

# Gemidas Pro

## Nutzen einer Zentraldatenbank zur Weiterentwicklung qualitätsorientierter Versorgungsstrukturen

---

**Dipl. Med.-Inf. Anke Wittrich**

Bundesverband Geriatrie e. V.

Stellv. Geschäftsführerin

# Was ist Gemidas Pro?

## **Gemidas - Geriatrisches Minimum Data Set**

- Zentraldatenbank des Bundesverbandes Geriatrie
- Erfassung sämtlicher stationärer und teilstationärer Fälle im Sinne eines Zentralregisters
- Steht allen geriatrischen Krankenhaus- und Rehabilitationseinrichtungen offen
- Grundlegende Informationen zu Behandlungsergebnissen und - verläufen bei geriatrischen Patienten
- Einrichtungsübergreifende Datenauswertungen
- Nutzung der Daten aber auch für jährliches Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (DIMDI, InEK)
- Datenschutz !

- Beginn (Vorgängerversion) 1997
  - In Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité
  - Mehrfache Programmanpassungen
- Seit Ende 2006: Gemidas Pro
- Bereitstellung der Erfassungssoftware sowie der Auswertungen direkt durch den Bundesverband Geriatrie
- Integration einer Schnittstelle
- GERDA, GeriSmart, QGER, GibDat

- Bereitstellung der Erfassungsoftware einschließlich Handbuch und Erhebungsbögen, der Auswertungen (quartals- und jahresweise):
  - ⇒ Mitgliedsbeiträge des Bundesverbandes Geriatrie
  - ⇒ Nichtmitgliedseinrichtungen zahlen Gebühr für Bereitstellung der Auswertungen
- Datenerhebung und Dateneingabe in den Einrichtungen:
  - ⇒ Eigenmittel/ Eigeninitiative der Einrichtungen

# Obligat erfasste Parameter I

---

- Stammdaten
  - Alter
  - Geschlecht
  - Sozialstatus
    - Lebenssituation
    - Pflegeeinstufung
    - Gesetzliche Betreuung
    - Hilfebedarf vor Akutereignis
- Hauptdiagnose (ICD)
- Nebendiagnosen (ICD)
- Verweildauer
- Prozeduren nach OPS, sofern zutreffend

# Obligat erfasste Parameter II

---

- Patientenkarriere
  - Woher – wohin?
  - Zuweisungsart
- Assessmentdaten
  - Barthelindex (Einzelitems)
  - PPR-Einstufung
  - Timed up & go
  - Mini mental state nach Folstein
  - Depressivität
- Entlassungsmodus
  - Aktivitäten bzgl. Pflegegesetzgebung und  
Betreuungsverfahren

# Fakultativ erfasste Parameter

---

- Hilfsmittelversorgung und Neuverordnungen
- Behandlungsqualität nach Patienten- und Teameinschätzung
- Stroke
  - Entsprechend dem Erfassungsbogen der Arbeitsgemeinschaft deutsches Schlaganfallregister
- Abgerechnete DRG
- Freie Kommentare
- Selbstdefinierbare Felder, die für einrichtungsinterne Fragenstellungen zur Verfügung stehen

- Ausschluss eines Datensatzes, wenn eine dieser Angaben fehlt:
  - ✓ Aufnahme­diagnose
  - ✓ Behandlungsart (vollstationär, teilstationär)
  - ✓ Barthel-Index bei Aufnahme
  - ✓ Herkunftsort
  - ✓ Entlassungsort
- Einrichtungsübergreifende Auswertungen
- Getrennt nach voll- und teilstationären Datensätzen (SGB V)
- Quartals- und Jahresauswertungen
- Auswertungen im Excel-Format
- Passwortgeschützter Downloadbereich Homepage BV Geriatrie



- Bisheriger Ausschuss Qualitätssicherung I des BV Geriatrie
  - Arbeitsgruppe (Weiterentwicklung und Anpassung von Gemidas Pro)
  - Bereitstellung von Daten für wissenschaftliche Auswertungen gemäß der Nutzungsordnung
- Enge auch personelle Verzahnung mit der DRG-Projektgruppe
- Basis für Datenanalysen im Weißbuch Geriatrie
- Spezifische Datenauswertungen, z.B. Versorgungsform

- Teilnahme zahlreicher Einrichtungen – zunehmend auch Rehabilitationseinrichtungen
- Erfassung relativ weniger, aber für Fallmanagement und Behandlungsplanung wichtiger Daten
  - Patientenkarrerien
  - Diagnosen
  - Funktionelle Parameter mittels validierter Assessmentinstrumente

# Plus-Effekt zu Routinedaten

---

- Erfassung von Assessments
  - Lebenssituation vor stationärem Aufenthalt
  - Hilfsbedarf vor stationärem Aufenthalt
  - Gesetzliche Betreuung
- Barthelindex im Verlauf
- MMSE
- Timed up & go im Verlauf
- Depressivität

- Wechselnde Teilnahme von Institutionen
- Wechselnde und unterschiedliche Datenqualität
- Missing Data
- Abbildung der unterschiedlichen Versorgungsvertragssysteme und länderspezifischen Strukturen nur bedingt möglich
- (noch) unzureichende Anpassung an §§ 301/21

- Daten, die sich aus (EDV-gestützten) Routinearbeitsgängen ableiten, werden vollständig erhoben
- Andere Daten sind von klinikinternen Prozessen abhängig
- Neu eingeführte Felder benötigen unterschiedlich lange Anlaufphasen

- Abgleich mit Routinedaten
  - Enge Zusammenarbeit mit DRG-Projektgruppe (z. T. Personalunion)
  - Beachtung der Entwicklungen DTA nach § 301 für Vorsorge- und Rehaeinrichtungen
- Verbesserung der Einbindung in KIS-Systeme
- Reduktion von Eingabefehlern
  - Programminterne Plausibilitätskontrollen
  - Koppelung an Routineprozesse
- Jährliche Einbindung der aktuellen Kataloge
- Jährliche inhaltliche Programmanpassungen

- Erfassung und Auswertung aktueller Fragestellungen in Projekten
  - Zeitlich begrenzt
  - Begrenzte Teilnehmerzahl
- Nutzung für wissenschaftliche Fragestellungen
- Nutzung für Strukturplanung in der geriatrischen Versorgung

## Wilhelm-Woort-Stiftung für Alternsforschung

- o 1971 durch den Bankier und Makler Wilhelm Woort aus Wiesbaden errichtet
- o **Stiftungszweck:**
  - o Förderung der Alternsforschung
- o **Umsetzung:**
  - o Ausschreibung des Wilhelm-Woort- Preises für Alternsforschung
  - o 2-jähriger Turnus
  - o Wissenschaftliche Begleitstudie zu einer modellhaften Initiative
  - o Dotierung mit max. 30.000 €





## Geriatrische Frührehabilitation – Eine Chance auch für Hochbetagte?

A.Kwetkat<sup>1</sup>, Th.Lehmann<sup>2</sup>, A. Wittrich<sup>3</sup>

Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena der Friedrich Schiller Universität<sup>1</sup>

Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation, Universitätsklinikum Jena der Friedrich Schiller Universität<sup>2</sup>

Bundesverband Geriatrie<sup>3</sup>

Unterstützt durch Wilhelm-Woort-Stiftung (Förderpreis 2009)

### Hintergrund:

Versorgungsalltag in Deutschland heißt, dass regelhaft Nicht-Geriater die Indikation zur geriatrischen Frührehabilitation stellen. Das Risiko zur inadäquaten Patientenallokation ist dabei durch Unkenntnis oder Fehlbewertung der möglichen Erfolge einer Frührehabilitation insbesondere zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit erheblich.

### Frage:

Können hochbetagte Patienten ( $\geq 90$  Jahre) von einer geriatrischen frührehabilitativen Behandlung profitieren?

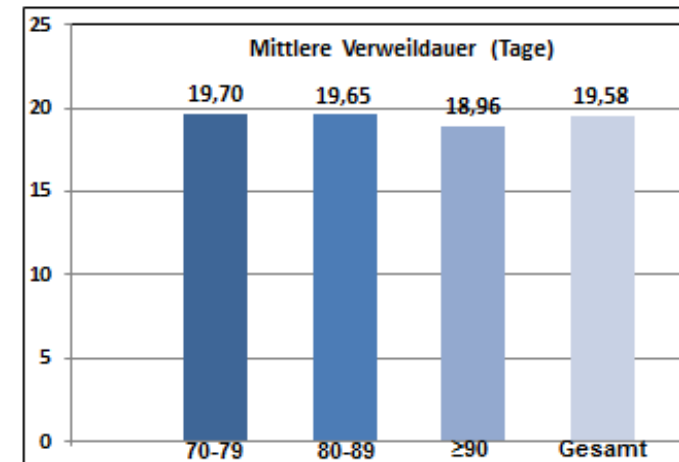
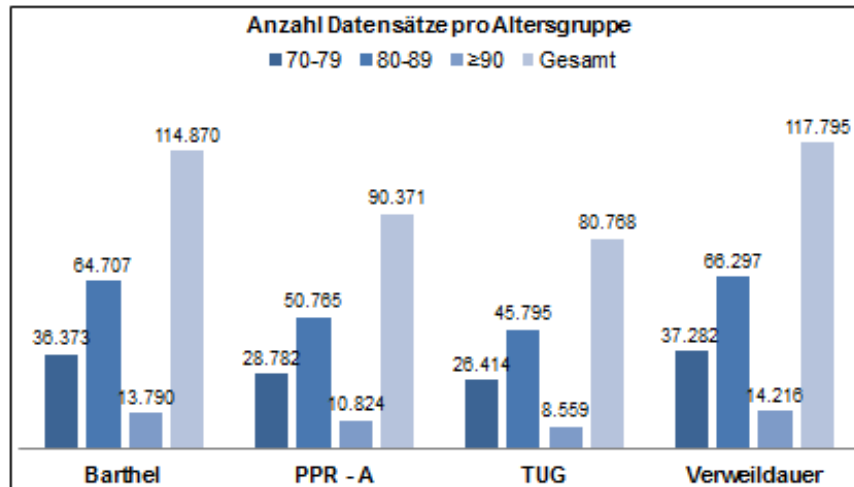
### Methode:

- Analysiert wurden die Outcomeparameter Barthel-Index, TUG und PPR A – Einstufung (Grundpflege)
- Berücksichtigt wurden die Daten aus 85 akutstationären geriatrischen Einrichtungen aus dem Zeitraum 01/06 – 12/09 (Gemidas Pro)
- In die Auswertung eingeflossen sind ausschließlich Datensätze von nicht verstorbenen Patienten, bei denen für die benannten Parameter jeweils Angaben zum Aufnahme- und Entlasszeitraum vorhanden waren

# Geriatrische Frührehabilitation – eine Chance auch für Hochbetagte?

- Beschreibung Stichprobe

## Ergebnisse:



# Geriatrische Frührehabilitation – eine Chance auch für Hochbetagte?

- Outcomeparameter

**TUG Aufnahme Stufe \* TUG Entlassung Stufe (≥90 Jahre)**

TUG Aufnahme		TUG Entlassung			
		Alltagsmobilität uneingeschränkt ≤ 10 sec	geringe Mobilitäts- einschränkung 11-19 sec	fktl. relevante Mobilitäts- einschränkung 20-29 sec	ausgeprägte Mobilitäts- einschränkung ≥ 30 sec
Alltagsmobilität uneingeschränkt	Anzahl	68	6	4	10
	%	77,3	6,8	4,5	11,4
geringe Mobilitäts- einschränkung	Anzahl	90	434	19	15
	%	16,1	77,8	3,4	2,7
fktl. relevante Mobilitäts- einschränkung	Anzahl	43	529	541	66
	%	3,6	44,9	45,9	5,6
ausgeprägte Mobilitäts- einschränkung	Anzahl	65	475	1.354	4.840
	%	1	7,1	20,1	71,9

Ca. 1/3 der Patienten verbessert sich hinsichtlich der Mobilität

**Barthel-Index Aufnahme Stufe \* Barthel-Index Entlassung Stufe (≥90 Jahre)**

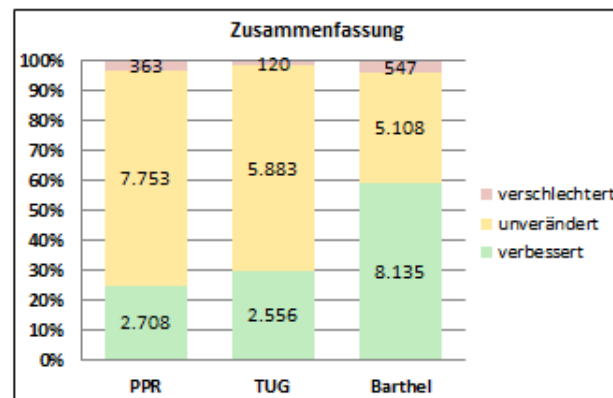
BI Aufnahme		BI Entlassung - motorische Funktionseinschränkung -					
		keine/gering	leicht	mittel	mittelschwer	schwer	sehr schwer
keine/gering U50.00	Anzahl	26	0	0	1	0	4
	%	83,9	0,0	0,0	3,2	0,0	12,9
leicht U50.10	Anzahl	53	412	13	8	1	12
	%	10,6	82,6	2,6	1,6	0,2	2,4
mittel U50.20	Anzahl	47	1.085	488	29	18	46
	%	2,7	63,3	28,5	1,7	1,1	2,7
mittelschwer U50.30	Anzahl	16	1.103	1.651	971	89	94
	%	0,4	28,1	42,1	24,7	2,3	2,4
schwer U50.40	Anzahl	4	296	862	1.495	1.065	232
	%	0,1	7,5	21,8	37,8	26,9	5,9
sehr schwer U50.50	Anzahl	1	42	122	442	916	2.146
	%	0,0	1,1	3,3	12,0	25,0	58,5

Über die Hälfte der Patienten verbessert sich in der motorischen Funktionseinschränkung

**PPR A bei Aufnahme \* PPR A bei Entlassung (≥90 Jahre)**

PPR bei Aufnahme		PPR bei Entlassung		
		1	2	3
1	Anzahl	248	29	2
	%	88,9	10,4	0,7
2	Anzahl	683	1.824	332
	%	24,1	64,2	11,7
3	Anzahl	216	1.809	5.681
	%	2,8	23,5	73,7

Ca. ¼ der Patienten benötigt bei Entlassung weniger Unterstützung bei der Grundpflege



# Geriatrische Frührehabilitation – eine Chance auch für Hochbetagte?

---

- Fazit

Die Datenanalyse hat gezeigt, dass hochaltrige Patienten in der Akutgeriatrie bei Aufnahme zwar deutlichere Einschränkungen hinsichtlich ihrer Funktionalität bzw. Selbsthilfefähigkeit aufweisen, aber dennoch mehrheitlich bezogen auf die benannten Outcomeparameter signifikante und klinisch relevante Fortschritte erreichen – ohne eine Verweildauerzunahme.



BUNDESVERBAND  
GERIATRIE

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

---