

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Förderkennzeichen:	01VSF16058
Akronym:	MULTIqual
Projekttitle:	Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität
Autoren:	Josefine Schulze, Katharina Glassen, Amanda Breckner, Nadine Pohontsch, Dagmar Lühmann, Joachim Szecsenyi, Martin Scherer
Förderzeitraum:	1. April 2017 – 31. Dezember 2020

1.	Zusammenfassung.....	2
2.	Beteiligte Projektpartner	3
3.	Einleitung	3
4.	Projektdurchführung	6
5.	Methodik	7
6.	Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	17
7.	Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung	33
8.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	35
9.	Literatur.....	38
10.	Anlagen.....	42

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung gewinnt die Behandlung älterer Patient:innen mit mehreren Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass ca. 62% der älteren Bevölkerung in Deutschland multimorbide sind, also wegen drei oder mehr chronischen Erkrankungen behandelt werden [1]. In der Behandlung von Patient:innen mit Multimorbidität kann es passieren, dass es zu Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Krankheiten kommt oder sich Therapieempfehlungen für verschiedene Erkrankungen widersprechen. Dennoch orientieren sich traditionelle Leitlinien und Qualitätsindikatoren meist an Einzelerkrankungen. Patient:innen kann die reine Menge an Behandlungen übermäßig stark beanspruchen. Hausärzt:innen stehen bei der Versorgung dieser Patient:innengruppe daher immer vor der Aufgabe, die Behandlung vor dem Hintergrund der individuellen Prioritäten und Bedürfnisse einerseits und den Ansprüchen wissenschaftlich fundierter Medizin andererseits zu gestalten. Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Multimorbidität ist daher oft komplex, herausfordernd und fragmentiert - und damit anfällig für Qualitätsdefizite. Ziel dieses Projekts war es, ein Set von generischen Qualitätsindikatoren für die Versorgung älterer Patient:innen mit Multimorbidität zu entwickeln, das als Bezugsrahmen eine Orientierungshilfe bietet, um die Versorgungsqualität multimorbider Patienten abbilden zu können.

Methoden

Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche und acht moderierten Fokusgruppen mit multimorbiden Patient:innen sowie deren Angehörigen wurden Indikatorenvorschläge erarbeitet. Diese wurden in einem zweistufigen, strukturierten Konsensusverfahren von einem multidisziplinären Expert:innenpanel (n=23) nach standardisierten Kriterien beurteilt und konsentiert. An einer Stichprobe von 35 hausärztlichen Praxen und 346 Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen wurden Erfüllungsgrad, Machbarkeit, Diskriminationsfähigkeit und Notwendigkeit von Maßnahmen zur Risikoadjustierung für die vorläufigen Indikatoren ermittelt.

Ergebnisse

Anhand von publizierten Leitlinien und Indikatoren wurden 47 Indikatorenvorschläge zusammengestellt. Weitere vier Indikatorenvorschläge wurden anhand der in Fokusgruppen diskutierten Qualitätsziele abgeleitet. Das Expert:innenpanel konsentierte ein vorläufiges Set von 25 Indikatoren, von denen drei aufgrund mangelnder Machbarkeit und Trennschärfe nach der Analyse in der Anwendungsstudie ausgeschlossen wurden.

Diskussion und Implikationen

Im Projekt MULTlqual wurde ein breit abgestütztes Indikatorenset für die Versorgung älterer Menschen mit Multimorbidität mit guten Messeigenschaften für die Anwendung im Forschungskontext und im hausärztlichen Setting entwickelt. Anhand der Performance in untersuchten Praxen können Hinweise auf den aktuellen Stand der Versorgung dieser Patient:innengruppe in Deutschland erhalten und Bereiche mit Verbesserungspotenzial aufgezeigt werden. Darüber hinaus können die Qualitätsindikatoren dazu beitragen, die hausärztliche Versorgung im Bereich Multimorbidität langfristig zu stärken und Standards in der Behandlung zu etablieren.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1 Beteiligte Projektpartner

Einrichtung/Institut	Projektleitung	Rolle
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin Martinistraße 52 20246 Hamburg	Prof. Dr. med. Martin Scherer	Konsortialführung
Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD) Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Im Neuenheimer Feld 130.3 69120 Heidelberg	Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi	Konsortialpartner

* Fachlicher Ansprechpartner nach Projektende: Prof. Dr. med. Martin Scherer, ☎ +49 (40) 7410-52400,
✉ ipa-sekretariat@uke.de

3. Einleitung

Ausgangslage des Projekts

Mit steigender Lebenserwartung und demographischem Wandel nimmt auch die Bedeutung von chronischen Erkrankungen für die Gesundheitsversorgung zu [2, 3]. Die Versorgung des stetig wachsenden Anteils von Patient:innen mit Multimorbidität, bei denen mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig vorliegen, ist damit eine der wichtigsten Aufgaben für das deutsche Gesundheitswesen. Multimorbidität steht in engem Zusammenhang mit funktionellen Einschränkungen, geringerer Lebensqualität, stärkerer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit einhergehend höheren Kosten für das Gesundheitssystem [4–8]. Obwohl bereits mehr als die Hälfte aller Konsultationen bei Hausärzt:innen auf multimorbide Patient:innen entfallen [6] und damit längst Teil der Alltagspraxis sind, stellt die Behandlung dieser Gruppe mit ihrer Komplexität und dem zeitlichen Aufwand eine große Herausforderung für die hausärztlichen Ressourcen dar. Aufgrund der Vielzahl möglicher Problemkonstellationen ist speziell die Behandlung bei diskordanten Erkrankungen (Erkrankungen mit gegenläufigen bzw. voneinander unabhängigen Behandlungszielen [9]) anfällig für Qualitätsdefizite, insbesondere durch Fragmentierung der Versorgung, Interaktionen zwischen verschiedenen Behandlungen sowie stärkeren Risiken für unerwünschte Ereignisse [10, 11].

Da die Forschung zu Multimorbidität bislang überwiegend deskriptiver Natur war, geht sie mit einem eklatanten Mangel an belastbaren Forschungsergebnissen zur Wirksamkeit von Interventionen einher [12]. In traditionellen klinischen Studien gilt das Vorliegen mehrerer komorbider chronischer Erkrankungen häufig als Ausschlussgrund [13]. Auch klinische Leitlinien fokussieren sich meist auf die Evidenz für die Behandlung von Einzelerkrankungen [14]. Es werden dringend evidenzbasierte Standards für die Versorgung bei Multimorbidität benötigt, um bestehende Unter-, Über- und Fehlversorgung zu reduzieren. Allerdings sind Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität nur schwer zu bewerten und in die Regelversorgung zu überführen, solange der Ist-Zustand der Versorgung nicht systematisch abgebildet werden kann.

Qualitätsindikatoren bieten eine quantitative Grundlage für die Bewertung der klinischen Leistung und spiegeln Prozesse, Strukturen und Ergebnisse wider, die für Qualitätsmonitoring und -optimierung ausschlaggebend sind. Qualitätsindikatoren können als Hilfsmittel fungieren, um die Versorgungsqualität transparent und vergleichbar zu machen. Sie entsprechen meistens einem

Zahlenverhältnis, bestehend aus einem Zähler und Nenner, die jeweils den zu messenden Qualitätsaspekt und die Zielgruppe beschreiben. Je nach Ausprägung des Indikators kann man somit eine Aussage über die Qualität der Versorgung treffen. Qualitätsprobleme können dadurch schnell erkannt und möglichst behoben werden. Auch soll es dadurch weniger vorkommen, dass Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen zu viel, zu wenig oder falsch versorgt werden.

In Deutschland gibt es aktuell mehrere Ansätze, übergeordnete Behandlungsempfehlungen speziell für multimorbide Patienten umzusetzen, darunter die S3-Leitlinie Multimorbidität der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM [15]). Mögliche Bewertungskriterien für die Versorgungsqualität bei Multimorbidität werden derzeit international diskutiert [16–19], fokussieren sich jedoch bislang primär auf bevölkerungsbezogene Outcomes und lassen sich nicht ohne weiteres auf die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems übertragen. Es fehlen sowohl Instrumente zur Messung von Struktur- und Prozessqualität als auch Validierungsstudien, welche Aussagen zu Messeigenschaften von Qualitätsindikatoren in der praktischen Anwendung erlauben.

Leistungserbringer und Patient:innen haben oft unterschiedliche Ansichten darüber, welche Faktoren eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ausmachen [20, 21]. Daher müssen beide Perspektiven gezielt in die Entwicklung von Leitlinien, Standards und Qualitätsindikatoren einbezogen werden. Studien zeigen, dass obwohl Patient:innenbeteiligung für die Legitimität und Akzeptanz dieser Instrumente an Bedeutung gewinnt, sie noch nicht regelhaft und systematisch erfolgt [22]. Ein spezifisch auf das deutsche Gesundheitssystem zugeschnittener Qualitätsindikatorensatz für die Versorgung multimorbider Personen, der auch die Perspektive der Betroffenen berücksichtigt, würde eine Evaluation des Ist-Zustands in Deutschland ermöglichen und die zukünftige Implementierung von Behandlungsstandards für diese Patient:innengruppe unterstützen.

Ziele und Fragestellungen des Projekts

Das Ziel des MULTlqual-Projekts war die Entwicklung eines Qualitätsindikatoren-Satzes zur Abbildung der Versorgungsqualität bei multimorbiden Patient:innen ab 65 Jahren im deutschen Gesundheitswesen. Dieser Indikatorensatz kann einerseits als Rahmen für die Identifikation von Qualitätsproblemen und andererseits als Implementierungshilfe von Behandlungsstandards verwendet werden. Auf diesem Wege sollen Instrumente zur Verfügung gestellt werden, um perspektivisch die Varianz im Umgang mit Multimorbidität zu verringern und Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren. Sie können sowohl für die Evaluation von Versorgungsmodellen als auch von Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften und Kostenträgern als Datenbasis zum Qualitätsmonitoring genutzt werden.

Für die einzelnen Arbeitspakete wurden folgende Fragestellungen formuliert:

- Welche relevanten Qualitätsaspekte können aus bisher publizierten Leitlinien abgeleitet werden?
- Welche Qualitätsindikatoren sind bisher für die Nutzung für eine multimorbide Zielgruppe operationalisiert worden?
- Welche Qualitätsaspekte sind für multimorbide Patient:innen und ihre Angehörigen besonders relevant und wie stellen sie sich eine ideale Versorgungssituation vor?
- Ist die Kombination von Fokusgruppen mit Betroffenen und die Beteiligung von Patientenvertreter:innen bei der Auswahl und Konsentierung von Qualitätsindikatoren eine effektive Methode zur Integration der Patient:innenperspektive bei der Indikatorenentwicklung?
- Welche der vorgeschlagenen Indikatoren eignen sich zur Abbildung der Versorgungsqualität im hausärztlichen Setting (unter Beachtung von Machbarkeit, Dokumentationsverhalten, Erfüllungsraten und Diskriminationsfähigkeit)?

- Welche der vorgeschlagenen Indikatoren sind für die Datenerhebung in der Praxis geeignet, welche sollten im Rahmen von Patient:innenbefragungen erfasst werden?

Projektstruktur

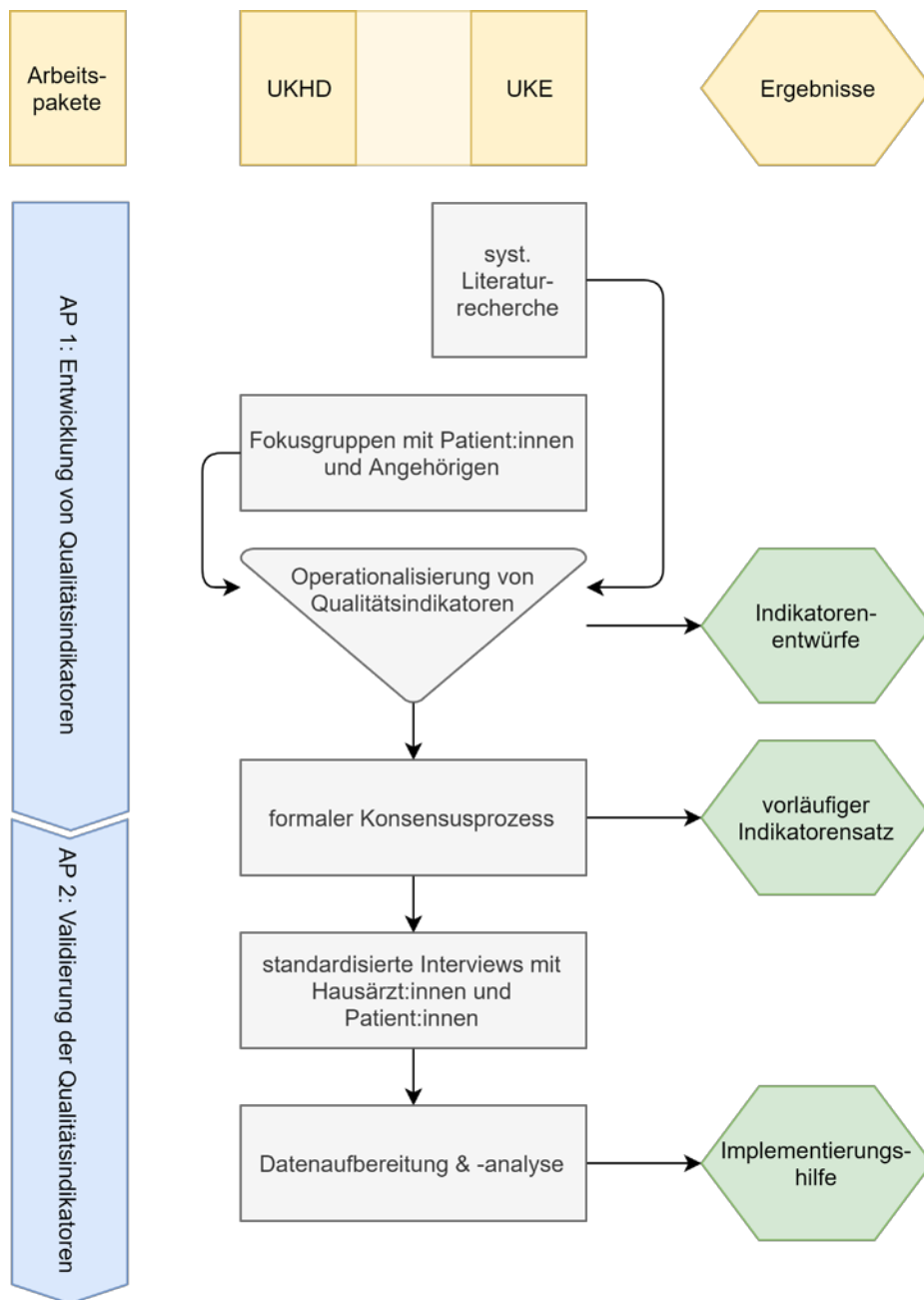


Abbildung 1 Überblick über projektbezogene Verantwortlichkeiten und Arbeitspakete

Die Verantwortlichkeit für die literaturbasierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren lag primär bei der Konsortialführung (UKE) in enger Rücksprache mit dem Konsortialpartner (UKHD). Eine Kick-Off-Webkonferenz am 6. Februar 2018 bildete den Auftakt für die Zusammenarbeit zwischen beiden Konsortialstandorten. Während des weiteren Projektverlaufs arbeiteten beide Partner in enger Kooperation. Vor Beginn der empirischen Projektarbeiten fanden weitere Webkonferenzen mit allen Beteiligten am 13. März, 14. Mai und 26. Juni 2018 statt. Mit dem Start der Datenerhebung bzw. Rekrutierung im vierten Quartal 2018 wurden wöchentliche Telefonkonferenzen mit dem Kernarbeitsteam beider Konsortialpartner vereinbart, um auf aufkommende Schwierigkeiten und Fragen schnell reagieren zu können und dadurch eine hohe Qualität der Datenerhebung und -eingabe sicherzustellen. Die Zusammenarbeit gestaltete sich auch nach Abschluss der Datenerhebungen weiterhin engmaschig, um sich bezüglich der Implementierungshilfen und Publikationen abzustimmen.

4. Projektdurchführung

Das Projekt MULTlqual begann am 1. Juli 2017 mit einer geplanten Projektdauer von 36 Monaten und wurde durch das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) als Konsortialführung und der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg (UKHD) als Konsortialpartner umgesetzt. Das Projekt endete nach einer sechsmonatigen kostenneutralen Laufzeitverlängerung am 31. Dezember 2020.

Im Projekt MULTlqual wurden in einem ersten Arbeitspaket Vorschläge für Indikatoren zur Abbildung und Beurteilung der Versorgungsqualität von Patient:innen mit Multimorbidität entwickelt. Anschließend wurden die Vorschläge durch ein unabhängiges Expert:innenpanel begutachtet und bewertet, sodass ein inhaltlich valides Qualitätsindikatorenset konsentiert werden konnte. In einem zweiten Arbeitspaket wurde dieses Indikatorenset in einer breit angelegten Querschnittsbefragung mit hausärztlichen Praxen und Patient:innen erprobt, um die Eignung der Indikatoren zur Qualitätsmessung im ambulanten Setting zu beurteilen. Endresultat ist ein generisches Qualitätsindikatorenset für die Versorgung älterer Patient:innen ab 65 Jahren mit Multimorbidität, das sowohl im Bereich der Versorgungsforschung als auch in der klinischen Praxis Anwendung finden kann.

Arbeitspaket 1: Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Meilensteine 1-8)

Das erste Arbeitspaket umfasste eine **systematische Literaturrecherche** nach bereits publizierten Qualitätsindikatoren und Leitlinienempfehlungen, die speziell auf die Versorgung multimorbider Patient:innen ausgerichtet sind. Ergänzend wurde eine qualitative Studie durchgeführt, die sich mit Erfahrungen und Behandlungsprioritäten von Patient:innen mit mehreren chronischen Erkrankungen und ihren Angehörigen hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung auseinandersetzte.

Es besteht allgemeiner Konsens darüber, dass eine Definition einer qualitativ hochwertigen Versorgung auch die Ansichten von Patient:innen widerspiegeln sollte und eine aktive Patient:innenbeteiligung die Legitimität und Akzeptanz von Instrumenten zur Qualitätsmessung erhöht. Obwohl methodische Ansätze zur **Patient:innenbeteiligung** bereits erprobt wurden, erfolgt dies in Indikatoren-Entwicklungsprozessen noch nicht regelhaft. Die Berücksichtigung der Patient:innenperspektive ist beim Management von Multimorbidität besonders relevant, da jede Entscheidung vor dem Hintergrund individueller Prioritäten, Prognosen, Risiken und möglichem Zugewinn an Lebensqualität abgewogen werden muss. Im Projekt MULTlqual wurden Patient:innen und deren Angehörige im Rahmen von **Fokusgruppen** aktiv in die Entwicklung der Qualitätsindikatoren mit einbezogen, um die aus ihrer Perspektive relevanten Qualitätsaspekte zu identifizieren und mit der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur abzugleichen. Insgesamt

nahmen 47 Patient:innen und neun Angehörige an acht Fokusgruppen teil. Aus den Ergebnissen der Fokusgruppen und der Literaturrecherche wurden Qualitätsziele abgeleitet und durch die Arbeitsgruppe als Qualitätsindikatoren-Vorschläge operationalisiert.

Arbeitspaket 2: Validierung und Anwendung der Qualitätsindikatoren (Meilensteine 9-21)

Das zweite Arbeitspaket umfasste einerseits einen zweistufigen **Konsentierungsprozess** durch ein unabhängigen Expert:innenpanels, wobei die Technik des nominalen Gruppenprozesses zur Anwendung kam, und andererseits eine quantitative Datenerhebung in hausärztlichen Praxen und deren Patient:innen mit dem Ziel der Validierung des vorläufigen Qualitätsindikatorensets. Strukturierte Konsentierungsverfahren bieten die Möglichkeit, wissenschaftliche Evidenz mit multidisziplinärer Expertise und gelebter Erfahrung zu kombinieren. Um dem breiten Spektrum möglicher Versorgungspfade und -konstellationen Rechnung zu tragen, wurde eine Vielzahl klinischer Bereiche (Allgemeinmedizin, Geriatrie, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie und Pharmakologie), Wissenschaftler:innen mit methodischer Expertise in der Qualitäts- und Versorgungsforschung sowie Patientenvertreter:innen in das Konsensusverfahren einbezogen. Das Panel bestand aus 23 Expert:innen, wobei vier davon aufgrund zeitlicher Konflikte nur an der ersten Stufe des Prozesses teilnehmen konnten. Den Auftakt bildeten Online-Workshops am 8. und 14. November 2018, woran sich die erste Runde zur Konsentierung anschloss. Die finale Konsentierung fand am 1. Februar 2019 in Göttingen als persönliches Treffen statt. Die darauf folgende standardisierte **Befragung von Hausärzt:innen und Patient:innen** erlaubt Rückschlüsse auf die Umsetzbarkeit der Indikatoren in die klinische Praxis und deren Messeigenschaften. Zudem wurde geprüft, inwiefern eine Adjustierung für Praxis- bzw. Patient:innencharakteristika vorgenommen werden muss. Die Querschnittsbefragung erfolgte zwischen Juni 2019 und Juni 2020 mit insgesamt 36 eingeschlossenen hausärztlichen Praxen und 346 Patient:innen.

Im Projekt MULTlqual konnten anfangs entstandene zeitliche Verzögerungen im Projektverlauf aufgefangen werden. Mit Beginn der Corona-Pandemie ergaben sich weitere Herausforderungen, die eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung um sechs Monate erforderlich machten. Für die Gesamtlaufzeit konnten alle gesetzten Projektziele einschließlich der avisierten Fallzahlen erreicht werden.

5. Methodik

Arbeitspaket 1: Entwicklung von Qualitätsindikatoren

a) *Systematische Literaturrecherche*

Um bereits publizierte Leitlinien, Qualitätsindikatoren und Standards für die Versorgung multimorbider Patient:innen zu identifizieren, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Tabelle 2 Suchstrategie für die systematische Literaturrecherche

Suchbegriffe (englisch)	multimorbid* multiple chronic complex patient complex chronic polymorbid* multi-condition polypath* multiple long-term	quality indicator quality of care care quality quality of treatment treatment quality quality of medical care predictor of quality quality standard assessment of quality quality assessment measuring quality performance measures measures of quality quality measures system performance clinical indicators review criteria quality improvement clinical audit indicator development develop* indicators	guideline guidance recommendations for practice practic* recommendations evidence-based recommendations guiding principle concept of care standards clinical protocol critical pathway
Schlagwortregister	"Guideline"[Publication Type] "Guidelines as Topic"[Mesh] "Guideline Adherence"[Mesh] "Quality Control"[Mesh] "Quality Improvement"[Mesh] "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]		
Elektronische Datenbanken	Pubmed, CINAHL, Carelit, PsycInfo, Livivo, GeroLit, Cochrane		
Leitlinien-/Indikatoren-Datenbanken	Guidelines International Network (G-I-N), National Guideline Clearinghouse (NGC)		
Datenbanken für nicht-publizierte Forschungsvorhaben	OpenGrey, HSRProj, ICTRP		
Webseiten relevanter Institutionen	AHQR, AWMF, aQua (AQUIK, QISA), ÄZQ, AQUIK, NICE, IQWiG, IQTIG		
Sprachen	Deutsch, Englisch		
Suchzeitraum	2007 bis September 2017 (Abfragedatum)		
Suchstrategie	Englische Suchbegriffe in allen Datenbanken unter Nutzung des Schlagwortregisters, deutsche Suchbegriffe zusätzlich deutschsprachigen Datenbanken, Einzelstichwortsuche in Leitlinien-/Indikatorendatenbanken, Suche auf Webseiten relevanter Institutionen, Schneeballsuche		

Es wurden ausschließlich Leitlinien und Qualitätsindikatoren berücksichtigt, deren Entwicklungsprozess als systematisch und strukturiert zu beurteilen ist. Publikationen mit Fokus auf Indexerkrankungen oder Polypharmazie wurden ausgeschlossen. Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich des Settings oder der Operationalisierung des Konstrukts Multimorbidität formuliert.

Nach einem Titel- und Abstract-Screening wurde die Volltextanalyse für Arbeiten durchgeführt, die in deutscher oder englischer Sprache vorlagen. Die Volltextanalyse wurde von zwei Wissenschaftlerinnen (Josefine Schulze und Tabea Eißing) unabhängig voneinander durchgeführt, während Dissens in gemeinsamer Diskussion mit einer dritten Reviewerin (Dagmar Lühmann) aufgelöst wurde. Die Mindestanforderung an die methodische Qualität der eingeschlossenen Publikationen war die Durchführung eines strukturierten Konsentierungsprozesses, in dem ein unabhängiges interdisziplinäres Expert:innenpanel Indikatoren bzw. Handlungsempfehlungen konsentiert. Hierzu wurde der Methodenreport der eingeschlossenen Publikationen von zwei Wissenschaftlerinnen unabhängig voneinander gesichtet und hinsichtlich dieses Kriteriums begutachtet. Für Leitlinien wurde durch mindestens zwei Wissenschaftlerinnen eine methodische Begutachtung mittels des AGREE II-Instruments vorgenommen (siehe Anlage 6). Vor diesem Hintergrund wurden anschließend alle Empfehlungen mit Relevanz für die Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität extrahiert. Aus diesen Empfehlungen heraus wurden Qualitätsziele definiert und als Indikatoren operationalisiert sowie um redundante Aspekte bereinigt. Publierte Qualitätsindikatoren bzw. -standards mit konkreter Definition von Zähler und Nenner wurden in das vorläufige Indikatorenset übernommen.

b) Fokusgruppen

Die Fokusgruppen im Projekt MULTlqual hatten zum Ziel, die subjektive Sicht von Patient:innen, die von mehreren chronischen Krankheiten betroffen sind, und deren Angehörigen auf eine qualitativ hochwertige hausärztliche Versorgung zu erfassen. Durch die Fokusgruppen sollen somit (weitere) qualitätsrelevante Aspekte identifiziert und in dem geplanten Konsensverfahren berücksichtigt werden.

Nach dem Zufallsprinzip wurden hausärztliche Praxen aus dem Register der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen im Umkreis von 25 km um die Studienzentren ausgewählt und postalisch mit einer Studieninformation zur Teilnahme eingeladen. Bei Interesse wurden weitere Details und Fragen zur Studie in einem persönlichen Gespräch geklärt und bei Einwilligung in die Teilnahme anschließend Kooperationsverträge (UKE) bzw. Einwilligungserklärungen (UKHD) unterzeichnet, die insbesondere Aufgaben der Kooperationspartner:innen, Aufwandsentschädigungen sowie Datenschutzbestimmungen spezifizierten. Alle teilnehmenden Hausärzt:innen rekrutierten Patient:innen aus ihrer Praxis im Alter von mindestens 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen. Für die Rekrutierung der Patient:innen für die Fokusgruppen wurden die Hausärzt:innen gebeten, Patient:innen im Alter von ≥ 65 Jahren mit mindestens drei chronischen Erkrankungen zu identifizieren. Als Hilfestellung wurde ihnen eine Liste mit ICD-10-Codes der häufigsten chronischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis zur Verfügung gestellt. Ausschlusskriterien waren unzureichende Deutschkenntnisse und mangelnde Einwilligungsfähigkeit. Die Patient:innen erhielten eine schriftliche Einladung mit einer Studieninformation, einem Flyer und einem frankierten Antwortbrief, den sie bei Interesse an das Studienzentrum senden konnten. Die teilnehmenden Patient:innen wurden darüber hinaus gebeten, nahe Angehörige zu einer Fokusgruppe einzuladen. Alle Teilnehmer:innen erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 Euro sowie eine Fahrtkostenerstattungen. Die Fokusgruppen fanden in den Räumlichkeiten des jeweiligen Studienzentrums statt. Die Teilnehmer:innen gaben vor Beginn der Fokusgruppen ihr informiertes schriftliches Einverständnis zur Aufnahme und Auswertung der Daten. Soziodemographische Aspekte wurden mittels Fragebögen standardisiert erfasst.

Für Patient:innen und Angehörige wurden getrennte leitfadengestützte Fokusgruppen durchgeführt. Bei der Entwicklung der (für beide Befragtengruppen analogen) Leitfäden wurde berücksichtigt, dass es sich beim wissenschaftlichen Qualitätsbegriff um einen voraussetzungsvolles, facettenreiches Konstrukt handelt, das von (medizinischen) Laien unter Umständen anders verstanden und interpretiert wird als von Expert:innen. Dem Untersuchungsgegenstand „Qualität“ wurde sich daher durch Fragen nach guten und schlechten Versorgungserfahrungen, zu Veränderungen der Versorgungsbedürfnisse und -erfahrungen aufgrund von Multimorbidität und zur Vision einer idealen hausärztlichen Versorgung genähert. Nach Abschluss der Diskussionsrunde erfolgte eine Priorisierung der genannten Qualitätsaspekte auf einer Likert-Skala von 4 Punkte = sehr wichtig, 3 Punkte = eher wichtig, 2 Punkte = eher nicht wichtig bis 1 Punkt = nicht wichtig. Die Fokusgruppenteilnehmer:innen wurden abschließend noch einmal um eine Begründung ihrer Einschätzung gebeten.

Die Leitfäden bestanden aus den folgenden sechs Themenblöcken:

1. Vorstellungsrunde: Name, Alter, Wohnort, chronische Erkrankungen (des Angehörigen)
2. Veränderungen in der hausärztlichen Versorgung durch Multimorbidität im Vergleich zu Einzelerkrankungen
3. positive Erfahrungen in der hausärztlichen Versorgung
3. negative Erfahrungen in der hausärztlichen Versorgung
4. Vision einer optimalen hausärztlichen Versorgung
5. weitere wichtige Aspekte
6. Priorisierung der genannten Qualitätsaspekte

Die Fokusgruppen wurden am UKE und UKHD jeweils durch zwei Moderator:innen geleitet und dauerten ca. zwei Stunden. Sie wurden digital aufgezeichnet und von einer geschulten Protokollantin hinsichtlich der Sprecher:innen-Reihenfolge und grober Inhalte schriftlich festgehalten. Die digitalen Aufnahmen wurden von einer geschulten Forschungsassistentin nach festgelegten Transkriptionsregeln wörtlich transkribiert. Hierbei wurden alle Namen und andere ggf. personenidentifizierende Daten wie Regionen oder Einrichtungsbezeichnungen pseudonymisiert. Anschließend wurden die Transkripte jeweils durch eine der teilnehmenden Moderatorinnen auf Korrektheit überprüft.

Die Auswertung erfolgte anhand der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse von Kuckartz [23] mithilfe der Software MAXQDA 11 (Verbi GmbH). Die Kodiererinnen (Nadine Janis Pohontsch, Charlotte Höflich und Josefine Schulze) lasen alle Transkripte, um sich mit dem Material vertraut zu machen. Es wurden deduktive Codes aus dem literaturbasierten Indikatorenset abgeleitet. Sofern aus den Transkripten neue, bisher nicht abgebildete Aspekte hervorgingen, wurden diese in Form induktiver Codes repräsentiert. Die Kodierung aller Transkripte erfolgte jeweils durch jeweils zwei Wissenschaftlerinnen, die sich regelmäßig über die Kodierungen austauschten. Nach Abschluss der ersten Kodierrunde und endgültiger Festlegung des Kodiersystems erfolgte eine zweite Kodierrunde am gesamten Material. Die Ergebnisse wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe „Qualitative Methoden“ am UKE und der MULTlqual-Arbeitsgruppe am UKHD vorgestellt und diskutiert, um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Interpretationen sicherzustellen.

c) Operationalisierung von Qualitätsindikatoren

Die Operationalisierung der Qualitätsindikatoren wurde anhand strukturierter Formulare vorgenommen. Das Methodenpapier 4.0 [24] stellt eine Vorlage für Basisangaben eines Indikatorendatenblattes zur Verfügung, welche wir als Grundlage zur Operationalisierung der Indikatoren nutzten. Für die Qualitätsindikatoren wurden folgende Angaben definiert:

Jeder Indikator hat einen möglichst kurzen und einfach verständlichen Namen. Auf Grundlage der Empfehlungen wurden Zähler (das zu messende Qualitätsmerkmal) und Nenner (Zielpopulation)

der Qualitätsindikatoren spezifiziert und, falls zutreffend, Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Das aQua-Indikatorenbasisformular gibt hierfür nur Ausschlusskriterien vor. Die Zielstellung wird danach definiert, welche Ausprägung des Indikators eine gute Versorgung darstellt. Diese Angabe wird in der aQua-Vorlage als Qualitätsziel bezeichnet. In der Spalte zur Bezugsgröße wird der Bezugszeitraum der Erhebung benannt. In der Rubrik Begründung ist die Relevanz des Indikators dargestellt. Unter dem Stichwort Datenerhebung finden sich Datenquellen und Datenarten (Patient:innenakte, Ärzt:innen- oder Patient:innenbefragung, Abrechnungsdaten der Krankenkasse), mit denen die Daten für den Indikator erhoben werden können. Alle vorgeschlagenen Indikatoren wurden nach Donabedian [25] in drei Typen unterteilt: *Strukturqualität* beschreibt die Rahmenbedingungen der Versorgung, bei der beispielsweise die Ausstattung einer Praxis oder die Qualifikation des Personals erfasst wird. Ein Vorteil von Strukturindikatoren ist, dass sie sich zumeist auf gut verfügbare Informationen stützen. Andererseits ist die Beziehung zwischen Strukturen und Prozessen sowie Ergebnissen oft nicht genau bekannt. *Prozessqualität* hingegen stellt die Angemessenheit der gewählten Maßnahmen der Versorgung und bezieht sich auf sämtliche Interaktionen zwischen Leistungserbringern und Patient:innen. So könnte zum Beispiel das Vorgehen bei der Anamnese, Diagnostik, Therapie und Nachsorge gemessen werden. Im Rahmen der *Ergebnisqualität* werden Veränderungen des Gesundheitszustandes erfasst, die durch die medizinische Versorgung erfolgten. Beispiele hierfür sind eine Verbesserung oder Verschlechterung der Lebensqualität, Zufriedenheit, Stürze oder auch die stationäre Wiederaufnahme aufgrund von Komplikationen. Donabedian charakterisiert die Ergebnisqualität als Gradmesser für die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen, beschreibt jedoch auch Einschränkungen ihrer Aussagekraft durch Unterschiede im subjektiven Stellenwert eines Outcomes (z.B. Lebensqualität vs. Lebensverlängerung), Einflussfaktoren, die nicht ausreichend umschrieben werden können oder lange Zeiträume, bis Veränderungen sich im Outcome niederschlagen.

Zusätzliche Informationen zur Einordnung der Indikatoren können die zugeordneten Qualitätsdimensionen geben, die folgend charakterisiert wurden:

- Angemessenheit der Versorgung
- Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung
- Kontinuität der Versorgung
- Wirksamkeit der Maßnahmen
- Effizienz (Kosten-Nutzen-Verhältnis)
- Gleichheit bei der Versorgung
- Evidenz- und Wissensbasierung der Versorgung
- Patientenorientierung der Versorgung
- Mitwirkung und aktive Einbeziehung der Patient:innen
- Patient:innensicherheit
- Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung

Weiterhin wurde die zugrundeliegende Evidenz bzw. Empfehlung klassifiziert. Die Evidenzklasse eines Qualitätsindikators beschreibt die Zuverlässigkeit der wissenschaftlichen Belege für die zugrundeliegende Empfehlung.

Tabelle 3 Evidenzklassen der den Indikatoren zugrundeliegenden Daten [24]

Evidenzklasse	Anforderung
Ia	mindestens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs) [z.B. Metaanalysen, Übersichtsarbeiten]
Ib	mindestens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa	mindestens eine hochwertige Studie (ohne Randomisierung) [Kohorten-Studie, Kontrollierte Klinische Studie]
IIb	mindestens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien [Fall-Kontroll-Studie]
III	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie [Querschnittsstudie, Ökologische Studie, Fallbericht, Vorher-Nachher-Studie, Registerstudie]
IV	Meinungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung), Experten- und Fachkommissionen

Abweichend vom aQua-Indikatorenbasisblatt formulierten wir keine Prozess-/ Ergebnis- sowie Dokumentationsverantwortung, damit dies jeweils durch den jeweiligen Leistungserbringer bzw. Qualitätszirkel definiert werden kann. In der ambulanten Praxis besteht die Möglichkeit, bestimmte Leistungen an VERAHs (Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis) oder NÄPas (Nicht-ärztliche Praxisassistent:in) zu delegieren. Weiterhin wurde auf die Angabe von Indikatorvarianten verzichtet. Ebenso wurden keine Besonderheiten bei der Berechnung berichtet, da hierzu bislang keine Angaben gemacht werden können. Eine Übersicht über die genutzte Operationalisierung ist Anlage 3 zu entnehmen. Die anhand dieser Kriterien vorgenommene Operationalisierung erfolgte in einem iterativen Prozess mit ständigem Austausch aller Projektmitarbeiter:innen. Die erstellten Indikatorenformulare bildeten die Grundlage für die anschließende Bewertung durch das Expert:innenpanel. Für die Aufbereitung der Indikatoren in Form eines Handbuchs für Anwender:innen wurde die Operationalisierung beibehalten, die Reihenfolge allerdings geändert i.S. der Nutzer:innenfreundlichkeit. Dazu wurden die verfügbaren Angaben in die Bereiche (1) Beschreibung, (2) Berechnung des Indikators, (3) bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators und (4) Ergebnisse des MULTlqual-Projekts unterteilt. Unter (4) wurden zusätzlich Aussagen zur Datenverfügbarkeit, Referenzwerte und Risikoadjustierung anhand der Ergebnisse der MULTlqual-Anwendungsstudie berichtet. Die anhand dieser Kriterien vorgenommene Operationalisierung erfolgte in einem iterativen Prozess mit ständigem Austausch aller Projektmitarbeiter:innen. Die erstellten Indikatorenformulare bildeten die Grundlage für die anschließende Bewertung durch das Expert:innenpanel.

Arbeitspaket 2: Validierung und Anwendung der Qualitätsindikatoren

a) Zweistufiges Konsensusverfahren

Das Auswahl- und Bewertungsverfahren ist ein zentraler Bestandteil der Indikatorenentwicklung und erfolgte in Anlehnung an etablierte Verfahren im Rahmen eines zweistufigen Konsensusverfahrens mittels nominalen Gruppenprozess. Ein unabhängiges interdisziplinäres Expert:innenpanel bewertete und kommentierte die vorgeschlagenen Indikatoren in einem Online-Rating nach festgelegten Bewertungskriterien und diskutierte und konsentiert das vorläufige Indikatorenset in einem persönlichen Treffen.

Aufgrund der Breite an möglichen Konstellationen und Versorgungswegen wurden Vertreter:innen aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsversorgung rekrutiert: Allgemeinmedizin, Geriatrie, Pflege, Praxismanagement, Soziale Arbeit, Physiotherapie, Klinische Pharmakologie, Qualitätsmanagement, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie sowie Patientenvertreter:innen. Potentielle Panelmitglieder wurden auf der Grundlage ihrer klinischen oder methodischen Expertise eingeladen, wurden allerdings nicht von Berufsverbänden bzw. Fachorganisationen delegiert. Wir kontaktierten Patient:innenorganisationen, um Patientenvertreter:innen für die Teilnahme am Panel zu gewinnen, die in der Lage sein sollten, als Fürsprecher:innen aktiv für die Interessen multimorbider Personen zu plädieren. Die Einladung zur Teilnahme enthielt eine Studieninformation. Bei Interesse erhielten potentielle Teilnehmer:innen Informationen zum Datenschutz, organisatorische Informationen, das Formular zur Einwilligung sowie ein Formular zur Offenlegung von Interessenkonflikten. Es wurde ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis des Panels angestrebt, um möglichen Bias zu minimieren. Die Panelmitglieder waren gleichberechtigt und für jeden Themenbereich gleichermaßen stimmberechtigt, ohne dass individuelle Expertise oder Fachinteressen eine zusätzliche Gewichtung erfuhren. Um zu vermeiden, dass persönliche Interessen das Abstimmungsergebnis unangemessen verzerren, wurde der Umgang mit bestehenden Interessenkonflikten während der Auftaktveranstaltung besprochen und festgelegt. Die Offenlegung von Interessen wurde entlang des AWMF-Formulars zur Erklärung von Interessen für das laufende Kalenderjahr und die zurückliegenden drei Jahre vorgenommen. 17 der 23 Expert:innen gaben Interessen an, von denen jedoch nur drei einen Themenbezug zur Indikatorenentwicklung im Projekt aufwiesen. Die Relevanz dieser konfligierenden Interessen wurde als gering bewertet, was nach einem Vorgehen entlang des AWMF-Standards zur Limitierung einer Leitungsfunktion führt.

Zu Beginn erhielten die Teilnehmer:innen ein Handbuch mit grundlegenden Informationen zum Zweck der Studie sowie Informationen zur Terminologie und Methodik der Indikatorenentwicklung. Es fanden drei digitale Auftaktveranstaltungen statt, um methodische Fragen, den Ablauf des Konsensusverfahrens und die Rolle der Expert:innen zu diskutieren. Die erste Bewertung wurde von November 2018 bis Januar 2019 online via Unipark (Questback) durchgeführt. Die Bewertungskriterien für den ersten Schritt des Konsensusverfahrens waren an das Programm der Nationalen Versorgungsleitlinien [26] angelehnt (siehe Tabelle 4), welches das QUALIFY-Tool [27] nutzt: Bedeutung für das Versorgungssystem, Klarheit der Definition, Beeinflussbarkeit der Indikatoreausprägung, Evidenz- und Konsensbasierung des Indikators sowie Risiko für Fehlsteuerung. Zusätzlich bestand die Möglichkeit zur Abgabe von Freitextkommentaren.

Zu allen Indikatoren wurden je nach Verfügbarkeit die Empfehlungsstärke und Evidenzklasse der Originalempfehlung gemäß der dargestellten Methodik zur Verfügung gestellt (siehe Tabelle 3). Für Indikatoren, die auf Grundlage von Leitlinienempfehlungen abgeleitet wurden, wurde die in der Leitlinie dargestellte Evidenz der entsprechenden Evidenzklasse zugeordnet und zusammen mit dem Empfehlungsgrad im Indikatorformular ausgewiesen. Hierfür nahmen jeweils zwei Wissenschaftlerinnen die beschriebene Einordnung entsprechend der Methodenreports der eingeschlossenen Quellen unabhängig voneinander vor und konsentierten diese. Für

Empfehlungen, deren zugrundeliegende Evidenz nicht ausgewiesen war, konnte aufgrund der qualitativ-methodischen Anforderungen lediglich Evidenzklasse IV (Expert:innenkonsens/Fachkommission) zugewiesen werden. Die vier Indikatoren, die neu aus den Ergebnissen der Fokusgruppen abgeleitet wurden und die bisher nicht in der Literatur abgedeckt waren, wurden dem Expert:innenpanel vorgestellt sowie deren Entwicklungsprozess transparent dargelegt. Sämtliche Indikatoren, die der Literatur entnommen wurden und durch die Ergebnisse der Fokusgruppen bestätigt werden konnten, erhielten während des Konsensusprozesses zusätzlich ein Icon, das den zusätzlichen Beleg verdeutlichte. Insgesamt basierten lediglich zwei der 47 auf Evidenz der Klasse Ia (mind. ein systematischer Review auf Basis von RCTs), was den Mangel an hochwertiger Evidenz im Bereich der Versorgung multimorbider Patient:innen unterstreicht. Zusätzlich war das Expert:innenpanel im ersten Schritt des Konsensusprozesses dazu aufgefordert, die Evidenz- und Konsensbasierung (Kriterien siehe Tabelle 4) zu bewerten.

Tabelle 4 Kriterien zur Bewertung der Qualitätsindikatoren [26]

<p>1. Bewertungskriterium: Bedeutung für das Versorgungssystem</p> <p>Folgende Aussage wird bewertet: „Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Lebensqualität, Morbidität (Krankheitshäufigkeit) oder Mortalität (Sterblichkeit) bzw. benennt hierfür wesentliche Versorgungsprozesse oder Versorgungsstrukturen.“</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 = trifft nicht zu <input type="checkbox"/> 2 = trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> 3 = trifft eher zu <input type="checkbox"/> 4 = trifft zu</p>
<p>2. Bewertungskriterium: Klarheit der Definition</p> <p>Folgende Aussage wird bewertet: „Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.“</p> <p>Haben Sie einen Vorschlag für eine klarere Formulierung des Indikators? (Freitextfeld)</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 = trifft nicht zu <input type="checkbox"/> 2 = trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> 3 = trifft eher zu <input type="checkbox"/> 4 = trifft zu</p>
<p>3. Bewertungskriterium: Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung</p> <p>Folgende Aussage wird bewertet: „Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren (z.B. vom Hausarzt) beeinflusst werden kann.“</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 = trifft nicht zu <input type="checkbox"/> 2 = trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> 3 = trifft eher zu <input type="checkbox"/> 4 = trifft zu</p>

4. Bewertungskriterium: Evidenz- und Konsensbasierung des Indikators

Folgende Aussagen werden bewertet:

- Bei Strukturindikatoren: „Das Vorhandensein der gemessenen Struktur führt zu einem verbesserten Ergebnis.“
- Bei Prozessindikatoren: „Das Vorhandensein des gemessenen Prozesses führt zu einem verbesserten Ergebnis.“
- Bei Ergebnisindikatoren: „Das gemessene Ergebnis kann vom Leistungserbringer beeinflusst werden.“

1 = trifft nicht zu

2 = trifft eher nicht zu

3 = trifft eher zu

4 = trifft zu

5. Bewertungskriterium: Risiko für Fehlsteuerung

Folgende Aussage wird bewertet:

„Werden durch den Indikator potenzielle Fehlanreize gesetzt?“

Ja

Nein

Die Ergebnisse der ersten Stufe des Konsensprozesses wurden nach dem Prozentsatz der Zustimmung zu den Bewertungskriterien beurteilt. Zustimmungsraten von mindestens 75% in allen Kategorien deuteten auf eine allgemeine positive Bewertung hin. Weniger als 75% Zustimmung in mehr als zwei Kategorien wurden als negative Bewertung zusammengefasst. Gemischte Bewertungen von Indikatoren wiesen auf einen besonderen Diskussionsbedarf hin. Die Dimension „Risiko für Fehlsteuerung“ wurde aufgrund des dichotomen Antwortformats separat ausgewertet. Die Ergebnisse wurden dem Panel in aggregierter Form zur Verfügung gestellt. Die zweite Phase des Konsensusverfahrens beinhaltete ein persönliches Treffen am 1. Februar 2019 in Göttingen mit allen Panelmitgliedern zur Diskussion, ggf. Umformulierung und Selektion des vorläufigen Indikatorensatzes. Für jeden Indikator wurden zunächst die bisherigen Bewertungen und Kommentare zusammengefasst und anschließende Stellungnahmen im Umlaufverfahren erfasst. Ein Moderator (Martin Scherer) leitete die folgenden Debatten und die Abstimmungen. Per einfacher Mehrheit wurde über die Beibehaltung bzw. Ablehnung der Indikatoren entschieden.

b) Querschnittliche Datenerhebung mit Patient:innen- und Hausärzt:innen-Befragung

An die Entwicklung und Konsentierung des vorläufigen Qualitätsindikatoren-Sets schloss sich die wissenschaftliche Evaluation ihrer Performanz im hausärztlichen Setting an. Gemäß der Richtlinien der AHRQ zur Entwicklung, Implementierung, Aufrechterhaltung und Zurücknahme von Qualitätsindikatoren [28] kann diese Studie jedoch nur einen ersten Baustein des dynamischen Entwicklungs- und Validierungsprozesses darstellen und muss in zukünftigen Studien weiter überprüft und aktualisiert werden. Im Rahmen einer Beobachtungsstudie wurden die Indikatoren erstmalig im Feld angewandt und hinsichtlich ihrer Ausprägung, Machbarkeit, Diskriminationsfähigkeit und der Notwendigkeit von Risikoadjustierung untersucht. Dazu wurden die Indikatordaten sowohl auf Seite der teilnehmenden Patient:innen als auch auf Seite der Hausärzt:innen erhoben. Analog zur Rekrutierung für Arbeitspaket 1 wurden hausärztliche Praxen aus dem Register der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen im Umkreis von 25 km um die Studienzentren angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen. Aufgaben, datenschutzrechtliche Bestimmungen sowie Aufwandsentschädigungen für die Zusammenarbeit wurden über

Kooperationsverträge (UKE) bzw. Einwilligungserklärungen (UKHD) festgehalten. Die teilnehmenden Hausärzt:innen führten ein Screening ihrer Praxisklientel auf potentiell geeignete Patient:innen durch. Hierfür wurden alle Patient:innen ab 65 Jahren auf das Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen aus einer vordefinierten Krankheitsliste sowie das Vorhandensein möglicher Ausschlusskriterien hin geprüft. Zur Auswahl der chronischen Erkrankungen, die als Einschlusskriterien dienen sollten, wurde der bereits bestehende Datensatz der MultiCare-Studie [29] genutzt, die eine Kohorte von 3.189 älteren multimorbiden Patient:innen umfasste. Krankheiten mit einer signifikanten Assoziation zur subjektiven Krankheitsbelastungen, dem selbstberichteten Gesundheitszustand und dem Vorhandensein chronischer Schmerzen wurden zu einer Liste von 17 Diagnosegruppen zusammengefasst, von denen mindestens drei Erkrankungen bei jede:r Teilnehmer:in vorliegen sollten. Da frühere Studien [30] zeigten, dass Stichprobengrößen von $n = 100$ für die Analyse einzelner Indikatoren unter Annahme eines linearen Modells ausreichende Präzision gewährleisten, ermöglicht die avisierte Fallzahl von 350 Patient:innen aus ca. 35 Praxen aussagekräftige Ergebnisse.

Zur Unterstützung der Praxen stellte das Projektteam für gängige Praxisverwaltungssysteme eine Screeninghilfe zur Verfügung. Bei Eignung luden die Hausärzt:innen die jeweiligen Patient:innen postalisch mit einer Studieninformation zur Studienteilnahme ein. Interessierte Personen konnten sich über ein Antwortformular bei dem Studienzentrum melden. Sie wurden daraufhin über die angegebenen Daten kontaktiert, über die Studie informiert und ggf. wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Gespräche fanden entweder in der Häuslichkeit der Patient:in, im Studienzentrum oder auf Wunsch auch in der Hausarztpraxis statt. Vor Beginn des Gesprächs wurde eine informierte schriftliche Einwilligung zur Teilnahme eingeholt. Teilnehmenden Hausärzt:innen wurde eine Aufwandsentschädigung von 100 Euro für das durchgeführte Screening sowie 50 Euro für die standardisierte Befragung pro Patient:in in Aussicht gestellt.

Zusätzlich zu den Indikatordaten wurden bei Patient:innen Angaben zu Soziodemographie, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Hausarztbindung, Symptomlast, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Aktivierung und wahrgenommener sozialer Unterstützung mittels validierter Instrumente erhoben. Die Hausärzte machten in standardisierten Interviews Angaben zu Diagnosen, Behandlungsverlauf, Bekanntheitsgrad der teilnehmenden Patient:innen sowie zu Praxismerkmalen. Strukturindikatoren wurden ausschließlich über Hausärzt:innenangaben erhoben, während Ergebnisindikatoren nur über die Patient:innenbefragung erfasst wurden. Prozessindikatoren wurden, soweit möglich, aus beiden Perspektiven erfasst. Aufgrund des querschnittlichen Designs wurde von einer geringen Drop-Out-Rate ausgegangen. Gründe für Drop-Outs wurden erfasst und gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen keine weiteren Patient:innendaten erhoben.

Qualitätsindikatoren sollten in der Lage sein, aussagekräftige Veränderungen in der Versorgungsqualität abzubilden. Indikatoren mit hohen durchschnittlichen *Erfüllungsgraden* zeigen wenig Spielraum auf, um Verbesserungen der Versorgungsqualität anzuzeigen. Daher wurde ein Erfüllungsgrad über 90% als Ausschlusskriterium herangezogen. Ein Fragenkatalog zur Erfassung der Zähler und Nenner der Indikatoren kann dem angehängten Indikatorenmanual entnommen werden (siehe Anlage 11). Während ausgeprägte Deckeneffekte die Anwendbarkeit des Indikators beeinträchtigen und zum Ausschluss führen, weisen starke Bodeneffekte auf einen allgemeinen Handlungsbedarf hinsichtlich des formulierten Qualitätsziels hin. Indikatoren ohne *Decken- bzw. Bodeneffekte* haben ein größeres Potenzial, zwischen Anbietern mit unterschiedlichen Qualitätsniveaus zu differenzieren. Darüber hinaus ist die Diskriminationsfähigkeit eingeschränkt, wenn die Spannweite der Leistungswerte zwischen den Leistungserbringern weniger als 20 % beträgt. Für die Analyse der praxisbezogenen Verteilung wurde für der jeweilige Erfüllungsgrad pro Praxiscluster berechnet. Anschließend wurde der Anteil der Praxen mit Erfüllungsgraden im unteren und oberen Wertebereich (unter 15% oder über 85% Erfüllungsgrad) berechnet. Zu berücksichtigen ist, dass die teilweise geringe Clustergröße die Repräsentativität der Ergebnisse einschränkt. Es wurde jeweils der Anteil der Praxen mit Erfüllungsgraden über 85% bzw. unter 15% erfasst. Indikatoren mit besonders niedrigen bzw.

hohen Erfüllungsgraden sollten auf bestehende Boden- und Deckeneffekte hin geprüft werden. Die Machbarkeit der Datenerhebung wiederum ist gegeben, wenn die Indikatordaten über die angegebenen Datenquellen für den überwiegenden Anteil der Zielpopulation erhoben werden können. Indikatoren mit mehr als 15% *fehlenden Werten* werden als nicht umsetzbar eingestuft und in der Folge aus dem finalen Indikatorenset ausgeschlossen.

Für die Berechnung der Kennwerte wurden folgende Formel genutzt:

$$\text{Vollständigkeit der Daten} = 1 - \frac{\text{Anzahl der betrachteten Pat. bzw. Versorgungseinheiten(*)}, \text{ für die keine Auskunft für Bezugszeitraum möglich war}}{\text{Gesamtanzahl der betrachteten Pat. bzw. Versorgungseinheiten(*)}}$$

Die Machbarkeit der Datenerhebung wird auch unter dem Gesichtspunkt des Dokumentationsverhaltens betrachtet. Für alle Prozessindikatoren wurde eine *Dokumentationsrate* erhoben, die sich auf den Anteil der Fälle bezieht, in denen der Indikator erfüllt und dokumentiert war, und somit angibt, ob es möglich ist, Daten aus der Dokumentation in der Patient:innenakte zu erheben.

$$\text{Dokumentationsrate} = \frac{\text{Anzahl der Pat.(*) mit erfülltem Indikator gemäß Bezugszeitraum, für die Qualitätsmerkmal der Aktdokumentation zu entnehmen ist}}{\text{Anzahl der Pat.(*) mit erfülltem Indikator gemäß Bezugszeitraum}}$$

*gemäß Indikatorspezifikationen, unter Berücksichtigung von Nenner und Ein- & Ausschlusskriterien

Die Dokumentationsrate bezieht sich ausschließlich auf patient:innenbezogene Indikatoren, nicht auf Versorgungseinheiten. Die an Versorgungseinheiten gerichtete Indikatoren (z.B. hinsichtlich Fortbildungen, SOPs etc.) beziehen sich im MULTlqual-Set ausschließlich auf dokumentierte Sachverhalte. Indikatoren, die über die Patient:innenbefragung erhoben wurden, sind hiervon ausgeschlossen. Patient:innen bzw. bei Strukturindikatoren Versorgungseinheiten mit fehlenden Werten wurden aus den jeweiligen Analysen ausgeschlossen.

Darüber hinaus wurde die *Notwendigkeit zur Risikoadjustierung* geprüft, indem kontrolliert wurde, ob unterschiedliche Verteilungen von patient:innenspezifischen Risikofaktoren einen verzerrenden Einfluss auf die Vergleichbarkeit von Qualitätsindikatoren haben. Für jeden Indikator wurde der mögliche Einfluss von Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Pflegebedürftigkeit, Bildungsgrad und Anzahl der Komorbiditäten auf die Ergebnisverteilung mittels Verallgemeinerter linearer gemischter Modelle unter Berücksichtigung der Praxiszugehörigkeit (*random intercept-Modell*) geprüft. Für Ergebnisindikatoren erfolgte zusätzlich eine Untersuchung der Konstruktvalidität, indem der Zusammenhang der Indikatorenausprägung mit verwandten Konstrukten analysiert wurden, die mit hoher bzw. niedriger Qualität assoziiert sind.

Die deskriptive Datenanalyse erfolgte mithilfe der Software SPSS 26 (IBM), die Mehrebenenanalysen erfolgten in R unter Nutzung von lme4 [31].

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

Arbeitspaket 1: Entwicklung von Qualitätsindikatoren

a) Systematische Literaturrecherche

14.218 Referenzen wurden durch die Datenbanksuche und sieben weitere durch die manuelle Suche identifiziert. Nach Dublettenentfernung wurden die Titel und Abstracts von 5.793 Treffern gescreent. 178 Publikationen wurden für die Volltextprüfung ausgewählt, von denen letztlich acht in der der Synthese berücksichtigt wurden. Die Abfolge und Zwischenergebnisse der Recherchen werden in Abbildung 2 visualisiert.

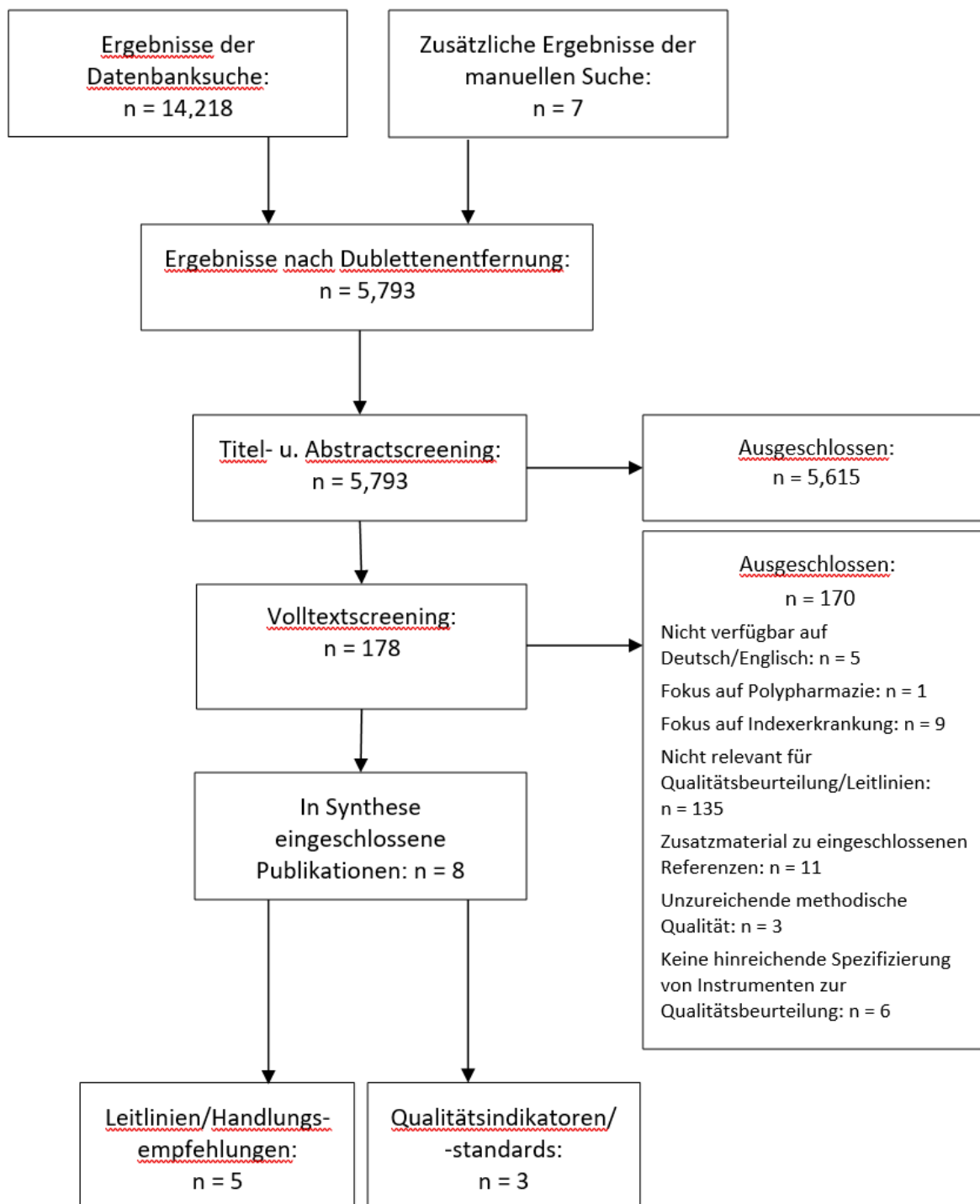


Abbildung 2 Flussdiagramm zur Literaturrecherche

Im Nachfolgenden sind die relevanten Publikationen dargestellt, auf deren Grundlage Qualitätsindikatoren-Vorschläge operationalisiert wurden. Die literaturbasierten Indikatorenvorschläge sind Anlage 7 zu entnehmen.

Tabelle 5 Quellenübersicht: Eingeschlossene Literatur zur Ableitung von Qualitätsindikatoren

Referenz	Land	Publikationstyp	Zielpopulation	Setting	Adressaten
NICE 2016 [32]	UK	Leitlinie	Erwachsene Patient:innen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen, ausgenommen Patient:innen mit ausschließlich psychischen Gesundheitsproblemen	Primär- und Sekundärversorgung	Patient:innen, medizinisches Fachpersonal (vor allem Hausärzt:innen, Geriater:innen, weitere Spezialist:innen)
DEGAM 2017 [15]	Dtl.	Leitlinie	Patient:innen mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen	Hausärztliche Versorgung	Patient:innen, Hausärzt:innen
AGS 2012 [33]	USA	Versorgungsprinzipien	Ältere Patient:innen mit mehreren chronischen Erkrankungen	Primär- und Sekundärversorgung	Kliniker:innen, Wissenschaftler:innen, Mitarbeiter:innen des öffentlichen Gesundheitswesens, Kostenträger, politische Entscheidungsträger, interessierte Öffentlichkeit
Muth et al. 2014 [34]	USA, Kanada & Europa	Versorgungsprinzipien	Patient:innen mit mehreren chronischen Erkrankungen	Hausärztliche Versorgung	Hausärzt:innen, Wissenschaftler:innen, medizinische Aus- und Weiterbildung
Palmer et al. 2018 [35]	EU	Arbeitsmodell zur Versorgungsqualität	Patient:innen mit mehreren chronischen Erkrankungen	Europäische Gesundheitssysteme	Politische Entscheidungsträger, Leistungserbringer
NICE 2017 [17]	UK	Qualitätsstandards	Patient:innen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen	Primär- und Sekundärversorgung	Leistungserbringende, medizinisches Fachpersonal, Patient:innen
NQF 2012 [36]	USA	Versorgungsprinzipien und Bereiche mit hoher Priorität für die Qualitätsmessung	Erwachsene mit zwei oder mehr Erkrankungen, die sich negativ auf den Gesundheitszustand, die Funktion oder die Lebensqualität auswirken und die das Krankheitsmanagement, die Entscheidungsfindung oder Koordination der Gesundheitsversorgung erschweren	Alle Versorgungsebenen	Leistungserbringende, medizinisches Fachpersonal, Versicherungen, Qualitätsmanagement, Verbraucher:innen, Wissenschaftler:innen
Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions 2012 [19]	USA	Outcomebezogene Messinstrumente	Ältere Patient:innen mit mehreren chronischen Erkrankungen	Alle Versorgungsebenen	Wissenschaftler:innen, politische Entscheidungsträger, Praktiker:innen

b) Fokusgruppen

Im UKE wurden drei Fokusgruppen mit Patient:innen und eine Angehörigenfokusgruppe durchgeführt, während im UKHD fünf Patient:innen- und zwei Angehörigengruppen stattfanden. Insgesamt nahmen 47 Patient:innen im Alter von 65 bis 84 Jahren sowie neun Angehörige zwischen 49 und 78 Jahren (davon fünf als Partner:innen und vier als Kinder von betroffenen Patient:innen) teil. 32 Teilnehmer:innen waren weiblich, 24 männlich. 29 der teilnehmenden Patient:innen waren weiblich und 18 männlich, unter der teilnehmenden Angehörigen waren sechs Personen männlich und drei weiblich. Neun angemeldete Personen nahmen nicht an den Fokusgruppen teil, wobei drei Personen als Grund akute gesundheitliche Beschwerden und sechs Personen organisatorische/terminliche Schwierigkeiten anführten.

In der inhaltsanalytischen Auswertung konnten vier neue, bisher nicht in Leitlinien oder klinischen Standards genannte Qualitätsaspekte identifiziert werden:

- Patient:innenschulung und Selbstmanagement

Patient:innen ordnen Informationen zu Schulungsmöglichkeiten und Selbstmanagementstrategien als sehr relevant für die Qualität der Versorgung ein. Jene Teilnehmer:innen, die zu gesundheitsbezogenen Kompetenzen geschult wurden, nutzen diese Kompetenzen zur Bewältigung alltäglichen Krankheitsmanagements.

- Aktueller Medikationsplan

Viele Patient:innen hatten (wie gesetzlich vorgesehen) einen Medikationsplan und stufen dessen Aktualität als wichtigen Qualitätsaspekt ein, insbesondere wenn die Anzahl der eingenommenen Medikamente hoch ist oder es verschiedene verschreibende Ärzt:innen gibt. Einige Patient:innen berichteten, für den Notfall stets eine Kopie des Medikationsplan mit sich zu führen. Diskutiert wurde auch, dass die Speicherung des Medikationsplans auf der Krankenversicherungskarte für Notfälle hilfreich sein könnte.

- Hausärztliche Koordination der Gesundheitsversorgung

In den Fokusgruppen wurde geäußert, dass es geschätzt wird, wenn Hausärzt:innen die Koordinations- bzw. Lotsenfunktion innehaben. Diese soll beispielsweise gezielte Überweisungen, Dokumentation/Zusammenlaufen aller Berichte bei dem/der Hausärzt:in, Einbettung der hausärztlichen Behandlungsmaßnahmen in ein Netzwerk von fachspezialisierten Behandler:innen und die Planung von Präventionsmaßnahmen umfassen.

- Regelmäßige Kontrollen/Check-ups

Multimorbide Patient:innen befürworten regelmäßige Kontrolluntersuchungen und Check-ups, teilweise über das gesetzlich vorgesehene Maß hinaus. Diese regelmäßigen Abläufe sind ihnen oft aus Disease Management-Programmen bekannt und werden geschätzt. Aus Sicht der Befragten können diese regelmäßigen Check-Ups dazu dienen potentielle Verschlechterungen des Gesundheitszustandes frühzeitig zu erkennen.

Diese neuen Qualitätsaspekte wurden dem Expert:innenpanel vorgestellt und anschließend im nominalen Gruppenprozess bewertet, diskutiert, weiter operationalisiert und selektiert. Eine ausführliche Darstellung der Fokusgruppen-Ergebnisse in Bezug auf die QI findet sich in Pohontsch et al. (2021).

c) Operationalisierung von Qualitätsindikatoren

Basierend auf den Resultaten der Literaturrecherche wurden sechs Qualitätsindikatoren übernommen und Qualitätsaspekte aus 87 Leitlinien-/Handlungsempfehlungen und den Ergebnissen der Fokusgruppen abgeleitet. Von den aus Leitlinienempfehlungen abgeleiteten

Qualitätsaspekten wurden 33 aufgrund ihrer mangelnden Eignung für die Qualitätsbewertung ausgeschlossen, da sie entweder auf inhärente Prinzipien des klinischen Handelns abzielten, im deutschen Gesundheitssystem nicht anwendbar waren oder sich auf spezialistische Aspekte der Versorgung bezogen. Von den verbliebenen Qualitätsaspekten ausgehend wurden Vorschläge für Qualitätsindikatoren operationalisiert, die nach einer Bereinigung von Überschneidungen in einer Liste von 47 Indikatoren-Vorschlägen auf Basis wissenschaftlicher Literatur und vier auf Basis der Fokusgruppenergebnisse resultierten. Auf Grundlage dieses iterativen Prozesses entwickelten wir ein Messmodell für die Bewertung der Versorgungsqualität bei älteren Patient:innen mit Multimorbidität. Zu diesem Zweck ordneten wir die identifizierten Qualitätsaspekte 13 verschiedenen Kategorien der Versorgung zu, wie z.B. Fortbildung oder Information und Entscheidungsfindung. Die identifizierten Kategorien wurden in drei Versorgungsebenen eingeteilt: patient:innennahe Parameter, Ärzt:innen-Patient:innen-Kommunikation (A-P-Kommunikation) und Kontext & Strukturen, um die Beziehungen zwischen den angestrebten Versorgungsaspekten zu veranschaulichen. Unstimmigkeiten wurden innerhalb der Arbeitsgruppe diskutiert, bis ein Konsens erzielt wurde. Durch die Verwendung dieses Modells als Rahmen wollten wir sicherstellen, dass der endgültige Indikatorensatz die Kernkomponenten der Versorgungsqualität abdeckt. Der vorgeschlagene Rahmen kann zur Veranschaulichung und Strukturierung der Qualitätsmessung für diese Zielgruppe verwendet werden und zeigt auf, für welche Bereiche Qualitätsindikatoren verfügbar sind [37]. Abbildung 3 fasst die identifizierten Qualitätsaspekte für die verschiedenen Versorgungsbereiche in Form eines Messmodells zusammen.

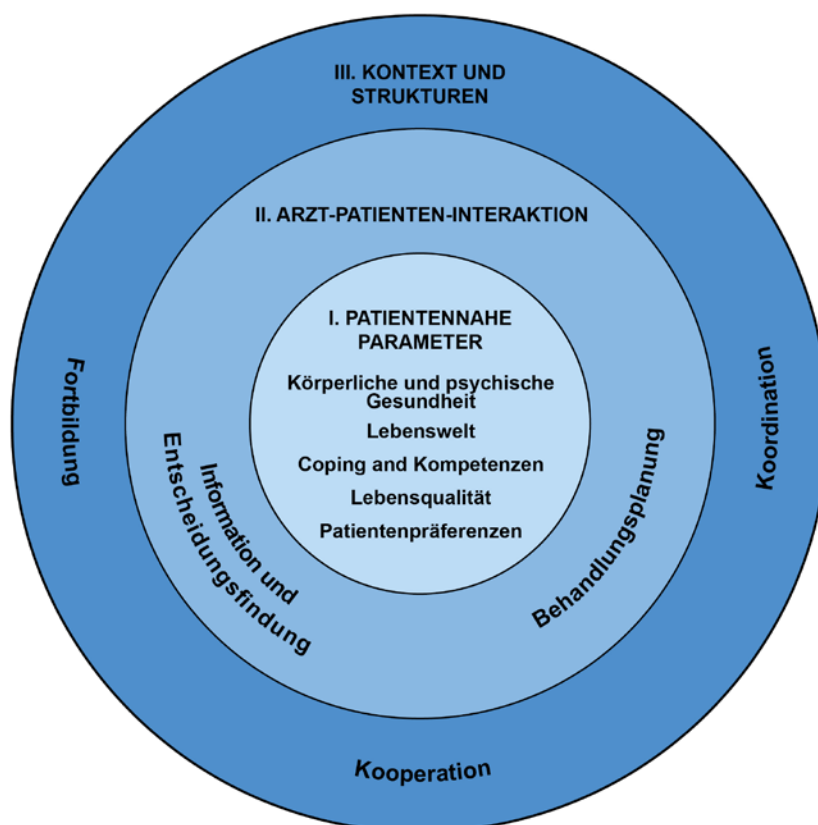


Abbildung 3 Modell der Versorgungsqualität bei Multimorbidität

Für einige Qualitätsaspekte konnten mehrere Qualitätsindikatoren sinnvoll operationalisiert werden, z.B. in Form von Prozess- und Ergebnisqualität. Ein Beispiel hierfür ist die

Operationalisierung zweier Indikatoren für das Konstrukt Treatment Burden: „Erfassen der Belastung durch die Behandlungen“ und „Erhöhte Belastung durch die Behandlungen“. In diesen Fällen wurden beide Indikatorenvorschläge in das Konsensusverfahren hineingegeben und durch die Expert:innen bewertet. Anhand des Messmodells ließen sich die Indikatoren zu Themen und Versorgungskategorien zuordnen, sodass das Verfahren ermöglichte, Überlappungen in der Diskussion zu berücksichtigen und bei der Konsentierung jeweils den am besten geeigneten Vorschlag zu übernehmen.

Arbeitspaket 2: Validierung der Qualitätsindikatoren

a) Zweistufiges Konsensusverfahren

Für das Expert:innenpanel konnten 23 Vertreter:innen rekrutiert werden, wobei vier Personen aus Zeitgründen nicht an der persönlichen Konsentierung teilnehmen konnten. In Abbildung 4 ist die Zusammensetzung der Stakeholdergruppen dargestellt.

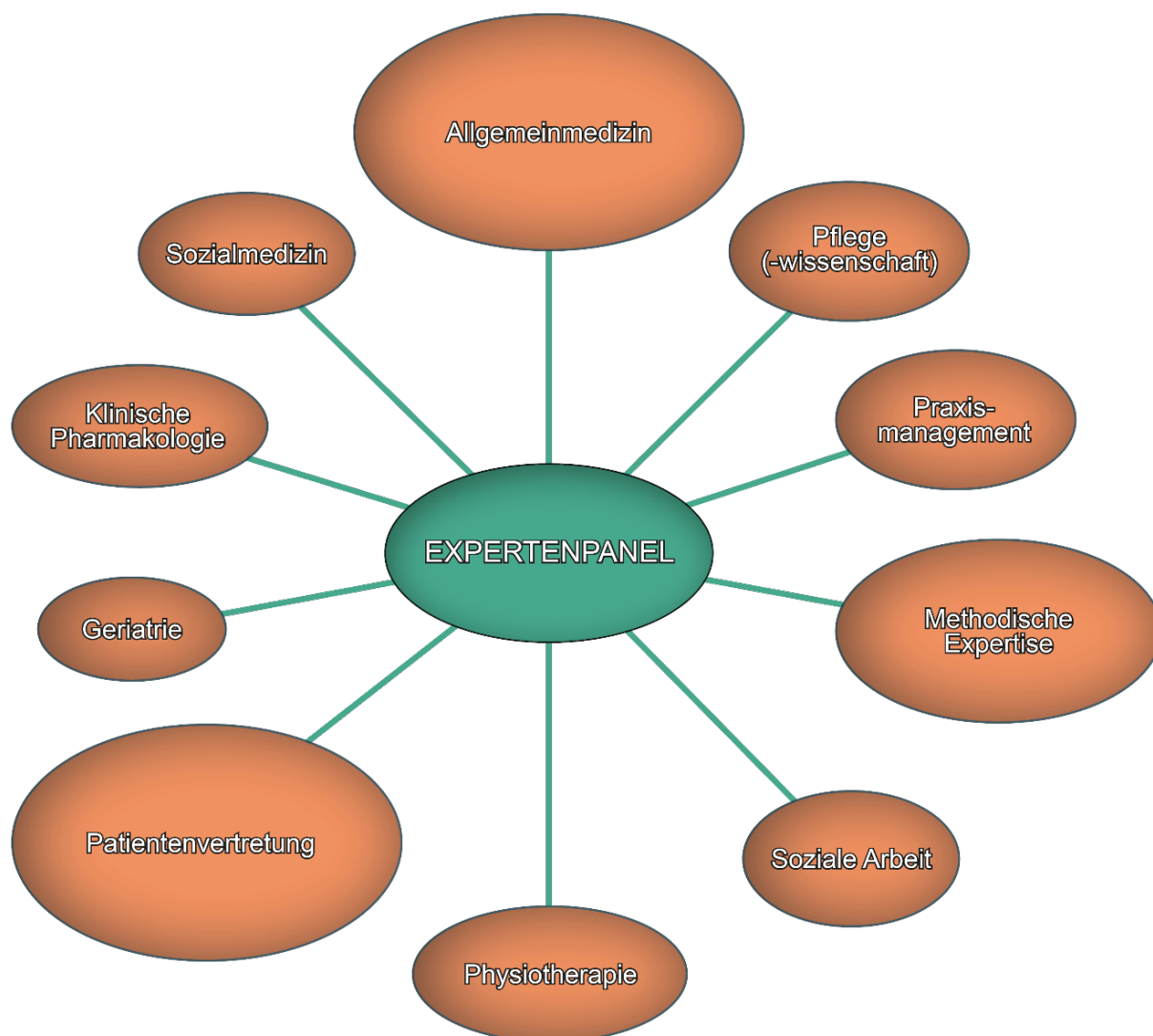


Abbildung 4 Zusammensetzung des Expert:innenpanels (n=23)

Anm.: Größe der Ovale visualisiert Gruppengröße

Folgende Tabelle stellt die Ergebnisse des Online-Ratings dar:

Tabelle 6 Ergebnisse des Online-Ratings

Versorgungsbereiche	Positive Bewertung	Negative Bewertung	Gemischte Bewertung – erhöhter Diskussionsbedarf
Patient:innennahe Parameter	8	4	8
A-P-Kommunikation	13	-	6
Kontext & Strukturen	3	2	7
Insgesamt	24	6	21

Nach der ersten Stufe erfüllten 24 Indikatoren die Kriterien für die Aufnahme, während 21 an der Grenze zum Cut-off lagen und sechs abgelehnt wurden. Kommentierungen der Indikatoren wurden durch die Projektgruppe diskutiert und z.T. für die Überarbeitung der Indikatoren empfohlen. Relevante Kommentare, die nicht direkt übertragen werden konnten, wurden für die spätere Diskussion aufbereitet.

Im persönlichen Treffen des Expert:innenpanels am 1. Februar 2019 wurden 19 Indikatoren konsentiert und für sechs Indikatoren redaktionelle Überarbeitungen vorgeschlagen. Insgesamt wurden 25 Qualitätsindikatoren in das vorläufige Set aufgenommen. Sämtliche Indikatoren-Vorschläge sowie deren Bewertung durch das Panel sind in Anlage 10 aufgeführt.

b) Querschnittliche Datenerhebung mit Patient:innen- und Hausärzt:innen-Befragung

Rekrutierung und Beschreibung der Stichprobe

In den Studienzentren konnten 35 Hausärzt:innen für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Diese screeneten durchschnittlich 90 Patient:innen aus ihrer Praxisklientel, von denen ca. 39.2% die Kriterien zur Studienteilnahme erfüllten. Bei einer Rücklaufquote von 30.6% konnten insgesamt 346 Patient:innen eingeschlossen werden. Abbildung 5 illustriert den Verlauf der Rekrutierung. Nachfolgend wird die befragte Stichprobe detailliert beschrieben.

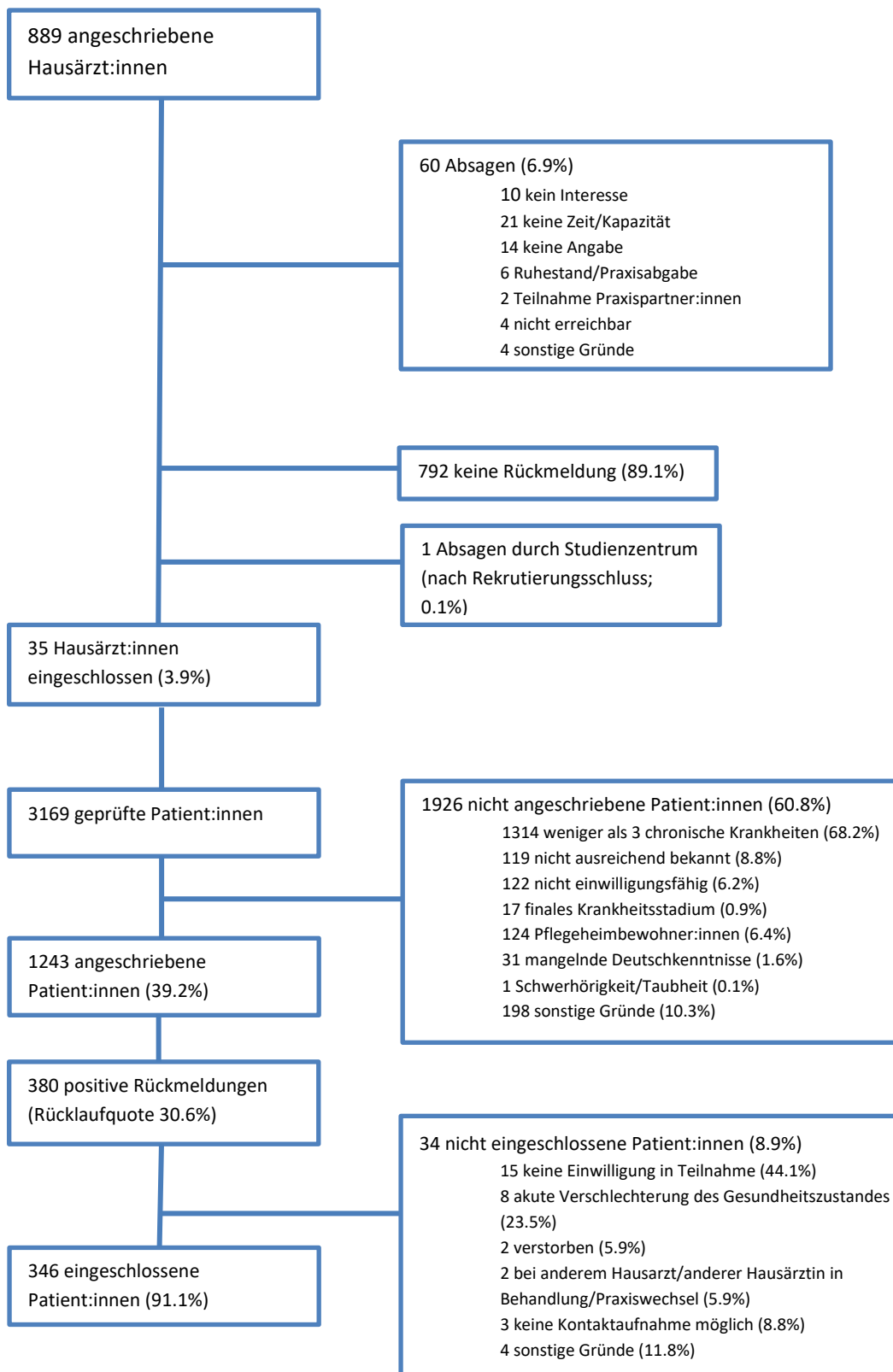


Abbildung 5 Rekrutierungsverlauf

Tabelle 7 Beschreibung der Patient:innenstichprobe

Patient:innen	n = 346
Alter	
65-69	56 (16.2%)
70-74	71 (20.5%)
75-79	74 (21.4%)
80-84	87 (21.5%)
≥ 85	58 (16.8%)
Anzahl der chronischen Krankheiten	
≤ 4	36 (10.4%)
5-7	80 (23.1%)
8-10	88 (25.4%)
11-13	78 (22.5%)
≥ 14	64 (18.5%)
Anzahl der eingenommenen Medikamente	
≤ 4	94 (27.2%)
5-7	111 (32.1%)
8-10	80 (23.1%)
11-13	50 (14.5%)
≥ 14	11 (3.2%)
Geschlecht	
weiblich	191 (55.2%)
männlich	155 (44.8%)
Familienstand	
ledig	23 (6.6%)
verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft	189 (54.6%)
geschieden/Lebenspartnerschaft aufgehoben	34 (9.8%)
verwitwet	100 (28.9%)
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss^a	
keinen Schulabschluss	2 (0.6%)
Abschluss an Hauptschule/Volksschule	196 (56.8%)
Mittlere Reife/Abschluss an Realschule oder POS	83 (24.1%)
Fachhochschulreife	17 (4.9%)
Abitur	44 (12.8%)
anderen Schulabschluss	3 (0.9%)
Muttersprache^b	
Deutsch	340 (98.3%)
Andere	7 (2.0%)
Pflegebedürftigkeit	
ja	78 (22.5%)
nein	268 (77.5%)

^a n = 345; ^b Mehrfachnennung möglich

Tabelle 8 Beschreibung der Hausärzt:innenstichprobe

Hausärzt:innen	n = 35
Alter: MW (\pm SD)	55.8 (\pm 8.8)
Berufserfahrung in Jahren: MW (\pm SD)	18.5 (\pm 9.2)
Geschlecht: n (%)	
weiblich	19 (54.3%)
männlich	16 (45.7%)
Behandlungsfälle pro Quartal*: n (%)	
< 750	6 (17.6%)
750 – 999	8 (23.5%)
> 1.000	20 (58.8%)
Form der Praxisausübung: n (%)	
Einzelpraxis	20 (57.1%)
Gemeinschaftspraxis/BAG	11 (31.4%)
Praxisgemeinschaft	2 (5.7%)
MVZ	2 (5.7%)

* n = 34

Die Größe der Praxiscluster lag bei durchschnittlich 9.89 ± 6.18 bei einer Spannweite von 2 bis 36 teilnehmenden Patient:innen pro Praxis. Die meisten Patient:innen suchten ihre:n Hausärzt:in zweimal in den vergangenen drei Monaten auf. 72.3% der befragten Patient:innen gaben an, ihren Hausarzt/ihre Hausärztin uneingeschränkt weiterempfehlen zu können. 44.6% der Stichprobe nahmen an einem Disease Management Programm teil. 38 Patient:innen berichteten, in den vergangenen zwölf Monaten medizinische Notfallversorgung in Anspruch genommen zu haben. Durchschnittlich wurden sieben Medikamente eingenommen. Die selbstberichtete Medikamentenadhärenz ist mit $M = 24.0$ als relativ hoch und mit bisherigen Studienergebnissen in Populationen mit chronischen kranken Personen vergleichbar [38].

Es zeigte sich, dass 60.1% der eingeschlossenen Patient:innen an chronischen Schmerzen litten. Insgesamt 11.7% erlebten hochgradige Einschränkungen aufgrund einer Schmerzsymptomatik. 11.5% der befragten Patient:innen wiesen mäßig oder stark erhöhte Werte auf der Depressionsskala gemäß 4DBL [39] auf. Nach ihrem subjektiven Gesundheitszustand befragt, ordneten sich die Patient:innen bei durchschnittlichen 63 Punkten auf einer Skala von 0 bis 100 ein. Die Anzahl der Komorbiditäten korrelierte signifikant negativ mit dem subjektiven Gesundheitszustand ($r = -.47$, $p < 0.001$). Ebenso zeigte sich, die erlebte Belastung durch Behandlungen negativ mit dem subjektiven Gesundheitszustand zusammenhing ($r = -.33$, $p < 0.001$). Die Mehrheit der Patient:innen (60.7 %) schätzten sich selbst als sehr aktiviert nach dem PAM [40] ein, das heißt sie sehen sich selbst in der Lage ihre Gesundheit zu managen.

Performance der Indikatoren in der Stichprobe

Die in der untersuchten Stichprobe ermittelten Kennzahlen und Messeigenschaften der Indikatoren sind in Tabelle 9 dargestellt. Die Angaben zur Berechnung der Indikatoren (Zähler, Nenner, Bezugszeitraum, Datenquelle) sowie die Kennwerte aus der MULTlqual-Studie werden ausführlich im Indikatorenmanual dargestellt (siehe Anlage 11).

Tabelle 13 Kennzahlen der Qualitätsindikatoren in hausärztlicher Stichprobe

Qualitätsindikator	n	Erfüllungsgrad ^a MW ± SD	Praxisbezogene Verteilung der Erfüllungsgrade			Machbarkeit		Notwendigkeit von Risiko- adjustierung
			Spannweite (in %)	Bodeneffekte (in %)	Deckeneffekte (in %)	Vollständigkeit der Daten (in %)	Dokumentations- rate (in %)	
Depressions-Screening	266	.132 ± .339	0-100	65.7	2.9	92.0	74.3	Ja ^d
Gezieltes Erfassen von Schmerzen	324	.624 ± .485	0-100	2.9	20.0	93.6	69.8	Ja ^e
Überprüfung des Schmerzmanagements	203	.670 ± .471	0-100	26.5	20.6	96.5	65.4	Nein
Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs	320	.191 ± .393	0-88.2	55.9	2.9	92.5	41.0	Ja ^f
Einschätzen der subjektiven Lebensqualität	321	.801 ± .400	0-100	5.7	37.1	92.8	60.3	Ja ^e
Erfassen der Symptomlast	333	.147 ± .355	0-100	74.3	2.9	96.2	100	Ja ^e
<i>Einschätzung des biopsychosozialen Unterstützungsbedarfs nach ICF^b</i>	328	.000	-	100	0	94.8	kA	NA
Ermitteln von Patient:innenpräferenzen	323	.461 ± .499	0-100	17.6	5.9	93.4	69.1	Nein
Einbeziehen von Bezugspersonen	317	.338 ± .474	0-100	47.1	5.9	91.6	67.3	Ja ^f
Patient:innenschulungen und Selbstmanagement	325	.409 ± .492	0-100	8.6	2.9	93.9	Pat.-Befragung	Nein
<i>Identifikation von multimorbiden Patient:innen^b</i>	345	.180 ± .385	0-100	80.0	5.7	99.7	100	Nein
<i>Informationen zur Medikation^b</i>	333	.988 ± .109	33.3-100	0.0	97.1	98.5	kA	Nein
Informationen über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen	318	.890 ± .313	0-100	2.9	57.1	91.9	59.0	Nein
Partizipative Entscheidungsfindung	330	.745 ± .436	0-100	2.9	28.6	95.4	Pat.-Befragung	Nein
Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen	313	.486 ± .501	0-100	17.1	8.6	90.5	73.0	Nein
Schriftlicher Behandlungsplan	330	.091 ± .288	0-45.7	82.9	0.0	95.4	100	Nein

Akronym: MULTiQual

Förderkennzeichen: 01VFS16058

Medikamentenreview	295	.390 ± .489	0-100	55.9	17.6	87.3	62.3	Nein
Aktueller Medikationsplan	300	.523 ± .500	0-100	14.3	22.9	97.1	100	Nein
Überprüfung der Therapie-Adhärenz	313	.470 ± .500	0-100	32.4	11.8	90.5	50.3	Nein
Erhebung der Belastung durch die Behandlungen	308	.750 ± .434	0-100	2.9	37.1	89.0	56.3	Ja ^e
Umfassende Versorgungsdokumentation	344	.814 ± .390	16.7-100	0.0	57.1	99.4	100	Nein
Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination	333	.288 ± .454	0-100	65.7	11.4	96.2	82.3	Ja ^e
Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen ^c	34	.382 ± .493	-	-	-	97.1	100	kA
Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität ^c – a) Ärzt:innen b) nichtärztliches Personal	33	.606 ± .496	-	-	-	94.3	100	kA
	35	.714 ± .458	-	-	-	100	100	kA

Anmerkungen

Tabelle 9 bezieht sich auf die Ergebnisse der Ärzt:innen- und Patient:innenbefragung. kA = keine Angabe; ^a(Zähler/Nenner); ^baus finalem Indikatorenset ausgeschlossen; ^causschließlich über Ärzt:innenbefragung erhoben; ^dKorrektur für Geschlecht erforderlich; ^eKorrektur für Anzahl der Komorbiditäten erforderlich; ^fKorrektur für Pflegebedürftigkeit erforderlich.

Aufgrund der ausgeprägten Deckeneffekte und der bereits jetzt sehr hohen Erfüllungsquote für den Indikator „Informationen zur Medikation“ wurde dieser aus dem finalen Indikatorenset ausgeschlossen. Auch für „Informationen über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen“ waren hohe Erfüllungsquoten zu verzeichnen. Allerdings wurden hierfür drei Leistungserbringer mit Erfüllungsgraden unter 60 % als statistische Ausreißer identifiziert, weshalb dieser Indikator beibehalten wurde. Die Spannweite zwischen der niedrigsten und der höchsten praxisbezogenen Erfüllungsquote lag bei allen Indikatoren über 20 %, außer für die „Einschätzung des biopsychosozialen Unterstützungsbedarfs nach ICF“. Diese wurde für keine:n Patient:in umgesetzt, obwohl 30.7 % der Hausärzt:innen angaben, die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ zu kennen. Ein allgemeines Assessment des psychosozialen Unterstützungsbedarfs wurde zwar für 56.6 % aller Patienten durchgeführt, eignet sich aufgrund der geringen Spezifität jedoch nicht zur Operationalisierung eines Indikators. Daher wurde dieser Indikator ebenfalls verworfen. Nur drei Hausärzt:innen berichteten, dass sie eine Funktion ihres Praxisverwaltungssystem zur „Kennzeichnung von Multimorbidität“ nutzen, während der Großteil der Hausärzt:innen diese Möglichkeit nicht hatten bzw. kannten. Da es sich hierbei um ein strukturelles Problem im Hinblick auf die Vielzahl der Softwarelösungen zu handeln scheint, das auf Ebene der Leistungserbringer kaum steuerbar ist, wurde auch dieser Indikator verworfen.

Die Vollständigkeit der Daten war für alle Indikatoren zufriedenstellend (87.3 – 100%), jedoch variierten die Dokumentationsraten bei durchschnittlich 79.3% erheblich zwischen den jeweiligen Indikatoren. Aufgrund der Struktur der Stichprobe konnte die Notwendigkeit zur Risikoadjustierung nur für Prozess- und Ergebnisindikatoren ermittelt werden. Eine Adjustierung für die Faktoren Anzahl der Diagnosen, Pflegebedürftigkeit und/oder Geschlecht ist für folgende Indikatoren notwendig: Depressions-Screening, Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs, Einbeziehen von Bezugspersonen, Beurteilung von Schmerzen, Lebensqualität, Symptombelastung und Behandlungslast sowie für die Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination. Die Verteilungsmuster aller anderen Indikatoren zeigten keine signifikanten Auffälligkeiten hinsichtlich des Case Mix für die untersuchten Charakteristika. Insgesamt wurden auf Grundlage dieser Ergebnisse drei Indikatoren (s.o.) aus dem finalen Indikatorenset ausgeschlossen, da sie entweder ein geringes Potential hatten, um weitere Verbesserungen anzuzeigen, oder noch unzureichend in der Regelversorgung umsetzbar erschienen.

Der Indikator „Partizipative Entscheidungsfindung“ reflektiert den Anteil jener Patient:innen, die angeben, immer in die Entscheidungsfindung einbezogen worden zu sein. Dieser Indikator ist dem Bereich der Ergebnisqualität zuzuordnen und wurde daher hinsichtlich der konvergenten Validität betrachtet. Die Erfüllung des Indikators war mit höherer Patient:innenzufriedenheit ($U = 6577.5$, $p = .000$, $r = .315$), besserem subjektiven Gesundheitszustand ($r = .204$, $p = .000$), weniger Belastung durch Behandlungen ($U = 7702.5$, $p = .001$, $r = .178$) sowie einer höheren Patient:innenaktivierung assoziiert ($U = 6797.0$, $p = .000$, $r = .255$), was die Konstruktvalidität bestätigt.

Potential der Indikatoren Optimierungsbedarf anzuzeigen

Insbesondere die Erfüllungsquoten für die Indikatoren „Schriftlicher Behandlungsplan“, „Depressions-Screening“ und „Erfassen der Symptomlast“ zeigen deutlichen Verbesserungsbedarf an, wobei der optimale Zielerreichungsgrad noch zu bestimmen ist.

Darüber hinaus wurde das Potential der Indikatoren untersucht, um ungedeckte Bedarfe zu erkennen. Im Vergleich von Hausärzt:innen- und Patient:innenangaben zeigte sich, dass sich bei 15 von 51 Patient:innen mit selbstberichteter Depression (29%) diese Diagnose nicht in der hausärztlichen Codierung widerspiegelte. Unterschiedliche Angaben hinsichtlich Erkrankungen sind in multimorbiden Stichproben häufig zu finden und haben vielfältige Gründe [41]. 11 von 14 Patient:innen mit subjektiver hoher Belastung durch Depressionen, die nicht durch ihre behandelnden Hausärzt:innen entsprechend codiert wurden, erhielten kein

Depressions-Screening. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass das Potential von Screenings hierfür nicht ausgeschöpft ist.

Bei 35 von 102 Patient:innen mit hoher Schmerzintensität bzw. schmerzbedingten Einschränkungen wurde dieser Behandlungsbedarf nicht durch die Hausärzt:innen identifiziert. Bei 14 Patient:innen von 32 Patient:innen aus dieser Gruppe mit vollständigen Indikatordaten fand in den drei Monaten zuvor kein gezieltes Schmerzassessment statt, wovon vier auch in einem Zwölf-Monats-Zeitraum kein Schmerzassessment erhalten hatten. Hier zeigt sich das Potential des Indikators „Gezieltes Erfassen von Schmerzen“ zur Detektion ungedeckten Bedarfs.

In der untersuchten Stichprobe gaben 21.9 % der Patient:innen an, dass finanzielle Probleme in ihrer Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen; 7.6% erlebten dies sogar als besondere Schwierigkeit. Jedoch wurden nur mit acht von 63 Personen mit finanziellen Schwierigkeiten Unterstützungsmöglichkeiten besprochen. Von 74 Patient:innen, deren finanzieller Unterstützungsbedarf nicht identifiziert wurde, wurde nur bei sechs Patient:innen ein möglicher Bedarf entsprechend des Qualitätsziel des Indikators im Gespräch thematisiert. Auch dieser Indikator zeigt einen Optimierungsbedarf an.

Schlussfolgerungen & Diskussion

Im MULTlqual-Projekt wurde ein Set aus 22 Qualitätsindikatoren entwickelt, das die Qualität der Versorgung älterer multimorbider Patient:innen abbildet. Dabei kam ein Mixed-Methods-Ansatz zum Einsatz, durch den die verfügbare wissenschaftliche Evidenz mit breitgefächerter Stakeholder-Expertise zusammengeführt wurde. Das MULTlqual-Projekt stellt eine der ersten Studien dar, die sich mit der systematischen Beschreibung der Versorgungssituation von Patienten mit Multimorbidität auf der Basis validierter Indikatoren auseinandersetzt. Das entwickelte Indikatorenset kann die Grundlage für die Implementierung einheitlicher Behandlungsstandards für Multimorbidität im deutschen Gesundheitssystem bieten. Es stellt somit eine Alternative zur Kombination von, für multimorbide Patienten fraglich validen, krankheitsbezogenen Messinstrumenten dar. In den Indikatoren spiegeln sich die Prinzipien patient:innenzentrierter Versorgung wider, die in der Behandlung dieser Zielgruppe als Maxime gilt. Im finalen Indikatorenset sind hauptsächlich Prozessindikatoren enthalten, was sich mit der Heterogenität der Zielgruppe und damit möglichen Einflussfaktoren auf Outcomes begründen lässt. Der einzige Indikator zur Ergebnisqualität bezieht sich auf Partizipative Entscheidungsfindung. Drei Indikatoren sind der Strukturqualität zuzuordnen und beziehen auf Fortbildungsmaßnahmen und einen Einrichtungsstandard zur Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Limitationen unserer Arbeit bestehen in der eingeschlossenen Literatur, die sich ausschließlich auf publizierte Qualitätsindikatoren, Leitlinien und andere Guidance-Dokumente stützte. Es erfolgte keine Sichtung der Primärliteratur. Zudem wurde bei der Recherche auf die Suche nach Publikationen zur Kombination von Indexerkrankungen mit bestehenden Komorbiditäten verzichtet. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Leitlinien-Dokumente einen wesentlichen Teil der Primärliteratur bereits rezipierten. Insgesamt zeigte sich deutlich ab, dass die bisherige Forschung zu Multimorbidität weitgehend deskriptiv ist, während es nur wenig Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen gibt. Bei der Rekrutierung von Patient:innen für die Teilnahme an Fokusgruppen konnten nur jene mitmachen, die ausreichend mobil waren, um zum Studienzentrum zu gelangen. In beiden Teilstudien wurden Pflegeheimbewohner:innen, Demenzpatient:innen und Personen ohne ausreichende Deutschkenntnisse ausgeschlossen, obwohl diese einen signifikanten Anteil der multimorbiden Personengruppe ausmachen. Ebenfalls gilt, dass geeignete Patient:innen zwar direkt zur Studienteilnahme eingeladen wurden, allerdings potentiell nur jene teilnahmen, die sich selbst als Personen mit mehreren Erkrankungen einordneten. Wurden bestehende Diagnosen nur unzureichend kommuniziert oder lag der Fokus auf einer Indexerkrankung, ist

von einer Tendenz zur Nicht-Teilnahme auszugehen. Insbesondere in der quantitativen Datenerhebung stellte sich mit durchschnittlich zehn verschiedenen Diagnosen eine verhältnismäßig stark belastete Stichprobe dar. Bei den teilnehmenden Hausarztpraxen ist davon auszugehen, dass besonders Ärzt:innen mit hohem Interesse für das Thema und starker Eigenmotivationen rekrutiert werden konnten. Weiterhin wurde die Studie nur von zwei Studienzentren aus durchgeführt, die über eine gute medizinische Infrastruktur verfügen. Die Ergebnisse können daher nicht uneingeschränkt auf Bereiche mit bestehender Unterversorgung übertragen werden. Aufgrund von Datenschutzbestimmungen war es nicht möglich, die Interrater-Reliabilität der Indikatoren zu prüfen. Dies stellt eine methodische Herausforderung bei der Beurteilung von Indikatoren in der ambulanten Versorgung dar, die nicht anhand von Routinedaten abgebildet werden können.

Die Interraterreliabilität hätte für den Großteil der Qualitätsindikatoren nur durch eine Prüfung der Dokumentation in den Patient:innenakten zu den in den Indikatoren beschriebenen Qualitätsaspekten durch unabhängige Prüfer:innen berechnet werden können. Die Einsichtnahme in die eigene Praxisdokumentation mit dem Ziel des Qualitätsmanagements ist Praxismitarbeiter:innen entsprechend der jeweiligen Datenschutzbestimmungen gestattet, für eine externe Prüfung der Dokumentation bestehen jedoch zahlreiche Hindernisse. Zum einen hätten die Datenschutzbestimmungen der einzelnen Praxen auf die Möglichkeit einer externen Dokumentationsprüfung hin untersucht werden und die Verarbeitungsverzeichnisse entsprechend angepasst werden müssen. Für die Offenlegung der Dokumentation hätte es einer umfassenden Schweigepflichtentbindung bedurft. Zum anderen hätte sichergestellt werden müssen, dass die Dokumentation keine Auskunft über andere Patient:innen als die untersuchten offenlegt. Vor diesen Problemen stehen viele Vorhaben zur Erprobung von Qualitätsindikatoren im ambulanten Setting. Dies bedeutet, dass nach der wissenschaftlichen Entwicklung und Anwendung von Indikatoren auch eine fortlaufende Evaluierung der Implementierung in das eigene Qualitätsmanagement erfolgen muss. Es muss jedoch auch die Zielstellung der Nutzung der Indikatoren beachtet werden. Für die Anwendung im Bereich des internen Qualitätsmanagements ist nicht ausschlaggebend, ob mehrere Rater:innen möglichst hoch bei der Erfassung der Indikatordaten übereinstimmen, sondern ob der/die Qualitätsmanagementbeauftragte:r in der Praxis die jeweiligen Informationen eindeutig erfassen kann. Daher bewerten wir den Verzicht auf die Berechnung der Interraterreliabilität für die Bewertung der Indikatoren als weniger bedeutsam, als dies im stationären Setting oder bei der Verwendung für Pay-for-Performance-Modelle der Fall wäre.

Der Einsatz von Fokusgruppen erwies sich im MULTlqual-Projekt als sehr geeignet und zielführend, um patient:innennahe und -relevante Qualitätsaspekte zu identifizieren und diskutieren. Das Einbeziehen von Angehörigen ergab zusätzliche Impulse, um mögliche Versorgungspfade und -themen zu erschließen. Die Befragung von Teilnehmer:innen mit unterschiedlichen Morbiditätskombinationen aus strukturell verschiedenen Regionen Deutschlands sowie die Integration der Angehörigenperspektive erlaubt eine gewisse Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

In den Angehörigenfokusgruppen erschien es für Teilnehmer:innen teilweise sehr schwierig, sich ausschließlich auf ihre Rolle als Angehörige zu konzentrieren. Viele Teilnehmer:innen verwiesen auf eigene Versorgungserfahrungen und waren selbst von Multimorbidität betroffen. Dies spiegelt die Alltagsrealität vor allem in älteren Populationen wider, bei denen die Prävalenz von Multimorbidität zunimmt.

Insgesamt zeigte sich, dass die Kombination von Fokusgruppen mit Betroffenen und Patientenvertreter:innen als Stakeholder im Expert:innenpanel ein effizientes Tool zur Implementierung der Patient:innenperspektive in der Indikatorenentwicklung ist. Sie stellt eine gute Ergänzung zu den traditionellen Methoden der Indikatorenentwicklung dar. Die Aussagen von Patient:innen und ihren Angehörigen können über die Relevanz bereits identifizierter Qualitätsaspekte für diese Zielgruppe Aufschluss geben und gleichzeitig neue Themen erschließen.

Die Ergebnisse der Anwendungsstudie weisen auf Herausforderungen hin, welche die Indikatorenerfassung unter Alltagsbedingungen erschweren. Für einen Großteil der Indikatoren wird die Durchführung der zu messenden Qualitätsmerkmale nur unzureichend dokumentiert. Des Weiteren nutzen nur wenige Hausärzt:innen bisher die Möglichkeit, vorliegende Multimorbidität in ihrem Praxisverwaltungssystem zu kennzeichnen. Diese Faktoren stellen Hindernisse für eine routinemäßige Ermittlung von Zähler und Nenner der Indikatoren dar.

Die Indikatoren beziehen sich durch die offene Formulierung explizit nicht nur auf die ärztlichen Tätigkeiten. Viele der in den Indikatoren beschriebenen Tätigkeiten entsprechen delegierbaren Leistungen und können teilweise durch nichtärztliche Praxisassistent:innen oder Versorgungsassistent:innen übernommen werden. Es besteht beispielsweise die Möglichkeit, die Symptomlast, Depressivität und weitere Faktoren in einem standardisierten Fragebogen zu erfassen, der im Rahmen der Delegation der ärztlichen Leistung mit Patient:innen durchgearbeitet werden kann und durch die Ärztin/den jeweiligen Arzt überprüft und bewertet wird. Nichtärztliche Assistent:innen können eine Information über verschiedene Therapieoptionen vorbereiten, indem sie Materialien austeilen. Die umfassende Dokumentation der Versorgung, bei der idealerweise alle Berichte der beteiligten Leistungserbringer vorliegen und Behandlungs- und Medikationspläne aktuell vorliegen, wird regelhaft durch nicht-ärztliche Praxismitarbeiter:innen unterstützt. Es wird daher immer die gemeinsame Arbeit des Teams bewertet. Die Indikatoren zur Fortbildung wurden explizit auf mindestens eine Person aus dem Team einer Praxis bezogen, da in Gemeinschaftspraxen und MVZ die Möglichkeit einer Spezialisierung auf andere Themenbereiche und entsprechender Aufgabenverteilung besteht. In den Analysen zeigte sich, dass die teilnehmenden MVZ insgesamt mehr Indikatoren erfüllten, wobei aufgrund der geringen Fallzahl nicht von Repräsentativität ausgegangen der Ergebnisse werden kann. Es ist davon auszugehen, dass die Dokumentationsqualität hierbei eine erhebliche Rolle spielt. Wir gehen jedoch nicht davon aus, dass eine grundsätzliche Benachteiligung oder Begünstigung von Einzelpraxen im Rahmen der Bewertung durch die Indikatoren besteht.

Es wurden Vorschläge für Referenzzeiträume erarbeitet, jedoch steht hierfür eine Validierung im Längsschnitt noch aus. Die in der Studie ermittelten Erfüllungsquoten für die einzelnen Indikatoren können Hinweise auf Qualitätsziele geben, sind aber aufgrund eines möglichen Bias in der Studienpopulation nur bedingt generalisierbar. Optimale Referenzwerte für die Zielerreichung aus Seite der Leistungserbringer können erst im weiteren Verlauf unter Nutzung des „Development/Validation/Use“-Prinzips [28] definiert werden. Eine fortlaufende Evaluierung und Anpassung ist unerlässlich, um den Mehrwert der Indikatoren bei der Anwendung über verschiedene Versorgungssettings hinweg beurteilen zu können.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine große Spannweite der Erfüllungsgrade für die einzelnen Indikatoren des Sets. Die berichteten Erfüllungsgrade können als Referenzwerte von Leistungserbringern zur Orientierung für das kontinuierliche interne Qualitätsmanagement genutzt werden. Besonders hohe Erfüllungsgrade deuten im Gegensatz zu niedrigen Werten darauf hin, dass es wenig Spielraum für Verbesserungen gibt. Da es sich bei multimorbiden Patient:innen um eine sehr heterogene Zielgruppe handelt, für die bislang kaum Behandlungsstandards etabliert sind, sind Erfüllungsgrade von teilweise unter 50% nicht überraschend. Gleichermaßen geben niedrige Erfüllungsgrade auch Hinweise darauf, dass nicht nur auf die individuelle Performance als abgezielt werden sollte, sondern auch Rahmenbedingungen der Versorgung Ansatzpunkte zur Qualitätsverbesserung bieten könnten. In Kapitel 7: Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung leiten wir entsprechende Vorschläge ab.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Mit dem neu entwickelten Indikatorenset stehen erstmals erprobte Instrumente speziell zur Qualitätsmessung der Versorgung von Menschen mit Multimorbidität im deutschsprachigen Raum zur Verfügung. Die Ergebnisse der Anwendungsstudie reflektieren den **Ist-Zustand** der hausärztlichen Versorgung multimorbider Patient:innen hinsichtlich wesentlicher Qualitätsdimensionen.

Im Projekt MULTlqual wurden verschiedene methodische Ansätze zum Einbezug von Patient:innen in die Definition relevanter Versorgungsaspekte und die Auswahl von Qualitätsindikatoren kombiniert. In diesem Rahmen konnte gezeigt werden, dass dieser methodische Goldstandard zur **Patient:innenbeteiligung** bei der Indikatorenentwicklung umsetzbar ist und zu validen Ergebnissen führt. Des Weiteren wird eine methodische „Blaupause“ für einen Mixed-Methods-Ansatz für die Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren skizziert. Damit leistet das Projekt einen wertvollen methodologischen Beitrag und kann als Orientierung für andere Vorhaben dienen, deren Ziel es ist, in Bereichen mit unzureichender Evidenzlage Ausgangspunkte zur Qualitätsmessung zu schaffen.

Patient:innen mit Multimorbidität leiden, nach der Definition der Leitlinie Multimorbidität der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, an drei oder mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig. Entsprechend wurde das MULTlqual-Qualitätsindikatorenset konzipiert, die Qualität der Dauerversorgung der Zielgruppe abzubilden, weniger die Qualität des Umgangs mit akut und vorübergehend auftretenden Beschwerden. Die Kontinuität der Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität wird im deutschen Gesundheitssystem in erster Linie von Hausärzt:innen sichergestellt und koordiniert. Aus unserer Sicht ist das Indikatorenset vor allem im **hausärztlichen Setting** einsetzbar. Darüber hinaus ist ein Einsatz jedoch auch in spezialistischen Settings denkbar, wenn z. B. durch Diabetolog:innen oder Lungenfachärzt:innen, die koordinierende Langzeitversorgung der multimorbiden Patient:innen umgesetzt wird, wenn ein spezifisches Krankheitsbild (z. B. Diabetes mellitus oder eine fortgeschrittene COPD) das Krankheitsgeschehen dominiert. Weiterhin enthält das Set einige „**generische**“ **Indikatoren**, die in jedem klinischen (auch nicht-ärztlichem) Versorgungssetting Aspekte der Versorgungsqualität (z. B. Indikator 7: Ermitteln von Patientenpräferenzen, 8: Einbeziehen von Bezugspersonen oder 10: Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen) abbilden können.

Unsere Analysen zeigen Qualitätsaspekte auf, die in der derzeitigen Versorgung nur unzureichend Berücksichtigung finden. So sind zwar beispielsweise die Zustimmungsraten zur Zufriedenheit mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung hoch, Behandlungsziele oder Patient:innenpräferenzen wurden jedoch im Referenzzeitraum häufig nicht explizit erfragt. Anhand dieser Resultate wird deutlich, dass das Prinzip des Shared Decision-making noch nicht standardmäßig angewendet wird. Tinetti et al. [42] konnten zeigen, dass die Ausrichtung der Versorgung entlang von Patient:innenpräferenzen zu einer Reduktion von unerwünschten Behandlungen, Medikamenten und diagnostischen Tests führt. Wir erwarten ähnliche Auswirkungen bei Förderung des Prinzips im deutschen Gesundheitssystem. Als weiteres Beispiel können auch die Indikatoren zur medikamentösen Versorgung wie Medikamentenreview und aktueller Medikationsplan angeführt werden. Die Implementierung dieser Behandlungsstandards zielt darauf ab, Polypharmazie und Medikamenteninteraktionen zu reduzieren. Obwohl hierzu Leitlinien und Orientierungshilfen existieren, weisen unsere Ergebnisse darauf hin, dass diese im Versorgungsalltag nicht vollständig umgesetzt werden. Die Analysen zur Performance weisen auf **Verbesserungspotentiale** der einzelnen Indikatoren hin. Diese Resultate können eine evidenzbasierte Grundlage bieten, um Ansatzpunkte zu erarbeiten, um die Versorgung älterer multimorbider Menschen nachhaltig zu verbessern. Längsschnittliche Studien sind vonnöten, um zu untersuchen, ob durch eine bessere Performance unter Nutzung der Qualitätsindikatoren langfristig Über- und Unterversorgung sowie Kosten reduziert werden können.

Da es sich bislang nur unzureichend durch Routedaten abbilden lässt, eignet sich das Indikatorenset besonders für das **interne Qualitätsmanagement**. Die Anwendung der Qualitätsindikatoren soll durch das im Projekt entwickelte **Manual** (siehe Anlage 11) unterstützt werden. Mit dem Manual werden die Qualitätsindikatoren für primärärztlich Tätige und Versorgungsforscher:innen, aber auch für Kooperationen wie Qualitätszirkeln und Versorgungsverträgen frei zur Verfügung gestellt. Damit ist eine hohe **Anwendungstransparenz** gewährleistet. Das Indikatorenset kann der DEGAM-Leitlinie Multimorbidität als **additives Modul** zur Verfügung gestellt werden, indem es der Autor:innengruppe im Rahmen eines Workshops vorgestellt bzw. auf einer Sitzung der Ständigen Leitlinien-Kommission der DEGAM diskutiert wird. Im Rahmen von Evaluationsstudien und integrierten Versorgungsmodellen kann dieses Indikatorenset zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beitragen, indem es die Anwendung der Leitlinie in der Praxis überprüft und Qualitätsdefizite anzeigt, auf welche wiederum in der Aktualisierung von Leitlinien Bezug genommen werden kann.

Im Rahmen des unter dem EU-Programm für Forschung und Innovation Horizont 2020 geförderten Projekts *ESCAPE* („Evaluation of a patient-centred biopsychosocial blended collaborative care pathway for the treatment of multi-morbid elderly patients“, Fördernr. 945377) werden die MULTlqual-Qualitätsindikatoren das erste Mal als Instrumente zur vergleichenden Prozessanalyse in der Behandlung älterer Menschen mit Multimorbidität angewendet. Das Projekt richtet sich an Patient:innen ab 65 Jahren mit Herzinsuffizienz und zwei weiteren chronischen Erkrankungen sowie erhöhter psychischer Belastung leiden. In *ESCAPE* wird den Patient:innen ein:e speziell ausgebildete:r Behandlungsassistent:in zur Seite gestellt, die/der in Abstimmung mit behandelnder Hausärzt:in und einem Team von Spezialist:innen gemeinsam mit den Patient:innen Behandlungsziele festlegt und dann in der Umsetzung eines patient:innenzentrierten Behandlungsplans individuell unterstützt. Die Qualitätsindikatoren werden genutzt, um in der klinischen Studie in sechs Ländern zu untersuchen, wie sich Interventions- und Kontrollgruppe in der Behandlungsqualität unterscheiden und welche Elemente der Behandlung geeignet sind, um Lebensqualität, Risikofaktoren und Krankheitssymptome der Patient:innen nachhaltig zu verbessern. Gleichmaßen können die Indikatoren für weitere **wissenschaftliche Evaluationsvorhaben** eingesetzt werden.

Insgesamt legen die Ergebnisse des MULTlqual-Projekts nahe, dass die Versorgung multimorbider Patient:innen im Vergleich zur Versorgung von Patienten mit einzelnen chronischen Erkrankung einen erhöhten Anspruch an die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen stellt. Dies erfordert einen zeitlichen Aufwand, der aktuell in der Primärversorgung nicht immer zur Verfügung steht, und nicht durch die Chroniker-Pauschale abzudecken ist. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, die **Rahmenbedingungen** für eine qualitativ hochwertige Versorgung multimorbider Patient:innen zu optimieren. Es wäre anzuraten, die Vergütungsrichtlinien an die derzeitige Versorgungsrealität anzupassen und stärker auf multimorbide Patient:innen auszurichten. Die Schaffung von Abrechnungspauschalen speziell für diese komplexen Problemlagen bzw. die Stärkung von Versorgungsverträgen und der **hausärztlichen Koordinationsarbeit** für diese Zielgruppe ist indiziert, um die Versorgung nachhaltig zu verbessern.

Die entwickelten Qualitätsindikatoren weisen auf einen gesetzlichen Anpassungsbedarf hin. Nur für wenige der formulierten Behandlungsstandards findet sich eine entsprechende Abrechnung über EBM-Ziffern und damit eine Reflektion in Routedaten. Dies erschwert eine standardisierte Erhebung. Die Umsetzung der in den Indikatoren zum Assessment patient:innenrelevanter Gesundheitsfaktoren wie Symptomlast, Depressivität und Lebensqualität spezifizierten Leistungen kann teilweise mit dem geriatrischen Basisassessment abgerechnet werden. Hierfür werden jedoch nur Patient:innen ab einem Alter von 70 Jahren oder entsprechenden Diagnosen berücksichtigt. Eine ableitbare Empfehlung aus den Ergebnissen von MULTlqual ist, die Voraussetzungen zur Abrechnung auch für jüngere Menschen mit Multimorbidität zu schaffen und auszuweiten.

Viele Patient:innen berichteten in den Fokusgruppen, gute Erfahrungen mit dem Bundeseinheitlichen Medikationsplan gemacht zu haben. Es wurde geschildert, dass dadurch die Koordination zwischen behandelnden Gesundheitsprofessionen gestärkt werde und sie selbst mehr Sicherheit in der Anwendung bekommen hätten. Ähnliches ist für die Erarbeitung schriftlicher Behandlungspläne zu erwarten, für die sich auch Patient:innenvertreter:innen vielfach ausgesprochen haben. Unsere Projektergebnisse zeigen, dass nur wenigen Patient:innen tatsächlich ein schriftlicher Behandlungsplan zur Verfügung gestellt wird. Hierfür bestehen auch in einem Großteil der Praxissoftwares keine entsprechenden Templates, sodass die Umsetzung erschwert wird. Das Ausstellen eines Medikationsplans kann über die EBM-Ziffer 01630-Zuschlag für Erstellung eines Medikationsplans abgerechnet werden – allerdings gibt es einige Abrechnungsausschlüsse wie z.B. die Chronikerziffern. Es lässt sich vermuten, dass der Wegfall dieses Ausschlusses einen deutlichen Anreiz bieten könnte, vermehrt auf die Aktualisierung des Medikamentenplans zu achten.

Die primärärztliche Versorgung bei Multimorbidität könnte ebenfalls durch die Nutzung von Hausarztzentrierter Versorgung (HZV) gestärkt werden. Insbesondere zeigt sich, dass viele der in den Indikatoren beschriebenen Qualitätsaspekte im Sinne der Ressourcenoptimierung **delegierbaren Leistungen** entsprechen, welche durch eine VERAH (Versorgungsassistent:innen in der Hausarztpraxis) oder NÄPa (Nicht-ärztliche Praxisassistent:in) übernommen werden könnten. Denkbar wäre auch, die bisherige Evidenzgrundlage (Leitlinien, Qualitätsindikatoren) als Basis zur **Etablierung zukünftiger Versorgungsstrukturen** wie beispielsweise eines Disease Management Programms zu nutzen. Zur Evaluation von Versorgungsverträgen können die Indikatoren dann genutzt werden, wenn für den ambulanten Bereich Software-Lösungen zur Verfügung stehen, welche einen standardisierten Abruf der entsprechenden Dokumentation ermöglichen. In Deutschland lässt sich die digitale Praxisverwaltung bislang als „Flickenteppich“ charakterisieren, in dem für die Umsetzung der jeweiligen Selektivverträge Insellösungen geschaffen werden müssen. So steht beispielsweise nur wenigen hausärztlichen Praxen eine Marker-Funktion für Patient:innen mit Multimorbidität zur Verfügung und wird je nach Selektivvertrag nach verschiedenen Kriterien zugeordnet. Auch hierfür könnte eine Pauschale, die über die „einfache“ Chroniker-Pauschale hinausgeht, zu einer verbesserten Einordnung von Versorgungsbedarfen führen. Die in MULTlqual entwickelten Indikatoren können Impulse geben, um **Dokumentationsstandards und digitalen Arbeitshilfen** (beispielsweise Templates) für eine wichtige Zielgruppe der hausärztlichen Versorgung zu schaffen.

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Manual

Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität. Glassen K, Schulze J, Lühmann D, Breckner A, Szecsenyi J, Scherer M. (siehe Anlage 11)

Artikel in Peer-Review-Journalen

Quality of care for people with multimorbidity: a focus group study with patients and their relatives. Pohontsch NJ, Schulze J, Hoefflich C, Glassen K, Breckner A, Szecsenyi J, Lühmann D, Scherer M. BMJ Open 2021;11:e047025. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047025 (Open Access: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/6/e047025.full.pdf>)

Measuring the quality of care for older adults with multimorbidity: Results of the MULTlqual project. Schulze J, Glassen K, Pohontsch NJ, Blozik E, Eißing T, Höflich C, Breckner A, Rakebrandt A, Schäfer I, Szecsenyi J, Scherer M, Lühmann D. (Open Access:

<https://academic.oup.com/gerontologist/advance-article/doi/10.1093/geront/gnac013/6516832?login=false>

Experiences of multimorbid patients with primary care and the association with patient activation in Germany. Breckner A, Glassen K, Schulze J, Lühmann D, Scherer M, Szecsenyi J, Wensing M. (eingereicht)

Factors associated with patient activation among older multimorbid patients in Germany. Breckner A, Glassen K, Schulze J, Lühmann D, Scherer M, Szecsenyi J, Wensing M. (im Review-Verfahren)

Associations among chronic diseases and patient activation. Breckner A, Glassen K, Schulze J, Lühmann D, Scherer M, Szecsenyi J, Wensing M. (Einreichung geplant)

Cross-cultural adaptation and validation of the German version of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire among older adults with multimorbidity. Schulze J, Breckner A, Duncan P, Scherer M, Pohontsch NJ, Lühmann D. (im Review-Verfahren)

Weitere Veröffentlichungen sind zu folgenden Themen geplant:

- Hausarztzentrierte Versorgung und Hausarztbindung bei Multimorbidität
- Vergleich von Hausärzt:innen- und Patient:innenangaben hinsichtlich der Beurteilung von Versorgungsprozessen
- Einflussfaktoren auf die Versorgungsqualität älterer multimorbider Patient:innen

Kongressbeiträge

Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität (MULTlqual). Schulze J, Lühmann D, Pohontsch NJ, Eißing T, Schäfer I, Höflich C, Glassen K, Breckner A, Szecsenyi J, Scherer M. Posterpräsentation auf dem 3. Symposium des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung, 06. Mai 2019 (Hamburg).

Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten. Pohontsch NJ, Schulze J, Lühmann D, Glassen K, Breckner A, Szecsenyi J, Scherer M. Vortrag auf dem 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 13. September 2019 (Erlangen): [GMS | 53. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin | Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten \(egms.de\)](#)

Patientinnen- und Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Multimorbidität. Pohontsch NJ, Schulze J, Lühmann D, Glassen K, Breckner A, Höflich C, Szecsenyi J, Scherer M. Posterpräsentation auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 9. Oktober 2019 (Berlin): [WONCA Berlin Book of Abstracts Index.pdf \(woncaeurope.org\)](#)

Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität (MULTlqual). Schulze J, Lühmann D, Pohontsch NJ, Eißing T, Schäfer I, Höflich C, Glassen K, Breckner A, Szecsenyi J, Scherer M. Posterpräsentation auf dem 30. Tag der Allgemeinmedizin am 19. Oktober 2019 in Heidelberg.

Integration der Patient:innenperspektive bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität. Schulze J, Pohontsch NJ, Lühmann D, Breckner A, Glassen K, Höflich C, Szecsenyi J, Scherer M. Vortrag auf der 21. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks

Akronym: MULTlqual

Förderkennzeichen: 01VSF16058

Evidenzbasierte Medizin e. V., 14. Februar 2020 (Basel): [GMS | 21. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. | Integration der Patient:innenperspektive bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität \(egms.de\)](#)

Care for patients affected by multimorbidity – Qualitative development and validation of quality indicators. Pohontsch NJ, Schulze J, Lühmann D, Blozik E, Glassen K, Breckner A, Szecsenyi J, Scherer M. Vortrag auf der World Organization of Family Doctors Europe Conference, 16. Dezember 2020 (online): [GMS | 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung | Patientinnen- und Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Multimorbidität \(egms.de\)](#)

Weitere Dissemination

Studienregistrierung im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00015718)

Projektdarstellung auf der Homepage des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE: <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/multiqual-qualitätsindikatoren-für-multimorbidität.html>

Projektdarstellung in der Projektbroschüre des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin: <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/index.html>

Projektdarstellung im UKE-Magazin „wissen + forschen 2019“: <https://www.uke.de/allgemein/mediathek/wissen-forschen/index.html>

Teilnehmer:inneninformation zu den Ergebnissen der Fokusgruppen

Teilnehmer:inneninformation zu den Ergebnissen der Validierungsstudie (geplant)

9. Literatur

1. van Bussche H den, Schäfer I, Koller D et al. (2012) Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*:365–371. <https://doi.org/10.3238/zfa.2012.365–371>
2. Kingston A, Robinson L, Booth H, Knapp M, Jagger C, for the MODEM project (2018) Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing* 47:374–380. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx201>
3. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG (2015) Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health* 15:776. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2008-7>
4. Glynn LG, Valderas JM, Healy P et al. (2011) The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract* 28:516–523. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr013>
5. Bähler C, Huber CA, Brünger B, Reich O (2015) Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Services Research* 15:23. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0698-2>
6. Cassell A, Edwards D, Harshfield A et al. (2018) The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice* 68:e245. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695465>
7. Jindai K, Nielson CM, Vorderstrasse BA, Quiñones AR (2016) Multimorbidity and Functional Limitations Among Adults 65 or Older, NHANES 2005-2012. *Prev Chronic Dis* 13:E151-E151. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160174>
8. Williams JS, Egede LE (2016) The Association Between Multimorbidity and Quality of Life, Health Status and Functional Disability. *The American Journal of the Medical Sciences* 352:45–52. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.03.004>
9. Zulman DM, Asch SM, Martins SB, Kerr EA, Hoffman BB, Goldstein MK (2014) Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *J Gen Intern Med* 29:529–537. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2616-9>
10. Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, González-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Díez JM, Prados-Torres A (2012) Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing things well? *British Journal of General Practice* 62:e821. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659295>
11. Ferris R, Blaum C, Kiwak E et al. (2017) Perspectives of Patients, Clinicians, and Health System Leaders on Changes Needed to Improve the Health Care and Outcomes of Older Adults With Multiple Chronic Conditions. *Journal of Aging and Health* 30:778–799. <https://doi.org/10.1177/0898264317691166>
12. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M (2016) Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>
13. Boyd CM, Kent DM (2014) Evidence-Based Medicine and the Hard Problem of Multimorbidity. *Journal of General Internal Medicine* 29:552–553. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2658-z>

14. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B (2013) Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 42:62–69. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs100>
15. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2017) Multimorbidität. S3-Leitlinie. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/053-047.html>. Zugegriffen: 9. Dezember 2020
16. National Quality Forum (2012) Multiple Chronic Conditions Measurement Framework. https://www.qualityforum.org/Publications/2012/05/MCC_Measurement_Framework_Final_Report.aspx. Zugegriffen: 9. Dezember 2020
17. National Institute for Health and Care Excellence (2017) Multimorbidity quality standard. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs153>. Zugegriffen: 7. Dezember 2020
18. Smith SM, Wallace E, Salisbury C, Sasseville M, Bayliss E, Fortin M (2018) A Core Outcome Set for Multimorbidity Research (COSmm). *Ann Fam Med* 16:132–138. <https://doi.org/10.1370/afm.2178>
19. Working Group on Health Outcomes for Older Persons with Multiple Chronic Conditions (2012) Universal health outcome measures for older persons with multiple chronic conditions. *J Am Geriatr Soc* 60:2333–2341. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04240.x>
20. Baudendistel I, Noest S, Peters-Klimm F et al. (2015) Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. *Patient Prefer Adherence* 9:1397–1405. <https://doi.org/10.2147/PPA.S83850>
21. Herzberg H, Bernateck K, Welti F et al. (2016) Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren am Beispiel der Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Eine qualitative Analyse kollektiver Sichtweisen (Patient Participation in Development of Quality Indicators using the Example of National Disease Management Guidelines for Chronic Heart Failure – A Qualitative Analysis of Collective Perspectives). *Gesundheitswesen* 78(06):373–377
22. Kötter T, Schaefer FA, Scherer M, Blozik E (2013) Involving patients in quality indicator development - a systematic review. *Patient Prefer Adherence* 7:259–268. <https://doi.org/10.2147/PPA.S39803>
23. Kuckartz U (2012) *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
24. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2015) *Allgemeine Methoden*. im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. 4.0. <https://www.aqua-institut.de/projekte/methodenpapier/>. Zugegriffen: 1. April 2021
25. Donabedian A (2005) Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* 83:691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
26. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2009) *Qualitätsindikatoren. Manual für Autoren*. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF. <https://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf>. Zugegriffen: 1. April 2021
27. Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Döbler K (2008) QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen - German Journal for Quality in Health Care* 101:683–688. <https://doi.org/10.1016/j.zgesun.2007.11.003>
28. Agency for Healthcare Research and Quality (2011) *Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement*.

- https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Full_5-3-11.pdf.
Zugegriffen: 1. April 2021
29. Schäfer I, Hansen H, Schön G et al. (2009) The German MultiCare-study: Patterns of multimorbidity in primary health care - protocol of a prospective cohort study. *BMC Health Services Research* 9:145. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-145>
 30. van Doorn-Klomborg AL, Braspenning JC, Feskens RC, Bouma M, Campbell SM, Reeves D (2013) Precision of Individual and Composite Performance Scores: The Ideal Number of Indicators in an Indicator Set. *Medical Care* 51(1)
 31. Bates D, Mächler M, Bolker B, Walker S (2015) Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*; Vol 1, Issue 1 (2015). <https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01>
 32. National Institute for Health and Care Excellence (2016) Multimorbidity: clinical assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>. Zugegriffen: 9. Dezember 2020
 33. 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. *J Am Geriatr Soc* 60:E1-E25. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x>
 34. Muth C, van den Akker M, Blom JW et al. (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>
 35. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ et al. (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* 122:4–11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
 36. National Quality Forum (2012) Multiple Chronic Conditions Measurement Framework. https://www.qualityforum.org/Publications/2012/05/MCC_Measurement_Framework_Final_Report.aspx. Zugegriffen: 9. Dezember 2020
 37. Agency for Healthcare Research and Quality (2014) Care Coordination Measures Atlas Update. Measure Mapping. <https://www.ahrq.gov/ncepccr/care/coordination/atlas/chapter5.html>. Zugegriffen: 4. August 2021
 38. Mahler C, Hermann K, Horne R et al. (2010) Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. *J Eval Clin Pract* 16:574–579. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01169.x>
 39. Terluin B, van Marwijk, Harm W J, Adèr HJ et al. (2006) The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 6:34. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-34>
 40. Brenk-Franz K, Hibbard JH, Herrmann WJ et al. (2013) Validation of the German version of the patient activation measure 13 (PAM13-D) in an international multicentre study of primary care patients. *PLoS One* 8:e74786. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074786>
 41. Hansen H, Pohontsch N, van den Bussche H, Scherer M, Schäfer I (2015) Reasons for disagreement regarding illnesses between older patients with multimorbidity and their

Akronym: MULTlqual

Förderkennzeichen: 01VSF16058

GPs – a qualitative study. BMC Family Practice 16:68. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0286-x>

42. Tinetti ME, Naik AD, Dindo L et al. (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 Intern Med 179:1688–1697. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4235>

10. Anlagen

Anlage 1: Screeninghilfe mit Ein- und Ausschlusskriterien für Patient:innen der Fokusgruppen

Anlage 2: Leitfäden Fokusgruppen

Anlage 3: Darstellung der Qualitätsindikatoren

Anlage 4: Ein-und Ausschlusskriterien für Patient:inneneinschluss der Anwendungsstudie

Anlage 5: Übersicht über eingesetzte Instrumente

Anlage 6: Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen Leitlinien mittels AGREE II

Anlage 7: Übersicht über literaturbasierte Indikatorenvorschläge (vor Konsensusprozess)

Anlage 8: Krankheitsmerkmale der Fokusgruppenteilnehmer:innen

Anlage 9: Vertreter:innen des Expert:innenpanels (alphabetisch)

Anlage 10: Übersicht über Bewertung der vorgeschlagenen Indikatoren durch das Expert:innenpanel

Anlage 11: Manual für die Anwendung der Qualitätsindikatoren

Anlage 1 Screeninghilfe mit Ein- und Ausschlusskriterien für Patient:innen der Fokusgruppen

Einschlusskriterien:

- Patienten mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen
- Alter: ab 65 Jahre und älter

Ausschlusskriterien:

- Patienten mit weniger als drei chronischen Krankheiten
- nicht einwilligungsfähige Patienten (z.B. bei Demenz)
- finales Krankheitsstadium (zu erwartendes Versterben in den nächsten drei Monaten)
- Unterbringung in einem Pflegeheim
- mangelnde Deutschkenntnisse (in Sprache und Schrift)
- nicht kompensierte bzw. nicht kompensierbare Schwerhörigkeit/Taubheit

Die häufigsten chronischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis*:

ICD-Gruppen	Bezeichnung
C00-C26 C30-C41 C43-C58 C60-C97 D00-D09 D37-D48	Bösartige Tumore
D50-D53 D55-D58 D59.0-D59.2 D59.4-D59.9 D60.0 D60.8-D60.9 D61 D63-D64	Anämie
E01-E05 E06.1-E06.3 E06.5 E06.9 E07	Struma (diffuse Struma, nichttoxische Struma, Knoten etc.) Hypothyreose Hyperthyreose
E10-E14	Diabetes mellitus (alle Formen)
E79 M10	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels, Gicht

ICD-Gruppen	Bezeichnung
F32-F33	Depression
F40-F41	Angstzustände (Phobien, Panik, etc.)
F45	Somatoforme Störungen (z.B. Herzneurose, Colon irritabile, Hyperventilation, psychogener Kopf- oder Rückenschmerz etc.)
G20-G22	Morbus Parkinson
G43-G44	Migräne, chronischer Kopfschmerz
G50-G64	Mono- und Polyneuropathien
H17-H18 H25-H28 H31 H33 H34.1-H34.2 H34.8-H34.9 H35-H36 H40 H43 H47 H54	Schwere Sehprobleme Katarakt, Glaukom, (Star) Blindheit Affektionen der Horn- und Netzhaut, des Glaskörpers und des Sehnervs
H81-H82 R42	Schwindel und Taumel, Störungen der Vestibularfunktion
H90 H91.0-H91.1 H91.3 H91.8-H91.9	schwerer Hörverlust Taubheit (<i>Achtung: ggf. Ausschlusskriterium!</i>)
I20-I21 I25	Chronische ischämische Herzkrankheit (auch: Zustand nach Infarkt, ischämische Kardiomyopathie) Angina pectoris
I34-I37	Herzklappenkrankheiten
I44-I45 I46.0 I46.9 I47-I48 I49.1-I49.9	Kardiale Arrhythmien (Atrioventrikulärer Block, Herzstillstand, paroxysmale Tachykardie, Vorhofflimmern)
I50	Herzinsuffizienz (Herzversagen, Asthma cardiale)
I60-I64 I69 G45	Z. n. Schlaganfall (Zustand nach intrazerebraler Blutung, Zustand nach Hirninfarkt) Durchblutungsstörung des Gehirns Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome (inkl.: TIA)

ICD-Gruppen	Bezeichnung
I65-I66 I67.2 I70 I73.9	PAVK, Atherosklerose, Atherosklerose der Extremitätenarterien
J40-J45 J47	Asthma bronchiale, Chronische obstruktive Lungenkrankheit (auch: COPD, chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Emphysem)
K21 K25.4-K25.9 K26.4-K26.9 K27.4-K27.9 K28.4-K28.9 K29.2-K29.9	Chronische Gastritis, Ulcus, Gastroösophageale Refluxkrankheit
K70, K71.3-K71.5, K71.7, K72.1 K72.7 K72.9 K73-K74 K76	Leberkrankheiten inkl. Folgen von Alkoholkonsum
K90.0	Zöliakie
L40	Psoriasis
M05-M06 M79.0	Rheuma, chronische Polyarthritis, sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M15-M19	Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose) oder des Hüftgelenks (Coxarthrose), sonstige Arthrose, Polyarthrose
M41 M45 M50-M54	Skoliose, Spondylitis, Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (z.B. chronische Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden)
M80-M82	Osteoporose
N18-N19	Niereninsuffizienz
N39.3-N39.4 R32	Harninkontinenz

*basierend auf van den Bussche et al. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health;11:101

Anlage 2 Leitfäden Fokusgruppen

Leitfaden für Fokusgruppen mit Patient:innen

1. Einstieg: Vorstellungsrunde

Bevor es um Ihre Erfahrungen geht, möchte ich gerne eine kleine Vorstellungsrunde machen.

1.1 Zum Einstieg bitte ich Sie, sich reihum kurz vorzustellen. Bitte nennen Sie dabei Ihren Namen, Alter und von welchen chronischen Krankheiten Sie betroffen sind.

2. Erfahrungen

Einstiegsfrage: Was hat sich für Sie bei Ihrer hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu früher geändert, seit Sie nicht mehr nur eine, sondern drei oder mehr chronische Erkrankungen haben?

2.1 Positive Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung

Nun bitte ich Sie, von Ihren guten Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung zu erzählen.

2.1.1 Welche Erfahrungen mit Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin haben Sie bislang gemacht, bei denen Sie sich besonders gut betreut gefühlt haben? Bitte denken Sie hier an Erfahrungen, die Sie als Patient/in gemacht haben, der gleichzeitig von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen ist.

- Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

- Gab es etwas besonders Positives im Kontakt zu Ihrem Hausarzt und seinem Team?

2.1.2 Welche Erwartungen/Wünsche haben Sie an Ihren Hausarzt und sein Team?

- Was müssen ein Hausarzt/eine Hausärztin und sein/ihr Team machen, damit Sie sich gut betreut fühlen? Was ist Ihnen wichtig? Bitte denken Sie auch hier an Erwartungen und Wünsche, die Sie in Zusammenhang mit den mehreren chronischen Erkrankungen haben.

- Werden diese Erwartungen/Wünsche/Vorstellungen erfüllt?

2.2 Negative Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung

2.2.1 Welche Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung haben Sie gemacht, bei denen Sie sich nicht gut betreut gefühlt haben?

Was ist passiert? Bitte nennen Sie auch die Gründe, wieso Sie zu einer schlechten Bewertung kommen.

- Was hat Ihnen an der hausärztlichen Betreuung gar nicht gefallen? Bitte nennen Sie auch Gründe, wieso Sie zu einer schlechten Bewertung kommen.
- Welche Schwierigkeiten mit der hausärztlichen Betreuung gab es?

2.2.2 Was hätten Sie sich im Zusammenhang mit der schlechten Erfahrung gewünscht?

3. Vision von einer optimalen hausärztlichen Versorgung

3.1 Wenn Sie einmal einen Moment innehalten und an die Versorgungssituation von Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen *im Allgemeinen* denken: Welche Probleme bestehen Ihrer Ansicht nach bei der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten?

3.2 Erzählen Sie bitte, wie Ihrer Ansicht und Ihren Erfahrungen nach eine gute hausärztliche Versorgung von Menschen aussieht bzw. aussehen sollte, die von mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig betroffen sind?

3.3 Stellen Sie sich einmal vor, **Sie** könnten die hausärztliche Versorgung von Menschen, die von mehr als drei chronischen Krankheiten gleichzeitig betroffen sind, selbst gestalten. Wie sähe eine optimale hausärztliche Versorgung aus?

3.4 Alternativ oder zusätzlich: Welche drei Schlagwörter fallen Ihnen ein, wenn Sie gefragt werden: Was müssen ein guter Hausarzt/eine gute Hausärztin und das Praxisteam leisten, um Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten optimal zu versorgen?

4. Abschluss der Diskussion

Jetzt sind wir am Ende des ersten Teils der Diskussion angekommen. Wir haben über Vieles gesprochen. Haben wir noch etwas nicht angesprochen, was Ihnen aber noch wichtig wäre und was Sie noch sagen möchten? Auch im Hinblick auf das Gesagte der anderen Anwesenden?

10 Minuten Pause

5. Priorisierung

Wir haben in der Pause die Aspekte zusammengetragen, die Sie für die hausärztliche Versorgung von Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten wichtig finden. Jetzt möchten wir Sie bitten, diese Aspekte zu bewerten und je nach Wichtigkeit 1 bis 4 Punkte zu vergeben: 4 = sehr wichtig, 3 = eher wichtig, 2 = eher nicht wichtig und 1 = nicht wichtig.

Bewertungszeit ca. 10-15 Minuten

Wir würden Sie nun einmal bitten, zu begründen, warum Ihnen die Aspekte, denen Sie 4 Punkte gegeben haben, so wichtig sind.

Ende

Leitfaden für Fokusgruppen mit Angehörigen

1. Einstieg: Vorstellungsrunde

Bevor es um Ihre Erfahrungen geht, möchte ich gerne eine kleine Vorstellungsrunde machen.

1.1 Zum Einstieg bitte ich Sie, sich reihum kurz vorzustellen. Bitte nennen Sie dabei Ihren Namen, Alter und von welchen chronischen Krankheiten Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige betroffen ist.

1.2 Erzählen Sie doch bitte auch kurz, in welcher Beziehung Sie zu Ihrem Angehörigen/Ihrer Angehörigen stehen, bei dem mehrere chronische Krankheiten vorliegen, und inwiefern Sie in die Versorgung eingebunden sind.

2. Erfahrungen

Einstiegsfrage: Was hat sich Ihrer Ansicht und Ihren Erfahrungen nach bei der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu früher geändert, seitdem Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige nicht mehr nur eine, sondern mehrere chronische Erkrankungen hat?

2.1 Positive Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung

Nun bitte ich Sie, von Ihren guten Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung Ihrer Angehörigen/Ihr Angehöriger, der von mehreren chronischen Krankheiten betroffen ist, zu erzählen.

2.1.1 Welche Erfahrungen mit dem Hausarzt haben Sie bislang gemacht, bei denen sich Ihrer Ansicht nach Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige besonders gut betreut gefühlt hat?

- Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

- Gab es etwas besonders Positives im Kontakt zu dem Hausarzt/zu der Hausärztin und seinem/ihrer Team?

2.1.2 Welche Erwartungen/Wünsche haben Sie für die hausärztliche Versorgung Ihres Angehörigen, der von mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig betroffen ist?

- Was müssen ein Hausarzt/eine Hausärztin und sein/ihr Team machen, damit Sie sagen, dass Sie und Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige gut betreut werden? Was ist Ihnen wichtig?

- Werden diese Erwartungen/Wünsche/Vorstellungen erfüllt?

2.3 Negative Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung

2.3.1 Welche Erfahrungen mit der hausärztlichen Versorgung haben Sie gemacht, bei denen Sie sagen würden, dass Sie und Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige nicht gut betreut wurden?

- Was hat Ihnen an der hausärztlichen Betreuung gar nicht gefallen? Bitte denken Sie dabei an Erfahrungen, die Sie und Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige in Zusammenhang damit gemacht haben, dass mehrere chronische Krankheiten vorliegen. Bitte nennen Sie auch Gründe, wieso Sie zu einer schlechten Bewertung kommen.

- Welche Schwierigkeiten mit der hausärztlichen Betreuung gab es?

2.3.2 Was hätten Sie sich im Zusammenhang mit der schlechten Erfahrung gewünscht?

3. Vision von einer optimalen hausärztlichen Versorgung

3.1 Wenn Sie einmal einen Moment innehalten und an die Versorgungssituation von Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen im Allgemeinen denken: Welche Probleme bestehen Ihrer Ansicht nach bei der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten?

3.2 Erzählen Sie bitte, wie Ihrer Ansicht und Ihren Erfahrungen nach eine gute hausärztliche Versorgung von Patient/innen mit mehreren chronischen Krankheiten und deren Angehörigen aussieht bzw. aussehen sollte.

3.3 Stellen Sie sich einmal vor, **Sie** könnten die hausärztliche Versorgung von Menschen, die von mehr als drei chronischen Krankheiten gleichzeitig betroffen sind, selbst gestalten. Wie sähe eine optimale hausärztliche Versorgung aus? Was wünschen Sie sich als Angehörige/r?

3.4 Alternativ oder zusätzlich: Welche drei Schlagwörter fallen Ihnen ein, wenn Sie gefragt werden: Was müssen ein guter Hausarzt und sein Team leisten, um Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten optimal zu versorgen?

4. Abschluss der Diskussion

Jetzt sind wir am Ende des ersten Teils der Diskussion angekommen. Wir haben über Vieles gesprochen. Haben wir noch etwas nicht angesprochen, was Ihnen aber noch wichtig wäre und was Sie noch sagen möchten? Auch im Hinblick auf das Gesagte der anderen Anwesenden?

10 Minuten Pause

5. Priorisierung

Wir haben in der Pause die Aspekte zusammengetragen, die Sie für die hausärztliche Versorgung von Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten wichtig finden. Jetzt möchten wir Sie bitten, diese Aspekte zu bewerten und je nach Wichtigkeit 1 bis 4 Punkte zu vergeben: 4 = sehr wichtig, 3 = eher wichtig, 2 = eher nicht wichtig und 1 = nicht wichtig.

Bewertungszeit ca. 10-15 Minuten

Wir würden Sie nun einmal bitten, zu begründen, warum Ihnen die Aspekte, denen Sie 4 Punkte gegeben haben, so wichtig sind.

Ende

Anlage 3 Darstellung der Qualitätsindikatoren

Indikatornummer und Name des Indikators	
Beschreibung	Beschreibung des Indikators
Zielstellung	Qualitätsziel: Welche Ausprägung des Indikators stellt eine gute Versorgung dar?
Zähler	Qualitätsmerkmal, das gemessen werden soll
Nenner	Grundgesamtheit der Fälle (z.B. Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen)
Ausschlusskriterien	Parameter oder Fallkonstellationen, die aus bestimmten Gründen nicht in die Berechnung des Indikators einbezogen werden sollen (z.B. bei bestimmten Krankheiten)
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: Zeitraum oder Zeitpunkt, auf den sich die Erhebung bezieht vertiefende Informationen zum untersuchten Qualitätsmerkmal (z.B. Definitionen)
Begründung	Gründe für die Relevanz des Qualitätsziels
Anmerkungen	Zusätzliche Angaben
Datenerhebung	Datenquellen und Datenarten (Patient:innenakte, Ärzt:innenbefragung, Patient:innenbefragung, Abrechnungsdaten der Krankenkasse)
Indikatortyp	Zuordnung des Indikators zu Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Zuordnung des Indikators zu einer möglichen Qualitätsdimension der Gesundheitsversorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Formulierung der Original-Empfehlung
Originalindikator	Formulierung des Original-Indikators
Quellen	Quellenangabe, Empfehlungsstärke nach Angabe der Original-Empfehlung

Anlage 4 Ein- und Ausschlusskriterien für Patient:inneneinschluss der Anwendungsstudie

Liste der chronischen Krankheiten für den Patient:inneneinschluss

Bitte beachten: Fett markierte ICD-Codes entsprechen nicht der alphanumerischen Sortierung.

ICD-Gruppen	Krankheitsgruppen Bezeichnung
C00-C26, C30-C41, C43-C58, C60-C97, D00-D09, D37-D48	Bösartige Tumore (außer ruhend)
D50-D53, D55-D58, D59.0-D59.2, D59.4-D59.9, D60.0, D60.8-D60.9, D61, D63-D64	Anämie
E10-E14	Diabetes mellitus (alle Formen)
E66	Adipositas (BMI>30)
F32-F33	Depression
G20-G22	Morbus Parkinson
G50-G64	Mono- und Polyneuropathien
H81-H82, R42	Schwindel und Taumel, Störungen der Vestibularfunktion
I20-I21, I25	Chronische ischämische Herzkrankheit (auch: Zustand nach Infarkt, ischämische Kardiomyopathie), Angina pectoris
I50	Herzinsuffizienz (Herzversagen, Asthma cardiale)
I65-I66, I67.2, I70, I73.9	PAVK, Atherosklerose, Atherosklerose der Extremitätenarterien
J40-J45, J47	Asthma bronchiale, Chronische obstruktive Lungenkrankheit (auch: COPD, chronische Bronchitis, Bronchiektasen, Emphysem)
M05-M06, M79.0	Rheuma, chronische Polyarthritis, sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M15-M19	Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose) oder des Hüftgelenks (Coxarthrose), sonstige Arthrose, Polyarthrose
M40-M45, M47, M48.0-M48.2, M48.5-M48.9, M50-M54	Arthrose der Wirbelsäule (Spondylose, Spinalkanalstenose) außer: Stressfraktur eines Wirbels, Osteochondrose der Wirbelsäule, Skoliose, Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (z.B. chronische Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden)
M80-M82	Osteoporose
N39.3-N39.4, R32	Harninkontinenz

Achtung: Auch wenn mehrere ICD10-Diagnosen einer ICD-Gruppe aus der Liste zutreffen, wird dies als nur eine Krankheit gezählt. ICD-Codes mit den Zusatzkennzeichen V, Z und A müssen bei der Auswahl von Patient:innen unberücksichtigt bleiben, da es sich hierbei nicht um gesicherte Diagnosen handelt (V = Verdachtsdiagnose, Z = Zustand nach der betreffenden Diagnose, A = Ausschlussdiagnose).

Ausschlusskriterien:

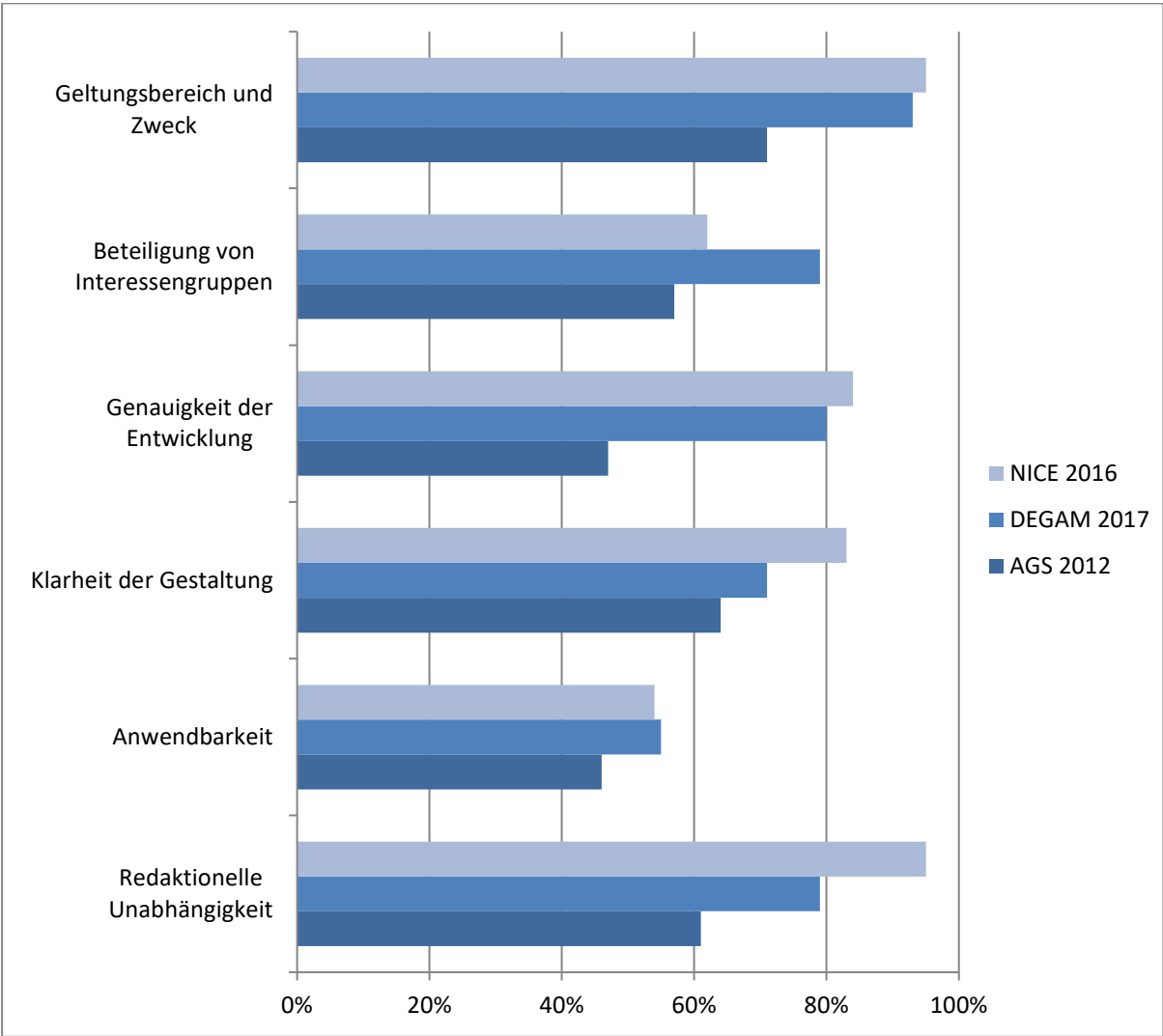
- Patient:innen mit weniger als drei chronischen Krankheiten
- nicht einwilligungsfähige Patient:innen (z.B. bei Demenz)
- finales Krankheitsstadium
- Unterbringung in einem Pflegeheim
- mangelnde Deutschkenntnisse (in Sprache und Schrift)
- nicht kompensierte bzw. nicht kompensierbare Schwerhörigkeit/Taubheit

Anlage 5 Übersicht über eingesetzte Instrumente

Merkmale	Messinstrumente	ggf. Validierung
Hausärzt:innenfragebogen		
Basisdaten der Praxis	Ort, Form der Praxisausübung, Praxisgröße, Geburtsjahr, Berufserfahrung, Berufsbezeichnung, Zusatz-Weiterbildungen	
Versorgungsqualität	Strukturbezogene Qualitätsindikatoren gemäß Anlage 11	
Patient:innenspezifischer Hausärzt:innenfragebogen		
Bekanntheitsgrad	Likert-Skala	
Diagnosen chronischer Erkrankungen	ICD-Diagnosen	
Versorgungsqualität einschließlich Dokumentation des Qualitätsziels	Qualitätsindikatoren gemäß Anlage 11	
Patient:innenfragebogen		
Soziodemographie	Geschlecht, Alter, höchster allg. Bildungsabschluss, Familienstand, Migrationsstatus, Haushaltsform und -größe	AG Soziodemographische Daten des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten in Studien. Version 1.0 (2019)
Versorgungsqualität	Qualitätsindikatoren gemäß Anlage 11	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Euro QoL-5D 5L (EQ-5D-5L)	Hinz A, Kohlmann T, Stobel-Richter Y, Zenger M, Brahler E. The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population. Qual Life Res 2014;23:443-7.
Art der Erkrankungen	Krankheitsliste	Basierend auf: van den Bussche et al. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health;11:101. Modifizierung siehe 3. Methodik
Hausarztbindung	Fragebogen zur Intensität der Hausarztbindung (F-HaBi)	Hansen H, Schäfer I, Porzelt S, Kazek A, Lühmann D, Scherer M. Regional and patient-related factors influencing the willingness to use general practitioners as coordinators of the treatment in northern Germany - results of a cross-sectional observational study. BMC Fam Pract. 2020;21:110. doi:10.1186/s12875-020-01180-3.

Merkmale	Messinstrumente	ggf. Validierung
Psychische Symptombelastung	VierDimensionale Beschwerdeliste (4DBL)	Terluin B et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatisation, BMC Psychiatry 2006; 6: 34.
Chronische Schmerzen	Graded Chronic Pain Scale (GCPS)	von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F.J., Dworkin, S.F. (1992): Grading the severity of chronic pain. In: Pain;50:133-49.
Teilhabe	Keele Assessment of Participation (KAP)	Wilkie, Ross & Peat, George & Thomas, Elaine & Hooper, Helen & R Croft, Peter. (2005). The Keele Assessment of Participation: A New Instrument to Measure Participation Restriction in Population Studies. Combined Qualitative and Quantitative Examination of its Psychometric Properties. Quality of life. 14. 1889-99.
Patientenaktivierung	Patient Activation Measure 13 (PAM13-D)	Brenk-Franz, K., Hibbard, J.H., Herrmann, W.J., Freund, T., Szecsenyi, J., Djalali, S., et al. (2013): Validation of the German Version of the Patient Activation Measure 13 (PAM13-D) in an International Multicentre Study of Primary Care Patients. PLoS ONE 8(9): e74786.
Soziale Unterstützung	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU K-14)	Fydrich, T., Sommer, G., Brähler, E. (2007): F-Soz-U-Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. Göttingen: Hogrefe.
Medikamentenbezogene Adhärenz	Medication Adherence Report Scale (MARS-D)	Mahler, H.K., et al. (2010): Assessing reported adherence to pharmacological treatment recommendations. Translation and evaluation of the Medication Adherence Report Scale (MARS) in Germany. In: J Eval Clin Pract. 16(3):574-9.
Aktuelle Medikation	Brown Bag Review	http://www.nchealthliteracy.org/toolkit/tool8.pdf
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Versorgung	

Anlage 6 Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen Leitlinien mittels AGREE II



Anlage 7 – Übersicht über literaturbasierte Indikatorenvorschläge (vor Konsensusprozess)

Patient:innennahe Parameter

Indikator Nr. 1: Depressions-Screening	
Beschreibung	Anteil (%) von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screeningfragen das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screeningfragen das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Patienten mit bereits diagnostizierter Depression werden nicht berücksichtigt.
Bezugsgrößen	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen leiden häufig gleichzeitig auch an psychischen Erkrankungen, zumeist an Depression. Dabei weisen chronische Erkrankungen und Depression ein komplexes Beziehungsgeflecht auf. Chronische Erkrankungen können zu Depression führen, gleichzeitig ist eine Depression ein Risikofaktor für spätere chronische Erkrankungen.“ (DEGAM 2017, S. 12) Depressionen und Ängste können Patienten in ihrer Fähigkeit zum Management der eigenen Behandlung beeinträchtigen (übersetzt nach NICE 2016, S. 86: “Depression and anxiety can be a barrier to patients being able to manage their own care”).
Anmerkungen	Es sind mit dem Begriff Depression die ICD-10 Diagnosen F 32*, F 33* und F 34.1 eingeschlossen.
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Ergebnisdokumentation
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Angemessenheit der Versorgung Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung Patientensicherheit
Zugrundliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> “Be alert to the possibility of depression and anxiety”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse,	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission)

Empfehlungsgrad

Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 2: Angst-Screening	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screeningfragen das Vorliegen einer Angststörung eingeschätzt wurde
Zielstellung	Möglich hoch
Zähler	Anzahl von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screeningfragen das Vorliegen einer Angststörung eingeschätzt wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Patienten mit bereits diagnostizierter Angststörung werden nicht berücksichtigt.
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	“People with multimorbidity and healthcare professionals reported that depression and anxiety can be a barrier to people with multimorbidity managing their own care, including medication compliance and preventative action, for example diet and exercise regimes.” (NICE 2016, S. 91)
Anmerkungen	Es werden die ICD-10 Diagnosen F40* und F41* eingeschlossen.
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Ergebnisdokumentation
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung Angemessenheit der Versorgung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> “Be alert to the possibility of depression and anxiety”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 3: Gezieltes Erfassen von Schmerzen	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die gezielt auf das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die gezielt auf das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: mindestens einmal jährlich
Begründung	<p>„Sie [chronische Schmerzprobleme] treten bei einer großen Anzahl von Patienten mit Multimorbidität auf, beeinträchtigen das emotionale Wohlbefinden und sind häufig mit depressiven Symptomen verbunden. Es gibt Belege dafür, dass chronische Schmerzprobleme bei mehrfacherkrankten Patienten das Risiko für Stürze, Angststörungen und kognitive Dysfunktion sowie für Einschränkungen der Funktionalität erhöhen.“ (DEGAM 2017, S.16)</p> <p>„Die Annahme, dass ältere Menschen ihren Schmerz grundsätzlich zum Beratungsanlass beim Hausarzt machen, scheint nicht richtig. Bevölkerungsumfragen ergeben viel höhere Prävalenzwerte als es die Beratungsanlassrate für Schmerz in Hausarztpraxen vermuten ließe. Die sogenannten »still Leidenden« werden nicht erfasst.“ (Hausärztliche Leitlinie Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis 2017, S. 43)</p>
Anmerkungen	
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation von Schmerzerfassung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Angemessenheit der Versorgung Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<p><i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> “Be alert to the possibility of (...) chronic pain and the need to assess this and the adequacy of pain management”</p>
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<p><i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)</p>

Indikator Nr. 4: Umfassendes Schmerzassessment

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit chronischen Schmerzen, die ein umfassendes Schmerzassessment erhielten
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit chronischen Schmerzen, die ein umfassendes Schmerzassessment erhielten
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit chronischen Schmerzen
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Sie [chronische Schmerzprobleme] treten bei einer großen Anzahl von Patienten mit Multimorbidität auf, beeinträchtigen das emotionale Wohlbefinden und sind häufig mit depressiven Symptomen verbunden. Es gibt Belege dafür, dass chronische Schmerzprobleme bei mehrfacherkrankten Patienten das Risiko für Stürze, Angststörungen und kognitive Dysfunktion sowie für Einschränkungen der Funktionalität erhöhen.“ (DEGAM 2017, S.16)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Ergebnisdokumentation eines Schmerzassessments
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Angemessenheit der Versorgung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	“Be alert to the possibility of: chronic pain and the need to assess this and the adequacy of pain management” (NICE 2016, S. 237).
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 5: Überprüfung des Schmerzmanagements	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit chronischen Schmerzen, deren Schmerzmanagement regelmäßig überprüft wird
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit chronischen Schmerzen, deren Schmerzmanagement regelmäßig überprüft wird
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die unter chronischen Schmerzen leiden
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: zwölf Monate
Begründung	“Sie [chronische Schmerzprobleme] treten bei einer großen Anzahl von Patienten mit Multimorbidität auf, beeinträchtigen das emotionale Wohlbefinden und sind häufig mit depressiven Symptomen verbunden. Es gibt Belege dafür, dass chronische Schmerzprobleme bei mehrfacherkrankten Patienten das Risiko für Stürze, Angststörungen und kognitive Dysfunktion sowie für Einschränkungen der Funktionalität erhöhen.” (DEGAM 2017, S.16)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Verlaufskontrolle der Schmerzbehandlung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Angemessenheit der Versorgung Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlungen/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> “Be alert to the possibility of: chronic pain and the need to assess this and the adequacy of pain management”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 6: Gebrechlichkeits-Screening

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen das Vorliegen von Gebrechlichkeit mithilfe validierter Instrumente eingeschätzt wurde
Zielstellung	Zu diskutieren: Nur bei einem Teil der multimorbiden Patienten ab 65 Jahren legt der klinische Zustand ein gezieltes Assessment auf Gebrechlichkeit nahe
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen das Vorliegen von Gebrechlichkeit mithilfe validierter Instrumente eingeschätzt wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Bei Patienten mit akuten Beschwerden sollte auf die Prüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit verzichtet werden.
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	“Die Erkennung beginnender Frailty im Stadium der Pre-Frailty eröffnet präventives Potenzial für geeignete Interventionen, um die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen.” (DEGAM 2017, S. 18)
Anmerkungen	“Unter dem Begriff Gebrechlichkeit (engl. “frailty”) wird das gleichzeitige Auftreten verschiedener, z.T. krankheitsbedingter Einschränkungen verstanden, die ältere Menschen (gesundheitlich) weniger belastbar und damit anfälliger für Erkrankungen, Behinderungen und Stürze machen” (RKI 2016, S. 1).
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Ergebnisdokumentation Für den Einsatz werden folgende Instrumente vorgeschlagen: formelle oder informelle Prüfung der Gehgeschwindigkeit, Timed-up-and-go-Test, PRISMA-7 Fragebogen, selbstberichteter Gesundheitszustand.
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 221:</i> “Consider assessing frailty in people with multimorbidity.”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 221:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 7: Einschätzung des Unterstützungsbedarfs	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Unterstützungsbedarf eingeschätzt und dokumentiert wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Unterstützungsbedarf eingeschätzt und dokumentiert wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: mind. einmal jährlich
Begründung	<p>Die Gefährdung von Selbstständigkeit und Autonomie (als abwendbar gefährliche Verläufe) nimmt eine hohe Priorität im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Multimorbidität ein (vgl. DEGAM 2017, S. 29).</p> <p>Die soziale Teilhabe der Patienten, funktionelle Autonomie, Bewältigungsstrategien und Inanspruchnahmeverhalten sollten ebenfalls eruiert und berücksichtigt werden, da diese wertvolle Kontextinformationen liefern, welche die klinische Entscheidungsfindung und die Versorgungsplanung unterstützen können (übersetzt nach Muth et al. 2014, S. 5: „Patients' social participation, functional autonomy, coping strategies and health care-seeking behavior should also be elicited and considered, as these provide valuable contextual information that may support clinical decision making and care planning“).</p>
Anmerkungen	-
Datenerhebung	<p>Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation des Unterstützungsbedarfs</p> <p>Wenn der klinische Zustand des Patienten ein gezieltes Assessment nahelegt, werden für den Einsatz folgende Instrumente vorgeschlagen: Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody</p>
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	<p>Patientensicherheit</p> <p>Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung</p> <p>Angemessenheit der Versorgung</p>
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<p><i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 28:</i> „Unterstützungsbedarf eruieren“ im Meta-Algorithmus</p> <p><i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> “Elicit and consider social circumstances, financial constraints, living conditions, social support, health literacy, functional autonomy, and coping strategies”</p>
Originalindikator	-

Quelle, *DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 28:*

Evidenzklasse, Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad
Empfehlungsgrad: k.A.

Muth et al. 2014, S. 8:

Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 8: Information zu Unterstützungsangeboten	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die über Unterstützungsangebote informiert wurden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die über Unterstützungsangebote informiert wurden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Berücksichtigung finden ausschließlich Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen Unterstützungsbedarf festgestellt wurde.
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: situativ nach Feststellung des Unterstützungsbedarfs
Begründung	<p>Die Gefährdung von Selbstständigkeit und Autonomie (als abwendbar gefährliche Verläufe) nimmt eine hohe Priorität im Rahmen der Versorgung von Patienten mit Multimorbidität ein (vgl. DEGAM 2017, S. 29).</p> <p>Die soziale Teilhabe der Patienten, funktionelle Autonomie, Bewältigungsstrategien und Inanspruchnahmeverhalten sollten ebenfalls eruiert und berücksichtigt werden, da diese wertvolle Kontextinformationen liefern, welche die klinische Entscheidungsfindung und die Versorgungsplanung unterstützen können (übersetzt nach Muth et al. 2014, S. 5: „Patients‘ social participation, functional autonomy, coping strategies and health care-seeking behavior should also be elicited and considered, as these provide valuable contextual information that may support clinical decision making and care planning“).</p>
Anmerkungen	Unterstützungsangebote: z. B. Sozialdienst, Beratungsstellen, Ergotherapie, Pflegedienst
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation von Information zu Unterstützungsangeboten
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	<p>Patientensicherheit</p> <p>Zugang zur Versorgung</p> <p>Angemessenheit der Versorgung</p>
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<p><i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 28:</i> „Unterstützungsbedarf eruieren“ im Meta-Algorithmus</p> <p><i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> “Elicit and consider social circumstances, financial constraints, living conditions, social support, health literacy, <u>functional autonomy</u>, and coping strategies”</p>
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<p><i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 28:</i></p> <p>Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)</p> <p>Empfehlungsgrad: k.A.</p>

Muth et al. 2014, S. 8:

Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr.9: Information über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen im Gespräch finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten thematisiert wurden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen im Gespräch finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten thematisiert wurden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Mind. einmal pro Patient und bei Informationsbedarf
Begründung	<p>Finanzielle Einschränkungen stellen für multimorbide Patienten eine Barriere für das Management der eigenen Behandlung dar (vgl. Bayliss, Ellis & Steiner, 2007).</p> <p>„Als wichtig für das Gelingen von „patient-centered care“ wurde von den meisten befragten Ärzten die langzeitige Arzt-Patientenbeziehung genannt, als eher hinderlich (...) sozioökonomische Problemlagen des Patienten.“ (DEGAM 2017, S. 11)</p>
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	<p>Patientenorientierung</p> <p>Gleichheit bei der Versorgung</p>
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<p><i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 28: „bekannte psychosoziale/familiäre Problemlagen thematisieren“</i></p> <p><i>Muth et al. 2014, S. 8: “Elicit and consider social circumstances, <u>financial constraints</u>, living conditions, social support, health literacy, functional autonomy, and coping strategies”</i></p>
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<p><i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 28:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.</p> <p><i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.</p>

Indikator Nr. 10: Erfassen der Wohnsituation	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Wohnsituation erfragt wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Wohnsituation erfragt wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	Eine problematische Wohnsituation kann mit Risiken wie Vereinsamung, mangelnder Unterstützung, eingeschränkter Erreichbarkeit und Stolperfallen verbunden sein und dadurch nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit haben.
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation der Wohnsituation
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> "Elicit and consider social circumstances, financial constraints, <u>living conditions</u> , social support, health literacy, functional autonomy, and coping strategies"
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 11: Information über Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die über Maßnahmen zur Anpassung ihrer Wohnsituation informiert wurden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die über Maßnahmen zur Anpassung ihrer Wohnsituation informiert wurden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Mind. einmal pro Patient und bei Informationsbedarf
Begründung	Eine problematische Wohnsituation kann mit Risiken wie Vereinsamung, mangelnder Unterstützung, eingeschränkter Erreichbarkeit und Stolperfallen verbunden sein und dadurch nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit haben.
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation eines Gesprächs zur Anpassung der Wohnsituation
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlungen/Statement	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> "Elicit and consider social circumstances, financial constraints, <u>living conditions</u> , social support, health literacy, functional autonomy, and coping strategies"
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 12: Berücksichtigung der sozialen Unterstützung	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Unterstützungsmöglichkeiten durch das familiäre und soziale Umfeld besprochen wurden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Unterstützungsmöglichkeiten durch das familiäre und soziale Umfeld besprochen wurden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Soziale Isolation oder das Fehlen eines sozialen Netzwerks kann für Menschen mit Multimorbidität eine Barriere in ihrem Krankheitsmanagement darstellen. (...) Dazu gehören finanzielle Unterstützung (z. B. Unterstützung bei Transportkosten für Behandlungstermine), emotionale Unterstützung (z. B. zum Training motivieren), Unterstützung durch Informationen (z. B. Hilfe bei der Suche und Auswertung relevanter Informationen) und Verhaltensunterstützung (z. B. daran erinnern, Medikamente einzunehmen)“ (übersetzt nach NICE 2016, S. 92: “Social isolation or a lack of a network of social support may be a barrier to people with multimorbidity managing their health conditions (...). This included financial support (for example helping them pay for transport to healthcare appointments), emotional support (for example motivating them to exercise), informational support (for example helping them to find and interpret relevant information), and behavioural support (for example reminding them to take their medication).“)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation der sozialen Unterstützungsmöglichkeiten
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlungen/Statement	<p><i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> “Elicit and consider social circumstances, financial constraints, living conditions, <u>social support</u>, health literacy, functional autonomy, and coping strategies”</p> <p><i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 19:</i> “Involving the patient’s informal social network, including family, friends, patient associations, neighbours, with either their treatment or care, and finding ways to increase their social support network”</p>
Originalindikator	-

Quelle,	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i>
Evidenzklasse,	Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	Empfehlungsgrad: k.A.

	<i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 19:</i>
	Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)
	Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 13: Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Gesundheitskompetenz durch den Hausarzt eingeschätzt und in der Behandlungsplanung berücksichtigt wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Gesundheitskompetenz durch den Hausarzt eingeschätzt und in der Behandlungsplanung berücksichtigt wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	Studien haben gezeigt, dass eine geringe Gesundheitskompetenz mit einem schlechteren psychischen und physischen Gesundheitszustand, nachteiligen krankheitsspezifischen Folgen, einer höheren Mortalität und einer stärkeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, aber einer geringeren Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen einhergeht. (...) Darüber hinaus ist Gesundheitskompetenz eine Voraussetzung für Patientenaktivierung und die gemeinsame Entscheidungsfindung (übersetzt nach N'Goran et al. 2018, S. 1f.: "Studies have shown that lower HL [health literacy] is associated with a lower mental and physical health status, adverse disease-specific outcomes, higher mortality and more use of healthcare but less use of preventive care. (...) Additionally, HL [health literacy] is a prerequisite for patient activation and shared decision-making.")
Anmerkungen	Gesundheitskompetenz: „die Fähigkeit(en) von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können“ (Schaeffer et al., 2018)
Datenerhebung	Arztbefragung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> "Elicit and consider social circumstances, financial constraints, living conditions, social support, <u>health literacy</u> , functional autonomy, and coping strategies" <i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 8:</i> "Regular comprehensive assessment of patients, including (...) evaluation of patients' preferences and personal resources (e.g. coping skills, health literacy)."

Originalindikator	-
Quelle,	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i>
Evidenzklasse,	Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	Empfehlungsgrad: k.A.
	<i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 8:</i>
	Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)
	Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 14: Strategien zur Krankheitsbewältigung	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über Strategien zur Krankheitsbewältigung gesprochen hat
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über Bewältigungsstrategien gesprochen hat
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Niedrige Selbstwirksamkeit und erlebte Hilflosigkeit, eingeschränkte Fähigkeiten zum Entwickeln von Problemlösungsstrategien und mangelnde soziale Unterstützung verstärken die negative Auswirkung von Multimorbidität auf die Lebensqualität.“ (DEGAM 2017, S. 16)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation eines Gesprächs über Strategien zur Krankheitsbewältigung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> "Elicit and consider social circumstances, financial constraints, living conditions, social support, health literacy, functional autonomy, and <u>coping strategies</u> " <i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 8:</i> "Regular comprehensive assessment of patients, including (...) evaluation of patients' preferences and personal resources (e.g. coping skills, health literacy)."
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A. <i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 8:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 15: Einschätzen der Lebensqualität	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über ihre Lebensqualität gesprochen hat
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über ihre Lebensqualität gesprochen hat
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Der Fokus beim Management von multimorbiden Personen liegt auf der Verbesserung der Lebensqualität, des funktionellen Status und der Befähigung zum Selbstmanagement.“ (DEGAM 2017, S. 34)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation eines Gesprächs über die Lebensqualität
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> “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”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 81:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 16: Erhebung der subjektiven Beeinträchtigung durch die chronischen Krankheiten

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über die subjektive Beeinträchtigung durch die chronischen Krankheiten gesprochen hat
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über die subjektive Beeinträchtigung durch die chronischen Krankheiten gesprochen hat
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	Bei Personen mit Multimorbidität ist es oft schwierig oder unmöglich, ein bestimmtes Symptom einer einzelnen Krankheit zuzuschreiben. Darüber hinaus ist die Symptomlast bei Patienten mit mehreren Erkrankungen in der Regel größer als bei Patienten mit einer einzelnen Erkrankung. Da die Behandlung von Symptomen ein Hauptziel bei der Behandlung chronischer Erkrankungen ist, wird bei Patienten mit Multimorbidität die Linderung von Symptomen als wünschenswertes Gesundheitsergebnis priorisiert (übersetzt nach Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions 2012, S. 2335: "In persons with MCCs [multiple chronic conditions], it is often difficult or impossible to attribute a specific symptom to a single condition. Furthermore, symptom burden is typically greater in individuals with multiple conditions than in those with a single condition. Because symptom management is a major goal of the treatment of chronic diseases, individuals with MCCs prioritize symptom relief as a desirable health outcome.").
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation eines Gesprächs über die subjektive Beeinträchtigung durch die Krankheiten
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> "Establish disease burden by talking to people about how their health problems affect their day-to-day life. Include a discussion of (...) how disease burden affects their wellbeing"
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 17: Erfassen der Symptomlast

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mithilfe validierter Instrumente erfasst wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mithilfe validierter Instrumente erfasst wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	Bei Personen mit Multimorbidität ist es oft schwierig oder unmöglich, ein bestimmtes Symptom einer einzelnen Krankheit zuzuschreiben. Darüber hinaus ist die Symptomlast bei Patienten mit mehreren Erkrankungen in der Regel größer als bei Patienten mit einer einzelnen Erkrankung. Da die Behandlung von Symptomen ein Hauptziel bei der Behandlung chronischer Erkrankungen ist, wird bei Patienten mit Multimorbidität die Linderung von Symptomen als wünschenswertes Gesundheitsergebnis priorisiert (übersetzt nach Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions 2012, S. 2335: "In persons with MCCs [multiple chronic conditions], it is often difficult or impossible to attribute a specific symptom to a single condition. Furthermore, symptom burden is typically greater in individuals with multiple conditions than in those with a single condition. Because symptom management is a major goal of the treatment of chronic diseases, individuals with MCCs prioritize symptom relief as a desirable health outcome.>").
Anmerkungen	Symptomlast: ein Konzept, das sowohl den Schweregrad der Symptome als auch die Wahrnehmung des Patienten hinsichtlich der Auswirkungen der Symptome umfasst (vgl. Cleeland 2007)
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Ergebnisdokumentation Folgendes Messinstrument wird für den Einsatz vorgeschlagen: CMSAS
Indikatorotyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> „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“ <i>Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions 2012, S. 2335:</i> "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.”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<p><i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.</p> <p><i>Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions 2012, S. 233</i> Evidenzklasse: IV (Expertenmeinung) Empfehlungsgrad: 0 (offene Empfehlung)</p>

Indikator Nr. 18: Ermitteln von Patientenpräferenzen	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch durch den Hausarzt erfragt und dokumentiert wurden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch durch den Hausarzt erfragt und dokumentiert wurden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	Die Werte, Prioritäten und Ziele von Personen können beeinflussen, wie sie langfristige Gesundheitsprobleme erleben und wie sich diese auf ihr Leben auswirken. Sie können auch ihren Bedarf an Versorgung und Unterstützung beeinflussen. Zu besprechen und zu ergründen, was für eine Person mit Multimorbidität wichtig ist, dies in ihrem individualisierten Behandlungsplan festzuhalten und die Informationen weiterzugeben, kann sicherstellen, dass die Planung und Durchführung der Versorgung persönliche Präferenzen widerspiegelt (übersetzt nach NICE 2017, S. 9: "A person's values, priorities and goals can affect how they experience long-term health problems and how these affect their life. They can also affect their need for care and support. Discussing and exploring what is important to a person with multimorbidity, recording this in their individualised management plan, and sharing the information can ensure that the planning and delivery of care reflects personal preferences.").
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation von Patientenpräferenzen
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Mitwirkung und aktive Einbeziehung des Patienten
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<p><i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 240:</i> "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 burdens, lengthening life."</p> <p><i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 23:</i> „Bei der Ermittlung von Patientenpräferenzen und Wertvorstellungen sind folgende Aspekte anzusprechen (Adaptation aus NICE-Guideline): Patienten sollen ermutigt</p>

	<p>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.”</p>
Originalindikator	<p><i>NICE Multimorbidity Quality Standard 2017, S. 9:</i> “Proportion of adults with an individualised management plan for multimorbidity whose plan has a record of values, priorities and goals.”</p>
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<p><i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 240:</i> Evidenzklasse: Ia (mindestens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)</p> <p><i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie, 2017, S. 23:</i> Evidenzklasse: Ia (mindestens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)</p>

Indikator Nr. 19: Einbeziehen von Angehörigen und Pflegenden	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt geklärt hat, ob und inwieweit Angehörige und Pflegende in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt geklärt hat, ob und inwieweit Angehörige und Pflegende in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	<p>Patienten wünschen möglicherweise, dass ihre Familie, Freunde und Pflegende in die Entscheidungsfindung einbezogen werden oder sogar die Entscheidung für sie treffen. Für Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen, die nicht in der Lage sind, die Implikationen verschiedener Optionen zu verstehen, werden diese Personen zu Entscheidungsträgern, die mit den Ärzten zusammenarbeiten, um Entscheidungen im Namen des Patienten zu treffen. Auch Personen, die keine kognitiven Beeinträchtigungen haben, wollen möglicherweise, dass ihre Familie einbezogen wird (übersetzt nach American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 3: „Patients may want their family, friends, and caregivers to be included in decision-making or even to make the decision for them. For patients with cognitive impairment who are unable to understand the implications of different options, these significant others become surrogate decision makers who work with clinicians to make decisions on behalf of the patient. Individuals who are cognitively intact may also want their family to be involved“).</p>
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation zum Einbeziehen von Angehörigen/Pflegenden
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<p><i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 240:</i> „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.“</p>

	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 23: „Es sollte mit dem Patienten geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden sollen.“</i>
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 240:</i> Evidenzklasse: IV Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)
	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 23:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion

Indikator Nr. 20: Identifikation von multimorbiden Patienten	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren, bei denen das Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen festgestellt und gekennzeichnet wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen das Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen festgestellt und gekennzeichnet wurde
Nenner	Alle Patienten ab 65 Jahren der Hausarztpraxis mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal pro Patient und bei Neudiagnosen
Begründung	Für die Zielgruppe Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten soll der Zugang zu einem übergeordneten Behandlungsmanagement für Multimorbidität hergestellt werden.
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Kennzeichnung von Multimorbidität in der Patientenakte
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Zugang zur Versorgung Angemessenheit der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 103:</i> "Identify adults who may benefit from an approach to care that takes account of multimorbidity: <ul style="list-style-type: none"> ▪ opportunistically during routine care ▪ proactively using electronic health records."
Originalindikator	<i>NICE Multimorbidity Quality Standard 2017, S. 6:</i> "Proportion of adults with multimorbidity identified by the GP practice."
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 103:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 21: Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt gemeinsam Behandlungsziele vereinbart und dokumentiert hat
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt gemeinsam Behandlungsziele vereinbart und dokumentiert hat
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Während Hausärzte ihren Hauptfokus auf die Verbesserung der Prognose für einen Patienten legen, stehen für Patienten eher Aspekte, die mit Beschwerden einhergehen im Vordergrund. (...) Diese Diskrepanz legt nahe, dass im Rahmen der hausärztlichen Betreuung von multimorbiden Patienten das Aushandeln von Versorgungszielen, die die Werthaltungen des Patienten reflektieren, erforderlich ist.“ (DEGAM 2017, S. 24)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation von Behandlungszielen
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99.:</i> „Agree an individualised management plan with the person including (...) goals and plans for future care“ <i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> „Jegliche Entscheidung soll vor dem Hintergrund der sich häufig erst im Gespräch entwickelnden Patientenpräferenzen und der gemeinsamen Priorisierung von Behandlungszielen erfolgen.“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung) <i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 22: Schriftlicher Behandlungsplan	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein umfassender Behandlungsplan erstellt wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein umfassender Behandlungsplan erstellt wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	
Begründung	Zu besprechen und zu ergründen, was für eine Person mit Multimorbidität wichtig ist, dies in ihrem individualisierten Behandlungsplan zu dokumentieren und die Informationen weiterzugeben, kann sicherstellen, dass die Planung und Durchführung der Versorgung persönliche Präferenzen widerspiegelt (übersetzt nach NICE 2017, S. 9: "Discussing and exploring what is important to a person with multimorbidity, recording this in their individualised management plan, and sharing the information can ensure that the planning and delivery of care reflects personal preferences.").
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation eines aktuellen Behandlungsplans
Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Kontinuität der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 266:</i> “(...) 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).”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 266:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 23: Advance Care Planning	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über Ziele und Pläne für die künftige Versorgung (<i>advance care planning</i>) gesprochen wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über Ziele und Pläne für die künftige Versorgung (<i>advance care planning</i>) gesprochen wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: zwölf Monate
Begründung	Ein individualisierter Behandlungsplan, der eine Vorausplanung der Versorgung (<i>advance care planning</i>) beinhaltet, trägt dazu bei, sicherzustellen, dass bei Entscheidungen die Präferenzen, Bedürfnisse und Prioritäten einer Person berücksichtigt werden und die daraus resultierenden Maßnahmen klar sind (übersetzt nach NICE 2016, S. 12: "An individualised management plan including advance care planning help ensure that decisions take account of a person's preferences, needs and priorities, and that the resulting actions are clear").
Anmerkungen	<i>Advance Care Planning</i> ist ein Prozess, bei dem Menschen ihre Werte und Präferenzen für die medizinische Versorgung identifizieren und einen stellvertretenden Entscheidungsträger im Falle eines medizinischen Notfalls oder des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit benennen (vgl. Lum & Sudore 2016).
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf <i>advance care planning</i> . Dies umfasst die Dokumentation von Gesprächsangeboten, Zielen, Wünschen, Entscheidungsträgern, Betreuungsplänen, Patientenverfügungen, Notfallverordnungen etc.
Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Kontinuität der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99:</i> „Agree an individualised management plan with the person including goals and plans for future care (including advance care planning).“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 24: Überprüfung der Therapiemaßnahmen	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen die Wirksamkeit der Therapiemaßnahmen regelmäßig überprüft wird
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen die Wirksamkeit der Therapiemaßnahmen regelmäßig überprüft wird
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: zwölf Monate
Begründung	Die Situation des multimorbiden Patienten ist dynamisch und nicht statisch, weswegen ein regelmäßiges Monitoring erforderlich ist (vgl. Leijten et al. 2018).
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> "Agree with the patient on the schedule for follow-up visits to evaluate goal attainment and re-assess interactions."
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 25: Erhebung der Belastung durch die Behandlungen

Beschreibung	Anteil (%) von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen hat
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen hat
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Patienten mit chronischen Erkrankungen erfahren vielfältige Belastungen im Rahmen ihrer medizinischen Versorgung, z. B. durch das Einhalten von Diätvorschriften, die Einnahme von Medikamenten, bei erforderlichen Selbstkontrollen von bspw. Stoffwechselfparametern, durch diverse Arztbesuche und Untersuchungen, physikalische Therapie und Krankengymnastik. Zudem interferieren in der Wahrnehmung von Patienten die Belastungen aus Behandlungen mit denen, die aus den Erkrankungen erwachsen, wie bspw. Symptome und Beeinträchtigungen. (...) In der Konsequenz sind Patienten häufig mit ihren gesundheitsbezogenen Aufgaben überfordert. Ihre Adhärenz – insbesondere zu Medikamenten, aber auch zu vereinbarten Konsultationen – nimmt u.a. dadurch häufig ab, mit allen für Non-Adhärenz bekannten negativen Folgen, wie Medikationsfehler, erhöhte Morbidität und Mortalität“ (DEGAM 2017, S. 19)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der Belastung durch die Behandlungen
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<p><i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i></p> <p>“Establish treatment burden by talking to people about how treatments for their health problems affect their day-to-day life. Include in the discussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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”

Originalindikator	-
Quelle,	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i>
Evidenzklasse,	Evidenzklasse: IV (Fachkommission)
Empfehlungsgrad	Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 26: Erhöhte Belastung durch die Behandlungen	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, sich durch ihre gesundheitsbezogenen Aufgaben überfordert zu fühlen
Zielstellung	Möglichst gering
Zähler	Anzahl der Patienten mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, sich durch ihre gesundheitsbezogenen Aufgaben überfordert zu fühlen
Nenner	Anzahl der Patienten mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	-
Begründung	„Patienten mit Multimorbidität sind in zweifacher Hinsicht von diesen Belastungen betroffen: einerseits kumulieren die Belastungen aus den Behandlungen der verschiedenen Erkrankungen, andererseits sind ihre Kapazitäten, mit diesen Belastungen umzugehen, reduziert. In der Konsequenz sind Patienten häufig mit ihren gesundheitsbezogenen Aufgaben überfordert. Ihre Adhärenz – insbesondere zu Medikamenten, aber auch zu vereinbarten Konsultationen – nimmt u.a. dadurch häufig ab, mit allen für Non-Adhärenz bekannten negativen Folgen, wie Medikationsfehler, erhöhte Morbidität und Mortalität“ (DEGAM 2017, S. 19).
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatorotyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 81:</i> “When offering an approach to care that takes account of multimorbidity, focus on (...) improving quality of life by reducing treatment burden (...)”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 81:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 27: Überprüfung der Therapie-Adhärenz	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapie-Adhärenz regelmäßig überprüft wird
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapie-Adhärenz regelmäßig überprüft wird
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	Über alle Krankheiten hinweg ist die Adhärenz der wichtigste modifizierbare Faktor, der das Behandlungsergebnis beeinträchtigt. Die beste Behandlung kann durch mangelnde Adhärenz unwirksam gemacht werden (übersetzt nach WHO 2003, S. 135: "Across diseases, adherence is the single most important modifiable factor that compromises treatment outcome. The best treatment can be rendered ineffective by poor adherence.")
Anmerkungen	„Adhärenz bezeichnet die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele.“ (Hausärztliche Leitlinie Hausärztliche Gesprächsführung, S. 26) „Wenn der Patient sich nicht oder nur unvollständig an die zuvor vereinbarten Behandlungsabsprachen hält, spricht man von Non-Adhärenz.“ (Hausärztliche Leitlinie Multimedikation 2014, S.18).
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der Adhärenz
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 11:</i> "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."
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 11:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 28: Hohe Therapie-Adhärenz	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, ihre Behandlungs- und Medikamentenpläne zu einzuhalten
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, ihre Behandlungs- und Medikamentenpläne zu einzuhalten
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	-
Begründung	Über alle Krankheiten hinweg ist die Adhärenz der wichtigste modifizierbare Faktor, der das Behandlungsergebnis beeinträchtigt. Die beste Behandlung kann durch mangelnde Adhärenz unwirksam gemacht werden (übersetzt nach WHO 2003, S. 135: "Across diseases, adherence is the single most important modifiable factor that compromises treatment outcome. The best treatment can be rendered ineffective by poor adherence.")
Anmerkungen	„Adhärenz bezeichnet die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt gesetzten Therapieziele.“ (Hausärztliche Leitlinie Hausärztliche Gesprächsführung, S. 26) „Wenn der Patient sich nicht oder nur unvollständig an die zuvor vereinbarten Behandlungsabsprachen hält, spricht man von Non-Adhärenz.“ (Hausärztliche Leitlinie Multimedikation 2014, S.18).
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 11: "Treatments and interventions must be prioritized to optimize adherence to the most essential pharmacological and nonpharmacological therapies"</i>
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 11:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 29: Überprüfung der Medikamentenverträglichkeit	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass der Hausarzt regelmäßig die Medikamentenverträglichkeit erfragt
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass der Hausarzt regelmäßig die Medikamentenverträglichkeit erfragt
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die eine medikamentöse Therapie erhalten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: zwölf Monate
Begründung	Multimorbidität gilt als wichtiger Risikofaktor für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) im Alter (Hausärztliche Leitlinie Multimedikation 2014, S. 69).
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> “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.“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 30: Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	
Beschreibung	Die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren.
Zielstellung	Möglichst hoch.
Zähler	-
Nenner	-
Ein- und Ausschlusskriterien	Bezieht sich auf Praxen, die an der hausärztlichen Versorgung von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind.
Bezugsgröße	-
Begründung	Wichtigste Risikofaktoren für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) im Alter sind (...) Multimorbidität und Multimedikation.“ (Hausärztliche Leitlinie Multimedikation 2014, S.69)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Selbstauskunft
Indikatortyp	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 16:</i> “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.“
Originalindikator	
Quelle,	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 16:</i>
Evidenzklasse,	Evidenzklasse: IV (Fachkommission)
Empfehlungsgrad	Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 31: Überprüfung der tatsächlich verwendeten Medikation	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen die tatsächlich verwendete Medikation überprüft wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen die tatsächlich verwendete Medikation überprüft wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Berücksichtigung finden ausschließlich Patienten mit Dauermedikation (siehe Anmerkungen)
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Etwa die Hälfte bis ein Drittel der für chronische Erkrankungen verordneten Medikamente werden nicht wie empfohlen eingenommen, wobei die Abweichungen mit der Zahl eingenommener Medikamente zunehmen. (...) Häufige Gründe für die Abweichungen sind neben Dokumentationsproblemen in der Praxis (Medikamentenplan nicht aktualisiert) vor allem die Fremdverordnungen durch mitbehandelnde Ärzte und die Einnahme frei verkäuflicher Präparate (Over-The-Counter, OTC).“ (Leitliniengruppe Hessen 2014, S. 19)
Anmerkungen	Dauermedikation: Medikation mit einer Einnahmedauer von mind. 6 Monaten
Datenerhebung	Patientenakte
Indikatorart	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> „Bei der medikamentösen Behandlung soll die tatsächlich verwendete Medikation überprüft werden (modifiziert nach LL „Multimedikation“, S. 17).“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 32: Medikamentenreview	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen durch den Hausarzt ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen durch den Hausarzt ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Berücksichtigung finden ausschließlich Patienten mit Dauermedikation (siehe Anmerkungen)
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	„Mit der Verordnung von multiplen Medikamenten steigt die Ungewissheit hinsichtlich Medikamenteninteraktionen, unerwünschter Medikamentennebenwirkungen und der Adhärenz.“ (DEGAM 2017, S. 36).
Anmerkungen	Dauermedikation: Medikation mit einer Einnahmedauer von mind. 6 Monaten
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation eines Medikamentenreviews
Indikatorotyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit Wirksamkeit der Maßnahmen
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99:</i> “Review medicines and other treatments taking into account evidence of likely benefits and harms for the individual patient and outcomes important to the person.”
Originalindikator	<i>NICE Multimorbidity quality Standard 2017, S. 15:</i> “Proportion of adults having a review of their medicines and other treatments for multimorbidity who discussed whether any can be stopped or changed.”
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 33: Informationen zu Prognosen	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen von ihrem Hausarzt angeboten wurde, über Prognosen zu reden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen von ihrem Hausarzt angeboten wurde, über Prognosen zu reden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: einmal jährlich
Begründung	Eine Diskussion über die Prognose kann als Sprungbrett für schwierige Gespräche dienen, die Entscheidungsfindung und eine vorausschauende Versorgungsplanung erleichtern, während gleichzeitig die Präferenzen der Patienten, Behandlungsstrategien und –prioritäten berücksichtigt werden können (übersetzt nach American Geriatrics Society Expert Panel 2012, S. 5: „A discussion about prognosis can serve as a springboard for difficult conversations, facilitating decision-making and advance care planning, while addressing patient preferences, treatment rationales, and therapy prioritization“).
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 4: “Frame clinical management decisions within the context of (...) prognosis (...)”</i>
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 4:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 34: Informationen über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt vor Behandlungsentscheidungen über potentiellen Nutzen und Risiken der Therapieoptionen gesprochen hat
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen der Hausarzt vor Behandlungsentscheidungen über potentiellen Nutzen und Risiken der Therapieoptionen gesprochen hat
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: situativ vor Behandlungsentscheidungen
Begründung	Obwohl Ärzte bestimmte unerwünschte Wirkungen als weniger wichtig betrachten als den erwarteten Nutzen, halten Patienten diese oft für ausschlaggebend (übersetzt nach American Geriatrics Society Expert Panel 2012, S. 5: "Although clinicians may feel that some adverse effects are less important than expected benefits, patients often consider them to be highly significant.").
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation eines Gesprächs zu Nutzen und Schaden der Therapieoptionen Patientenbefragung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 3:</i> "Ensure that older adults with multimorbidity are adequately informed about the expected benefits and harms of different treatment options."
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 5:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 35: Informationen zur Medikation	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die von ihrem Hausarzt zur Indikation, Wirkung und Art der Einnahme oder Anwendung von Medikamenten informiert wurden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die von ihrem Hausarzt zur Indikation, Wirkung und Art der Einnahme oder Anwendung von Medikamenten informiert wurden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Berücksichtigung finden ausschließlich Patienten, die eine medikamentöse Therapie erhalten
Bezugsgröße	situativ bei Neuverschreibung
Begründung	Unsicherheiten hinsichtlich der Medikamenteneinnahme können zu Non-Adhärenz führen. Einnahme- oder Anwendungsfehler sind für die Patienten mit Risiken verbunden und können Medikamenteninteraktionen verstärken.
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Patientensicherheit
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> „Bei der medikamentösen Behandlung soll die tatsächlich verwendete Medikation überprüft werden (...). Gleichzeitig sollten Missverständnisse über Indikation, Wirkung und Art der Einnahme oder Anwendung geklärt und ausgeräumt werden“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 23:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 36: Berücksichtigung der Patientenpräferenzen bei der Versorgungsplanung	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass ihre Präferenzen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass ihre Präferenzen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Bezugsgröße: zwölf Monate
Begründung	Zu besprechen und zu ergründen, was für eine Person mit Multimorbidität wichtig ist, dies in ihrem individualisierten Behandlungsplan festzuhalten und die Informationen weiterzugeben, kann sicherstellen, dass die Planung und Durchführung der Versorgung persönliche Präferenzen widerspiegelt (übersetzt nach NICE 2017, S. 9: "Discussing and exploring what is important to a person with multimorbidity, recording this in their individualised management plan, and sharing the information can ensure that the planning and delivery of care reflects personal preferences.").
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatorotyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Mitwirkung und aktive Einbeziehung des Patienten
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 4: "Elicit and incorporate patient preferences into medical decision-making for older adults with multimorbidity."</i>
Originalindikator	<i>NICE Multimorbidity Quality Standard 2017, S. 16: "Adults having a review of their medicines and other treatments for multimorbidity feel that the decisions about their treatments have taken into account the outcomes they felt were important"</i>
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012, S. 4:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 37: Partizipative Entscheidungsfindung

Beschreibung	Anteil (%) aller Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass sie so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl aller Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass sie so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	-
Begründung	Dies ist für multimorbide Patienten relevant, da diese häufig komplexe Versorgungsbedürfnisse haben, die eine sorgfältige Berücksichtigung möglicher negativer Folgen erfordern, einschließlich des Verlusts von körperlicher Funktionsfähigkeit, Depression und reduzierter Lebensqualität. Nebenwirkungen der Behandlung und Veränderungen in der Lebensführung, die diese Patienten betreffen, sind nicht einfach zu handhaben und erfordern daher eine aktive Beteiligung des Patienten, wo es notwendig ist (übersetzt nach JA Chrodis, S. 16: „This is relevant to multimorbidity patients as they often have complex care needs that need careful consideration of potential negative outcomes, including loss of physical functioning, depression, and reduced quality of life. Treatment side effects and lifestyle changes that affect these patients are not simple, and therefore need active involvement of the patient where necessary“).
Anmerkungen	Partizipative Entscheidungsfindung wird definiert als „(...) ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ (Bergelt & Härter 2010, S. 51).
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung Mitwirkung und aktive Einbeziehung des Patienten
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> „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.“

Originalindikator	<i>NQF Multiple chronic conditions measurement framework 2012, S. 28:</i> “Proportion of persons who report that their healthcare providers always involved them in decisions about their healthcare as much as they wanted”
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Kontext – Strukturen

Indikator Nr. 38: Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen vereinbart und festgehalten wurde, wer für die übergreifende Koordination der Behandlung verantwortlich ist
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen vereinbart und festgehalten wurde, wer für die übergreifende Koordination der Behandlung verantwortlich ist
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Vereinbarung einmal pro Patient sowie bei wesentlichen Veränderungen der Lebens- oder Versorgungssituation
Begründung	<p>Eine der schwierigeren, aber wesentlichen Aufgabe kann darin bestehen, die Verantwortlichkeit für die Koordination der Versorgung zu vereinbaren und sicherzustellen, dass dies an die beteiligten Gesundheitsprofessionen kommuniziert wird. In den meisten Fällen ist es wahrscheinlich der Hausarzt, der diese Rolle übernimmt. Möglicherweise müssen jedoch Kommunikationswege entwickelt werden, um zu gewährleisten, dass dies in einem zunehmend komplexen Gesundheitssystem erleichtert wird (übersetzt nach NICE 2016, S. 267: "One of the more difficult tasks, but an essential one can be agreeing responsibility for coordination of care and ensuring this is communicated to other healthcare professionals and services. In most cases this is likely to be the GP taking this role but methods of communication may need to be developed to ensure this is facilitated in an increasingly complex health service.").</p>
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der Verantwortlichkeit
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Kontinuität der Versorgung Effizienz Angemessenheit der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99:</i> "Agree an individualised management plan with the person, including: (...) who is responsible for coordination of care"
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse,	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 99:</i>

Empfehlungsgrad

Evidenzklasse: IV (Fachkommission)

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 39: Umfassende Versorgungsdokumentation

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen dem Hausarzt Berichte der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen vorliegen
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen dem Hausarzt Berichte der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen vorliegen
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Berücksichtigung finden ausschließlich Patienten, bei denen mehrere Gesundheitsprofessionen an der Diagnostik und Therapie beteiligt sind und deren Einwilligung hierzu vorliegt.
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: zwölf Monate
Begründung	Zu den Problemen des Managements von multimorbiden Patienten in der hausärztlichen Versorgung gehört, „dass diese Personengruppe eine Reihe unterschiedlicher Professionen in der Primär- und Sekundärversorgung aufsucht, aber die Kommunikation der Professionen untereinander lückenhaft ist. Hierdurch entsteht ein Informationsdefizit hinsichtlich durchgeführter Untersuchungen und verordneter Behandlungen.“ (DEGAM 2017, S. 36)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der Befunde
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension	Kontinuität der Versorgung Angemessenheit der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> „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.“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 37:</i> Evidenzklasse: Ia (mindestens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 40: Übersicht über beteiligte Gesundheitsprofessionen

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen dem Hausarzt eine Übersicht über die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Ärzte und anderen Gesundheitsprofessionen vorliegt
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen dem Hausarzt eine Übersicht über die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Ärzte und anderen Gesundheitsprofessionen vorliegt
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Berücksichtigung finden ausschließlich Patienten, bei denen mehrere Gesundheitsprofessionen an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind
Bezugsgröße	Bezugszeitraum: zwölf Monate
Begründung	Zu den Problemen des Managements von multimorbiden Patienten in der hausärztlichen Versorgung gehört, „dass diese Personengruppe eine Reihe unterschiedlicher Professionen in der Primär- und Sekundärversorgung aufsucht, aber die Kommunikation der Professionen untereinander lückenhaft ist. Hierdurch entsteht ein Informationsdefizit hinsichtlich durchgeführter Untersuchungen und verordneter Behandlungen.“ (DEGAM 2017, S. 36)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der beteiligten Ärzte und anderen Gesundheitsprofessionen
Indikatortyp	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Kontinuität der Versorgung Angemessenheit der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i> "List other physicians and therapists involved in the patient's care"
Originalindikator	-
Quelle,	<i>Muth et al. 2014, S. 8:</i>
Evidenzklasse,	Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 41: Interprofessionelle Kommunikation	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen sich die beteiligten Gesundheitsprofessionen hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen sich die beteiligten Gesundheitsprofessionen hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	Berücksichtigung finden ausschließlich Patienten, bei denen mehrere Gesundheitsprofessionen an der Diagnostik und Therapie beteiligt sind
Bezugsgröße	-
Begründung	„Die mit fortschreitendem Alter verbundene Multimorbidität führt zu einer ansteigenden Zahl von Arzt-Patient-Kontakten. Im deutschen Versorgungssystem sind diese Kontakte ungeregt und ohne Steuerung. Es werden neben- und nacheinander Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Rezepte, Empfehlungen, Überweisungen und Krankenhausbehandlungen und nicht zuletzt auch Not- und Rettungsdienstärztliche Behandlungen erzeugt. Der Informationsaustausch über die auf diese Weise produzierten Daten, Empfehlungen und Medikationen ist ungeregt. (...) Spezialistische Diagnose- und Behandlungsansätze sind ohne hausärztliche Einordnung in den Kontext nicht gut geeignet, den beschriebenen komplexen Anforderungen gerecht zu werden und können negative gesundheitliche Effekte haben.“ (DEGAM 2017, S. 51)
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Arztbefragung
Indikatortyp	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Kontinuität der Versorgung Effizienz Angemessenheit der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 52:</i> „Wenn mehrere Gesundheitsprofessionen an der Behandlung von Patienten mit Multimorbidität beteiligt sind, sollten sich die Beteiligten (Patient, Spezialisten, Hausarzt, Angehörige, Pflegepersonal) hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen.“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 52:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 42: Flexible Konsultationsdauer	
Beschreibung	Die Abläufe einer Hausarztpraxis ermöglichen älteren multimorbiden Patienten eine bedarfsgerechte Konsultationsdauer
Zielstellung	in möglichst allen Praxen erfüllt
Zähler	-
Nenner	-
Ein- und Ausschlusskriterien	Bezieht sich auf Praxen, die an der hausärztlichen Versorgung von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind.
Bezugsgröße	-
Begründung	Die Evidenz legt nahe, dass die Konsultationsdauer ein Hindernis in der Versorgung darstellt, wenn Menschen mit Multimorbidität und das medizinische Fachpersonal nicht genug Zeit haben, um mehr als ein Anliegen zu besprechen oder um die Versorgung im Hinblick auf die Beschwerden und Therapien der Person zu besprechen (übersetzt nach NICE 2016, S. 100: "The evidence suggests that the length of consultation is a barrier to care as people with multimorbidity and the healthcare professional lack time to discuss more than one issue, or to discuss care in the wider context of the person's conditions and treatment").
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Selbstauskunft
Indikatortyp	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 36:</i> „Die Konsultation mit multimorbiden Patienten erfordert ausreichend Zeit, die im Versorgungssystem zur Verfügung stehen muss.“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 36:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: lediglich Statement-Charakter

Indikator Nr. 43: Zufriedenheit mit der Konsultationsdauer

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, mit der Zeit zufrieden zu sein, die sich der Arzt für die Konsultation nimmt
Zielstellung	Möglichst hoch
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, mit der Zeit zufrieden zu sein, die sich der Arzt für die Konsultation nimmt
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	-
Begründung	<p>Eine ausreichende Konsultationsdauer wird von Patienten als Grundvoraussetzung für eine zielführende Arzt-Patienten-Kommunikation betrachtet (vgl. DEGAM 2017, S. 21).</p> <p>Die Evidenz legt nahe, dass die Konsultationsdauer ein Hindernis in der Versorgung darstellt, wenn Menschen mit Multimorbidität und das medizinische Fachpersonal nicht genug Zeit haben, um mehr als ein Anliegen zu besprechen oder um die Versorgung im Hinblick auf die Beschwerden und Therapien der Person zu besprechen (übersetzt nach NICE 2016, S. 100: "The evidence suggests that the length of consultation is a barrier to care as people with multimorbidity and the healthcare professional lack time to discuss more than one issue, or to discuss care in the wider context of the person's conditions and treatment").</p>
Anmerkungen	-
Datenerhebung	Patientenbefragung
Indikatortyp	Ergebnisqualität
Qualitätsdimension	Patientenorientierung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 36:</i> „Die Konsultation mit multimorbiden Patienten erfordert ausreichend Zeit, die im Versorgungssystem zur Verfügung stehen muss.“
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 36:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: lediglich Statement-Charakter

Indikator Nr. 44: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität	
Beschreibung	Mindestens ein Hausarzt aus dem Personal einer Praxis hat in den letzten 5 Jahren nachweislich mindestens 50 Fortbildungspunkte durch Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität erworben.
Zielstellung	in möglichst allen Praxen erfüllt
Zähler	-
Nenner	-
Ein- und Ausschlusskriterien	Bezieht sich auf Praxen, die an der hausärztlichen Versorgung von Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind
Bezugsgröße	-
Begründung	Fortbildungen mit Relevanz für die Versorgung bei Multimorbidität sollen dazu beitragen, Kompetenzen und Kenntnisse zu festigen und auszubauen, die in der Behandlung dieser Patientengruppe von Bedeutung sind (vgl. JA-Chrodis 2016).
Anmerkungen	Umfasst Fortbildungsmaßnahmen in folgenden Bereichen: 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.
Datenerhebung	Selbstauskunft
Indikatorotyp	Strukturqualität
Qualitätsdimension	Evidenz- und Wissensbasierung der Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 7:</i> "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."
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 7:</i> Evidenzklasse: IV (Expertenkonsens) Empfehlungsgrad: k.A.

Indikator Nr. 45: Prävalenz von Multimorbidität	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr diagnostizierten chronischen Krankheiten
Zielstellung	Referenzwert von 62 % (van den Bussche et al. 2012)
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr diagnostizierten chronischen Krankheiten
Nenner	Alle Patienten ab 65 Jahren
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Punktprävalenz (siehe Anmerkungen)
Begründung	Der Indikator gibt Aufschluss über den Anteil multimorbider Patienten ab 65 Jahren innerhalb einer Praxis-Population. Er kann zur Erstellung eines Registers oder als Risiko-Indikator dienen und ggf. die Funktion eines Filters erfüllen.
Anmerkungen	Punktprävalenz: Anteil der Erkrankten in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt
Datenerhebung	Dokumentation der Diagnosen in der Patientenakte
Indikatortyp	Prävalenz-Indikator
Qualitätsdimension	Zugang zur Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 103:</i> "Identify adults who may benefit from an approach to care that takes account of multimorbidity (...)"
Originalindikator	<i>NICE Multimorbidity Quality Standard 2017, S. 6:</i> "Adults with multimorbidity are identified by their GP practice."
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 103:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Indikator Nr. 46: Prävalenz von Depressionen	
Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit diagnostizierter Depression
Zielstellung	Referenzwert von 13,7% (van den Bussche et al. 2012)
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit diagnostizierter Depression
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Punktprävalenz (siehe Anmerkungen)
Begründung	<p>Der Indikator gibt Aufschluss über die Häufigkeit von Depression innerhalb einer Praxis-Population. Er kann zur Erstellung eines Registers oder als Risiko-Indikator dienen und ggf. die Funktion eines Filters erfüllen.</p> <p>„Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen leiden häufig gleichzeitig auch an psychischen Erkrankungen, zumeist an Depressionen oder Demenz, seltener an Schizophrenie oder bipolaren Störungen. Dabei weisen chronische Erkrankungen und Depression ein komplexes Beziehungsgeflecht auf. Chronische Erkrankungen können zu Depressionen führen, gleichzeitig ist eine Depression ein Risikofaktor für spätere chronische Erkrankungen.“ (DEGAM 2017, S. 12)</p> <p>Depressionen und Ängste können Patienten in ihrer Fähigkeit zum Management der eigenen Behandlung beeinträchtigen (übersetzt nach NICE 2016, S. 86: “Depression and anxiety can be a barrier to patients being able to manage their own care”).</p>
Anmerkungen	Es werden die ICD-10 Diagnosen F32*, F33* und F34.1 eingeschlossen. Punktprävalenz: Anteil der Erkrankten in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt
Datenerhebung	Dokumentation der Diagnose in der Patientenakte
Indikatortyp	Prävalenz-Indikator
Qualitätsdimension	Zugang zur Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> “Be alert to the possibility of: depression and anxiety”
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Indikator Nr. 47: Prävalenz von Angststörungen

Beschreibung	Anteil (%) der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit diagnostizierter Angststörung
Zielstellung	kein Referenzwert verfügbar
Zähler	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit diagnostizierter Angststörung
Nenner	Anzahl der Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien	-
Bezugsgröße	Punktprävalenz (siehe Anmerkungen)
Begründung	<p>Der Indikator gibt Aufschluss über die Häufigkeit von Angststörungen innerhalb einer Praxis-Population. Er kann zur Erstellung eines Registers oder als Risiko-Indikator dienen und ggf. die Funktion eines Filters erfüllen.</p> <p>Depressionen und Ängste können Patienten in ihrer Fähigkeit zum Management der eigenen Behandlung beeinträchtigen (übersetzt nach NICE 2016, S. 86: "Depression and anxiety can be a barrier to patients being able to manage their own care").</p>
Anmerkungen	<p>Es werden die ICD-10 Diagnosen F40* und F41* eingeschlossen.</p> <p>Punktprävalenz: Anteil der Erkrankten in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt</p>
Datenerhebung	Dokumentation der Diagnose in der Patientenakte
Indikatortyp	Prävalenz-Indikator
Qualitätsdimension	Zugang zur Versorgung
Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> "Be alert to the possibility of: depression and anxiety"
Originalindikator	-
Quelle, Evidenzklasse, Empfehlungsgrad	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237:</i> Evidenzklasse: IV (Fachkommission) Empfehlungsgrad: B (abgeschwächte Empfehlung)

Referenzen

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

Bayliss EA, Ellis JE, Steiner JF. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Ann Fam Med* 2007;5:395-402. doi:10.1370/afm.722

Bergelt C, Härter M. Shared Decision Making: Der Patient als Partner. *best practice Onkologie.* 2010;5(5):49–55.

Cleeland, CS. Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2007;37:16-21.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Multimorbidität S3-Leitlinie. Veröffentlicht November 2017. Zugriff am 10. September 2018 unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-0471_S3_Multimorbiditaet_2018-01.pdf

Joint Action CHRODIS (JA-CHRODIS). Multimorbidity care model: recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases. Veröffentlicht Februar 2016. Zugriff am 27. September 2018 unter <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/11/ja-chrodis-multimorbidity-care-model-wp6-rokas-navickas.pdf>

Leijten FRM, et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: development and description. *Health Policy.* 2017;122(1):12-22.

Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis. Version 1.03. Veröffentlicht Mai 2018. Zugriff am 27. Oktober 2018 unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-0151_S1_Geriatrisches_Assessment_in_der_Hausarztpraxis_2018-05.pdf

Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Version 1.09. Veröffentlicht April 2014. Zugriff am 01. Oktober 2018 unter http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/multimedikation_II.pdf

Leitliniengruppe Hessen, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), PMV forschungsgruppe, sanawork Gesundheitskommunikation. Hausärztliche Leitlinie Hausärztliche Gesprächsführung. Veröffentlicht 2008. Zugriff am 05. Oktober 2018 unter <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe31.pdf>

Lum HD, Sudore RL. Advance care planning and goals of care communication in older adults with cardiovascular disease and multi-morbidity. *Clin Geriatr Med.* 2016;32(2):247-60.

Muth C, van den Akker M, Blom JW, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med.* 2014;12:223. doi:10.1186/s12916-014-0223-1.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management. Veröffentlicht 21. September 2016. Zugriff am 01. Oktober 2018 unter <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity quality standard. Veröffentlicht 29. Juni 2017. Zugriff am 16. September 2018 unter <https://www.nice.org.uk/guidance/qs153>

National Quality Forum (NQF). Multiple chronic conditions measurement framework. Veröffentlicht Mai 2012. Zugriff am 01. Oktober 2018 unter https://www.qualityforum.org/Publications/2012/05/MCC_Measurement_Framework_Final_Report.aspx

Robert Koch-Institut (RKI). Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit (Frailty). Faktenblatt zu DEGS1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008 – 2011). 2016; RKI, Berlin.

Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart; 2018.

van den Bussche H, Schäfer I, Koller D et al. Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. *Z Allg Med.* 2012;88(9):365-371.

Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions. Universal health outcome measures for older persons with multiple chronic conditions. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2333-2341. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04240.x.

World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapie: evidence for action. Veröffentlicht 2003. Zugriff am 26. Oktober 2018 unter https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

Anlage 8 Krankheitsmerkmale der Fokusgruppenteilnehmer:innen

Krankheiten	Anzahl Nennungen insgesamt
Krankheiten des Kreislaufsystems	
Hypertonie	21
Z. n. Myokardinfarkt	8
Vorhofflimmern/Herzrhythmusstörungen	7
Herzinsuffizienz	3
Sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems	19
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
Arthrose	12
Bandscheibenschäden	6
Rheuma	4
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	16
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
Diabetes	16
Hypercholesterinämie	8
Hypothyreose	4
Sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6
Neubildungen	
Prostatakarzinom	3
Z. n. Mammakarzinom	3
Sonstige Neubildungen	12
Krankheiten des Atmungssystems	
Asthma	8
COPD	1
Krankheiten des Verdauungssystems	
Krankheiten des Urogenitalsystems	
Niereninsuffizienz/Nierenversagen	4
Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems	5
Krankheiten des Nervensystems	
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
Makuladegeneration	3
Sonstige Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	2
Psychische und Verhaltensstörungen	
Sonstige Erkrankungen	
	9

Anlage 9 Vertreter:innen des Expert:innenpanels (alphabetisch)

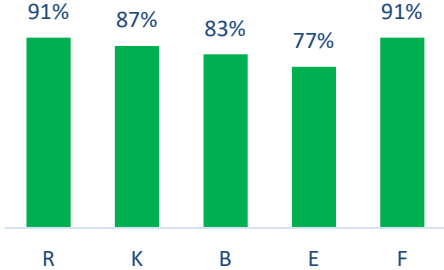

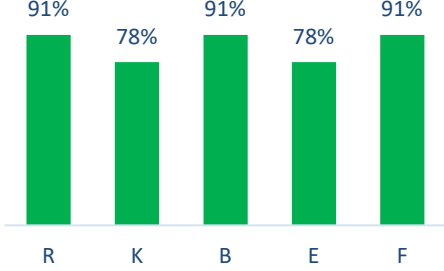
Wir danken allen Mitgliedern für ihren wertvollen Beitrag zu diesem Projekt:

Expert:in	Affiliation
Dr. Dominik Ahlquist	Hausärztliche Praxis
Prof. Dr. Katrin Balzer	Universität zu Lübeck
Prof. Dr. Andreas Büscher	Hochschule Osnabrück
Martin Beyer	Goethe-Universität Frankfurt
Dr. Tobias Braun	Hochschule für Gesundheit Bochum
Dr. Klaus Döbler	MDK Baden-Württemberg/ Kompetenzzentrum Qualitätssicherung KCQ
Udo Ehrmann	Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
Dr. Peter Engeser	Hausärztliche Praxis
Dr. Johannes Falk	DRV Bund
Dr. Markus Follmann	DKG
Annette Hans	Nicht zur Veröffentlichung freigegeben
Joachim Kolb	Hausärztliche Praxis
Dr. Detlef Niemann	Hausärztliche Praxis
Johannes Petereit	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Stefanie Restle	Schwarzwald-Baar-Klinikum
Anne von Reumont	Universitätsklinikum Heidelberg
Dr. Christa Scheidt-Nave	Robert-Koch-Institut
Andrea Schreiter	Hausärztliche Praxis
PD Dr. Hanna Seidling	Universitätsklinikum Heidelberg
Marianne Simon	Deutsche Schmerzliga
Prof. Dr. Petra Thürmann	Universität Witten/Herdecke, Helios Universitätsklinikum Wuppertal
Dr. Gerald Willms	aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Gaby Winter	Lebertransplantierte Deutschland e.V.

Anlage 10 Übersicht über Bewertung der vorgeschlagenen Indikatoren durch das Expert:innenpanel

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen†	Ergebnis Konsentierung												
1	Depressions-Screening	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten ohne bereits diagnostizierter depressiver Störung, bei denen anhand von Screeningfragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Panel</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>83%</td> </tr> </tbody> </table>	Panel	Zustimmungsrate (%)	R	96%	K	78%	B	91%	E	78%	F	83%	Nicht thematisiert	Angenommen
Panel	Zustimmungsrate (%)																
R	96%																
K	78%																
B	91%																
E	78%																
F	83%																
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	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Panel</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Panel	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	82%	B	91%	E	96%	F	91%	Nicht thematisiert	Angenommen
Panel	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	82%																
B	91%																
E	96%																
F	91%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
3	Einschätzung des biopsychosozialen Unterstützungsbedarfs nach ICF	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren biopsychosozialer Unterstützungsbedarf nach ICF eingeschätzt und dokumentiert wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fokusgruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>78%</td> </tr> </tbody> </table>	Fokusgruppe	Positive Bewertung (%)	R	100%	K	87%	B	91%	E	87%	F	78%	Unterstützt	Angenommen
Fokusgruppe	Positive Bewertung (%)																
R	100%																
K	87%																
B	91%																
E	87%																
F	78%																
4	Erfassen der Symptomlast	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mithilfe validierter Instrumente erfasst wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fokusgruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>82%</td> </tr> </tbody> </table>	Fokusgruppe	Positive Bewertung (%)	R	91%	K	100%	B	83%	E	86%	F	82%	Nicht thematisiert	Angenommen
Fokusgruppe	Positive Bewertung (%)																
R	91%																
K	100%																
B	83%																
E	86%																
F	82%																
5	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	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fokusgruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>78%</td> </tr> </tbody> </table>	Fokusgruppe	Positive Bewertung (%)	R	96%	K	78%	B	87%	E	91%	F	78%	Unterstützt	Angenommen
Fokusgruppe	Positive Bewertung (%)																
R	96%																
K	78%																
B	87%																
E	91%																
F	78%																

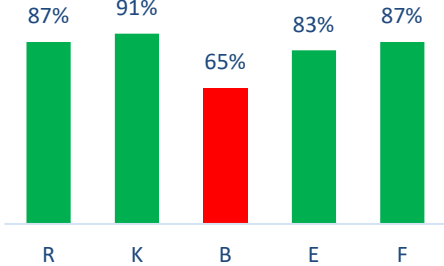
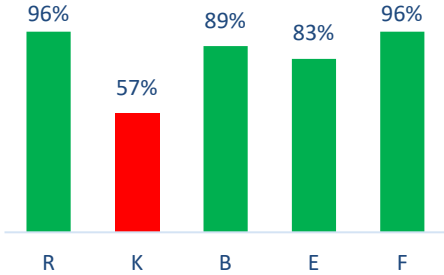
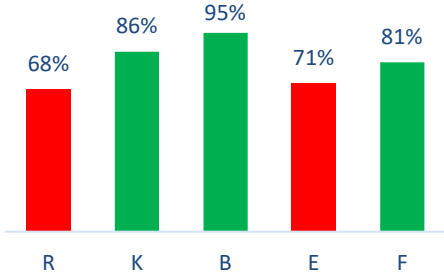
Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
6	Einbeziehen von Bezugspersonen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen besprochen wurde, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen	Positive Bewertung  <table border="1" data-bbox="1115 327 1556 598"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>77%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	91%	K	87%	B	83%	E	77%	F	91%	Unterstützt	Angenommen (red. Überarbeitung)
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	91%																
K	87%																
B	83%																
E	77%																
F	91%																
7	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	Positive Bewertung  <table border="1" data-bbox="1115 694 1556 965"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	96%	K	96%	B	100%	E	100%	F	91%	Unterstützt	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	96%																
K	96%																
B	100%																
E	100%																
F	91%																
8	Schriftlicher Behandlungsplan	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde	Positive Bewertung  <table border="1" data-bbox="1115 1029 1556 1300"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	91%	K	78%	B	91%	E	78%	F	91%	Unterstützt	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	91%																
K	78%																
B	91%																
E	78%																
F	91%																

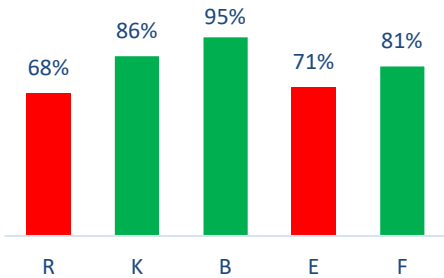
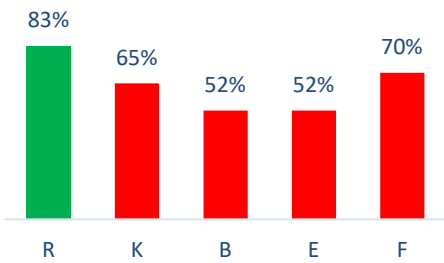
Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
9	Erhebung der Belastung durch die Behandlungen	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	96%	K	83%	B	91%	E	96%	F	96%	Nicht thematisiert	Angenommen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	96%																
K	83%																
B	91%																
E	96%																
F	96%																
10	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>87%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	91%	K	78%	B	91%	E	91%	F	87%	Unterstützt	Angenommen (red. Überarbeitung)
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	91%																
K	78%																
B	91%																
E	91%																
F	87%																
11	Medikamentenreview	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	91%	B	96%	E	96%	F	96%	Unterstützt	Angenommen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	91%																
B	96%																
E	96%																
F	96%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
12	Informationen 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	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>87%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	96%	K	87%	B	100%	E	87%	F	87%	Unterstützt	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	96%																
K	87%																
B	100%																
E	87%																
F	87%																
13	Informationen zur Medikation	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die zu ihren Medikamenten informiert wurden (hinsichtlich Indikation, Wirkung und Art der Einnahme/Anwendung)	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	96%	K	83%	B	87%	E	91%	F	96%	Unterstützt	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	96%																
K	83%																
B	87%																
E	91%																
F	96%																
14	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	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	91%	K	82%	B	91%	E	87%	F	100%	Unterstützt	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	91%																
K	82%																
B	91%																
E	87%																
F	100%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
15	Aktueller Medikationsplan	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>84%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	90%	K	100%	B	100%	E	79%	F	84%	Neu	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	90%																
K	100%																
B	100%																
E	79%																
F	84%																
16	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	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	87%	K	87%	B	96%	E	83%	F	96%	Unterstützt	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	87%																
K	87%																
B	96%																
E	83%																
F	96%																
17	Identifikation von multimorbiden Patient:innen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren, bei denen das Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen festgestellt und gekennzeichnet wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Positive Bewertung (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>81%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Positive Bewertung (%)	R	90%	K	86%	B	86%	E	86%	F	81%	Nicht thematisiert	Angenommen
Gruppe	Positive Bewertung (%)																
R	90%																
K	86%																
B	86%																
E	86%																
F	81%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen [†]	Ergebnis Konsentierung												
18	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	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>95%</td> </tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	74%	B	91%	E	100%	F	95%	Nicht thematisiert	Angenommen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	74%																
B	91%																
E	100%																
F	95%																
19	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	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> <tr> <td>R</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>79%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>95%</td> </tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	90%	K	79%	B	95%	E	74%	F	95%	Neu	Angenommen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	90%																
K	79%																
B	95%																
E	74%																
F	95%																
20	Überprüfung der Therapie-Adhärenz	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapie-Adhärenz regelmäßig überprüft wird	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>77%</td> </tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	96%	K	70%	B	87%	E	96%	F	77%	Nicht thematisiert	Angenommen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	96%																
K	70%																
B	87%																
E	96%																
F	77%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
21	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	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>87%</td></tr> <tr><td>K</td><td>91%</td></tr> <tr><td>B</td><td>65%</td></tr> <tr><td>E</td><td>83%</td></tr> <tr><td>F</td><td>87%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	87%	K	91%	B	65%	E	83%	F	87%	Unterstützt	Angenommen (red. Überarbeitung)
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	87%																
K	91%																
B	65%																
E	83%																
F	87%																
22	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	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>96%</td></tr> <tr><td>K</td><td>57%</td></tr> <tr><td>B</td><td>89%</td></tr> <tr><td>E</td><td>83%</td></tr> <tr><td>F</td><td>96%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	96%	K	57%	B	89%	E	83%	F	96%	Nicht thematisiert	Angenommen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	96%																
K	57%																
B	89%																
E	83%																
F	96%																
23	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – a) Ärzt:innen	Mindestens ein:e Ärzt:in einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>68%</td></tr> <tr><td>K</td><td>86%</td></tr> <tr><td>B</td><td>95%</td></tr> <tr><td>E</td><td>71%</td></tr> <tr><td>F</td><td>81%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	68%	K	86%	B	95%	E	71%	F	81%	Unterstützt	Angenommen (red. Überarbeitung)
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	68%																
K	86%																
B	95%																
E	71%																
F	81%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
23	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – b) nichtärztliches Personal	Mindestens ein:e Mitarbeiter:in aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>68%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>71%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>81%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	68%	K	86%	B	95%	E	71%	F	81%	Unterstützt	Angenommen (red. Überarbeitung)
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	68%																
K	86%																
B	95%																
E	71%																
F	81%																
24	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	Negative Bewertung  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	83%	K	65%	B	52%	E	52%	F	70%	Nicht thematisiert	Angenommen (red. Überarbeitung)
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	83%																
K	65%																
B	52%																
E	52%																
F	70%																

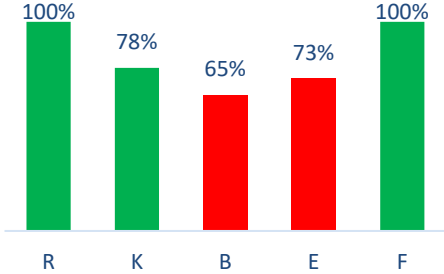
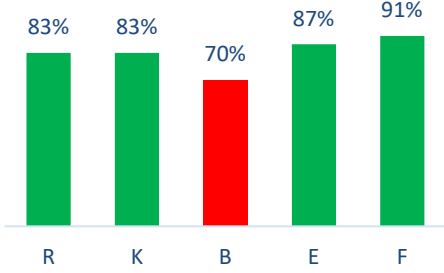
Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
25	Advance Care Planning	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über Ziele und Pläne für die künftige Versorgung (<i>Advance Care Planning</i>) gesprochen wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Approval Rate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>87%</td> </tr> </tbody> </table>	Group	Approval Rate (%)	R	87%	K	83%	B	91%	E	82%	F	87%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Operationalisierung und Mindestanforderungen unklar; Überschneidung mit Indikator "Ermitteln von Patient:innenpräferenzen"; Anwendbarkeit auf gesamte Zielpopulation fraglich
Group	Approval Rate (%)																
R	87%																
K	83%																
B	91%																
E	82%																
F	87%																
26	Überprüfung der Medikamentenverträglichkeit	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass die Medikamentenverträglichkeit erfragt wurde	Positive Bewertung <table border="1"> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Approval Rate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Group	Approval Rate (%)	R	91%	K	87%	B	91%	E	86%	F	100%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Eingeschränkte Reliabilität der Datenerhebung
Group	Approval Rate (%)																
R	91%																
K	87%																
B	91%																
E	86%																
F	100%																

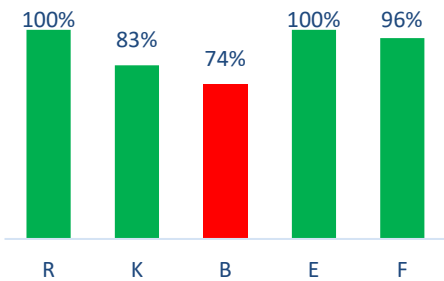
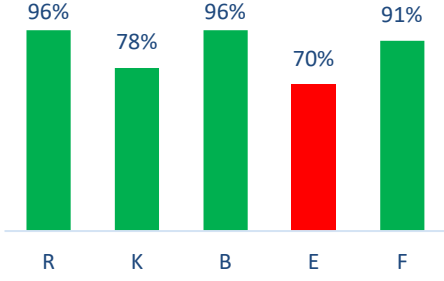
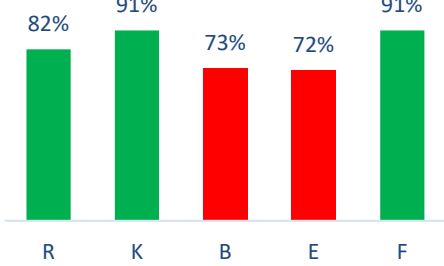
Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
27	Berücksichtigung der Patient:innenpräferenzen bei der Versorgungsplanung	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, dass ihre Präferenzen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden	Positive Bewertung <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>96%</td></tr> <tr><td>K</td><td>91%</td></tr> <tr><td>B</td><td>91%</td></tr> <tr><td>E</td><td>82%</td></tr> <tr><td>F</td><td>100%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	96%	K	91%	B	91%	E	82%	F	100%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Mangelnde Klarheit und unscharfe Mindestanforderungen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	96%																
K	91%																
B	91%																
E	82%																
F	100%																
28	Angst-Screening	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten ohne bereits diagnostizierter Angststörung, bei denen anhand von Screeningfragen das Risiko für das Vorliegen einer Angststörung eingeschätzt wurde	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>91%</td></tr> <tr><td>K</td><td>78%</td></tr> <tr><td>B</td><td>83%</td></tr> <tr><td>E</td><td>70%</td></tr> <tr><td>F</td><td>78%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	91%	K	78%	B	83%	E	70%	F	78%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Angststörungen als heterogene Gruppe, limitierte Datenlage zum Zusammenhang zwischen Multimorbidität und Angststörungen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	91%																
K	78%																
B	83%																
E	70%																
F	78%																
29	Mehrdimensionales Schmerzassessment	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit chronischen Schmerzen, die ein umfassendes mehrdimensionales Schmerzassessment erhielten	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>96%</td></tr> <tr><td>K</td><td>74%</td></tr> <tr><td>B</td><td>96%</td></tr> <tr><td>E</td><td>91%</td></tr> <tr><td>F</td><td>91%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	96%	K	74%	B	96%	E	91%	F	91%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Minimalanforderungen zur Indikatorerfüllung unklar, andere schmerzbezogene Indikatoren geeigneter um das Themenfeld abzudecken
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	96%																
K	74%																
B	96%																
E	91%																
F	91%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
30	Gebrechlichkeits-Screening	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen das Vorliegen von Gebrechlichkeit mithilfe validierter Instrumente eingeschätzt wurde	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> <tr> <td>R</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>78%</td> </tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	87%	K	70%	B	78%	E	78%	F	78%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Zusammenhang zwischen Multimorbidität und Gebrechlichkeit noch nicht hinreichend geklärt
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	87%																
K	70%																
B	78%																
E	78%																
F	78%																
31	Information zu Unterstützungsangeboten	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die über Unterstützungsangebote informiert wurden	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> <tr> <td>R</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>100%</td> </tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	87%	K	74%	B	91%	E	74%	F	100%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Zu weit gefasste Definition mit Risiken für die Validität und Reliabilität
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	87%																
K	74%																
B	91%																
E	74%																
F	100%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
32	Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Gesundheitskompetenz eingeschätzt und in der Behandlungsplanung berücksichtigt wurde	Diskussionsbedarf <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	91%	K	70%	B	83%	E	70%	F	91%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Operationalisierung unsharp; fehlende Belege für den Zusammenhang zwischen Assessment und Maßnahmen sowie für den klinischen Nutzen von kurzen Screening-Instrumenten
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	91%																
K	70%																
B	83%																
E	70%																
F	91%																
33	Strategien zur Krankheitsbewältigung	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über Strategien zur Krankheitsbewältigung gesprochen wurde	Diskussionsbedarf <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>61%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	61%	B	91%	E	91%	F	96%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Mangelnde Klarheit
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	61%																
B	91%																
E	91%																
F	96%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
34	Einfluss der Krankheiten auf das tägliche Leben	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über den Einfluss der Krankheiten auf das tägliche Leben gesprochen wurde	Diskussionsbedarf <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	70%	B	87%	E	95%	F	100%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Überschneidungen mit den Indikatoren "Erfassung der Symptomlast" und "Einschätzen der subjektiven Lebensqualität", die präziser operationalisiert sind
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	70%																
B	87%																
E	95%																
F	100%																
35	Überprüfung der Therapiemaßnahmen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen die Wirksamkeit der Therapiemaßnahmen regelmäßig überprüft wird	Diskussionsbedarf <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	74%	B	100%	E	91%	F	91%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Mangelnde Klarheit, zu weit gefasste Definition
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	74%																
B	100%																
E	91%																
F	91%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
36	Erhöhte Belastung durch die Behandlungen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, sich durch ihre gesundheitsbezogenen Aufgaben überfordert zu fühlen	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>73%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	78%	B	65%	E	73%	F	100%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: würde einer defizitorientierten Sicht auf die Ressourcen und Situationen der Patient:innen entsprechen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	78%																
B	65%																
E	73%																
F	100%																
37	Hohe Therapie-Adhärenz	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, ihre Behandlungs- und Medikamentenpläne einzuhalten	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	83%	K	83%	B	70%	E	87%	F	91%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Überschneidung mit dem Prozessindikator "Überprüfung der Therapieadhärenz", der einen stärkeren Bezug zum therapeutischen Bündnis hat
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	83%																
K	83%																
B	70%																
E	87%																
F	91%																

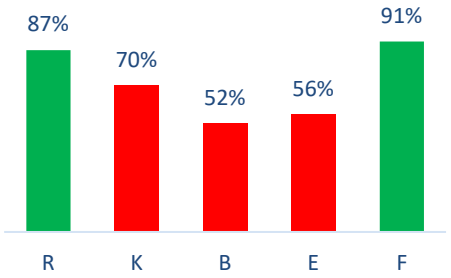
Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
38	Überprüfung der tatsächlich eingenommenen Medikation	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen die tatsächlich eingenommene Medikation überprüft wurde	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>96%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	100%	K	83%	B	74%	E	100%	F	96%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Überschneidung mit den Indikatoren "Medikamenten review" und "Aktueller Medikationsplan", die eher der gängigen Praxis entsprechen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	100%																
K	83%																
B	74%																
E	100%																
F	96%																
39	Informationen zu Prognosen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen angeboten wurde, über mögliche Krankheitsverläufe zu sprechen	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>78%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>96%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	96%	K	78%	B	96%	E	70%	F	91%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Unklar, ob von allen Patient:innen gewünscht; Angebot sollte sensibel und ohne falsche Anreize gemacht werden
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	96%																
K	78%																
B	96%																
E	70%																
F	91%																
40	Übersicht über beteiligte Leistungserbringer	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen eine Übersicht über die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer vorliegt	Diskussionsbedarf  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Gruppe</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>73%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>72%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	82%	K	91%	B	73%	E	72%	F	91%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Vollständigkeit der Übersicht schwer überprüfbar
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	82%																
K	91%																
B	73%																
E	72%																
F	91%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
41	Interprofessionelle Kommunikation	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten, bei denen sich die beteiligten Gesundheitsprofessionen hinsichtlich Diagnostik und Therapie abstimmen	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>91%</td></tr> <tr><td>K</td><td>65%</td></tr> <tr><td>B</td><td>70%</td></tr> <tr><td>E</td><td>87%</td></tr> <tr><td>F</td><td>96%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	91%	K	65%	B	70%	E	87%	F	96%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Mangelnde Klarheit und unscharfe Mindestanforderungen
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	91%																
K	65%																
B	70%																
E	87%																
F	96%																
42	Flexible Konsultationsdauer	Die Abläufe einer Praxis ermöglichen älteren multimorbiden Patient:innen eine bedarfsgerechte Konsultationsdauer	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>83%</td></tr> <tr><td>K</td><td>61%</td></tr> <tr><td>B</td><td>87%</td></tr> <tr><td>E</td><td>78%</td></tr> <tr><td>F</td><td>78%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	83%	K	61%	B	87%	E	78%	F	78%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: unklarer Zusammenhang zwischen tatsächlicher Dauer und Qualität der Konsultation
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	83%																
K	61%																
B	87%																
E	78%																
F	78%																
43	Berücksichtigung der sozialen Unterstützung	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Unterstützungsmöglichkeiten durch das familiäre und soziale Umfeld besprochen wurden	Diskussionsbedarf <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>95%</td></tr> <tr><td>K</td><td>74%</td></tr> <tr><td>B</td><td>83%</td></tr> <tr><td>E</td><td>91%</td></tr> <tr><td>F</td><td>96%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	95%	K	74%	B	83%	E	91%	F	96%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: Unschärfe in der Operationalisierung; Überschneidung mit Indikator "Einschätzung des biopsychosozialen Unterstützungsbedarfs"
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	95%																
K	74%																
B	83%																
E	91%																
F	96%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen ¹	Ergebnis Konsentierung												
44	Zufriedenheit mit der Konsultationsdauer	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die angeben, mit der Zeit zufrieden zu sein, die sich für die Konsultation genommen wird	Negative Bewertung <table border="1"> <caption>Satisfaction Rates by Group</caption> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Satisfaction Rate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>77%</td> </tr> </tbody> </table>	Group	Satisfaction Rate (%)	R	70%	K	74%	B	70%	E	55%	F	77%	Unterstützt	Abgelehnt Grund: In der 1. Runde abgelehnt; unklarer Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit der Dauer der Konsultation und der Qualität
Group	Satisfaction Rate (%)																
R	70%																
K	74%																
B	70%																
E	55%																
F	77%																
45	Prävalenz von Multimorbidität	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr diagnostizierten chronischen Krankheiten	Negative Bewertung <table border="1"> <caption>Prevalence Rates by Group</caption> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Prevalence Rate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>73%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>68%</td> </tr> </tbody> </table>	Group	Prevalence Rate (%)	R	73%	K	68%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: In der 1. Runde abgelehnt; dem Indikator "Identifikation von multimorbiden Patient:innen" wird Vorzug gegeben, da er mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einer stärkeren Sensibilisierung für den multimorbiditäts-spezifischen Versorgungsbedarf führt						
Group	Prevalence Rate (%)																
R	73%																
K	68%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen [†]	Ergebnis Konsentierung												
46	Prävalenz von Depressionen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit diagnostizierter Depression	- <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>77%</td></tr> <tr><td>K</td><td>91%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	77%	K	91%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Wird eher als Referenzwert denn als Qualitätsindikator betrachtet						
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	77%																
K	91%																
47	Prävalenz von Angststörungen	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit diagnostizierter Angststörung	- <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>91%</td></tr> <tr><td>K</td><td>86%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	91%	K	86%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: Wird eher als Referenzwert denn als Qualitätsindikator betrachtet						
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	91%																
K	86%																
48	Hausärztliche Koordination der Gesundheitsversorgung	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen der Hausarzt/die Hausärztin die Koordination der Gesundheitsversorgung innehat	Negative Bewertung <table border="1"> <tr><th>Gruppe</th><th>Zustimmungsrate (%)</th></tr> <tr><td>R</td><td>63%</td></tr> <tr><td>K</td><td>90%</td></tr> <tr><td>B</td><td>68%</td></tr> <tr><td>E</td><td>74%</td></tr> <tr><td>F</td><td>68%</td></tr> </table>	Gruppe	Zustimmungsrate (%)	R	63%	K	90%	B	68%	E	74%	F	68%	Neu	Abgelehnt Grund: In der 1. Runde abgelehnt; auch andere koordinierende Gesundheitsfachkräfte sind denkbar, z. B. Care Manager
Gruppe	Zustimmungsrate (%)																
R	63%																
K	90%																
B	68%																
E	74%																
F	68%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen [†]	Ergebnis Konsentierung												
49	Regelmäßige Kontrollen	Anteil (%) von Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen regelmäßig der Gesundheitszustand mittels Ganzkörperstatus, Blut- und Urinuntersuchung und Messung der Vitalparameter evaluiert wird	Negative Bewertung <table border="1"> <caption>Data for Indicator 49 Bar Chart</caption> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Approval Rate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>63%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>42%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>47%</td> </tr> </tbody> </table>	Group	Approval Rate (%)	R	63%	K	95%	B	90%	E	42%	F	47%	Neu	Abgelehnt In der 1. Runde abgelehnt; unterschiedlich er Bedarf bei Patienten mit verschiedenen Krankheitskombinationen, Risiko von Fehlversorgung aufgrund eines starren Schemas
Group	Approval Rate (%)																
R	63%																
K	95%																
B	90%																
E	42%																
F	47%																
50	Information über Maßnahmen zur Anpassung der Wohnsituation	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die über Maßnahmen zur Anpassung ihrer Wohnsituation informiert wurden	Negative Bewertung <table border="1"> <caption>Data for Indicator 50 Bar Chart</caption> <thead> <tr> <th>Group</th> <th>Approval Rate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>61%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>48%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>83%</td> </tr> </tbody> </table>	Group	Approval Rate (%)	R	83%	K	61%	B	48%	E	65%	F	83%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: In der 1. Runde abgelehnt; mangelnde Klarheit, betrifft die Schnittstelle zwischen Sozialer Arbeit und medizinischem Bereich
Group	Approval Rate (%)																
R	83%																
K	61%																
B	48%																
E	65%																
F	83%																

Lfd. Nr.	Indikator	Beschreibung	Ergebnis der ersten Konsentierungsstufe* (Zustimmungsrate in %)	Evidenz aus Fokusgruppen [†]	Ergebnis Konsentierung												
51	Erfassen der Wohnsituation	Anteil (%) der Patient:innen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Wohnsituation erfragt wurde	Negative Bewertung  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategorie</th> <th>Zustimmungsrate (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>56%</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>91%</td> </tr> </tbody> </table>	Kategorie	Zustimmungsrate (%)	R	87%	K	70%	B	52%	E	56%	F	91%	Nicht thematisiert	Abgelehnt Grund: In der 1. Runde abgelehnt; mangelnde Klarheit, betrifft die Schnittstelle zwischen Sozialer Arbeit und medizinischem Bereich
Kategorie	Zustimmungsrate (%)																
R	87%																
K	70%																
B	52%																
E	56%																
F	91%																

*Ratingergebnisse anhand der Kategorien R = Relevanz (Bedeutung für das Versorgungssystem), K = Klarheit der Definition, B = Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung, E = Evidenz- und Konsensbasierung des Indikators, F = Risiko für Fehlsteuerung

[†] „Unterstützt“ bedeutet, dass von den Fokusgruppenteilnehmer:innen Aussagen getätigt wurden, die sich auf diese QI beziehen, während „nicht thematisiert“ bedeutet, dass es keine Aussagen zu diesen QI gab. „Neu“ wiederum zeigt an, dass der QI aus den Fokusgruppen-Ergebnissen abgeleitet wurde. Eine ausführliche Darstellung der Fokusgruppen-Ergebnisse in Bezug auf die QI findet sich in Pohontsch et al. (2021).

Anlage 11 – Manual für die Anwendung der Qualitätsindikatoren



Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von Patient:innen mit Multimorbidität

Version 1.0

Handbuch für Anwender:innen

*Katharina Glassen, Josefine Schulze, Amanda Breckner, Dagmar Lübbmann,
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 zugrundeliegende 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:innen 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 Patient: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).

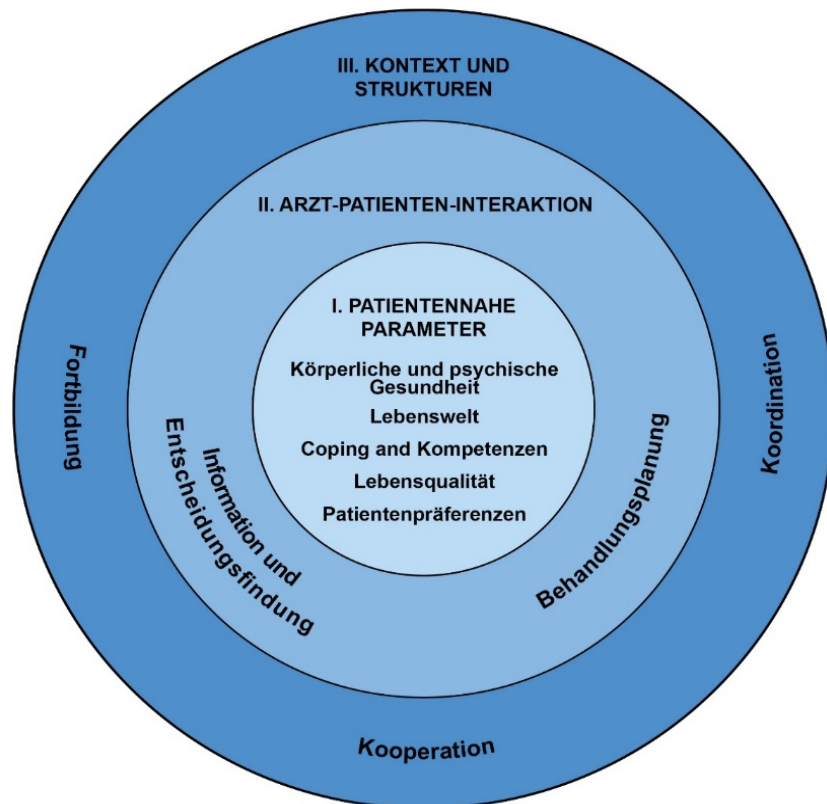


Abb.1: Modell für die Qualität der Versorgung von multimorbiden Patient:innen (Schulze et al. (2022))

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 Hausarzt: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 Qualitätsindikatorensatz 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 Basisassessment 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). Gleichmaßen 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 burdens 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 potentielltem 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 potentielltem 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 umfangreichen 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		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD6
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD9
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD11	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD12
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD13	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD15
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD16	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD17	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD18
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD19	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD20	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DD21
QI1 Depressionsscreening		
QI1a Wurde bei dem Patienten/der Patientin eine depressive Störung diagnostiziert?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI1c <u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?		
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten zwölf Monate		
<input type="checkbox"/> Vor mehr als zwölf Monaten		
QI1c Wurde das Ergebnis in der Patient:innenakte dokumentiert?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Q12	Gezieltes Erfassen von Schmerzen
Q12a	Wurde der Patient/die Patientin innerhalb der letzten drei Monate auf das Vorliegen von Schmerzen befragt?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
Q12b	<u>Wenn ja:</u> Wurde das Ergebnis in der Patient:innenakte dokumentiert?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Q13	Überprüfung des Schmerzmanagements
Q13a	Leidet der Patient/die Patientin unter chronischen Schmerzen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
Q13b	<u>Wenn ja:</u> Wurde die (medikamentöse und nicht-medikamentöse) Schmerztherapie innerhalb der letzten drei Monate überprüft und ggf. angepasst?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
Q13c	Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Q14	Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs
Q14a	Wurde mit dieser Patientin/diesem Patienten darüber gesprochen, ob finanzieller Unterstützungsbedarf besteht?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Auskunft möglich
Q14c	<u>Wenn ja:</u> Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Q15	Einschätzen der subjektiven Lebensqualität
Q15a	Wurde mit der Patientin/dem Patienten über ihre/seine subjektive Lebensqualität gesprochen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> keine Auskunft möglich
Q15b	<u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?
	<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten zwölf Monate <input type="checkbox"/> Vor mehr als zwölf Monaten

Q15c	Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Q16	Erfassen der Symptomlast
Q16a	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.
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
Q16b	<u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten zwölf Monate	<input type="checkbox"/> Vor mehr als zwölf Monaten
Q16c	Wurde das Ergebnis in der Patient:innenakte dokumentiert?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Q17	Ermitteln von Patient:innenpräferenzen
Q17a	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.
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
Q17b	<u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate	<input type="checkbox"/> Vor mehr als drei Monaten
Q17c	Wurden diese Präferenzen in der Patient:innenakte dokumentiert?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

QI8	Einbeziehen von Bezugspersonen
QI8a	Wurde mit der Patientin/dem Patienten grundsätzlich besprochen, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Versorgungsentscheidungen einbezogen werden sollen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI8b	<u>Wenn ja:</u> Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
QI8c	Was war die letzte einschneidende Veränderung im gesundheitlichen Zustand des Patienten/der Patientin?
	<input type="checkbox"/> Verschlechterung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/> Verbesserung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Neudiagnose <input type="checkbox"/> 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?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI10	Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen
QI10a	Wurden gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten Behandlungsziele vereinbart?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI10b	<u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?
	<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten drei Monate <input type="checkbox"/> Vor mehr als drei Monaten
QI10c	Wurde diese Behandlungsziele der Dokumentation in der Patient:innenakte dokumentiert?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI13b <u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?		
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten zwölf Monate		
<input type="checkbox"/> Vor mehr als zwölf Monaten		
QI13c Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
QI15 Medikamentenreview		
QI15a Erhält diese Patientin/dieser Patient mind. eine Dauermedikation?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI15c <u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?		
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten zwölf Monate		
<input type="checkbox"/> Vor mehr als zwölf Monaten		
QI15d Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI16b	<u>Wenn ja:</u> Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
QI18 Aktueller Medikationsplan	
QI18a	Erhält diese Patientin/dieser Patient täglich drei oder mehr Dauermedikationen?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI18b	<u>Wenn ja:</u> Hat diese Patientin/dieser Patient einen Medikationsplan?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich
QI18c	<u>Wenn ja:</u> Wann wurde der Medikationsplan zuletzt aktualisiert?
<input type="checkbox"/>	Innerhalb der letzten drei Monate
<input type="checkbox"/>	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? <i>Ausfüllhinweis: Die koordinierende Person muss im Bereich der professionellen Leistungserbringer verortet sein (nicht bspw. Ehepartner/in).</i>
<input type="checkbox"/>	Ich selbst
<input type="checkbox"/>	Eine andere Hausärztin/ein anderer Hausarzt der Praxis/des MVZ
<input type="checkbox"/>	Fachspezialist/in
<input type="checkbox"/>	Andere Person, und zwar: _____
<input type="checkbox"/>	Keine Auskunft möglich
QI19b	Wurde mit der Patientin/dem Patienten explizit vereinbart, wer für die Koordination der Gesundheitsversorgung verantwortlich ist?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich

QI19c Wenn ja: Wurde dies in der Patient:innenakte dokumentiert?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
QI20 Umfassende Versorgungsdokumentation
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?
<input type="checkbox"/> Ja, mir liegen alle Berichte vor. <input type="checkbox"/> Mir liegen nicht alle Berichte vor. <input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Auskunft möglich <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

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
	<u>Wenn Sie an die chronische Erkrankung denken, die bei Ihnen zuletzt diagnostiziert wurde:</u>
QI9a	Wurde Ihnen nach der Diagnosestellung die Teilnahme an einer Patient:innenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
QI9b	Haben Sie nach der Diagnosestellung einen schriftlichen Plan dafür erhalten, was Sie selbst für Ihre Gesundheit tun können?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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?
	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> 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/Szecsényi, 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./Szecsényi, 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.

