

Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität

Version 1.0

Handbuch für Anwender:innen

Katharina Glassen, Josefine Schulze, Amanda Breckner, Dagmar Lühmann, Joachim Szecsenyi, Martin Scherer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG

gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Impressum

Stand
Version 1.0 (Januar 2022)

Herausgeber
Prof. Dr. med. Martin Scherer (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Autor:innen
Dr. med. Katharina Glassen (Universitätsklinikum Heidelberg)
Josefine Schulze (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
Amanda Breckner (Universitätsklinikum Heidelberg)
Dr. med. Dagmar Lühmann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg)
Prof. Dr. med. Martin Scherer (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Adressen
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Telefon: 040 7410 52400
E-Mail: ipa-sekretariat@uke.de

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg
Telefon: 06221 56 4743
E-Mail: office.allmed@med.uni-heidelberg.de

Bildnachweis
Titelbild @ Chris Henry/Unsplash

Finanzierung
Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt MULTIqual (Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität) wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16058 gefördert.

Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität

Version 1.0

Handbuch für Anwender:innen

Katharina Glassen, Josefine Schulze, Amanda Breckner, Dagmar Lühmann, Joachim Szecsenyi, Martin Scherer

Inhaltsverzeichnis

Einführung **5**
Hintergrund 5
Methodik 6
Ergebnisse 6
Implementierung der Qualitätsindikatoren in die Versorgung 7
Ausblick 8
Das Qualitätsindikatoren-Set Multimorbidität **10**
Indikator 1: Depressions-Screening 11
Indikator 2: Gezieltes Erfassen von Schmerzen 14
Indikator 3: Überprüfung des Schmerzmanagements 16
Indikator 4: Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs 18
Indikator 5: Einschätzen der subjektiven Lebensqualität 20
Indikator 6: Erfassen der Symptomlast 22
Indikator 7: Ermitteln von Patient:innenpräferenzen 24
Indikator 8: Einbeziehen von Bezugspersonen 26
Indikator 9: Patient:innenschulungen und Selbstmanagement 28
Indikator 10: Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen 30
Indikator 11: Schriftlicher Behandlungsplan 32
Indikator 12: Erhebung der Belastung durch die Behandlungen 34
Indikator 13: Überprüfung der Therapie-Adhärenz 36
Indikator 14: Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen 38
Indikator 15: Medikamentenreview 40
Indikator 16: Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen 42
Indikator 17: Partizipative Entscheidungsfindung 44
Indikator 18: Aktueller Medikationsplan 46
Indikator 19: Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination 48
Indikator 20: Umfassende Versorgungsdokumentation 50
Indikator 21a: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – Ärzt:innen 52
Indikator 21b: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – nichtärztliches Personal 54
Anhang 56
Literaturverzeichnis 68

Einführung

Bei multimorbiden Patient:innen muss die Qualität der Versorgung, anders als bei Patient:innen mit einzelnen chronischen Erkrankungen, nach generischen Prinzipien beurteilt werden. Die Anwendung von Beurteilungskriterien, die sich an Einzelerkrankungen orientieren, ist mit einem höheren Risiko für Fehlanreize, Fragmentierung und Überversorgung verbunden.

Vor diesem Hintergrund hatte das MULTIqual-Projekt (Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität) die Entwicklung und Validierung eines Qualitätsindikatoren-Sets für die Beurteilung der Versorgungsqualität von multimorbiden Patient:innen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zum Ziel. Die Anwendung dieser Qualitätsindikatoren soll durch das vorliegende, ebenfalls im Projekt entwickelte, Manual unterstützt werden.

Das Qualitätsindikatoren-Set entstand in einem mehrstufigen Prozess, in den sowohl ein Expert:innenpanel mit Vertreter:innen verschiedenster, an der Versorgung von multimorbiden Patient:innenen beteiligten, Professionen, als auch multimorbide Patient:innen und deren Angehörige mit einbezogen wurden. Das Set wurde anschließend in einer Anwendungsstudie in Zusammenarbeit mit Patient:innen und deren behandelnden Hausärzt:innen validiert.

Mit Hilfe dieses breit abgestützten Indikatoren-Sets können Qualitätsprobleme identifiziert werden. Nachfolgend kann es zur Implementierung von Behandlungsstandards genutzt werden mit dem Ziel, Unter-, Über- und Fehlversorgung bei der Behandlung von multimorbiden Patient:innen zu reduzieren. Darüber hinaus kann das Qualitätsindikatoren-Set auch zur Evaluation von Versorgungsmodellen herangezogen oder als Datenbasis zum Qualitätsmonitoring genutzt werden. Da die Qualitätsindikatoren bislang jedoch nur unzureichend anhand von Routinedaten zu erheben sind, eignet sich das Qualitätsindikatoren-Set insbesondere für das interne Qualitätsmanagement.

Das Qualitätsindikatoren-Set wird mit dem vorliegenden Manual für Leistungserbringer in der Primärversorgung, für Versorgungsforscher:innen und Kooperationen wie Qualitätszirkel und Versorgungsverträge zur Verfügung gestellt. Dadurch soll eine hohe Transparenz gewährleistet und die breite Anwendung ermöglicht werden.

Hintergrund

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mit steigender Lebenserwartung spielt die medizinische Versorgung von älteren Patient:innen mit mehreren chronischen Erkrankungen eine immer wichtigere Rolle. Inzwischen zählen ca. 62% der älteren Bevölkerung in Deutschland zur Gruppe der multimorbiden Patient:innen, also denjenigen, die wegen drei oder mehr chronischen Erkrankungen behandelt werden (van den Bussche et al. 2012).

Es gibt eine Vielzahl von Definitionsvorschlägen für Multimorbidität, welche von mindestens zwei bis hin zu fünf chronischen Erkrankungen reichen und teilweise weitere Faktoren wie die Symptomlast oder Prognosen einbeziehen (Boeckxstaens & Petrovic 2018) Aus Gründen der besseren Abrufbarkeit und in Anlehnung an die DEGAM-Leitlinie wurde Multimorbidität im vorliegenden Handbuch als das Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen operationalisiert. Dennoch ist bekannt, dass die Anzahl bekannter Diagnosen nicht unbedingt mit der Erkrankungsschwere oder Komplexität der Behandlungserfordernisse einhergehen muss.

Die besondere Herausforderung in der Behandlung von multimorbiden Patient:innen liegt darin, dass es zu Wechselwirkungen zwischen den Therapien einzelner Krankheiten kommen kann und sich Therapieempfehlungen für verschiedene Erkrankungen widersprechen können. Zudem kann eine Vielzahl von Therapien zu einer starken Belastung der Patient:innen führen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017). Vor diesem Hintergrund ist es im Sinne der evidenzbasierten Medizin die Aufgabe der behandelnden Ärzt:innen mit ihrer individuellen Expertise, sowohl die bestmögliche verfügbare externe Evidenz als auch die Präferenzen der Patient:innen in die Therapieplanung einfließen zu lassen (Sackett et al. 1996). Leitlinien beziehen sich jedoch zumeist auf die Therapie einzelner Erkrankungen, sodass es bei multimorbiden Patient:innen teilweise aufgrund von widersprüchlichen Empfehlungen schwierig ist, alle relevanten Leitlinien in die Versorgung einzubeziehen.

Ziel des vorliegenden Sets von generischen Qualitätsindikatoren für die Versorgung älterer Patient:innen mit Multimorbidität ist es mit dessen Hilfe Lücken in der Versorgungsqualität aufzudecken und Behandlungsstandards zu implementieren (Schulze et al. 2022).

Methodik

Im ersten Teil des Projektes wurden auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche Qualitätsindikatoren und Leitlinienempfehlungen identifiziert, aus welchen ein vorläufiges Indikatoren-Set operationalisiert wurde. In einem zweiten Schritt wurden in acht Fokusgruppen mit multimorbiden Patient:innen ab 65 Jahren und deren Angehörigen vier zusätzliche Indikatoren erarbeitet. Die so entwickelten Qualitätsindikatoren wurden schließlich von einem multidisziplinären Expert:innenpanel (n=23) in einem zweistufigen Konsensusverfahren nach standardisierten Kriterien beurteilt und konsentiert. Das konsentierte Qualitätsindikatoren-Set bestand aus 25 Qualitätsindikatoren (Schulze et al. 2022).

Im zweiten Teil des Projektes erfolgte die Anwendung und Erprobung der Indikatoren im hausärztlichen Setting. Hierzu fanden standardisierte Interviews mit insgesamt 346 Patient:innen ab 65 Jahren mit mindestens drei chronischen Erkrankungen statt, in denen die Sachverhalte der Indikatoren mit Hilfe von Fragebögen erhoben wurden. Anschließend wurde mit den behandelnden Hausärzt:innen (n=35) der interviewten Patient:innen anhand von Praxis- und patient:innenspezifischen Fragebögen durchschnittliche Erfüllungsquoten, Machbarkeit der Datenerhebung, praxisbezogene Verteilung und der Einfluss von Patien:innenfaktoren und Case Mix auf die Verteilung der Indikatoren geprüft. Drei der Indikatoren wurden im Anschluss aufgrund mangelnder Machbarkeit und Trennschärfe ausgeschlossen. Somit besteht das finale Qualitätsindikatoren-Set aus insgesamt 22 Qualitätsindikatoren (Schulze et al. 2022).

Ergebnisse

Im ersten Teil des MULTIqual-Projekts wurden im Rahmen der Literaturrecherche 47 mögliche Qualitätsindikatoren ermittelt und 4 weitere aus den Ergebnissen von Fokusgruppen mit Patient:innen abgeleitet.

Diese Qualitätsindikatoren wurden in einem im Projekt eigens dafür entwickelten Rahmenmodell für die Versorgungsqualität von multimorbiden Patient:innen den verschiedenen Versorgungsbereichen zugeordnet, um die unterschiedlichen Aspekte der Qualitätsmessung zu strukturieren (siehe Abb. 1).

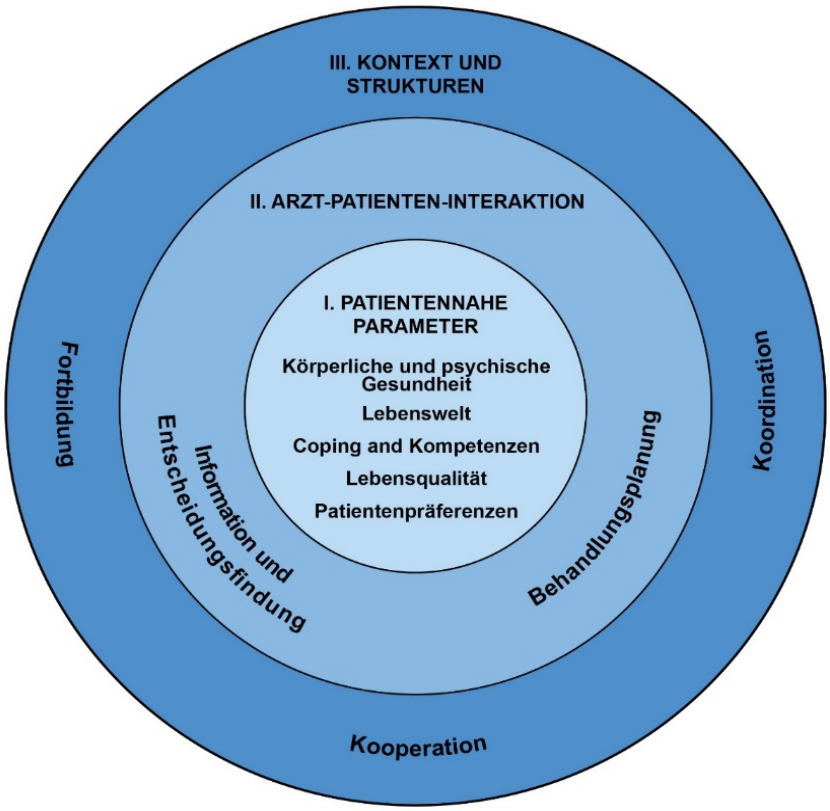


Abb.1: Modell für die Qualität der Versorgung von multimorbiden Patient:innen (Schulze et al. (2022)

Das Modell bildet sämtliche, entlang der Themenerschließung identifizierten Qualitätsaspekte, Versorgungskategorien und -ebenen ab und zeigt auf, für welche Bereiche der Versorgung Qualitätsindikatoren verfügbar sind. Die Verwendung des Rahmenmodells kann sicherstellen, dass die genutzten Indikatoren die Kernkomponenten der Versorgungsqualität abdecken.

Aus dem vorläufigen Qualitätsindikatoren-Set, wurden insgesamt 25 Indikatoren durch das multidisziplinäre Expert:innenpanel konsentiert. Diese Indikatoren wurden dann im zweiten Teil der Studie bei der Befragung von Patient:innen und deren Hausärzt:innen erstmals eingesetzt. Bei der Auswertung stellte sich heraus, dass 3 Indikatoren wegen mangelnder Trennschärfe und Machbarkeit der Datenerhebung ausgeschlossen werden mussten.

Das finale Qualitätsindikatoren-Set besteht aus 22 Indikatoren, die nach diesem Modell in folgende Ebenen der Versorgung eingeteilt werden können: 9 Indikatoren zu patient:innennahen Parametern, 9 Indikatoren zur Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion und 4 Indikatoren zu Kontext und Strukturen. Die einzelnen Indikatoren des finalen Qualitätsindikatoren-Set Multimorbidität werden im zweiten Teil dieses Manuals ausführlich beschrieben.

Implementierung der Qualitätsindikatoren in die Versorgung

Die Ergebnisse der Anwendungsstudie zeigen einige Qualitätsaspekte auf, die in der Versorgung nur unzureichend Berücksichtigung finden.

An dieser Stelle sollen zwei Qualitätsindikatoren herausgegriffen werden, um die Einsatzmöglichkeiten des Qualitätsindikatoren-Sets aufzuzeigen. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die

Zustimmungsraten zum Indikator zur Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung hoch waren, jedoch häufig nicht explizit nach den Behandlungszielen oder Patient:innenpräferenzen gefragt wurde. Dies lässt darauf schließen, dass das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung noch nicht in allen Praxen vollständig etabliert ist. Dabei konnte man in Studien zeigen, dass der Einbezug von Patient:innenpräferenzen zu einer Reduktion von unerwünschten Behandlungen, Medikamenten und diagnostischen Tests führt (Tinetti et al. 2019). Ein weiteres Beispiel ist der Indikator zum Vorhandensein eines aktuellen Medikationsplans. Die Etablierung dieser Behandlungsstandards hat zum Ziel, Polypharmazie und unerwünschte Medikamentennebenwirkungen sowie -interaktionen zu reduzieren und die Compliance zu verbessern. Obwohl jeder Patient, der mindestens drei verordnete Medikamente einnimmt, seit 01.10.2016 einen Anspruch auf einen bundeseinheitlichen Medikationsplan hat (SGB V § 31a Medikationsplan) zeigten die Ergebnisse des MULTIqual-Projektes, dass dies im Versorgungsalltag bislang nicht für alle Patient:innen umgesetzt wird. Hier könnte das Qualitätsindikatoren-Set als Grundlage dienen, den Ist-Zustand der Versorgung multimorbider Patient:innen zu erheben und Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.

Um den Einsatz des Qualitätsindikatoren-Sets in weiteren Forschungsprojekten zu ermöglichen findet sich im Anhang der Fragebogen zur allgemeinen Verwendung entsprechend den Lizenzbestimmungen.

Ausblick

Die Referenzwerte aus der Anwendungsstudie des MULTIqual-Projektes bilden nur einen kleinen Ausschnitt des Ist-Zustandes der Versorgung multimorbider Patient:innen ab, der im Rahmen größerer Anwendungsstudien überprüft werden muss. Eine internationale Folgestudie, in welcher der Qualtitätsindikatorensatz erstmals in größerem Umfang im Längsschnittvergleich eingesetzt und prospektiv evaluiert wird, ist bereits geplant. Die bisherigen Daten zeigen auf, an welchen Stellen Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität von multimorbiden Patient:innen ansetzen könnten:

Die Versorgung multimorbider Patient:innen erfordert im Gegensatz zu der von Patient:innen mit nur einer chronischen Erkrankung einen deutlich höheren Zeitaufwand in Form von mehr Ärzt:innen-Patient:innen-Kontakten und zeitintensiver Koordination der Versorgung mit Angehörigen, Spezialist:innen und ggf. Pflegediensten. Dieser Zeitaufwand wird über die Chroniker-Ziffern abgedeckt, die jedoch jeweils nur einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden dürfen. Das gleiche gilt für den Medikationsplan. Einige Teilnehmer:innen der Fokusgruppen berichteten, dass es für sie sehr hilfreich sei einen Medikationsplan zu den behandelnden Fachärzt:innen mitnehmen zu können. Darüber hinaus gebe er ihnen viel Sicherheit bei der Einnahme ihrer Medikamente. Die Vergütung für die Erstellung des bundeseinheitlichen Medikationsplans, der meist im Laufe einer Behandlung wiederholt angepasst werden muss, bildet dabei jedoch nicht die Erfordernisse der Versorgung ab. So kann der Zuschlag für die Erstellung eines Medikationsplans nur einmal pro Jahr von Vertragsärzt:innen abgerechnet werden. Darüber hinaus gibt es einige Behandlungsausschlüsse, wie z.B. die Chroniker-Ziffern. Die Ergebnisse des MULTIqual-Projektes legen nahe, dass eine bessere Honorierung des erhöhten Zeitaufwandes für die Behandlung multimorbider Patient:innen die Versorgungsqualität verbessern könnte.

Die Erhebung der in Form der Qualitätsindikatoren formulierten Behandlungsstandards ist nur teilweise anhand von Routinedaten wie Abrechnungsziffern möglich. Daher müssen einige Indikatoren durch zeitaufwändige Befragungen erhoben werden, wodurch der Einsatz der Indikatoren erschwert wird. Manche Indikatoren, z.B. diejenigen zum Assessment patient:innenrelevanter Gesundheitsfaktoren wie Symptomlast, Depressivität und Lebensqualität, können zumindest bei Patient:innen ab einem Alter von 70 Jahren über das geriatrische Basisassesment erhoben werden. Für jüngere multimorbide Patient:innen ist dies jedoch nicht möglich. Somit kann aus den vorliegenden Ergebnissen abgeleitet werden, dass eine Überarbeitung der Zielgruppen dieser EBM-Ziffern die praktikable und zeitsparende Erhebung der Versorgungsqualität anhand der Qualitätsindikatoren erleichtern würde.

Eine weitere Erleichterung der Versorgung multimorbider Patient:innen könnte die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bieten, in deren Rahmen einige Leistungen an VERAHs (Versorgungsassistent:innen) oder NäPas (Nicht-ärztliche Praxisassistent:innen) delegiert und entsprechend abgerechnet werden können.

Die Qualitätsindikatoren könnten beispielsweise auch in ein neu zu entwickelndes strukturiertes Versorgungsmodell für Multimorbidität integriert werden. Dadurch könnte ein standardisierter Rahmen

geschaffen werden, um eine hohe Versorgungsqualität für Patient:innen mit Multimorbidität zu gewährleisten.

Anhand der entwickelten Qualitätsindikatoren können neue Dokumentationsstandards für Praxis-Softwares etabliert werden. Eine effiziente Lösung für das interne Qualitätsmanagement würde die standardisierte Abrufbarkeit der Qualitätsindikatoren aus dem Verwaltungssystem darstellen. Eine Voraussetzung hierfür wäre, dass man multimorbide Patient:innen in der Praxissoftware eindeutig als solche markieren kann. Bei den Befragungen der Ärzt:innen im MULTIqual-Projekt stellte sich allerdings heraus, dass diese Möglichkeit nur bei einem kleinen Teil überhaupt bestand bzw. genutzt wurde. Es wäre wünschenswert, dass diese Vorschläge im Rahmen der voranschreitenden Digitalisierung der Medizin schrittweise umgesetzt werden um die Versorgung nicht nur von multimorbiden Patient:innen in Zukunft verbessern zu können.

Das Qualitätsindikatoren-Set Multimorbidität

Im Folgenden werden die einzelnen Qualitätsindikatoren vorgestellt. Die Anwendung ist für alle Ärzt:innen gedacht, die multimorbide Patient:innen versorgen wie z.B. Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Fachärzt:innen für Innere Medizin sowie praktische Ärzt:innen. Voraussetzung für die Erfüllung der Qualitätsindikatoren ist die Festlegung von Kriterien, wann ein Indikator als erfüllt gilt. Um die Daten vergleichen zu können ist die korrekte und vollständige Dokumentation über die Praxissoftware erforderlich. Die Ergebnisse der einzelnen Praxen können beispielsweise in Qualitätszirkeln zum internen Benchmarking genutzt werden.

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Nr	Qualitätsindikator	Beschreibung
Patient:innennahe Parameter		
Indikator 1	Depressions-Screening	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screeningfragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde
Indikator 2	Gezieltes Erfassen von Schmerzen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die gezielt auf das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden
Indikator 3	Überprüfung des Schmerzmanagements	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit Schmerzen, deren medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie überprüft und ggf. angepasst wurde
Indikator 4	Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen im Gespräch finanzieller Unterstützungsbedarf thematisiert wurde
Indikator 5	Einschätzen der subjektiven Lebensqualität	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über ihre subjektive Lebensqualität gesprochen wurde
Indikator 6	Erfassen der Symptomlast	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mithilfe validierter Instrumente erfasst wurde
Indikator 7	Ermitteln von Patient:innenpräferenzen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch erfragt und dokumentiert wurden
Indikator 8	Einbeziehen von Bezugspersonen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen besprochen wurde, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen
Indikator 9	Patient:innenschulungen und Selbstmanagement	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen die Teilnahme an einer Patient:innenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten oder für die ein schriftlicher Selbstmanagementplan erstellt und vereinbart wurde

Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion		
Indikator 10	Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Behandlungsziele gemeinsam vereinbart und dokumentiert wurden
Indikator 11	Schriftlicher Behandlungsplan	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde
Indikator 12	Erhebung der Belastung durch die Behandlungen	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde
Indikator 13	Überprüfung der Therapie-Adhärenz	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapie-Adhärenz regelmäßig überprüft wird
Indikator 14	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren
Indikator 15	Medikamentenreview	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde
Indikator 16	Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die vor Behandlungsentscheidungen über potentiellen Nutzen und Risiken der Therapieoptionen informiert wurden
Indikator 17	Partizipative Entscheidungsfindung	Anteil (%) aller Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen
Indikator 18	Aktueller Medikationsplan	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde
Kontext-Strukturen		
Indikator 19	Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen vereinbart und festgehalten wurde, welcher professionelle Leistungserbringer für die übergreifende Koordination der Versorgung verantwortlich ist
Indikator 20	Umfassende Versorgungsdokumentation	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen einer die Versorgung koordinierenden Person alle Berichte der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer vorliegen
Indikator 21a	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – Ärztinnen/Ärzte	Mindestens ein:e Ärzt:in einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen
Indikator 21b	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – nichtärztliches Personal	Mindestens ein:e Mitarbeiter:in aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen

Indikator 1: Depressions-Screening

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screening-Fragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde

Zielstellung:
Möglichst hoch

Begründung:
Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen weisen höhere Prävalenzraten für komorbide psychische Erkrankungen auf. Dabei erhöhen chronische körperliche Erkrankungen einerseits das Risiko, an einer Depression zu erkranken, andererseits stellt auch eine bestehende Depression einen Risikofaktor für die Entwicklung chronischer körperlicher Erkrankungen dar (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017). Gleichermaßen können Depressionen die Bewältigung von Therapieerfordernissen erschweren, zum Beispiel hinsichtlich ausgewogener Ernährung und Bewegung oder Medikamenteneinnahme (National Institute for Health and Care Excellence 2016).

Anmerkungen:
Mit dem Begriff Depression sind die ICD-10 Diagnosen F32*, F33* und F34.1 eingeschlossen.

Indikatortyp:
Prozessqualität

Qualitätsdimension:
Angemessenheit der Versorgung, Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung, Patient:innensicherheit

(2) Berechnung des Indikators
Bezugszeitraum:
Einmal jährlich

Datenerhebung:
Prüfung der Patient:innenakte auf die Ergebnisdokumentation

Berechnung:
Zähler: Anzahl der Patient:innen, bei denen anhand von Screening-Fragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten ohne bereits diagnostizierte Depression

Ein- und Ausschlusskriterien:
Patient:innen mit bereits diagnostizierter Depression werden nicht berücksichtigt.

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: "Be alert to the possibility of depression and anxiety" *(abgeschwächte Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 13.2% für alle eingeschlossenen Patient:innen.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 92.0% der relevanten Stichprobe. In 74.3% aller Fälle, in denen ein Depressionsscreening durchgeführt wurde, war dies auch in der Patient:innenakte dokumentiert.

Einflussfaktoren:

Der Indikator war signifikant häufiger bei weiblichen als bei männlichen Patient:innen erfüllt. Daher sollte beim Vergleich zwischen Leistungserbringern eine Adjustierung für den Faktor Geschlecht erfolgen.

Indikator 2: Gezieltes Erfassen von Schmerzen

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die gezielt auf das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Bei einer Vielzahl von Personen mit Multimorbidität bestehen chronische Schmerzen. Diese können sich stark auf das seelische Befinden und die Funktionsfähigkeit im Alltag auswirken. Ebenso erhöhen chronische Schmerzen das Risiko für Stürze und die Entwicklung von Ängsten (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017). Obwohl häufig angenommen wird, dass Schmerzen aktiv durch die Patient:innen in der Konsultation angesprochen wird, sind die Prävalenzraten für Schmerzproblematiken wesentlich höher als die Rate von Schmerz als Konsultationsanlass in hausärztlichen Praxen nahelegt. Ein bedeutender Anteil von Schmerzproblematiken wird daher nicht erfasst (Leitliniengruppe Hessen 2018).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Angemessenheit der Versorgung, Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung, Patient:innensicherheit

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal im Quartal

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf Dokumentation von Schmerzerfassung

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, die gezielt auf das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden.

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten.

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: "Be alert to the possibility of (…) chronic pain and the need to assess this and the adequacy of pain management" *(abgeschwächte Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe war der Indikator für 62.3% der Patient:innen erfüllt.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnten die erforderlichen Daten zur Berechnung des Indikators für 93.6% der Gesamtstichprobe erhoben werden. In 69.8% dieser Fälle fand sich eine Dokumentation des im Indikator beschriebenen Prozesses in der Patient:innenakte.

Einflussfaktoren:

Eine Adjustierung für die Anzahl der Komorbiditäten ist anzuraten, da dieser Faktor in der MULTIqual-Stichprobe eine signifikante Einflussgröße für die Erfüllung des Indikators darstellte.

Indikator 3: Überprüfung des Schmerzmanagements

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit Schmerzen, deren medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie überprüft und ggf. angepasst wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Obwohl Schmerzprobleme häufig von Hausärzt:innen unterschätzt werden, sind sie mit negativen Effekten für Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden von Patient:innen verbunden. Oft sind Schmerzen bei Multimorbidität durch mehrere zugrundeliegende Faktoren beeinflusst, was effektives Schmerzmanagement erschweren kann. Dennoch ist dies im Hinblick auf die möglichen Auswirkungen chronischer Schmerzen unerlässlich (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017).

Indikatortyp:

Prozessqualität.

Qualitätsdimension:

Angemessenheit der Versorgung, Wirksamkeit der Maßnahmen

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal im Quartal

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf Verlaufskontrolle der Schmerzbehandlung

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen mit chronischen Schmerzen,-deren Schmerztherapie überprüft und ggf. angepasst wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die unter chronischen Schmerzen leiden

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: "Be alert to the possibility of: chronic pain and the need to assess this and the adequacy of pain management" *(abgeschwächte Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

Für 67.0% der in die Berechnung eingeschlossenen Patient:innen war dieser Indikator erfüllt. Bei 60.1% der Gesamtstichprobe bestand eine chronische Schmerzsymptomatik.

Datenverfügbarkeit:

In der untersuchten Stichprobe war mit 97.5% eine hohe Datenverfügbarkeit gegeben, jedoch spiegelte sich dies lediglich bei 65.4% in der Patient:innenakte wider.

Einflussfaktoren:

Es konnte kein signifikanter Einfluss spezifischer Patient:innencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt werden.

Indikator 4: Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen im Gespräch finanzieller Unterstützungsbedarf thematisiert wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Finanzielle Einschränkungen stellen für multimorbide Patient:innen eine Barriere für das Management der eigenen Behandlung dar (Bayliss et al. 2007). Sozioökonomische Faktoren können das Gleichgewicht zwischen Ressourcen und Belastung durch die Erkrankungen und Behandlungen empfindlich beeinträchtigen (Muth et al. 2014).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung, Gleichheit bei der Versorgung

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Mindestens einmal pro Patient

Datenerhebung:

Patient:innenbefragung

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, bei denen im Gespräch finanzieller Unterstützungsbedarf thematisiert wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 28: „bekannte psychosoziale/familiäre Problemlagen thematisieren“ *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Muth et al. 2014, S. 8: "Elicit and consider social circumstances, financial constraints, living conditions, social support, health literacy, functional autonomy, and coping strategies" *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

Als Referenzwert ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 19.1%.

Datenverfügbarkeit:

In der MULTIqual-Stichprobe konnten zwar für 92.5% der Patient:innen die erforderlichen Daten erhoben werden, jedoch waren diese nur in 41.0% aller Fälle in der Patient:innenakte dokumentiert.

Einflussfaktoren:

Die Pflegebedürftigkeit von Patient:innen erwies sich als ein signifikanter Einflussfaktor auf den Erfüllungsgrad des Indikators und sollte beim Vergleich zwischen Leistungserbringern berücksichtigt werden, wenn sich deutliche Unterschiede im Case Mix ergeben.

Indikator 5: Einschätzen der subjektiven Lebensqualität

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über ihre subjektive Lebensqualität gesprochen wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Die Verbesserung der Lebensqualität stellt einen zentralen Fokus patient:innenzentrierter Behandlung bei Multimorbidität dar (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal jährlich

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf Dokumentation eines Gesprächs über die subjektive Lebensqualität

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, mit denen über ihre subjektive Lebensqualität gesprochen wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: "Establish disease burden by talking to people about how their health problems affect their day-to-day life. Include a discussion of (…) how health problems interact and how this affects quality of life" *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe wurde ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 80.1% festgestellt.

Datenverfügbarkeit:

Für 92.8% der betrachteten Patient:innen konnten alle Daten erhoben werden. In 60.3% aller positiv gewerteten Fälle konnte die entsprechende Dokumentation der Patient:innenakte entnommen werden.

Einflussfaktoren:

Die Anzahl von Komorbiditäten erwies sich als signifikanter Einflussfaktor auf die Erfüllung des Indikators und sollte daher beim Vergleich zwischen Leistungserbringern berücksichtigt werden.

Indikator 6: Erfassen der Symptomlast

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mithilfe validierter Instrumente erfasst wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Das Vorliegen mehrerer Erkrankungen erschwert es, Symptome eindeutig zu einer spezifischen Grunderkrankung zuzuordnen. Zudem weisen multimorbide Patient:innen oft eine höhere Belastung durch Krankheitssymptome auf. Eine Verringerung der Symptomlast ist daher für Betroffene oft ein wichtiges Ziel in der Behandlung (Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions 2012).

Anmerkungen:

Symptomlast ist definiert als ein Konzept, das sowohl den Schweregrad der Symptome als auch die Wahrnehmung des Patient:innen hinsichtlich der Auswirkungen der Symptome umfasst (Cleeland 2007).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal jährlich

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf die Ergebnisdokumentation

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, deren Symptomlast mithilfe validierter Instrumente erfasst wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

Muth et al. 2014, S. 8: „Actively monitor for signs of anxiety, distress and depression, or cognitive dysfunction, including problems of addiction and non-specific signs or symptoms such as sleeping problems, loss of appetite, or hydration problems" *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Working group on health outcomes 2012, S. 2335: "Although universal symptom assessment may not be necessary, persons who report pain or fatigue should complete a brief symptom inventory, such as the CMSAS (…) Several panelists recommended routine symptom assessment for all MCC [multiple chronic conditions] patients." *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe war der Indikator bei 74.3% der Patient:innen erfüllt.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 96.2% aller Patient:innen erhoben werden, wobei die Ergebnisdokumentation in 100% aller Fälle, in denen das Kriterium erfüllt war, vorlag.

Einflussfaktoren:

Es wurde ein signifikanter Einfluss der Anzahl von Komorbiditäten auf die Indikatorausprägung festgestellt, weswegen diese in eine mögliche Adjustierung einbezogen werden sollte.

Indikator 7: Ermitteln von Patient:innenpräferenzen

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch erfragt und dokumentiert wurden

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Eine patient:innenzentrierte Versorgung und Behandlungsplanung sollte sich auf individuelle Präferenzen und Ziele beziehen. Persönliche Werte und Prioritäten bedingen, wie Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen wahrgenommen und bewertet werden und bestimmen daher auch den individuellen Unterstützungsbedarf (National Institute for Health and Care Excellence 2017).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung, Mitwirkung und aktive Einbeziehung des Patient:innen

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal im Quartal

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf Dokumentation von Patient:innenpräferenzen

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch erfragt und dokumentiert wurden

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 240: "Encourage people with multimorbidity to clarify what is important to them, including their personal goals, values and priorities. These may include: maintaining their independence, undertaking paid or voluntary work, taking part in social activities and playing an active part in family life, preventing specific adverse outcomes (for example, stroke), reducing harms from medicines, reducing treatment burden, lengthening life." *(starke Empfehlung)*

DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 23: „Bei der Ermittlung von Patient:innenpräferenzen und Wertvorstellungen sind folgende Aspekte anzusprechen (Adaptation aus NICE-Guideline): Patient:innen sollen ermutigt werden, ihre persönlichen Ziele und Prioritäten darzulegen. Hierzu gehört Klärung des Stellenwertes von: Erhalt der sozialen Rolle: in Berufs-/Arbeitstätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten, Familienleben; Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z. B. Schlaganfall); Minimierung von Medikamentennebenwirkungen; Verringerung der Belastung durch Behandlungen; Lebensverlängerung." *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

NICE Multimorbidity quality standard 2017, S. 9: "Proportion of adults with an individualised management plan for multimorbidity whose plan has a record of values, priorities and goals."

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

Es wurde ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 17.6% festgestellt.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 93.4% der Gesamtstichprobe erhoben werden. Eine Erfüllung des Indikators konnte in 69.1% aller betrachteten Fälle der Dokumentation in der Patient:innenakte entnommen werden.

Einflussfaktoren:

Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patient:innencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

Indikator 8: Einbeziehen von Bezugspersonen

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen besprochen wurde, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Oftmals wollen Patient:innen, dass Angehörige, Freunde oder Betreuungspersonen in Entscheidungen eingebunden werden. Insbesondere bei älteren Patient:innen spielt die Unterstützung durch Angehörige eine wichtige Rolle für die Versorgungssituation (National Institute for Health and Care Excellence 2016). Möglicherweise ist sogar gewünscht, dass diese Bezugspersonen Entscheidungen für die Patient:innen treffen, insbesondere wenn kognitive Einschränkungen vorliegen (American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Mind. einmal pro Patient:in und ereignisbezogen (bei Neudiagnose, Verschlechterung des Gesundheitszustand, Einweisung/Entlassung)

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf die Dokumentation zum Einbeziehen von Bezugspersonen

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, mit denen besprochen wurde, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 240: „Clarify with the patient whether and how they would like their partner, family members and/or carers to be involved in key decisions about the management of their conditions. Review this regularly. If the patient agrees, share information with their partner, family members and/or carers." *(starke Empfehlung)*

DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 23: „Es sollte mit dem Patient:innen geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden sollen." *(abgeschwächte Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

Bei 317 Patient:innen, für die dieser Indikator in der MULTIqual-Stichprobe erhoben werden konnte, lag die Erfüllungsgrad bei 33.8%.

Datenverfügbarkeit:

Für 91.6% der Gesamtstichprobe lagen die entsprechenden Daten vor, wobei eine Information über das Einbeziehen von Bezugspersonen in 67.3% der Fälle der Patient:innenakte entnommen werden konnte.

Einflussfaktoren:

Die Pflegebedürftigkeit von Patient:innen erwies sich als ein signifikanter Einflussfaktor auf den Erfüllungsgrad des Indikators und sollte beim Vergleich zwischen Leistungserbringern berücksichtigt werden, wenn sich deutliche Unterschiede im Case Mix ergeben.

Indikator 9: Patient:innenschulungen und Selbstmanagement

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen die Teilnahme an einer Patient:innenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten oder für die ein schriftlicher Selbstmanagementplan erstellt und vereinbart wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

In Fokusgruppen berichteten Patient:innen, dass Informationen zu ihren Erkrankungen und Möglichkeiten zum Selbstmanagement sehr hilfreich für sie seien. In Schulungen und weiteren Angebote zum Selbstmanagement können gesundheitsbezogene Kompetenzen erworben werden, die für das alltägliche Krankheitsmanagement genutzt werden (Pohontsch et al. 2021).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Mitwirkung und aktive Einbeziehung des Patient:innen

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmalig innerhalb von drei Monaten nach Diagnosestellung

Datenerhebung:

Patient:innenbefragung

Berechnung:

Zähler: Anzahl von Patient:innen, denen die Teilnahme an einer Patient:innenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten oder für die ein schriftlicher Selbstmanagementplan erstellt wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

Nicht verfügbar

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

In der MULTIqual-Stichprobe war der Indikator für 40.9% der Patient:innen erfüllt.

Datenverfügbarkeit:

Der Indikator ist am zuverlässigsten einer Patient:innenbefragung zu entnehmen, wobei hier 93.9% aller Patient:innen eine Aussage treffen konnten.

Einflussfaktoren:

In der untersuchten Stichprobe ergaben sich keine Hinweise darauf, dass Unterschiede im Case Mix einen Einfluss auf die Ausprägung des Indikators haben. Jedoch liegt nahe, dass Praxen/Versorgungseinheiten mit einer Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsgruppen, für die Schulungs-/Selbstmanagementangebote etabliert sind (bspw. Diabetes), möglicherweise einen höheren Erfüllungsgrad erreichen als Praxen ohne eine solche Spezialisierung. Dies sollte Gegenstand von zukünftigen Anwendungsstudien sein und beim Vergleich zwischen Leistungserbringern berücksichtigt werden.

Indikator 10: Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Behandlungsziele gemeinsam vereinbart und dokumentiert wurden

Zielstellung:

Möglichst hoch.

Begründung:

Multimorbide Patient:innen und Hausärzt:innen setzen häufig unterschiedliche Prioritäten in der Behandlung, weshalb ein Aushandlungsprozess vonnöten ist, um Versorgungsziele zu definieren (DEGAM 2017)

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung, Wirksamkeit der Maßnahmen

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal im Quartal

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf Dokumentation von Behandlungszielen

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, mit denen gemeinsam Behandlungsziele vereinbart und dokumentiert wurden

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99: "Agree an individualised management plan with the person including (…) goals and plans for future care" *(starke Empfehlung)*

DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37: "Jegliche Entscheidung soll vor dem Hintergrund der sich häufig erst im Gespräch entwickelnden Patient:innenpräferenzen und der gemeinsamen Priorisierung von Behandlungszielen erfolgen." *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

Es ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 13.2%.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 90.5% der Gesamtstichprobe erhoben werden. In 74.3% der Fälle, in denen der Indikator erfüllt war, waren vereinbarte Behandlungsziele in der Patient:innenakte dokumentiert.

Einflussfaktoren:

Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass eine Adjustierung für spezifische Charakteristika erfolgen sollte.

Indikator 11: Schriftlicher Behandlungsplan

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Ein umfassender Behandlungsplan ermöglicht es, die Versorgung nach persönlichen Prioritäten auszurichten und diese Information festzuhalten und weiterzugeben (National Institute for Health and Care Excellence 2017).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung, Kontinuität der Versorgung

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Keinen

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf die Dokumentation eines aktuellen Behandlungsplans

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 266: "(…) develop and agree an individualised management plan with the person. Agree what will be recorded and what actions will be taken. (…) Share copies of the management plan in an accessible format with the person and (with the person's permission) other people involved in care (including healthcare professionals, a partner, family members and/or carers)." *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe war der Indikator für 9.1% der Patient:innen erfüllt.

Datenverfügbarkeit:

Der im Indikator geforderte schriftliche Behandlungsplan war in allen Fällen in der Patient:innenakte hinterlegt.

Einflussfaktoren:

Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patient:innencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

Indikator 12: Erhebung der Belastung durch die Behandlungen

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Das Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen bedeutet für viele Patient:innen eine Vielzahl gesundheitsbezogener Aufgaben. Diese Belastung durch die Behandlungen interferiert häufig auch mit der Symptomlast und mit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit. Übersteigen die gesundheitsbezogenen Aufgaben die individuellen Ressourcen und Kapazitäten, kann Überforderungserleben und Non-Adhärenz resultieren (DEGAM 2017).

Anmerkungen:

Inhalte des Gesprächs können sein:

- Anzahl und Art der Behandlungstermine einer Person und wo diese stattfinden
- Anzahl und Art der Arzneimittel, die eine Person einnimmt, und wie oft
- Unerwünschte Wirkungen durch Arzneimittel
- nichtpharmakologische Behandlungen wie Diäten, Bewegungsprogramme und psychologische Behandlungen
- Auswirkungen der Behandlung auf die psychische Gesundheit oder das Wohlbefinden.

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung, Patient:innensicherheit

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal jährlich

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf die Dokumentation der Belastung durch die Behandlungen

Berechnung:

Zähler: Anzahl von Patient:innen, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde.

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: "Establish treatment burden by talking to people about how treatments for their health problems affect their day-to-day life. Include in the discussion:

- the number and type of healthcare appointments a person has and where these take place
- the number and type of medicines a person is taking and how often,
- any harms from medicines
- non-pharmacological treatments such as diets, exercise programmes and psychological treatments
- any effects of treatment on their mental health or wellbeing" *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:
Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:
Der Referenzwert aus der MULTIqual-Stichprobe ist ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 75.0%.

Datenverfügbarkeit:
In der MULTIqual-Stichprobe konnten für 89.0% der Patient:innen die erforderlichen Daten erhoben werden, jedoch waren diese nur in 56.3% der Fälle, in denen der Indikator erfüllt war, in der Patient:innenakte dokumentiert.

Einflussfaktoren:
Die Anzahl von Komorbiditäten erwies sich als signifikanter Einflussfaktor auf die Erfüllung des Indikators.

Indikator 13: Überprüfung der Therapie-Adhärenz

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapie-Adhärenz überprüft wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Adhärenz ist über alle Erkrankungen hinweg einer der wichtigsten modifizierbaren Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis (World Health Organization 2003). Aufgrund der Vielzahl an möglichen gesundheitsbezogenen Aufgaben ist Adhärenz zentral für das Gelingen der Therapie bei Patient:innen mit Multimorbidität

Anmerkung:

Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten eines/ einer Patient:in mit zuvor zwischen Ärzt:in oder Therapeut:in gemeinsam festgelegten Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt (World Health Organization 2003).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innensicherheit, Wirksamkeit der Maßnahmen

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal jährlich

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf die Dokumentation der Adhärenz

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, deren Therapie-Adhärenz überprüft wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 11: "Consider treatment complexity and feasibility when making clinical management decisions for older adults with multimorbidity. (…) Because treatment complexity often increases with multimorbidity, an interdisciplinary team should assess the ability of older adults with multimorbidity to manage or adhere to a treatment plan or medication regimen on an ongoing basis." *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 47.0%.

Datenverfügbarkeit:

Die Datenverfügbarkeit war 90.5% der eingeschlossenen Patient:innen gegeben, eine Dokumentation des im Indikator beschriebenen Prozess war jedoch nur in 50.3% aller Fälle der Dokumentation zu entnehmen.

Einflussfaktoren:

Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass der Patient:innen-Mix zu signifikanten Unterschieden in der Performance zwischen Leistungserbringern führt.

Indikator 14: Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

(1) Beschreibung

Aussage:

Die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren.

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Multimorbidität und dadurch bedingte Multimedikation stellen die wichtigsten Risikofaktoren für unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei älteren Menschen dar (Leitliniengruppe Hessen 2014).

Indikatortyp:

Strukturqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innensicherheit

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Aktuelle Angabe

Datenerhebung:

Angabe der Praxis

Berechnung auf Ebene einer Versorgungseinheit: Kriterium erfüllt/nicht erfüllt

Berechnung auf Ebene einer Versorgungsstruktur:

Zähler: Anzahl der Praxen/Versorgungseinheiten, bei denen die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach einem standardisierten Verfahren erfolgt

Nenner: Anzahl aller betrachteten Praxen/Versorgungseinheiten der Versorgungsstruktur

Ein- und Ausschlusskriterien:

Bezieht sich auf Praxen/Versorgungseinheiten, die an der Versorgung von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind.

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: "Establish treatment burden by talking to people about how treatments for their health problems affect their day-to-day life. Include in the discussion: (…) any harms from medicines." *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

38.2% der befragten Praxen nutzten ein standardisiertes Verfahren.

Datenverfügbarkeit:

34 von 35 untersuchten Praxen (97.1%) konnten eine aktuelle Angabe zu der beschriebenen Struktur machen.

Einflussfaktoren:

Keine Daten verfügbar

Indikator 15: Medikamentenreview

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Je mehr Medikamente eingenommen werden, desto höher ist das Risiko für Medikamenteninteraktionen, unerwünschte Wirkungen und Non-Adhärenz (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017).

Anmerkungen:

Dauermedikation: Mind. ein Medikament mit einer Einnahmedauer von mind. 6 Monaten

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innensicherheit, Wirksamkeit der Maßnahmen

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Einmal jährlich

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf die Dokumentation eines Medikamentenreviews

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, die eine Dauermedikation erhalten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Berücksichtigung finden ausschließlich Patient:innen mit Dauermedikation (siehe Anmerkungen).

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99: "Review medicines and other treatments taking into account evidence of likely benefits and harms for the individual patient and outcomes important to the person." *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

NICE Multimorbidity quality standard 2017, S. 15: "Proportion of adults having a review of their medicines and other treatments for multimorbidity who discussed whether any can be stopped or changed."

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

In der MULTIqual-Stichprobe war der Indikator für 39.0% der eingeschlossenen Patient:innen erfüllt.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 87.3% der relevanten Stichprobe erhoben werden. In 62.3% aller Fälle, in denen das Kriterium erfüllt war, konnten die erforderlichen Daten der Patient:innenakte entnommen werden.

Einflussfaktoren:

Es ergaben sich keine Hinweise auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Adjustierung.

Indikator 16: Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen

(1) Beschreibung

Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die vor Behandlungsentscheidungen über potentiellen Nutzen und Risiken der Therapieoptionen informiert wurden

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Patient:innen und Ärzt:innen können verschiedene Perspektiven zu potentiellem Nutzen und Risiken haben und deren Relevanz unterschiedlich bewerten (American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung, Patient:innensicherheit

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Situativ vor Behandlungsentscheidungen

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf Dokumentation eines Gesprächs zu potentiellem Nutzen und Schaden der Therapieoptionen.

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, die vor Behandlungsentscheidungen über potentiellen Nutzen und Risiken der Therapieoptionen informiert wurden

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrundeliegende Empfehlung:

American Geriatrics Society Expert Panel 2012, S. 5: "Ensure that older adults with multimorbidity are adequately informed about the expected benefits and harms of different treatment options." *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

Referenzwert:

Es wurde ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 89.0% festgestellt.

Datenverfügbarkeit:

Die Datenverfügbarkeit war für 91.9% der Gesamtstichprobe im MULTIqual-Projekt gegeben. Eine Erfüllung des Indikators konnte in 59.0% aller betrachteten Fälle der Dokumentation in der Patient:innenakte entnommen werden.

Einflussfaktoren:

Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patient:innencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

Indikator 17: Partizipative Entscheidungsfindung

(1) Beschreibung
Aussage:

Anteil (%) aller Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

In Anbetracht der komplexen Behandlungserfordernisse bei Multimorbidität ist die Berücksichtigung möglicher Therapieauswirkungen von besonderer Relevanz. Insbesondere bei möglichen Risiken und bei umfänglichen Änderungen des Lebensstils ist eine aktive Partizipation der Patient:innen am Prozess der Entscheidungsfindung erforderlich (Palmer et al. 2018).

Indikatortyp:

Ergebnisqualität

Qualitätsdimension:

Patient:innenorientierung, Mitwirkung und aktive Einbeziehung des Patient:innen

(2) Berechnung des Indikators
Bezugszeitraum:

Zwölf Monate

Datenerhebung:

Patient:innenbefragung

Berechnung:

Zähler: Anzahl aller Patient:innen, die so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37: „Ein ständiger Abgleich der patientenseitigen und arztseitigen Prioritäten ist die wesentliche Voraussetzung für gute Entscheidungen. Jegliche Entscheidung soll vor dem Hintergrund der sich häufig erst im Gespräch entwickelnden Patientenpräferenzen und der gemeinsamen Priorisierung von Behandlungszielen erfolgen." *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

NQF Multiple chronic conditions measurement framework 2012, S. 28: "Proportion of persons who report that their healthcare providers always involved them in decisions about their healthcare as much as they wanted"

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe war der Indikator für 74.5% der Patient:innen erfüllt.

Datenverfügbarkeit:

Bei Patient:innenbefragungen konnte 95.4% eine Angabe zu diesem Indikator machen. Angaben zur Dokumentation entfallen.

Einflussfaktoren:

Es ergaben sich keine Hinweise zur Notwendigkeit, für mögliche Einflussfaktoren zu adjustieren.

Indikator 18: Aktueller Medikationsplan

(1) Beschreibung
Aussage:
Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde

Zielstellung:
Möglichst hoch.

Begründung:

In Fokusgruppen mit multimorbiden Patient:innen wurde geschildert, dass ein Medikationsplan insbesondere bei mehreren verschreibenden Ärzt:innen und einer hohen Anzahl verschiedener Medikamente als Gedächtnisstütze notwendig sei. Die Aktualität des Medikationsplans spiele eine wichtige Rolle für die korrekte Einnahme und die Abstimmung zwischen Ärzt:innen. Einige Teilnehmer:innen berichteten, eine Kopie des Medikationsplan für Notfälle immer mit sich zu führen (Pohontsch et al. 2021).

Indikatortyp:
Prozessqualität

Qualitätsdimension:
Patient:innensicherheit, Patient:innenorientierung

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:
Einmal im Quartal

Datenerhebung:
Prüfung der Patient:innenakte auf Aktualität des Medikationsplans

Berechnung:
Zähler: Anzahl von Patient:innen, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde
Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die täglich mind. drei verschiedene Medikamente einnehmen

Ein- und Ausschlusskriterien:
Eingeschlossen werden Patient:innen, die täglich mind. drei verschiedene Medikamente einnehmen

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

Nicht verfügbar

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

Als Referenzwert kann der durchschnittliche Erfüllungsgrad von 52.3% der in MULTIqual betrachteten Stichprobe angegeben werden.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 97.1% der Gesamtstichprobe erhoben werden. Da die Aktualität des Medikationsplans über die digitale Anwendung in der Patient:innenakte geprüft wird, ist hier von einer hundertprozentigen Dokumentationsrate auszugehen.

Einflussfaktoren:

Es wurde kein signifikanter Einfluss des Case Mix auf die Indikatorausprägung festgestellt.

Indikator 19: Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination

(1) Beschreibung
Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen vereinbart und festgehalten wurde, welcher professionelle Leistungserbringer für die übergreifende Koordination der Versorgung verantwortlich ist

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

In der Versorgung multimorbider Patient:innen ist es eine zentrale Aufgabe, die Verantwortung für die Koordination zu vereinbaren und diese Vereinbarung an sämtliche beteiligte Leistungserbringer zu kommunizieren (National Institute for Health and Care Excellence 2016). Obwohl Hausärzt:innen diese Funktion häufig übernehmen, können sie die dafür erforderliche Zeit nur bedingt zur Verfügung stellen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Kontinuität der Versorgung, Effizienz, Angemessenheit der Versorgung

(2) Berechnung des Indikators
Bezugszeitraum:

Vereinbarung einmal pro Patient:in sowie bei wesentlichen Veränderungen der Lebens- oder Versorgungssituation

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf die Dokumentation der Verantwortlichkeit

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, mit denen vereinbart und festgehalten wurde, welcher professionelle Leistungserbringer für die übergreifende Koordination der Versorgung verantwortlich ist

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99: "Agree an individualised management plan with the person, including: (…) who is responsible for coordination of care" *(starke Empfehlung)*

Originalindikator:

NICE Multimorbidity quality standard 2017, S. 12: "Adults with an individualised management plan for multimorbidity know who is responsible for coordinating their care"

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

Für alle eingeschlossenen Patient:innen ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 28.8%.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt waren die erforderlichen Daten zur Berechnung des Indikators 96.2% der Gesamtstichprobe gegeben mit einer Dokumentationsrate von 82.3%.

Einflussfaktoren:

Die Ausprägung des Indikators war signifikant von der Anzahl der Komorbiditäten der untersuchten Patient:innen beeinflusst. Patient:innen erfüllt. Daher sollte beim Vergleich zwischen Leistungserbringern eine Adjustierung für diesen Faktor erfolgen.

Indikator 20: Umfassende Versorgungsdokumentation

(1) Beschreibung
Aussage:

Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen einer die Versorgung koordinierenden Person alle Berichte der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer vorliegen

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

Zu den Problemen des Managements von multimorbiden Patient:innen in der hausärztlichen Versorgung gehören Fragmentierung der Versorgung und mangelnde Kommunikation zwischen Leistungserbringern. Es können Informationsdefizite entstehen, die Doppeluntersuchungen oder konkurrierende Behandlungsstrategien begünstigen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Kontinuität der Versorgung, Angemessenheit der Versorgung

(2) Berechnung des Indikators
Bezugszeitraum:

Zwölf Monate

Datenerhebung:

Prüfung der Patient:innenakte auf Dokumentation der Befunde

Berechnung:

Zähler: Anzahl der Patient:innen, bei denen einer die Versorgung koordinierenden Person alle Berichte der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer vorliegen

Nenner: Anzahl der Patient:innen ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37: „Es sollte in Erfahrung gebracht werden, ob seit dem letzten Besuch andere ärztliche oder nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen in Anspruch genommen wurden und mit welchem Ergebnis." *(abgeschwächte Empfehlung)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

Aus den Daten des MULTIqual-Projekt ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 81.4% der eingeschlossenen Patient:innen.

Datenverfügbarkeit:

Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 99.4% der Gesamtstichprobe erhoben werden und in allen Fällen, in denen das Kriterium erfüllt war, konnte dies der Patient:innenakte entnommen werden.

Einflussfaktoren:

Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patient:innencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

Indikator 21a: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – Ärztinnen/Ärzte

(1) Beschreibung
Aussage:

Mindestens ein:e Ärzt:in einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität-teilgenommen.

Zielstellung:

Kriterium für möglichst alle Leistungserbringer/Praxen erfüllt

Begründung:

Fortbildungen mit Relevanz für die Versorgung bei Multimorbidität sollen dazu beitragen, Kompetenzen und Kenntnisse zu festigen und auszubauen, die in der Behandlung dieser Patient:innengruppe von Bedeutung sind (Palmer et al. 2018).

Indikatortyp:

Strukturqualität

Qualitätsdimension:

Evidenz- und Wissensbasierung der Versorgung

(2) Berechnung des Indikators
Bezugszeitraum:

Aktuelle Angabe

Datenerhebung:

Auskunft der Praxis

Berechnung auf Ebene einer Versorgungseinheit: Kriterium erfüllt/nicht erfüllt

Berechnung auf Ebene einer Versorgungsstruktur:

Zähler: Anzahl der Praxen/Versorgungseinheiten, für die mindestens ein:e Ärzt:in einer Praxis nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen hat

Nenner: Anzahl aller betrachteten Praxen/Versorgungseinheiten der Versorgungsstruktur

Ein- und Ausschlusskriterien:

Bezieht sich auf Praxen/Versorgungseinheiten, die an der Versorgung von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind.

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 12: "Training of the members of the team (…) should focus on the following themes: comprehensive assessment, multimorbidity and its consequences, health outcomes, adverse effects and interactions of drugs, use of technologies, implementation of individualized careplans, goal setting, working effectively as a team, communication, training in the critical appraisal of knowledge and evidence-based knowledge, patient-centeredness, patient empowerment, and self-management." *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

In der untersuchten Stichprobe war der Indikator für 60.6% der Praxen erfüllt.

Datenverfügbarkeit:

33 von 35 Praxen (94.3%) konnten zu den im Indikator beschriebenen Fortbildungsmaßnahmen eine aktuelle Angabe machen.

Einflussfaktoren:

Keine Daten verfügbar.

Indikator 21b: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – nichtärztliches Personal

(1) Beschreibung

Aussage:

Mindestens ein/e Mitarbeiter/in aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen.

Zielstellung:

Kriterium möglichst für alle Praxen/Versorgungseinheiten erfüllt

Begründung:

Fortbildungen mit Relevanz für die Versorgung bei Multimorbidität sollen dazu beitragen, Kompetenzen und Kenntnisse zu festigen und auszubauen, die in der Behandlung dieser Patient:innengruppe von Bedeutung sind (Palmer et al. 2018).

Indikatortyp:

Strukturqualität

Qualitätsdimension:

Evidenz- und Wissensbasierung der Versorgung

(2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:

Aktuelle Angabe

Datenerhebung:

Auskunft der Praxis/Versorgungseinheit

Berechnung auf Ebene einer Versorgungseinheit: Kriterium erfüllt/nicht erfüllt

Berechnung auf Ebene einer Versorgungsstruktur:

Zähler: Anzahl der Praxen/Versorgungseinheiten, für die mindestens ein/e Mitarbeiter/in aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen hat.

Nenner: Anzahl aller betrachteten Praxen/Versorgungseinheiten der Versorgungsstruktur

Ein- und Ausschlusskriterien:

Bezieht sich auf Praxen/Versorgungseinheiten, die an der Versorgung von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind.

(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators
Zugrundeliegende Empfehlung:

JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 12: "Training of the members of the team (…) should focus on the following themes: comprehensive assessment, multimorbidity and its consequences, health outcomes, adverse effects and interactions of drugs, use of technologies, implementation of individualized careplans, goal setting, working effectively as a team, communication, training in the critical appraisal of knowledge and evidence-based knowledge, patient-centeredness, patient empowerment, and self-management." *(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)*

Originalindikator:

Nicht verfügbar

(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts
Referenzwert:

71.4% aller befragten Praxen erfüllten den Indikator.

Datenverfügbarkeit:

100% der befragten Praxen konnten hierzu eine aktuelle Angabe machen.

Einflussfaktoren:

Keine Daten verfügbar.

Anhang

Patient:innenbezogener Fragenkatalog

Allgemeiner Hinweis: Der ideale Erhebungszeitraum ist jeweils zu Beginn eines neuen Quartals in Bezug auf das zurückliegende Quartal/Jahr (auf Grund der quartalsweisen Abrechnung).

DD	**Anzahl chronischer Erkrankungen der Patientin/des Patienten (Diagnosen nach ICD-10)** Voraussetzung: Vorliegen mind. 3 chronischer Erkrankungen		
	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD1	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD2	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD3
	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD4	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD5	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD6
	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD7	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD8	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD9
	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD10	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD11	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD12
	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD13	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD14	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD15
	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD16	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD17	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD18
	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD19	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD20	⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋ DD21
QI1	**Depressionsscreening**		
QI1a	**Wurde bei dem Patienten/der Patientin eine depressive Störung diagnostiziert?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI1b	**<u>Wenn nein</u>: Wurde bei der Patientin/dem Patienten das Risiko für das Vorliegen einer Depression anhand von Screeningfragen eingeschätzt?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI1c	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**		
	☐ Innerhalb der letzten zwölf Monate ☐ Vor mehr als zwölf Monaten		
QI1c	**Wurde das Ergebnis in der Patient:innenakte dokumentiert?**		
	☐ Ja	☐ Nein	

QI2	**Gezieltes Erfassen von Schmerzen**		
QI2a	**Wurde der Patient/die Patientin innerhalb der letzten drei Monate auf das Vorliegen von Schmerzen befragt?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI2b	**<u>Wenn ja:</u> Wurde das Ergebnis in der Patient:innenakte dokumentiert?**		
	☐ Ja	☐ Nein	
QI3	**Überprüfung des Schmerzmanagements**		
QI3a	**Leidet der Patient/die Patientin unter chronischen Schmerzen?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI3b	**<u>Wenn ja</u>:** **Wurde die (medikamentöse und nicht-medikamentöse) Schmerztherapie innerhalb der letzten drei Monate überprüft und ggf. angepasst?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI3c	**Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**		
	☐ Ja	☐ Nein	
QI4	**Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs**		
QI4a	**Wurde mit dieser Patientin/diesem Patienten darüber gesprochen, ob finanzieller Unterstützungsbedarf besteht?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ keine Auskunft möglich
QI4c	**<u>Wenn ja</u>: Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**		
	☐ Ja	☐ Nein	
QI5	**Einschätzen der subjektiven Lebensqualität**		
QI5a	**Wurde mit der Patientin/dem Patienten über ihre/seine subjektive Lebensqualität gesprochen?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ keine Auskunft möglich
QI5b	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**		
	☐ Innerhalb der letzten zwölf Monate ☐ Vor mehr als zwölf Monaten		

QI5c	**Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein
QI6	**Erfassen der Symptomlast**
QI6a	**Wurde die Symptomlast der Patientin/des Patienten mit standardisierten Instrumenten erfasst?** Hinweis: Die Symptomlast umfasst sowohl den Schweregrad der Symptome als auch die Wahrnehmung des Patienten/der Patientin hinsichtlich der Auswirkungen der Symptome.
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI6b	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**
	☐ Innerhalb der letzten zwölf Monate ☐ Vor mehr als zwölf Monaten
QI6c	**Wurde das Ergebnis in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein
QI7	**Ermitteln von Patient:innenpräferenzen**
QI7a	**Wurden bei der Patientin/dem Patienten Präferenzen (Werte, Ziele und Prioritäten) in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung erfragt?** Hinweis: Präferenzen können beispielsweise sein: Erhalt der Arbeitstätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten/ Familienleben, Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z.B. Schlaganfall), Minimierung von Medikamentennebenwirkungen, Verringerung der Belastung durch Behandlungen, Lebensverlängerung.
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI7b	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**
	☐ Innerhalb der letzten drei Monate ☐ Vor mehr als drei Monaten
QI7c	**Wurden diese Präferenzen in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein

QI8	**Einbeziehen von Bezugspersonen**
QI8a	**Wurde mit der Patientin/dem Patienten grundsätzlich besprochen, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Versorgungsentscheidungen einbezogen werden sollen?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI8b	**<u>Wenn ja</u>: Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein
QI8c	**Was war die letzte einschneidende Veränderung im gesundheitlichen Zustand des Patienten/der Patientin?**
	☐ Verschlechterung des Gesundheitszustandes ☐ Verbesserung des Gesundheitszustandes ☐ Krankenhausaufenthalt ☐ Neudiagnose ☐ sonstiges, und zwar: _____ _____
QI8d	**Wurde mit dem Patienten/der Patientin aus diesem Anlass (erneut) besprochen, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Versorgungsentscheidungen einbezogen werden sollen?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI10	**Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen**
QI10a	**Wurden gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten Behandlungsziele vereinbart?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI10b	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**
	☐ Innerhalb der letzten drei Monate ☐ Vor mehr als drei Monaten
QI10c	**Wurde diese Behandlungsziele der Dokumentation in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein

QI11	**Schriftlicher Behandlungsplan**
QI11a	**Wurde für die Patientin/den Patienten ein schriftlicher Behandlungsplan erstellt, der über einzunehmende/anzuwendende Medikation hinausgeht?** Hinweis: Schriftlicher Beinhaltet Behandlungsstrategien, Folgetermine, Notfallpläne, beteiligte Personen und ggf. Behandlungsziele.
	☐ Ja ☐ Nein / Behandlung umfasst lediglich Medikation ☐ Keine Auskunft möglich
QI11b	**<u>Wenn ja</u>: Ist dieser Behandlungsplan Ihrer Einschätzung nach aktuell?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI12	**Erhebung der Belastungen durch die Behandlungen**
QI12a	**Wurde mit der Patientin/dem Patienten darüber gesprochen, inwiefern es durch die Behandlungen auch zu Belastungen kommt?** Hinweis: Die Belastung durch die Behandlungen kann folgende Faktoren beinhalten: • Anzahl und Art der Behandlungstermine einer Person und wo diese stattfinden • Anzahl und Art der Arzneimittel, die eine Person einnimmt, und wie oft • unerwünschte Wirkungen durch Arzneimittel • nichtpharmakologische Behandlungen wie Diäten, Bewegungsprogramme und psychologische Behandlungen • Auswirkungen der Behandlung auf die psychische Gesundheit oder das Wohlbefinden
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI12b	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**
	☐ Innerhalb der letzten zwölf Monate ☐ Vor mehr als zwölf Monaten
QI12c	**Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein

QI13	**Überprüfung der Therapie-Adhärenz**		
QI13a	**Wurde im Gespräch die Therapie-Adhärenz der Patientin/des Patienten thematisiert?** Hinweis: Unter Adhärenz wird das Ausmaß verstanden, in dem das Verhalten eines Patienten mit zuvor zwischen Arzt oder Therapeuten gemeinsam festgelegten Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt.		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI13b	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**		
	☐ Innerhalb der letzten zwölf Monate ☐ Vor mehr als zwölf Monaten		
QI13c	**Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**		
	☐ Ja	☐ Nein	
QI15	**Medikamentenreview**		
QI15a	**Erhält diese Patientin/dieser Patient mind. eine Dauermedikation?**		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI15b	**Wurde bei dieser Patientin/diesem Patienten ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen?** Hinweis: Umfasst die strukturierte Bewertung der eingenommenen Medikation nach der Indikation, möglichen Kontraindikationen und Interaktionen, Dosierung und Angemessenheit der Therapie.		
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Keine Auskunft möglich
QI15c	**<u>Wenn ja</u>: Wann ist dies zuletzt erfolgt?**		
	☐ Innerhalb der letzten zwölf Monate ☐ Vor mehr als zwölf Monaten		
QI15d	**Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**		
	☐ Ja	☐ Nein	

QI16	**Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen**
QI16a	**Haben Sie bei der letzten wichtigen Behandlungsentscheidung (z.B. Durchführung eines Eingriffs, An- oder Absetzen einer Dauermedikation) mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten über den potentiellen Nutzen und die Risiken der (verschiedenen) Behandlungsmöglichkeiten gesprochen?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI16b	**<u>Wenn ja</u>: Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein
QI18	**Aktueller Medikationsplan**
QI18a	**Erhält diese Patientin/dieser Patient täglich drei oder mehr Dauermedikationen?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI18b	**<u>Wenn ja</u>: Hat diese Patientin/dieser Patient einen Medikationsplan?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich
QI18c	**<u>Wenn ja</u>: Wann wurde der Medikationsplan zuletzt aktualisiert?**
	☐ Innerhalb der letzten drei Monate ☐ Vor mehr als drei Monaten
QI19	**Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination**
QI19a	**Welche Person ist für die Koordination der Gesundheitsversorgung dieser Patientin/dieses Patienten verantwortlich?** *Ausfüllhinweis: Die koordinierende Person muss im Bereich der professionellen Leistungserbringer verortet sein (nicht bspw. Ehepartner/in).*
	☐ Ich selbst ☐ Eine andere Hausärztin/ein anderer Hausarzt der Praxis/des MVZ ☐ Fachspezialist/in ☐ Andere Person, und zwar: _____ ☐ Keine Auskunft möglich
QI19b	**Wurde mit der Patientin/dem Patienten explizit vereinbart, wer für die Koordination der Gesundheitsversorgung verantwortlich ist?**
	☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich

QI19c	**<u>Wenn ja</u>: Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?**
	☐ Ja ☐ Nein
QI20	**Umfassende Versorgungdokumentation**
QI20a	**Liegen Ihnen für diese Patientin/diesen Patienten <u>Ihrer Einschätzung nach</u> alle Berichte der letzten zwölf Monate der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer vor?**
	☐ Ja, mir liegen alle Berichte vor. ☐ Mir liegen nicht alle Berichte vor. ☐ Nein, mir liegen keine Berichte vor.

Einrichtungsbezogener Fragenkatalog

QI14	**Erfolgt die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach einem standardisierten Verfahren?**
QI14a	**Erfolgt die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach einem standardisierten Verfahren?** Hinweis: „Standardisiert" bedeutet, dass das Vorgehen zur Erfassung und Dokumentation ist verbindlich geregelt, systematisch und klar erkennbar ist.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Keine Auskunft möglich

QI21	**Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität**
QI21a	**Hat mindestens ein/e Mitarbeiter/in aus dem ärztlichen Personal Ihrer Praxis nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen?** Hinweis: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität beinhalten z.B. umfassendes Assessment, Multimorbidität und ihre Auswirkungen, Krankheitsfolgen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikamenteninteraktionen, Nutzung von technischen Unterstützungssystemen, Anwendung individuell zugeschnittener Behandlungspläne, Zielvereinbarung, effektive Zusammenarbeit im Team, Kommunikationstraining, Evidenzbasierte Medizin, Patientenzentrierung, Patienten-Empowerment, Selbstmanagement

☐ Nein

☐ Keine Auskunft möglich

☐ Ja, und zwar:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

QI21a **Hat mindestens ein/e Mitarbeiter/in aus dem nicht-ärztlichen Personal Ihrer Praxis nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen?**

Hinweis: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität beinhalten z.B. umfassendes Assessment, Multimorbidität und ihre Auswirkungen, Krankheitsfolgen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Medikamenteninteraktionen, Nutzung von technischen Unterstützungssystemen, Anwendung individuell zugeschnittener Behandlungspläne, Zielvereinbarung, effektive Zusammenarbeit im Team, Kommunikationstraining, Evidenzbasierte Medizin, Patientenzentrierung, Patienten-Empowerment, Selbstmanagement

☐ Nein

☐ Keine Auskunft möglich

☐ Ja, und zwar:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Patient:innenbefragung

QI9	**Patient:innenschulungen und Selbstmanagement**			
QI9a	**<u>Wenn Sie an die chronische Erkrankung denken, die bei Ihnen zuletzt diagnostiziert wurde:</u>** **Wurde Ihnen nach der Diagnosestellung die Teilnahme an einer Patient:innenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten?**			
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Weiß nicht	
QI9b	**Haben Sie nach der Diagnosestellung einen schriftlichen Plan dafür erhalten, was Sie selbst für Ihre Gesundheit tun können?**			
	☐ Ja	☐ Nein	☐ Weiß nicht	
QI17	**Partizipative Entscheidungsfindung**			
QI17a	**Wenn Sie an Ihre Behandlung durch unsere Einrichtung denken:** **Wurden Sie in den vergangenen zwölf Monaten so sehr in die Entscheidungen über Ihre Behandlung einbezogen, wie Sie es wollten?**			
	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Selten	☐ Nie

Literaturverzeichnis

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Journal of the American Geriatrics Society 60 (10), E1-E25. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x.

Bayliss, Elizabeth A./Ellis, Jennifer L./Steiner, John F. (2007). Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. Annals of family medicine 5 (5), 395–402. https://doi.org/10.1370/afm.722.

Cleeland, Charles S. (2007). Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. Journal of the National Cancer Institute. Monographs (37), 16–21. https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgm005.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2017). Multimorbidität. S3-Leitlinie. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-047.html (abgerufen am 28.06.2021).

Leitliniengruppe Hessen (2014). Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Version 1.09. Online verfügbar unter http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publikationen/multimedikation_ll.pdf (abgerufen am 28.06.2021).

Leitliniengruppe Hessen (2018). Hausärztliche Leitlinie Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis. Version 1.03. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-015l_S1_Geriatrisches_Assessment_in_der_Hausarztpraxis_2018-05.pdf (abgerufen am 28.06.2021).

Muth, Christiane/van den Akker, Marjan/Blom, Jeanet W./Mallen, Christian D./Rochon, Justine/Schellevis, François G./Becker, Annette/Beyer, Martin/Gensichen, Jochen/Kirchner, Hanna/Perera, Rafael/Prados-Torres, Alexandra/Scherer, Martin/Thiem, Ulrich/van den Bussche, Hendrik/Glasziou, Paul P. (2014). The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. BMC medicine 12, 223. https://doi.org/10.1186/s12916-014-0223-1.

National Institute for Health and Care Excellence (2016). Multimorbidity: clinical assessment and management. Online verfügbar unter https://www.nice.org.uk/guidance/ng56 (abgerufen am 28.06.2021).

National Institute for Health and Care Excellence (2017). Multimorbidity quality standard. Online verfügbar unter https://www.nice.org.uk/guidance/qs153 (abgerufen am 28.06.2021).

Palmer, Katie/Marengoni, Alessandra/Forjaz, Maria João/Jureviciene, Elena/Laatikainen, Tiina/Mammarella, Federica/Muth, Christiane/Navickas, Rokas/Prados-Torres, Alexandra/Rijken, Mieke/Rothe, Ulrike/Souchet, Laurène/Valderas, Jose/Vontetsianos, Theodore/Zaletel, Jelka/Onder, Graziano (2018). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Health policy (Amsterdam, Netherlands) 122 (1), 4–11. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006.

Pohontsch, Nadine Janis/Schulze, Josefine/Hoeflich, Charlotte/Glassen, Katharina/Breckner, Amanda/Szecsenyi, Joachim/Lühmann, Dagmar/Scherer, Martin (2021). Quality of care for people with multimorbidity: a focus group study with patients and their relatives. BMJ open 11 (6), e047025. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047025.

Sackett, D. L./Rosenberg, W. M./Gray, J. A./Haynes, R. B./Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ (Clinical research ed.) 312 (7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71.

Schulze, J./Lühmann, D./Blozik, E./Breckner, A./Eißing, T./Glassen, K./Hansen, H./Höflich, C./Pohontsch, N. J./Rakebrandt, A./Schäfer, I./Szecsenyi, J./Scherer, M (2022). Measuring quality of care for older adults with multimorbidity: Results of a mixed-methods study. The Gerontologist. [Publikation ist akzeptiert, Veröffentlichung in Vorbereitung]

SGB V § 31a Medikationsplan.

Tinetti, Mary E./Naik, Aanand D./Dindo, Lilian/Costello, Darce M./Esterson, Jessica/Geda, Mary/Rosen, Jonathan/Hernandez-Bigos, Kizzy/Smith, Cynthia Daisy/Ouellet, Gregory M./Kang, Gina/Lee, Yungah/Blaum, Caroline (2019). Association of Patient Priorities-Aligned Decision-Making With Patient Outcomes and Ambulatory Health Care Burden Among Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA internal medicine. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4235.

van den Bussche/Schäfer I/Koller D et al. (2012). © Deutscher Ärzte-Verlag | ZFA | Z Allg Med | 2012; 88 (9)Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. Z Allg Med (88 (9)).

Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions. (2012). Universal health outcome measures for older persons with multiple chronic conditions. Journal of the American Geriatrics Society 60 (12), 2333–2341. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04240.x.

World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.

