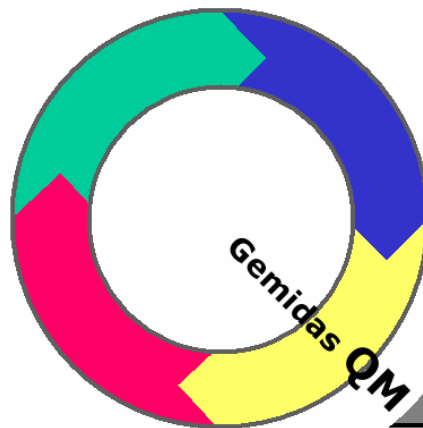

Modellprojekt Gemidas-QM –
Benchmarking in der
geriatrischen Patientenversorgung

Abschlussbericht

Zur Evaluation freigegeben



Projektleiter:

Dr. med. Markus Borchelt

Projektmanagement und -evaluation:

Dr. P.H. Stefan Loos

4. März 2007

1. Berichtskennblatt

1. Berichtsnummer BMG-AZ 217-43794-6/1	
2. Titel des Berichts Gemidas-QM - Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung: Abschlussbericht	
3. Autor(en), Name(n), Vorname(n) Borchelt, Dr. med. Markus Loos, Dr. P.H. Stefan	6. Förderzeitraum 01.10.2003 bis 31.12.2006
4. Durchführende Institution (Name, Anschrift) Charité - Universitätsmedizin Berlin Schumannstraße 20/21 D - 10117 Berlin	7. Berichtszeitraum Oktober 2003 bis Dezember 2006
5. Fördernde Institution (Name, Anschrift) Bundesministerium für Gesundheit Am Propsthof 78a 53121 Bonn	8. Veröffentlichungen (mit Datum) Siehe Abschnitt 11 Loos S & Borchelt M (2005) . Sturzprävention in geriatrischen Kliniken: Erste Ergebnisse des bundesweiten Benchmarking-Projekts GEMIDAS-QM. Z Gerontol Geriat, 38, 307-309 Borchelt M, Loos S, Fleischhauer C, Schiffhorst G & Poser D (2006) . Benchmarking & Best Practice: Modellprojekt Gemidas-QM. Geriatrie Journal 5/06, 33-37
	9. Seitenanzahl des Berichts 104
10. Zusätzliche Angaben Evaluationsfassung (freigegeben zur Bereitstellung für die Evaluation)	
11. Kurzfassung Siehe Abschnitt 3	
12. Schlagwörter Geriatrie, Benchmarking, Qualitätsmanagement, Best-Practice	
13. Fördermittel 337.347 Euro	

2. Inhaltsverzeichnis

1. BERICHTSKENNBLATT	2
2. INHALTSVERZEICHNIS	3
3. ZUSAMMENFASSUNG.....	6
4. EINLEITUNG	9
4.1 AUSGANGSLAGE DES PROJEKTS	9
4.2 ZIELE DES PROJEKTS	10
4.2.1 <i>Implementierung eines kontinuierlichen Benchmarking-Prozesses.....</i>	<i>10</i>
4.2.2 <i>Verfügbarkeit der Erkenntnisse und Ergebnisse nach Außen.....</i>	<i>14</i>
4.2.3 <i>Erweiterung von GEMIDAS um Benchmark- und Risikoindikatoren.....</i>	<i>20</i>
4.2.4 <i>Nachhaltigkeit</i>	<i>20</i>
4.2.5 <i>Nach der regulären Laufzeit noch erreichbare Ziele.....</i>	<i>22</i>
4.3 PROJEKTSTRUKTUR	23
4.3.1 <i>Projektleitung.....</i>	<i>23</i>
4.3.2 <i>Projektmanagement und -evaluation</i>	<i>24</i>
4.3.3 <i>Projektverantwortliche auf Einrichtungsebene.....</i>	<i>24</i>
4.3.4 <i>Moderatoren.....</i>	<i>27</i>
4.3.5 <i>Qualitätszirkel.....</i>	<i>28</i>
4.3.6 <i>Mentoren</i>	<i>28</i>
5. ARBEITS- UND ZEITPLAN.....	30
5.1 PROJEKTVERLAUF IM VERGLEICH ZUM ARBEITS- UND ZEITPLAN	30
5.1.1 <i>Erstes Projektjahr (10/2003 bis 12/2004).....</i>	<i>30</i>
5.1.2 <i>Zweites Projektjahr (01/2005 bis 04/2006).....</i>	<i>31</i>
5.1.3 <i>Drittes Projektjahr (05/2006 bis 12/2006).....</i>	<i>35</i>

5.2	POSITIVE UND NEGATIVE ERFAHRUNGEN IM PROJEKTVERLAUF	38
5.2.1	<i>Erfahrungen auf Verbundebene</i>	38
5.2.2	<i>Erfahrungen auf Einrichtungsebene</i>	39
6.	ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK	41
6.1	ERHEBUNGSMETHODIK	41
6.1.1	<i>Auswahl und Entwicklung von Instrumenten / Indikatoren</i>	41
6.1.2	<i>Erhebungsinstrumente</i>	42
6.1.3	<i>Zusammenfassende Übersicht: GEMIDAS-Standard und Gemidas-QM</i>	43
6.2	AUSWERTUNGSMETHODIK	45
7.	ERGEBNISSE	47
7.1	ERGEBNISSE AUF VERBUNDEBENE	47
7.1.4	<i>Etablierung der Projektadministration</i>	47
7.1.5	<i>Schulung der Teilnehmer</i>	48
7.1.6	<i>Treffen auf Verbundebene</i>	48
7.1.7	<i>Außendarstellung des Projekts</i>	48
7.2	ERGEBNISSE AUF EINRICHTUNGSEBENE	49
7.2.1	<i>Qualitätszirkelarbeit</i>	49
7.2.2	<i>Umsetzung der Erhebungsroutinen zu den Problembereichen</i>	50
7.2.3	<i>Problemanalyse und Maßnahmen zur Problem-Minimierung</i>	50
7.3	ERGEBNISSE NACH PROBLEMBEREICHEN	50
7.3.1	<i>Ergebnisse Sturz</i>	50
7.3.2	<i>Ergebnisse Schmerz</i>	59
7.3.3	<i>Ergebnisse Malnutrition</i>	62
7.4	ERGEBNISSE DER ABSCHLIEßENDEN BEFRAGUNG DER MODERATOREN	66
7.4.1	<i>Ergebnisse Sturz</i>	66
7.4.2	<i>Ergebnisse Schmerz</i>	69

7.4.3	<i>Ergebnisse Malnutrition</i>	72
7.4.4	<i>Zusammenarbeit im Projekt</i>	74
7.4.5	<i>Beurteilung des Projekts insgesamt</i>	74
7.4.6	<i>Weitere Entwicklung des Projekts</i>	76
8.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	79
9.	GENDER MAINSTREAMING ASPEKTE	82
9.1	ÜBERSICHT.....	82
10.	GESAMTBEURTEILUNG	83
11.	VERBREITUNG DER PROJEKTERGEBNISSE UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	85
12.	VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE (NACHHALTIGKEIT)	87
13.	ERFAHRUNG UND AUSBLICK	88
14.	FRAGEBOGEN ZUR INTERNEN PROJEKTEVALUATION	89
15.	LITERATURVERZEICHNIS	103

3. Zusammenfassung

Gemidas-QM ist ein Modellprojekt des Qualitätsmanagements zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse in der stationären Versorgung von älteren und hochaltrigen Patienten in geriatrischen Einrichtungen. Erreicht werden sollte dies mittels eines einrichtungsübergreifenden *Benchmarkings*. Darunter ist ein *"strukturiertes Vergleichen mit Best Practice (= Benchmark) bezogen auf erfolgswirksame Parameter mit dem Ziel, noch besser zu werden"* zu verstehen (Hildebrand, 2004¹). Benchmarking ist damit eine ausgeprägt prozessorientierte Methode mit vielen verschiedenen Facetten.

Das Modellprojekt wurde von der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité Universitätsmedizin Berlin (Projektleitung: Dr. med. Markus Borchelt) in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES, Projektmanagement und -evaluation: Dr. P.H. Stefan Loos) durchgeführt. Es ist eingebettet in das Modellprogramm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Das Förderprogramm "Benchmarking im Gesundheitswesen"² unterstützt im Zeitraum von 2003 bis 2007 bundesweit zehn modellhafte Verbundprojekte zur Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität mittels Benchmarking und "Best Practice" in unterschiedlichen Versorgungsbereichen.

Während des Förderzeitraums standen im Modellprojekt Gemidas-QM die Problembereiche Stürze, Schmerzen und Malnutrition (Mangelernährung) im Vordergrund des exemplarisch umgesetzten Benchmarkings.

Primäres Projektziel war die Verbesserung der Ergebnisqualität in den drei Problembereichen ‚Stürze‘, ‚Schmerzen‘ und ‚Malnutrition‘. Dazu sollte ein einrichtungsübergreifender, kontinuierlicher Benchmarking-Prozess etabliert werden mit den folgenden Elementen:

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

Im Einzelnen wurden fast alle Zielvorgaben zur Etablierung des kontinuierlichen Benchmarking-Prozesses vollständig erreicht:

1. Die Implementierung des ersten Benchmarkings begann mit der Umsetzung der standardisierten Sturzerhebungen in den beteiligten Kliniken Anfang 2004. Diese wurde ab Mitte 2004 ergänzt um Erhebungen von zentralen Sturzrisikoindikatoren (Themenbereich 1) und gefolgt von Erhebungen problem-spezifischer Daten zu Schmerzen (Themenbereich 2) und Malnutrition (Themenbereich 3) ab Anfang 2005. Im Themenbereich 1 konnte der Implementierungsprozess zum 2. Quartal 2005 weitgehend erfolgreich abgeschlossen wer-

- den. In den Themenbereichen 2 und 3 war der Implementierungsprozess zum 3. Quartal 2005 weitgehend erfolgreich abgeschlossen.
2. Die Einrichtungen führten Stärken- und Schwächenanalysen im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit durch. Erkenntnisse und Ergebnisse dieser Analysen wurden teils im Internetforum des Projekts, teils anlässlich der Moderatoren-treffen auf Verbundebene diskutiert und damit in die Erarbeitung von Benchmark-Indikatoren und Best-Practice-Module eingebracht. Darüber hin-aus wurden vom Projektmanagement systematische Erhebungen in jährlichen Abständen durchgeführt (jeweils vor Erstellung der Zwischenberichte sowie zum Abschluss des Projekts). Darin einbegriffen waren übergreifende Fragen zum Projekt selbst und zur Bewertung von Projektmanagement und Projektleitung.
 3. Die Identifikation bzw. Erarbeitung der „Besten Praxis Sturz“ (Themenbereich 1) konnte im Projektverlauf vollständig abgeschlossen werden. Zur „Besten Praxis Schmerz“ (Themenbereich 2) fehlt zum Zeitpunkt des Abschlussbe-richts nur mehr der letzte Abstimmungsvorgang, sie kann damit ebenfalls als weitgehend abgeschlossen betrachtet werden. Zur „Besten Praxis Malnutriti-on“ liegen erste Zwischenergebnisse vor, sie hat jedoch im Projektverlauf noch nicht den Stand erreicht, formalisiert beschreibbar zu sein. Da hierzu voraus-sichtlich weitere Moderatoren-treffen zur Diskussion und Abstimmung über konsente Prozessbestandteile nötig wären, ist derzeit offen, ob und wann die-ses Ziel nach Ende der Laufzeit erreicht werden kann. Es bleibt insgesamt an-zumerken, dass eine rein projektinterne, ausschließlich auf der Grundlage von Benchmarkdaten und -ergebnissen der teilnehmenden Kliniken basierende I-identifikation der „Besten Praxis“ als derjenigen Praxis, die in den datentech-nisch „besten“ Kliniken implementiert ist, aus verschiedenen Gründen nicht zielführend gewesen wäre. Insofern wurde im Projekt zur Erarbeitung einer „Besten Praxis“ ein anderer Zugang und eine andere Methodik gewählt, die zuverlässigere Ergebnisse erwarten ließ (klinikeigene Stärken-/Schwächenanalyse, projektinterner Erfahrungsaustausch, Datenerhebung und -analyse mit gemeinsamer Diskussion und Interpretation sowie Review der problemspezifischen Leitlinien, Expertenstandards und der Evidenzbasis als Zugangsbasis und nachfolgende Spezifikation und Abstimmung über Be-standteile und Ablauf einer „Besten Praxis“ im Rahmen eines strukturierten Delphi-Prozesses.
 4. Im Rahmen der Formulierung und Realisierung von Zielen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung wurden in den Kliniken verschie-dene Maßnahmen zur Sturzprävention umgesetzt bzw. weitergehende Maß-nahmen geplant. Die am häufigsten genannten Prozesse und Maßnahmen wa-ren dabei die folgenden: Erstellen einer Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige, Risikoassessment und Hilfsmittelversorgung in den ersten 48 Stunden, Kritischer Umgang mit bewegungseinschränkenden Maßnahmen,

Identifizierung und Kennzeichnung von Risikopatienten, Bedienbarkeit der Ruf- bzw. Klingelanlage.

Mit der erfolgreichen Implementierung der vier Elemente des kontinuierlichen Benchmarkingprozesses ist es dem Modellprojekt im Rahmen der Strukturen und Ressourcen des Förderprogramms gelungen, Gemidas-QM als umfassendes, einrichtungübergreifendes Qualitätsmanagementsystem exemplarisch umzusetzen.

Aufgrund mehrerer einschneidender Veränderungen der Rahmenbedingungen im letzten Projektjahr, welche die Ausgangsbasis für alle Kliniken entscheidend veränderte, ist eine nachhaltige Verankerung des Projekts wider Erwarten nicht gelungen.

4. Einleitung

Gemidas-QM ist ein Modellprojekt des Qualitätsmanagements zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse in der stationären Versorgung von älteren und hochaltrigen Patienten in geriatrischen Einrichtungen. Erreicht werden soll dies mittels eines einrichtungsübergreifenden *Benchmarkings*. Darunter ist ein "*strukturiertes Vergleichen mit Best Practice (= Benchmark) bezogen auf erfolgswirksame Parameter mit dem Ziel, noch besser zu werden*" zu verstehen (Hildebrand, 2004¹). Benchmarking ist damit eine ausgeprägt prozessorientierte Methode mit vielen verschiedenen Facetten.

Das Modellprojekt wurde von der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité Universitätsmedizin Berlin (Projektleitung: Dr. med. Markus Borchelt) in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES, Projektmanagement und -evaluation: Dr. P.H. Stefan Loos) durchgeführt. Es ist eingebettet in das Modellprogramm zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Das Förderprogramm "Benchmarking im Gesundheitswesen"² unterstützt im Zeitraum von 2003 bis 2007 bundesweit zehn modellhafte Verbundprojekte zur Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität mittels Benchmarking und "Best Practice" in unterschiedlichen Versorgungsbereichen.

Während des Förderzeitraums standen im Modellprojekt Gemidas-QM die Problembereiche Stürze, Schmerzen und Malnutrition (Mangelernährung) im Vordergrund des exemplarisch umgesetzten Benchmarkings.

4.1 Ausgangslage des Projekts

Das Modellprojekt setzt auf der Plattform des Geriatrischen Minimum Data Sets (GEMIDAS^{3,4}) auf. Damit konnte auf ein bereits etabliertes, standardisiertes System zur routinemäßigen einrichtungsübergreifenden Datenerhebung und -analyse zurückgegriffen werden.

Über ihre Teilnahme an GEMIDAS hinaus hatte eine größere Zahl der am Projekt teilnehmenden Einrichtungen schon zuvor Erfolge bei der Etablierung von einrichtungsinternen und -externen Qualitätsmanagementsystemen verzeichnen können (vgl. Tab. 1).

Elemente von Qualitätsmanagementsystemen	Anzahl der Einrichtungen, die das Element vor Beginn des Projekts implementiert hatten
Qualitätsbeauftragter	21
Qualitätszirkel	17
Qualitätsmanagement-Plan	14
Definition von Qualitätszielen	15
Eigenes Budget für Qualitätsmanagement	11
Teilnahme an Akkreditierungs- und Zertifizierungsprogrammen (KTQ, ISO etc.)	16
Durchführung regelmäßiger Patientenbefragungen	12
Entwicklung und Adaption von Versorgungsleitlinien	16
Unterstützung anderer Einrichtungen bei der Etablierung von QM-Systemen	8

Tab. 1: Vorerfahrungen der Einrichtungen mit Qualitätsmanagementsystemen

Die antragstellenden Einrichtungen verfügten außerdem bereits vor dem Projekt über umfangreiche Erfahrungen mit Evaluationsverfahren. Insgesamt 16 der ursprünglich antragstellenden Einrichtungen hatten schon Erfahrungen mit Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren gesammelt. Alle beteiligten Kliniken sind zudem Einrichtungen von Mitgliedern der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG KGE). Das Verfahren zur Aufnahme bestimmter Einrichtungen eines Trägers in die BAG KGE beinhaltet eine Evaluation dieser Einrichtungen durch Vertreter von zwei anderen Mitgliedseinrichtungen; hier wird vor allem geprüft, ob die Einrichtungen gewisse Strukturstandards der Geriatrie (z.B. bezüglich der räumlichen und personellen Ausstattung) erfüllen.

4.2 Ziele des Projekts

4.2.1 Implementierung eines kontinuierlichen Benchmarking-Prozesses

4.2.1.1 Zielvorgaben

Primäres Projektziel war die Verbesserung der Ergebnisqualität in den drei Problembereichen ‚Stürze‘, ‚Schmerzen‘ und ‚Malnutrition‘. Dazu sollte ein einrichtungsübergreifender, kontinuierlicher Benchmarking-Prozess etabliert werden mit den folgenden Elementen:

1. Datenerhebung zur Beurteilung der Ergebnisqualität der geriatrischen Behandlung

2. Stärken- und Schwächenanalyse der Kliniken
3. Identifikation der „besten Praxis“
4. Formulierung und Realisierung von Zielen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung

4.2.1.2 Erreichte Ziele

Detailergebnisse, die auf Datenanalysen zurückgehen, werden im Ergebnisteil berichtet. Die Verbesserung der Datenvollständigkeit und der Datenqualität gehört hierzu ebenso wie die Analyse der erzielten Behandlungsergebnisse (Ergebnisqualität). Da die Datenvollständigkeit auch ein Indikator für die erfolgreiche Integration der zusätzlichen Instrumente in den diagnostischen und therapeutischen Prozess darstellt, wird sie gleichfalls im Ergebnisteil dargestellt (Prozessqualität).

Im Einzelnen wurden fast alle Zielvorgaben zur Etablierung des kontinuierlichen Benchmarking-Prozesses vollständig erreicht:

1. Die Implementierung des ersten Benchmarkings begann mit der Umsetzung der standardisierten Sturzerhebungen in den beteiligten Kliniken Anfang 2004. Diese wurde ab Mitte 2004 ergänzt um Erhebungen von zentralen Sturzrisikoindikatoren (Themenbereich 1) und gefolgt von Erhebungen problem-spezifischer Daten zu Schmerzen (Themenbereich 2) und Malnutrition (Themenbereich 3) ab Anfang 2005. Im Themenbereich 1 konnte der Implementierungsprozess zum 2. Quartal 2005 weitgehend erfolgreich abgeschlossen werden. In den Themenbereichen 2 und 3 war der Implementierungsprozess zum 3. Quartal 2005 weitgehend erfolgreich abgeschlossen.
2. Die Einrichtungen führten Stärken- und Schwächenanalysen im Rahmen der Qualitätszirkularbeit durch. Erkenntnisse und Ergebnisse dieser Analysen wurden teils im Internetforum des Projekts, teils anlässlich der Moderatoren-treffen auf Verbundebene diskutiert und damit in die Erarbeitung von Benchmark-Indikatoren und Best-Practice-Module eingebracht. Darüber hinaus wurden vom Projektmanagement systematische Erhebungen in jährlichen Abständen durchgeführt (jeweils vor Erstellung der Zwischenberichte sowie zum Abschluss des Projekts). Darin einbegriffen waren übergreifende Fragen

- zum Projekt selbst und zur Bewertung von Projektmanagement und Projektleitung.
3. Die Identifikation bzw. Erarbeitung der „Besten Praxis Sturz“ (Themenbereich 1) konnte im Projektverlauf vollständig abgeschlossen werden. Zur „Besten Praxis Schmerz“ (Themenbereich 2) fehlt zum Zeitpunkt des Abschlussberichts nur mehr der letzte Abstimmungsvorgang, sie kann damit ebenfalls als weitgehend abgeschlossen betrachtet werden. Zur „Besten Praxis Malnutrition“ liegen erste Zwischenergebnisse vor, sie hat jedoch im Projektverlauf noch nicht den Stand erreicht, formalisiert beschreibbar zu sein. Da hierzu voraussichtlich weitere Moderatorentreffen zur Diskussion und Abstimmung über konsente Prozessbestandteile nötig wären, ist derzeit offen, ob und wann dieses Ziel nach Ende der Laufzeit erreicht werden kann. Es bleibt insgesamt anzumerken, dass eine rein projektinterne, ausschließlich auf der Grundlage von Benchmarkdaten und -ergebnissen der teilnehmenden Kliniken basierende Identifikation der „Besten Praxis“ als derjenigen Praxis, die in den datentechnisch „besten“ Kliniken implementiert ist, aus verschiedenen Gründen nicht zielführend gewesen wäre. Insofern wurde im Projekt zur Erarbeitung einer „Besten Praxis“ ein anderer Zugang und eine andere Methodik gewählt, die zuverlässigere Ergebnisse erwarten ließ (klinikeigene Stärken-/Schwächenanalyse, projektinterner Erfahrungsaustausch, Datenerhebung und -analyse mit gemeinsamer Diskussion und Interpretation sowie Review der problemspezifischen Leitlinien, Expertenstandards und der Evidenzbasis als Zugangsbasis und nachfolgende Spezifikation und Abstimmung über Bestandteile und Ablauf einer „Besten Praxis“ im Rahmen eines strukturierten Delphi-Prozesses.
 4. Im Rahmen der Formulierung und Realisierung von Zielen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung wurden in den Kliniken verschiedene Maßnahmen zur Sturzprävention umgesetzt bzw. weitergehende Maßnahmen geplant. Die am häufigsten genannten Prozesse und Maßnahmen waren dabei die folgenden: Erstellen einer Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige, Risikoassessment und Hilfsmittelversorgung in den ersten

48 Stunden, Kritischer Umgang mit bewegungseinschränkenden Maßnahmen, Identifizierung und Kennzeichnung von Risikopatienten, Bedienbarkeit der Ruf- bzw. Klingelanlage. Insgesamt lassen sich die umgesetzten und geplanten Maßnahmen zur Sturzprävention folgenden 5 Kategorien zuordnen:

1. Information, Aufklärung, Beratung
2. Patientenzentrierte Intervention und Prävention
3. Prozessorientierte Maßnahmen
4. Umgebungsprüfung und Anpassung
5. Qualitätsmanagementverfahren

Insgesamt waren bis Ende 2004 bereits 118 Maßnahmen umgesetzt und 39 ergänzende Maßnahmen geplant. Die Detailergebnisse dieser Befragung wurden allen teilnehmenden Kliniken Anfang 2005 für die eigene weitere Qualitätszirkelarbeit zur Verfügung gestellt.

Mit der erfolgreichen Implementierung der vier Elemente des kontinuierlichen Benchmarkingprozesses ist es dem Modellprojekt im Rahmen der Strukturen und Ressourcen des Förderprogramms gelungen, Gemidas-QM als umfassendes, einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagementsystem exemplarisch umzusetzen (vgl. Abb. 1).

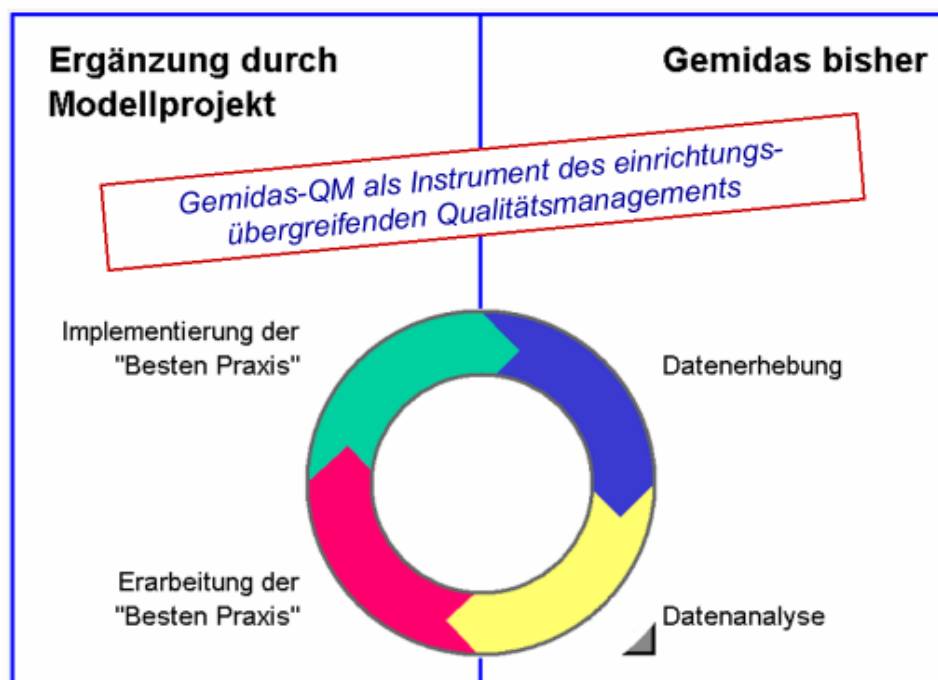


Abb. 1: Gemidas-QM als einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagementsystem

4.2.2 Verfügbarkeit der Erkenntnisse und Ergebnisse nach Außen

4.2.2.1 Zielvorgaben

Die Projektergebnisse und die Erfahrungen, die im Projekt gemacht werden, sollten von Beginn an so dokumentiert sein, dass sie auch für Außenstehende leicht verständlich und transparent sind. Hierfür sollten unter anderem Internettechnologien eingesetzt werden. Schließlich sollte das Projekt so angelegt sein, dass auch eine Integration von weiteren Einrichtungen im Projektvorlauf bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (zum Beispiel Nachweis eines Mindeststandards der Strukturqualität, abgeschlossene Implementierung von GEMIDAS) möglich ist.

4.2.2.2 Erreichte Ziele

Dokumentation und Präsentation der Projekterfahrungen und -ergebnisse: Es wurde bereits in der Startphase des Projekts eine eigene Internetdomäne eingerichtet, die alle beteiligten Kliniken und Personen mit Postanschrift, Telefonnummern und E-Mail-Adressen benennt und für den projektinternen Informationsaustausch ein Forum bereitstellt. Dieses wurde im Verlauf kontinuierlich weiter ausgebaut und erhielt zum 3. Moderatorentreffen am 25.01.2005 sein endgültiges Layout (Abb. 2).



Projekt	Verbund
Geriatric	Forum
Benchmarking	Impressum

Sie sind hier: [Start](#)

Letzte Aktualisierung:
10-Apr-2006

Willkommen bei Gemidas-QM.

Was ist neu?

Gemidas-QM ist ein Modellprojekt zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei der stationären Versorgung von älteren und hochaltrigen Patienten in geriatrischen Einrichtungen mittels eines einrichtungsübergreifenden **Benchmarkings (Definition)**. Im Vordergrund stehen dabei zunächst die Problembereiche **Stürze, Mangelernährung** und **Schmerzen**.

Das Projekt setzt auf der GEMIDAS-Plattform ([Geriatrisches Minimum Data Set, →Gemidas](#)) auf. Damit kann auf ein etabliertes System zur routinemäßigen einrichtungsübergreifenden Datenerhebung und -analyse zurückgegriffen werden.

Am Modellprojekt **Gemidas-QM** beteiligen sich derzeit bundesweit insgesamt 23 Kliniken für Geriatrie ([→Verbund](#)).

Das Projekt wird von der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité ([→FGG](#)) in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH ([→IGES](#)) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen

Projektpartner

CHARITÉ
Charité - Berlin
Forschungsgruppe Geriatrie

IGES
Institut für Gesundheits- und
Sozialforschung, Berlin

BAG
Bundesarbeitsgemeinschaft
der Klinisch-Geriatriischen
Einrichtungen e.V.

Abb. 2: Projekthomepage (www.gemidas-qm.geriatrie-web.de; derzeit offline)

Im August 2005 wurden dort auch die ersten Benchmarking-Ergebnisse zum Themenbereich 1 (Stürze) veröffentlicht sowie im Dezember 2005 die „Beste Praxis Sturz“. Darüber hinaus wurde das Projekt zusammen mit ersten Ergebnissen auf verschiedenen Kongressen sowie anlässlich der 14. und 15. Mitgliederversammlung der BAG KGE präsentiert:

- Borchelt, M. (2004). BMGS-Projekt Gemidas QM – Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung, 1. Bericht zum Thema „Sturz“. *11. Jahrestagung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)*, 14.-16. Oktober 2004, Marburg.
- Krause, T. (2004). Stürze in der Geriatrie. Analyse von 1596 Sturzereignissen. *12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)*, Berlin.
- Loos, S. (2005). Sturzprävention in geriatrischen Kliniken – Ergebnisse eines bundesweiten Benchmarking-Projektes. *Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2005*, 15.-17. Juni 2005, Berlin.
- Borchelt, M. (2005). Geriatrie Patientenversorgung (Gemidas-QM). *1. Symposium des Förderschwerpunktes „Benchmarking in der Patientenversorgung“*, 1. Dezember 2005, Berlin.
- Loos, S. (2005). Modellprojekt Gemidas-QM: Aktueller Stand des Benchmarkings. *Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 14. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V.*, 14.-15. November 2005, Lingen.
- Elkeles, B. (2005). Modellprojekt Gemidas-QM: Aktueller Stand und Beste Praxis Sturz. *Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 14. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V.*, 14.-15. November 2005, Lingen.
- Borchelt, M. (2006). Modellprojekt Gemidas-QM: Übersicht und Stand des Projekts. *Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 15. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V.*, 30.-31. März 2006, Würzburg.
- Loos, S. (2006). Modellprojekt Gemidas-QM: Aktueller Stand des Benchmarkings. *Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 15. Mitglie-*

deroersammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatriischen Einrichtungen e.V., 30.-31. März 2006, Würzburg.

- Elkeles, B. (2006). Modellprojekt Gemidas-QM: „Beste Praxis Sturz“ in der klinischen Routine. *Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 15. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatriischen Einrichtungen e.V., 30.-31. März 2006, Würzburg.*
- Loos S & Borchelt M (2005)⁵. Sturzprävention in geriatrischen Kliniken: Erste Ergebnisse des bundesweiten Benchmarking-Projekts GEMIDAS-QM. *Z Gerontol Geriat*, 38, 307-309
- Borchelt M, Loos S, Fleischhauer C, Schiffhorst G & Poser D (2006)⁶. Benchmarking & Best Practice: Modellprojekt Gemidas-QM. *Geriatrie Journal* 5/06, 33-37
- Elkeles B, Dingwerth A & Richter M (2006)⁷. Gemidas-QM: Sturzmanagement in der Geriatriischen Rehabilitation. *Geriatrie Journal* 5/06, 37-42

Offenheit zur Integration weiterer Einrichtungen in das Projekt: Grundsätzlich war eine Teilnahme am Projekt jederzeit möglich. Diese war jedoch an bestimmte Voraussetzungen geknüpft und letztlich auch beschränkt durch die im Projekt begrenzt verfügbaren administrativen Ressourcen. Bundesweit hatten sich insgesamt 27 Kliniken zu irgendeinem Zeitpunkt des Verlaufs (ab Erstellung des Projektantrags bis Projektende) an dem Projekt aktiv beteiligt, davon haben 25 auch zu irgendeinem Zeitpunkt aktiv an der Umsetzung mitgewirkt. Auf der Projekthomepage war im Januar 2005 eine entsprechende Informationsseite publiziert worden, die interessierten Kliniken alle relevanten Informationen über das Projekt sowie über die Teilnahmevoraussetzungen gab:

Projektteilnahme

Voraussetzungen

Grundsätzlich ist eine Teilnahme am Projekt jederzeit möglich. Dies gehört zu einem der besonderen Merkmale des gesamten Förderprogramms "Benchmarking" des BMGS und war bereits Bestandteil und Kriterium der Ausschreibung. Allerdings ist eine Teilnahme von bestimmten Eingangsvoraussetzungen abhängig, damit sie beiderseits, sowohl für eine neu aufzunehmende Klinik, als auch für das Projekt, sinnvoll und nutzbringend ist. Zugleich stehen Fördermittel nur für maximal 22 Kliniken zur Verfügung, sodass die Teilnahme weiterer Kliniken, d.h. bei Vergrößerung des Verbundes, grundsätzlich nur **auf eigene Kosten** der zusätzlichen Kliniken erfolgen kann. Bei einer

resultierenden Verbundgröße von mehr als 22 Kliniken entstehen dabei auch Anmeldekosten für den Bezug der klinikindividuellen Benchmarkstatistik. [Aktuelle Verbundgröße, Stand Januar 2005: 22 aktive Kliniken, 2 Anwärter].

Benchmarking macht - insbesondere in einer Projektumgebung mit spezifischen [Fragestellungen](#) - nur dann einen Sinn, wenn die Kliniken, die sich einem Vergleich stellen, als prinzipiell vergleichbar eingestuft werden können. In der hier vorliegenden Projektumgebung müssen vor allem vergleichbare Leistungsvoraussetzungen vorliegen, d.h. es können nur Kliniken teilnehmen, die eine **Fachabteilung oder Fachklinik für Geriatrie** führen, die wiederum einen **Mindeststandard der Strukturqualität** nachweislich erfüllt. Dieses gilt in der Geriatrie z.B. für alle Mitgliedseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG KGE), da dies eine Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist. Die Kriterien der Strukturqualität können auf der ⇒ [Homepage der BAG KGE](#) nachgelesen werden.

Benchmarking erfolgt datengestützt. Die diesem Projekt zugrunde liegende Basisdokumentation ist das Geriatriische Minimum Data Set (GEMIDAS). Auf diesem Standard setzt die ergänzende QM-Dokumentation innerhalb des Projekts auf. Daher besteht die zweite Eingangsvoraussetzung für eine Teilnahme in der bereits erfolgten **Implementierung von GEMIDAS** in der klinischen Routedokumentation. Die Bestandteile von GEMIDAS, das Datenmanual, das Erfassungsprogramm etc. können auf der ⇒ [GEMIDAS-Homepage](#) nachgelesen werden. Eine Anmeldung zu GEMIDAS ist jederzeit möglich, Anmeldeunterlagen finden Sie ebenfalls auf der GEMIDAS-Homepage im ⇒ [Downloadbereich](#).

Verpflichtungen

Alle teilnehmenden Kliniken sind dazu verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Umsetzung der Qualitätszirkelarbeit (eine QZ-Sitzung pro Monat) und der Best-Practice-Lösungen des Projekts erfüllt werden. Die vertretungsberechtigte Klinikleitung erklärt ergänzend, dass sie die Teilnahme und Umsetzung voll unterstützen wird.

Alle teilnehmenden Kliniken verpflichten sich weiterhin, jeweils 2 Wochen nach Quartalsende den erweiterten GEMIDAS-QM-Datensatz unter Beachtung des Datenschutzes verschlüsselt an die Projektzentrale zu übermitteln. Darüber hinaus besteht für jede Klinik die Verpflichtung, mit mindestens einem Mitarbeiter an den regelmäßigen Moderatorentreffen auf Verbundebene gemäß Projektzeitplan (bis zu 4 Treffen als Eintages-Veranstaltungen pro Jahr) teilzunehmen.

Benefits

Im Gegenzug erhalten alle Kliniken vom Projektmanagement (⇒ Institut für Gesundheits- und Sozialforschung Berlin, IGES; Dr. P.H. Stefan Loos) unaufgefordert und kostenlos einmal pro Quartal vergleichende Benchmarkstatistiken, werden in den E-mail-Verteiler des Projekts aufgenommen, erhalten aktuelle Projektinfos zum Thema Benchmarking, Best Practice und externe Qualitätssicherung, nehmen kostenlos an den klinikübergreifenden Moderatorentreffen teil und erhalten kostenlose Programm-Updates des GEMIDAS-Erfassungsprogramms, dessen QM-Version gegenüber der Standard-Version über einen erweiterten Funktionsumfang verfügt. Die Kontaktadressen der teilnehmenden Kliniken werden hier auf dieser Projekthomepage veröffentlicht und benannte Mitarbeiter der Kliniken erhalten freien Zugriff auf das geschlossene Projektforum.

Der besondere und entscheidende Mehrwert einer Projektteilnahme liegt jedoch im kollegialen Wettbewerb um die beste Ergebnisqualität in ausgewählten geriatrischen

Problembereichen sowie im zugehörigen fachlichen Austausch bei der Erarbeitung von Best-Practice-Lösungsansätzen. Zugleich können vielfach klinikinterne Vorhaben des Qualitätsmanagements durch den Druck von außen, der durch eine Projektteilnahme zweifelsfrei ausgeübt wird, oft schneller vorangetrieben und umgesetzt werden.

Stimmen aus dem Projekt (Klinikprojektberichte 2004):

„ Klare Vorteile sehe ich in der gemeinsamen Ressourcennutzung durch "Teamarbeit" - nicht jede Einrichtung muss die Fehler der anderen wiederholen. Der Austausch führt auch zu mehr Beharrlichkeit und Optimismus in der Projektarbeit dadurch, dass andere zeigen, es ist etwas machbar, man muss nicht gleich aufgeben. Der Druck durch Rechenschaftsberichte und auch durch die Vergütung verstärkt diese Tendenz. Ganz wichtig auch der Vergleich: wo steht man selbst als Einrichtung, worin sind mögliche Unterschiede begründet. Die Argumentation gegenüber der Geschäftsführung zum Ressourceneinsatz im jeweiligen Themengebiet ist sehr viel einfacher.“

„ Bisher hat das QM-Gemidas-Projekt uns sehr geholfen, das Problem der Stürze systematisch anzugehen und - so wie es erscheint - auch zu einer Reduzierung der Stürze, vor allem der aus dem Bett, geführt. Es ist ein ganz neues Problembewusstsein bei Pflege, Therapeuten und Ärzten bezüglich Sturzproblematik entstanden.“

„ Als großer Vorteil wird von allen Qualitätszirkelmitgliedern die konkrete Zusammenarbeit bezüglich des gewählten Themas angesehen. Durch die regelmäßigen Qualitätszirkeltreffen ist das bearbeitete Thema im Team präsent und erfährt eine hohe Aufmerksamkeit, höher als vor dem Projekt.“

„ Die "Best Practice"-Strategie scheint für den zukünftigen Qualitätswettbewerb der beste Weg zu sein. Die Einführung in den Fachbereich geht vermutlich so am schnellsten. Probleme derzeit ist die Langatmigkeit in der praktischen Umsetzung vor Ort. Ein Vergleich ist nur möglich, wenn alle beteiligten Einrichtungen in etwa auf dem gleichen Einführungsstand sind.“

Ebenso zweifelsfrei stellt jedoch dieser zusätzliche, selbst auferlegte Druck des Projekts gerade in der momentanen Phase der Gesundheitsreform mit tiefgreifenden Veränderungen und neuen, zusätzlichen Anforderungen im Gesundheitswesen, eine besondere Herausforderung für alle teilnehmenden Kliniken dar, was durchaus nicht von allen Kliniken gleichermaßen gut bewältigt wird. Bereits zwischen Antragstellung und Projektbeginn mussten zwei Kliniken ihren Rücktritt erklären, da sich ihre Arbeitsbedingungen und -belastungen in den 12 Monaten zwischen Projektantrag und -bewilligung bereits verschlechtert hatten. Nach Projektbeginn 2004 musste eine Klinik aus dem gleichen Grunde aufgeben, eine weitere Klinik hat schließlich die essentiellen Ziele des ersten Projektjahres 2004 verfehlt und wird ihre Teilnahme ab 2005 nicht sinnvoll fortsetzen können.

Andererseits gab es jedoch bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung 2002 eine Klinik als Mitbewerber, die für eine der beiden vor Projektbeginn ausgeschiedenen Kliniken eingesprungen ist. Zusätzlich haben sich ab Projektbeginn 2003 von Beginn an zwei nicht-antragstellende Kliniken auf eigene Kosten sehr erfolgreich beteiligt und sind darüber schließlich auch in den Genuss der durch die Aussteiger frei gewordenen Fördermittel ab 2005 gekommen, da sie alle Auflagen und Anforderungen erfüllt haben. Anfang 2005 haben wiederum 2 Kliniken ihr Interesse bekundet, sich auf eigene Kosten am Projekt zu beteiligen, sodass der Verbund Anfang 2005 wie zum Zeitpunkt der Antragstellung aus insgesamt 22 Kliniken besteht.

Anmeldung

Wenn Ihre Klinik für Geriatrie sich an dem Projekt beteiligen möchte, dann melden Sie sich bitte bei dem Projektleiter postalisch oder (bevorzugt) per Email zwecks Besprechung der aktuellen Modalitäten und der oben beschriebenen Voraussetzungen. Die formale Bereitschafts- und Verpflichtungserklärung finden Sie nebenstehend zum Download.

Von den ursprünglich 22 antragstellenden Einrichtungen sind zwei noch vor Beginn des Projekts aufgrund wesentlicher zwischenzeitlicher Veränderungen innerhalb der Klinikstrukturen und/oder -prozesse ausgeschieden. Eine weitere Klinik (Heidelberg) hatte sich zwar an der Erstellung des Antrags beteiligt, jedoch krankheitsbedingt die Deadline der notwendigen Verpflichtungserklärung vor Antragseinreichung versäumt und war damit formal keine antragstellende Einrichtung, arbeitete jedoch von Beginn im Projekt aktiv mit und ersetzte so eine der beiden vor Projektbeginn ausgefallenen Kliniken. Daneben gab es zwei weitere Kliniken (Potsdam, Marburg), die gleich zu Beginn in das Projekt eintraten und zunächst vollständig auf eigene Kosten mitarbeiteten, bevor sie im Januar 2005 aufgrund von 2 weiteren Ausfällen gleichfalls in die Förderung mit aufgenommen werden konnten. Im Mai 2005 musste dann eine weitere Klinik wegen erheblicher klinikinterner Umstellungen seine Mitarbeit vorübergehend so deutlich einschränken, dass die Fördervoraussetzungen formal nicht mehr erfüllt waren und die Klinik damit aus der Förderung (nicht jedoch aus dem Projekt) ausschied. Zu diesem Zeitpunkt lagen aber bereits Interessenbekundungen von 2 weiteren Kliniken (Bad Schwalbach und Hofheim) vor, die ab Juni 2005 zunächst frei im Projekt mitarbeiteten und ab August 2005 dann aufgrund der zwei freien Plätze gleichfalls mit in die Förderung aufgenommen werden konnten. Insofern waren in den Projektjahren 2004 und 2005 insgesamt 25 Kliniken vertraglich in das Förderprogramm eingebunden, jedoch zu keinem Zeitpunkt mehr als 22 Kliniken (Budgetneutralität).

4.2.3 Erweiterung von GEMIDAS um Benchmark- und Risikoindikatoren

4.2.3.1 Zielvorgaben

Um die übergeordneten Ziele des Projekts erreichen zu können, setzte das Modellprojekt auf der eingangs beschriebenen GEMIDAS-Plattform auf. Damit konnte auf ein bereits etabliertes System zur routinemäßigen einrichtungsübergreifenden Datenerhebung und -analyse zurückgegriffen werden. Ziel des Modellprojekts war es, dieses System um die für Benchmarking und Best Practice benötigten problemspezifischen Indikatoren zu ergänzen.

4.2.3.2 Erreichte Ziele

Im Verlauf des Projekts wurde das GEMIDAS-System sukzessive um die erarbeiteten Datenbereiche und Indikatoren erweitert. Dieses war möglich, weil der GEMIDAS-Standard im Jahr 2002 vom damaligen Ausschussvorsitzenden um eine spezielle Datenbanktechnik ergänzt worden war, die dem Health-Level-7-Standard (HL7) entlehnt ist. Diese Technik hat es dem Modellprojekt ab 2004 ermöglicht, unter vollständiger Wahrung der Abwärtskompatibilität den GEMIDAS-Standard flexibel und Step-by-step an den spezifischen Bedarf des Modellprojekts kurzfristig anzupassen, ohne dabei die Datenbankspezifikation selbst verändern zu müssen.

Da der gesamte Bereich der Technikentwicklung weder Bestandteil der Förderung durch das BMG war, noch durch andere Mittelgeber gefördert wurde, sondern eine private Investition des Projektleiters darstellt, wird auf eine Detaildarstellung hier verzichtet und stattdessen auf das Programmhandbuch zur GEMIDAS-Version V4.3.02⁸ verwiesen, die termingerecht zum 31.12.2005 auf www.gemidas.geriatrie-web.de erschienen ist.

4.2.4 Nachhaltigkeit

4.2.4.1 Zielvorgaben

Ein weiteres Ziel war es, schon während des Modellprojektes Maßnahmen dafür zu treffen, dass das einrichtungsübergreifende Benchmarking-System bei erfolgreichem

Verlauf auch über den Zeitraum des Modellprojekts hinaus weitergeführt werden kann.

4.2.4.2 Erreichte Ziele

Aufgrund der durchgängigen Praxisorientierung, die im Modellprojekt auch bei aller wissenschaftlichen Fundierung stets konsequent im Fokus gehalten wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die im Projektverlauf neu etablierten Verfahren (Sturzerfassung, Sturzrisikoassessment, Schmerzerfassung und Malnutritionscreening) auch nach Projektabschluss in den Kliniken weiter angewendet werden. Dies geht schon aus der Abschlussevaluation der Moderatoren der einzelnen Einrichtungen hervor (vgl. Ergebnisteil). Damit steht den Einrichtungen ein grundlegendes Instrumentarium für eine erfolgreiche Fortführung des Benchmarkings in den erarbeiteten Problembereichen zur Verfügung, nämlich eine einheitliche, standardisierte Datengrundlage. Hinzu kommt, dass die im Projekt erarbeitete „Beste Praxis Sturz“ so konstruiert ist, dass die einzelnen Module gleichfalls evaluiert werden könnten. Damit ist auch ein erster und grundlegender Schritt zur quantitativen Evaluation von Prozessqualität getan. Hier können zukünftig weitere, ganz anders gelagerte Qualitätssicherungsprojekte ansetzen, ohne dass das Modellprojekt Gemidas-QM selbst dies auch nur im Ansatz weiter verfolgen konnte. Darin verbirgt sich ein Potenzial, das weit über Gemidas-QM hinausweist und als ein weiterer wichtiger Baustein im Gesamtpaket des Bemühens um Nachhaltigkeit angesehen werden kann.

Weiterhin ist es im Modellprojekt gelungen, einerseits die Anforderungen, Voraussetzungen und Problemlösungsansätze für Benchmarking und Best Practice den teilnehmenden Kliniken zu vermitteln, und andererseits zugleich auch den für die eigene Klinik erzielbaren Mehrwert zu verdeutlichen. Beide Aspekte haben sicherlich hohe Relevanz im Hinblick auf Nachhaltigkeit, da die meisten Kliniken abschließend zu einer positiven Kosten-Nutzen-Bilanz gelangt sind und ein hohes Interesse an der Fortsetzung des Projekts bekundet haben. Aus den qualitativen Bewertungen (vgl. Ergebnisteil, Abschnitt 7) geht hervor, dass es vielfach der Wissenstransfer und die gezielte Schärfung des Problembewusstseins auf einer gemeinschaftlichen Grundlage ist, worauf diese Einschätzungen zurückgehen. Ausdruck hierfür ist auch, dass – im gleichen, zuvor vom Projektplan vorgegebenen und durch vertragliche Bindung ein-

zuhaltenden Zeittakt und Umfang – bereits am 30. Juni 2006 ein zusätzliches freiwilliges Moderatorentreffen durchgeführt wurde, an dem sich 15 Einrichtungen aktiv beteiligten, obwohl der Tagungstermin mit dem Viertelfinale der Fußballweltmeisterschaft zusammenfiel.

Zusätzlich hat der Projektleiter an allen übergeordneten Arbeitstreffen im Rahmen des Förderprogramms teilgenommen, um die im Modellprojekt gemachten Erfahrungen aktiv in die Diskussionen zur Verwertung der Ergebnisse sowie zur Einführung und nachhaltigen Sicherung einer tragfähigen Verankerung der aufgebauten Strukturen zu unterstützen.

4.2.5 Nach der regulären Laufzeit noch erreichbare Ziele

4.2.5.1 Erstellung und Publikation der „Besten Praxis Schmerzbehandlung“

Hier sind die Arbeiten zur Laufzeit des Modellprojekts soweit fortgeschritten, dass ein Abschluss bis Ende März 2007 als wahrscheinlich angesehen werden kann. Die einzelnen Module und der grundsätzliche Prozess sind bereits spezifiziert und wurden einer ersten Abstimmung zur Konsensfindung mittels eines Delphi-Prozesses unterzogen. Die Abstimmungsergebnisse liegen bereits vor und werden bis Ende Februar ausgewertet, sodass die endgültige Fassung im März erstellt werden könnte.

4.2.5.2 Organisation und Durchführung einer Evaluationsveranstaltung

Einige der teilnehmenden Kliniken hatten bis September 2006 aktiv Interesse an einer Evaluationsveranstaltung bekundet, auf der alle Ergebnisse noch einmal zusammenfassend dargestellt und diskutiert werden können. Diese war im ursprünglichen Projektantrag auch vorgesehen, allerdings hat die Veränderung der Rahmenbedingungen einerseits, sowie die Priorisierung der Durchführung eines freiwilligen 7. Moderatorentreffens Ende Juni 2006 vor dem Hintergrund der umfangreichen Arbeiten am Abschlussbericht den Zeitplan und die Ressourcenlage so deutlich verändert, dass eine derartige Veranstaltung noch zur regulären Laufzeit nicht mehr realisiert werden konnte. Diese Veranstaltung wurde im Rahmen der bewilligten Verlängerung bis Ende Dezember 2006 Mitte November .in Berlin erfolgreich nachgeholt.

4.3 Projektstruktur

4.3.1 Projektleitung

Das Gesamtprojekt wurde geleitet von Dr. Markus Borchelt (Forschungsgruppe Geriatrie der Charité Universitätsmedizin Berlin). Der Projektleitung oblag die Koordination des Projekts, das Finanzmanagement, das gesamte Vertragswesen, die Technik (Software-Erstellung und -Distribution, Projekthomepage-Einrichtung und -Pflege, Datenannahme, -verschlüsselung und -weitergabe), die Organisation und Moderation der Moderatorentreffen, die Kommunikation mit dem Fördergeber und dem Projektträger sowie die Repräsentierung des Verbundes nach innen und außen. Unterstützt wurde die Projektleitung von einem Projektsekretariat in Teilzeit (50%), das zur Hälfte aus Fördermitteln und zur Hälfte aus Eigenanteilen der Charité finanziert wurde. Im Bereich des Datenmanagements verfügte die Projektleitung zudem über einen wissenschaftlichen Mitarbeiter in Teilzeit (10%), der vollständig aus Eigenanteilen der Charité finanziert wurde und dem die Annahme, Entschlüsselung und Prüfung der Daten oblag.

Die Projektleitung hat mit den übrigen beteiligten Institutionen Auftrags- bzw. Kooperationsverträge geschlossen, auf deren Basis die Fördermittel vom Zuwendungsempfänger (Charité) zweckgebunden und gemäß Bestimmungen des Zuwendungsbescheides des BMG an die Auftragnehmer bzw. Kooperationspartner auf Rechnungsbasis ausbezahlt wurden. Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) erhielt den Auftrag, das Projektmanagement und die Projektevaluation inklusive Erstellung der Benchmarking-Berichte für die teilnehmenden Einrichtungen zu übernehmen. Mit den teilnehmenden Einrichtungen wurden Kooperationsverträge geschlossen, in denen die zu erbringenden Leistungen (Einrichtung und Moderation interdisziplinärer Qualitätszirkel, Teilnahme an projektübergreifenden Moderatorentreffen, Umsetzung vereinbarter Best-Practice-Lösungen, Erhebung und Versand von Daten, Erstellung von Berichten) festgelegt wurden. Für die Erbringung dieser Leistungen erhielten die Kooperationspartner Fördermittel zur Beschäftigung einer studentischen Hilfskraft als Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit und der Datenerhebung, volle Erstattung aller projektbedingten Reisekosten nach Bundesreisekostengesetz, regelmäßige Benchmarkingberichte, uneingeschränkter Zugriff auf alle

Internetressourcen des Projekts (Ergebnisse von Literaturrecherchen, Zugriff auf online verfügbare Publikationen, Qualitätszirkelprotokolle anderer beteiligter Kliniken, Instrumente zur Erhebung problemspezifischer Daten etc.) sowie kostenlose Softwareupdates des Datenerfassungsprogramms, dem ein Werkzeug zur lokalen Bereitstellung der projektbezogenen Daten gleichfalls beigelegt war.

4.3.2 Projektmanagement und -evaluation

Das Projektmanagement und die gesamte Projektevaluation oblag dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES, Dr. P.H. Stefan Loos). Nach der Mitarbeit beim Aufbau der Verbundstrukturen, der Organisation und Durchführung der Eröffnungsveranstaltung mit Schulung der Projektverantwortlichen (Moderatoren) im Aufbau und in der Führung eines Qualitätszirkels, lag der Hauptaufgabenbereich des IGES in der kontinuierlichen Evaluation der Daten aus den Verbundkliniken mit quartalsweiser Erstellung sowohl von einrichtungsspezifischen Benchmarkingberichten in PDF-Format, die den Kliniken jeweils per E-Mail zugesandt wurden, als auch eines einrichtungsübergreifenden Benchmarkingberichts, der jeweils zu den Moderatorentreffen auf Verbundebene vorgestellt wurde.

Zur Unterstützung des Projektleiters nahm der Projektmanager (Dr. Loos) an allen projektübergreifenden Moderatorentreffen teil, um (a) die quartalsweise erstellten Benchmarkberichte zu präsentieren, die Ergebnisse zu erläutern und mit den Projektverantwortlichen der Einrichtungen zu diskutieren, sowie (b) bei den Treffen ein Ergebnisprotokoll zu führen, das den Einrichtungen zeitnah für die eigene Qualitätszirkelarbeit über das geschlossene Internetprojektforum zur Verfügung gestellt wurde.

4.3.3 Projektverantwortliche auf Einrichtungsebene

Die Projektverantwortlichen in den einzelnen Einrichtungen waren durchgehend die leitenden Ärzte (Tab. 2). Mit diesen und der jeweils vertretungsberechtigten Klinikleitung / Geschäftsführung wurden die unter 4.3.1 genannten Kooperationsverträge abgeschlossen, sodass die Umsetzung der vereinbarten Leistungen formal sichergestellt war. Den Projektverantwortlichen stand es frei, die praktische Umsetzung

selbst wiederum an andere Mitarbeiter (z.B. Oberärzte, Qualitätsmanager) zu delegieren, allerdings wurde in den Kooperationsverträgen festgelegt, dass die herausgehobene Rolle des Moderators durch eine Person der Leitungsebene übernommen werden sollte. Überwiegend, nämlich in 15 Einrichtungen, übernahmen die projektverantwortlichen Chefärzte selbst die Rolle des Moderators (s. 4.3.4) innerhalb ihrer Klinik und im Verbund (Teilnahme an den Moderatorentreffen).

Projektverantwortliche auf Einrichtungsebene	
<p>Dr. med. Norbert Andrejew Krankenhaus Bethel Welzheim Schorndorfer Str. 81 73642 Welzheim Tel.: 07182 / 801120 Fax: 07182 / 801129 Norbert.Andrejew@bethelNet.de</p>	<p>Dr. med. Hans Milerski Dr. med. Schima DRK Klinik Kaufungen Medizinisch-Geriatisches Krankenhaus Sophie-Henschel-Weg 4 34260 Kaufungen Tel.: 05605 / 9450 Fax: 05605 / 945127 h.milerski@drk-klinik-kaufungen.de</p>
<p>Dr. med. Ulrike Dietrich Dominikus-Krankenhaus GmbH Kurhausstr. 30 13467 Berlin Tel.: 030 / 4092361 Fax: 030 / 4092334 geriatrie@dominikus-krankenhaus-berlin.de</p>	<p>Prof. Dr. med. Peter Oster Dr. med. M. Pfisterer Bethanien - Krankenhaus Heidelberg Geriatrisches Zentrum gGmbH Rohrbacher Str. 149 69126 Heidelberg Tel.: 06221 / 3190 Fax: 06221 / 319303 pfisterer@bethanien-heidelberg.de</p>
<p>PD Dr. med. Barbara Elkeles (Mentorin "Stürze") Klinik für Geriatrische Rehabilitation Maria Frieden Telgte Am Krankenhaus 1 48291 Telgte Tel.: 02504 / 674261 Fax: 02504 / 674267 Barbara.Elkeles@SFH-muenster.de</p>	<p>Dr. med. Susanne Perpeet-Kasper Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH Klinik für Geriatrie und Innere Medizin Ilsenburger Straße 15 38855 Wernigerode Tel.: (0 39 44) 96 22 96 Fax: (0 39 43) 61 13 13 susanne.perpeet-kasper@harz-klinikum.de</p>
<p>Dr. med. W. Gleichmann Dr. med. Chr. Hein Diakonie-Krankenhaus Marburg-Wehrda Hebronberg 5 D-35041 Marburg Tel.:06421 / 8 08 - 1 01 Fax.:06421 / 8 08- 5 29 Email: dkh-mr-ver@t-online.de</p>	<p>Dr. Dr. med. Klaus-Peter Reetz Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH Krankenhaus Hofheim Geriatrische Abteilung Lindenstr. 10 65719 Hofheim Tel.: (0 61 92) 98 44 04 Fax: (0 61 92) 98 44 02 kreetz@kliniken-mtk.de</p>

<p>Dr. med. Helge Güldenzoph Malteser Krankenhaus Bonn-Hardtberg Geriatrische Abteilung Von-Hompesch-Str. 1 53123 Bonn Tel.: 0228 / 6481852 Fax: 0228 / 6481891 Helge.Gueldenzoph@malteser.de</p>	<p>Prof. Dr. med. Wolfgang von Renteln Kruse Dr. med. Jürgen Vogel Albertinen-Haus Hamburg Zentrum für Geriatrie Sellhopsweg 18-32 22459 Hamburg Tel.: 040 / 55811350 Fax: 040 / 44811000 w.renteln-kruse@albertinen.de</p>
<p>Prof. Dr. med. Bernhard Höltmann Kreiskrankenhaus Grevenbroich St. Elisabeth Geriatrische Klinik von Werth Str. 5 41515 Grevenbroich Tel.: 02181 / 6002461 Fax: 02181 / 6002503 Hoeltmann@web.de</p>	<p>Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen Dr. med. R.-J. Schulz (Mentor "Malnutrition") Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH Reinickendorfer Str. 61 13347 Berlin Tel.: 030 / 45941901 Fax: 030 / 45941938 elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de ralf-joachim.schulz@charite.de</p>
<p>Dr. med. Wolfgang Knauf Matthias Bothe, QM Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden Abteilung für Geriatrie Geisenheimer Str. 10 65197 Wiesbaden Tel.: 0611 / 8472801 Fax: 0611 / 8472803 w.knauf@asklepios.com m.bothe@asklepios.com</p>	<p>Prof. Dr. med. Werner Vogel Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen Zentrum für Geriatrie und neurologische Frührehabilitation Am Krähenberg 1 34369 Hofgeismar Tel.: 05671 / 5072121 Fax: 05671 / 5072120 vogel@ekh-gesundbrunnen.de</p>
<p>Dr. med. Peter Koch-Gwinner Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation am Marienkrankenhaus St. Wendel Am Hirschberg 66606 St. Wendel Tel.: 06851 / 592000 Fax: 06851 / 592200 P.Koch-Gwinner@wnd.st.elisabeth.de</p>	<p>Dr. med. Martin Warnach Ev. Johannesstift Wichern-Krankenhaus Schönwalderallee 26 13587 Berlin Tel.: 030 / 33609482 Fax: 030 / 33609496 Marlies.Baerwalde@johannesstift-berlin.de</p>
<p>Dr. med. Cornelia Kühne Dr. med. Ambrosch Pfeiffersche Stiftung Magdeburg Geriatriezentrum a.d. Klinik für Innere Medizin Pfeifferstr. 10 39114 Magdeburg Tel.: 0391 / 8505440 Fax: 0391 / 8505543 geriatrie@pfeiffersche-stiftungen.de</p>	<p>Dr. med. Klaus Weil Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg GmbH Martha-von-Opel-Weg 34 65307 Bad Schwalbach Tel.: 06124 / 506412 Fax: 06124 / 506532 klaus.weil@otto-fricke-krankenhaus.de</p>
<p>PD Dr. med. Romana Lenzen-Großimlinghaus Ev. Krankenhaus für Geriatrie Potsdam Weinbergstr. 18-19 14469 Potsdam Tel.: 0331 / 2 777 0 Fax: 0331 / 2 777 444 romana.lenzen@evkp.de</p>	<p>Dr. med. Jürgen Wernecke Bethanien - Krankenhaus Hamburg Abteilung für Geriatrie Martinistr. 43-46 20251 Hamburg Tel.: 040 / 4668350 Fax: 040 / 4668349 geriatrie@kh-bethanien-hh.de</p>

<p>Dr. med. Hubertus Meyer zu Schwabedissen Städtisches Klinikum Braunschweig Med. Klinik IV (Geriatric) Gliesmaroder Str. 29 38106 Braunschweig Tel.: 0531 / 5954722 Fax: 0531 / 5954788 h.meyertzuschwabedissen@klinikum-braunschweig.de</p>	<p>Prof. Dr. med. Norbert Wrobel Klinikum Bremen-Nord gGmbH Klinik f. med. Geriatrie und Rehabilitation Hammersbeeker Str. 228 28755 Bremen Tel.: 0421 / 6606-1801 Fax: 0421 / 6606-1802 Norbert.Wrobel@Klinikum-Bremen-Nord.de</p>
<p>Otto Meyer zu Schwabedissen (Mentor "Schmerzmanagement") Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital Geriatriische Abteilung Waldstr. 17 24939 Flensburg Tel.: 0461 / 8162505 Fax: 0461 / 8162025 Otto.MeyerzuSchwabedissen@malteser.de</p>	

Tab. 2: Projektverantwortliche und Moderatoren auf Einrichtungsebene

4.3.4 Moderatoren

Die Moderatoren auf Einrichtungsebene hatten die Aufgabe, mit Unterstützung eines interdisziplinär zusammengesetzten Qualitätszirkels die Projektvorgaben in die Praxis umzusetzen. Im einzelnen kamen den Moderatoren folgende Aufgaben zu:

- Organisation eines projektbezogenen, multiprofessionell besetzten Qualitätszirkels (QZ) mit dem Ziel der Durchführung von zwei projektbezogenen und themenspezifischen PDCA-Zyklen (Plan - Do - Check - Act)
- Durchführung von QZ-Sitzungen im Umfang von mindestens 2 Stunden im Monat
- Anfertigung eines Protokolls von jeder QZ-Sitzung sowie eines zusammenfassenden Berichts zur QZ-Arbeit einmal pro Jahr
- Beteiligung an der Erarbeitung und Umsetzung der im Verbund gemeinsam festgelegten Best-Practice-Modelle in der eigenen Klinik
- Anleitung von studentischen Hilfskräften zur Unterstützung der QZ-Arbeit
- Teilnahme an den projektübergreifenden Tagungen (Moderatorentreffen)
- Erhebung und Erfassung von Daten des Geriatriischen Minimum Data Sets (GEMIDAS) sowie ggf. von im Verbund gemeinsam erarbeiteten, themenspezifischen Zusatzdaten mit quartalsweiser Weiterleitung an die GEMIDAS-Zentraldatenbank

- Erstellung eines jährlichen Finanzberichts zum Nachweis des Eigenanteils sowie eines Schlussberichts zur QZ-Arbeit

4.3.5 Qualitätszirkel

Am Qualitätszirkel der Einrichtungen war an akademisch gebildetem, klinisch tätigem Personal neben dem aus der ärztlichen Leitungsebene zu rekrutierenden Moderator (Chef- bzw. Oberarzt) mit 5 Monatsarbeitsstunden außerdem ein Assistenzarzt oder ein (Neuro-)Psychologe mit 2 Monatsarbeitsstunden zu beteiligen. An nicht akademisch gebildetem, klinisch tätigem Personal war je ein Ergotherapeut, Physiotherapeut und Logopäde zu je 2 Monatsarbeitsstunden zu beteiligen. Außerdem war eine Pflegekraft zu 2 Monatsarbeitsstunden zu beteiligen.

Zu den QZ-Sitzungen waren Protokolle anzufertigen und der Projektleitung einmal im Quartal zusammen mit den GEMIDAS-Daten des Quartals zu übermitteln. Einmal pro Jahr war ein zusammenfassender Bericht zur Qualitätszirkelarbeit zu erstellen und der Projektleitung jeweils bis Mitte November zu übermitteln. Die Protokolle und Berichte entsprachen dabei zugleich dem notwendigen Verwendungsnachweis für den in das Projekt eingebrachten Eigenanteil.

4.3.6 Mentoren

Ergänzend zu der vorangehend beschriebenen vertraglich formalisierten Projektstruktur wurden aus Anlass des 3. Moderatorentreffens (Aufteilung der Kliniken in zwei Gruppen zur gleichzeitigen Bearbeitung der beiden Themenbereiche Schmerzen und Malnutrition) zusätzlich Mentoren benannt, deren Aufgabe im Wesentlichen darin bestand, die Themenbereiche zu den Moderatorentreffen jeweils mit vorzubereiten und die Fachdiskussionen ergebnisorientiert im Sinne der Projektvorgaben zu moderieren.

Mentoren der drei Themenbereiche waren:

- PD Dr. med. Barbara Elkeles, Telgte (Themenbereich 1, Stürze)
- Otto Meyer zu Schwabedissen, Flensburg (Themenbereich 2, Schmerzen)
- Dr. med. Ralf-Joachim Schulz, Berlin (Themenbereich 3, Malnutrition)

Ohne diese ergänzend eingeführte Erweiterung der fachlichen Projektleitung wäre es nicht möglich gewesen, alle drei Themenbereiche zeitgleich und auf hohem Niveau zu erarbeiten.

5. Arbeits- und Zeitplan

5.1 Projektverlauf im Vergleich zum Arbeits- und Zeitplan

5.1.1 Erstes Projektjahr (10/2003 bis 12/2004)

5.1.1.1 Erster Projektabschnitt (10/2003 bis 03/2004)

Meilensteine der Startphase (Oktober 2003 – März 2004):

- Etablierung der Projektinfrastruktur auf Verbundebene (Projektleitung, Evaluation, Kommunikation, Internetplattform)
- Etablierung der Projektinfrastruktur auf Einrichtungsebene (Gründung der Qualitätszirkel, Festlegung der Moderatoren)
- Vorbereitung und Durchführung der Eröffnungsveranstaltung am 23.-24. Januar 2004 in Berlin
 - Vorstellung des Projekts und Festlegung des Arbeitsplans, Anstoß der Qualitätszirkelarbeit, Schulung der Moderatoren in Qualitätsmanagement und Qualitätszirkelleitung
 - Abstimmung und Erstellung einer Prioritätenliste der Problembereiche
- Erarbeitung und Festlegung ergänzender Indikatoren für die zu bearbeitenden Problembereiche
- Implementierung der ergänzenden Indikatoren auf Verbundebene (Anpassung der zentralen Datenbank und Erfassungssoftware) sowie auf Einrichtungsebene (Erhebung und Erfassung)
- Erarbeitung und Bereitstellung von Schulungsunterlagen, Piloterprobungen von Betriebsabläufen und Erhebungsinstrumenten

5.1.1.2 Zweiter Projektabschnitt (04/2004 bis 12/2004)

Erste Analyse-, Planungs- und Umsetzungsphase (April 2004 – Dezember 2004):

- Qualitative, einrichtungsspezifische Analysen zum Problembereich 1 (Stürze)

- Erarbeitung von Benchmarks aus dem Vergleich der Ergebnisqualität bezüglich Problembereich 1
- 1. Moderatorentreffen am 04. Juni 2004 (Braunschweig):
 - Vergleich der einrichtungsspezifischen Strukturen und Prozesse
 - Analyse von Stärken und Schwächen
 - Entwicklung und Festlegung von „Best Practice“-Lösungen für ausgewählten Problembereich („Beste Praxis Sturz“)
- Erste Umsetzungsphase: Implementierung auf Einrichtungsebene (Mai - August 2004)
- 2. Moderatorentreffen am 10. September 2004 (Braunschweig):
 - Erfahrungsaustausch
 - Vorbereitung der 1. Evaluation
 - Vorbesprechung zur Analyse und Planung des zweiten Problemereichs

5.1.1.3 Abweichungen vom Arbeits- und Zeitplan im ersten Projektjahr (2004)

Die für das 2. Moderatorentreffen geplante Schulung zur Prozessanalyse und zum Organizational Redesign wurde verschoben auf das 3. Moderatorentreffen. Begründung: Die Festlegung und Erarbeitung der Themenschwerpunkte einschließlich der Instrumente und Indikatoren war vordringlich und insgesamt arbeits- und abstimmungsintensiver als ursprünglich geplant, auch bedingt durch die Heterogenität der Ausgangssituation der Einrichtungen.

5.1.2 **Zweites Projektjahr (01/2005 bis 04/2006)**

5.1.2.1 Dritter Projektabschnitt (01/2005 bis 09/2005)

Zweite Analyse-, Planungs- und Umsetzungsphase, erste Evaluationsphase (Januar 2005 bis September 2005):

- Evaluation des 4. Quartals 2004 (nach Umsetzung der ersten "Best Practice"-Lösungen) im Vergleich zum 2. Quartal 2004 (vor Beginn der ersten Umsetzungsphase); Erstellung des 1. Benchmarkingberichts

- Analysen zu Problembereichen 2 und 3 (Malnutrition bzw. Schmerzen) auf Einrichtungsebene
- Erarbeitung von Benchmarks aus dem Vergleich der Ergebnisqualität bezüglich Problembereich 2; Diskussion möglicher Benchmarks bezüglich Problembereich 3
- 3. Moderatorentreffen am 21. Januar 2005 (Braunschweig):
 - Präsentation und Diskussion des 1. Benchmarkingberichts
 - Vergleich der einrichtungsspezifischen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse
 - Analyse von Stärken und Schwächen
 - Entwicklung und Festlegung von „Best Practice“-Lösungen für Problembereich 2 (Schmerzen)
 - Diskussion der Behandlungsprozesse und möglicher Benchmarkindikatoren für Problembereich 3 (Malnutrition)
- Zweite Umsetzungsphase: Implementierung auf Einrichtungsebene (Mai – September 2005)
- 4. Moderatorentreffen am 03. Juni 2005:
 - Erfahrungsaustausch
 - Vorbereitung der 2. Evaluation
 - Vorbesprechung zur Analyse und Planung des dritten Problembereichs, Zwischenevaluation des Verbundprojekts

5.1.2.2 Vierter Projektabschnitt (10/2005 bis 04/2006)

Dritte Analyse-, Planungs- und Umsetzungsphase, zweite Evaluationsphase (Oktober 2005 bis April 2006):

- Evaluation des 3. Quartals 2005 (nach Umsetzung der zweiten "Best Practice"-Lösung) im Vergleich zum 1. Quartal 2005 (vor Beginn der zweiten Umsetzungsphase); Erstellung des 2. Benchmarkingberichts
- Analysen zum Problembereich 3 auf Einrichtungsebene
- Erarbeitung von Benchmarks aus dem Vergleich der Ergebnisqualität bezüglich Problembereich 2 und 3

- 5. Moderatorentreffen am 14. Oktober 2005 (Fulda):
 - Präsentation und Diskussion des 2. Benchmarkingberichts
 - Vergleich der einrichtungsspezifischen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse
 - Analyse von Stärken und Schwächen
 - Entwicklung und Festlegung von „Best Practice“-Lösungen für den zweiten und dritten Problembereich
- Zwischenstandsberichte zum Projekt im Ständigen Fachausschuss Qualitätssicherung I der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. am 14.-15. November 2006 (Lingen):
- Vorstellung des Modellprojekts anlässlich des 1. Symposiums des Fördereschwerpunktes "Benchmarking in der Patientenversorgung" mit vorgelagerter Presse- und nachgelagerter Fachkonferenz am 01.-02. Dezember 2005 (Berlin)
- Dritte Analyse-, Planungs- und Umsetzungsphase: Implementierung auf Einrichtungsebene (Oktober 2005 - April 2006)
- 6. Moderatorentreffen am 10. Februar 2006 (Kassel):
 - Erfahrungsaustausch
 - Vorbereitung des 3. Benchmarkingberichts (Evaluation) und der Abschlussauswertung des Modellprojekts
 - Diskussion zur Interessenlage der Projektteilnehmer hinsichtlich Fortsetzung des Projekts über den Förderzeitraum hinaus
 - Diskussion zur Analyse und Planung weiterer Problembereiche
- Vorstellung des Projekts und bisheriger Ergebnisse zum Benchmarking und zur Best Practice (Stürze) anlässlich der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. am 30.-31. März 2006 (Würzburg):
 - Einhelliges Votum des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I, mit dem Anliegen einer Unterstützung zur Fortsetzung des Projekts an den Vorstand heranzutreten

- Information und Angebot zur Fortsetzung von GEMIDAS und Gemidas-QM – zukünftig mit dem entwickelten QM-Modellansatz als führendem System – an den Vorstand der BAG KGE

5.1.2.3 Abweichungen vom Arbeits- und Zeitplan im zweiten Projektjahr (2005)

In Abweichung vom ursprünglichen Arbeitsplan wurden die Themenbereiche 2 (Schmerzen) und 3 (Malnutrition) mit etwa je der Hälfte der Einrichtungen parallel in Angriff genommen, da sich im Projektverlauf des ersten Themenbereichs gezeigt hatte, dass die Implementierung neuer Indikatoren einerseits unverzichtbar, andererseits langwieriger ist, als ursprünglich geplant. Es wurde von den Kliniken daher angeregt, zwei Gruppen zu bilden, die sich parallel entweder mit dem zweiten oder dem dritten Themenbereich befassen, sodass der Verbund wie im Arbeitsplan vorgesehen insgesamt drei Themen bearbeitet, jede einzelne Klinik sich jedoch zunächst nur auf zwei konzentrieren muss und diese dann in der themenspezifisch notwendigen Intensität bearbeiten kann.

Im Zusammenhang mit der Veränderung des Vorgehens wurde die Projektstruktur organisatorisch erweitert, um die Themen inhaltlich ausreichend vorbereiten und begleiten zu können. Die notwendige fachliche Aufbereitung eines Themas mit Recherche, Sichtung, Bereitstellung und Kommentierung von Fachliteratur, Erhebungsmaterialien, Skalen, Indikatoren usw. war im Bereich „Stürze“ vom Projektleiter übernommen worden und hatte sich als sehr arbeitsintensiv herausgestellt. Daher wurden für die drei im weiteren Verlauf parallel bearbeiteten Themenbereiche sog. Mentoren benannt, deren Aufgabe es war, die Themen zu den Moderatorentreffen vorzubereiten, die Diskussionen zu moderieren und ergebnisorientiert auf die Projektziele hin mit voranzutreiben: PD Dr. med. Barbara Elkeles (Telgte) für den Themenbereich 1 (Stürze), Otto Meyer zu Schwabedissen (Flensburg) für den Themenbereich 2 (Schmerzen) und Dr. med. Ralf-Joachim Schulz (Berlin) für den Themenbereich 3 (Malnutrition).

Zum 4. Moderatorentreffen (geplant für Mai 2005, durchgeführt am 03. Juni 2005 wegen Urlaub des Projektleiters) wurden der 3. Benchmarkingbericht sowie Stand

und Best Practice zum 2. und 3. Themenschwerpunkt diskutiert. Die beiden nachfolgenden Moderatorentreffen 5 (geplant: September 2005, durchgeführt: 14. Oktober 2005) und 6 (geplant: Januar 2006, durchgeführt: 10. Februar 2006) haben sich im Nachgang zur Verschiebung des 4. Treffens gleichfalls geringfügig verschoben (jeweils an den Anfang des Folgemonats).

Durch die zeitlich sehr enge Folge wichtiger größerer Fachveranstaltungen – Mitgliederversammlung der BAG KGE im November 2005 in Lingen, Symposium mit Presse- und Fachkonferenz im Dezember 2005 in Berlin (als gastgebendes Verbundprojekt) sowie erneuter Mitgliederversammlung der BAG KGE bereits im März 2006 in Würzburg bei zwischenzeitlicher mehrwöchiger Erkrankung des Projektleiters – war das Projekt insgesamt sehr viel stärker belastet als geplant und de facto bewältigbar war. Bei Antragstellung war der 2006 erfolgende Wechsel des jährlichen Termins der Mitgliederversammlung der BAG KGE (von Herbst auf Frühjahr) nicht bekannt und auch der Termin des ersten bundesweiten Benchmarking-Symposiums noch nicht. All dies zusammen hat die Ausgangslage für das dritte und letzte Projektjahr insgesamt deutlich verschlechtert.

5.1.3 Drittes Projektjahr (05/2006 bis 12/2006)

5.1.3.1 Fünfter Projektabschnitt (05/2006 bis 12/2006)

Abschlussphase des Modellprojekts mit Datenauswertung und Berichterstellung (Mai bis September 2006):

- Erneuter Vergleich der Ergebnisqualität in den drei Problembereichen
- Evaluation der neu installierten Strukturen und Prozesse sowie des Projektverlaufs; Durchführung von Kosten/Nutzen-Analysen (qualitativ); Erstellung eines abschließenden Evaluationsberichts
- Planung eines weiteren Moderatorentreffens in Eigenregie des Verbundes (ohne Zusatzförderung, jedoch mit vom BMG bewilligter Verwendung zuvor eingesparter Fördermittel für Reisekosten)
- 7. Moderatorentreffen am 30. Juni 2006 (Kassel):

-
- Vorstellung und Diskussion des 6. Benchmarkingberichts hinsichtlich der Ergebnisse in den drei Themenbereichen Stürze, Schmerzen und Malnutrition
 - Erfahrungsaustausch zur Umsetzung und Verankerung der modellhaften "Best Practice"-Lösung im Bereich Stürze in den teilnehmenden Einrichtungen
 - Bericht über die Teilnahme des Projektleiters am Meeting des Förderprogramms am 20. Juni 2006 (Düsseldorf); Darstellung und Diskussion der Aktivitäten zur Nachhaltigkeit (Verwertung und Verankerung)
 - Abschließende Projektplanung
 - Problemanalysen hinsichtlich Nachhaltigkeit
 - Erstellung von Publikationen zum Projekt (Hintergrund, Aufbau, Ziele) sowie erster Ergebnisse auf Verbund- (Borchelt et al.) und auf Einrichtungsebene (Elkeles et al.) mit dem Schwerpunkt im Themenbereich Stürze (Benchmarking) und Sturzprophylaxe (Best Practice) in einer geriatrischen Fachzeitschrift (Geriatric Journal, 05/2006)
 - Vorbereitung und Durchführung einer abschließenden Evaluationsveranstaltung am 16. November 2006 (Berlin):
 - Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse aus der abschließenden Projektevaluation
 - Vorstellung und Diskussion von Kosten/Nutzen-Analysen
 - Abschließender Erfahrungsaustausch zur Umsetzung und Verankerung der modellhaften "Best Practice"-Lösungen in den teilnehmenden Einrichtungen
 - Diskussion der Vorgänge von Anfang November 2006 (neue, inkompatible Software, Inanspruchnahme von Markenschutz seitens der Bundesarbeitsgemeinschaft), ihrer Ursachen und der daraus folgenden Konsequenzen; Diskussion von verbleibenden Handlungsoptionen; offizielle Beendigung des Modellprojekts
 - Erstellung und Versand des Benchmarkingberichts zum 3. Quartal 2006, Abschlussevaluation, Berichterstellung

5.1.3.2 Abweichungen vom Arbeits- und Zeitplan im dritten Projektjahr (2006)

Eine positive Abweichung gegenüber dem Antrag besteht darin, dass letztendlich Ergebnisparameter in allen drei Problembereichen evaluiert werden konnten (der ursprüngliche Plan ging davon aus, dass dies nur in 2 Bereichen möglich sein würde). Eine weitere positive Abweichung besteht darin, dass ein siebtes Moderatoren-treffen tatsächlich vollständig auf der Basis eines 6. Benchmarkingberichts durchgeführt werden konnte, obwohl das Projektmanagement (Dr. Loos) selbst bereits nicht mehr teilnehmen konnte und auch für die Projektverantwortlichen der teilnehmenden Kliniken keine Verpflichtung hierzu mehr bestand. Ursprünglich geplant war nur, ein solches Treffen anzuregen und zu begleiten. Dementsprechend war im Projektplan auch kein Termin für dieses Moderatoren-treffen vorgegeben. Wie in den Jahren zuvor fand es jedoch „termingerech“ etwa 4 Monate nach dem 6. Moderatoren-treffen statt.

Demgegenüber steht als negative Abweichung, dass die im September geplante Abschlussveranstaltung nicht mehr im Förderzeitraum durchgeführt werden konnte. Dies steht einerseits sicherlich in Zusammenhang mit dem erst kurz zuvor vollständig durchgeführten 7. Moderatoren-treffen, andererseits aber auch mit den umfangreichen Arbeiten an der Sichtung, Auswertung und Interpretation der Daten, der Erstellung einer Publikation sowie der umfangreichen Prüfung, Validierung und Vervollständigung der Nachweise zum Eigenanteil der teilnehmenden Kliniken seitens der Projektleitung und des Projektmanagements. Es steht jedoch auch in Zusammenhang mit der schlechten Ressourcenlage auf der zentralen Projektebene, die sich durch die zahlreichen Veränderungen beim Übergang von 2005 nach 2006 deutlich bemerkbar gemacht hat.

Aufgrund der Verlängerungsbewilligung des BMG vom 26.09.2006 zur weiteren Fortsetzung des Projekts im Zeitraum vom 01.10.2006 bis 31.12.2006 konnte jedoch die im Projektantrag vorgesehene Evaluationsveranstaltung am 16.11.2006 in Berlin gleichfalls durchgeführt werden. Ziel dieser Veranstaltung war ein umfassendes Feedback für die teilnehmenden Kliniken zu den Projektergebnissen sowie zu einem weiteren Benchmarking-Bericht. Außerdem sollten Fortsetzungsmöglichkeiten diskutiert und das diesbezügliche Procedere festgelegt werden. Aufgrund der unmittel-

bar im Vorfeld zu dieser Veranstaltung vorgenommenen Änderungen der Rahmenbedingungen stand die Evaluationsveranstaltung ganz im Zeichen der Diskussion dieser Vorgänge, ihrer Ursachen und der daraus folgenden Konsequenzen. Die Projektkliniken hatten durchaus weiterhin Interesse an einer Fortsetzung, es fand sich jedoch niemand, der kurzfristig hierzu ein Konzept erarbeitet, zumal die einhellige Auffassung bestand, dass der Projektleiter aufgrund seiner Expertise dieses tun sollte. Diesem waren aber zum Zeitpunkt der Veranstaltung durch die neu geschaffenen Fakten vollständig die Hände gebunden, sodass eine Auflösung der diversen neuen und schwierigen Problemlagen mit gleichzeitiger Konzepterstellung schon aus Zeitgründen nicht mehr in Frage kam. Das Projekt wurde damit am Ende der Evaluationsveranstaltung für beendet erklärt.

5.2 Positive und negative Erfahrungen im Projektverlauf

5.2.1 Erfahrungen auf Verbundebene

5.2.1.1 Positive Erfahrungen im Projektverlauf auf Verbundebene

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen hat sich im Projektverlauf gezeigt, dass die Unterstützung, Leitung und Moderierung durch eine zentrale, koordinierende Stelle unabdingbare Voraussetzung für den Projekterfolg ist; einrichtungsübergreifende Initiativen ohne ausreichend schlagkräftige zentrale Koordination scheinen deshalb kaum denkbar.

Eine weitere positive Erfahrung wurde mit der Benennung von Mentoren für fachspezifische Themenbereiche gemacht. Dies entlastet die übergreifende fachliche Projektleitung und bringt – wenn die Mentoren mit entsprechendem Engagement die klinikübergreifenden Moderatorentreffen fachlich mit vorbereiten und die Diskussionen ergebnisorientiert moderieren – Themenbereiche schneller voran. Ohne diese zum 4. Moderatorentreffen eingeführte Erweiterung der Projektstruktur wären die beiden führenden Problembereiche – Stürze und Schmerzen – vermutlich nicht so weit gediehen, wie sie in der relativ kurzen Zeit der zweijährigen vollen Projektaktivität (Februar 2004 bis Februar 2006) tatsächlich vorangebracht werden konnten.

Künftige Überlegungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit und Fortführung der Projektergebnisse sollten diese Aspekte entsprechend berücksichtigen.

5.2.1.2 Negative Erfahrungen im Projektverlauf auf Verbundebene

Es wurden keine für eine fachliche Evaluation des Projekts relevanten negativen Erfahrungen gemacht.

5.2.2 **Erfahrungen auf Einrichtungsebene**

Die im folgenden angegebenen Erfahrungen auf Einrichtungsebene gehen auf die strukturierte Abschlussevaluation des Projekts durch die Moderatoren der teilnehmenden Kliniken zurück (qualitative Angaben). Zusammen mit den quantitativen Ergebnissen dieser Abschlussevaluation finden sich diese auch im Ergebnisteil (Abschnitt 7).

5.2.2.1 Positive Erfahrungen im Projektverlauf auf Einrichtungsebene

Von den Moderatoren wurden als größte Stärken des Projekts u. a. angegeben:

- Deutlicher Beitrag zur Qualitätsverbesserung in den bearbeiteten Bereichen
- Gemeinsames Arbeiten an Dauerbrennern / Kernproblemen der Geriatrie
- Deutliche Zunahme des Fachwissens zu den gewählten Problemfeldern
- Erarbeitung einer „Besten Praxis Sturzdiagnostik und -prävention“
- Risikoadjustierte Sturzerfassung
- Unterstützung im Kampf um geriatrische Belange innerhalb der eigenen Einrichtung
- Fachlich-wissenschaftlich und logistisch sehr gute Begleitung des Projekts durch die Projektleitung
- Hilfreiche Literaturhinweise und Links
- Abteilungs- und professionsübergreifende Qualitätszirkel
- Viele Anregungen durch Kommunikation zwischen Teilnehmern / Ideenaustausch
- Änderung von klinikinternen Strukturen nach externen Vorgaben
- Wichtiger Baustein für Risk-Management der Klinik

- Vergleich mit anderen Einrichtungen

5.2.2.2 Negative Erfahrungen im Projektverlauf auf Einrichtungsebene

Von den Moderatoren wurden als größte Schwächen des Projekts u. a. angegeben:

- Teilweise geringe Datenqualität / verspätete Datenlieferung durch Einrichtungen; ungeprüfte Validität der erhobenen Daten; Generierung sensibler Daten
- Hoher zeitlicher und personeller Aufwand für Moderatorentreffen und Projektaufgaben; sehr komplexe Themen und Ziele
- Die intensive Arbeit am Problemfeld ‚Sturz‘ hat Ressourcen gebunden, die für andere Problemfelder nicht mehr zur Verfügung gestellt werden konnten
- Zu knapper Zeitraum nach Einführung von neuen Messparametern, um Schlussfolgerungen über den Nutzen von Interventionen ziehen zu können
- Häufig fehlende Vergleichbarkeit der Arbeit verschiedener geriatrischer Einrichtungen bei unterschiedlichem Patientenkontext in unterschiedlichen geriatrischen Institutsformen; sehr unterschiedlicher Status der einzelnen Einrichtungen;
- Geringe Akzeptanz der Internetplattform; unterschiedlicher Wissensstand und Führung durch die Mentoren zu den Themen
- In den Problembereichen „Schmerz“ und „Malnutrition“ weniger geeignete Messparameter für Benchmarking; kein Benchmark-Kriterium für „Malnutrition“; klinischer und praktischer Nutzen erscheint teilweise fraglich (Malnutrition)

6. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

6.1 Erhebungsmethodik

6.1.1 Auswahl und Entwicklung von Instrumenten / Indikatoren

Das Geriatriische Minimum Data Set in der Standardfassung eignet sich zwar grundsätzlich gut für basale Ergebnisvergleiche (z.B. Anteil Entlassungen nach Hause, Anteil gehfähig entlassener Patienten, Effektivität und Effizienz der Verbesserung in der Selbsthilfefähigkeit etc.) und damit zu einer ersten Positionsbestimmung. Ohne spezifische Erweiterungen können hieraus jedoch weder konkrete Ansatzpunkte zur Verbesserung und Optimierung der Behandlungsprozesse abgeleitet werden, noch können interpretationsfähige Benchmarks erstellt werden, da hierzu themenspezifische Analysen und ggf. Risiko-Adjustierungen vorgenommen werden müssen.

Das Modellprojekt Gemidas-QM verfolgte daher das Ziel, entsprechende Erweiterungen gezielt zu entwickeln und auf Praktikabilität und Interpretierbarkeit hin zu untersuchen. Dabei hat sich zu Projektbeginn schnell erwiesen, dass jede Erweiterung und Ausdehnung der klinischen Dokumentation und Datenerhebung gerade in der aktuellen Situation durchgreifender Änderungen im Zuge der Reform des Gesundheitswesens einerseits sehr gut begründet, andererseits zugleich auch von direktem Nutzen für die klinische Routine sein muss.

Die nachfolgend dargestellten GEMIDAS-Erweiterungen sind exakt vor diesem Hintergrund sorgfältig ausgewählt, entwickelt und abgestimmt worden. Dabei wurden insbesondere folgende Aspekte mit herangezogen bzw. berücksichtigt:

- Abrechnungsrelevanz (z.B. OPS 8-550, ICD U50./U51.-)
- Leitlinienkonsistenz
- Fachspezifische, evidenzbasierte Qualitätsindikatoren (z.B. ACOVE^{9,10})
- Mehrfachnutzen (ein Indikator – mehrere Skalen)
- Vermeidung von Doppelerhebungen
- Prozesstauglichkeit (z.B. Trigger für Behandlungspfade und „beste Praxis“)

6.1.2 Erhebungsinstrumente

Mit der im Modellprojekt erarbeiteten Erweiterung um vier JA/NEIN-Indikatoren und zwei Fragen zu Gewichts- und Appetitverlust, zwei Fragen zur Schmerzhäufigkeit/-intensität, zur Schmerzdauer und Stimmung bei Aufnahme sowie Messung von Körpergröße und -gewicht ließ sich bereits ein inhaltlich deutlich umfangreicheres, erhebungstechnisch aber weiterhin sehr sparsames Basis-Assessment realisieren, das sich in ein Benchmarking- und Best-Practice-Modell im Sinne eines vollständigen QM-Systems integrieren lässt (vgl. Tab. 3).

Bereich	Instrument	Erhebungszeitpunkt
Selbsthilfefähigkeit	Barthel-Index (BI) ¹¹	Aufnahme Entlassung
Mobilität	Timed Up & Go (TUG) ¹²	Aufnahme Entlassung
Demenz/ Kognition	MMSE ¹³	Aufnahme
Alternativ:	EBI ¹⁴	Aufnahme Entlassung
Depression	LachsFehler! Textmarke nicht definiert., ggf. GDS ¹⁵	Aufnahme
Schmerzen (GQM)	• Häufigkeit	Aufnahme Entlassung
	• Intensität	Aufnahme Entlassung
	• Dauer	Aufnahme
Sturzrisiko	STRATIFY ¹⁶ , mod.	Aufnahme
Sturzhäufigkeit	Sturzkategorien (GQM)	Verlauf
Ernährungsstatus	MNA ¹⁷ (mod., red.)	Aufnahme Entlassung

Tab. 3: Eingesetzte Instrumente zur Datenerhebung (GQM: Eigenentwicklung; mod.: modifiziert; red.: reduziert)

Unter Nutzung aller sich ergebenden Synergien wurde GEMIDAS damit sehr kosteneffizient zu einer QM-Version mit hohem Nutzwert erweitert: Gemidas-QM ist

- vollständig konform zu den Mindestanforderungen des OPS 8-550
- klinisch direkt anwendbar (Entscheidungen in der klinischen Routine)
- diagnostisch relevant (Depression, Demenz, Stürze, Malnutrition)
- relevant für Patienten und Angehörige (Ergebnisse)
- benchmarktauglich (intern, extern; Prozessoptimierung etc.)
- rechtskonform (erfüllt verpflichtende Auflagen nach § 137 a SGB V)
- werbewirksam (internetbasierte Qualitätsberichte nach § 137 SGB V u.a.)

6.1.3 Zusammenfassende Übersicht: GEMIDAS-Standard und Gemidas-QM

GEMIDAS-Standard: Obligatorische <u>funktionelle</u> Assessments		
Instrument	Erhebungszeitpunkte	
Barthel-Index	Aufnahme	Entlassung
Timed Up & Go	Aufnahme	Entlassung
MMSE	Aufnahme	
Gemidas-QM: Obligatorische <u>ergänzende</u> Indikatoren / Assessments		
Themenbereich 1 – Stürze: Obligatorische Indikatoren		
Item	Kodierung	Zeitpunkt
Kürzlicher Sturz in den letzten 2 Monaten	Ja/Nein	Aufnahme
Verwirrtheit, Desorientiertheit, Agitiertheit	Ja/Nein	Aufnahme
Alltagsrelevante Sehbehinderung	Ja/Nein	Aufnahme
Toilettendrang	Ja/Nein	Aufnahme
Stürze der Kategorie I	Anzahl	Im Verlauf
Stürze der Kategorie II	Anzahl	Im Verlauf
Stürze der Kategorie III	Anzahl	Im Verlauf
Stürze der Kategorie IV	Anzahl	Im Verlauf
Ggf. Art der Fraktur	ICD	Nach Sturz mit Fraktur
Ggf. Art der Verletzung	ICD	Nach Sturz mit Verletzung
Themenbereich 2 – Schmerzen: Obligatorische Indikatoren		
Item	Kodierung	Zeitpunkt
Schmerzhäufigkeit	4-stufig	Aufn., Entl.
Schmerzintensität	4-stufig	Aufn., Entl.
Schmerzdauer (>6 Monate)	Ja/Nein	Aufnahme
Art der Erhebung	selbst/fremd	Aufn., Entl.
Yale-Item „traurig/niedergeschlagen“	Ja/Nein	Aufnahme
Themenbereich 3 – Malnutrition: Obligatorische Indikatoren		
Item	Kodierung	Zeitpunkt
Gewichtsverlust	4-stufig	Aufnahme
Appetitverlust	3-stufig	Aufnahme
Körpergröße und -gewicht (BMI)	kg/cm ²	Aufn., Entl.
Gemidas-QM: Fakultative <u>ergänzende</u> Indikatoren / Assessments		
Item	Kodierung	Zeitpunkt
Kognitive Alltagsfähigkeiten (EBI)	6 Items	Ggf. Aufn., Entl.
Proteinaufnahme (MNA-Subskala)	4 Items	Im Verlauf
GDS-15	15 Items	Aufn., Entl.

Tab. 4: Übersicht über die eingesetzten Instrumente von GEMIDAS und Gemidas-QM

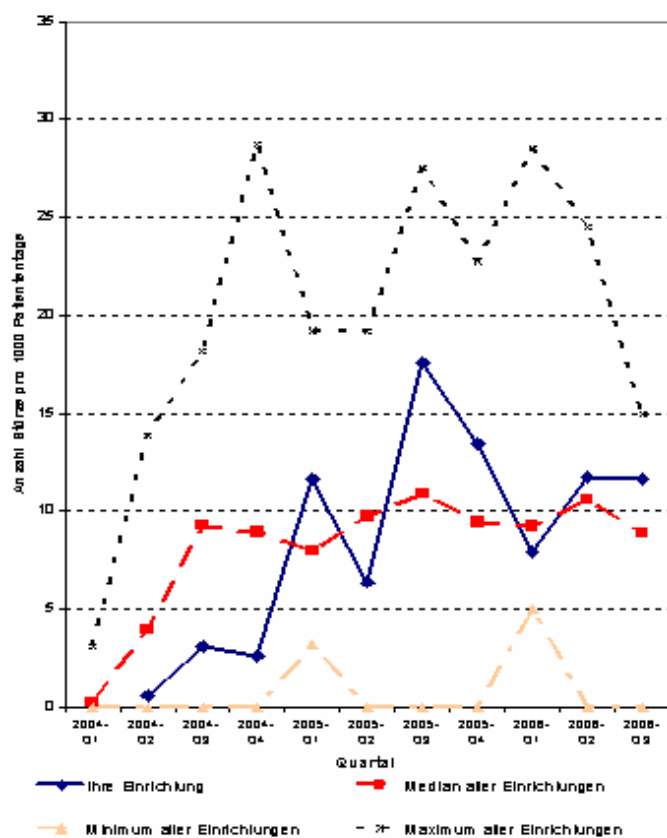
Geriatrisches Minimum Data Set, QM-Version 4.3.02 (GEMIDAS-QM), Aufnahmebogen												
Sozial	Soziales Umfeld/Angehörige _____ Wohnumfeld _____ Aktivitäten (in-/aushäusig) _____ Pflege- / Hilfsmittelbedarf _____ Patientenverfügung _____ Patientenvertreter _____ Betreuer _____											
Barthel-Index	Transfer	0	5	10	15	Teil-Summe: <input type="text"/>	MNA	MNA-C	Stratify			
	Gehen/Rollstuhl	0	5	10	15							
	Treppensteigen	0	5	10		MNA-C +1						
	Essen	0	5	10		MNA-C +1						
	Sich waschen	0	5			= MNA-N						
	Baden/duschen	0	5									
	An-/Auskleiden	0	5	10								
	Toilette benutzen	0	5	10								
	Inkontinenz	Harninkontinenz	0	5	10	Barthel-Index				MNA-N	100 U50.00	NEIN 0
	Stuhlinkontinenz	0	5	10	20-35 U50.40							
	Toilettendrang	Nein / fragl.: 0		Ja: 1					NEIN 0			
									JA 1			
Kognitive Alltagsfähigkeiten (EBI)	Sehen/Neglect	0	5	10	15	(ggf. LACHS-Item)	MNA-E	2 = 70-90 U51.00 1 = 20-65 U51.10 0 = 0-15 U51.20	NEIN 0 JA 1			
	Kann bei MMSE entfallen:	0	5	10	15	Fakultativ						
	Verstehen	0	5		15	EBI-Score						
	Kommunizieren	0	5		15							
	Sozial interagieren	0	5		15							
	Probleme lösen	0	5		15							
Gedächtnis [#]	0	5	10	15	< 70 Pkt.? ==> MMSE	Zelle #21 wenn nicht MMSE!						
		# < 15 ? ==> MMSE										
Mental-status	Verwirrtheit	0	1	2	MMSE (Beiblatt)	Vorbefund <6Mo. Ja	MNA-E	2 = 24-30 U51.02 1 = 17-23 U51.12 0 = 0-16 U51.22	NEIN 0 JA 1			
	Desorientiertheit	0	1	2								
	Agitiertheit	0	1	2								
	Gedächtnis vgl. EBI	0	5	10	15							
Vergesslichkeit (Fremdangabe)	JA	unbek.	NEIN	JA oder < 15 Pkt.? ==> MMSE								
Affekt	Traurig / niedergeschlagen? (LACHS-Item)	0	1	> JA ? ==> GDS	GDS (Beiblatt)			0-4 = normal 5-15 = auffällig				
Stürze	Kürzlicher Sturz (2 Mo.)	0	1	JA => Sturzevaluation	STRATIFY (mod.)	Kürzlicher Sturz ?	STRATIFY-Summe = <input type="text"/>	NEIN 0 JA 1				
	>= 2 Stürze i.J. od. m. Verletzung	0	1									
	Timed Up & Go		Sek.	997 nicht gehfähig								
Schmerzen	Schmerzhäufigkeit	0 - nie 1 - gelegentlich 2 - immer			Häufigkeit							
	Schmerzintensität	0 - keine 1 - leichte 2 - starke 3 - stärkste			Intensität							
	Schmerzdauer	5 - kürzer als 6 Monate 6 - 6 Monate od. länger			Dauer							
Ernährungsstatus	Reduzierte Nahrungsaufnahme (letzte 3 Mo., krankheitsbedingt)	0	1	2	= MNA-A	MNA-Sub	MNA-A MNA-B MNA-F	NEIN 0 JA 1				
	Gewichtsverlust (letzte 3 Mo., unfreiwillig)	0	1	2	= MNA-B							
	Gewicht (ggf. Größe)* => BMI	>3kg	unbek.	1-3kg	Nein				< 11 ? ==> vollst. MNA			
	BMI-Bewertung = MNA-F	0	1	2	3				< 4 ? ==> Malnutrition			
		<19	19.-<20	20.-<23	>=23							

Abb. 3: Illustration der Erhebungsmethodik: Exemplarischer Gemidas-QM-Aufnahmebogen

6.2 Auswertungsmethodik

Die in den Kliniken erhobenen und eingegebenen Daten wurden quartalsweise an die Gemidas-Zentrale gesandt, dort grundlegend aufbereitet, entsprechend der Datenschutzvorschriften pseudonymisiert und an das IGES weitergeleitet. Primäre Aufgabe von IGES war es, jedes Quartal für jede teilnehmende Klinik einen individuellen Benchmarking-Bericht zu erstellen: In diesem Bericht sollte die Klinik ihre Daten des aktuellen Quartals mit den Daten anderer Kliniken im selben Quartal (Querschnittvergleich) und mit den Daten aus vorhergehenden Quartalen (Längsschnittvergleich) vergleichen können.

Zur Erstellung dieser 23 Berichte je Quartal wurde ein halbautomatischer Prozess etabliert: Die Daten wurden in SPSS auf Vollständigkeit und Plausibilität hin geprüft und ausgewertet (Berechnung des Median, von Minimum und Maximum etc.). Bei Auffälligkeiten – z. B. unplausibel hohen Sturzraten – wurde über die Gemidas-Zentrale Rücksprache mit den Einrichtungen gehalten, um die Daten entweder zu bestätigen oder aber zu korrigieren. Die Ergebnisse wurden automatisiert in



Excel-Mappen übertragen, um dort die Tabellen und Graphiken zu erstellen. Diese Tabellen und Graphiken wiederum wurden automatisiert an Word übergeben, um dort die standardisierten Quartalsberichte zu erstellen. Die fertiggestellten Berichte wurden nochmals auf Plausibilität geprüft, in eine PDF-Datei umgewandelt und dann mit dem Pseudonym versehen an die Projektleitung versandt, die wiederum die Versendung der Berichte an die einzelnen Einrichtungen übernahm.

Neben dieser routinemäßigen Erstellung der Quartalsberichte wurden noch Zusatzauswertungen durchgeführt, insbesondere im Zusammenhang mit dem STRATIFY-Summenscore. Hier wurde zum einen mit Hilfe verschiedener Testverfahren und logistischen Regressionsmodellen (in SPSS) geprüft, inwieweit der Stratify-Summenscore und die Einzelitems zur Vorhersage eines Sturzes geeignet sind.

Zum anderen wurde mit Methoden der direkten und indirekten Standardisierung versucht, eine höhere Vergleichbarkeit der Sturzraten zwischen den Einrichtungen herzustellen. Dazu wurde im einen Fall berechnet, wieviele Stürze in einer Einrichtung zu erwarten wären, wenn die Patienten in dieser Einrichtung – bei gegebener einrichtungsspezifischer Sturzwahrscheinlichkeit je Sturzrisikogruppe (gemessen mit den STRATIFY-Score) – dasselbe Risikoprofil aufwiesen wie die Patienten im Durchschnitt aller Einrichtungen. Im anderen Fall wurde berechnet, wieviele Stürze in einer Einrichtung zu erwarten wären, wenn die Patienten – bei gegebener einrichtungsspezifischer Risikoverteilung – genauso oft stürzen würden wie die Patienten im Durchschnitt aller Einrichtungen.

7. Ergebnisse

7.1 Ergebnisse auf Verbundebene

7.1.4 Etablierung der Projektadministration

7.1.4.2 Neue Projekthomepage

Die neue Homepage (www.gemidas-qm.de) wurde zum 3. Moderatorentreffen vorgestellt. Die Adressen der Einrichtungsvertreter sind auf der Homepage aufgeführt, damit ein verstärkter Austausch zwischen den Kliniken stattfinden kann.

Die Homepage wird seitdem kontinuierlich aktualisiert und enthält u.a. - in dem den Teilnehmern offen stehenden Forumsbereich - Protokolle von Qualitätszirkeln, Projektunterlagen, Darstellungen von Behandlungspfaden, Literaturverweise, projektbezogene Diskussionen, Online-Abstimmungen u.v.a.m. Die ersten Benchmarkergebnisse zum Thema Sturz werden gleichfalls für die Öffentlichkeit zugänglich auf der Homepage vorgestellt.

7.1.4.3 Datenschutz

Die zuständige Ethikkommission hat ihr positives Votum unter den Vorbehalt der schriftlichen Zustimmung sowohl des zuständigen behördlichen als auch des Landesdatenschutzbeauftragten gestellt. Das positive Votum beider Stellen erging am 02.06.2005. Das Projekt wurde zuvor im April 2005 einer zweiten datenschutzrechtlichen Prüfung und Begehung vor Ort unterzogen.

7.1.4.4 EDV

Die zusätzlichen Datenmasken für die Themenbereiche 2 und 3 wurden Anfang 2005 in die Gemidas-Software integriert und sind seitdem verfügbar. Der Datentransfer erfolgt verschlüsselt und komprimiert (3DES-Verfahren) gemäß Datenschutzkonzept.

7.1.4.5 Erstellung von Benchmarking-Berichten

Siehe Abschnitt 6.2

7.1.5 Schulung der Teilnehmer

Schulung in der Moderation von Qualitätszirkeln, Bereitstellung entsprechender Schulungsunterlagen (Eröffnungsveranstaltung)

7.1.6 Treffen auf Verbundebene

- Eröffnungsveranstaltung in Berlin (23./24.01.2004): 23 teilnehmende Kliniken (TN)
- 1. Moderatorentreffen in Braunschweig (04.06.2004): 20 TN
- 2. Moderatorentreffen in Braunschweig (10.09.2004): 21 TN
- 3. Moderatorentreffen in Braunschweig (21.01.2005): 20 TN
- 4. Moderatorentreffen in Wiesbaden (03.06.2005): 21 TN
- 5. Moderatorentreffen in Fulda (14.10.2005): 21 TN
- 6. Moderatorentreffen in Kassel (10.02.2006): 20 TN
- 7. Moderatorentreffen in Kassel (30.06.2006): 15 TN (ohne Verpflichtung)
- Evaluationsveranstaltung in Berlin (16.11.2006): 17 TN

7.1.7 Außendarstellung des Projekts

- Internetpräsenz
 - Bereitstellung von Informationen und Materialien aus dem Projekt unter der Internetadresse www.gemidas-qm.geriatrie-web.de (seit September 2005)
- Präsentationen auf wissenschaftlichen Kongressen und Symposien (öffentlich)
 - 11. Jahrestagung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), 14.-16. Oktober 2004, Marburg
 - Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, 15.-17. Juni 2005, Berlin
 - 1. Symposium des Förderschwerpunktes „Benchmarking in der Patientenversorgung“, 01. Dezember 2005, Berlin
- Fachtagungen (teils fachöffentlich, teils nicht-öffentlich)
 - Teilnahme am 1. verbundübergreifenden Workshop „Kick-off“ (20.09.2004, Bonn)

- Gastgeber und Teilnehmer des 2. verbundübergreifenden Workshops „Benchmarking“ (02.12.2005, Berlin)
- Teilnahme am 3. verbundübergreifenden Workshop „Nachhaltigkeit“ (20.06.2006, Düsseldorf)
- Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 14. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V., 14.-15. November 2005, Lingen.
- Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 15. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V., 30.-31. März 2006, Würzburg.
- Pressearbeit
 - Vorstellung des Projekts auf der Pressekonferenz der Bundesministerin für Gesundheit anlässlich des bundesweit 1. Symposiums „Benchmarking in der Patientenversorgung“, 1. Dezember 2005, Berlin
 - Interview für Artikel „Streben nach Exzellenz - Das Modellprogramm ‚Benchmarking in der Patientenversorgung‘ soll den Klinikalltag verbessern. Die besten Hospitäler treten dabei in einen Vergleich und lernen voneinander.“ (jobpilot.de, 05. April 2005)
- Veröffentlichungen
 - Loos S & Borchelt M (2005). Sturzprävention in geriatrischen Kliniken: Erste Ergebnisse des bundesweiten Benchmarking-Projekts GEMIDAS-QM. *Z Gerontol Geriat*, 38, 307-309
 - Borchelt M, Loos S, Fleischhauer C, Schiffhorst G & Poser D (2006). Benchmarking & Best Practice: Modellprojekt Gemidas-QM. *Geriatric Journal* 5/06, 33-37

7.2 Ergebnisse auf Einrichtungsebene

7.2.1 Qualitätszirkelarbeit

Auf Einrichtungsebene wurden regelmäßige multidisziplinäre Qualitätszirkeltreffen durchgeführt. Insgesamt fanden 505 Qualitätszirkeltreffen statt. Alle Protokolle liegen der Projekt-

leitung vor (Nachweis Eigenanteil) und sind zu einem großen Teil auch im geschlossenen Projektforum anderen Projektteilnehmern zugänglich.

7.2.2 Umsetzung der Erhebungsroutinen zu den Problembereichen

In den Einrichtungen wurden Maßnahmen getroffen, um die für das Projekt erforderlichen Daten in allen drei Problembereichen erheben zu können. Dazu wurden Erhebungsinstrumente und Erhebungsprozesse angepasst oder etabliert. Die Daten zu den drei Problembereichen wurden an die Zentrale Datenstelle in Berlin geliefert.

7.2.3 Problemanalyse und Maßnahmen zur Problem-Minimierung

In den Bereichen Sturz, Schmerz und Malnutrition wurden in den Einrichtungen Problemanalysen zum Stand der Versorgung und zu Versorgungsdefiziten durchgeführt. In allen drei Problembereichen wurden in verschiedenen Einrichtungen schon Maßnahmen geplant und teilweise – v.a. zum Sturz - umgesetzt, die zu einer Verringerung der Probleme (Sturzhäufigkeit, Schmerzen, Malnutrition) führen sollen. Details dazu finden sich in Kapitel 66.

7.3 Ergebnisse nach Problembereichen

7.3.1 Ergebnisse Sturz

Im Problembereich Sturz wurden Ergebnisse insbesondere hinsichtlich der (Erfassung der) Sturzhäufigkeit und –schwere, der Erfassung des Sturzrisikosassessments und der Erstellung einer „Best-Practice Sturzrisikoassessment und Sturzprophylaxe“ erzielt.

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 (Oliver et al., 1997^{16,18}) 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 2 Monate vor Aufnahme)
 - Mentale Alteration
 - Sehbehinderung
 - Toilettendrang
 - Transfer/Mobilität 15-20 Punkte

Dieses Instrument des Sturzrisikoassessments ist im Internet publiziert unter www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/GQMSTRATIFY_Skala.doc.

Das Sturzrisikoassessment wurde beginnend mit dem dritten Quartal 2004 in den Kliniken als Routineverfahren implementiert (Abb. 4). Die ersten Kliniken hatten die Implementierung bereits spätestens 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-90prozentige Implementierung und/oder hatten Schwierigkeiten, die Daten im geforderten Format zeitnah an die zentrale Datenbank zu übermitteln. Zwei Kliniken (Gruppe IV) konnten aufgrund von internen EDV-Umstellungen erst sehr spät Daten übermitteln, eine Klinik der Gruppe III musste wegen noch nicht geklärter Unplausibilitäten aus nachfolgenden Betrachtungen ausgeschlossen werden (überzufällige Häufung identischer Angaben zu sturzbedingten Frakturen als Aufnahmeanlass und Verlaufsergebnis).

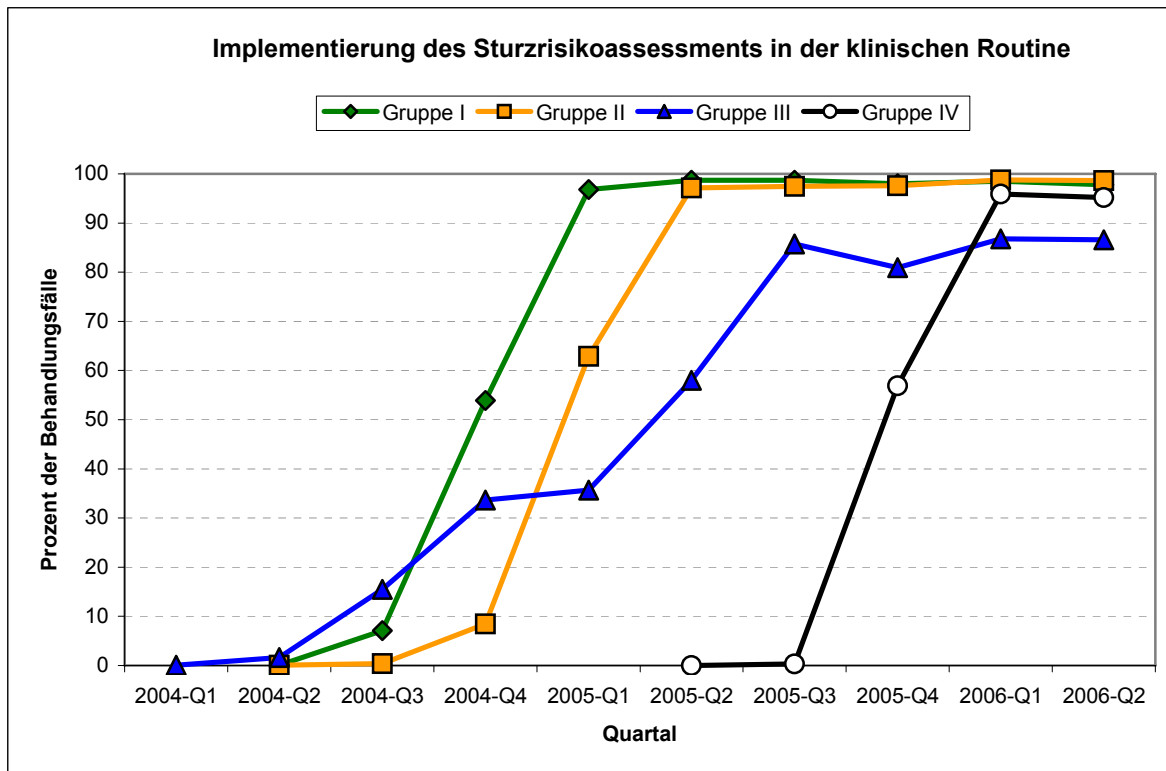


Abb. 4: Implementierung des Sturzrisikoassessments nach Klinikgruppe und Quartal

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

Erläuterungen zur Sturzerfassung sind im Internet veröffentlicht unter www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/DefinitionSturz260404c.pdf.

Die Zahl der Stürze je Kategorie wurde im Verlauf fallbezogen erfasst und dokumentiert. Um zu einer Standardisierung der Sturzzraten und damit zu einer Vergleichbar-

keit zwischen den Kliniken zu gelangen, wurde aus den übermittelten Quartalsdaten jeweils die auf 1000 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 1000 Pflgetage im 2. Quartal 2006 (Abb. 5).

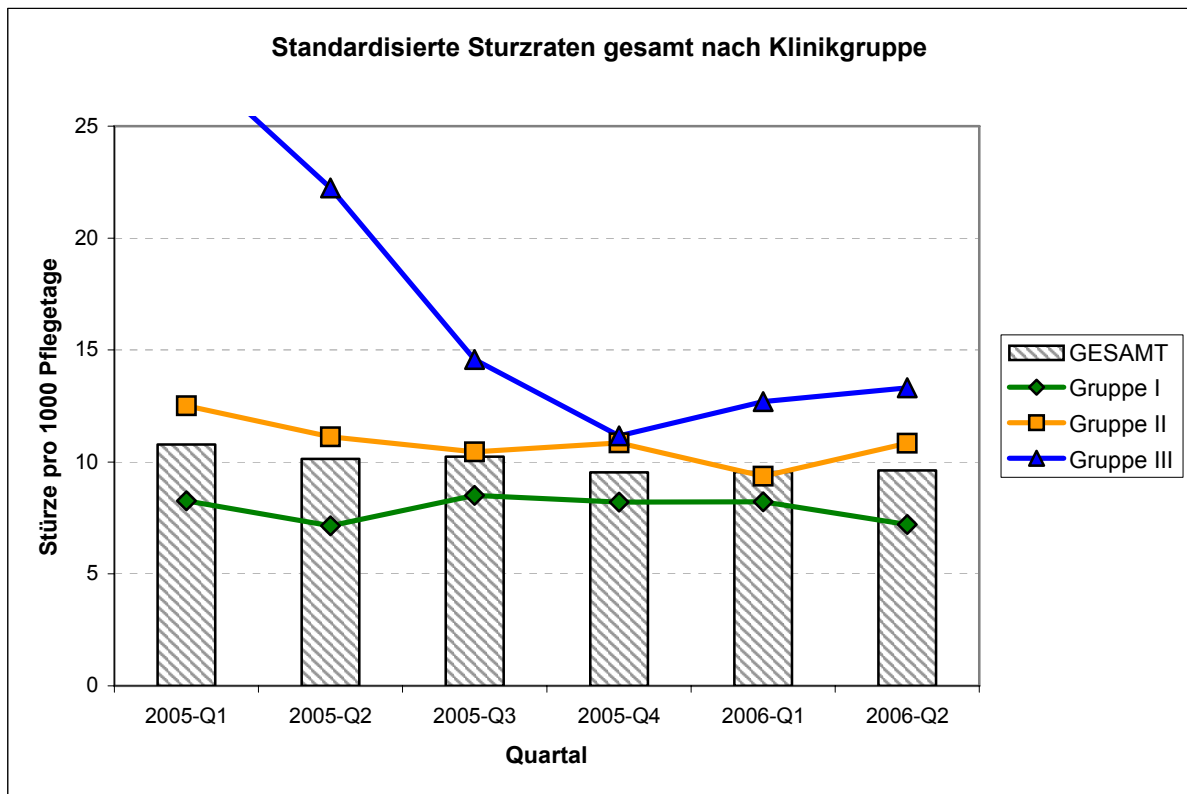


Abb. 5: Standardisierte Sturzzraten gesamt (Kategorien 1 bis 4) nach Klinikgruppe und Quartal (nur Fälle mit Sturzrisikoassessment)

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 1000 Pflgetage aufwies und aktuell bei 7,2 Stürzen pro 1000 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 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 Sturzzraten pro 1000 Pflageetage für alle und für folgenschwere Stürze in den verschiedenen Sturzrisikoklassen zeigt Abb. 6 (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).

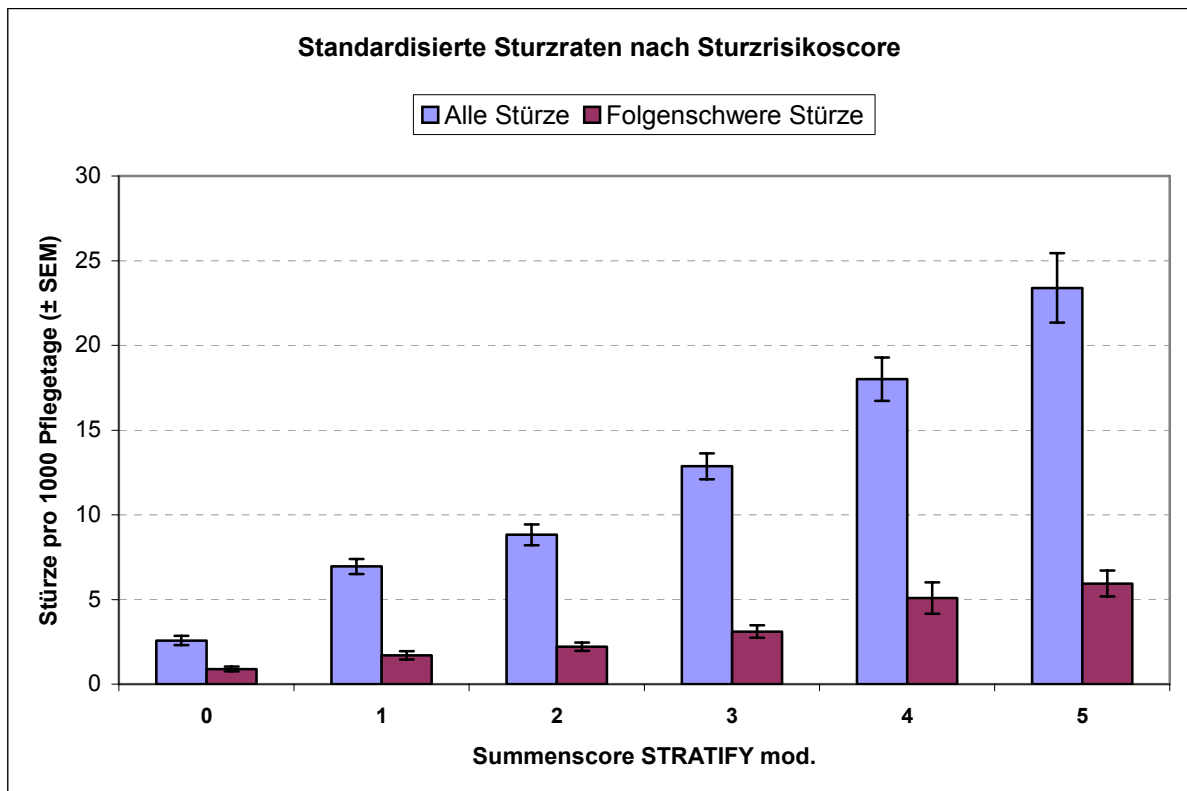


Abb. 6: Standardisierte Sturzzraten nach Sturzrisiko und Sturzkategorien

Darüber hinaus haben Analysen auf Einrichtungsebene ergeben, dass dieser Zusammenhang zwischen STRATIFY-Score und Sturzrate auch in den meisten Einrichtungen mehr oder weniger stark nachzuweisen war. Nur in wenigen Einrichtungen war dieser Zusammenhang nicht eindeutig.

Darüber hinaus wurde der STRATIFY-Score auch verwendet, um durch eine Risikoadjustierung der Sturzzraten der verschiedenen Einrichtungen miteinander vergleichbar zu machen. In der folgenden Abbildung wird dargestellt, wie viele Stürze in einer Einrichtung zu erwarten gewesen wären, wenn die Einrichtungen ein identisches Sturzrisikoprofil ihrer Patienten gehabt hätten.

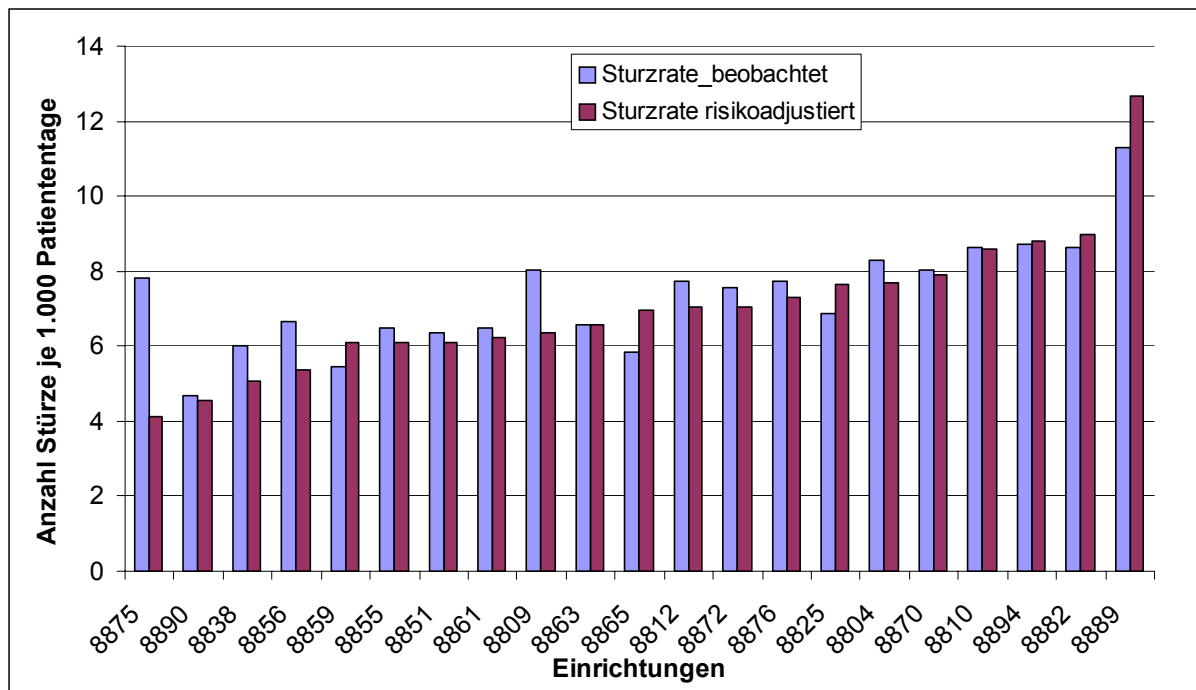


Abb. 7: Risikoadjustierte Sturzraten nach Einrichtungen

So weist beispielsweise die Einrichtung 8875 im dritten Quartal 2006 eine beobachtete Sturzrate von 7,8 Stürzen je 1.000 Patiententagen auf. Offensichtlich waren die Patienten in dieser Einrichtung jedoch aufgrund ihrer Konstitution (STRATIFY-Score) deutlich sturzgefährdeter als die Patienten im Durchschnitt aller Einrichtungen. Zieht man dies in Betracht, sinkt die risikoadjustierte Sturzrate der Einrichtung 8875 auf 4,1 Stürze je 1.000 Patiententage.

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:

1. Sturzanamnese bei geriatrischen Patienten (Screening) (BPS-1)
2. Funktionelles Mobilitätsassessment (BPS-2)
3. Erweitertes Sturzrisikoassessment (BPS-3)
4. Multidimensionale Sturzdiagnostik als Basis für gezielte Interventionen (BPS-4)

5. Patientenzentrierte Maßnahmen zur Sturzprävention (BPS-5)
6. Medizinisch-psychosoziale Maßnahmen zur gezielten Intervention (BPS-6)
7. 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 Berichte 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“ (Abb. 8) ist zusammen mit den Detail-Ergebnissen des Delphi-Prozesses veröffentlicht unter www.gemidas-qm.de/docs/Beste-Praxis-Sturz_V20051208i.pdf (Borchelt, Elkeles & Loos, 2005¹⁹).

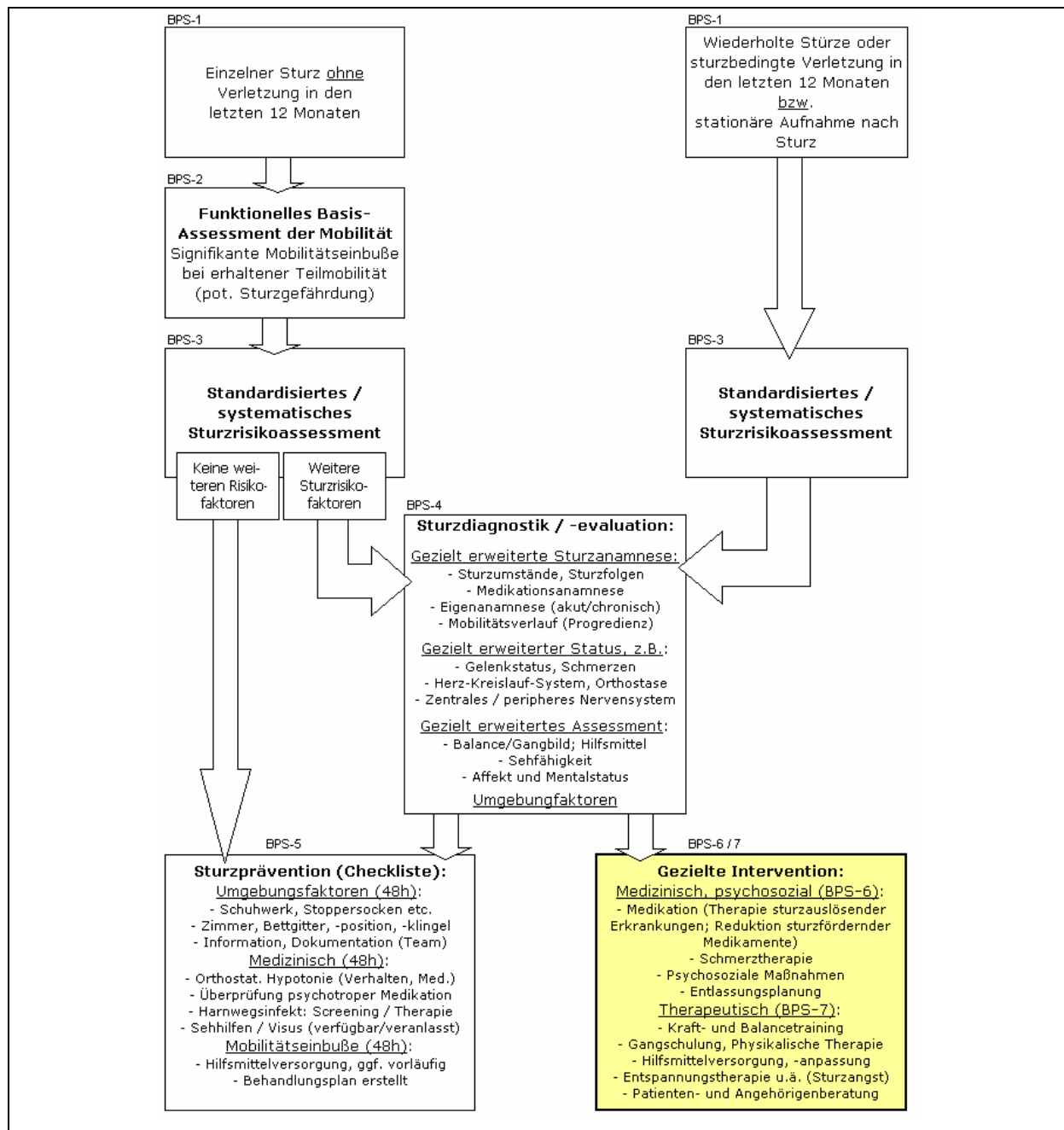


Abb. 8: Beste Praxis Sturz

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, 2005²⁰) 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 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 dem selben 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, klinikindividuell 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.

7.3.2 Ergebnisse Schmerz

Schmerzassessment: Beginnend mit dem ersten Quartal 2005 wurden einrichtungsübergreifend in anfangs 12, später 16 Kliniken standardisiert Daten zur Schmerzhäufigkeit, Schmerzintensität und Schmerzanamnese (Dauer) sowie zur Depressivität (Screening) erhoben.

Die Kliniken unterscheiden sich wiederum in der Geschwindigkeit, mit der die Implementierung erfolgreich abgeschlossen wurde (Abb. 9). Insgesamt 9 Kliniken (Gruppe P1) hatten bereits im 3. Quartal 2005 eine Vollständigkeitsquote über 85%

erreicht, während der Implementierungsprozess in den übrigen 7 Kliniken (Gruppe P2) verzögert oder weniger stabil verlief. Hierbei ist natürlich zu berücksichtigen, dass nur drei von diesen Kliniken der Primärgruppe angehörten, während die anderen vier diesen Themenbereich zusätzlich zu dem von ihnen primär gewählten Themenbereich Malnutrition übernahmen.

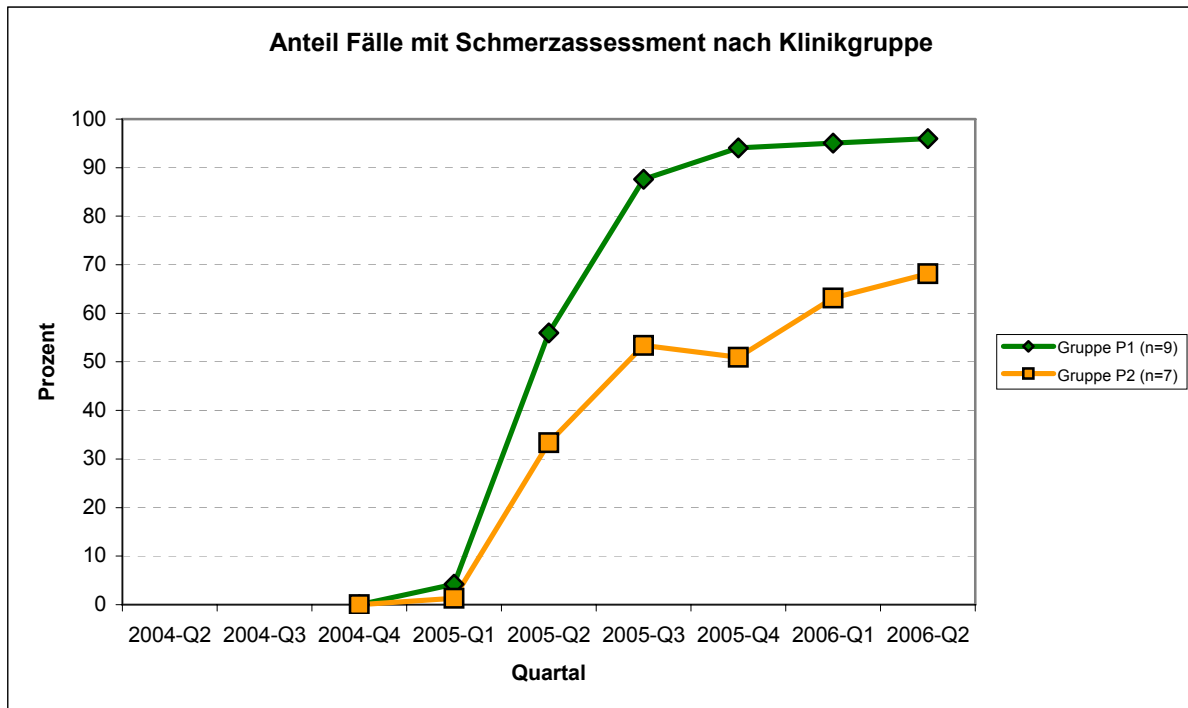


Abb. 9: Implementierung des Schmerzassessments in der klinischen Routinedokumentation

Entlassungsassessment bei Schmerzpatienten: Von besonderer Bedeutung für den Einrichtungsvergleich hinsichtlich der Behandlungsergebnisse ist die Vollständigkeit des Entlassungsassessments bei Schmerzpatienten. Ohne eine Statusmessung am Behandlungsende kann der Erfolg der Behandlung nicht direkt beurteilt werden.

Auch in der Vollständigkeit des Schmerzassessments bei Entlassung von Schmerzpatienten (definiert durch die Angabe von gelegentlicher oder andauernder Schmerzen im Aufnahmeassessment) unterscheiden sich die beiden Klinikgruppen P1 und P2 (Abb. 10). Der Klinikgruppe P1 gelingt es deutlich schneller, sicher zu stellen, dass ein problemspezifisches Assessment bei Schmerzpatienten vor der Entlassung (Häufigkeit und Intensität von Schmerzen) erneut durchgeführt wird. Die Ausfallquote liegt bereits im 3. Quartal unter 5%, während sie in der Gruppe P2 auch im 2. Quartal

2006 noch über 5% liegt. In beiden Gruppen ist aber eine deutliche Verbesserung der Vollständigkeit zu verzeichnen.

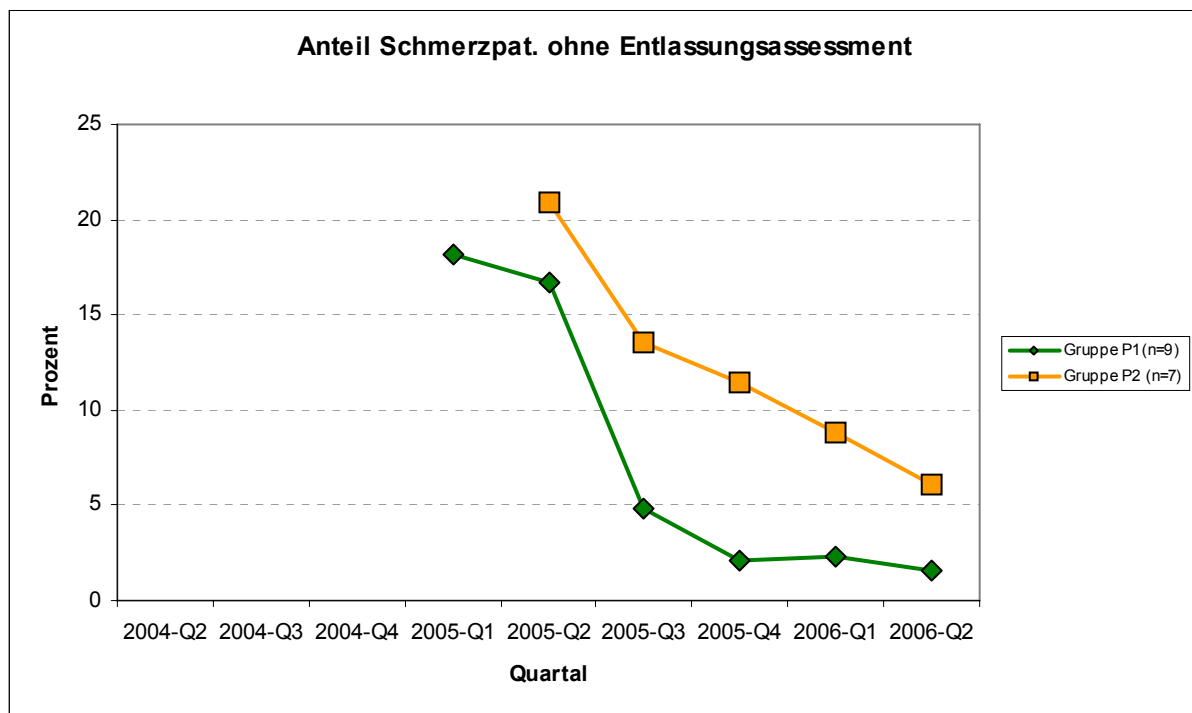


Abb. 10: Anteil Schmerzpatienten ohne Entlassungsassessment

Behandlungsergebnisse bei Schmerzpatienten: Der Anteil der Schmerzpatienten, die schmerzfrei entlassen werden konnten, wird in Abb. 11 für beide Klinikgruppen dargestellt. Hier unterscheiden sich die beiden Klinikgruppen zwar weniger, dennoch erreicht die Klinikgruppe P1 durchgehend einen höheren Anteil der schmerzfrei entlassenen Patienten (33,4% im 2. Quartal 2006, $n=316$ von $N=944$ Schmerzpatienten) als die Klinikgruppe P2 (27,5% im gleichen Quartal, $n=217$ von $N=789$).

Insgesamt zeichnet sich in beiden Klinikgruppen ein positiver Trend hinsichtlich der Behandlungsergebnisse ab, auch wenn man diese Betrachtung auf den Zeitraum ab dem 3. Quartal 2005 beschränken muss, da eine ausreichende Vollständigkeit der Implementierung erst ab diesem Zeitpunkt erreicht ist.

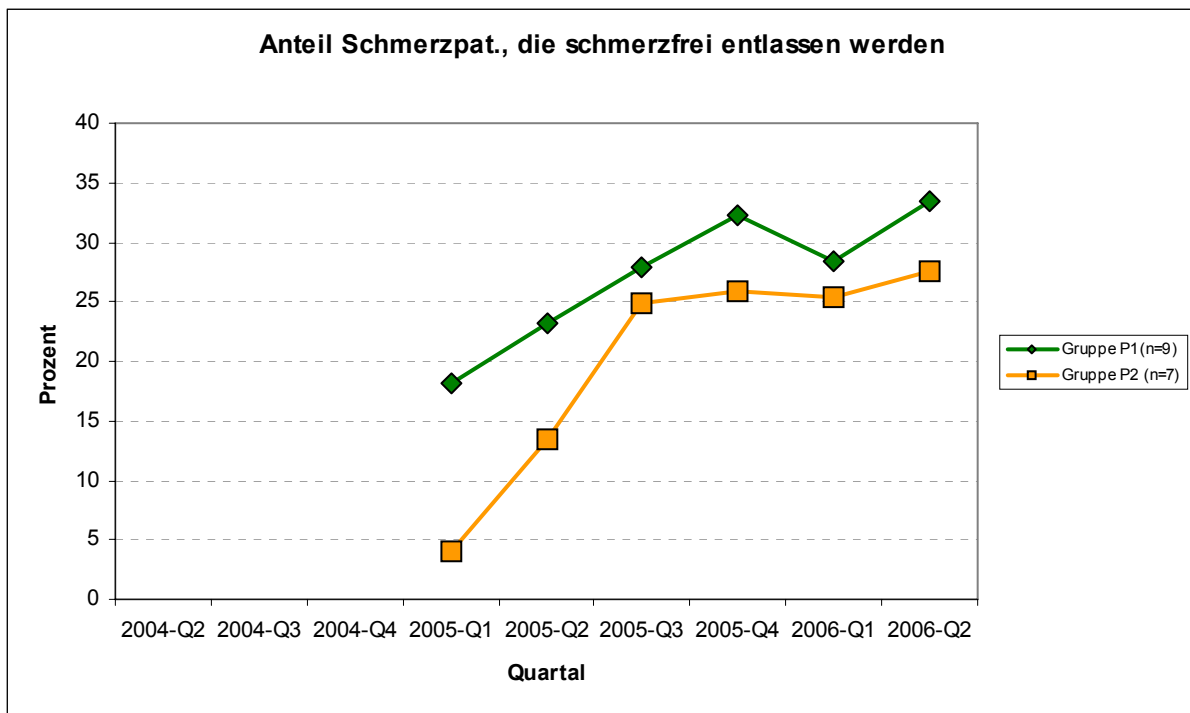


Abb. 11: Anteil Schmerzpatienten, die schmerzfrei entlassen werden

Best-Practice Definition: Mit dem Erfahrungsaustausch, der Literaturrecherche und der Diskussion zur Erarbeitung einer Best-Practice für Schmerzpatienten wurde verbundübergreifend zum 4. Moderatorentreffen begonnen. Im weiteren Projektverlauf wurden diese Arbeiten intensiviert und schließlich im Rahmen eines Delphi-Prozesses formalisiert. Die Abstimmungsergebnisse des ersten Durchgangs lagen im September 2006 vor und zeigten einen bereits weitgehenden Konsens zu den erarbeiteten Modulen und Prozessen einer „Besten Praxis Schmerz“. Da jedoch zu einigen Aspekten durchaus noch Uneinigkeit (kein Konsens) besteht, wird das abschließende Ergebnis erst in einer zweiten Abstimmung ermittelt werden können.

7.3.3 Ergebnisse Malnutrition

Beginnend mit dem 2. Quartal 2005 wurden zunächst in 9 Kliniken, später in insgesamt 12 Kliniken standardisiert Daten zum Risiko einer Mangelernährung erhoben (basierend auf den drei zentralen Screening-Parametern „Reduzierte Nahrungsaufnahme“, „Gewichtsverlust“ und „BMI“, jeweils analog zu den Definitionen des Mini Nutritional Assessment, MNA, kodiert). Zusätzlich zu Körpergewicht und -größe bei Aufnahme wird das Gewicht der Patienten bei Entlassung erhoben.

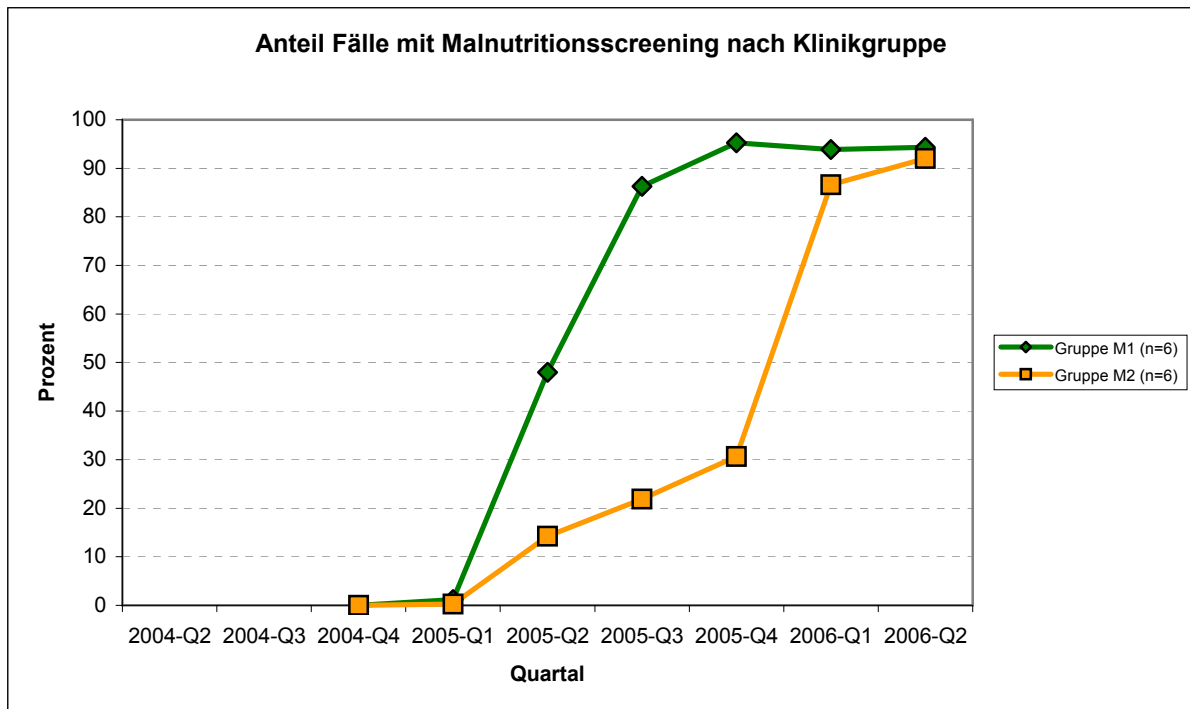


Abb. 12: Implementierung des Malnutritionsscreenings in der klinischen Routedokumentation

Insgesamt 6 Kliniken gelang es, innerhalb von zwei Quartalen eine Implementierungsquote des Ernährungsscreenings von über 85% zu erzielen. Die übrigen sich mit dem Themenbereich „Malnutrition“ befassenden Kliniken erreichten diese Quote im 1. Quartal 2006 (Abb. 13).

Die drei verwendeten Screening-Indikatoren – reduzierte Nahrungsaufnahme, Gewichtsverlust und BMI – wurden nach einem dem MNA entlehnten Scoringsystem bewertet (0 bis 3 Punkte bei der Einstufung des Gewichtsverlustes, 0 bis 2 Punkte bei der Einstufung der reduzierten Nahrungsaufnahme). Diese Indikatoren, die Bestandteil der meisten Assessmentinstrumente zum Ernährungsstatus sind, lassen sich auf diese Weise zu einem Score aufsummieren, der einen Wertebereich von 0 bis 8 Punkten umfasst und ein Minimalscreening des Ernährungsstatus repräsentiert. Auch wenn die drei Items inhaltlich weitgehend unstrittig zu einem Ernährungsassessment gehören, so der hier gebildete Score allerdings nachfolgend noch einer genaueren wissenschaftlichen Untersuchung und Analyse.

Wird zunächst arbiträr (deskriptiv) der Cut-Off zwischen 4 und 5 Punkten angelegt, so zeigt sich, dass bereits etwa ein Viertel der geriatrischen Patienten in den beteiligten Kliniken im unteren Wertebereich (0 bis 4 Punkte) liegt (Abb. 13).

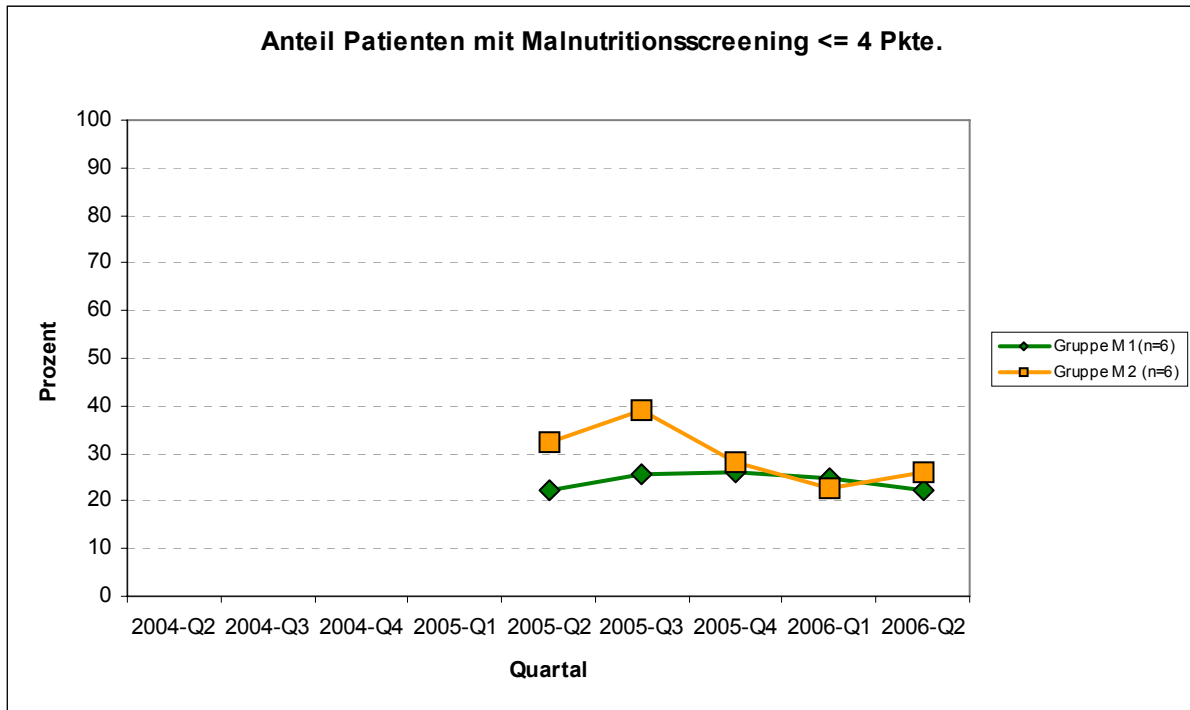


Abb. 13: Anteil Patienten in deutlich reduziertem Ernährungszustand (Screening \leq 4 Punkte)

Die Festlegung eines problemspezifischen Benchmarkindikators steht allerdings noch aus und stellt in diesem Bereich auch ein besonderes, eher grundsätzliches Problem dar. Verschiedene Indikatoren (etwa intraindividuelle Gewichts- oder BMI-Zunahme oder Verbesserung in einem MNA-analogen Risikoscore, der grundsätzlich aus dem Standard-GEMIDAS-Datensatz ergänzt um einige problemspezifische Parameter abgeleitet werden könnte) wurden im Verbund eingehend diskutiert jedoch ohne abschließenden Konsens.

Denkbar wäre auch ein indirektes Vorgehen mittels Identifizierung einer Hochrisikogruppe für Malnutrition beispielsweise anhand eines MNA-analogen Risikoscores. Die Ergebnisse der beteiligten Kliniken in dieser speziellen Risikogruppe könnten dann anhand allgemeiner Outcome-Parameter (z.B. Mobilität bei Entlassung mittels Timed Up & Go, Selbsthilfefähigkeit bei Entlassung anhand des Barthel-Index und/oder anhand der Neueinweisungen in ein Pflegeheim, Häufigkeit schwerer

Komplikationen im Verlauf anhand des Entlassungsortes oder der Mortalitätsrate) verglichen werden. Rein deskriptiv zeigt sich nämlich eine gewisse Korrelation zwischen dem erzielten Mobilisierungsgrad am Behandlungsende und dem Ernährungsstatus zu Behandlungsbeginn (Abb. 14). Die beiden hier nach Aspekten der Prozessqualität differenzierten Klinikgruppen unterscheiden sich allerdings stärker in den Patientengruppen mit gutem Ernährungsstatus (Score >5) und eher nicht hinsichtlich der – insgesamt schlechteren – Ergebnisse in den Patientengruppen mit deutlich reduziertem Ernährungsstatus bei Aufnahme (Score < 3). Inwiefern die Unterschiede im mittleren Bereich (Score zwischen 3 und 5) problemspezifisch bewertet werden können muss weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

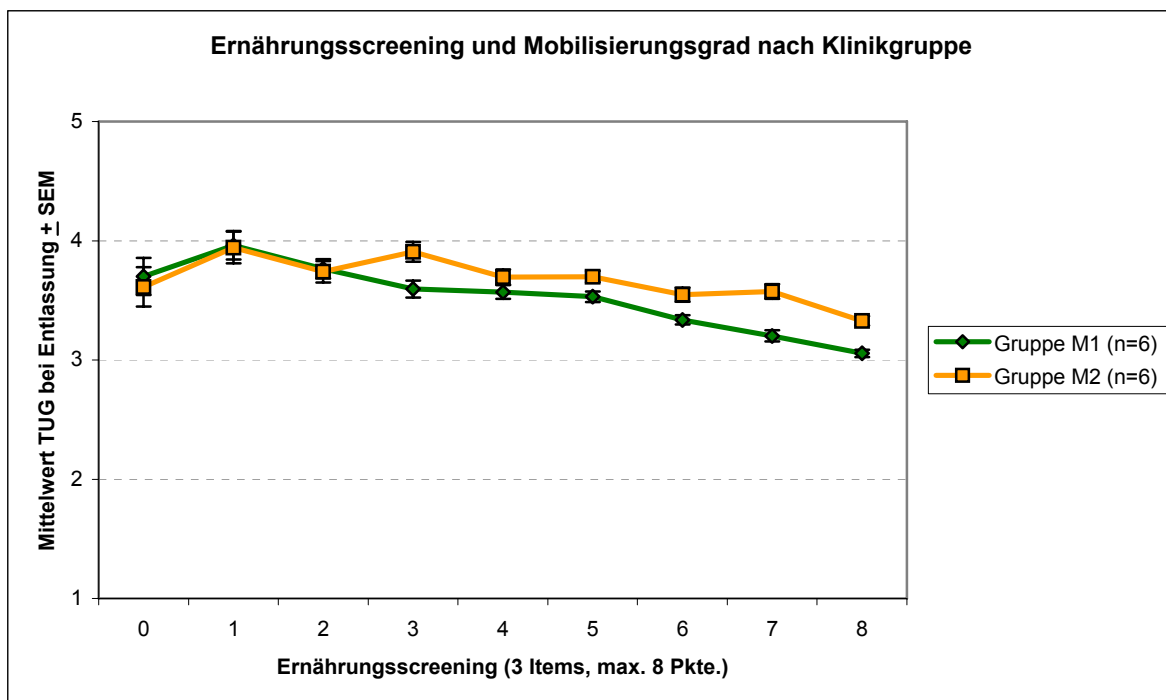


Abb. 14: Anteil Patienten in deutlich reduziertem Ernährungszustand (Screening ≤ 4 Punkte)

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Benchmarkindikatoren für Malnutrition bestimmbar. Grundsätzlich wird nach eingehender Auseinandersetzung mit dem Problembereich vom Projektpanel eher bezweifelt, ob es überhaupt einen geeigneten spezifischen Benchmark geben kann, der hinreichend valide, veränderungssensitiv und mit nicht zu hohem Aufwand in der Routine erhoben werden kann.

Beste Praxis bei Mangelernährung: Schon durch die Erhebung der standardisierten Risikofaktoren hat sich die Identifikation von Risikopatienten verbessert. Zudem hat sich – als willkommener Nebeneffekt – das Problembewusstsein und das Wissen über die Häufigkeit der Mangelernährung bei geriatrischen Patienten, die Kenntnis über verschiedene problemspezifische Assessmentverfahren sowie – durch den Austausch der beteiligten Kliniken untereinander – die Kenntnis über mögliche Strategien der Ernährungsintervention verbessert.

In einigen Kliniken wurde zudem anhand von Essprotokollen unterschiedlichster Detaillierungsgrade überprüft, ob Patienten das essen, was sie essen sollten (über einen definierten Zeitraum von 2-3 Tagen). Teilweise wurde dies aber aufgrund des zu großen Aufwandes und der Unmöglichkeit einer routinemäßigen Umsetzung wieder abgebrochen. Mit der Diskussion über die Erarbeitung einer Best-Practice für mangelernährte Patienten wurde verbundübergreifend (Moderatorentreffen) begonnen.

7.4 Ergebnisse der abschließenden Befragung der Moderatoren

Im Rahmen der abschließenden Projektevaluation erhielten die Moderatoren der Einrichtungen einen strukturierten Fragebogen (siehe Abschnitt 14) hinsichtlich Umsetzung der Projekthalte und Bewertung des Projektablaufs sowie der -ergebnisse. Insgesamt 20 Einrichtungen haben auswertbare Fragebögen zurückgesandt.

7.4.1 Ergebnisse Sturz

Eine zusammenfassende Übersicht der nachstehend beschriebenen Ergebnisse gibt Abb. 15.

7.4.1.1 Sturzprotokoll

11 der 20 Einrichtungen (55 %) hatten schon vor Projektbeginn ein detailliertes Sturzprotokoll etabliert, dies aber im Rahmen des Projekts modifiziert. Die übrigen 9 Einrichtungen haben ihr detailliertes Sturzprotokoll im Rahmen des Projekts neu etabliert.

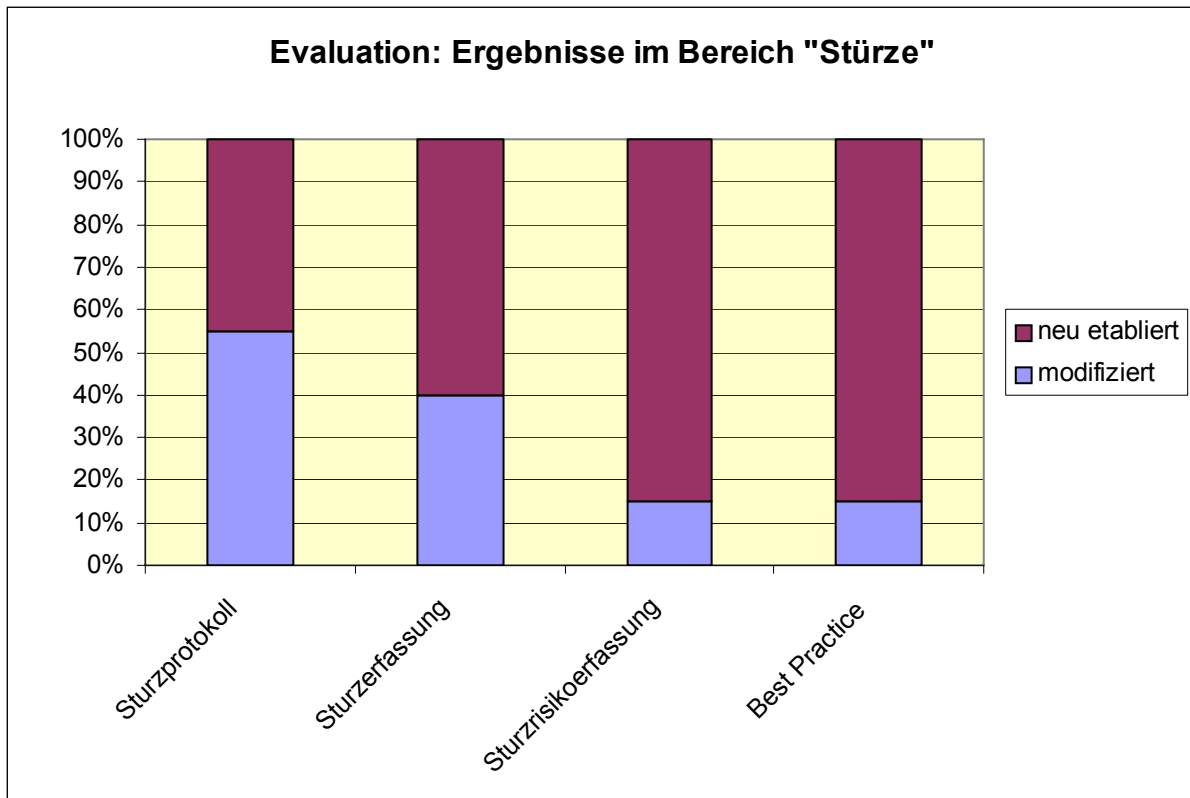


Abb. 15: Interne Projektevaluation: Ergebnisse im Bereich „Stürze“

7.4.1.2 Sturzerfassung

Eine systematische Erhebung der Art und Anzahl der Stürze fand in 8 Einrichtungen (40 %) schon vor Projektbeginn statt, wurde aber im Verlauf des Projekts überarbeitet. 12 Einrichtungen haben diese systematische Erhebung während des Projekts neu etabliert. Alle Einrichtungen wollen die im Rahmen des Projekts modifizierte bzw. etablierte Erfassung der Art und Anzahl der Stürze auch nach Projektende fortsetzen.

7.4.1.3 Sturzrisikoerfassung

Lediglich 3 Einrichtungen (15 %) hatten schon vor Projektbeginn eine systematische Erfassung des individuellen Sturzrisikos etabliert; dieses wurde dann im Rahmen des Projekts modifiziert. Die überwiegende Mehrzahl der Einrichtungen (85 %) hat erst im Rahmen des Projekts eine systematische Erfassung des Sturzrisikos bei Patienten eingeführt. Alle 20 Einrichtungen planen, diese Sturzrisikoerfassung auch nach Beendigung des Projekts fortzuführen.

7.4.1.4 Prozessmanagement Sturz

Lediglich 3 Einrichtungen (15 %) hatten schon vor Projektbeginn einen systematischen Prozess zur Identifikation, Diagnostik, Therapie und Dokumentation von Sturzrisiko-/Sturzpatienten etabliert; dieser wurde dann im Rahmen des Projekts nochmals modifiziert. Die überwiegende Mehrzahl der Einrichtungen (85 %) hat erst im Rahmen des Projekts einen solchen systematischen Prozess etabliert.

7.4.1.5 Maßnahmen zur Senkung von Sturzhäufigkeit und -schwere

Die Einrichtungen haben neben den zuvor beschriebenen eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen, um die Sturzhäufigkeit und die Schwere von Sturzfolgen zu senken. Dazu gehören insbesondere:

- Schulung der Mitarbeiter
- Information und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen zur Verminderung des Sturzrisikos (z. B. durch Flyer und persönliche Beratung)
- Information von Nachbehandlern (z. B. Hausarzt über Sturzrisiko)
- Besondere Kennzeichnung von sturzgefährdeten Patienten (z. B. am Bett oder in der Krankenakte)
- Abbau von extrinsischen Sturzrisikofaktoren (Verbesserung der Beleuchtung, bessere Organisation der WC-Gänge, Optimierung der Betthöhe, Matratzen vor dem Bett, bessere Rollstühle mit Antikippvorrichtung, Barrieren an Treppenhäusern etc.)
- Vermehrte Verordnung und Optimierung der Versorgung mit Hüftprotektoren (z. B. auch durch Informationen zur Steigerung der Akzeptanz)
- Anschaffung neuer Fixiersysteme für Patienten, bei denen der Einsatz nach Gespräch mit Patienten und Angehörigen oder nach richterlicher Anordnung notwendig ist
- Gezielte physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung zur Verminderung des Sturzrisikos
- Einsatz von Sensormatten

7.4.1.6 Wissen und Fertigkeiten der Beschäftigten

In 14 Einrichtungen (70 %) hat das Projekt sehr, in den übrigen 6 Einrichtungen etwas dazu beigetragen, dass Wissen und die Fertigkeiten der Beschäftigten zum Thema Sturzprävention zu verbessern.

7.4.1.7 Reduktion der Sturzhäufigkeit und der Sturzfolgen

Für 6 Einrichtungen (30 %) war das Projekt sehr, für 13 Einrichtungen war es eher hilfreich, um die Anzahl der Stürze sowie die Folgen von Stürzen zu minimieren. Nur für eine Einrichtung war das Projekt eher nicht hilfreich.

7.4.2 **Ergebnisse Schmerz**

Eine zusammenfassende Übersicht der nachstehend beschriebenen Ergebnisse gibt Abb. 16.

7.4.2.1 Erhebung von Schmerzhäufigkeit und -intensität

Lediglich in 2 Einrichtungen (10 %) fand schon vor Projektbeginn eine systematische Erhebung von Schmerzhäufigkeit und -intensität statt; diese Erhebung wurde dann im Laufe des Projekts modifiziert. In 13 Einrichtungen (65 %) wurde diese Erhebung während des Projekts neu etabliert. Drei weitere Einrichtungen planen noch die Einführung einer solchen Erhebung (k. A.: 2 Einrichtungen). In 13 Einrichtungen (65 %) ist geplant, diese Erhebung auch nach Abschluss der Projektförderung fortzusetzen; nur in einer Einrichtung ist dies – aufgrund des Erhebungsaufwands und des aus Sicht der Einrichtung zweifelhaften klinischen / praktischen Nutzens – nicht geplant (weiß nicht / k. A.: 6 Einrichtungen).

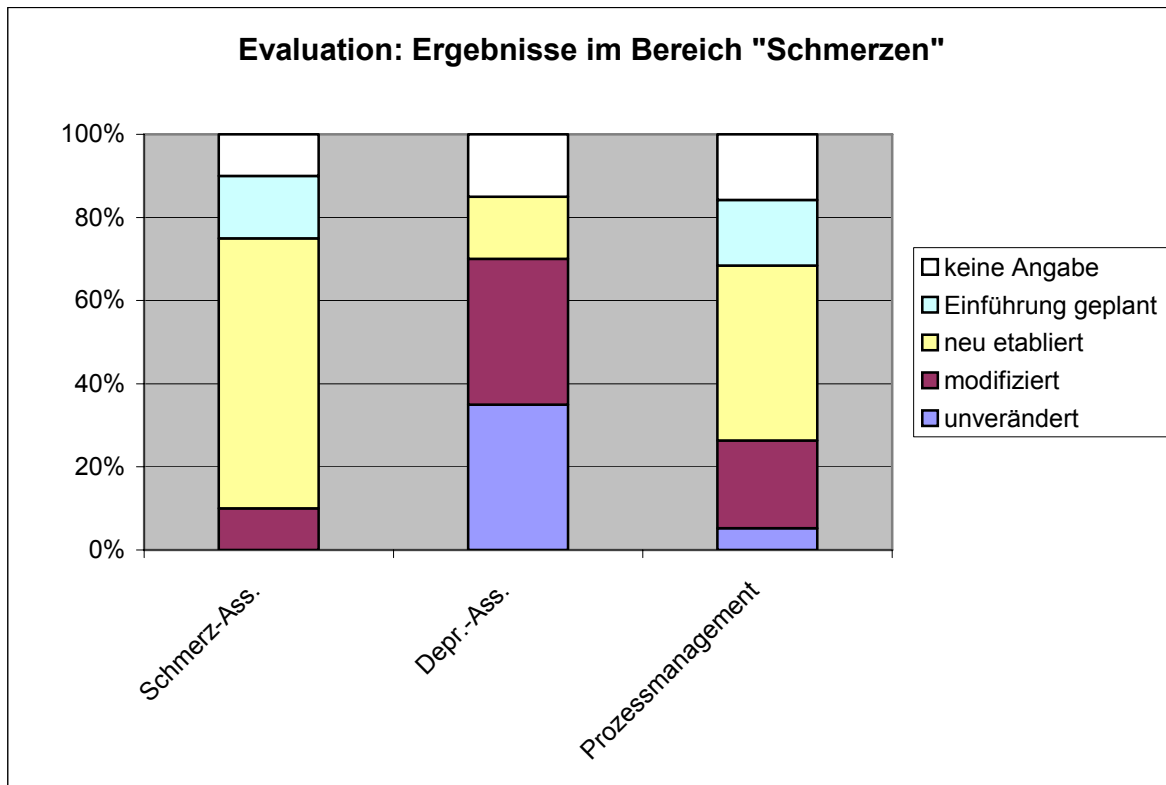


Abb. 16: Interne Projektevaluation: Ergebnisse im Bereich „Schmerzen“ (Ass. = Assessment; Depr. = Depressivität)

7.4.2.2 Depressionseinstufung

In 7 Einrichtungen (35 %) fand schon vor Beginn des Projekts eine systematische Erhebung der Depressivität der Patienten statt, die im Projektverlauf auch nicht mehr modifiziert wurde. In weiteren 7 Einrichtungen wurde die schon etablierte Depressionserhebung im Laufe des Projekts verändert; drei Einrichtungen haben die Depressionserhebung im Rahmen des Projekts neu etabliert (k. A.: 3 Einrichtungen). 16 Einrichtungen (80 %) planen, die Depressionseinstufung auch nach Ablauf des Projekts fortzusetzen (k. A.: 4 Einrichtungen).

7.4.2.3 Prozessmanagement Schmerz

Nur in einer Einrichtung war schon vor Beginn des Projekts ein systematischer Prozess zur Identifikation, Diagnostik, Therapie und Dokumentation von Schmerzpatienten etabliert, der im Laufe des Projekts auch nicht mehr modifiziert wurde. 4 Einrichtungen (20 %) modifizierten ihren vorbestehenden Prozess im Laufe des Projekts,

8 Einrichtungen (40 %) führten einen solchen Prozess neu ein. In drei weiteren Einrichtungen ist die Einführung eines solchen Prozesses noch geplant (k. A.: 3 Einrichtungen).

7.4.2.4 Maßnahmen zur Reduktion von Schmerzhäufigkeit und -intensität

Neben den zuvor genannten Maßnahmen der Schmerzerfassung und des Prozessmanagements wurden von den Einrichtungen unter anderem folgende Maßnahmen zur Reduktion der Schmerzhäufigkeit und -intensität eingeführt:

- Schulung von Beschäftigten in der Schmerzbeurteilung (ECPA-Skala) und in der Schmerzbehandlung
- Anderer Umgang mit Bedarfsmedikation
- Erstellung einer Analgetikaübersicht (angepasstes WHO-Stufenschema)
- Fortbildungsveranstaltungen zur Analgetikatherapie und zum Umgang mit Schmerz bei Demenzerkrankung
- Erweiterte konsiliarische Einbeziehung der Abteilung für Schmerztherapie des Hauses
- Verbesserung der Anwendung physikalischer Therapie im Hinblick auf Schmerzreduktion
- Vermehrte Einbeziehung der Psychologen in die Schmerztherapie

7.4.2.5 Wissen und Fertigkeiten der Beschäftigten

In 7 Einrichtungen (35 %) hat das Projekt sehr, in 10 weiteren Einrichtungen (45 %) etwas dazu beigetragen, das Wissen und die Fähigkeiten der Beschäftigten zum Thema Schmerzprävention zu verbessern.

7.4.2.6 Reduktion der Schmerzhäufigkeit und -intensität

Für 5 Einrichtungen (25 %) war das Projekt sehr, für 10 weitere Einrichtungen eher hilfreich, die Schmerzhäufigkeit und -intensität bei ihren Patienten zu verringern. Lediglich für eine Einrichtung war das Projekt diesbezüglich eher nicht hilfreich (k. A.: 1 Einrichtung).

7.4.3 Ergebnisse Malnutrition

Eine zusammenfassende Übersicht der nachstehend beschriebenen Ergebnisse gibt Abb. 17.

7.4.3.1 Erfassung des Ernährungsstatus (Screening auf Malnutrition)

In 2 Einrichtungen (10 %) fand schon vor Projektbeginn eine systematische Erhebung des Malnutrisionsrisikos statt, die im Laufe des Projekts auch nicht modifiziert wurde. In einer Einrichtung wurde die vorbestehende Erhebung im Laufe des Projekts verändert. 9 Einrichtungen (45 %) haben im Projekt eine solche Erhebung neu etabliert, in 4 weiteren Einrichtungen (20 %) ist dies noch geplant, 3 Einrichtungen planen dies nicht (k. A.: 1 Einrichtung).

13 Einrichtungen (65 %) planen, diese Erhebung auch nach Abschluss des Projekts fortzusetzen (k. A.: 7 Einrichtungen).

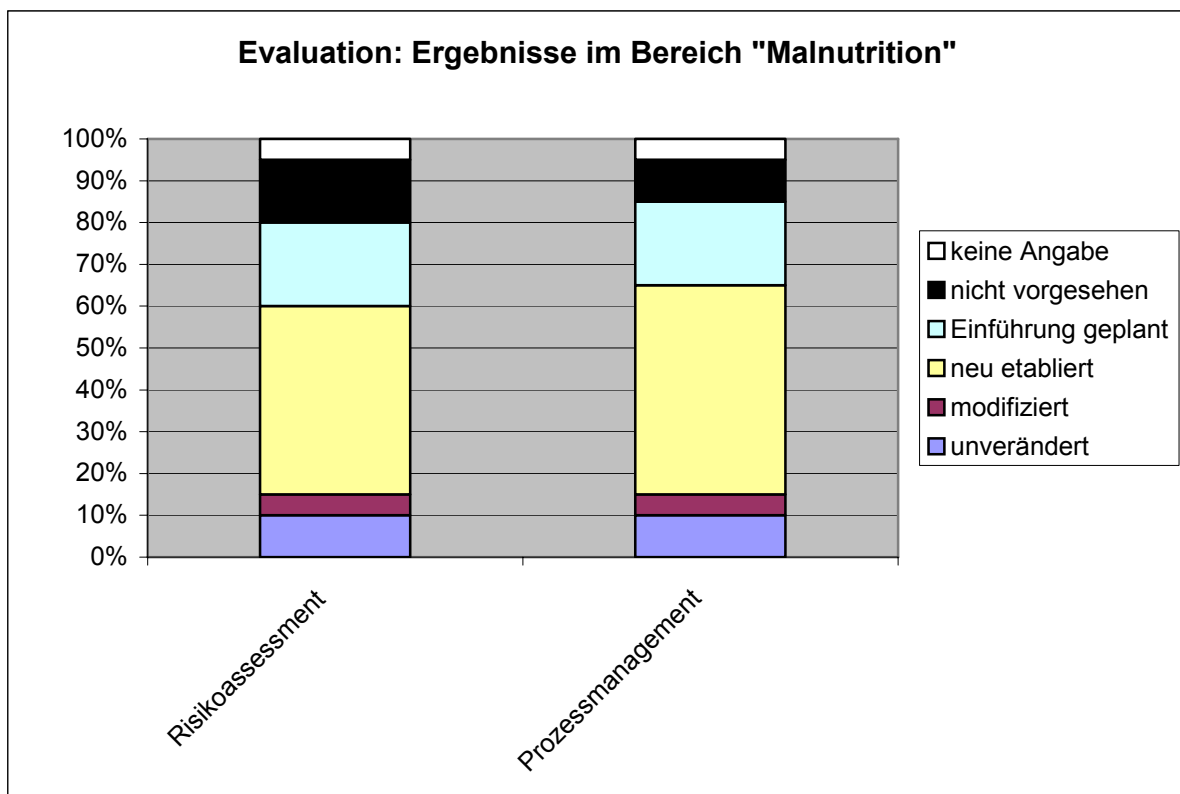


Abb. 17: Interne Projektevaluation: Ergebnisse im Bereich „Malnutrition“

7.4.3.2 Prozessmanagement Malnutrition

In zwei Einrichtungen war schon vor Beginn des Projekts ein systematischer Prozess zur Identifikation, Diagnostik, Therapie und Dokumentation von mangelernährten oder von der Mangelernährung bedrohten Patienten etabliert, der im Laufe des Projekts auch nicht mehr modifiziert wurde. 1 Einrichtung modifizierte ihren vorbestehenden Prozess im Laufe des Projekts. 10 Einrichtungen (50 %) führten einen solchen Prozess neu ein. In 4 weiteren Einrichtungen ist die Einführung eines solchen Prozesses noch geplant, in 2 Einrichtung ist dies ausdrücklich nicht geplant (k. A.: 1 Einrichtungen).

7.4.3.3 Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Malnutrition

Neben den zuvor genannten Maßnahmen wurden von einigen Kliniken schon weitergehende Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Malnutrition ergriffen, darunter:

- Maßnahmen zur Ernährungsoptimierung
- Einbeziehung der Diätassistenz in Nahrungsbereitstellung bei ausgewählten Patienten
- Mitteilung an ambulanten Dienste/ Angehörige
- Fortbildungsveranstaltung zum Thema
- Eiweißreiche Ergänzungsnahrung, Wunschkost
- Logopädische Diagnostik und Therapie
- Sanierung des Gebisses

7.4.3.4 Wissen und Fertigkeiten der Beschäftigten

In 7 Einrichtungen (35 %) hat das Projekt sehr, in 8 weiteren Einrichtungen (40 %) etwas dazu beigetragen, das Wissen und die Fähigkeiten der Beschäftigten zum Thema Schmerzprävention zu verbessern. In 2 Einrichtungen hat das Projekt nicht dazu beigetragen, das Wissen und die Fertigkeiten zu verbessern (k. A.: 3 Einrichtungen).

7.4.3.5 Vermeidung und Reduktion der Mangelernährung

Für 2 Einrichtungen (10 %) war das Projekt sehr, für 11 weitere Einrichtungen eher hilfreich, Mangelernährung bei ihren Patienten zu vermeiden oder verringern. Für 2 Einrichtungen war das Projekt diesbezüglich eher nicht hilfreich, für eine Einrichtung gar nicht hilfreich (k. A.: 3 Einrichtung).

7.4.4 **Zusammenarbeit im Projekt**

Mit dem Austausch mit anderen Einrichtungen waren 3 Einrichtungen (15 %) sehr zufrieden und 10 weitere Einrichtungen (30 %) zufrieden. 6 Einrichtungen (30 %) waren nur "teils, teils" mit der Zusammenarbeit zufrieden, eine Einrichtung war unzufrieden mit dem Austausch.

Mit der Unterstützung durch die Projektleitung waren 11 Einrichtungen (55 %) sehr zufrieden und 6 weitere Einrichtungen (30 %) zufrieden. 3 Einrichtungen beurteilten die Unterstützung durch die Projektleitung eher zwiespältig ("teils, teils").

7.4.5 **Beurteilung des Projekts insgesamt**

Mit dem Verlauf des Projekts insgesamt waren 6 Einrichtungen (30 %) sehr zufrieden und 13 Einrichtungen (65 %) zufrieden. Nur eine Einrichtung beurteilte den Projektverlauf zwiespältig ("teils, teils").

7.4.5.1 Größte Stärken

Von den Moderatoren wurden als größte Stärken des Projekts u. a. angegeben:

- Deutlicher Beitrag zur Qualitätsverbesserung in den bearbeiteten Bereichen
- Gemeinsames Arbeiten an Dauerbrennern / Kernproblemen der Geriatrie
- Deutliche Zunahme des Fachwissens zu den gewählten Problemfeldern
- Erarbeitung einer „Besten Praxis Sturzdiagnostik und -prävention“
- Risikoadjustierte Sturzerfassung
- Unterstützung im Kampf um geriatrische Belange innerhalb der eigenen Einrichtung
- Fachlich-wissenschaftlich und logistisch sehr gute Begleitung des Projekts durch die Projektleitung

- Hilfreiche Literaturhinweise und Links
- Abteilungs- und professionsübergreifende QZ
- Viele Anregungen durch Kommunikation zwischen Teilnehmern / Ideenaustausch
- Änderung von klinikinternen Strukturen nach externen Vorgaben
- Wichtiger Baustein für Risk-Management der Klinik
- Vergleich mit anderen Einrichtungen

7.4.5.2 Größte Schwächen

Von den Moderatoren wurden als größte Schwächen des Projekts u. a. angegeben:

- Teilweise geringe Datenqualität / verspätete Datenlieferung durch Einrichtungen
- Ungeprüfte Validität der erhobenen Daten
- Generierung sensibler Daten
- Hoher zeitlicher / personeller Aufwand für Moderatorentreffen und Projektaufgaben
- Sehr komplexe Themen / Ziele
- Die intensive Arbeit am Problemfeld ‚Sturz‘ hat Ressourcen gebunden, die dann für andere Problemfelder nicht mehr zur Verfügung gestellt werden konnten
- Zu knapper Zeitraum nach Einführung von neuen Messparametern, Schlussfolgerungen über den Nutzen von Interventionen ziehen zu können
- Häufig fehlende Vergleichbarkeit der Arbeit verschiedener geriatrischer Einrichtungen bei unterschiedlichem Patientenkontext in unterschiedlichen geriatrischen Institutsformen
- Geringe Akzeptanz der Internetplattform
- Sehr unterschiedlicher Status der einzelnen Einrichtungen
- Unterschiedlicher Wissensstand und Führung durch die Mentoren zu den Themen
- In den Problembereichen „Schmerz“ und „Malnutrition“ weniger geeignete Messparameter für Benchmarking

- Kein Benchmark-Kriterium für „Malnutrition“
- Klinischer und praktischer Nutzen teilweise fraglich (Malnutrition)

7.4.6 Weitere Entwicklung des Projekts

7.4.6.1 Interesse an einer Fortführung des Projekts

18 Einrichtungen (90 %) sind grundsätzlich daran interessiert, auch nach Abschluss der Projektförderung durch das BMG an Gemidas-QM teilzunehmen. Die übrigen beiden Einrichtungen sind sich diesbezüglich noch unentschieden.

7.4.6.2 Nachhaltigkeit

Die Angaben zur Weiterführung der im Projektverlauf implementierten Verfahren und Prozesse sowie zum Interesse der Weiterführung des Projekts insgesamt sind in Abb. 18 noch einmal graphisch zusammengefasst.

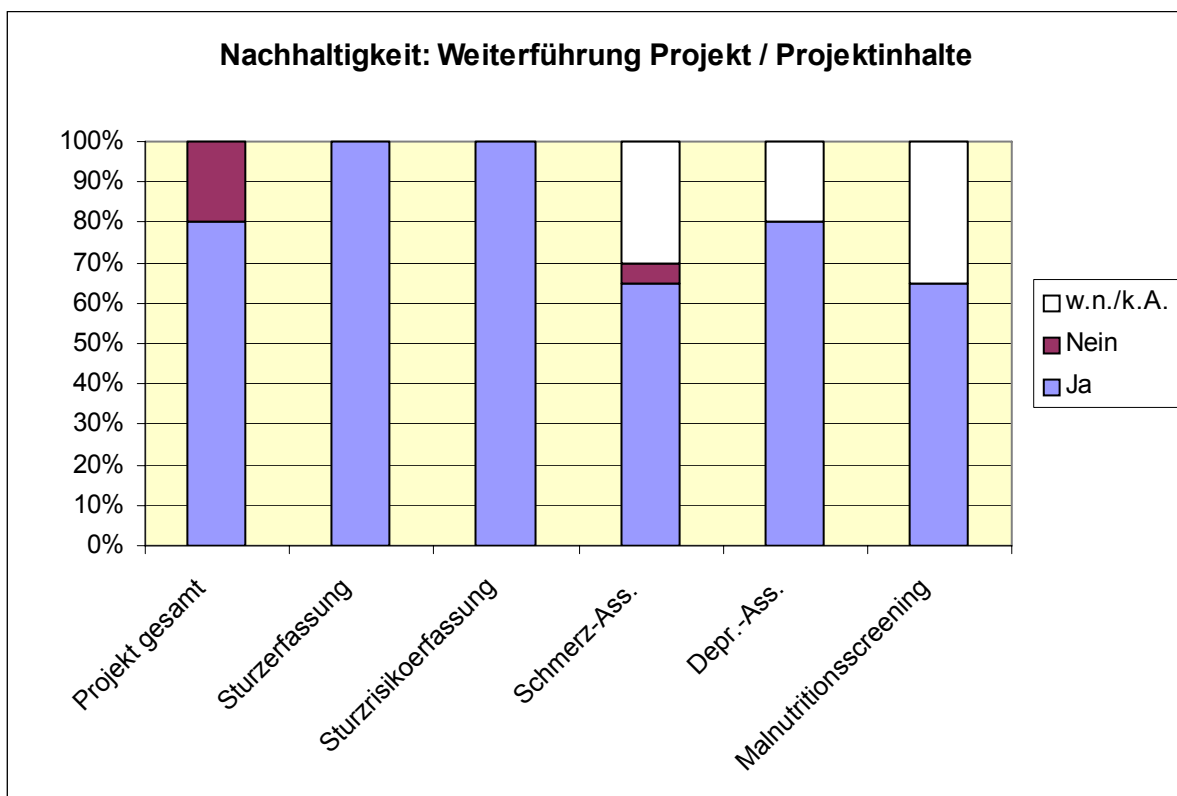


Abb. 18: Interne Projektevaluation: Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Projektinhalte (Ass. = Assessment; Depr. = Depressivität)

7.4.6.3 Vorschläge für die weitere Projektentwicklung

Von den Moderatoren wurden als Wünsche für den weiteren Verlauf des Projekts u. a. angegeben:

- Zeitweise statt kontinuierliche Erhebung der Daten (Stichprobe statt Vollerhebung)
- Klärung der Finanzierung insbesondere der Vorbereitung von Moderatoren-treffen durch einen Projektleiter und der Unterstützung durch die Homepage
- Geringere Häufigkeit/Intensität von QZ
- Klare Vereinbarungen bzgl. Termineinhaltung (Datenlieferung) und Datenqualität
- Einheitlicheres Niveau der Einrichtungen
- Zeitnahes Einstellen von Protokollen in das Forum
- Ausführlichere Analysen / spezifischere Auswertungen der Sturzrisiko-/Sturzdaten
- Die verbesserte Möglichkeit zur Einführung selbstdefinierter Felder in Gemidas
- Förderung des persönlichen Kontakts zwischen Teilnehmern
- Ein Forumspflichtbesuch pro Monat
- Einfacherer, übersichtlicherer Aufbau des Forums
- E-mail Verkehr mit direkter Ansprache
- Fortentwicklung einfacherer Kommunikationsmöglichkeiten
- Kleinere Ziele mit regelmäßiger Formulierung des Erreichten
- Unterstützung durch BAG
- Eventuell Einrichtung eines BAG-Ausschusses Gemidas-QM oder zumindest Erweiterung des Gemidas-Ausschusses um diesen Bereich
- Sicherung und Weiterführung der bisherigen Projektleitung
- Einen definierten und abgestimmten Projektplan mit definiertem Endpunkt
- Genauere Zielsetzungen
- Fortsetzung ACOVE

- Weiterhin Unterstützung durch Moderatorentreffen und statistische Auswertungen
- Keine starren Vorgaben für Teilnehmer an QZ
- Bessere Integration von Gemidas-QM in KIS-System
- Ausbau der eingeleiteten Projekte im Zuge einer Integrierten Versorgung
- Bessere Nutzung der Projektergebnisse zwecks Außendarstellung der Geriatrie (wissenschaftlich, politisch)
- Zeitnahe Auswertung der Quartalszahlen
- Ggf. Erweiterung des Themenkreises (z. B. Inkontinenz, Multimedikation, Dekubitus)

8. Diskussion der Ergebnisse

Eine zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass im Einzelnen fast alle Zielvorgaben zur Etablierung des kontinuierlichen Benchmarking-Prozesses vollständig erreicht wurden.

Die Implementierung des ersten Benchmarkings begann mit der Umsetzung der standardisierten Sturzerhebungen in den beteiligten Kliniken Anfang 2004. Diese wurde ab Mitte 2004 ergänzt um Erhebungen von zentralen Sturzrisikoindikatoren (Themenbereich 1) und gefolgt von Erhebungen problemspezifischer Daten zu Schmerzen (Themenbereich 2) und Malnutrition (Themenbereich 3) ab Anfang 2005. Im Themenbereich 1 konnte der Implementierungsprozess zum 2. Quartal 2005 weitgehend erfolgreich abgeschlossen werden. In den Themenbereichen 2 und 3 war der Implementierungsprozess zum 3. Quartal 2005 weitgehend erfolgreich abgeschlossen.

Die Einrichtungen führten Stärken- und Schwächenanalysen im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit durch. Erkenntnisse und Ergebnisse dieser Analysen wurden teils im Internetforum des Projekts, teils anlässlich der Moderatorentreffen auf Verbundebe-
ne diskutiert und damit in die Erarbeitung von Benchmark-Indikatoren und Best-Practice-Module eingebracht. Darüber hinaus wurden vom Projektmanagement systematische Erhebungen in jährlichen Abständen durchgeführt (jeweils vor Erstellung der Zwischenberichte sowie zum Abschluss des Projekts). Darin einbegriffen waren übergreifende Fragen zum Projekt selbst und zur Bewertung von Projektmanagement und Projektleitung.

Die Identifikation bzw. Erarbeitung der „Besten Praxis Sturz“ (Themenbereich 1) konnte im Projektverlauf vollständig abgeschlossen werden. Zur „Besten Praxis Schmerz“ (Themenbereich 2) fehlt zum Zeitpunkt des Abschlussberichts nur mehr der letzte Abstimmungsvorgang, sie kann damit ebenfalls als weitgehend abgeschlossen betrachtet werden. Zur „Besten Praxis Malnutrition“ liegen erste Zwischenergebnisse vor, sie hat jedoch im Projektverlauf noch nicht den Stand erreicht, formalisiert beschreibbar zu sein. Da hierzu voraussichtlich weitere Moderatorentreffen zur Diskussion und Abstimmung über konsente Prozessbestandteile nötig wären,

ist derzeit offen, ob und wann dieses Ziel nach Ende der Laufzeit erreicht werden kann. Es bleibt insgesamt anzumerken, dass eine rein projektinterne, ausschließlich auf der Grundlage von Benchmarkdaten und -ergebnissen der teilnehmenden Kliniken basierende Identifikation der „Besten Praxis“ als derjenigen Praxis, die in den datentechnisch „besten“ Kliniken implementiert ist, aus verschiedenen Gründen nicht zielführend gewesen wäre. Insofern wurde im Projekt zur Erarbeitung einer „Besten Praxis“ ein anderer Zugang und eine andere Methodik gewählt, die zuverlässigere Ergebnisse erwarten ließ (klinikeigene Stärken-/Schwächenanalyse, projektinterner Erfahrungsaustausch, Datenerhebung und -analyse mit gemeinsamer Diskussion und Interpretation sowie Review der problemspezifischen Leitlinien, Expertenstandards und der Evidenzbasis als Zugangsbasis und nachfolgende Spezifikation und Abstimmung über Bestandteile und Ablauf einer „Besten Praxis“ im Rahmen eines strukturierten Delphi-Prozesses.

Im Rahmen der Formulierung und Realisierung von Zielen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung wurden in den Kliniken verschiedene Maßnahmen zur Sturzprävention umgesetzt bzw. weitergehende Maßnahmen geplant. Die am häufigsten genannten Prozesse und Maßnahmen waren dabei die folgenden: Erstellen einer Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige, Risikoassessment und Hilfsmittelversorgung in den ersten 48 Stunden, Kritischer Umgang mit bewegungseinschränkenden Maßnahmen, Identifizierung und Kennzeichnung von Risikopatienten, Bedienbarkeit der Ruf- bzw. Klingelanlage.

Mit der erfolgreichen Implementierung der vier Elemente des kontinuierlichen Benchmarkingprozesses ist es dem Modellprojekt im Rahmen der Strukturen und Ressourcen des Förderprogramms gelungen, Gemidas-QM als umfassendes, einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagementsystem exemplarisch umzusetzen. Allerdings ist dies nicht in allen drei Themenbereichen in gleicher Intensität gelungen. Dies lag nicht nur an einschneidenden Veränderungen der Projektrahmenbedingungen im letzten Projektjahr – dazu unten mehr – sondern auch daran, dass der Prozess im Themenbereich Sturz deutlich mehr Ressourcen in Anspruch nahm als erwartet, so dass diese Ressourcen nicht mehr in gleichem Maße für die anderen Themenbereiche zur Verfügung standen. Einschränkend wirkte sich zudem aus, dass

nach dem Themenbereich Sturz die Themen ‚Schmerz‘ und ‚Malnutrition‘ parallel bearbeitet werden mussten, was angesichts der Interessenlagen im Projekt unvermeidbar, einer fokussierten Bearbeitung der Themen jedoch abträglich war. Einen vergleichbaren Effekt hatte im Themenbereich ‚Malnutrition‘ die Tatsache, dass es kein eindeutiges Benchmark-Kriterium gab, an dem sich die Projektarbeit hätte ausrichten können. Schließlich kam noch hinzu, dass die Themen von den Moderatoren unterschiedlich intensiv betreut wurden.

Aufgrund mehrerer einschneidender Veränderungen der Rahmenbedingungen im letzten Projektjahr, welche gerade die Ausgangsbasis für alle Kliniken und die Projektleitung überraschend unvermittelt und zugleich entscheidend veränderte, ist eine nachhaltige Verankerung des Projekts als klinikübergreifendem Gesamtprozess wider Erwarten nicht gelungen.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

9.1 Übersicht

Gender Mainstreaming Aspekt	Modellprojekt Gemidas-QM
Werden im Forschungsdesign beide Geschlechter betrachtet, wenn das Thema beide Geschlechter betrifft?	Ja, die Geschlechts-Variable ist Bestandteil des Datensatzes.
Wird im Methodenteil Auskunft gegeben, ob die Instrumente für beide Geschlechter anwendbar sind?	Ja, alle Instrumente lassen sich für beide Geschlechter anwenden.
Nimmt das Forschungsinstrument kein Geschlecht als Norm für das andere Geschlecht (z.B. Männer als Norm für Frauen)?	Ja. Die in Gemidas-QM entwickelten und ausgewählten Instrumente nehmen kein Geschlecht als Norm für das andere Geschlecht.
Ist das Konzept so angelegt, dass keine sozial oder kontextabhängig wichtigen Informationen verloren gehen?	Im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben ist das Konzept so angelegt, dass keine sozial oder kontextabhängig unverzichtbaren Informationen verloren gehen.
Ist es möglich, Frauen und Männer gesondert zu betrachten?	Ja, da die Geschlechts-Variable im Datensatz enthalten ist.
Werden die Daten für beide Geschlechter getrennt erhoben und dargestellt?	Die Daten werden getrennt für beide Geschlechter erhoben. Fachlich-inhaltlich hat sich bisher kein Hinweis ergeben, dass eine geschlechtsgetrennte Ergebnisdarstellung notwendig ist.
Werden alle Untergruppen nach Geschlecht analysiert?	Nein. Bislang hat sich fachlich-inhaltlich kein Hinweis ergeben, dass eine geschlechtsgetrennte Analyse erforderlich ist.
Wenn nur ein Geschlecht betrachtet wird, sind die Schlussfolgerungen dann auch nur auf dieses bezogen?	Im Zuge der bisherigen Analysen wurden zumeist beide Geschlechter zusammen betrachtet. Bislang hat sich fachlich-inhaltlich kein Hinweis ergeben, dass nur ein Geschlecht betrachtet werden sollte.
Wird eine geschlechtssensible Sprache verwendet (z.B. ausgeschriebene Vornamen bei Literaturziten, Vermeidung von Begriffen, die Assoziationen auslösen, die geschlechtsstereotyp sind, keine Verwendung allgemeiner Begriffe für geschlechtsspezifische Situationen, keine Beschreibung von Männern und Frauen in vergleichbaren Situationen mit nicht vergleichbaren Begriffen)?	Im Auswertungsprozess und bei der Ergebnisdarstellung wird eine geschlechtssensible Sprache verwendet, wenn dies notwendig erscheint, um Stereotype und Vorurteile zu vermeiden. Aufgrund der Fülle an Informationen werden zugunsten der besseren Lesbarkeit allerdings nur die kürzeren männlichen Bezeichnungsformen verwendet, wenn der Bezug wertneutral ist (z.B. „Therapeut“ statt „Therapeut/in“ o.ä.).
Wird reflektiert, dass bestimmte Ergebnisse in der Untersuchung potentiell unterschiedliche Implikationen für beide Geschlechter haben können? Wird dies bei möglichen Umsetzungsempfehlungen berücksichtigt?	Im Auswertungsprozess und bei der Formulierung von Umsetzungsempfehlungen wurde dieser Aspekt berücksichtigt. Bislang haben sich keine konkreten Hinweise auf geschlechtsspezifisch unterschiedliche Implikationen ergeben.

Tab. 5: Gender Mainstreaming Aspekte

10. Gesamtbeurteilung

Wie die Diskussion der Ergebnisse gezeigt hat, wurde das Ziel der Etablierung eines vollständigen Benchmarking-Prozesses nahezu vollständig erreicht. Gleichzeitig wurde nach Angabe der Teilnehmer eine Verbesserung der Patientenversorgung in diesen Bereichen – vor allem aber im Bereich ‚Sturz‘ – erreicht. Damit kann das Projekt insgesamt als erfolgreich beurteilt werden. Defizite gab es vor allem im Themenbereich ‚Malnutrition‘. Hier konnte weder ein geeigneter, konsentierter Benchmarking-Parameter gefunden noch eine Best-Practice erarbeitet werden.

Als Defizit muss auch angesehen werden, dass der Nachweis einer Verbesserung der Patientenversorgung eindeutig und für alle Themenbereiche nur auf Basis einer Teilnehmerbefragung, nicht jedoch anhand der Entwicklung der vereinbarten Benchmarkindikatoren gezeigt werden konnte. Dies liegt unter anderem daran, dass es eine echte ‚Nullmessung‘, also eine Messung der Sturzrate in den Einrichtungen vor Beginn irgendwelcher sturzpräventiver Maßnahmen, nicht stattgefunden hat. Zum einen, weil eine erste Intervention schon mit der Installation eines Qualitätszirkels und der Datenerfassung in den Einrichtung zum Thema ‚Sturz‘ begann und damit die Aufmerksamkeit der Beschäftigten in den Einrichtungen auf dieses Thema lenkte. Zum anderen, weil nicht im Rahmen des Projekts nicht verhindert werden konnte und aus ethischen Gründen auch nicht verhindert werden sollte, dass Einrichtungen Verbesserungsmaßnahmen, z. B. die Beseitigung von Stolperfallen, umgehend beseitigten, ohne die Nullmessung abzuwarten. Und schließlich deswegen, weil die Etablierung einer vollständigen Datenerfassung in vielen Einrichtungen zu lange dauerte, um darauf mit dem Beginn der Interventionen warten zu können.

Dieser Konflikt zwischen ‚Messung‘ und ‚Intervention‘ macht zugleich den Konflikt zwischen wissenschaftlichem Anspruch und klinischer Routine deutlich. Ein Benchmark-Projekt soll und kann kein wissenschaftliches Forschungsprojekt sein, muss aber grundsätzlich wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, um überhaupt verwertbare Aussagen treffen und damit praxistauglich sein zu können. Auch die Balance zwischen dem praktisch Umsetzbaren und dem wissenschaftlich Notwendigen

konnte angesichts der beschränkten Ressourcen in den Einrichtungen nur mit Kompromissen bei der Datenbasis erkaufte werden.

Der Erfolg des Projekts rührt zum einen daher, dass sich die direkt am Projekt beteiligten Personen über den gesamten Zeitraum durchgehend engagiert für die Sache eingesetzt und sehr viel in dieses Projekt eingebracht haben. Insgesamt wurde aber deutlich, dass die Etablierung und Aufrechterhaltung eines solchen Benchmarking-Prozesses mehr Ressourcen benötigt als ursprünglich gedacht. Dies bezieht sich auf die Arbeit in den Einrichtungen, in besonderem Maße aber auf die Aufgaben der zentralen Projektleitung, die diesen Prozess moderieren und – auch inhaltlich, teilweise in Abstimmung mit den Mentoren – vorantreiben musste. Insofern wurde das Projekt trotz der insgesamt wesentlichen und erheblichen Beiträge aus den Einrichtungen deutlich zentralistischer als die ursprünglich geplant war.

Dies resultierte unter anderem daraus, dass sich die Kommunikation zwischen den Einrichtungen als deutlich aufwendiger erwies als erwartet. Geplant war zwischen den Moderatoren treffen die primäre Kommunikation über das von der Projektleitung moderierte Internetforum. Es stellte sich jedoch heraus, dass eine allgemeine und anhaltende Akzeptanz dieses Mediums nicht gegeben war und statt dessen zu Instrumenten der direkten, persönlichen Ansprache gegriffen werden musste.

Hinzu kommt auch die große Heterogenität der Einrichtungen hinsichtlich ihrer Datenqualität und Termintreue bei den Datenlieferungen, ihres inhaltlichen Engagements sowie ihrer Vorerfahrungen in den behandelten Themenbereichen und in Sachen Qualitätsmanagement insgesamt. Diese Unterschiedlichkeit war zwar zum einen die Voraussetzung für gegenseitiges Lernen, erzeugt aber zugleich Spannungen innerhalb des Projekts (etwa wenn Termine nicht eingehalten werden konnten oder bestimmte Dinge aus Sicht verschiedener Einrichtungen entweder zu schnell oder zu langsam implementiert wurden), deren Bewältigung auch Projektmanagementressourcen band. Hier könnte es in zukünftigen Projekten sinnvoll sein, bei den Teilnehmern auf eine höhere Homogenität zu achten.

Kurz vor dem Beginn des letzten Projektabschnitts haben sich schließlich die Rahmenbedingungen überraschend grundlegend verändert mit der Folge, dass eine nachhaltige Etablierung wider Erwarten nicht mehr erreicht werden konnte.

11. Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

Im Modellprojekt wurde von Beginn an Wert darauf gelegt, frühzeitig und fortlaufend Informationen über und aus dem Projekt herauszugeben. Hierzu wurden vielfältige Aktivitäten unternommen, zu denen der eigene Internetauftritt (Projekthomepage) als erste Maßnahme zählte. Im zweiten Projektjahr (2005) wurden die ersten erarbeiteten Ergebnisse dort publiziert und ergänzend wurden Beiträge und Präsentationen für wissenschaftliche Kongresse und Fachtagung erarbeitet. Besonders herausgestellt sei auch, dass der modellhaft in Gemidas-QM umgesetzte 1. Themenbereich „Stürze“ erfolgreich übertragen wurde auf ein völlig anderes Fachgebiet (Intensivmedizin) und dies zudem im Rahmen einer – 2006 erfolgreich abgeschlossenen – Hochschul-Projektarbeit im Studiengang Business Administration (Bachelor Thesis von Joachim Willms, Münster).

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen, Beiträge und Teilnahmen zu nennen (siehe hierzu auch die Abschnitte 7.1.7 und 4.2.2):

- **Internetpräsenz**
 - Bereitstellung von Informationen und Materialien aus dem Projekt unter der Internetadresse www.gemidas-qm.de (September 2003 bis August 2005) und www.gemidas-qm.geriatrie-web.de (September 2005 bis Februar 2007)
- **Präsentationen auf wissenschaftlichen Kongressen und Symposien (öffentlich)**
 - 11. Jahrestagung der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), 14.-16. Oktober 2004, Marburg
 - Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, 15.-17. Juni 2005, Berlin
 - 1. Symposium des Förderschwerpunktes „Benchmarking in der Patientenversorgung“, 01. Dezember 2005, Berlin
- **Fachtagungen (teils fachöffentlich, teils nicht-öffentlich)**
 - Teilnahme am 1. verbundübergreifenden Workshop (20.09.2004, Bonn)
 - Gastgeber und Teilnehmer des 2. verbundübergreifenden Workshops „Benchmarking“ (02.12.2005, Berlin)
 - Teilnahme am 3. verbundübergreifenden Workshop „Nachhaltigkeit“ (20.06.2006, Düsseldorf)

-
- Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 14. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V., 14.-15. November 2005, Lingen.
 - Tagung des Ständigen Fachausschusses Qualitätssicherung I anlässlich der 15. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch Geriatrischen Einrichtungen e.V., 30.-31. März 2006, Würzburg.
 - **Pressearbeit**
 - Vorstellung des Projekts auf der Pressekonferenz der Bundesministerin für Gesundheit anlässlich des bundesweit 1. Symposiums „Benchmarking in der Patientenversorgung“, 1. Dezember 2005, Berlin
 - Interview für Artikel „Streben nach Exzellenz - Das Modellprogramm ‚Benchmarking in der Patientenversorgung‘ soll den Klinikalltag verbessern. Die besten Hospitäler treten dabei in einen Vergleich und lernen voneinander.“ (jobpilot.de, 05. April 2005)
 - **Veröffentlichungen**
 - Loos S & Borchelt M (2005). Sturzprävention in geriatrischen Kliniken: Erste Ergebnisse des bundesweiten Benchmarking-Projekts GEMIDAS-QM. *Z Gerontol Geriat*, 38, 307-309
 - Borchelt M, Loos S, Fleischhauer C, Schiffhorst G & Poser D (2006). Benchmarking & Best Practice: Modellprojekt Gemidas-QM. *Geriatric Journal* 5/06, 33-37
 - **Wissenschaftliche Verwendungen / Weiterentwicklungen**
 - Willms J (2006). Die Implementierung eines Sturzmanagementsystems unter dem Aspekt von Klinischem Risikomanagement. *Bachelor Thesis (Projektarbeit)*. Institut für Management im Gesundheits- und Sozialwesen (ImaGS). Steinbeis-Hochschule Berlin.
 - Willms J (2006). Die Notwendigkeit eines Sturzmanagementsystems für Intensivstationen. *Journal: Intensivpflege* (online; www.zwai.net/pflege/Intensiv/Journal/Intensivpflege/; letzter Zugriff: 26.02.2007)

12. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit)

Siehe Abschnitt 7.4 (Evaluation), Abschnitt 10 (Gesamtbeurteilung) und Abschnitt 11 (Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit).

13. *Erfahrung und Ausblick*

Siehe Abschnitt 10 (Gesamtbeurteilung).

14. Fragebogen zur internen Projektevaluation

Auswertung und Ergebnisse: siehe Abschnitt 7.4.



GEMIDAS-QM – Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung

Endbericht zum Stand des Projekts

>>Name der Klinik eintragen<<

April 2006

Allgemein

1. Wie viele Sitzungen des Qualitätszirkels haben bisher zu den unterschiedlichen Themen stattgefunden?

Sitzung Nr.	Datum der Sitzung	Anzahl Teilnehmer	Thema (Sturz, Malnutrition, Schmerz)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Problembereich Sturz

2. Ist in Ihrer Einrichtung ein detailliertes Sturzprotokoll installiert?

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert und im Projekt nicht modifiziert

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert aber im Projekt modifiziert

Ja, im Rahmen des Projekts neu etabliert

Nein

3. Findet in Ihrer Einrichtung eine systematische Erhebung der Art und Anzahl der Stürze statt?

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert und im Projekt nicht modifiziert

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert aber im Projekt modifiziert

Ja, im Rahmen des Projekts neu etabliert

Nein

4. Planen Sie, die systematische Erhebung der Art und Anzahl der Stürze auch nach Projektende fortzusetzen?

Ja

Nein

Weiß nicht

Falls nein, warum nicht:

Zu aufwändig für die Routine

Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen

5. Findet in Ihrer Einrichtung eine systematische Erhebung des Sturzrisikos der Patienten statt?

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert und im Projekt nicht modifiziert

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert aber im Projekt modifiziert

Ja, im Rahmen des Projekts neu etabliert

Nein

6. Planen Sie, die systematische Erhebung des Sturzrisikos auch nach Projektende fortzusetzen?

Ja

Nein

Weiß nicht

Falls nein, warum nicht:

- Zu aufwändig für die Routine**
- Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen dieser Erhebung**

7. Ist in Ihrer Einrichtung ein systematischer Prozess zur Identifikation, Diagnostik, Therapie und Dokumentation von Sturz-/Sturzrisikopatienten etabliert?

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert und im Projekt nicht modifiziert

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert aber im Projekt modifiziert

Ja, im Rahmen des Projekts neu etabliert

Nein

Falls nein, warum nicht:

- Zu aufwändig**
- Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen eines solchen Prozesses**

- 8. Beschreiben Sie bitte kurz alle Maßnahmen, die im Rahmen des Projekts zur Reduzierung der Sturzhäufigkeit und –schwere in Ihrer Einrichtung geplant sind oder bereits umgesetzt wurden.**

9.

- 10. Hat das Projekt dazu beigetragen, das Wissen und die Fertigkeiten der Beschäftigten in Ihrer Klinik zum Thema Sturzprävention zu verbessern?**

Ja, sehr

Ja, etwas

Nein

- 11. Wie hilfreich war das Projekt für Ihre Einrichtung, um die Anzahl der Stürze in Ihrer Einrichtung sowie die Folgen von Stürzen zu minimieren?**

Sehr hilfreich

Eher Hilfreich

Eher nicht hilfreich

Gar nicht hilfreich

Problembereich Schmerz

12. Findet in Ihrer Einrichtung eine systematische Erhebung der Schmerzhäufigkeit und Schmerzintensität statt?

- | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| Ja , schon vor Projektbeginn etabliert und im Projekt nicht modifiziert | Ja , schon vor Projektbeginn etabliert aber im Projekt modifiziert | Ja , im Rahmen des Projekts neu etabliert | Nein , ist aber geplant | Nein , ist auch nicht geplant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Falls ja: Planen Sie, die systematische Erhebung der Schmerzhäufigkeit und Schmerzintensität gemäß der im Projekt vereinbarten Kategorien auch nach Projektende fortzusetzen?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein | Weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls nein, warum nicht:

- Zu aufwändig für die Routine**
- Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen**

14. Findet in Ihrer Einrichtung eine systematische Erhebung der Depressivität der Patienten statt?

- | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| Ja , schon vor Projektbeginn etabliert und im Projekt nicht modifiziert | Ja , schon vor Projektbeginn etabliert aber im Projekt modifiziert | Ja , im Rahmen des Projekts neu etabliert | Nein , ist aber geplant | Nein , ist auch nicht geplant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Planen Sie, die systematische Erhebung der Depressivität auch nach Projektende fortzusetzen?

Ja

Nein

Weiß nicht

Falls nein, warum nicht:

- Zu aufwändig für die Routine**
- Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen**

16. Ist in Ihrer Einrichtung ein systematischer Prozess zur Identifikation, Diagnostik, Therapie und Dokumentation von Schmerzpatienten etabliert?

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert und im Projekt nicht modifiziert

Ja, schon vor Projektbeginn etabliert aber im Projekt modifiziert

Ja, im Rahmen des Projekts neu etabliert

Nein, ist aber geplant

Nein, ist auch nicht geplant

Falls nein, warum nicht:

- Zu aufwändig**
- Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen eines solchen Prozesses**

17. Beschreiben Sie bitte kurz alle Maßnahmen, die im Rahmen des Projekts zur Reduzierung der Schmerzhäufigkeit und –intensität in Ihrer Einrichtung geplant sind oder bereits umgesetzt wurden.

18. Hat das Projekt dazu beigetragen, das Wissen und die Fertigkeiten der Beschäftigten in Ihrer Klinik zum Thema Schmerzprävention zu verbessern?

Ja, sehr

Ja, etwas

Nein

19. Wie hilfreich war das Projekt für Ihre Einrichtung, um die Schmerzhäufigkeit und Schmerzintensität bei Ihren Patienten zu verringern?

Sehr hilfreich

Eher Hilfreich

Eher nicht hilfreich

Gar nicht hilfreich

Problembereich Malnutrition

**20. Findet in Ihrer Einrichtung eine systematische Erhebung der des Malnutriti-
onsrisikos statt?**

- | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|
| Ja , schon vor Pro-
jektbeginn etab-
liert und im Pro-
jekt nicht modifi-
ziert | Ja , schon vor
Projektbeginn
etabliert aber
im Projekt
modifiziert | Ja , im Rah-
men des Pro-
jekts neu e-
tabliert | Nein , ist a-
ber geplant | Nein , ist auch
nicht geplant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Falls ja: Planen Sie, die systematische Erhebung des Malnutriti-
onsrisikos auch nach Projektende fortzusetzen?**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein | Weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls nein, warum nicht:

- Zu aufwändig für die Routine**
- Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen**

**22. Ist in Ihrer Einrichtung ein systematischer Prozess zur Identifikation, Dia-
gnostik, Therapie und Dokumentation von mangelernährten oder durch Man-
gelernährung gefährdete Patienten etabliert?**

- | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|
| Ja , schon vor Pro-
jektbeginn etab-
liert und im Pro-
jekt nicht modifi-
ziert | Ja , schon vor
Projektbeginn
etabliert aber
im Projekt
modifiziert | Ja , im Rah-
men des Pro-
jekts neu e-
tabliert | Nein , ist a-
ber geplant | Nein , ist auch
nicht geplant |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls nein, warum nicht:

- Zu aufwändig**
- Zweifel am klinischen/praktischen Nutzen eines solchen
Prozesses**

23. Beschreiben Sie bitte kurz alle Maßnahmen, die im Rahmen des Projekts zur Vermeidung und Verminderung von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung geplant sind oder bereits umgesetzt wurden.

24. Hat das Projekt dazu beigetragen, das Wissen und die Fertigkeiten der Beschäftigten in Ihrer Klinik zum Thema Malnutritionsprävention zu verbessern?

Ja, sehr

Ja, etwas

Nein

25. Wie hilfreich war das Projekt für Ihre Einrichtung, um eine Mangelernährung bei Ihren Patienten zu vermeiden oder zu verringern?

Sehr hilfreich

Eher Hilfreich

Eher nicht hilfreich

Gar nicht hilfreich

Zusammenarbeit im Projekt

26. Wie zufrieden sind Sie mit dem Austausch mit anderen Einrichtungen im Rahmen des Projekts?

Sehr zufrieden	Zufrieden	Teils, teils	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch die Projektleitung im Rahmen des Projekts (Organisation der Moderatorentreffen, Aufbau Internetplattform, Bereitstellung der GemidasQM-Software etc.)?

Sehr zufrieden	Zufrieden	Teils, teils	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung des Projekts insgesamt

28. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Verlauf des Projekts?

Sehr zufrieden	Zufrieden	Teils, teils	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Wo sehen Sie die größten Stärken des Projekts?

30. Wo sehen Sie die größten Schwächen des Projekts?

Weitere Entwicklung des Projekts

31. Sind Sie grundsätzlich daran interessiert, auch nach Abschluss der Projektförderung durch das Bundesministerium für Gesundheit an Gemidas-QM teilzunehmen?

Ja

Nein

Weiß nicht

32. Falls ja: welche besonderen Wünsche und Erwartungen haben Sie an Gemidas-QM? Was sollte sich ändern?

15. Literaturverzeichnis

- ¹ Hildebrand R (2004). Bericht über die 12. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (CAQ) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. hmanage-Newsletter 138. <http://www.hmanage.net/fileadmin/nl/mailler138.html#a2>
- ² Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Benchmarking im Gesundheitswesen. <http://www.benchmarking-qm.de>
- ³ Borchelt M, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E. (1999). 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*, 32, 11-23.
- ⁴ Borchelt, M. (1997). Definitionen und Erläuterungen zum "Geriatrischen Minimum Data Set" (Gemidas). Humboldt-Universität zu Berlin, Virchow Klinikum, Forschungsgruppe Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin. http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/Files/GemidasV41s_Definition.pdf
- ⁵ Loos S & Borchelt M (2005). Sturzprävention in geriatrischen Kliniken: Erste Ergebnisse des bundesweiten Benchmarking-Projekts GEMIDAS-QM. *Z Gerontol Geriat*, 38, 307-309
- ⁶ Borchelt M, Loos S, Fleischhauer C, Schiffhorst G & Poser D (2006). Benchmarking & Best Practice: Modellprojekt Gemidas-QM. *Geriatrie Journal* 5/06, 33-37
- ⁷ Elkeles B, Dingwerth A & Richter M (2006). Gemidas-QM: Sturzmanagement in der Geriatrischen Rehabilitation. *Geriatrie Journal* 5/06, 37-42
- ⁸ Borchelt M (2005). Geriatrisches Minimum Data Set (GEMIDAS) V4.1, Erfassungsprogramm Version 4.3.01•QM|QS: Programmhandbuch und Bedienungsanleitung. http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/Files/Handbuch_GemidasV4301.pdf (21.12.2006)
- ⁹ Wenger NS, Shekelle PG (2001). Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med*, 135(8 Pt 2), 642-646
- ¹⁰ Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS (2001). Acove quality indicators. *Ann Intern Med*, 135(8 Pt 2), 653-667
- ¹¹ Mahoney FI, Barthel DW (1965). Functional Evaluation. The Barthel-Index. *Maryland State Medical Journal* 14: 61-65.
- ¹² Podsiadlo D, Richardson S (1991). The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatric Society* 39(2): 142-148.

-
- ¹³ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- ¹⁴ Prosiegel M, Böttger S, Schenk T, König N, Marolf M, Vaney C, Garner C, Yassouridis A (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurol Rehabil*, 1:7-13.
- ¹⁵ Yesavage J. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 24(4), 709-711
- ¹⁶ Olivier D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *British Medical Journal*, 315, 1049-1053.
- ¹⁷ Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ (1994). Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients: *Facts Res Gerontol (suppl nutrition)* 1994; 15-59.
- ¹⁸ Olivier D, Daly F, Finbarr CM, & McMurdo MET (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*, 33, 122-130.
- ¹⁹ Borchelt M, Elkeles B, Loos S, Projektpanel Gemidas-QM (2005). Beste Praxis Sturz, Version 5.0. Modellprojekt Gemidas-QM, http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/Beste-Praxis-Sturz_V20051208i.pdf
- ²⁰ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2005). Sonderdruck Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück.