fragen erhalten:

**1. Ziele:** Sind die Ziele eines Prozesses **angemessen**?

- Ist damit ein Nutzen verbunden (für wen)?
- Besteht hierfür gegenwärtig/zukünftig ein Bedarf?

**2. Ziele:** Sind die Ziele eines Prozesses **relevant**?

- Sind diese Ziele (mit vertretbarem Aufwand) erreichbar?
- Gibt es hierzu besser geeignete Verfahren?

- 3. Gesamtkollektiv, Kapazität:** Wie groß ist die Anzahl der Objekte/Elemente, die innerhalb einer Beobachtungsperiode dem Prozess unterworfen wurden (Produktions-, Stückzahl, Gesamt-Patientenzahl)?
- 4. Anteile:** Wie hoch ist der Anteil der Objekte/Elemente, bei denen die vorgegebene Zielsetzung mit dem angewandten Verfahren innerhalb der Beobachtungsperiode
- erreicht wurde (Anteil innerhalb der Toleranz: Erfolgsquote)
  - nicht erreicht wurde (Versager-/Fehler-/Ausschussquote)
- 5. Fehlergruppe:** Welches sind die Fehlerursachen (Objekt-/Prozessursachen) und wie verteilen sich die Objekte/Elemente anteilmäßig?
- 6. Erfolgsgruppe:** In welchem Grad/Ausmaß wurden diese Ziele innerhalb der Gruppe, die den Prozess erfolgreich durchlaufen hat, erreicht (mittlere Sollabweichung)?
- 7. Aufwand:** Mit welchem Einsatz (Material, Personal) und in welcher Zeit wurde das festgestellte Ergebnis erzielt (Erfolgs- und Versagergruppe)?
- Prozessaufwand
  - Begleitaufwand
  - Folgeaufwand
- 8. Ergebnis-Binnenvergleich:** Wie ist dieser eigene Zielerreichungsgrad zu bewerten (Erfolgs- und Versagergruppe)
- Im Verhältnis zum Gesamtaufwand
  - Im Vergleich zur eigenen Leistung zu anderen Zeitpunkten?
- 9. Ergebnis-Außenvergleich:** Wie ist dieser Zielerreichungsgrad im Fremdvergleich zu bewerten (Erfolgsgruppe)
- Im Verhältnis zur Leistung anderer Mitanbieter?
  - Im Verhältnis zu alternativen Verfahren?
- 10. Selbstreflexion:** Wie transparent und nachvollziehbar ist der Prozess für die Mitarbeiter als Verfahren implementiert, dokumentiert und kommuniziert?

## 2.4.2 Bedingungen für die Reha-Ziel-Formulierung

Bedingung für eine geriatrische Rehabilitation ist, dass Rehabilitations-Bedürftigkeit, -Fähigkeit und eine positive Rehabilitations-Prognose gegeben sind. Durch ein Instrument der Qualitätssicherung müssen diese Parameter auswertbar abgebildet werden.

Als sinnvolles Hilfsmittel der Beschreibung, das sich nicht allein auf isolierte Deskription gesundheitlicher Störungsparameter beschränkt, hat sich hier das Behinderungskonzept der ICDH bewährt. Konkret beinhaltet dies für die Reha-Ziel-Beschreibung (in der Nomenklatur von ICDH-1 und ICDH-2), dass

- Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (i.S. der ICDH-1)
- ihre Ausprägung **vor** und **nach** Rehabilitation
- ihre Alltagsrelevanz sowie
- der soziale Kontext

dargestellt sein müssen. Aktivitätsbeeinträchtigungen (i.S. der ICDH-2), die bereits vor der Rehabilitation und ggf. vor einem Akutereignis bestanden haben, müssen ebenso erkennbar sein wie ihre Bewertung im Hinblick auf die Fähigkeit zur Selbstversorgung und Partizipation (i.S. der ICDH-2).

## 2.4.3 Unterstützungsfunktion eines QS-Instrumentes

Ein Qualitätssicherungsinstrument, das unpraktikabel ist, wird zum Scheitern des Qualitätssicherungsgedankens führen. Für die Akzeptanz entscheidend ist, dass ein solches Qualitätssicherungsinstrument nicht für andere Zwecke „missbraucht“ wird und dass es anfallende Routinearbeiten soweit als möglich unterstützt. Da wenigstens drei Prozessparameter (Soll-Anforderung, erbrachter Aufwand, Ergebnis) trennscharf und präzise wiedergegeben werden müssen, besteht die Gefahr, dass ein QS-Instrument auf Seiten der Leistungsdokumentation schwerlastig oder zum Assessment-Ersatz zweckentfremdet wird.

Als konkretes Anforderungsprofil an ein Instrument der Qualitätssicherung in der Geriatrie, insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation, kann formuliert werden, dass es

- Organisationsabläufe (z.B. Indikationsstellung, Arztbrief-erstellung, Planung, Hilfsmittelverordnung etc.) unterstützen
- Therapiezielfindung und -darstellung erleichtern
- Transparenz für die Anwender schaffen
- eine einheitliche Umsetzung erlauben
- die Evaluation ermöglichen

soll.

## 3. GEMIDAS als Instrument externer Qualitätssicherung

### 3.1 Beschreibung

#### 3.1.1 Historie, Ziel, Anpassungen im Zeitverlauf

Die Pflicht zur Qualitätssicherung ist für Ärzte seit 1988 berufsrechtlich festgeschrieben und seit 1992 durch das Gesundheitsstrukturgesetz und das SGB V (§§ 135 – 137) gesetzlich geregelt. Auch eine Vielzahl von Gremien der Selbstverwaltung und Landesorganisationen sahen sich in der jüngeren Vergangenheit veranlasst, durch entsprechende Memoranden und Leittritte den Gedanken der Qualitätssicherung zu verankern.

Eine wesentliche Triebkraft für dieses verstärkte Interesse an Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement resultierte aus den knapper werdenden finanziellen Mitteln im Gesundheitswesen und insbesondere aus der Kritik an der geriatrischen Rehabilitation. Man versprach und verspricht sich von durchgeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung eine Rechtfertigung für die Ausgabe enormer Mittel. Ob diese Motivation geeignet ist, die Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsgedankens ausreichend zu fördern, wird auch innerhalb der Geriatrie kritisch diskutiert (Heiß, ZGGF). Tatsache ist die enge Verknüpfung knapper finanzieller Ressourcen mit Qualitätssicherung, die in der Geriatrie (und auch anderen Bereichen der Medizin) nicht primär von innen heraus als Handlungsimperativ entwickelt wurde, sondern reaktiv.

Das Geriatrische Minimum Data Set wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft klinisch-geriatrische Einrichtungen e. V. (BAG) als ein mögliches Instrument der Qualitätssicherung entwickelt und vorgestellt. Nach erfolgreicher Testung und Pilotierung in 23 geriatrischen Einrichtungen erging 1997 das Angebot an alle Mitglieder der BAG, GEMIDAS einzusetzen. Bedingt durch gesetzliche Änderungen und Erfahrungen mit dem Instrument, erfolgten im Laufe der Zeit Anpassungen und Erweiterungen des ursprünglichen Datensatzes. So finden sich in der aktuellen Version beispielsweise neu aufgenommenen Fragen zur Depression, zu Dekubitus, peripherer AVK und Pflegestufe (SGB XI), die im Ursprungsdatensatz nicht enthalten waren. Angemerkt werden sollte aus prinzipiellen Gründen, dass der Vergleich mit früheren Statusberichten eingeschränkt wird, wenn das Erhebungsinstrument im Zeitverlauf geändert wird.

Der praktische Einsatz von GEMIDAS sieht vor, dass die Datensätze mit Hilfe einer speziell entwickelten Software unter Microsoft WINDOWS erfaßt und alle drei Monate per Diskette zur Auswertung an die zentrale Datenerfassungsstelle (Geriatriezentrum des Evangelischen Krankenhauses in Berlin) übersandt werden. Dort erfolgt Detailauswertung der Daten, die Reportgenerierung und das Benchmarking. Alle Daten werden anonymisiert in einem Zentralregister in Berlin gespeichert.

### 3.1.2 Inhalte und Struktur

Der GEMIDAS-Referenzdatensatz ist im Kern in sechs große Kategorien unterteilbar:

1. Patienten-Basisdaten (Alter, Geschlecht, u. a.)
2. Formale Behandlungsdaten (Aufnahme-, Entlassdatum, Reha-Ergebnis)
3. Differenzierung der Diagnosen
4. Pflegestufe nach SGB XI (nicht im Datensatz von 1997)
5. Hilfsmittelverordnung
6. Funktionelle Testverfahren (Barthel, MMSE, TUG)

Angaben zur PPR (Pflegepersonalregelung) sind optional noch enthalten, aufgrund geänderter Rahmenbedingungen jedoch ohne praktische Relevanz.

Der ursprünglich publizierte Datensatz und eine aktuell eingesetzte Version sind als Anhang A und B beigefügt. Ein großes geriatrisches Zentrum in Baden-Württemberg, das wegen einer aktuellen Version des Datensatzes angefragt wurde, übersandte ebenfalls nur den erstveröffentlichten alten Datenkranz und keine Update-Version.

Auffälligstes Merkmal des abgefragten Datenbestandes unter Qualitätssicherungs-Gesichtspunkten ist, dass an keiner Stelle ein Behandlungs-/Reha-Ziel formuliert bzw. abgebildet wird. Dies ist ein schwerwiegendes Konstruktionsdefizit mit entscheidenden Folgen für die Gesamtbeurteilung. Zur Versorgung mit Hilfsmitteln wird nicht dokumentiert, welche bereits vorhanden sind und tatsächlich benutzt werden. Erfasst werden lediglich die neu verordneten Hilfsmittel. Bei der Diagnosedifferenzierung ist eine relativ grobe Graduierung vorgegeben, was bei einigen Items wie etwa der Frage nach OS-/US-Amputation, Magensonde, PEG und Blasenkatheter wenig sinnvoll erscheint. Möglicherweise ist der inoffiziell zur Verfügung gestellte aktuelle Datensatz (trotz mehrfacher Anfrage bei den Entwicklern nicht zur Verfügung gestellt) an dieser Stelle fehlerhaft.

Festgehalten wird sowohl, wie die Behandler das Rehabilitationsergebnis einschätzen (im GEMIDAS-Bogen als „objektiv“ bezeichnet), als auch wie die Patienten dies beurteilen (im GEMIDAS-Bogen: „subjektiv“). Die Patientenbefragung erfolgt zeitnah am Ende der Rehabilitation noch in der Einrichtung durch das Team/die Behandler.

### 3.1.3 Verbreitung

GEMIDAS setzten Ende des Jahres 1999 insgesamt 68 Einrichtungen zur Dokumentation von Behandlungsverläufen ein. In das Berliner Zentralregister waren zu diesem Zeitpunkt 69 508 Datensätze aus dem vollstationären Bereich und 7 286 teilstationäre Behandlungsfälle übernommen. Mit Stand vom März 2000 sind bis auf Bremen und Sachsen alle Bundesländer mit mindestens einer Einrichtung am GEMIDAS-Projekt beteiligt. Hessen ist das erste Bundesland, das mit dem flächendeckenden Einsatz von GEMIDAS an einem landesweiten Qualitätssicherungsprogramm teilnimmt. Hierzu wurde zwischen der BAG und der „Geschäftsstelle Qualitätssicherung in Hessen“ (GQH) ein Kooperationsvertrag geschlossen, der eine Kompetenzaufteilung in der Form vorsieht, dass die BAG Auswertung und weitere Software-Entwicklung übernimmt, während die GQH sich um die finanziellen Aspekte der GEMIDAS-Teilnahme kümmert.

### 3.1.4 Kosten für die Anwender

Einrichtungen, die sich entschließen, mit GEMIDAS zu arbeiten, entrichten mit der Anmeldung eine einmalige Nutzungsgebühr in Höhe von 500 DM (Mitglieder der BAG) bzw. 1 000 DM (Nicht-Mitglieder). Für jede erstellte Quartalsstatistik fallen jeweils weitere 150 DM an Kosten pro Report an. Mit erfolgter Anmeldung werden der Erfassungsbogen, ein detailliertes Datenhandbuch sowie das zugehörige Computerprogramm auf Diskette bereitgestellt.

## 3.2 Vorgehensweise bei der Bewertung

Die Spitzenverbände als Auftraggeber der GEMIDAS-Bewertung regten an, die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Thematik nicht allein auf der Grundlage publizierter Literatur zu suchen, sondern zusätzlich über den persönlichen Kontakt fachliche Informationen mit den Autoren/Betreuern des Verfahrens auszutauschen. Ausdrücklich anzustreben war, auch bewussten Nichtanwendern von GEMIDAS unter den BAG-Mitgliedern Gehör zu verschaffen.

Um den Gesamtaufwand in vertretbaren Grenzen zu halten, wurde innerhalb der MDK-Gemeinschaft eine mit allen relevanten Professionen (Klinische Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Chirurgische Fächer, Physikalische und Rehabilitative Medizin) ausgewogen besetzte temporäre Arbeitsgruppe rekrutiert, wo die aus fachlicher Sicht anstehenden Fragen rasch geklärt werden konnten. Im Rahmen eines einmaligen persönlichen Treffens aller Teilnehmer wurde die Gesamtdiktion festgelegt, die Feinabstimmung erfolgte über telefonischen bzw. schriftlichen Kontakt (Review). Eine Bewertung der relevanten Literatur zu GEMIDAS unter biometrischen Gesichtspunkten nahm Herr Prof. Windeler (Fachbereich Evidenz-basierte Medizin beim MDS) vor (Anhang H).

Der angeregte fachliche Austausch mit Autoren, Anwendern und Nichtanwendern von GEMIDAS erfolgte anhand eines eigens entwickelten, strukturierten Leitfadens in Form offener Interviews. Die Ergebnisse dieser Befragung wurden nach einem einheitlichen Schema protokolliert und schriftlich zusammengeführt. Mit dieser standardisierten Vorgehensweise war es möglich, ein konsistentes Bild über GEMIDAS in den einzelnen Gruppen zu gewinnen.

### 3.3 GEMIDAS: Bewertung und Kritik

#### 3.3.1 Transparenz und Kommunikation als Qualitätsindikator

Qualität kann nicht verordnet werden. Sie kann sich nur dort entwickeln, wo eine offene Kultur des Gedanken- und Erfahrungsaustausches zugelassen wird und auch genügend Zeit zur Selbstreflexion zur Verfügung steht. Ausdruck dieser Kultur ist, wie offen und transparent Anstrengungen zu Qualitätsverbesserungen nach außen kommuniziert werden. Dieses Element der Offenheit und Transparenz im Umgang mit anderen wird in nahezu allen TQM-/EFQM-basierten Systemen als unverzichtbarer Bestandteil und Qualitätsindikator der eigenen Art gesehen.

Legt man diesen Maßstab bei Entwicklern und Administratoren von GEMIDAS zu Grunde, fällt die Bilanz mehr als ernüchternd aus. Trotz etlicher telefonischer Anfragen, einer schriftlichen Bitte mit der Erklärung, ggf. anfallende Kosten zu übernehmen, und eines persönlichen Besuches in Berlin war es nicht möglich, von den Entwicklern den aktuell Verwendung findenden Datensatz oder Einsicht in einen (anonymisierten) Quartalsreport zu erhalten. Dass das aktuelle Update ebenso wie ein anonymisierter Vierteljahresbericht dennoch eingesehen werden konnte, ist persönlichen und mehr inoffiziellen Kontakten zu GEMIDAS-Anwendern zu verdanken und nicht Ausdruck eines offenen Klimas vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den Entwicklern.

Die Atmosphäre bei den Interviews dagegen, die mit den Anwendern von GEMIDAS geführt wurden, war geprägt von freundlicher Kooperation und dem Bemühen, in der Sache selbst weiterzukommen. Dass sich hier ein fruchtbarer fachlicher Gedankenaustausch ergab, wurde von allen Seiten begrüßt.

#### 3.3.2 Vergleich mit dem Anforderungsrahmen

Qualitätssicherung sollte, unabhängig davon, welchen Prozess sie begleitet, im Kern Antwort geben auf die „10 Fragen zur Qualitätssicherung“, die als theoretischer Anforderungsrahmen skizziert wurden. Was leistet GEMIDAS gemessen an diesen Prüfbedingungen?

Entscheidendes Manko und konstruktionsbedingte Schwachstelle von GEMIDAS ist die fehlende Bestimmung eines konkreten Reha-Ziels. Stattdessen werden zahlenmäßige Veränderungen von Testergebnissen, die sich aus der Differenz: Beginn – Ende der Behandlung ergeben, als Maß für ein Behandlungsergebnis definiert. Nirgendwo ist angegeben

was genau bei dem Patienten durch Rehabilitation erreicht werden soll. Mehr oder minder zufällig entstehende Score-Schwankungen können so einen Behandlungserfolg vortäuschen, wo effektiv keiner gegeben ist. Wenn also ein Ziel nicht dokumentiert wird, kann (und braucht) man auch keine Angabe darüber machen, ob es durch den Prozess der Rehabilitation erreicht oder verfehlt wurde. Eine Erfolgs- oder Fortschrittskontrolle ist damit hinfällig und die zentrale Frage der Qualitätssicherung: „Wie gut ist mein Ergebnis?“ nicht beantwortbar. Ohne Zielangabe kein Qualitätsvergleich, kein sinnvolles Ergebnis. Die als Ersatz vorgenommene „Barthel-Arithmetik“ ist wenig geeignet, über Erfolg oder Misserfolg einer Rehabilitation valide Aussagen zu treffen.

Wohin führt der Weg, Score-Differenzen anstelle eines aussagekräftigen Reha-Ziels zu betrachten? Score-Differenzen können beliebig klein betrachtet werden, und jede positive Differenz ist nach dieser Philosophie ein Erfolg. In der Konsequenz bedeutet dies, dass es nur noch eine (große) Erfolgsgruppe in der weiteren Anschauung gibt. Damit sind aber die beiden Kennparameter eines Prozesses, nämlich der Anteil bzw. die Größe der Erfolgs- und der Versager- bzw. Fehlergruppe, nicht reell bestimmbar. Wenn eine Gruppe (die Versagergruppe) per definitionem als „Leere Menge“ ausgeschlossen wird, ist eine Qualitätssicherung unter diesem methodischen Ansatz nicht möglich.

Damit brechen auch die weiteren Stützpfeiler einer sinnvollen Qualitätssicherung weg: Wenn eine Misserfolgsgruppe nicht beschrieben werden kann, erübrigt sich eine systematische Fehleranalyse. Ohne Erfolgsgruppe mit klar vorgegebenem Ziel kann keine Aussage über den Zielerreichungsgrad getroffen werden. Und damit ist auch ein sinnvoller Ergebnis-Binnen- und Außenvergleich nicht möglich. Ebenso fragwürdig und an Patientenbedürfnissen vorbei wäre allerdings die Forderung, zu Beginn der Behandlung als Ziel anzugeben, um wie viele Punkte der Ausgangsscore durch Rehabilitation gesteigert werden soll.

Auch die Aufwandsanalyse wird so zum isolierten Glied einer gerissenen Kette. Was nützt die Angabe eines Aufwandes, der nicht zum erreichten Ergebnis (Ziel) ins Verhältnis gesetzt werden kann?

Wozu GEMIDAS einlädt, ist das Heranziehen von Surrogatparametern wie Barthel-Index zur vermeintlichen Erfolgsbeurteilung der Rehabilitation. Berücksichtigt man, dass von Entwicklern und Anwendern gleichermaßen immer wieder betont wird, GEMIDAS sei ein „Minimum Data Set“ und eben bewusst schmal gehalten, bleibt als Folgerung eigentlich nur, dass sich das Attribut „Minimum“ und der Anspruch, Qualitätssicherung zu betreiben, in dieser Form nicht in Einklang bringen lassen. GEMIDAS, ergänzt um Angaben zum Reha-Ziel und der durchgeführten Therapie, wäre durchaus für Zwecke der Qualitätssicherung einsetzbar, ohne den Charakter eines Minimum Data Sets zu verlieren. Im Gegenzug könnten Teile wie die nicht mehr aktuelle PPR (Pflegepersonalregelung) ersatzlos gestrichen werden.

GEMIDAS im vorliegenden Setting kann angeben, welche Patientengruppen behandelt wurden, wo sie her kamen, wie lange sie behandelt und wohin sie entlassen wurden. In den Quartalsberichten an die Teilnehmer finden sich umfangreiche Angaben zur Dokumentationsqualität, in wie viel Prozent der Datensätze Angaben fehlten etc. Dies alles ist sicherlich wichtig. Von der Vollständigkeit der Datenerhebung jedoch auf die Behandlungsqualität zu schließen, wie die GEMIDAS-Entwickler dies tun [4], ist abenteuerlich. GEMIDAS kann nicht aussagen, wie gut oder wie schlecht Patienten rehabilitiert wurden.

### 3.3.3 Assessmentverfahren und funktionelle Tests

Die Bezeichnung „multidimensionales geriatrisches Assessment“ steht nicht für ein Instrument oder ein Werkzeug, sondern charakterisiert einen diagnostischen Prozess. Es ist eng verknüpft mit dem „biopsychosozialen Kompetenzmodell“ der Geriatrie, das eine ganzheitliche Sicht anstrebt und sich deutlich vom Defizit- bzw. „Disuse-Modell“ anderer Medizinbereiche abhebt. Bestandteile eines solchen Assessments sind nicht nur funktionelle Tests, die als Planungsgrundlage die weitere Behandlung und Betreuung des Patienten organisieren helfen, sondern auch die systematische und vollständige Erfassung psychosozialer Probleme und Ressourcen. Ein Assessment soll möglichst konkret beschreiben, welches Behandlungs-/Betreuungsziel (unter Berücksichtigung dessen, was der Patient noch kann) realistisch erreichbar ist.

Für ein Qualitätssicherungsinstrument gilt die Forderung, eben dies in Grundzügen abzubilden. Daraus folgt auch: Ein QS-Instrument ist kein Assessment(ersatz)!

Das geriatrische Minimum Data Set mit seinem sehr schmalen Auszug funktioneller Testergebnisse leistet dies nur beschränkt. Es gibt an keiner Stelle wieder, was als Behandlungsziel für realistisch erreichbar gehalten wurde und dokumentiert weder die Ressourcen noch den psychosozialen Kontext. Gegenüber dem ursprünglichen Datensatz finden sich in der aktuellen Version zwar Items zu Depression und Demenz wieder, jedoch in einem sehr groben und einfachen Abfrageraster. Allein die geringe Anzahl Fragen zum psychosozialen Kontext lassen das geriatrische Minimum Data Set als doch einseitig somatisch orientiert erscheinen.

#### 3.3.3.1 Auswahl der funktionellen Testverfahren

In GEMIDAS aufgenommen wurden neben dem Barthel-Index (ADL: Selbstversorgungsfähigkeit) der Timed-Up-and-Go-Test (Mobilität) sowie der Mini-Mental-Test nach Folstein (Screening auf Vorliegen einer Demenz).

Alle Verfahren haben ihre Stärken (Praktikabilität, angemessener Zeitaufwand, auf qualifiziertes Assistenzpersonal delegierbar), aber auch unübersehbare Schwächen, die jedoch prinzipiell nicht GEMIDAS angelastet werden können. Es gibt in der Geriatrie (gegenwärtig) keine Assessmentinstrumente, deren Validität und Reliabilität zuverlässig nach allen Seiten durch Studien abgesichert ist. In GEMIDAS ( Betonung auf Minimum) wird verwendet, was es gibt und was sich als praktikabel erwiesen hat. Allerdings muss die Frage gestellt werden, ob gerade diese Auswahl an funktionellen Testverfahren für die Belange der angestrebten Qualitätssicherung eine ausreichende Lösung darstellt.

Von Gegnern und Nichtanwendern des GEMIDAS-Verfahrens wurde bei den Interviews als eine Begründung für die Ablehnung immer wieder angeführt, GEMIDAS sei „Barthel-Index-lastig“. Mit dieser verkürzten Ausdrucksweise wird ein ganzes Bündel kritischer Argumente gegen den Barthel-Index markant zusammengefasst. Dahinter steckt das Unbehagen, dass sich in der

Realität der Barthel-Index in immer stärkerem Maße zu einem „kontinuierlichen Kontrollparameter geriatrischer Behandlungsverläufe“ (Lübke, Albertinenhaus Hamburg) entwickelt habe. Als zunehmend beklemmend wird die Situation auch deshalb empfunden, weil dieser Überhöhung des Barthel-Index in den Rang einer „Qualitätskennzahl“ auf der praktischen Seite eine zunehmende Simplifizierung des Instrumentes gegenübersteht. Der als „Hamburger Manual“ bekannte Versuch, dieser Tendenz durch sinnvolle Vorgaben der Standardisierung Einhalt zu gebieten, könnte diese Entwicklung aufhalten, sofern diese Ideen Akzeptanz und Verbreitung finden.

Die Probleme, die sich bei der praktischen Anwendung des Barthel-Index ergeben, sollen an einigen wenigen konkreten Beispielen erläutert werden.

GEMIDAS in seiner Ursprungsversion sieht vor, dass der Barthel-Index am Tag der Aufnahme erhoben und dokumentiert wird. Gerade viele ältere, geriatrische Patienten werden aber durch den verlegungsbedingten Umgebungswechsel in ihrer Orientierung gestört und infolge der damit verbundenen Anstrengungen in ihrer körperlichen Aktivität eingeschränkt. Dies äußert sich dann selbstverständlich in einem niedrigeren Barthel-Index, wenn er – wie vorgegeben – gleich zu Anfang erhoben wird. Viele Einrichtungen sind aus diesem Grunde dazu übergegangen, den Barthel-Index nicht mehr in den ersten zwei bis drei Tagen zu erheben, sondern später. Von Einheitlichkeit der Vorgehensweise kann hier in der Realität keineswegs die Rede sein. Auch die in der Praxis zu beobachtende Variation und Interpretationsvielfalt in den konkreten Ausführungsanleitungen zur Aufnahme des Barthel-Index begründen Zweifel an der Vergleichbarkeit der Punkteergebnisse, die mit dem Instrument erhoben werden. Trotz der weiten Verbreitung des Instrumentes führt seine Anwendung zu praktischen Anwendungsproblemen, wenn die Dynamik eines Barthel-Score (Differenz Entlassung – Aufnahme) für rehabilitative Verlaufskontrollen herangezogen wird. Dies beruht zum Teil darauf, dass der Barthel-Index ursprünglich nicht für das Klientel geriatrischer Patienten, sondern zur Beurteilung des funktionellen Status jüngerer Patienten mit neuromuskulären und muskuloskelettalen Erkrankungen entwickelt wurde [23]. Die vorgenommenen Operationalisierungen sind in einigen Bereichen (z. B. Harninkontinenz, Mobilität) auf Querschnittspatienten ausgerichtet und werden den Belangen geriatrischer Patienten ohne Anpassungen nicht ohne weiteres gerecht. Dies hat dazu geführt, dass zwischenzeitlich Erweiterungen und Differenzierungen des Barthel-Index [10] vorgenommen wurden, die sich in der Praxis allerdings nicht in nennenswertem Umfang durchsetzen konnten, sondern nur zum weiteren Splitting der Methodik beitrugen. Als Konsequenz bleibt festzuhalten, dass in der Realität des geriatrischen Alltags, wo der Barthel-Index zum Standardrepertoire der Pflegekräfte zählt, von einer Standardisierung bzw. Einheitlichkeit beim praktischen Einsatz nicht ausgegangen werden kann. Auch von theoretischer Seite werden zunehmend Einwände laut, ob die „objektive“ Datenlage des Barthel-Index zur Testqualität (Validität und Reliabilität) auf der Basis der vorliegenden Studien wirklich so überzeugend ist, wie allgemein behauptet wird. [8, 10, 19, 24, 27; Lübke: Albertinenhaus Hamburg, Kommentar zum Hamburger Manual]

Die ergänzend in GEMIDAS verwendeten funktionellen Testverfahren sind mit Einschränkungen zu bewerten, da sie entscheidende Schwächen aufweisen.

Der eher als Screeningverfahren geeignete Mini-Mental-Test kann von seiner Konstruktion her nur sehr eingeschränkt zu einem Vorher-Nachher-Vergleich verwendet werden, wenn der Test nach kürzerer Zeit (innerhalb von drei Monaten) wiederholt wird. Dies lässt ihn nur bedingt für Belange der Qualitätssicherung (Beurteilung der Effektivität einer Reha-Maßnahme) geeignet erscheinen (eingeschränkte Re-Test-Stabilität). Er bildet auch nicht das „prozedurale Lernvermögen“ ab, das für den Erfolg einer Rehabilitation Voraussetzung ist, und hat entscheidende Schwächen im Erkennen leichter Demenzformen. [18, 32, 34, 37]

Der Timed-Up-and-Go-Test [25] kann nur bei Patienten durchgeführt werden, die gehfähig sind. Stärkere Einschränkungen, etwa wenn Patienten bettlägerig oder lediglich transferfähig sind, werden überhaupt nicht erfasst. Der Test gibt keinerlei Auskunft darüber, ob überhaupt noch eine motorische Lernfähigkeit gegeben ist, was für die Reha-Prognose und den Reha-Erfolg mit entscheidend ist. Er prüft außerdem nur eingeschränkt die Balancefähigkeit, die bei Sturzpazienten prognostisch von eminenter Bedeutung ist.

### **3.3.3.2 Exkurs: Datenlage und Validierung**

Beschäftigt man sich intensiver mit der Literatur zum Barthel-Index, so fallen zwei Dinge auf: Die Mehrzahl der Studien beschreibt nicht die genaue Vorgehensweise, die für das Erheben des Scores zugrunde gelegt wurde. Und trotz einer großen Zahl von Publikationen gibt es vergleichsweise wenig Untersuchungen zur Reliabilität. Man findet teilweise sogar erhebliche Abweichungen, was die Praxis bei der Einstufung einzelner Items angeht (unterschiedliche Schulung). Auch weisen viele Einzelstudien erhebliche methodische Schwächen auf, die jedoch in der Gesamtschau nicht überbewertet werden sollen. Als Fakt bleibt festzuhalten, dass der Barthel-Index in der geriatrischen und pflegerischen Praxis als Standardinstrument zur Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeit etabliert ist, dass bei genauer Betrachtung der Studienlage jedoch Zweifel an seiner Validität und Reliabilität aufkommen.[8]

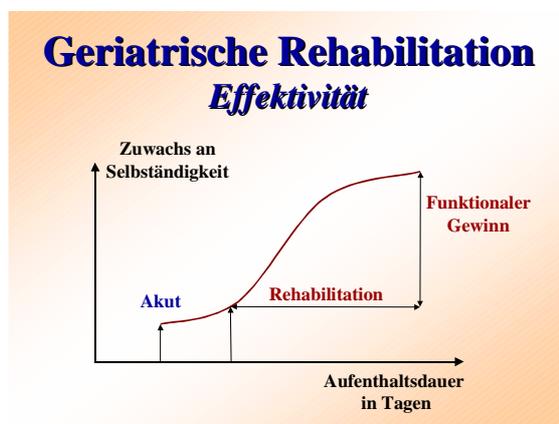
**„Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass in vielen Studien ein zur Charakterisierung von Selbständigkeit/Unabhängigkeit nicht geeigneter BI ... verwendet wird.“ [24]**

Da immer wieder versucht wird, den Barthel-Index als Verlaufskennzahl für den Erfolg (oder Misserfolg) einer Rehabilitationsbehandlung zu verwenden, sind einige grundsätzliche Bemerkungen angebracht. Der Barthel-Index misst, was der Patient tatsächlich tut, nicht was er tun könnte oder tun dürfte (aber dann doch nicht tut). Skalentheoretisch liegt eine nicht ganz einfach zu überschauende Ordinalskala zugrunde, was Konsequenzen für die Aggregation solcher Kennzahlenkonstrukte hat. Streng genommen sind Mittelwertbildungen, die sehr viele der verwendeten Instrumente mit dem Barthel-Index vornehmen, nicht zulässig, da solche Mittelwertbildungen erst ab dem Niveau einer Intervall- oder Verhältnisskala sinnvoll erscheinen. Auch wenn sich die Praxis über diese theoretischen Bedenken immer wieder hinwegsetzt, sollte diese grundsätzliche Einschränkung bei jeglicher Zahlenakrobatik mit dem Barthel-Index kritisch mitgeführt werden.

Da die von Borchelt et al 1999 vorgelegte Publikation zu GEMIDAS [5] auf Kongressen und in der weiteren Literatur immer wieder zitiert wird, kommt ihr zwischenzeitlich eine Art Referenzstatus zu. Der Fachbereich Evidenz-basierte Medizin beim MDS (Prof. Windeler) wurde deshalb um eine ergänzende Stellungnahme zur Evaluation des Instrumentes GEMIDAS gebeten. Im Ergebnis wird die Analyse, gemessen an der statistischen Komplexität, als bemerkenswert gut und transparent beurteilt. Der genaue Wortlaut der Stellungnahme ist als Anhang H beigefügt.

### 3.4 POST-GEMIDAS: Follow-Up-Untersuchungen

#### 3.4.1 POST-GEMIDAS und Effektivitätsbeurteilung



Als ein Maß für die Effektivität einer geriatrischen Rehabilitation kann der funktionale Zugewinn für einen Patienten verstanden werden, der innerhalb eines Zeitraumes durch Rehabilitation zu verzeichnen ist (ICIDH). Ein Rehabilitationsergebnis ist um so besser, je höher der pro Zeiteinheit durch Reha erreichte Zuwachs an Selbständigkeit ist. Ein formales Maß dafür liefert die mittlere Steigung der (idealisierten) Geraden vom Anfangspunkt zum

Endpunkt der Reha. Das Bild zeigt gleichzeitig auch eine häufig anzutreffende Sichtweise der Klinik: der Blick endet mit dem Zeitpunkt der Entlassung.

Aus der Erfahrung der Pflegebegutachtung ist andererseits bekannt, dass die Kurve nach Entlassung doch häufig wieder zurückschwingt und nicht selten nach einigen Wochen ein Status erreicht ist, der erneut intensive pflegerische Betreuung erforderlich macht. **Für die Beurteilung, wie effektiv eine Reha-Maßnahme einzuschätzen ist, muss der Blick also über den Entlassungszeitpunkt hinaus auf die Frage nach dem weiteren Verlauf gerichtet werden.** Dass die Administratoren von GEMIDAS diesen Gedanken systematisch aufgenommen haben, ist als positives und richtunggebendes Signal für weitere Qualitätsbemühungen in der Geriatrie zu verstehen.

Zur differenzierteren Abschätzung der Ergebnisqualität wurde versucht, sich über das erreichte Langzeitergebnis Gewissheit zu verschaffen. Hierzu wurden insgesamt 1023 Rehabilitanden ein Jahr nach ihrer Entlassung einem strukturierten Telefoninterview unterzogen, wobei der aktuelle Barthel-Index durch eine speziell geschulte Pflegefachkraft telefonisch erfragt wurde. Der eingesetzte Fragebogen dokumentierte darüber hinaus auch den Hilfsmittel- und Pflegebedarf sowie zwischenzeitliche Krankenhausaufenthalte und durchgeführte Therapien. Mit der Befragung erreicht wurden insgesamt 99,8% der noch lebenden ehemaligen Rehabilitanden, in 97,8% erhielt man vollständige Antworten.

Die Ergebnisse dieser Nachbefragung wurden ausführlich auf dem 5. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) in Nürnberg (18.-20. September 2000) vorgestellt.

### 3.4.2 POST-GEMIDAS: Ergebnisse

16% der rehabilitierten Patienten waren danach binnen Jahresfrist nach Entlassung verstorben. 53,1% der Patienten hatten einen Apoplex, 17,5% eine Fraktur erlitten, die eine Rehabilitation erforderlich gemacht hatte. Der mittlere Barthel-Index (Cave: Ordinal-Skala!) der bei Entlassung 72,3 Punkte betrug, fiel innerhalb eines Jahres „signifikant“ auf 59,6 Punkte ab. Allerdings zeigte sich die durch Reha erreichte Verbesserung bei einigen Items der Selbstversorgung auch nach einem Jahr als fortbestehend. Die Nacherhebung ergab weiter, dass 81,1% der Befragten zum Interview-Zeitpunkt in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung lebten. 37,3% hatten in den 12 Monaten nach ihrer Entlassung eine Folgeerkrankung erlitten, die in 31,9% der Fälle eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus erforderlich machte. 80% der verordneten Hilfsmittel sollen nach einem Jahr regelmäßig genutzt worden sein. Bei rund 2/3 der befragten Patienten seien empfohlene ambulante Maßnahmen nach Entlassung aus der Rehabilitation auch tatsächlich umgesetzt worden.

### 3.4.3 Bewertung von Follow-Up-Untersuchungen

Sollen Patienten zu bestimmten Zeitpunkten nachuntersucht werden, ist ein geeignetes Dokumentationssystem erforderlich, das die entscheidenden Parameter erfasst und abbildet. POST-GEMIDAS zeigt, dass der GEMIDAS-Datensatz allein die Nacherhebung nicht in vollem Umfang unterstützen würde, da man auf zusätzliche Informationen aus den Behandlungsunterlagen zurückgreifen musste. GEMIDAS ist aber auch nicht konzipiert, um die Stabilität eines Reha-Langzeiterfolges abzubilden. Naturgemäß müssen Fragen zum poststationären Verlauf, Komplikationen, hinzutretenden Neuerkrankungen mit erneuter Hospitalisation, Pflegebedürftigkeit etc. anderweitig dokumentiert werden. Das im Rahmen von POST-GEMIDAS entwickelte Nacherhebungsinstrumentarium ist vor diesem Hintergrund interessant, leidet aber ebenfalls wie der GEMIDAS-Ausgangsdatensatz unter der von Entwicklerseite mitgegebenen Schwäche einer fehlenden Rehaziel-Abbildung.

Ein solches Instrument muss aber auch Antwort geben auf die Frage, ob dem gesetzlich erteilten Auftrag „Rehabilitation vor Pflege“ im erforderlichen Ausmaß Rechnung getragen wird. GEMIDAS wie auch das entwickelte Nacherhebungsinstrumentarium weisen hier erhebliche Schwächen auf.

## 4. NON-GEMIDAS: Ähnliche Verfahren

### 4.1 GiB-Dat (Bayern)

*Geriatric-in-Bayern-Datenbank.* (s. Anhang C)

Ein in Bayern staatlich gefördertes und entwickeltes Projekt, dessen Datensatz mit GEMIDAS vergleichbar und auswertungskompatibel ist. Die unter GiB-Dat bereitgestellten Daten stellen quasi eine Obermenge dar, woraus der GEMIDAS-Anteil ggf. per Report extrahiert bzw. generiert werden kann. Die EDV-technische Realisierung ist sehr anwenderfreundlich und unterstützt die täglich anfallenden Routinearbeiten durch das Erstellen entsprechender Dokumente (Arztbriefe, Medikamentenpläne, Hilfsmittelrezepte u.a.) vorbildlich. Ebenfalls gut gelöst ist die Dateneingabe, die auf Mitglieder des geriatrischen Teams verteilt werden kann, was ein ökonomisches Zeitmanagement erlaubt. Auch in GiB-Dat bezieht sich ein wesentlicher Teil der Angaben auf den Bartel-Index bei Aufnahme und Entlassung, den TUG-Test, PPR in Kategorie A + S sowie den MMSE. Ergänzend zu GEMIDAS wurden jedoch sinnvolle Erweiterungen hinsichtlich des „4. D.+ S“ (*Demenz, Depression, Dysphagie, Dysphasie und Soziales*) als Pflichtfelder vorgenommen; detaillierte Angaben zu TINETTI und LACHS können zusätzlich dokumentiert werden. Beim MMSE-Test sind Gründe anzugeben, falls er nicht durchführbar oder die Beurteilung eingeschränkt ist, des weiteren sind zahlreiche optionale Angaben unterzubringen.

Informationen im Internet: <http://www.afgib.de/afgib/gibdat.html>

### 4.2 KODAS (Baden-Württemberg)

*Kollektives Daten Set* (s. Anhang D)

Im Gegensatz zu den anderen Verfahren verwendet KODAS einen aggregierten (kollektiven) Datensatz. Entwickelt von der „Landesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg“ (Vorsitz: M. Runge, Esslingen) wird es derzeit in einigen geriatrischen Kliniken Baden-Württembergs verwendet. Auf dem Erhebungsbogen sind quartalsmäßig alle Fälle anzugeben, die eine Reha-Maßnahme beendet haben. Erhoben bzw. erfasst wird der Aufnahmebefund, nicht dokumentiert wird auf dem Bogen, wie viele Patienten vorzeitig abbrechen mussten und aus welchem Grund dies geschah.

Bei der Abfrage, wie viele Patienten als depressiv einzustufen sind, liegt das „Klinische Urteil“ zu Grunde, kein Testergebnis, und es wird auch nicht klar, ob diese Einschätzung auf der Basis eines neurologischen oder psychiatrischen Konsils getroffen wurde. Hier liegt ein nicht unbeträchtliches Unschärfepotenzial, das sich auch bei anderen Items zeigt, etwa der Frage, wann jemand urininkontinent ist. Das Kurzmanual lässt hier viele Fragen offen. Präzise abgefragt wird der Abstand zum Akutereignis, wo wochenweise Schlüssellungen vorgesehen sind. Bei den Vorerkrankungen wird explizit nach sturzbedingten und neurologischen Ereignissen gefragt. Diagnosebeschreibungen sind nicht Bestandteil des Fragebogens, lediglich die Anzahl der aktiven Diagnosen. Als Funktionsteste finden sich wiederum Bartel-Index, die Gehfähigkeit „Up and Go“, „Chair-Rising“, Esslinger Transfer Skala, Tandemstand sowie sicheres Treppensteigen. Weitere Funktionseinschränkungen werden kodiert unter Kommunikationsstörungen, kognitiver Minderung, Depression, Inkontinenz von Stuhl und Urin als festen Bestandteilen des Fragebogens.

### 4.3 EBDS (Baden-Württemberg)

*Einheitlicher Basis-Datensatz* (s. Anhang E)

erarbeitet von der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrischer Schwerpunkte und Zentren Baden-Württemberg. Stand 3/2000 (Vorsitz: W. Beischer, Bürgerhospital Stuttgart).

Der EBDS ist ein Instrument des Qualitäts- und Leistungsnachweises für geriatrische Schwerpunkte und Zentren am Übergang von der akut-geriatrischen zur weitergehenden Versorgung. Er wurde nicht speziell zum Zweck der Qualitätssicherung für Einrichtungen entwickelt, die geriatrische Rehabilitation betreiben, und ist ohne zusätzliche Anpassungen hierfür auch nicht ohne weiteres verwendbar. Seine Stärke liegt im Ausleuchten der Schnittstelle, wodurch Transparenz entsteht und Vergleiche sowohl innerhalb der Einrichtung als auch abteilungsübergreifend ermöglicht werden. Er versucht, einen landesweiten Standard zu beschreiben, und wird gegenwärtig von 27 Einrichtungen in Baden-Württemberg (Schwerpunkte und Zentren) eingesetzt. Eine elektronische Version wird mit Unterstützung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom Geriatrischen Zentrum Stuttgart Interessierten kostenlos zur Verfügung gestellt.

Aus Sicht der Kostenträger ist dieser Datensatz und seine Weiterentwicklung interessant, weil er den Übergang Akutgeriatrie – Rehabilitation genauer beleuchtet und bei konsequenter Weiterentwicklung möglicherweise die Chance bietet, im Sinne eines Frühwarnsystems den „Impuls und nicht die Trägheitsbewegung des Systems“ zu kontrollieren.

### 4.4 SEQUACK (Berlin)

SEQUACK diente bis vor einiger Zeit im Raum Berlin-Brandenburg als Erhebungsinstrument für eine Studie, die zum Ziel hatte, das Ergebnis der Behandlung in der klinischen Geriatrie unter QS-Gesichtspunkten zu erfassen. Es wurde erarbeitet von der „Arbeitsgemeinschaft Geriatrie in Berlin und Brandenburg“ und als Standarderhebungsbogen implementiert. Nach Beendigung der Studie flossen Kernbestandteile in Nachfolgeprojekte ein, teilweise wurde es in einigen Häusern über längere Zeit als Qualitätssicherungsinstrument noch unverändert weitergenutzt.

Im Unterschied zu GEMIDAS enthält SEQUACK Angaben zu durchgeführten Therapieeinheiten und – als wesentliche Erweiterung im Vergleich zu GEMIDAS – spezielle Angaben zu erworbenen zerebralen Schäden, zur Kommunikationsfähigkeit und zum psychischem Zustand. Ähnlich wie bei GEMIDAS nimmt auch bei SEQUACK der Bartel-Index einen zentralen Teil des Fragebogens ein, wobei deutlich auf die Differenz zwischen Aufnahme- und Entlassungsstatus abgehoben wird.

Testverfahren wie MMSE oder TUG wurden bewusst nicht aufgenommen. Der Bogen stützt sich noch auf die ICD- 9, ICDH ist nicht Bestandteil, die PPR ist bei Aufnahme und bei Entlassung zu codieren.

Vom Aufbau her mit seinen zahlreichen Freitextangaben ist eine EDV-gestützte Datenauswertung eher schwierig. Auch die Anbindung an andere, klinikinterne Programme mit direkter Datenübernahme und –übergabe als Unterstützung der Anwender war primär nicht vorgesehen.

## 4.5 FIM

*Functional Independence Measure* (Funktionale Selbständigkeitsmessung).

Die Functional-Independence-Measure-Skalierung (FIM) zählt zu den auch international weit verbreiteten Assessmentverfahren für die Rehabilitation [10, 11, 16]. Ihre Anwendung ist in US-amerikanischen Rehabilitationskliniken vorgeschrieben. Die FIM eignet sich besonders für die Dokumentation von Krankheitsfolgen orthopädischer, neurologischer, onkologischer und geriatrischer Erkrankungen. Für Kinder existiert eine angepasste Version (WEE-FIM). Die FIM ist auch Grundlage für die FIM-Function-Related-Groups, die in USA als Grundlage für ein Vergütungssystem im Rehabilitationsbereich evaluiert wurden

<http://www.udsmr.org/udsmr/hcfa/page1.htm>

Die FIM registriert das Verhalten bei elementaren Aktivitäten des alltäglichen Lebens und erfasst kognitive und kommunikative Funktionen. Funktionelle Einschränkungen in diesen Bereichen werden anhand von 18 Merkmalen gemessen. Bei jedem Item werden die Fähigkeiten an Hand operationalisierter Kriterien (die speziell geschult werden) auf einer der 7-stufigen Skala bewertet. Die Stufen reichen von völlige Unselbständigkeit = 1 bis zur völligen Selbständigkeit = 7. Erfolgt eine mehrmalige Messung, z.B. bei Eintritt und Entlassung, so kann die Veränderung in FIM-Punkten ausgedrückt werden.

Nach Einschätzung nicht weniger Geriater weist die FIM-Skala gegenwärtig, auch in angepassten und erweiterten Versionen, noch „zu große Klassensprünge“ (Heiß, ZGGF) auf, um sie im Bereich der geriatrischen Rehabilitation als Standardwerkzeug einsetzen zu können.

Anwender:

Alle amerikanischen Rehabilitationskliniken, einige deutsche Rehabilitationskliniken (z. B. Klinik Bavaria:

[http://www.klinik-bavaria.de/kreischa/neuro/jb95\\_03.htm](http://www.klinik-bavaria.de/kreischa/neuro/jb95_03.htm))

Weiterführende Internetadresse:

<http://www.fischer-zim.ch/notizen/FIM-FAM-9711.htm>

## 4.6 RAI

### *Resident Assessment Instrument.*

RAI wird als integrierender Bestandteil des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation verstanden und ist im Kern ein multidimensionales Assessmentinstrument, das wesentliche Informationen der Pflegeanamnese in codierter Form abbildet. Es erlaubt eine umfassende Bewertung der Bedürfnisse und Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten und erfasst den Pflegebedarf sowie die Fähigkeiten alter Menschen und Heimbewohner (gewöhnlich Status der letzten sieben Tage). Bei Langzeitpatienten werden die Daten normalerweise einmal jährlich oder bei Veränderung der Pflegesituation aufgenommen.

RAI wurde zur Beurteilung, Evaluation und Dokumentation, Qualitätsverbesserung und zur Pflegeplanung in der Langzeitpflege und in der geriatrischen Rehabilitation konzipiert [26]. Hiermit lassen sich hinreichend valide Veränderungen während eines Therapieprozesses dokumentieren. Es besteht im wesentlichen aus 2 Teilen: Minimum Data Set (MDS) für die strukturierte Beurteilung und Dokumentation in 16 Bereichen, die als Abklärungshilfen für die Beurteilung dienen.

In den USA ist RAI als Instrument der Qualitätssicherung seit 1991 im Einsatz und für staatlich geförderte Heime gesetzlich vorgeschrieben. In der Schweiz wird das System seit 1994 im Stadtspital Waid (Zürich) eingesetzt, von wo aus weitergehende Anpassungen insbesondere für die Belange der Geriatrie gegenwärtig in Vorbereitung sind. In Deutschland wird Version RAI-2.0 für stationäre Pflegeeinrichtungen und RAI HC (Home Care) für die häusliche Pflege eingesetzt.

Vgl. auch **PLAISIR**, ein in der Pflege angewandtes System, das klassifizierte Patientenmerkmale einem skalierten Interventionsinventar gegenüberstellt. Es wurde in Kanada entwickelt und ist dort bereits seit 1985 in den meisten öffentlichen und privaten Pflegeheimen als Hilfsinstrument der Qualitätssicherung eingeführt. In der Schweiz wurde es zusammen mit RAI zu einer detaillierten Evaluation empfohlen.

Weiterführende Internetadressen:

<http://www.cs-gmbh.de/Loesungen/Altenhilfe/Produkte/ProRAI/>

<http://www.kommunalmagazin.ch/archiv/heimpkt.htm>

## 4.7 HEDIS (Managed Care)

### *Health Plan Employes Data and Information Set*

Eigentlich ein Evaluationsprogramm für Managed-Care-Organisationen, bei dem mittels eines umfangreichen Fragebogens mit mehr als sechzig Parametern das gesamte Versorgungsgeschehen erfasst werden soll. HEDIS wurde vom National Committee of Quality Assurance (NCQA) zusammen mit Vertretern von Versorgungssystemen und Arbeitgebern entwickelt und enthält operationalisierte und teilweise quantifizierte Indikatoren bzw. Parameter zu ausgabeträchtigen Bereichen des Gesundheitswesens, auch im Bereich der Geriatrie. Ziel dieses Instrumentes ist nicht nur die Steuerung der finanziellen Allokation, sondern auch die Entwicklung relevanter Qualitätsindikatoren im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems, das Managed-Care-Organisationen als Marktvorteil ansehen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die dort erarbeiteten Instrumente für die Praxis zumindest tauglich sein müssen, da der vorherrschende Wettbewerb Fehlgriffe erbarmungslos abstrafte. Insofern könnte die außerhalb Europas bereits weit fortgeschrittene Entwicklung relevanter Qualitätsindikatoren durch Managed-Care-Organisationen durchaus wichtige Impulse auch hierzulande geben.

Weiterführende Internetadresse:

<http://www.ncqa.org/Pages/Programs/HEDIS/surveys.htm>

Der genaue Datensatz ist trotz ansonsten sehr umfangreicher Internetpräsenz im Web nicht direkt einsehbar, da er eingetragenes Warenzeichen der NCQA ist und aus den damit verbundenen kommerziellen Interessen nicht offen zugänglich gemacht werden soll.

## 5. Diskussion und sozialmedizinische Bewertung

GEMIDAS ist ein Basisdokumentationssystem, kein Instrument der externen oder internen Qualitätssicherung und kein System, mit dem sich ein umfassendes Qualitätsmanagement betreiben lässt. Die Minimalanforderung an eine prozessbegleitende Qualitätssicherung: Sollziel, erbrachten Aufwand (Leistung) und erzielttes Ergebnis in Grundzügen abzubilden, wird von GEMIDAS nicht ausreichend erfüllt.

Dass dies so ist, liegt teilweise auch an Versäumnissen innerhalb der Geriatrie, wodurch die Rahmenbedingungen für eine wirksame Qualitätssicherung noch nicht geschaffen sind. Mit GEMIDAS wurde versucht, den zweiten Schritt vor dem ersten zu tun. Bevor der geriatrische Patient und davon abgegrenzt, der geriatrische Reha-Patient, nicht klar und verbindlich beschrieben sind, müssen wesentliche Ausgangsgrößen unscharf bleiben. Ohne Verständigung auf ein Setting relevanter und akzeptierter Qualitätsindikatoren ist eine Ergebnismessung kaum möglich. Und wenn die Art und Weise, wie Patienten behandelt werden, nicht differenziert dargestellt wird, bleibt die Frage unbeantwortet, welche Interventionsstrategie für ein bestimmtes Behandlungsszenario die erfolgreichste ist (Best Practice). Die Forderung muss lauten, zuerst den Rahmen für Qualitätssicherung abzustecken und dann die Frage zu stellen, welche Daten hierfür gebraucht werden. Mit GEMIDAS wird der umgekehrte Weg beschritten und das Missverhältnis zwischen notwendiger Theorie und unangemessener Empirie deutlich.

Durch seinen schmalen Bezug zur Pflege und die karge Realisierung der ICDH-Einbindung ist die „Reichweite“ des Instrumentes sehr beschränkt. Da gerade ältere Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach SGB XI stellen, eine potenzielle Zielgruppe für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation darstellen, müssen Instrumente der Qualitätssicherung, die in der Geriatrie angewandt werden, ein Stück in die Pflege hineinreichen, sollen sie systemunterstützend wirken.

Kann die ICDH mit ihrer dahinterstehenden Philosophie das Bemühen um Qualitätsverbesserung unterstützen?

Mit dem Wechsel von ICDH-1 auf ICDH-2, der im nächsten Jahr zu erwarten ist, wird es erforderlich werden, die in der Praxis eingesetzten Assessmentinstrumente anzupassen und möglicherweise einzelne Bestandteile neu zu entwickeln. Als problematisch gilt der große Dokumentationsaufwand und die Tatsache, dass damit ein zweites, zur ICD-10 konkurrierendes System implementiert wird. Was spricht dafür, die ICDH-Philosophie dennoch zu unterstützen?

Durch die eindeutige Beschreibung der Behinderung und die damit verbundene Klassifizierung wird die Formulierung eines möglichen Reha-Zieles erleichtert. Gerade in Konfliktfällen, wenn es darum geht, ob bei einem bereits als pflegebedürftig eingestuften Patienten eine geriatrische Rehabilitation aussichtsreich ist oder nicht, kann die ICDH als gemeinsame Sprache und Bindeglied zwischen Pflege und geriatrischer Rehabilitation zur Klärung beitragen. Ohne diese überbrückende Kommunikation drohen ansonsten Gegensätze zwischen Pflege und geriatrischer Rehabilitation, die in Ansätzen bereits jetzt zu beobachten sind.

Dass die Zuhilfenahme der ICDH sowohl für die Bestimmung des Reha-Erfolges als auch zur Charakterisierung des Ausgangszustandes von Patienten sinnvoll ist, wird auch in der Begutachtungshilfe „Geriatrische Rehabilitation“, die innerhalb der MDK-Gemeinschaft als Entwurfsfassung vorliegt, so gesehen. Die zukünftige gutachterliche Beurteilung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen wird sich, sobald diese Begutachtungshilfe verabschiedet ist, ganz wesentlich an den in der ICDH niedergelegten Gedankenwelt orientieren. Dies ist deshalb sinnvoll, weil für die Entwicklung und Graduierung aussagekräftiger Erfolgs- und Qualitätsindikatoren in der Geriatrie von der ICDH ein entscheidender Impuls ausgeht. Die insbesondere mit dem möglichen Wechsel auf ICDH-2 verbundenen Anpassungen und Änderungen der Assessmentinstrumente sollten deshalb nach unserem Verständnis weniger als Gefahr, sondern mehr als Chance begriffen werden, die offenbar werdenden Probleme und Versäumnisse der Geriatrie zielgerichtet anzugehen.

Als Kardinalschwäche haftet GEMIDAS an, dass kein eindeutiges Reha-Ziel angegeben ist, sondern ersatzweise ein Testergebnis als Maß für den Erfolg oder Misserfolg einer Rehabilitation abgebildet wird. Aus der Differenz zwischen End- und Anfangscore eines – zur Messung des Rehabilitationserfolges wenig geeigneten – Instrumentes (Barthel-Index), soll so auf das Resultat der eigenen Bemühungen geschlossen werden.

Nackte Punktwerte, die als verkürzende Kennzahlen oder eindimensionale Indizes aus Tests ermittelt werden, sind anfällig für den Zufall und können hierdurch positive oder negative Ergebnisse vortäuschen, wo gar keine vorliegen. Durch das ersatzweise Ausweichen auf Score-Differenzen anstelle aussagekräftiger funktioneller Reha-Ziele wird eine mögliche Misserfolgsgruppe für qualitätsverbessernde Fehleranalysen a priori liquidiert. Score-Differenzen können beliebig klein betrachtet werden und jede positive Differenz ist nach dieser Philosophie ein Erfolg. Dies hat zur Konsequenz, dass es beim Betrachten solcher Score-Differenzen nur noch eine einzige (große) Erfolgsgruppe und eben keine Fehler-/Versagergruppe mehr gibt. Damit ist aus Sicht der Qualitätssicherung ein wichtiger Kennparameter für einen Prozess, in welchem Anteil das Ziel verfehlt wird, nicht bestimmbar, weil diese Gruppe per definitionem durch Vorbelegung als „Leere Menge“ nicht existiert.

Wenn Erfolgs- und Misserfolgsgruppe aufgehen in einem einzigen Einheitskollektiv, charakterisiert durch Kennzahlen, werden Aussagen über den Grad der Zielerreichung sowie Ergebnis-Binnen- und Außenvergleich unmöglich. Was nützt eine nachträgliche, kostspielige Aufwandsanalyse, wenn sie nicht in Beziehung zu einem vorher klar definierten Ziel (Ergebnis) gesetzt werden kann? Qualitätssicherung bedeutet den Ergebnisvergleich mit einem vorher (!) anzugebenden Ziel und nicht die Bestätigung, dass man irgendeine, nachträglich zur Ziellinie erklärte Marke erreicht hat.

Völlig untergegangen sind in GEMIDAS Angaben zur erfolgten Therapie, z.B. in welchem Umfang Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie durchgeführt wurden. Unter der Intention, ein Minimum Data Set zu entwickeln, hat man hierauf bewusst verzichtet. Ohne die Möglichkeit aber, ein erzieltes Resultat zur Art der durchgeführten Intervention und zum Aufwand in Beziehung zu setzen, ist ein Analyse des erfolgten Reha-Prozesses unter Aspekten der Qualitätssicherung nicht möglich.

Die in GEMIDAS enthaltenen funktionellen Testverfahren weisen neben Vorteilen entscheidende Schwächen auf, die ihren Einsatz für Zwecke der Qualitätssicherung einschränken.

Der Barthel-Index, ursprünglich nicht für ein Kollektiv geriatrischer Patienten entwickelt, hat bei einzelnen Items Probleme, die speziellen Einschränkungen geriatrischer Patienten in angemessener Weise wiederzugeben. Er wird im Klinikalltag keineswegs standardisiert und einheitlich angewandt, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich reduziert. Auch die Datenlage bezüglich seiner Validierung lässt begründete Zweifel an seiner Eignung aufkommen, die Dynamik einer Rehabilitation im Sinne eines Erfolges oder Misserfolges korrekt abzubilden.

Zudem besteht bei zweizeitig angewandten Screening-Untersuchungen wie dem Barthel-Index ein grundsätzliches methodisches Problem, bekannt als „zielorientierte Ergebnismessung“ (Jäckel, IRES-ZOK-Studie). Was hat es hiermit auf sich?

Wird bei einem Untersuchungsverfahren, das die Alltagskompetenz erfassen soll, ein Ausgangs- mit einem End-Score verglichen, so gehen alle Veränderungen in diese Punktedifferenz mit gleicher Gewichtung ein. Auch (spontane) Verbesserungen von Parametern, die überhaupt nicht das Ziel therapeutischer Bemühungen waren, werden als Fortschritt der Rehabilitation gewertet. Der Rehabilitationserfolg sollte sinnvoller Weise jedoch nur an den Items gemessen werden, die mit den Rehabilitationszielen in unmittelbarer Beziehung stehen. Die anderen stellen gewissermaßen nur das "Hintergrundrauschen" dar, das durch den statistischen „Trend zur Mitte“ das Ergebnis verfälscht, sofern keine adjustierende Gewichtung vorgenommen wird.

Der Mini-Mental-Test ist nur eingeschränkt Re-Test-stabil und damit für einen Vorher-Nachher-Vergleich im Sinne der Qualitätssicherung wenig brauchbar und zudem wenig geeignet, leichtgradige Demenzformen zu erkennen.

Die Schwächen des „Timed-Up-and-Go-Testes“ wurden benannt: Der Patient muss gehfähig sein, um mit diesem Test untersucht werden zu können. Häufiger vorkommende, schwere Formen der Mobilitätseinschränkung, etwa wenn Patienten nur transferfähig oder gar bettlägerig sind, können damit in GEMIDAS nicht adäquat wiedergegeben werden. Zudem ist der Test wenig sensibel, d.h. er bildet wichtige motorisch-funktionelle Fortschritte nicht ab und muss deshalb ergänzt werden. Auch die Ressourcen des Patienten, die als Ansatzpunkt für eine Rehabilitation über die Prognose mitentscheiden, fehlen im Datensatz völlig. Items zu Depression und Demenz sind aufgenommen, durch das sehr grobe und einfache Abfrageraster jedoch nicht geeignet, Fragen zum psychosozialen Kontext in ausreichendem Maße zu beantworten. Durch diese somatische Schwerlastigkeit und die sehr stark verkürzte ICDH-Repräsentation ist GEMIDAS für Zwecke der Qualitätssicherung nur eingeschränkt nutzbar.

Die Einschätzung des Reha-Ergebnisses durch die Behandler selbst („objektiv“) und durch die Patienten („subjektiv“) ist sicherlich ein Ansatz, der geeignet ist, eine Rückmeldung über die Qualität des abgelaufenen Prozesses zu erhalten. Wenn allerdings Handlungsakteur und Bewerter identisch sind, besteht die Gefahr der realitätsverzerrenden Wahrnehmung (BIAS durch Rosenthal- bzw. Hawthorne-Effekt). Auch das Ergebnis der Patientenbefragung ist nicht unproblematisch, wenn diese zeit- und ortsnah noch in der Einrichtung und durch die Personen erfolgt, die unmittelbar an der Rehabilitation beteiligt waren. Aufgrund des Abhängigkeitsgefälles besteht auch hier die Gefahr, dass Ergebnisse bei der Abfrage eher positiv eingefärbt werden, was ihre Wertigkeit entscheidend schmälert.

Bei den durchgeführten Interviews berichteten zwei Einrichtungen unabhängig voneinander, dass ihre Kritik an GEMIDAS auch die EDV-technische Umsetzung betreffe. Im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF, Leiter: W. Heiß) sei es wegen bestehender Software-Inkompatibilitäten nicht möglich, GEMIDAS stabil zu installieren. Eine geriatrische Einrichtung (Median-Klinik Freiburg), die bislang am GEMIDAS-Verfahren über mehr als ein Jahr teilnahm, wird das System wieder aufgeben und auf ein Alternativverfahren (KODAS) umstellen, da die Probleme mit der Software sich nicht dauerhaft beheben ließen.

GEMIDAS kann gut angeben, welche Patienten und Patientengruppen in einer Einrichtung behandelt wurden, wo sie herkommen, wie lange sie behandelt wurden und wohin sie entlassen wurden, einschließlich der Pflegestufe. Aussagen über Subgruppen, kategorisiert nach Diagnosen und Fähigkeitsstörungen sind ebenso möglich wie Angaben zur Altersverteilung und Hilfsmittelversorgung. GEMIDAS kann aufzeigen, wo und wie stark sich eine bestimmte Einrichtung von anderen unterscheidet und damit Hinweise zu Struktur- und Prozessqualität liefern. Durch die Dokumentation von Wohnort, Zugangsart und Vorverweildauer sind prinzipiell nicht nur einrichtungsbezogene Auswertungen möglich, sondern auch strukturelle Aussagen auf regionaler Ebene möglich, sofern die Daten des Zentralregisters zugänglich werden. Für die GKV könnten GEMIDAS-Daten damit Hinweise liefern auf Schwachstellen in der Fallsteuerung und in diesem Sinne die Funktion eines Screening-Instrumentes übernehmen.

Was GEMIDAS nicht kann, ist Aussagen zur Ergebnisqualität treffen. Auch die Entwickler haben dies in ihrer Veröffentlichung 1999 so gesehen und formuliert:

**„Solange es keine expliziten Kriterien der Ergebnisqualität in der Geriatrie gibt, solange kann auch ein Instrument wie GEMIDAS nicht darüber Auskunft geben, ob eine bestimmte Geriatrische Einrichtung zu guten oder schlechten Ergebnissen kommt.“ [5]**

Bleibt anzumerken, dass *Qualitätssicherung* unter diesen Bedingungen nur eingeschränkt möglich ist. Der Verlockung, kompensatorisch auf Formalien der Struktur- und Prozessqualität auszuweichen und Daten in Zahlenform anzuhäufen, weil Ergebnisqualität in der Praxis nicht so einfach zu fassen oder zu messen ist, unterliegt auch GEMIDAS:

**„Die Vollständigkeit der erhobenen Daten erwies sich als geeigneter Indikator für die Effizienz der Behandlung.“ [4]**

Diese Schlussfolgerung führt ins Abseits. Ohne eine Zentrierung auf die Ergebnisqualität und den Versicherten/Patienten bleiben zentrale Fragen der Qualitätssicherung zwangsläufig unbeantwortet und es besteht die Gefahr, dass die Weiterentwicklung des Qualitätsgedankens so tatsächlich in eine Sackgasse gerät. Einen vielversprechenden und für die GKV interessanten Ansatz, Probleme dieser Art zu vermeiden, zeigen das in Bayern eingesetzte System GiB-Dat und der einheitliche Basisdatensatz (EBDS) Baden-Württembergs.

Es wäre wünschenswert, wenn die Impulse, die vom Gedankengut der ICDH ausgehen, Assessmentinstrumente anzupassen, zu schärfen und ggf. neu zu schaffen, konsequent in eine konvergente Richtung weitergedacht würden: Zielgerichtete Entwicklung von Ergebnisparametern und Qualitätsindikatoren, die gut operationalisiert und, wo möglich, quantifiziert sind, mit Blick über die Geriatrie hinaus in die Pflege. Hilfreich hierzu könnte es sein, frühzeitig den Weg in eine stärkere Differenzierung zu bahnen. Nicht ein Universalinstrument für alle Bereiche der Geriatrie, sondern abgestufte Anpassung – getrennte Assessmentwerkzeuge für unterschiedliche Bereiche und Anforderungen: Instrumente für Zwecke des Screening, für den klinischen Alltag und für den Bereich der klinisch-geriatrischen Forschung. Die Erfahrungen mit GEMIDAS können hierzu einen wertvollen Beitrag leisten.

**Dr. Joachim Zink**

Kompetenz-Centrum für  
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement  
(extern) der MDK-Gemeinschaft  
Ahornweg 2  
77933 Lahr/Schw.

## 6. Literatur

1. Achterberg W, Pot AM, van Campen C, Ribbe M.  
*The Resident Assessment Instrument (RAI): a review of international research on the psychometric qualities and effects of implementation in nursing homes.*  
Netherlands Journal of Gerontology and Geriatrics 1999; 30(6): 264-270
2. Biefang S, Potthoff P, Schliehe F.  
*Assessmentverfahren für die Rehabilitation.*  
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, 1999
3. Borchelt M.  
*Ergebnisqualität aus der Sicht einer bundesweiten Datenerhebung geriatrischer Einrichtungen.*  
Euro J Ger Abstractband 1999; Vol 1 No 1: 32
4. Borchelt M, Steinhagen-Thiessen E.  
*Gemidas: Dokumentationshilfe bei Reha-Patienten*  
Abstract, 6th Congress on Research in Rehabilitation, Berlin 1998, veröffentlicht in Geriatrie-Praxis 11/98
5. Borchelt M, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E.  
*Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e. V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie.*  
Z Gerontol Geriat 1999; 32: 11-23
6. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V.  
*The Barthel ADL Index: a reliability study*  
Int. Disabil. Studies 1988; 10: 61-63.
7. Deckenbach B, Borchelt M, Steinhagen-Thiessen E  
*Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation – Ansätze und Methoden.*  
Rehabilitation 1997; 36: 160-166
8. Dewing J.  
*A critique of the Barthel Index.*  
British Journal of Nursing 1992; 7: 325-329
9. Feher EP, Mahurin RK, Doody RS, Cooke N, Sims J, Pirozzolo FJ.  
*Establishing the Limits of the Mini-Mental State.*  
Arch Neurol 1992; Vol 49
10. Fischer W.  
*Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Prinzipien und Beispiele.*  
Bern: Schweizer Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.). 1. Aufl., 1997

11. Frommelt P, de Langen EG.  
*ICIDH und Funktionaler Selbständigkeitsindex (FIM).*  
In: WHO (Hrsg.): ICIDH. Internationale Klassifikation der Schädigungen,  
Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Berlin, Wiesbaden: Ullstein-Mosby, 1995
12. Fuhrmann R, Uhlig T.  
*Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland.*  
Geriatrie Praxis 1997; Heft 10/97
13. GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin.  
*Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements.*  
Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie 1996; 4: 2–32
14. Hachisuka K, Okazaki T, Ogata H.  
*Self-rating Barthel index compatible with the original Barthel index and the Functional Independence Measure motor score.*  
Sangyo Ika Daigaku Zasshi 1997; 19: 2, 107-21
15. Illinger H, Karl F, Leutiger H, Ostermann K, Radebold H et al.  
*Gruppenspezifische Verbesserungen von Alltagsfähigkeiten bei älteren Schlaganfallpatienten während der Rehabilitationsphase.*  
Z Gerontol 1985; 18: 231-235
16. IVAR – Internationale Vereinigung zum Assessment in der Rehabilitation.  
*FIM: Funktionale Selbständigkeitsmessung, deutsche Version.*  
München: IVAR (Hrsg.), 1997
17. Jacelon CS.  
*The Barthel Index and other indices of functional ability.*  
Rehabil Nurs 1986; 11: 4, 9-11
18. Jagger C, Clarke M, Anderson J, Battcock T.  
*Misclassification of Dementia by the Mini-Mental State Examination. Are Education and Social Class the only Factors?*  
Age and Ageing 1992; 21: 404-411
19. Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S.  
*Barthel-Index information elicited over the telephone. Is it reliable?*  
Am J Phys Med Rehabil 1995; 74: 9-18
20. Kullmann L.  
*Evaluation of disability and of results of rehabilitation with the use of the Barthel index and Russek's classification.*  
Int Disabil Stud 1987; 9: 2, 68-71
21. Leistner K.  
*Evaluierung in der geriatrischen Rehabilitation aus der Perspektive des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).*  
Z Gerontol Geriat 2000; 33: 90-95

22. Loewen SC, Anderson BA.  
*Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index.*  
Phys Ther 1988; 68: 7, 1077-1081
23. Mahoney F, Barthel D.  
*Functional Evaluation: The Bartel Index.*  
Maryland State Medical Journal 1965; 21: 61-65
24. Meins W, Matthiesen L.  
*Validierung von Barthel-Index (BI) und Ranking Scale (RS) anhand der Pflegeeinstufung nach Schlaganfall.*  
Z Gerontol Geriat 2000, 33.(2): Abstracts 5. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) Nürnberg 18. – 20.10.2000: II/50
25. Podsiadlo D, Richardson S.  
*The timed „Up and Go“: A test of basic functional mobility for frail elderly persons.*  
J Am Geriatr Soc 1991; 38: 142-148
26. v. Garms-Homolova V, Gilgen R.  
*RAI 2.0: Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation.*  
Bern: Verlag Hans Huber, 2000
27. Ranhoff AH, Laake K.  
*The Barthel ADL Index: Scoring by the Physician from Patient Interviews is not Reliable.*  
Age and Ageing 1993; 22: 171-174
28. Richards SH, Peters TJ, Coast J, Gunnell DJ, Darlow MA, Pounsford J.  
*Inter-rater reliability of the Barthel ADL index: how does a researcher compare to a nurse*  
Clin Rehabil 2000; 14 (1): 72-78
29. Shinar D, Gross CR, Bronstein KS, Licata-Gehr EE, Eden DT et al.  
*Reliability of the activities of daily living scale and its use in telephone interview.*  
Arch Phys Med Rehabil 1987; 68: 723-728
30. Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.).  
*Geriatrisches Reha-Assessment Baden-Württemberg 1995 (GERASS '95). Ergebnisse einer multizentrischen Studie.*  
Stuttgart: 1996
31. Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.).  
*Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten. Modelversuch Ostfildern.* Stuttgart: 1999
32. Stähelin HB, Monsch AU, Spiegel R.  
*Early Diagnosis of Dementia via a Two-Step Screening and Diagnostic Procedure.*  
International Psychogeriatrics 1997, Vol. 9, Suppl. 1: 123-130
33. Steinhagen-Thiessen E.  
*Das geriatrische Assessment.*  
Stuttgart: Schattauer Verlag, 1998

34. Strain JJ, Fulop G, Lebovits A, Ginsberg B, Robinson M, Stern A, Charap P, Gany F.  
*Screening Devices for Diminished Cognitive Capacity.*  
General Hospital Psychiatry 1988; 10: 16-23,
35. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ.  
*Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials.*  
Lancet 1993; 342: 1032-1036
36. Thiesemann R, von Renteln-Kruse W, Meier-Baumgartner HP.  
*Qualitätssicherung in der Geriatrie.*  
Z ärztl Fortbild Qual sich 1998; 93: 146-150
37. Tombaugh TN, McIntyre NJ.  
*The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review.*  
JAGS 1992; 40: 922-935
38. Tornquist K, Lovgren M, Soderfeldt B.  
*Sensitivity, Specitivity and predictive value in Katz's and Barthel's ADL indices applied on patients in long term nursing care.*  
Scand J Carin Sci 1990; 4 (3): 99-106
39. von Renteln-Kruse W.  
*Leserbrief zum Artikel von M. Borchelt et al. „Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der BAG der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. als Instrument in der stationären Geriatrie.“*  
Z Gerontol Geriat 1999; 32: 475-478
40. Vogel W, Braun B.  
*Qualitätssicherung geriatrisch-rehabilitativer Krankenhausbehandlung. Medizinische und funktionelle Ergebnisse im Langzeitverlauf.*  
ZaeFQ 2000; 94: 95-100
41. Wade DT, Collin C.  
*The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?*  
Int. Disabil. Studies 1988; 10: 64-67.

## 7. Glossar

### **ADL (ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens)**

(engl: *activities of daily living*) Tätigkeiten, die zum Führen eines eigenständigen Haushalts notwendig sind (z. B. selbständiges Essen, Anziehen, Waschen, Gehen, Stuhl- und Urinkontrolle). Eine Möglichkeit, den Grad der Selbstversorgung zu beschreiben, stellt der →Barthel-Index dar.

### **Assessment, geriatrisches**

Multidisziplinärer, diagnostischer *Prozess* zur Quantifizierung medizinischer, psychosozialer und funktioneller Probleme sowie Möglichkeiten bei älteren Patienten. Geprüft werden u.a. Alltagsfähigkeiten der Selbstversorgung, Kognition, Emotion und Mobilität. Es dient der Erstellung eines umfassendes Planes für Therapie, Betreuung und Langzeit-Nachsorge.

### **Barthel-Index (s. Anhang F)**

Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen, die sich auf den Bereich der Selbstversorgung auswirken. Unter den ATL -Skalen ist der Barthel-Index am weitesten verbreitet, beinhaltet aber keine Items zur Kognition sowie zu kommunikativer und sozialer Kompetenz.

### **Bias (Verzerrung)**

bezeichnet das systematische, nichtzufällige Abweichen einer Stichprobe von der Grundgesamtheit hinsichtlich eines Untersuchungsparameters. Ein Bias wird häufig durch Störgrößen hervorgerufen.

### **Biopsychosoziales Kompetenzmodell**

Geht davon aus, dass Menschen auch in hohem Alter danach streben, Verantwortung zu übernehmen und Werte zu verwirklichen. Danach hat das Leben auch in höheren Lebensabschnitten Aufgabencharakter. Ein wesentliches Ziel im Alter ist demgemäss die Erhaltung der Fähigkeit, bestimmte Aufgaben zu erfüllen (Kompetenz), z.B. sich selbst zu versorgen, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten. Im Gegensatz dazu sieht das *Defizit- bzw. Disuse-Modell* Altern als eine Art „Betriebsunfall“, der dazu führt, dass der älter werdende Mensch in seiner Funktionsfähigkeit nachlässt und immer mehr Defekte aufweist, die es zu „reparieren“ gilt.

### **Chair-Rising-Test oder Chair Stand Ups**

*Aufstehetest.* Der Patient wird aufgefordert, so schnell wie möglich 5-mal ohne Einsatz der Arme aus einem Stuhl üblicher Höhe (ca. 46 cm Sitzhöhe) aufzustehen, die Arme sollen vor der Brust gekreuzt sein. Notiert wird die Zeit. Wenn er nicht fünfmal aufstehen kann, wird als Ergebnis lediglich festgehalten, wie oft das Aufstehen möglich war, z.B. 3/5. Der Aufstehetest wird nur einmal durchgeführt, allerdings wiederholt, wenn sich ein Patient sichtlich Zeit lässt.

### **DIN-ISO-9000ff-Normenreihe**

Internationale Normenreihe zu Aufbau, Organisation und Dokumentation von Qualitätsmanagementsystemen. Sie gibt Hinweise zur Standardisierung interner und externer Kontrollen und Prozessabläufe und zum Zertifizierungsverfahren. Akkreditierte Stellen erteilen, nachdem durch besonders geschulte Auditoren die Einhaltung der Standards geprüft wurde, diese Zertifikate.

## **Effektivität**

(engl.: *efficacy, effectiveness*) Ausmaß, in dem ein therapeutisches Ziel erreicht wird. Neben klinischen Parametern (z. B. Blutdrucksenkung) untersucht man zunehmend auch patientenzentrierte (Lebensqualität) und epidemiologische (→Morbidity, →Mortality) Effektivitätsparameter.

Im englischen Sprachgebrauch wird sehr fein unterschieden, ob man als Maßstab für die Beurteilung *ideale (efficacy)* oder *reale* Bedingungen anlegt (*effectiveness*).

## **Effizienz**

(engl.: *efficiency*) Verhältnis der Effektivität um erforderlichen Aufwand (Ressourcen, Kosten). Effizient ist es, wenn mit einem vorgegebenen Aufwand die größtmögliche →Effektivität (Maximalprinzip) oder eine angestrebte Effektivität mit geringstmöglichem Aufwand (Minimalprinzip) erreicht wird.

## **EFQM**

*European Foundation for Quality Management.*

Von dieser Gesellschaft geschultes, umfassendes Modell zur Qualitäts-Selbstbewertung. Die Qualitätskriterien sind je zur Hälfte in Befähiger-Kriterien und Ergebniskriterien aufgeteilt, für die Punktzahlen vergeben werden können. Durch die weitere Untergliederung in feinere Subkriterien wie z.B. Führung, Politik und Strategie und weitere, entsteht ein differenziertes Abbild des Organisationsgeschehens, das in einem strukturierten Prozess durch die Mitarbeiter vollständig beschrieben wird.

## **Esslinger Transferskala**

Beurteilung der motorisch-funktionellen Fähigkeiten nicht gehfähiger Patienten. Erfasst wird der Schwierigkeitsgrad der personellen Hilfe, die für einen Transfer (z.B. Bett – Stuhl) erforderlich ist., und nicht der Anteil des Patienten an einem nicht-selbständigen Transfer. Der benötigte Grad an Hilfe wird in fünf Stufen (H0 bis H4) eingeteilt.

## **Evidenz-basierte Medizin**

(engl.: *Evidence-based Medicine*) Systematische und rigorose Anwendung von Verfahren, deren →Effektivität durch Studien erwiesen ist, bei der individuellen Behandlung von Patienten. Dabei werden im medizinischen Alltag klinische Erfahrungen mit den Ergebnissen klinischer Studien kombiniert.

## **Gütekriterien**

Gütekriterien sind Eigenschaften eines Messinstrumentes (Tests), die Auskunft über dessen →Reliabilität, →Validität, →Sensitivität, Praktikabilität und →Spezifität geben.

## **Hamburger Manual**

Praktische Arbeitshinweise zum Erheben des Barthel-Index nach einer einheitlichen Vorgehensweise. Die im Albertinenhaus in Hamburg entwickelte und eingesetzte Handlungsanleitung beschreibt detailliert für jedes Item, wie vorzugehen und was zu beachten ist.

## **Hawthorne-Effekt**

Änderung der Verhaltensweise von Patienten aufgrund der Kenntnis, dass sie beobachtet werden. Störgröße, welche die →Validität von Untersuchungsergebnissen beeinträchtigt. Vgl. auch →Rosenthal-Effekt

## **ICIDH**

*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*

Multiperspektivisches Klassifikationssystem zur Beschreibung von Krankheitsfolgen. Durch den demographischen Wandel der Bevölkerungsstruktur bedingt, muss sich die Medizin nicht mehr wie in der Vergangenheit mit Krankheiten, sondern verstärkt mit Krankheitsfolgen auseinandersetzen (Paradigmenwechsel). Auf der Ebene der (ätiopathogenetisch orientierten) Krankheitsbeschreibung (biomedizinisches Defizit- bzw. Disuse-Modell) ist der ICD eine geeignete Nomenklatur, während auf der Ebene der Krankheitsfolgen (→biopsychosoziales Krankheitsmodell) die ICIDH als taxonomisches Klassifikationssystem komplementär eine Art Referenzterminologie darstellt. Mit ihrer Anwendung wird es möglich, die Alltagskompetenz in der Aktivität eingeschränkter Patienten, auf die es in der Geriatrie entscheidend ankommt, zu beschreiben. Was in der ICIDH allerdings fehlt, ist die zunehmend Beachtung findende Lebensqualität.

Die ICIDH ist mehr als ein „dynamischer Verschlüsselungskatalog“, der es erlaubt, krankheitsbedingte Behinderung mehrdimensional in Form spezieller (alphanumerischer) Kodierung abzubilden. Durch die Skalierung auf drei frei kombinierbaren Achsen wird ein „Behinderungsraum“ aufgespannt, der es gestattet, aus Einzelvektoren jeweils einer Achse einen Gesamt-Summationsvektor der Behinderung anzugeben. Mit der ICIDH ist ein gemeinsames Verständigungsmittel (Konsenssprache) geschaffen, wodurch die Kommunikation zwischen Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen verbessert wird und das Ziel, die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen besser zu befriedigen, wirksamer angegangen werden kann. Zwischenzeitlich im Entwurf als ICIDH-2 (Weiterentwicklung der ICIDH-1 von 1980) vorliegend, soll sie in der Schlussfassung von der Generalversammlung der WHO im Mai 2001 verabschiedet und anschließend veröffentlicht werden, womit sie dann auch in Deutschland die ICIDH-1 endgültig ablösen würde. Bis eine deutschsprachige, abgestimmte Version tatsächlich vorliegen wird, dürfte allerdings noch einige Zeit verstreichen.

## **Lachs, Screening-Verfahren**

Untersuchung zur Identifikation von geriatrischen Patienten. Geprüft werden orientierend Sehen, Hören, Armbeweglichkeit und die Fähigkeit, aufzustehen und zu gehen. Gefragt wird nach Harn- und Stuhlinkontinenz und es erfolgt eine Einschätzung des Ernährungszustandes (*Quelle: Ann Intern Med 1990; 112: 699-706*).

## **Letalität**

Anzahl der Sterbefälle, bezogen auf die Anzahl der Erkrankten

## **Metrische Skalen**

Äquidistante Skalen, bei denen man solche mit willkürlich festgelegtem Nullpunkt, wie z.B. die Celsius-Skala unterscheidet (*Intervallskala*), von solchen mit wahren Nullpunkt, wie die Kelvin-Skala (*Verhältnisskala*). Erst auf solchen Skalen ist die Berechnung von Mittelwerten und Varianzen sinnvoll. Vgl. auch →Ordinalskala

## **Mini-Mental-Test (s. Anhang G)**

(engl.: *Mini-Mental-State-Examination, MMSE*)

Screening-Test zum Aufdecken einer (schwereren) Demenz. Aufgrund des dabei auftretenden „Lerneffektes“ nur beschränkt Re-Test-stabil.

### **Morbidität**

(engl.: *morbidity*) Häufigkeit einer Erkrankung in einer abgegrenzten Bevölkerungsgruppe über einen festgelegten Beobachtungszeitraum.

### **Mortalität**

(engl.: *mortality*) Sterberate, Anteil der Todesfälle einer Krankheit in einen festgelegten Beobachtungszeitraum bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine definierte Bevölkerungsgruppe. Die Mortalität ist eine bedingte Wahrscheinlichkeit, die angibt, wie groß das Risiko ist, an einer Krankheit zunächst zu erkranken und dann daran zu versterben (Mortalität = *Morbidität* x *Letalität*).

### **Multimorbidität**

Gleichzeitige klinische Manifestation mehrerer Erkrankungen mit daraus resultierenden Behinderungen in Form von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, die meist auch mehrere Organsysteme betreffen und eine fächerübergreifende Versorgung notwendig machen.

### **Omaha-Klassifikation**

Seit 1975 weiterentwickeltes patientenzentriertes Führungsinformationssystem mit dem Ziel, Bedürfnisse und erbrachte Leistungen vollständig zu beschreiben. Hierzu wurden die wichtigsten pflegerischen Probleme klassifiziert (1), eine Ergebnisbewertungsskala konstruiert (2) und eine Taxonomie der Pflegeinterventionen (3) zusammengestellt. Parallelen zur länger verwendeten NANDA-Klassifikation (North American Nursing Diagnosis Association).

### **Ordinalskala**

*Rangskala*. Untersuchungsobjekte können zwar nach einem Merkmal gruppiert und in eine Reihenfolge gebracht werden, die Abstände sind jedoch nicht konstant bzw. äquidistant. Beispiel für eine Ordinalskala ist das Schulnotensystem: ein Schüler mit der Note 2 ist keineswegs doppelt so gut wie der mit der Note 4. Deshalb sind auch Mittelwertberechnungen auf Ordinalskalen wenig sinnvoll. Vgl. auch →metrische Skala.

### **Reliabilität**

Maß für die Zuverlässigkeit (Genauigkeit) eines Instrumentes zur Messung eines Sachverhaltes. Zuverlässigkeit besteht, wenn wiederholte Messungen gegenüber Rahmenbedingungen robust sind und zum gleichen Ergebnis führen (Reproduzierbarkeit).

### **Rosenthal-Effekt**

Versuchsleiter-Erwartungseffekt. Aus psychologischen Experimenten bekannte Tatsache, dass die Erwartungen des Versuchsleiter das Versuchsergebnis beeinflussen. Vgl. auch →Hawthorne-Effekt

### **Sensitivität**

Fähigkeit bzw. Genauigkeit eines diagnostischen Testverfahrens, Kranke zu erkennen. Je mehr Kranke ein Test „übersieht“ (falsch Negative), um so schlechter ist seine Sensitivität.

### **Spezifität**

Fähigkeit bzw. Genauigkeit eines Systems, Gesunde nicht fälschlicherweise zu Kranken zu machen (falsch Positive). Je häufiger ein Testverfahren falschen Alarm schlägt, also eigentlich Gesunde zu Kranken stempelt, um so schlechter ist seine Spezifität. Ein Beispiel wäre die Störungsanfälligkeit von Testverfahren auf verborgenes Blut im Stuhl, die allesamt falschen Alarm anzeigen, wenn beispielsweise eine Vitamin-C-reiche Ernährung aufgenommen wird.

### **Tandemstand**

Balancetest: 10 Sekunden Stehen in der Tandemposition, d.h. beide Füße stehen in einer Linie hintereinander, die Ferse des vorangesetzten Fußes berührt die Spitze des anderen Fußes. Position wird 10 Sekunden eingehalten, Prüfung mit offenen Augen.

### **Timed-Up-and Go-Test (TUG)**

In der Geriatrie weit verbreiteter Globaltest der Lokomotion, der Aufstehen, Gehen und teilweise die Balance integriert. (Stuhl: Aufstehen, 3m Gehen, Umdrehen, Zurück zum Sitzen). Bestimmt wird die Gesamtzeit.

### **Tinetti-Score**

Test zur Abklärung einer Gang- oder Gleichgewichtsstörung, die hierdurch quantifiziert werden kann. Durchführung in folgender Reihenfolge:

Sitzen (Stuhl) – Aufstehen – Stehbalance - 360°-Drehung – 3m Gehen – Umdrehen und zurück zum Stuhl. Die (Teil-) Leistung jeder Phase wird mit einer Punktzahl bewertet und zum Gesamtscore addiert.

### **TQM (Total Quality Management)**

Umfassendes Qualitätsmanagement, das alle Angehörigen einer Organisation mit einbezieht. Im Mittelpunkt stehen die Kundenwünsche, die durch einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und ein von der gesamten Belegschaft getragenes Unternehmensleitbild immer besser erfüllt werden sollen.

### **Validität**

Ein Messverfahren ist valide, wenn es tatsächlich das misst, was gemessen werden soll (und nicht irgendetwas anderes). Um die Orientierung eines Demenzerkrankten zu prüfen, ist die Frage nach seiner Wohnadresse nicht valide, sie prüft das Gedächtnis und nicht die Orientierung.

## 8. Anhang

- A. GEMIDAS Datensatz (BAG 1997)
  - B. GEMIDAS Datensatz (Auszug aktuelle Version)
  - C. GiB-Dat Datensatz
  - D. KODAS Datensatz
  - E. EBDS Datensatz
  - F. Barthel-Index
  - G. Mini-Mental-Status
  - H. Stellungnahme Fachbereich Evidenz-basierte Medizin beim MDS (J. Windeler)
- 

- I. Auftrag an das Kompetenz-Centrum
  - J. Projektübersicht
-