

„Maßnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätsförderung der Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung“

„Herausforderungen der Medizin in einer älter werdenden Bevölkerung“

Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.
Unparteiische Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung des
Gemeinsamen Bundesausschusses 2012 – 2018

31. Jahrestagung der DCGM
Shanghai
2. November 2018

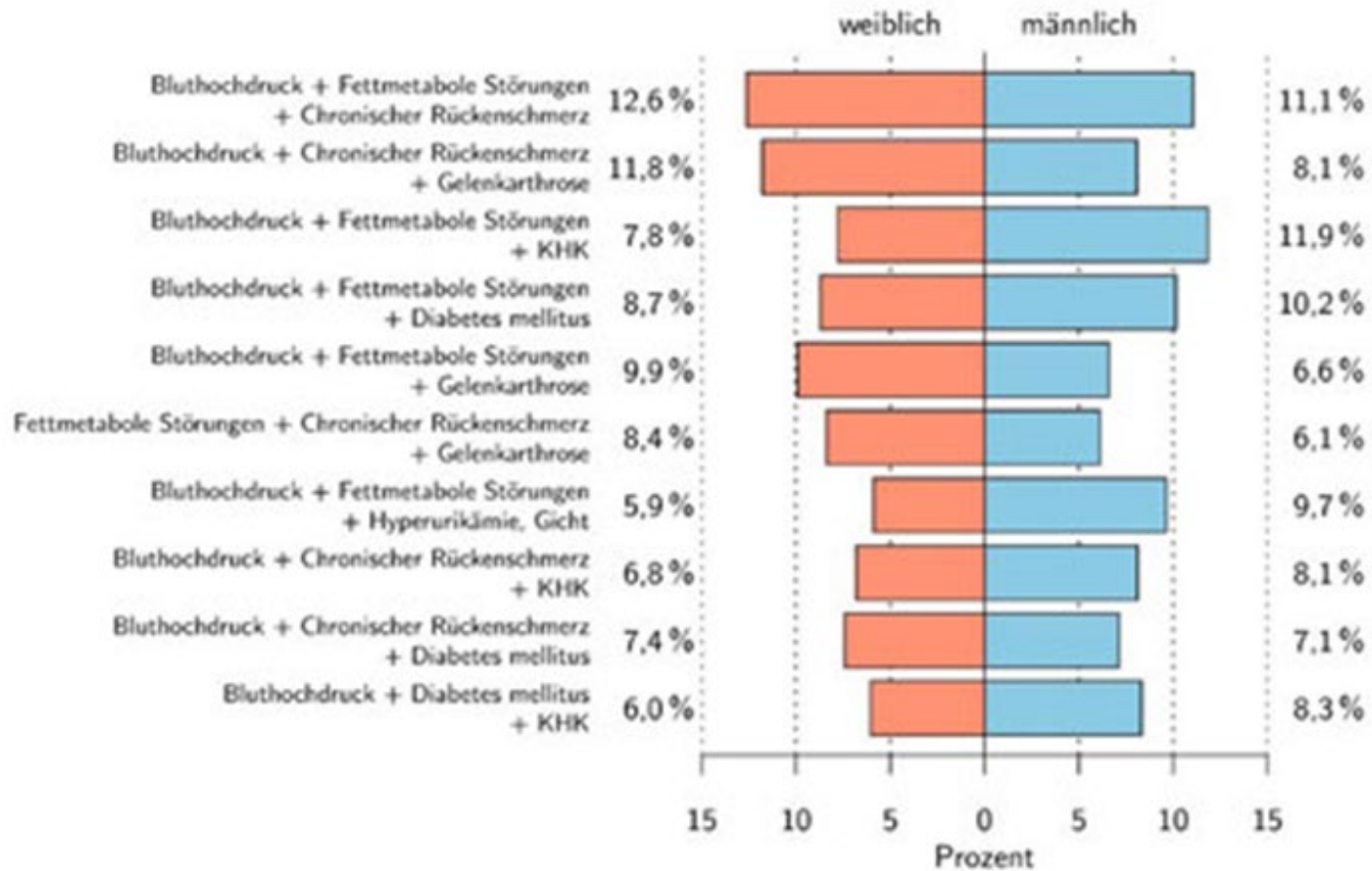
Gliederung

- I. Herausforderungen an die Versorgung älterer Patienten
- II. Die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses
- III. Stationäre Qualitätssicherung
- IV. Disease Management Programme
- V. Zusammenfassung und Ausblick

I. Herausforderungen an die Versorgung älterer Patienten (1)

- Geriatrische Patienten:
 - Sehr hohes Lebensalter (≥ 80 Jahre)
 - Höheres Lebensalter (≥ 65 Jahre) plus Geriatrie-typische Multimorbidität
- Typische geriatrische Krankheitsbilder:
 - Herz- Kreislauferkrankungen
 - Schlaganfall und Defektzustände nach Schlaganfall
 - Neurologische, psychische und psychiatrische Erkrankungen:
Parkinsonsyndrom und andere neurologische Erkrankungen mit Sprach- und Schluckstörungen, Demenz, Depressionen
 - Gehstörungen, wiederholte Stürze, Mobilitätseinbuße nach Knochenbrüchen oder nach Gelenkersatzoperationen
 - Osteoporose, chronischer Rückenschmerz, Polyarthrose
 - Inkontinenz, chronische Wunden (Dekubitus)
 - Polypharmazie
 - Palliativmedizinischer Versorgungsbedarf

Die häufigsten Dreierkombinationen von chronischen Krankheiten bei älteren Menschen.



Bildquelle: Forschungsverbund MultiCare.

I. Herausforderungen an die Versorgung älterer Patienten (2)

- Qualitätsziele für die Versorgung älterer Patienten:
 - Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität trotz chronischer Erkrankungen und Multimorbidität
 - Erhaltung eines selbstbestimmten Lebens, nach Möglichkeit in häuslicher Umgebung

II. Die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses (1)

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):
 - Spitzengremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im GKV-System
 - gebildet aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, der Krankenhäusern der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte, der Patienten plus drei unparteiische Mitglieder
 - zuständig für die Ausgestaltung des Leistungskatalogs für die gesetzlich Krankenversicherten und die Qualitätssicherung dieses Leistungsangebots
 - beschließt Richtlinien nach Vorgaben des Sozialgesetzbuch V (untergesetzlicher Normgeber)
 - Richtlinien des G-BA sind jedoch keine Empfehlungen (Leitlinien), sondern für alle Beteiligten des GKV-Systems verbindliche sanktionsbewehrte Normvorgaben

II. Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses (2)

- Maßnahmen des G-BA zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsförderung, mit besonderem Fokus auf die Versorgung der älter werden Bevölkerung:
 - Richtlinie über stationäre Qualitätssicherung
 - Richtlinien zu strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme (DMP))
 - Richtlinie zu spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
 - Richtlinie zu häuslicher Krankenpflege
 - Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien
 - u.a.

III. Stationäre Qualitätssicherung: Allgemeines

- Qualitätsmessung der stationären Versorgung mit Qualitätsindikatoren (QI)
- Datengrundlage: rund 17,5 Millionen Behandlungsfälle im Jahr 2017
- Daten aus 1.516 Krankenhäuser mit 1.834 Krankenhausstandorten plus 273 Praxen/Medizinische Versorgungszentren (in denen minimal-invasive Interventionen durchgeführt werden, z.B. perkutane Koronarinterventionen (PCI))
- Insgesamt 26 unterschiedliche QS-Verfahren mit 271 Qualitätsindikatoren
 - Siehe Qualitätsreport 2017 (https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Qualitaetsreport-2017_2018_09_21.pdfQualitätsreport)

Auf den folgenden Folien beispielhafte stationäre QS-Verfahren
von besonderem Patientennutzen für die älter werdende
Bevölkerung:

III. Stationäre Qualitätssicherung: Beispiel Dekubitusprophylaxe (1)

- Grundgesamtheit im Jahr 2017:
 - 17.511.482 Behandlungsfälle in 1.787 Krankenhaus-Standorten
- 2 Qualitätsindikatoren (QI):
 - QI (ID 52009): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Grad 1)
 - Risikoadjustierung der Ergebnisse unter Berücksichtigung folgender Risikofaktoren:
 - Alter, Beatmungstunden, Diabetes mellitus, eingeschränkte Mobilität, Adipositas, Untergewicht oder Mangelernährung, Demenz und Vigilanzstörung, Inkontinenz, Infektionen, weitere schwere Erkrankungen
 - QI (ID 52010): Neu aufgetretener Dekubitus Grad 4 während des stationären Aufenthaltes
 - „Sentinel event“-Qualitätsindikator,
 - das heißt jeder einzelne Fall eines stationär erworbenen Dekubitus Grad 4 löst eine diesbezügliche Qualitätskontrolle des Krankenhauses aus („strukturierter Dialog“)

III. Stationäre Qualitätssicherung: Beispiel Dekubitusprophylaxe (2)

Basisstatistik		
	2017	
	Anzahl	Anteil
Dekubitusstatus*		
Anzahl an Dekubitalucera, die während des stationären Aufenthalts entstanden sind		
gesamt	75.963	21,42 %
Grad 2	62.655	17,66 %
Grad 3	10.947	3,09 %
Grad 4	1.180	0,33 %
Grad nicht näher bezeichnet	1.181	0,33 %
Anzahl an Dekubitalucera, die bei der stationären Aufnahme bereits vorhanden waren		
gesamt	275.939	77,80 %
Grad 2	160.303	45,20 %
Grad 3	73.936	20,85 %
Grad 4	36.569	10,31 %
Grad nicht näher bezeichnet	5.131	1,45 %
Anzahl an Dekubitalucera, für die nicht bekannt ist, ob sie bei der stationären Aufnahme bereits vorhanden waren oder während des stationären Aufenthalts entstanden sind		
gesamt	2.783	0,78 %
Grad 2	2.121	0,60 %
Grad 3	489	0,14 %
Grad 4	72	0,02 %
Grad nicht näher bezeichnet	101	0,03 %

* Hier wird die Anzahl der Dekubitalucera aufgeführt; dabei kann eine Patientin / ein Patient mehrere Dekubitalucera erworben haben.

Quelle:
IQTIG Qualitätsbericht 2017

Seite 176

III. Stationäre Qualitätssicherung: Beispiel Dekubitusprophylaxe (3)

- Ergebnisse im Jahr 2017:
 - Anzahl an Dekubitalulcera, die während des stationären Aufenthaltes entstanden sind: 75.963,
 - davon 0,33% Grad 4 (1.137)
 - → im Vergleich zum Vorjahr leichte Verbesserung
- **aber:**
 - Anzahl an Dekubitalulcera, die bei der stationären Aufnahme bereits vorhanden waren: 275.939,
 - davon 10,31% Grad 4 (36.569)
 - → im Vergleich zum Vorjahr leichte Verschlechterung
- Konsequenzen:
 - Strukturierter Dialog mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern
 - Intensivierung der Schulungen und Weiterbildungen des Pflegepersonals in den Krankenhäusern
- Weiterer Handlungsbedarf:
 - Verbesserung der Dekubitusprophylaxe und der Versorgung chronischer Wunden in der ambulanten und stationären Altenpflege

III. Stationäre Qualitätssicherung:

Beispiel Hüftgelenksnahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (1)

- Hüftgelenksnahe Femurfraktur:
 - 1902 – Rudolf Virchow zieht sich im Alter von 81 Jahren beim Aussteigen aus der Straßenbahn eine Oberschenkelhalsfraktur zu, an deren Folgen er ein Jahr später verstirbt
 - 2017 – Hüftgelenksnahe Femurfraktur ist eine der häufigsten Hauptdiagnosen (15%) in der multimorbiden Patientengruppe von über 70-Jährigen
 - Altersverteilung in der stationären QS 2017:
 - 70 – 79 Jahre 20,07%
 - 80 – 89 Jahre 41,73%
 - ≥ 90 Jahre 19,87%
- Qualitätsindikator präoperative Verweildauer bei Hüftgelenksnaher Femurfraktur:
 - Möglichst kurze präoperative Verweildauer, ansonsten steigendes Risiko einer Hüftkopf-Nekrose
 - Scottish Standards of Care for Hip Fracture Patients 2016: präoperative Verweildauer ≤ 36 Std.
 - Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU): ≤ 24 Std.

III. Stationäre Qualitätssicherung: Beispiel Hüftgelenksnahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (2)

154

Orthopädie und Unfallchirurgie

Hüftgelenksnahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Gesamtergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

QI-ID	Bezeichnung des Indikators	Referenzbereich	2017			
			Krankenhäuser		Einordnung	
			gesamt	auffällig (rechnerisch)	veröffent- lichungs- pflichtig*	besonderer Handlungs- bedarf
54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur	≤ 15,00 %	1.190	538	■	■
54050	Sturzprophylaxe	≥ 80,00 %	1.185	118	-	n.a.
54033	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	≤ 2,35 (95. Perzentil)	1.176	81	■	-
54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur	≤ 4,37 % (95. Perzentil)	1.190	73	■	-
54036	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfreilagen, -dislokationen oder Frakturen	≤ 4,92 (95. Perzentil)	1.190	62	■	-
54040	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur	≤ 3,54 (95. Perzentil)	1.190	62	■	-
54042	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenksnahen Femurfraktur	≤ 2,29 (95. Perzentil)	1.190	82	-	-
54046	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	≤ 2,02 (90. Perzentil)	1.190	122	■	-

* Im Qualitätsbericht der Krankenhäuser; n.a. = nicht anwendbar

Quelle:
IQTIG Qualitätsbericht 2017

III. Stationäre Qualitätssicherung:

Beispiel Hüftgelenksnahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (3)

- Ergebnisse der stationären QS im Jahr 2017:
 - Grundgesamtheit im Jahr 2017: 60.223 Behandlungsfälle in 1.192 Krankenhäusern
 - Durchschnittsalter der operierten Patienten: 79 Jahre
 - 16% der Pat. warten länger als 24 Std. auf die operative Versorgung ihrer Oberschenkelhalsfraktur
- Konsequenzen:
 - Strukturierter Dialog mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern
 - Förderung eines leitliniengerechten Vorgehens (z.B. antikoagulative Therapie des Patienten ist **keine** Kontraindikation gegen eine möglichst frühzeitige Operation)
 - Gegenmaßnahmen zum Fachpersonalmangel in den Krankenhäusern!

III. Stationäre Qualitätssicherung:

Weitere stationäre QS-Verfahren von besonderem Patientennutzen für die älter werdende Bevölkerung (1)

- Minimal invasive Herzklappen-Interventionen (MHI):
 - Kathetergestützte Aortenklappen-Ersatz („TAVI“):
 - Altersverteilung:
 - 70-79 Jahre 30,38%
 - 80-89 Jahre 59,76%
 - ≥ 90 Jahre 5,41%
 - Allgemeinerkrankungen:
 - Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung 70,36%
 - Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine schwere Lebensbedrohung darstellen 23,41 %
 - → Herausforderungen an die Indikationsstellung
 - MHI-Richtlinie des G-BA: Indikationsstellung zur TAVI durch ein interdisziplinäres HEART-TEAM (Kardiologe, Herzchirurg, Anästhesist)

III. Stationäre Qualitätssicherung:

Weitere stationäre QS-Verfahren von besonderem Patientennutzen für die älter werdende Bevölkerung (2)

- Karotis-Revaskularisation:
 - Ca. 30.000 Schlaganfälle pro Jahr in Deutschland gehen auf eine Karotisstenose zurück
 - Qualitätsverbesserungspotential: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose
- Sturzprophylaxe:
 - Neu eingeführt, noch keine validen Qualitätsvergleiche möglich
- Entlassungsmanagement (Überleitung aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung)
 - In Planung
- Herzschrittmacherversorgung, Implantierbare Defibrillatoren
- Vermeidung nosokomialer Infektionen

IV. Disease Management Programme gemäß § 137f SGB V (1)

- Qualitätsförderung durch DMP (Strukturierte Behandlungsprogramme)
 - zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (QoL) der immer älter werdenden Patienten mit chronischen Erkrankungen,
 - unter Berücksichtigung von Komorbiditäten,
 - auf Basis evidenzgestützter Leitlinien,
 - mit sektorenübergreifender (ambulant – stationär) Koordination der Versorgung, in der Regel mit dem Hausarzt als Koordinator,
 - mit besonderem Fokus auf die Stärkung der Eigeninitiative der Patienten (z.B. Patientenschulungen)

IV. Disease Management Programme gemäß § 137f SGB V (2)

Bestehende DMP <i>Teilnehmer (31.12.2015)</i>	DMP in Beratung <i>Festlegung durch</i>
Brustkrebs 111.315	Chronische Herzinsuffizienz (2018) <i>Beschluss des G-BA vom 21.08.2014</i>
Diabetes mellitus Typ 1 183.173	chronischer Rückenschmerz (2018) <i>Beschluss des G-BA vom 21.08.2014</i> Rückenleiden (2018) <i>GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015</i>
Diabetes mellitus Typ 2 4.042.844	Depressionen (2019) <i>GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015</i>
Koronare Herzkrankheit 1.788.605	Rheumatoide Arthritis (2020) <i>Beschluss des G-BA vom 21.08.2014</i>
Asthma bronchiale 884.109	Osteoporose (2020) <i>Beschluss des G-BA vom 21.08.2014</i>
COPD 712.709	

Insgesamt 6,6 Millionen Versicherte, die einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind

Quelle: BVA

V. Zusammenfassung und Ausblick (1)

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hält unterschiedliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der Versorgung der älter werdenden Bevölkerung bereit:
- Einige der 26 stationären QS-Verfahren sind von besonderem Nutzen für ältere Patienten (z.B. Dekubitusprophylaxe, hüftgelenksnahe Femurfraktur, kathetergestützter Aortenklappen-Ersatz (TAVI)).
- Hierbei zeigen sich jeweils spezifische Qualitätsverbesserungspotentiale (z.B. zu viele Patienten mit chronischen Wunden, zu lange präoperative Wartezeit bei Femurfraktur, Indikationsstellung bei minimal invasiven Eingriffen).
- Diesen spezifischen Qualitätsverbesserungspotentialen wird im sogenannten „strukturierten Dialog“ mit den einzelnen Krankenhäusern kontinuierlich und gezielt nachgegangen.

V. Zusammenfassung und Ausblick (2)

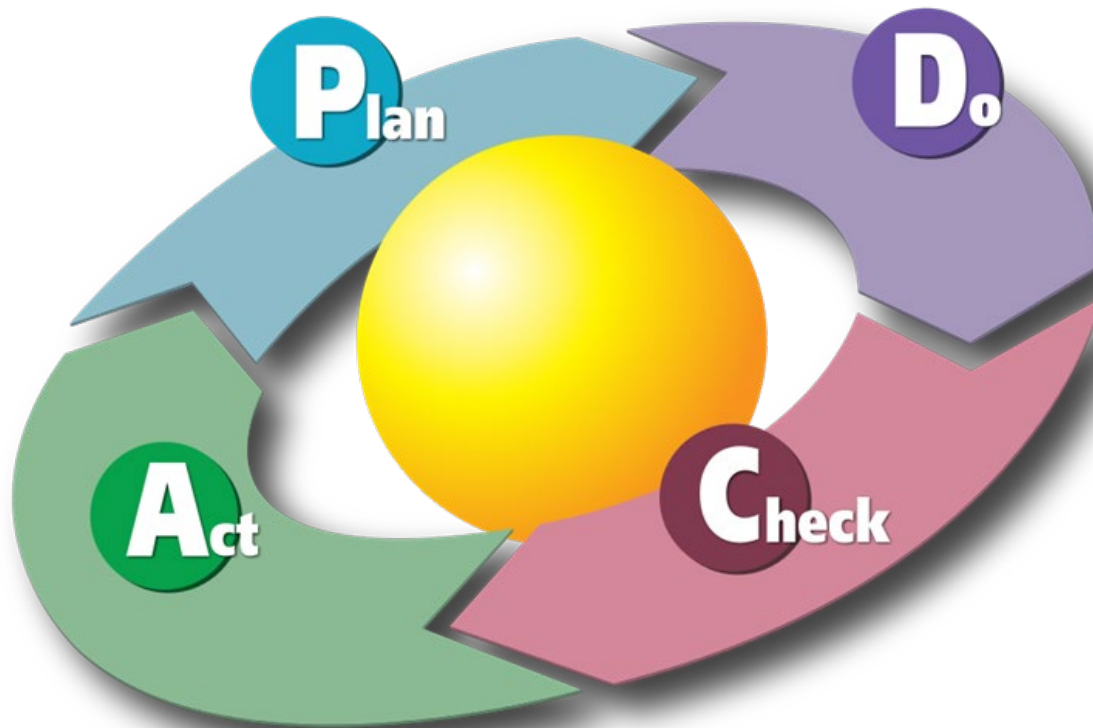
- Angesichts der demographischen Entwicklung besteht für die stationäre Qualitätssicherung in Deutschland insbesondere folgender Weiterentwicklungsbedarf:
- Erweiterung um Qualitätsindikatoren für Geriatrie-typische Krankheitsbilder (z.B. QS-Verfahren zu Schlaganfall-Versorgung bisher nur in einigen Bundesländern)
- Sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Qualitätssicherung unter Einbeziehung von Rehabilitation und ambulanter Nach- und Langzeitbehandlung
 - weil Aussagen über Ergebnisqualität (Outcome) angesichts der sinkenden stationären Verweildauern sonst kaum noch möglich sind

V. Zusammenfassung und Ausblick

(3)

- Neben der klassischen Qualitätssicherung mit Qualitätsindikatoren stellen insbesondere Disease Management Programme (DMP) eine weitere Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung der Versorgung der älter werdenden Bevölkerung dar
- Im Zentrum von DMP steht die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität chronisch kranker, in der Regel multimorbider Patienten, auch im hohen Alter.
- Allgemeine Verbesserungspotentiale im deutschen Gesundheitswesen angesichts der älter werden Bevölkerung sind insbesondere:
 - Verbesserung der Koordination und sektorenübergreifenden Vernetzung der Versorgung
 - Bekämpfung des Fachpersonal-Mangels
 - Förderung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Patienten auch im (hohen) Alter

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Quelle: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/7/7a/PDCA_Cycle.svg/1000px-PDCA_Cycle.svg.png