

Benchmarking und Best Practice: Modellprojekt Gemidas-QM

Markus Borchelt, Stefan Loos, Claudia Fleischhauer, Guido Schiffhorst, Dennis Poser, Berlin

„Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung – Gemidas-QM“ heißt ein Modellprojekt, an dem bundesweit 23 Fachkliniken für Geriatrie teilnehmen. Ziel ist, durch Erfassung und Vergleich von Daten die Behandlungsergebnisse bei der stationären Versorgung von älteren und hochaltrigen Patienten in geriatrischen Einrichtungen zu verbessern.

Stürze, Schmerzen, Mangelernährung – diesen drei Gefahren muss bei einem Klinikaufenthalt von älteren Patienten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die Gefahren zu mindern und die Patienten besser zu versorgen, ist das Ziel des Modellprojektes Gemidas-QM, das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit 2003 im Rahmen des Förderprogramms „Benchmarking in der Patientenversorgung“ gefördert wird (Förderzeichen 217-43794-6/1). Die Forschungsgruppe Geriatrie der Charité und das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) leiten das Vorhaben gemeinsam. Die Arbeit erfolgt in vier Schritten: Die Kliniken vergleichen in einem Benchmarking-Prozess regelmäßig ihre Ergebnisse in den Gefahrenbereichen, analysieren gemeinsam Stärken und Schwächen ihrer Versorgung, entwickeln daraus verbesserte Behandlungskonzepte im Sinne einer „Best Practice“ und setzen diese in die klinische Praxis um.

Aufbau, Ziele und Ablauf des Projekts

Voraussetzung für eine Teilnahme der Kliniken an dem Verbundprojekt waren eine grundsätzliche Vergleichbarkeit der Strukturqualität, eine bereits erfolgreich abgeschlossene Implementierung des Geriatrischen Minimum Data Sets (GEMIDAS) in der klinischen Routine sowie die Bereitschaft, im Rahmen des Modellprojekts klinikinterne Qualitätszirkel einzurichten, die sich mit den im Projekt gemeinsam festgelegten Problembereichen

thematisch befassen und Beschlüsse der klinikübergreifenden Moderatortreffen zeitnah in die Praxis umsetzen.

Primäres Projektziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität in den drei Problembereichen „Stürze“, „Schmerzen“ und „Malnutrition“. Dazu wurde ein einrichtungsübergreifender, kontinuierlicher Benchmarking-Prozess mit den folgenden Elementen etabliert:

- ▶ Datenerhebung zur Beurteilung der Ergebnisqualität der geriatrischen Behandlung
- ▶ Stärken- und Schwächenanalyse der Kliniken
- ▶ Identifikation der „besten Praxis“
- ▶ Formulierung und Realisierung von Zielen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung

Das Modellprojekt setzt auf der Gemidas-Plattform auf. Damit konnte auf ein bereits etabliertes System zur routinemäßigen einrichtungsübergreifenden Datenerhebung und -analyse zurückgegriffen werden. Die Förderphase des Projekts erstreckte sich über den Zeitraum von Oktober 2003 bis September 2006. Seit Mitte 2004 erfolgen die Datenerhebungen und seit dem 4. Quartal 2004 werden jeder teilnehmenden Einrichtung individuelle Benchmarkstatistiken zur Verfügung gestellt, aus denen die Einrichtung entnehmen kann, wie sich die verschiedenen Indikatoren (z.B. Barthel-Index bei Aufnahme, Verweildauer, Anzahl der Stürze, Sturzrisikoprofil der behandelten Patienten) im Zeitverlauf und im Vergleich zu anderen Einrichtungen entwickeln.

Zur einrichtungsübergreifenden Diskussion wurde ein Internetforum installiert (www.geriatrie-web.de/forum/). Aber auch zentrale Projektdokumente, wie die erarbeiteten Erhebungsinstrumente, Sturzprotokolle, Best-Practice-Leitfäden und die Sitzungsprotokolle der Qualitätszirkel der einzelnen Kliniken sind hier verfügbar.

Als weiteres Instrument des kollegialen, einrichtungsübergreifenden Erfahrungsaustauschs findet etwa alle vier Monate eine Sitzung der Vertreter aus den teilnehmenden Kliniken statt. Im Rahmen dieser Treffen werden die Benchmarking-Ergebnisse diskutiert sowie konsensfähige Bestandteile der problemspezifischen Best-Practice-Lösungen erarbeitet. In den Kliniken selbst wurden zu Beginn des Projekts interdisziplinär besetzte Qualitätszirkel (QZ) etabliert, die klinikspezifische Problemanalysen durchführen und gemeinsam erarbeitete Best Practice-Lösungen umsetzen. Das Projekt startete 2004 mit der Bearbeitung des Problembereichs „Stürze“ und ist deshalb in diesem Bereich so weit fortgeschritten, dass Ergebnisse der beiden zentralen Handlungsebenen – Benchmarking und Best-Practice – exemplarisch vorgestellt werden können.

Ergebnisse zum Problembereich „Stürze“

Sturzrisikoassessment: Für den einrichtungsübergreifenden Vergleich der Sturzhäufigkeit und zur Einschätzung des individuellen Sturzrisikos wurde ein standardisiertes Sturzrisikoassessment (SRA) eingeführt, das wesentliche intrinsische Sturzrisikofaktoren erfasst und bei jedem Patienten zum Aufnahmezeitpunkt erhoben wird. Um dies leisten zu können, wurde die bestehende STRATIFY-Skala (Oli-

ver et al., 1997) im Rahmen von Gemidas-QM so modifiziert, dass eine Erfassung relativ einfach möglich ist und Doppelerhebungen vermieden werden. Mit der modifizierten sechsstufigen STRATIFY-Skala (von 0 bis 5) werden folgende fünf Items (jeweils ja/nein-kodiert) erfasst:

- ▶ Kürzlicher Sturz (bis zwei Monate vor Aufnahme)
- ▶ Mentale Alteration
- ▶ Sehbehinderung
- ▶ Toilettendrang
- ▶ Transfer/Mobilität 15–20 Punkte

Das Sturzrisikoassessment wurde beginnend mit dem dritten Quartal 2004 in den Kliniken als Routineverfahren implementiert (Abb. 1). Die ersten Kliniken hatten die Implementierung bereits spä-

testens am Ende des vierten Quartals 2004 abgeschlossen (Gruppe I, n = 9; kontinuierlich vollständige Daten ab 1. Quartal 2005), eine zweite Gruppe erreichte die routinemäßige Erhebung am Ende des ersten Quartals 2005 (Gruppe II, n = 8; kontinuierlich vollständige Daten ab dem 2. Quartal 2005). Einige Kliniken (Gruppe III, n = 4) erreichten entweder keine stabile über 90-prozentige Implementierung und/oder hatten Schwierigkeiten, die Daten im geforderten Format zeitnah an die zentrale Datenbank zu übermitteln. Zwei Kliniken (Gruppe IV) konnten auf Grund von internen EDV-Umstellungen erst sehr spät Daten übermitteln, eine Klinik der Gruppe III musste wegen noch nicht geklärt Unplausibilitäten aus-

nachfolgenden Betrachtungen ausgeschlossen werden (überzufällige Häufung identischer Angaben zu sturzbedingten Frakturen als Aufnahmearbeit und Verlaufereignis).

Sturzhäufigkeit. Als spezifisches Ziel wurde vereinbart, die Anzahl der Stürze und die Schwere der Sturzfolgen zu reduzieren. Dazu galt es zunächst, die Erhebung der Sturzinzidenz und der direkten Sturzfolgen in den Einrichtungen einheitlich zu implementieren. Hier einigte man sich auf vier Kategorien der Sturz- und Sturzfolgenerfassung:

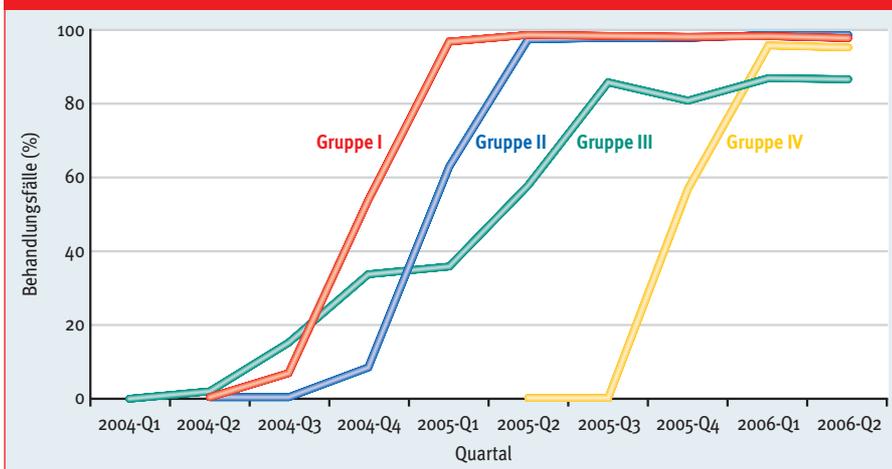
- ▶ Anzahl Stürze mit Fraktur
- ▶ Anzahl Stürze mit sonstigen Verletzungen
- ▶ Anzahl Stürze ohne Verletzung aber mit Intervention (bildgebende Diagnostik und/oder Medikation)
- ▶ Anzahl Stürze ohne Verletzung und ohne Intervention

Die Zahl der Stürze je Kategorie wurde im Verlauf fallbezogen erfasst und dokumentiert. Um zu einer Standardisierung der Sturzraten und damit zu einer Vergleichbarkeit zwischen den Kliniken zu gelangen, wurde aus den übermittelten Quartalsdaten jeweils die auf 1.000 Pflgetage bezogene Sturzrate berechnet. Insgesamt (Klinikgruppen I bis III) zeigte sich ab dem dritten Quartal 2005 ein geringfügiger Rückgang aller Stürze von 10,2 auf 9,6 Stürze pro 1.000 Pflgetage im 2. Quartal 2006 (Abb. 2).

Besonders ausgeprägt ist der Rückgang der Sturzrate allerdings in der dokumentationschwächsten Klinikgruppe III und am wenigsten deutlich in der dokumentationsstärksten Klinikgruppe I, die bereits zu Beginn der klinikübergreifenden Auswertbarkeit (1. Quartal 2005) eine Sturzrate von nur 8,3 Stürzen pro 1.000 Pflgetage aufwies und aktuell bei 7,2 Stürzen pro 1.000 Pflgetage liegt.

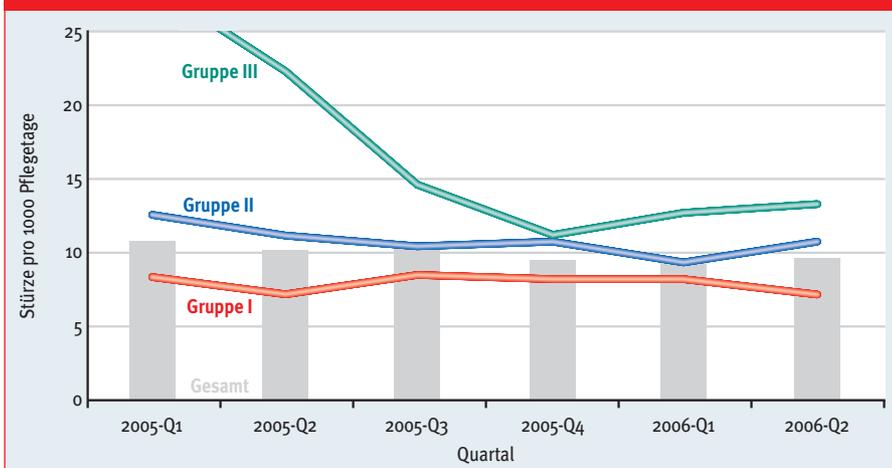
Weiter zeichnet sich ab, dass das im Rahmen des Projekts adaptierte Instrument zur Sturzrisikoerfassung einen statistisch signifikanten (ANOVA alle Stürze: $F = 60$, $(df = 5)$, $p > 0,01$; ANOVA folgenschwere Stürze: $F = 24,5$ ($df = 5$), $p < 0,01$) prädiktiven Wert hat: Während von den Patienten mit einem Sturzrisiko-Score von 0 ($n = 2.066$) nur 4% stürzten, waren es

Abb. 1:



Implementierung des Sturzrisikoassessments nach Klinikgruppe und Quartal

Abb. 2:



Standardisierte Sturzraten gesamt (Kategorien 1 bis 4) nach Klinikgruppe und Quartal (nur Fälle mit Sturzrisikoassessment)

bei den Patienten mit einem Score von 2 (n = 9.396) bereits 13% und bei den Patienten mit einem Score von 5 (n = 936) fast 29%. Die standardisierten Sturzraten pro 1.000 Pflgetage für alle und für folgenschwere Stürze in den verschiedenen Sturzrisikoklassen zeigt **Abb. 3** (20 Kliniken, n = 31.725). Abweichend von der zunächst implementierten Definition des Items „Teilmobilität“ wurde hier eine einheitliche Auswertung der beiden Barthel-Index-Items „Transfer“ und „Mobilität“ bei Aufnahme zugrunde gelegt (kein Risiko, wenn Teilscore > 20 Punkte).

Bei diesen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, dass sie auf der momentan aktuellen Benchmarking-Datenbasis beruhen (Stichtag: 14.9.2006), die sich im Rahmen des kontinuierlichen Arbeitsprozesses durchaus noch von Quartal zu Quartal verändern kann.

Best-Practice: Viele Einrichtungen haben als Ergebnis ihrer Qualitätszirkelarbeit individuelle Maßnahmen zur Sturzvermeidung ergriffen. Basierend auf diesen Erfahrungen und einer umfangreichen Literaturrecherche wurde im Frühjahr 2005 im Rahmen eines Delphi-Prozesses begonnen, ein Best-Practice-Modell für das Sturzrisikoassessment und die Sturzprophylaxe evidenzbasiert und zugleich praxisorientiert zu erarbeiten. Die „Beste Praxis Sturz (BPS)“ besteht aus sieben Modulen:

- ▶ Sturzanamnese bei geriatrischen Patienten (Screening) (BPS-1)
- ▶ Funktionelles Mobilitätsassessment (BPS-2)
- ▶ Erweitertes Sturzrisikoassessment (BPS-3)
- ▶ Multidimensionale Sturzdiagnostik als Basis für gezielte Interventionen (BPS-4)
- ▶ Patientenzentrierte Maßnahmen zur Sturzprävention (BPS-5)
- ▶ Medizinisch-psychosoziale Maßnahmen zur gezielten Intervention (BPS-6)
- ▶ Therapeutische Maßnahmen zur gezielten Intervention (BPS-7)

Ausgangspunkte für die Entwicklung der Module der „Besten Praxis Sturz“ (BPS) waren zum einen die Ergebnisse der Abstimmung über das Sturzrisikoassessment und zum anderen die strukturierten Be-

richte der teilnehmenden Kliniken. Letztere wurden anhand einer umfangreichen Literaturrecherche zur Sturzprävention und -intervention (insbesondere die gemeinsame „Guideline for the prevention of falls in older persons“ der British Geriatrics Society, der American Geriatrics Society und der American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2001) validiert und anschließend in Form von ableitbaren Qualitätsindikatoren dargestellt. Die Qualitätsindikatoren wurden anschließend dem Projektpanel, das aus den leitenden Ärzten der teilnehmenden Einrichtungen bestand, im Rahmen eines Delphi-Prozesses zur Bewertung vorgelegt. Die resultierende „Beste Praxis Sturz“ ist in **Abb. 4** dargestellt (Borchelt, Elkeles & Loos, 2005).

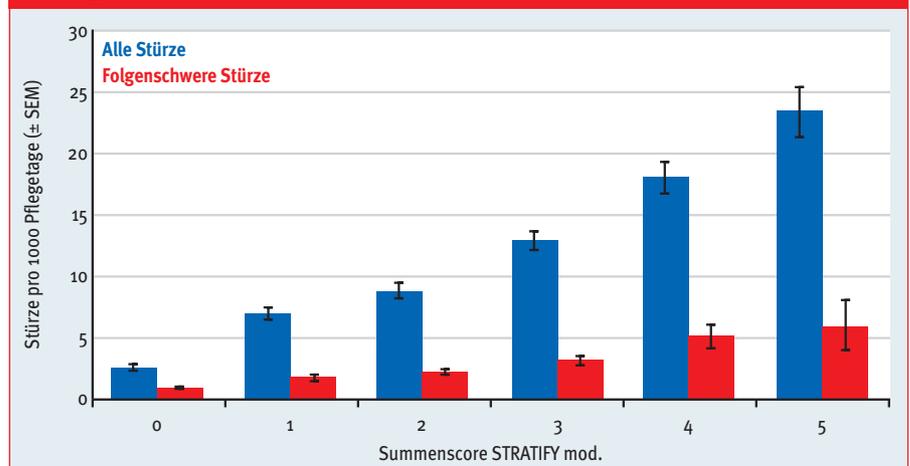
Die primär patientenzentriert ausgerichtete „Beste Praxis Sturz“ wurde ergänzend einem systematischen Vergleich mit dem „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, 2005) unterzogen. Die Ergebnisse sind zu jedem BPS-Modul in entsprechenden Fußnoten angegeben.

Zum Thema Stürze gibt es national wie international eine große Fülle an Publikationen, sowohl im Bereich wissenschaftlicher Untersuchungen als auch im Bereich des Qualitätsmanagements. Die erarbeitete „Beste Praxis Sturz“ schließt dennoch eine wesentliche Lücke: Sie ist die erste strukturierte, vollständig operationalisierte und damit evaluierbare Beste Praxis

zur Sturzprävention und -intervention im Bereich der stationären klinisch-geriatrischen Patientenversorgung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich eine Beste Praxis nicht als Behandlungsleitfaden oder gar Leitlinie versteht. Bei einer Besten Praxis handelt es sich eher um einen prozessorientierten Minimalstandard, dessen Implementierung einerseits quantitativ evaluierbar ist und der es andererseits erlaubt, detailliertere und spezifischere Behandlungspfade und Leitlinienempfehlungen gezielt und vertiefend an die einzelnen, nur in ihrem Kern näher spezifizierten Module anzuknüpfen.

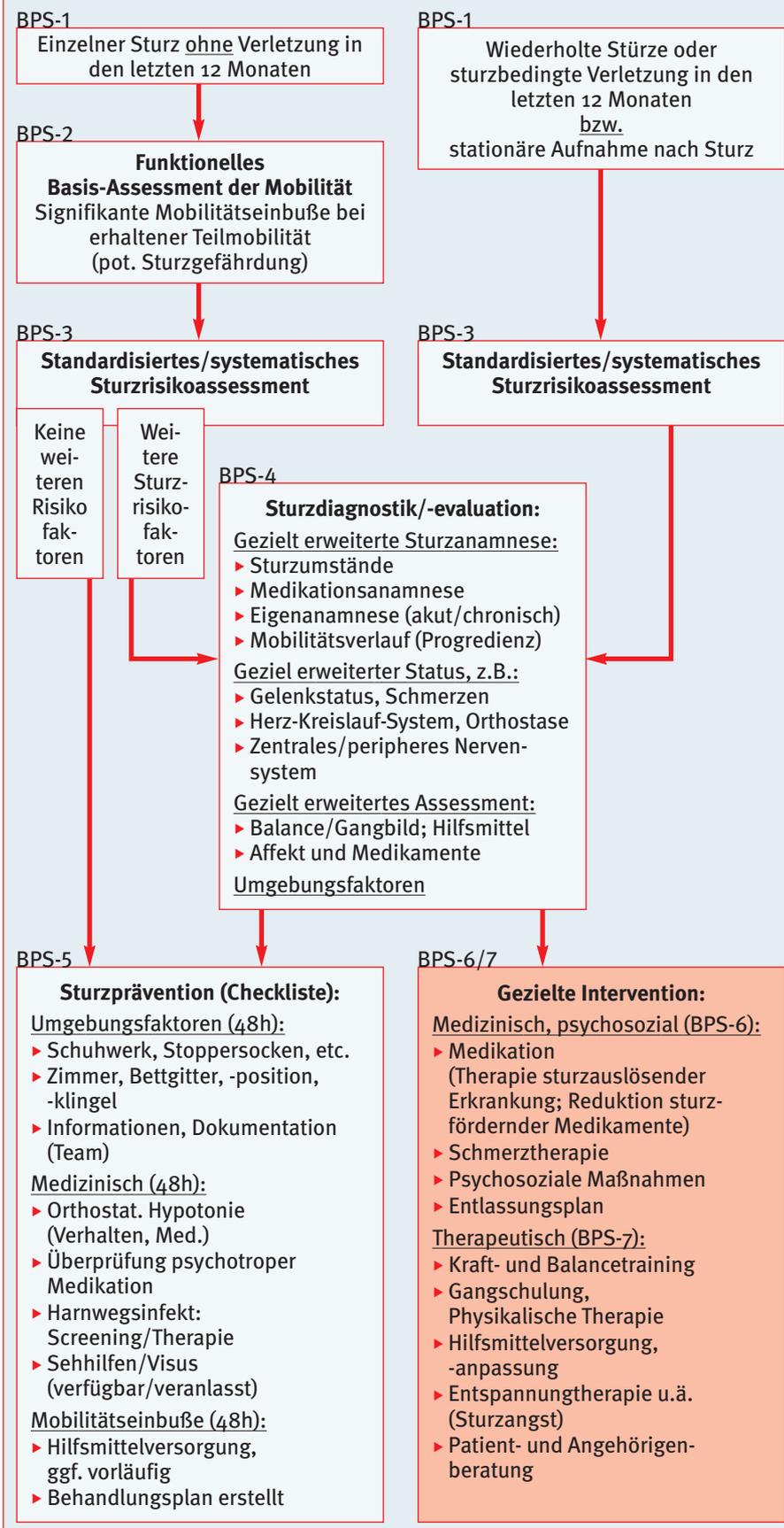
Eine Klinik beispielsweise, die bislang kein formales Konzept zur systematischen Identifizierung und Evaluierung ihrer Sturzrisikopatienten oder der Sturzereignisse unter ihren Patienten etabliert hat, erhält mit einer solchen Besten Praxis ein grundlegendes Handlungskonzept an die Hand, das den modernen Anforderungen des Qualitätsmanagements gerecht werden kann: Der Grad der Implementierung (die Umsetzung) wird ebenso wie die Wirksamkeit (der Nutzen) evaluierbar, da Umsetzung und Nutzen auf dieser Basis messbar sind und eine Vergleichbarkeit mit den Prozessen und Ergebnissen anderer Kliniken möglich wird. Dies ist ein wichtiger Beitrag des Gemidas-QM-Projekts, weil – wie es meistens beim Benchmarking klinischer Behandlungsergebnisse der Fall ist – der datentechnische Zahlenvergleich alleine nicht ausreicht, um zu einer Qualitätsbewertung zu gelangen. Häufig muss

Abb. 3:



Standardisierte Sturzraten nach Sturzrisiko und Sturzkategorien

Abb. 4: Beste Praxis Sturz



ergänzend fundierter Sach- und Fachverstand hinzutreten, um einen Ergebnisvergleich im Hinblick auf die entscheidende Frage, ob konkrete Maßnahmen zur Veränderung des eigenen Vorgehens erforderlich sind oder nicht, korrekt interpretieren zu können. Diese entscheidende Frage des Qualitätsmanagements ist ohne grundsätzlich beschreibbare, strukturierte Prozesse und ohne eine datenbasierte Quantifizierung der Ergebnisse fast gar nicht zu beantworten.

Damit wird zugleich deutlich, dass Benchmarking und Best Practice als Methoden der Qualitätssicherung ungeeignet sind für Kliniken, die an einem wirksamen Qualitätsmanagement nicht ernsthaft interessiert sind. Ein „Mitläufer“ in einem Benchmarking/Best Practice Projekt wird über seine Klinik nichts in Erfahrung bringen, wenn er nichts einbringt. Aus demselben Grund wird er auch für andere teilnehmende Kliniken keinen Mehrwert generieren und sich daher kaum als gefragter Benchmarkpartner etablieren. Ebenso wenig eignen sich Benchmarking und Best Practice per se – obwohl sie gleichfalls eine gute Datenbasis benötigen – für wissenschaftliche Studien, weil sie primär einen anderen Zweck verfolgen: Im Qualitätsmanagement wird versucht, vom Allgemeinen auf das Spezielle zu schließen (während die Wissenschaft grundsätzlich das Allgemeine im Speziellen sucht). Es wird gezielt darauf hingearbeitet, klinisch-individuell spezifische Handlungsoptionen und -notwendigkeiten zu identifizieren, die sich aus dem Vergleich mit anderen Kliniken ergeben können. Beim Benchmarking rückt gerade der Einzelfall in den Mittelpunkt des Interesses, wenn zu entscheiden ist, ob eine festgestellte Abweichung vom Mittelwert oder vom Optimum individuellen Handlungsbedarf nach sich zieht. Die Frage nach individuellem, konkreten Handlungsbedarf kann weder rein mathematisch noch statistisch beantwortet werden. Die Antwort auf diese Frage stellt zugleich eine anspruchsvolle Managementaufgabe dar. Dies macht deutlich, dass Qualitätszirkel oder Qualitätsbeauftragte ohne Gestaltungsbefugnis eher Ausdruck von Ressourcenverschwendung als Ausdruck eines wirksamen Qualitätsmanagements sind.

Deshalb wurden im Modellprojekt Gemidas-QM mit den teilnehmenden Kliniken Kooperationsverträge geschlossen, die sicherstellen sollten, dass die Leitung der Qualitätszirkel in den Kliniken über die notwendigen Gestaltungsbefugnisse in den projektrelevanten Bereichen verfügt, damit die Projektvorgaben hinsichtlich Datenerhebung und Best Practice auch zeitnah umgesetzt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt ist das Modellprojekt Gemidas-QM bisher sehr erfolgreich verlaufen. Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente zur Sturzinzidenz und zum Sturzrisiko sowie des patientenzentrierten Best-Practice-Modells zur Sturzprävention und -intervention erfolgte auf Basis der aktuellen Literatur und in Abstimmung mit anderen Expertengruppen (DNQP). Dabei hatte das Projekt bei aller wissenschaftlichen Fundierung immer den Fo-

kus auf der praktischen Umsetzbarkeit im Klinikalltag.

Die teilnehmenden Kliniken unterscheiden sich hinsichtlich des Entwicklungsstandes der intern etablierten Qualitätsmanagementsysteme, in ihren Vorerfahrungen mit den drei Problembereichen Sturz, Schmerz und Malnutrition sowie hinsichtlich ihres Engagements im Projekt. Dies – verbunden mit der großen Zahl teilnehmender Kliniken – hat einerseits die Austausch- und Lernmöglichkeiten zwischen den Einrichtungen gefördert. Andererseits hat dies auch zu Ungleichzeitigkeiten und unterschiedlichen Geschwindigkeiten im Projekt geführt, sodass die Integration der verschiedenen Entwicklungsstränge zu einer kontinuierlichen Managementaufgabe wurde.

Im Projekt Gemidas-QM besteht hohes Interesse an einer Fortsetzung des Benchmarkings nach dem Auslaufen der Förderphase. Hierzu gibt es bereits vielfältige Überlegungen und verschiedene konzept-

tionelle Modelle. Derzeit wurde jedoch noch keine Konstruktion gefunden, die den vielfältigen Anforderungen eines solchen Benchmarkings auf Best-Practice-Basis gerecht wird und zugleich tragfähig genug wäre, um die im Zeitraum der Modellförderung erarbeiteten Strukturen längerfristig aufrecht zu erhalten oder gar ausbauen zu können.

Hinweis

Die beteiligten Kliniken und projektverantwortlichen Personen, nähere Hinweise zu den hier beschriebenen Ergebnissen sowie die Literatur sind im Internet unter www.gemidas-qm.geriatrie-web.de veröffentlicht.

Korrespondenzadresse

Dr. Markus Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin gGmbH (EGZB), Universitätsklinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, eMail: markus.borchelt@charite.de