

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

# Multimorbidität

Version 1.0

F2

Qualitätsindikatoren für die ambulante  
Versorgung von Patientinnen und  
Patienten mit Multimorbidität –  
Handbuch für die ärztliche Praxis

Autorinnen und Autoren: Katharina Glassen, Josefine Schulze,  
Amanda Breckner, Dagmar Lühmann, Joachim Szecsenyi, Martin Scherer

## Übersicht QISA-Indikatoren F2 – Multimorbidität (1.0)

NR.	QUALITÄTSINDIKATOR	BESCHREIBUNG
<b>Patientennahe Parameter</b>		
1	Depressions-Screening	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screening-Fragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde
2	Gezieltes Erfassen von Schmerzen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die gezielt über das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden
3	Überprüfung des Schmerzmanagements	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit Schmerzen, deren medikamentöse und nichtmedikamentöse Schmerztherapie überprüft und ggf. angepasst wurde
4	Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen im Gespräch finanzieller Unterstützungsbedarf thematisiert wurde
5	Einschätzen der subjektiven Lebensqualität	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über ihre subjektive Lebensqualität gesprochen wurde
6	Erfassen der Symptomlast	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mit Hilfe validierter Instrumente erfasst wurde
7	Ermitteln von Patientenpräferenzen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch erfragt und dokumentiert wurden
8	Einbeziehen von Bezugspersonen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen besprochen wurde, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen
9	Patientenschulungen und Selbstmanagement	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen die Teilnahme an einer Patientenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten oder für die ein schriftlicher Selbstmanagementplan erstellt und vereinbart wurde

NR.	QUALITÄTSINDIKATOR	BESCHREIBUNG
<b>Arzt-Patienten-Interaktion</b>		
10	Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Behandlungsziele gemeinsam vereinbart und dokumentiert wurden
11	Schriftlicher Behandlungsplan	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde
12	Erhebung der Belastung durch die Behandlungen	Anteil (%) von Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde
13	Überprüfung der Therapieadhärenz	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapieadhärenz regelmäßig überprüft wird
14	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren
15	Medikamentenreview	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde
16	Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die vor Behandlungsentscheidungen über den potentiellen Nutzen und die potentiellen Risiken der Therapieoptionen informiert wurden
17	Partizipative Entscheidungsfindung	Anteil (%) aller Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen
18	Aktueller Medikationsplan	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde
<b>Kontextstrukturen</b>		
19	Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten 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
20	Umfassende Versorgungsdokumentation	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten 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
21	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – Ärztinnen/Ärzte	Mindestens eine Ärztin/ein Arzt einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen
22	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – nichtärztliches Personal	Mindestens eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen

Das dieser Veröffentlichung zugrunde liegende Projekt MULTIqual (Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität) wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen o1VSF16o58 gefördert.

# **QISA Band F2**

Version 1.0

**QISA – Das Qualitätsindikatorensystem  
für die ambulante Versorgung**

## **Multimorbidität**

Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von  
Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität – Handbuch  
für die ärztliche Praxis

Autorinnen und Autoren: Katharina Glassen, Josefine Schulze, Amanda Breckner,  
Dagmar Lühmann, Joachim Szecsenyi, Martin Scherer

**aQua – Institut für angewandte  
Qualitätsförderung und Forschung  
im Gesundheitswesen GmbH**

**AOK-Bundesverband**

### **Bitte wie folgt zitieren:**

Glassen K, Schulze J, Breckner A, Lühmann D, Szecsenyi J, Scherer M: Multimorbidität. Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität – Handbuch für die ärztliche Praxis. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band F2, KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin 2022.

QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung  
www.QISA.de

QISA ist ein Gemeinschaftsprodukt des AOK-Bundesverbandes GbR und des  
aQua-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

„QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ ist nicht identisch  
und steht in keinem geschäftlichen Zusammenhang mit der eingetragenen Wortmarke QISA®,  
die insbesondere für das „Qualitätsmanagement in sächsischen Arztpraxen“ geschützt ist.

#### **Herausgeber:**

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg und aQua-Institut)  
joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

Björn Broge (aQua-Institut)  
bjoern.broge@aQua-institut.de

Johannes Stock  
stock@QISA.de

#### **Autorinnen und Autoren:**

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

Universitätsklinikum Heidelberg  
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Im Neuenheimer Feld 130.3  
69120 Heidelberg

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8–10  
37073 Göttingen

#### **Finanzierung:**

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

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Das Werk steht unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0). Ausgenommen von der oben genannten Lizenz sind Teile, Abbildungen und sonstiges Drittmaterial, wenn anders gekennzeichnet.

Redaktion: Catrin Schmidt-Sanchez  
Korrektur: Claudia Lange, korrektopia.de

Titelentwurf: Beatrice Hofmann  
Titelbild: iStock/LeeYiuTung  
Grafik: Désirée Gensrich  
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Version 1.0; Erstauflage (Dezember 2022)

ISBN: 978-3-940172-68-6



## Vorwort der Herausgeber

Wer Versorgungsqualität messen und steuern will, braucht Qualitätsindikatoren. QISA, das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“, bietet sie an. Verteilt auf nunmehr 14 Themenbände umfasst QISA jetzt insgesamt annähernd 200 Qualitätsindikatoren, die „mit System“ über die Breite der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgewählt sind.

### Breite Erfahrungsbasis

QISA ist das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem aQua-Institut, das die wissenschaftliche Erarbeitung der Indikatoren verantwortet. Vorläufer von QISA sind die „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“, die schon im Jahr 2002 als interner Prototyp vorgelegt und danach in AOK-Pilotprojekten mit Arztnetzen praktisch erprobt wurden. Deshalb dienen Arztnetze in den QISA-Bänden häufig als Referenzmodell.

In den Jahren 2009 bis 2013 wurden sukzessiv 12 Themenbände sowie der Einleitungsband unter dem neuen Namen QISA veröffentlicht. Seither ist QISA als Angebot valider und praxisnaher Qualitätsindikatoren ein Begriff geworden. Das hat uns ermuntert, ab dem Jahr 2015 eine Aktualisierung der Bände anzugehen. Sie bringt die Inhalte auf den neuesten wissenschaftlichen Stand und berücksichtigt zugleich Erfahrungen aus der praktischen Anwendung. Zudem haben wir QISA im Jahr 2021 erweitert um den neuen Themenband D2 zum rationalen Antibiotikaeinsatz, der auf Grundlage des Innovationsfondsprojektes ARena (Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden; Förderkennzeichen 01NVF16008) entstanden ist.

### Band F2: Multimorbidität

Mit dem QISA-Band F2 zum Thema Multimorbidität tritt nun ein weiterer Themenband hinzu. Er beruht auf dem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt MULTIqual (Förderkennzeichen 01VSF16058), das die Lehrstühle für Allgemeinmedizin der Universitäten Hamburg-Eppendorf und Heidelberg durchgeführt haben.

In der Versorgung multimorbider Menschen spielen der Umgang mit sich widersprechenden Therapieempfehlungen für einzelne Erkrankungen und die Minimierung möglicher Wechselwirkungen eine zentrale Rolle. Therapieentscheidungen, die sich nur an Einzelkrankungen orientieren, sind mit einem höheren Risiko für Fehlanreize, Fragmentierung oder Überversorgung verbunden. Sie können die Qualität der Versorgung multimorbider Menschen beeinträchtigen oder gar gefährden.

Die hausärztliche Versorgung hat Patientinnen und Patienten mit all ihren Erkrankungen im Blick. Hausärztinnen und Hausärzte sind daher prädestiniert, multimorbide Personen zu begleiten. Bei ihrer Versorgung gilt es, die Risiken und Gefahren von Multimorbidität systematisch mitzudenken und diese in Abstimmung mit den mitversorgenden Fachärztinnen und Fachärzten nach Möglichkeit zu minimieren. Immer wichtiger wird dies auch deshalb, weil Multimorbidität einen großen Teil der Älteren und damit einen wachsenden Teil der Bevölkerung betrifft.

Ausgehend von dieser Erkenntnis entwickelte und validierte das MULTIqual-Projekt (Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität) der beiden Universitäten ein Qualitätsindikatorenset, mit dem die Versorgungsqualität von multimorbiden Patientinnen und Patienten im Rahmen der hausärztlichen Versorgung beurteilt werden kann. Im Ergebnis umfasst das Set insgesamt 22 Indikatoren, die sich auf die Fokusbereiche Patientennahe Parameter, Arzt-Patienten-Interaktion und Kontextstrukturen über die Breite der Versorgung Multimorbider erstrecken.

Mit dem vorliegenden Band wird dieses Set in die Reihe der QISA-Bände aufgenommen. Er leitet die Indikatoren her und beschreibt sie im Einzelnen. Als Manual für die ärztliche Praxis soll der Band die Anwendung dieser Qualitätsindikatoren unterstützen. Ziel ist, auf diese Weise das Thema Multimorbidität und diesbezügliche Handlungsmöglichkeiten noch stärker in die Aufmerksamkeit der ärztlichen Versorgung und auf die Agenden ihrer Qualitätszirkel zu bringen.

### Unsere Zielgruppe

Zielgruppe von QISA sind in der Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte. Unter ihnen spricht das Indikatorenset insgesamt eher die hausärztlich Tätigen an. Die Einzelbände richten sich aber auch an die fachärztlich Tätigen.

QISA ist speziell für ärztliche Kooperationen wie Qualitätszirkel, Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren oder Hausarztverträge interessant. Hier ist gemeinsame, indikatorengestützte Arbeit an der Versorgungsqualität besonders gut möglich. Dafür stellen die QISA-Bände geeignete Indikatoren zur Verfügung und bieten zudem eine inhaltliche Ausgangsbasis für die ärztliche Diskussion der Messergebnisse im Qualitätszirkel.

## Rezeption und Nutzung

Für das dahinterstehende, über längere Zeit gereifte Konzept der indikatorengestützten Arbeit an der Versorgungsqualität hat schon vor einigen Jahren auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geworben:

*„Eine stärkere Kooperation und Koordination in Arztnetzen könnte die Grundlage bilden für eine gemeinsame Qualitätsverantwortung, die dann mit populationsbezogenen Indikatoren gemessen werden kann.“ (Sachverständigenrat, Sondergutachten 2012, S. 227)*

Im gleichen Kontext erwähnt er schon damals QISA explizit als ein für netzinterne Evaluation und externen Qualitätsvergleich geeignetes Indikatorensystem (ebd., S. 215).

Über die Nutzung in Arztnetzen hinaus finden die populationsbezogenen QISA-Indikatoren inzwischen auch Anwendung zu anderen Zwecken, so etwa zur Evaluation von Selektivverträgen oder als Parameter in der Versorgungsforschung. QISA unterstützt also tatsächlich ganz verschiedene Nutzungsmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren.

Dies ist ausdrücklich gewünscht. Bei der Nutzung denken wir dennoch paradigmatisch an die gemeinsame Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, sich die Qualität ihrer Versorgung untereinander transparent zu machen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Dabei hilft QISA und ermöglicht gleichzeitig den ersten wesentlichen Schritt, um mit Qualitätsindikatoren vertraut zu werden und gemeinsame Qualitätsverantwortung im Sinne des Sachverständigenrats wahrzunehmen.

Alle Umsetzungsprojekte zeigen, dass dies stets seine Zeit braucht, etwa bis Daten valide erfasst und aufbereitet sind, bis individuelle Feedbackberichte vorliegen, bis eine offene fachliche Diskussion entsteht und bis dabei beschlossene Maßnahmen umgesetzt sind.

Wer auf diese Weise gute Erfahrungen gesammelt hat, kann danach offener über weitreichendere Formen der Indikatorenutzung nachdenken, etwa externes Benchmarking oder die Ermittlung qualitätsbezogener Vergütungsanteile (sogenanntes „Pay for Performance“). QISA unterstützt auch diese Nutzungen, entbindet aber nicht davon, dem eine eigene, fundierte Vorstellung von guter Performance zugrunde zu legen. Interne Vorerfahrungen und Vorarbeiten sind essentiell, wenn solch ambitionierte Nutzungen nicht Gefahr laufen sollen, die Beteiligten zu überfordern und mehr Ängste als Akzeptanz zu erzeugen.

## Hilfe zum Einstieg

QISA will deshalb vor allem den Einstieg in das Arbeiten mit Qualitätsindikatoren erleichtern und die Neugier der Beteiligten auf das immer noch recht unbekanntes Terrain der ambulanten Versorgungsqualität lenken, um es systematisch mit den Indikatoren auszuleuchten.

Wenn Sie nun aber zunächst den Einstieg in QISA als Indikatorensystem finden möchten, laden wir Sie ein zum Besuch der QISA-Webseite [www.qisa.de](http://www.qisa.de). Dort finden Sie einen Überblick über die QISA-Bände samt der Möglichkeit zum kostenlosen Download. Daneben bietet die Seite ausführliche Informationen über QISA, insbesondere zur Entstehungsgeschichte, zum Selbstverständnis von QISA als Indikatorensystem und zur Methodik der Indikatorenentwicklung.

Hingewiesen sei darüber hinaus auch auf den einleitenden QISA-Band A „QISA stellt sich vor“, der gleichfalls auf der Webseite erhältlich ist. Er ordnet QISA in die Gesamthematik der Qualitätstransparenz ein und beleuchtet die praktischen Einsatzmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an Qualitätsindikatoren und wünschen Ihnen bei der Arbeit damit spannende Ergebnisse und viel Erfolg!

Heidelberg/Göttingen/Freiburg, im Dezember 2022

Joachim Szecsenyi      Björn Broge      Johannes Stock

## QISA – Band F2

### Multimorbidität

Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität – Handbuch für die ärztliche Praxis

<b>Ein paar Hinweise vorweg</b> .....	10
<b>Begründung und Einordnung des Themas</b> .....	14
<b>Das Qualitätsindikatorensset Multimorbidität</b> .....	20
<b>Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren</b> .....	22
<b>Indikator 1:</b> Depressions-Screening .....	23
<b>Indikator 2:</b> Gezieltes Erfassen von Schmerzen .....	24
<b>Indikator 3:</b> Überprüfung des Schmerzmanagements .....	26
<b>Indikator 4:</b> Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs .....	27
<b>Indikator 5:</b> Einschätzen der subjektiven Lebensqualität .....	28
<b>Indikator 6:</b> Erfassen der Symptomlast .....	30
<b>Indikator 7:</b> Ermitteln von Patientenpräferenzen .....	31
<b>Indikator 8:</b> Einbeziehen von Bezugspersonen .....	33
<b>Indikator 9:</b> Patientenschulungen und Selbstmanagement .....	34
<b>Indikator 10:</b> Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen .....	36

---

<b>Indikator 11:</b> Schriftlicher Behandlungsplan.....	37
<b>Indikator 12:</b> Erhebung der Belastung durch die Behandlungen.....	38
<b>Indikator 13:</b> Überprüfung der Therapieadhärenz.....	40
<b>Indikator 14:</b> Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen.....	41
<b>Indikator 15:</b> Medikamentenreview .....	43
<b>Indikator 16:</b> Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen.....	44
<b>Indikator 17:</b> Partizipative Entscheidungsfindung .....	45
<b>Indikator 18:</b> Aktueller Medikationsplan.....	47
<b>Indikator 19:</b> Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination .....	48
<b>Indikator 20:</b> Umfassende Versorgungsdokumentation.....	49
<b>Indikator 21:</b> Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – Ärztinnen/Ärzte .....	51
<b>Indikator 22:</b> Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – nichtärztliches Personal.....	52
<b>Anhang 1</b> .....	<b>54</b>
Patientenbezogener Fragenkatalog.....	54
Einrichtungsbezogener Fragenkatalog .....	60
Patientenbefragung.....	61
<b>Anhang 2</b> .....	<b>62</b>
Teilnehmende des Expertenpanels .....	62
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>63</b>

## Ein paar Hinweise vorweg\*

### QISA im Überblick

Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ besteht aus einem Einleitungsband und 14 Themenbänden mit Indikatoren. Nachfolgend eine Übersicht der QISA-Bände.

QISA-BÄNDE		ERSCHEINUNGSJAHR DER ERSTFASSUNG/ VERSION 2.0	ANZAHL QI (STAND 10/2022)
A	Einführung: QISA stellt sich vor	2009/**	
B	Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle	2009/**	28
C1	Asthma/COPD	2009/2019	15
C2	Diabetes mellitus Typ 2	2011/2019	11
C3	Bluthochdruck	2010/2020	11
C4	Rückenschmerz	2010/2020	10
C6	Depression	2013/2020	13
C7	Koronare Herzkrankheit	2012/2019	14
C8	Herzinsuffizienz	2012/2020	12
D	Pharmakotherapie	2009/2019	15
D2	Rationaler Antibiotikaeinsatz	2021	12
E1	Prävention	2009/2021	18
E2	Krebsfrüherkennung	2010/2021	2
F1	Hausärztliche Palliativversorgung	2010/2021	12
F2	Multimorbidität	2022	22

\* Dieser Text gilt für QISA generell und steht daher in der Verantwortung der Herausgeber dieses Bandes.

\*\* Aktualisierung in Arbeit, Näheres siehe [www.qisa.de](http://www.qisa.de)

## QISA als System

Die Besonderheit von QISA ist der Aufbau als Indikatorensystem, der sich auf drei Ebenen zeigt:

- Die Auswahl der Themen für die QISA-Bände bezieht wichtige Bereiche über die gesamte Breite der medizinischen Grundversorgung ein. Im Vordergrund stehen häufige chronische Erkrankungen, daneben Querschnittsthemen wie Pharmakotherapie und Prävention sowie besondere Versorgungsbereiche wie Palliativversorgung. Zudem bietet der Band B Qualitätsindikatoren für die ärztliche Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsmodellen oder Selektivverträgen an.
- Der Zusammenstellung der Indikatoren je Band liegt jeweils ein Qualitätskonzept zugrunde, das umfassend die verschiedenen relevanten Ansatzpunkte für „gute“ Qualität herausarbeitet. Neben leitliniengerechter Diagnostik und Therapie zählen unter anderem die Vermeidung von Risiken, Patienten unterstützende Maßnahmen, Prävention und die Fortbildung von Ärzten und Praxispersonal dazu. Aus diesen Ansatzpunkten werden, soweit machbar, geeignete Indikatoren abgeleitet. Ferner soll das jeweilige Indikatorenset nach Möglichkeit alle Qualitätsdimensionen – also Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – beleuchten.
- Die Beschreibung der einzelnen Indikatoren orientiert sich in den QISA-Bänden an einer weitgehend gleichen Grundstruktur. Unter deren Kriterien fokussiert sich der vorliegende Band auf die Hinweise zur Beschreibung und zur Berechnung des Indikators sowie auf Informationen zur bisherigen Anwendung und Evidenz (vgl. Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren auf Seite 22). Über die QISA-üblichen Kriterien hinaus fließen zudem Ergebnisse aus der projektbegleitenden Erprobung im hausärztlichen Setting in die Beschreibung der Indikatoren ein.

Dieser systematische Gesamtaufbau von QISA drückt die Überzeugung aus, dass Arbeit an der Qualität mit System erfolgen muss. Singuläre, zufällig ausgewählte Indikatoren können keine fundierte Einschätzung stützen. Ein tragfähiges Bild der Qualität ergibt sich vielmehr wie bei einem Mosaik aus der Gesamtheit systematisch zusammengesetzter Einzelbausteine.

## Die Methodik zur Auswahl der QISA-Indikatoren

In das Konzept „guter“ Qualität, von dem jeder QISA-Band ausgeht, fließt die jeweils aktuelle wissenschaftliche Evidenz ein, sei es direkt aus Studien oder indirekt aus Leitlinien oder durch Rückgriff auf andere Indikatorensysteme. Während sich daraus vor allem die Themen und Fokussierungen der einzelnen QISA-Indikatoren ergeben, beruht ihre konkrete Formulierung und Spezifikation stark auf der Diskussion mit Experten aus Wissenschaft und Praxis. Neben der Evidenz fließen in QISA also Expertenurteile und

Praxiserfahrungen ein. Weitere Kriterien für Auswahl und Formulierung der einzelnen Indikatoren sind die Systematik der Indikatorthemen je Band und ihre Anwendbarkeit in der (hausärztlichen) Grundversorgung. Über die drei Entstehungsstufen von QISA – Prototyp 2002, Veröffentlichung 2009–2013, Aktualisierung 2015–2021 – haben sich mit dieser Methodik stabile und praxisnahe Indikatoren herauskristallisiert. Sie wird auch bei neu hinzukommenden QISA-Bänden beibehalten.

### Die Ziele von QISA

Hauptziel von QISA ist es, gute Indikatoren zur Verfügung zu stellen und Praktiker davon zu entlasten, selbst fundierte Indikatoren entwickeln, darlegen und begründen zu müssen. Ein weiteres Ziel ist die Unterstützung der praktischen Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Deshalb bieten die QISA-Bände auch Informationen, Hinweise und Tipps für die praktische Anwendung.

Damit hilft QISA, die allgemeine Diskussion über Qualität herunterzubrechen auf konkrete und relevante Qualitätsaspekte. Ihre Messung erzeugt Qualitätstransparenz, die wiederum das Verständnis von ambulanter Versorgungsqualität fördert und Ärzten greifbare Handlungsansätze gibt, um an der Qualität ihrer Versorgung zu arbeiten.

### QISA in der Praxis – einige Tipps

**Datenbasis für Messungen** Für die Arbeit mit Indikatoren ist es wertvoll, dass die erforderlichen Daten rasch und einfach verfügbar sind. Am ehesten ist dies bei der Nutzung von Routinedaten aus dem normalen Abrechnungsbetrieb gegeben. Im Rahmen einer Kooperation zwischen Ärzten und Krankenkasse lassen sich solche Daten rasch und sicher bereitstellen. QISA berücksichtigt dies und stützt die Indikatoren auf Routinedaten, soweit dies inhaltlich möglich ist.

Soweit dies nicht der Fall ist, gibt es nur begrenzte Alternativen: DMP-Daten etwa bieten teils mehr Informationen als Routinedaten, können aber nur eingeschränkt genutzt werden und beziehen sich nur auf eingeschriebene Versicherte, also nicht auf die gesamte Patientenpopulation. Eigenorganisierte Datenerhebungen sind grundsätzlich immer möglich, verursachen aber besonderen Aufwand, bis sie implementiert sind und verlässliche Daten liefern.

Ein stimmiges und realistisches Datenkonzept ist daher die Grundlage jeder Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Zu hoffen ist, dass diese Arbeit durch Weiterentwicklungen bei Dokumentationsstandards und Datenverfügbarkeit im Gesundheitswesen künftig leichter wird.

Indikatorwerte sind zunächst isolierte Messergebnisse und per se noch kein Ausdruck von Qualität. Zu einer Aussage über Qualität werden sie erst durch Interpretation. Hierbei sind zum einen die jeweiligen individuellen Gegebenheiten und Hintergrundeinflüsse zu berücksichtigen. Zum anderen sind Vergleichswerte für jede Interpretation essentiell: Eine singuläre Messung reicht nicht aus, um Qualität bewerten zu können. Erst der Vergleich von Messergebnissen mit Referenzwerten ermöglicht eine Beurteilung der geleisteten Qualität.

### **Zielwerte und Interpretation der Ergebnisse**

QISA schlägt daher nach Möglichkeit einen Referenzwert als Zielwert vor. Dieser Wert leitet sich aus der Literatur ab und erscheint damit womöglich als eher theoretisch. Die realen Werte können von einem solchen fachlich gesetzten Zielwert deutlich entfernt liegen, weil er spezifische Gegebenheiten wie zum Beispiel die Risikostruktur einer Population nicht berücksichtigen kann. Er sollte aber zumindest als eine mittelfristig anzustrebende Größe in die Bewertung einfließen und die Zielrichtung der Qualitätsarbeit markieren. Interessant sind darüber hinaus weitere Vergleichswerte. Wichtige Beispiele sind:

- Messungen im Zeitverlauf: Vergleich T<sub>1</sub> mit T<sub>2</sub> mit T<sub>x</sub> usw.
- Vergleich verschiedener Praxen (eines Arztnetzes) untereinander, zum Beispiel in Qualitätszirkeln
- Vergleiche mit anderen Ärzten oder Arztgruppen auf regionaler oder Landesebene

Letztlich entsteht Qualitätstransparenz erst aus der Zusammenschau solcher unterschiedlicher Parameter. Deshalb empfiehlt es sich, neben der Messung eigener Werte auch aussagekräftige Vergleichswerte bereitzustellen – und natürlich ausreichend Raum für die interne Diskussion und Bewertung.

QISA stützt sich auf den aktuellsten verfügbaren Wissensstand, sodass für jeden Band zum Zeitpunkt der Veröffentlichung eine hohe Aktualität gewährleistet ist. Jeder Band weist die zugrunde liegende Literatur sowie die Version der berücksichtigten Leitlinien aus. Nach diesem Zeitpunkt eingetretene Veränderungen können nur im Rhythmus der QISA-Aktualisierungen einbezogen werden, was aber beim derzeitigen QISA-Format nicht in kurzfristigen Abständen möglich ist.

### **Aktualität der vorgeschlagenen Parameter**

Beim Einsatz von QISA-Indikatoren wird daher empfohlen, sich eine Einschätzung der seit Veröffentlichung des jeweiligen QISA-Bandes eingetretenen Änderungen, insbesondere bei Leitlinien, zu verschaffen. Zudem sollten Codierparameter wie etwa ATC-Codes, die häufigen Änderungen unterworfen sind, zur Sicherheit auf ihre Aktualität geprüft und gegebenenfalls modifiziert werden.

## Begründung und Einordnung des Themas

**Besonderheiten des Themas** Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten muss die Qualität der Versorgung, anders als bei Menschen 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.

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

**Entstehung und Anwendung des Qualitätsindikatorensets** Das Qualitätsindikatorenset entstand in einem mehrstufigen Prozess. In diesen Prozess wurden sowohl Vertreterinnen und Vertreter verschiedenster an der Versorgung von multimorbiden Personen beteiligten Professionen als auch Betroffene und deren Angehörige einbezogen. Das Set wurde anschließend in einer Anwendungsstudie in Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten und deren behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten validiert.

Mit Hilfe dieses breit abgestützten Indikatorensets 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 Patientinnen und Patienten zu reduzieren. Darüber hinaus kann das Qualitätsindikatorenset 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 Qualitätsindikatorenset insbesondere für das interne Qualitätsmanagement.

Das Qualitätsindikatorenset wird mit dem vorliegenden Manual für Leistungserbringer in der Primärversorgung, für Versorgungsforschende 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 demografischen Wandels mit steigender Lebenserwartung spielt die medizinische Versorgung von älteren Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen eine immer wichtigere Rolle. Inzwischen zählen ca. 62 % der älteren

Bevölkerung in Deutschland zur Gruppe der multimorbiden Patientinnen und Patienten, also zu 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.

**Definition**  
**Multimorbidität**

Die besondere Herausforderung in der Behandlung von multimorbiden Patientinnen und Patienten 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 behandelten Personen führen (*Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017*). Vor diesem Hintergrund ist es im Sinne der evidenzbasierten Medizin die Aufgabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mit ihrer individuellen Expertise, sowohl die bestmögliche verfügbare externe Evidenz als auch die Präferenzen der Betroffenen in die Therapieplanung einfließen zu lassen (*Sackett et al. 1996*). Leitlinien beziehen sich jedoch zumeist auf die Therapie einzelner Erkrankungen, sodass es bei multimorbiden Menschen teilweise aufgrund von widersprüchlichen Empfehlungen schwierig ist, alle relevanten Leitlinien in die Versorgung einzubeziehen.

**Herausforderungen**  
**in der Behandlung**

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

**Datenbasis**  
**für Messungen**

### Methodik der Indikatorenentwicklung

Im ersten Teil des Projektes wurden auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche Qualitätsindikatoren und Leitlinienempfehlungen identifiziert, aus welchen ein vorläufiges Indikatorenset operationalisiert wurde. In einem zweiten Schritt wurden in acht Fokusgruppen mit multimorbiden Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren und deren Angehörigen vier zusätzliche Indikatoren erarbeitet. Die so entwickelten Qualitätsindikatoren wurden schließlich von einem multidisziplinären Fachpanel (n=23; Teilnehmende des Expertenpanels s. Anhang 2) in einem zweistufigen Konsensusverfahren nach standardisierten Kriterien beurteilt und konsentiert. Das konsentiertere Qualitätsindikatorenset bestand aus 25 Qualitätsindikatoren (*Schulze et al. 2022*).

**Schritt 1:**  
**Systematische Recherche**  
**und Panel**

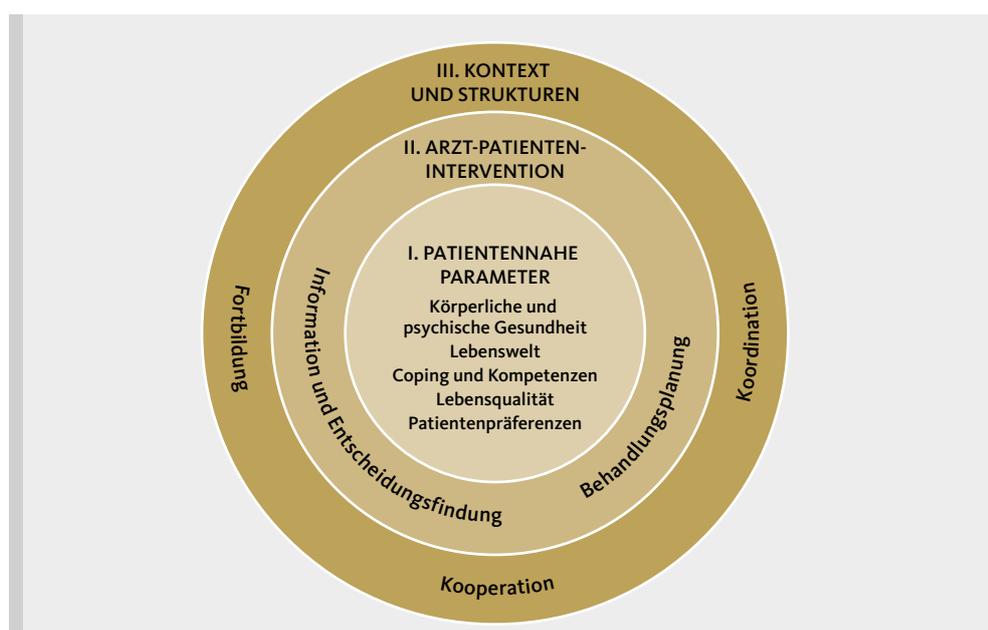
- Schritt 2: Anwendung und Erprobung** Im zweiten Teil des Projektes erfolgte die Anwendung und Erprobung der Indikatoren im hausärztlichen Setting. Hierzu fanden standardisierte Interviews mit insgesamt 346 Menschen ab 65 Jahren mit mindestens drei chronischen Erkrankungen statt, in denen die Sachverhalte der Indikatoren mit Hilfe von Fragebogen erhoben wurden. Anschließend
- Schritt 3: Auswahl finales Indikatorenset** wurde mit den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten (n=35) der befragten Personen anhand von praxis- und patientenspezifischen Fragebogen die Verteilung der Indikatoren geprüft. Betrachtet wurden durchschnittliche Erfüllungsquoten, Machbarkeit der Datenerhebung, praxisbezogene Verteilung sowie Einfluss von Patientenfaktoren und Case Mix. Drei der Indikatoren wurden im Anschluss aufgrund mangelnder Machbarkeit und Trennschärfe ausgeschlossen. Somit besteht das finale Qualitätsindikatorenset 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 Patientinnen und Patienten abgeleitet.

- Rahmenmodell für Versorgungsqualität** Diese Qualitätsindikatoren wurden in einem im Projekt eigens dafür entwickelten Rahmenmodell für die Versorgungsqualität von multimorbiden Personen 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 Patientinnen und Patienten** (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 Qualitätsindikatorensatz wurden insgesamt 25 Indikatoren durch das multidisziplinäre Fachpanel konsentiert. Diese Indikatoren wurden dann im zweiten Teil der Studie bei der Befragung von Patientinnen und Patienten und deren Hausärztinnen und Hausärzten erstmals eingesetzt. Bei der Auswertung stellte sich heraus, dass drei Indikatoren wegen mangelnder Trennschärfe und Machbarkeit der Datenerhebung ausgeschlossen werden mussten.

**Selektion relevanter  
Qualitätsindikatoren**

Das finale Qualitätsindikatorensatz besteht aus 22 Indikatoren, die nach diesem Modell in folgende Ebenen der Versorgung eingeteilt werden können: neun Indikatoren zu den patientennahen Parametern, neun Indikatoren zur Arzt-Patienten-Interaktion und vier Indikatoren zum Bereich Kontext und Strukturen. Die einzelnen Indikatoren des finalen Qualitätsindikatorensatzes Multimorbidität werden im zweiten Teil dieses Manuals ausführlich beschrieben.

**Finales Qualitäts-  
indikatorensatz**

## 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 Qualitätsindikatorensatzes 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 Patientenpräferenzen 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 Patientenpräferenzen 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 jede behandelte Person, die mindestens drei verordnete Medikamente einnimmt, seit 1. Oktober 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 Patientinnen und Patienten umgesetzt wird. Hier könnte das Qualitätsindikatorensatz als Grundlage dienen, den Ist-Zustand der Versorgung multimorbider Menschen zu erheben und Verbesserungspotentiale aufzuzeigen.

**Einsatzmöglichkeiten  
zum Aufzeigen von  
Verbesserungspotential**

Um den Einsatz des Qualitätsindikatorensatzes in weiteren Forschungsprojekten zu ermöglichen, findet sich im Anhang der Fragebogen zur allgemeinen Verwendung entsprechend den Lizenzbestimmungen (siehe Impressum).

### Ausblick

- Internationale Folgestudie** Die Referenzwerte aus der Anwendungsstudie des MULTIqual-Projektes bilden nur einen kleinen Ausschnitt des Ist-Zustandes der Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten 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 Menschen ansetzen könnten:
- Angemessene Vergütung für erhöhten Zeitaufwand** Die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten erfordert im Gegensatz zu der von Personen mit nur einer chronischen Erkrankung einen deutlich höheren Zeitaufwand in Form von mehr Arzt-Patienten-Kontakten und zeitintensiver Koordination der Versorgung mit Angehörigen, Fachleuten und gegebenenfalls 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 Teilnehmende der Fokusgruppen berichteten, dass es für sie sehr hilfreich sei, einen Medikationsplan zu den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten 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 Vertragsärztinnen und Vertragsärzten 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 Patientinnen und Patienten die Versorgungsqualität verbessern könnte.
- Datenerhebung erleichtern** 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 patientenrelevanter Gesundheitsfaktoren wie Symptomlast, Depressivität und Lebensqualität, können zumindest bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 70 Jahren über das geriatrische Basisassessment erhoben werden. Für jüngere multimorbide Menschen 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 Patientinnen und Patienten könnte die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bieten, in deren Rahmen einige Leistungen an die VERAH (Versorgungsassistenz) oder NÄPa (Nichtärztliche Praxisassistenz) delegiert und entsprechend abgerechnet werden können.

**Einbindung in  
Versorgungsmodelle**

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 Patientinnen und Patienten 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 Personen in der Praxis-Software eindeutig als solche markieren kann. Bei den Befragungen der Ärztinnen und Ärzte 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 Patientinnen und Patienten in Zukunft verbessern zu können.

**Integration in  
die Praxis-Software**

## Das Qualitätsindikatorenset Multimorbidität

Im Folgenden werden die einzelnen Qualitätsindikatoren vorgestellt. Die Anwendung ist für alle Ärztinnen und Ärzte gedacht, die multimorbide Patientinnen und Patienten versorgen, wie z. B. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin sowie praktische Ärzte. 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 Praxis-Software erforderlich. Die Ergebnisse der einzelnen Praxen können beispielsweise in Qualitätszirkeln zum internen Benchmarking genutzt werden.

NR.	QUALITÄTSINDIKATOR	BESCHREIBUNG
<b>Patientennahe Parameter</b>		
1	Depressions-Screening	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screening-Fragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde
2	Gezieltes Erfassen von Schmerzen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die gezielt über das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden
3	Überprüfung des Schmerzmanagements	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit Schmerzen, deren medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerztherapie überprüft und ggf. angepasst wurde
4	Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen im Gespräch finanzieller Unterstützungsbedarf thematisiert wurde
5	Einschätzen der subjektiven Lebensqualität	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über ihre subjektive Lebensqualität gesprochen wurde
6	Erfassen der Symptomlast	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mit Hilfe validierter Instrumente erfasst wurde
7	Ermitteln von Patientenpräferenzen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch erfragt und dokumentiert wurden
8	Einbeziehen von Bezugspersonen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen besprochen wurde, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen
9	Patientenschulungen und Selbstmanagement	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen die Teilnahme an einer Patientenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten oder für die ein schriftlicher Selbstmanagementplan erstellt und vereinbart wurde

NR.	QUALITÄTSINDIKATOR	BESCHREIBUNG
<b>Arzt-Patienten-Interaktion</b>		
10	Gemeinsame Vereinbarung von Behandlungszielen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Behandlungsziele gemeinsam vereinbart und dokumentiert wurden
11	Schriftlicher Behandlungsplan	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde
12	Erhebung der Belastung durch die Behandlungen	Anteil (%) von Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde
13	Überprüfung der Therapieadhärenz	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapieadhärenz regelmäßig überprüft wird
14	Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erfolgt nach einem standardisierten Verfahren
15	Medikamentenreview	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde
16	Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die vor Behandlungsentscheidungen über den potentiellen Nutzen und die potentiellen Risiken der Therapieoptionen informiert wurden
17	Partizipative Entscheidungsfindung	Anteil (%) aller Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen
18	Aktueller Medikationsplan	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde
<b>Kontextstrukturen</b>		
19	Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten 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
20	Umfassende Versorgungsdokumentation	Anteil (%) der Patientinnen/Patienten 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
21	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – Ärztinnen/Ärzte	Mindestens eine Ärztin/ein Arzt einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen
22	Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – nichtärztliches Personal	Mindestens eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen

## Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren

<b>I Beschreibung</b>	■ Aussage
	■ Zielstellung
	■ Begründung
	■ Indikatortyp
	■ Qualitätsdimension
<b>II Berechnung des Indikators</b>	■ Bezugszeitraum
	■ Datenerhebung
	■ Berechnung
	- Zähler
	- Nenner
	■ Ein-/Ausschlusskriterien
<b>III Bisherige Anwendung und Evidenz</b>	■ Zugrunde liegende Empfehlung
	■ Originalindikator
<b>IV Ergebnisse des MULTIqual-Projekts</b>	■ Referenzwert
	■ Datenverfügbarkeit
	■ Einflussfaktoren

## Indikator 1: Depressions-Screening

### (1) Beschreibung

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen anhand von Screening-Fragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	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 ( <i>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017</i> ). Gleichmaßen können Depressionen die Bewältigung von Therapieerfordernissen erschweren, zum Beispiel hinsichtlich ausgewogener Ernährung und Bewegung oder Medikamenteneinnahme ( <i>National Institute for Health and Care Excellence 2016</i> ).
<b>Anmerkungen:</b>	Mit dem Begriff Depression sind die ICD-10-Diagnosen F32*, F33* und F34.1 eingeschlossen.
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Angemessenheit der Versorgung, Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung, Patientensicherheit

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal jährlich
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf die Ergebnisdokumentation
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen anhand von Screening-Fragen das Risiko für das Vorliegen einer Depression eingeschätzt wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten ohne bereits diagnostizierte Depression
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Personen mit bereits diagnostizierter Depression werden nicht berücksichtigt.

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

Zugrunde liegende Empfehlung:	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: „Be alert to the possibility of depression and anxiety“ (abgeschwächte Empfehlung)</i>
Originalindikator:	Nicht verfügbar

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

Referenzwert:	In der untersuchten Stichprobe ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 13,2 % für alle eingeschlossenen Patientinnen und Patienten.
Datenverfügbarkeit:	Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 92,0 % der relevanten Stichprobe berechnet werden. In 74,3 % aller Fälle, in denen ein Depressions-Screening durchgeführt wurde, war dies auch in der Patientenakte dokumentiert.
Einflussfaktoren:	Der Indikator war signifikant häufiger bei weiblichen als bei männlichen Patienten 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 Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die gezielt über 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 ( <i>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017</i> ). Obwohl häufig angenommen wird, dass Schmerzen aktiv durch die Patientinnen und Patienten in der Konsultation angesprochen werden, 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 ( <i>Leitlinien-gruppe Hessen 2018</i> ).
Indikatortyp:	Prozessqualität

**Qualitätsdimension:** Angemessenheit der Versorgung, Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit der Versorgung, Patientensicherheit

### (2) Berechnung des Indikators

**Bezugszeitraum:** Einmal im Quartal

**Datenerhebung:** Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation von Schmerzerfassung

**Berechnung:** **Zähler:** Anzahl der Patientinnen und Patienten, die gezielt über das Vorliegen von Schmerzen befragt wurden

**Nenner:** Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

**Ein- und Ausschlusskriterien:** Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

**Zugrunde liegende 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientenakte.

**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

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten mit Schmerzen, deren medikamentöse und nicht medikamentöse Schmerztherapie überprüft und ggf. angepasst wurden
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Obwohl Schmerzprobleme häufig von Hausärztinnen und Hausärzten unterschätzt werden, sind sie mit negativen Effekten für die Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten verbunden. Oft sind Schmerzen bei Multimorbidität durch mehrere zugrunde liegende Faktoren beeinflusst, was effektives Schmerzmanagement erschweren kann. Dennoch ist dieses im Hinblick auf die möglichen Auswirkungen chronischer Schmerzen unerlässlich ( <i>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Angemessenheit der Versorgung, Wirksamkeit der Maßnahmen

#### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal im Quartal
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf Verlaufskontrolle der Schmerzbehandlung
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, deren Schmerztherapie überprüft und ggf. angepasst wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die unter chronischen Schmerzen leiden
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

#### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<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“ ( <i>abgeschwächte Empfehlung</i> )
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

#### (4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

<b>Referenzwert:</b>	Für 67,0% der in die Berechnung eingeschlossenen Patientinnen und Patienten war dieser Indikator erfüllt. Bei 60,1 % der Gesamtstichprobe bestand eine chronische Schmerzsymptomatik.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	In der untersuchten Stichprobe war mit 97,5 % eine hohe Datenverfügbarkeit gegeben, jedoch spiegelte sich dies lediglich bei 65,4 % in der Patientenakte wider.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Es konnte kein signifikanter Einfluss spezifischer Patientencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt werden.

### Indikator 4: Thematisieren des finanziellen Unterstützungsbedarfs

#### (1) Beschreibung

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, bei denen im Gespräch finanzieller Unterstützungsbedarf thematisiert wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Finanzielle Einschränkungen stellen für multimorbide Personen eine Barriere für das Management der eigenen Behandlung dar ( <i>Bayliss et al. 2007</i> ). Sozioökonomische Faktoren können das Gleichgewicht zwischen Ressourcen und Belastung durch die Erkrankungen und Behandlungen empfindlich beeinträchtigen ( <i>Muth et al. 2014</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientenorientierung, Gleichheit bei der Versorgung

#### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Mindestens einmal pro behandelte Person
<b>Datenerhebung:</b>	Patientenbefragung
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen im Gespräch finanzieller Unterstützungsbedarf thematisiert wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Leitlinien:

- *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 Patientinnen und Patienten die erforderlichen Daten erhoben werden, jedoch waren diese nur in 41,0 % aller Fälle in der Patientenakte dokumentiert.

Einflussfaktoren:

Die Pflegebedürftigkeit von Menschen erwies sich als ein signifikanter Einflussfaktor für 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 Patientinnen und Patienten 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 patientenzentrierter Behandlung bei Multimorbidität dar (*Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017*).

Indikatortyp:

Prozessqualität

Qualitätsdimension:

Patientenorientierung

## (2) Berechnung des Indikators

Bezugszeitraum:	Einmal jährlich
Datenerhebung:	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation eines Gesprächs über die subjektive Lebensqualität
Berechnung:	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, mit denen über ihre subjektive Lebensqualität gesprochen wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
Ein- und Ausschlusskriterien:	Keine

## (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrunde liegende Empfehlung:	<i>NICE Multimorbidity: clinical assessment and management 2016, S. 237: „Establish disease burden by talking to people about how their health problems affect their day-to-day life. Include a discussion of (...) how health problems interact and how this affects quality of life“ (starke Empfehlung)</i>
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 Patientinnen und Patienten konnten alle Daten erhoben werden. In 60,3 % aller positiv gewerteten Fälle konnte die entsprechende Dokumentation der Patientenakte entnommen werden.
Einflussfaktoren:	Die Anzahl von Komorbiditäten erwies sich als signifikanter Einflussfaktor für die Erfüllung des Indikators und sollte daher beim Vergleich zwischen Leistungserbringern berücksichtigt werden.

## Indikator 6: Erfassen der Symptomlast

### (1) Beschreibung

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Symptomlast mit Hilfe validierter Instrumente erfasst wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Das Vorliegen mehrerer Erkrankungen erschwert es, Symptome eindeutig einer spezifischen Grunderkrankung zuzuordnen. Zudem weisen multimorbide Menschen oft eine höhere Belastung durch Krankheitssymptome auf. Eine Verringerung der Symptomlast ist daher für Betroffene oft ein wichtiges Ziel in der Behandlung ( <i>Working group on health outcomes for older persons with multiple chronic conditions 2012</i> ).
<b>Anmerkungen:</b>	Symptomlast ist definiert als ein Konzept, das sowohl den Schweregrad der Symptome als auch die Wahrnehmung des Menschen hinsichtlich der Auswirkungen der Symptome umfasst ( <i>Cleeland 2007</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientenorientierung

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal jährlich
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf die Ergebnisdokumentation
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, deren Symptomlast mit Hilfe validierter Instrumente erfasst wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <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>keine Angabe zu Empfehlungsstärke</i>)</li> </ul>
--------------------------------------	---

- *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 Patientinnen und Patienten erfüllt.

**Datenverfügbarkeit:** Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 96,2 % aller Patientinnen und Patienten erhoben werden, wobei die Ergebnisdokumentation in 100,0 % 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 Patientenpräferenzen**

#### **(1) Beschreibung**

**Aussage:** Anteil (%) der Patientinnen und Patienten 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 patientenzentrierte 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:** Patientenorientierung, Mitwirkung und aktive Einbeziehung der Patientinnen/Patienten

**(2) Berechnung des Indikators**

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal im Quartal
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation von Patientenpräferenzen
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, deren Prioritäten, Ziele und Wertvorstellungen im Gespräch erfragt und dokumentiert wurden <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<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.“ ( <i>starke Empfehlung</i> )  <i>DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie 2017, S. 23:</i> „Bei der Ermittlung von Patientenpräferenzen und Wertvorstellungen sind folgende Aspekte anzusprechen (Adaptation aus NICE-Guideline): Patientinnen und Patienten 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.“ ( <i>starke Empfehlung</i> )
<b>Originalindikator:</b>	<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.“

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	Es wurde ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 17,6 % festgestellt.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	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 Patientenakte entnommen werden.

**Einflussfaktoren:** Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patientencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

## Indikator 8: Einbeziehen von Bezugspersonen

### (1) Beschreibung

**Aussage:** Anteil (%) der Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten, dass Angehörige, nahe Bezugs- oder Betreuungspersonen in Entscheidungen eingebunden werden. Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten 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 behandelten Menschen treffen, insbesondere wenn kognitive Einschränkungen vorliegen (*American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012*).

**Indikatortyp:** Prozessqualität

**Qualitätsdimension:** Patientenorientierung

### (2) Berechnung des Indikators

**Bezugszeitraum:** Mindestens einmal pro behandelte Person und ereignisbezogen (bei Neudiagnose, Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Einweisung/Entlassung)

**Datenerhebung:** Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation zum Einbeziehen von Bezugspersonen

**Berechnung:** **Zähler:** Anzahl der Patientinnen und Patienten, mit denen besprochen wurde, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen

**Nenner:** Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

**Ein- und Ausschlusskriterien:** Keine

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<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.“ (<i>starke Empfehlung</i>)</p> <p><i>DEGAM Multimorbidity S3-Leitlinie 2017, S. 23:</i> „Es sollte mit der Patientin oder dem Patienten geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Versorgungsentscheidungen eingebunden werden sollen.“ (<i>abgeschwächte Empfehlung</i>)</p>
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	Bei 317 behandelten Personen, für die dieser Indikator in der MULTIqual-Stichprobe erhoben werden konnte, lag der Erfüllungsgrad bei 33,8 %.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	Für 91,6 % der Gesamtstichprobe lagen die entsprechenden Daten vor, wobei eine Information über das Einbeziehen von Bezugspersonen in 67,3 % der Fälle der Patientenakte entnommen werden konnte.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Die Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten erwies sich als ein signifikanter Einflussfaktor für den Erfüllungsgrad des Indikators und sollte beim Vergleich zwischen Leistungserbringern berücksichtigt werden, wenn sich deutliche Unterschiede im Case Mix ergeben.

**Indikator 9: Patientenschulungen und Selbstmanagement****(1) Beschreibung**

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, denen die Teilnahme an einer Patientenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten oder für die ein schriftlicher Selbstmanagementplan erstellt und vereinbart wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	In Fokusgruppen berichteten Patientinnen und Patienten, dass Informationen zu ihren Erkrankungen und Möglichkeiten zum Selbstmanagement sehr hilfreich für sie seien. In Schulungen und weiteren Angeboten zum Selbstmanagement können

gesundheitsbezogene Kompetenzen erworben werden, die für das alltägliche Krankheitsmanagement genutzt werden (*Pohontsch et al. 2021*).

<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Mitwirkung und aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten

### **(2) Berechnung des Indikators**

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmalig innerhalb von drei Monaten nach Diagnosestellung
<b>Datenerhebung:</b>	Patientenbefragung
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl von Patientinnen und Patienten, denen die Teilnahme an einer Patientenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten oder für die ein schriftlicher Selbstmanagementplan erstellt wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

### **(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	Nicht verfügbar
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

### **(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	In der MULTIqual-Stichprobe war der Indikator für 40,9 % der Patientinnen und Patienten erfüllt.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	Der Indikator ist am zuverlässigsten einer Patientenbefragung zu entnehmen, wobei hier 93,9 % aller Patientinnen und Patienten eine Aussage treffen konnten.
<b>Einflussfaktoren:</b>	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

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen Behandlungsziele gemeinsam vereinbart und dokumentiert wurden
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch.
<b>Begründung:</b>	Multimorbide Menschen und Hausärztinnen/Hausärzte setzen häufig unterschiedliche Prioritäten in der Behandlung, weshalb ein Aushandlungsprozess vonnöten ist, um Versorgungsziele zu definieren ( <i>DEGAM 2017</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientenorientierung, Wirksamkeit der Maßnahmen

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal im Quartal
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation von Behandlungszielen
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, mit denen gemeinsam Behandlungsziele vereinbart und dokumentiert wurden <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<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>starke Empfehlung</i> )  <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.“ ( <i>starke Empfehlung</i> )
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	Es ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 13,2 %.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	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 Patientenakte dokumentiert.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass eine Adjustierung für spezifische Charakteristika erfolgen sollte.

**Indikator 11: Schriftlicher Behandlungsplan****(1) Beschreibung**

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Ein umfassender Behandlungsplan ermöglicht es, die Versorgung nach persönlichen Prioritäten auszurichten und diese Information festzuhalten und weiterzugeben ( <i>National Institute for Health and Care Excellence 2017</i> ).
<b>Indikatorart:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientenorientierung, Kontinuität der Versorgung

**(2) Berechnung des Indikators**

<b>Bezugszeitraum:</b>	Keiner
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation eines aktuellen Behandlungsplans
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die ein Behandlungsplan erstellt wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<i>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)</i>
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	In der untersuchten Stichprobe war der Indikator für 9,1 % der Patientinnen und Patienten erfüllt.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	Der im Indikator geforderte schriftliche Behandlungsplan war in allen Fällen in der Patientenakte hinterlegt.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patientencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

**Indikator 12: Erhebung der Belastung durch die Behandlungen****(1) Beschreibung**

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Das Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen bedeutet für viele Patientinnen und Patienten 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, können Überforderungserleben und Non-Adhärenz resultieren ( <i>DEGAM 2017</i> ).

<b>Anmerkungen:</b>	Inhalte des Gesprächs können sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anzahl und Art der Behandlungstermine einer Person und wo diese stattfinden</li> <li>■ Anzahl und Art der Arzneimittel, die eine Person einnimmt, und wie oft</li> <li>■ Unerwünschte Wirkungen durch Arzneimittel</li> <li>■ nichtpharmakologische Behandlungen wie Diäten, Bewegungsprogramme und psychologische Behandlungen</li> <li>■ Auswirkungen der Behandlung auf die psychische Gesundheit oder das Wohlbefinden</li> </ul>
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal jährlich
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der Belastung durch die Behandlungen
<b>Berechnung:</b>	<p><b>Zähler:</b> Anzahl von Patientinnen und Patienten, mit denen über die Belastung durch die Behandlungen gesprochen wurde</p> <p><b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten</p>
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<p><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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ the number and type of healthcare appointments a person has and where these take place</li> <li>■ the number and type of medicines a person is taking and how often,</li> <li>■ any harms from medicines</li> <li>■ non-pharmacological treatments such as diets, exercise programmes and psychological treatments</li> <li>■ any effects of treatment on their mental health or wellbeing“ (<i>starke Empfehlung</i>)</li> </ul>
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	Der Referenzwert aus der MULTIqual-Stichprobe ist ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 75,0%.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	In der MULTIqual-Stichprobe konnten für 89,0% der Patientinnen und Patienten die erforderlichen Daten erhoben werden, jedoch waren diese nur in 56,3% der Fälle, in denen der Indikator erfüllt war, in der Patientenakte dokumentiert.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Die Anzahl von Komorbiditäten erwies sich als signifikanter Einflussfaktor für die Erfüllung des Indikators.

**Indikator 13: Überprüfung der Therapieadhärenz****(1) Beschreibung**

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Therapieadhärenz überprüft wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Adhärenz ist über alle Erkrankungen hinweg einer der wichtigsten modifizierbaren Einflussfaktoren für das Behandlungsergebnis ( <i>World Health Organization 2003</i> ). Aufgrund der Vielzahl von möglichen gesundheitsbezogenen Aufgaben ist Adhärenz zentral für das Gelingen der Therapie bei Menschen mit Multimorbidität.
<b>Anmerkungen:</b>	Adhärenz bezeichnet das Ausmaß, in dem das Verhalten eines behandelten Menschen mit zuvor zwischen ihm und der Ärztin/dem Arzt oder der Therapeutin/dem Therapeuten gemeinsam festgelegten Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt ( <i>World Health Organization 2003</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientensicherheit, Wirksamkeit der Maßnahmen

**(2) Berechnung des Indikators**

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal jährlich
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der Adhärenz
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, deren Therapieadhärenz überprüft wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrunde liegende 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 für 90,5% der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten gegeben, eine Dokumentation des im Indikator beschriebenen Prozesses war jedoch nur in 50,3% aller Fälle der Dokumentation zu entnehmen.

Einflussfaktoren:

Es ergaben sich keine Hinweise darauf, dass der Patientenmix 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*).

Indikatorotyp:

Strukturqualität

Qualitätsdimension:

Patientensicherheit

**(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:	<b>Zähler:</b> Anzahl der Praxen/Versorgungseinheiten, bei denen die Erfassung und Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach einem standardisierten Verfahren erfolgt <b>Nenner:</b> Anzahl aller betrachteten Praxen/Versorgungseinheiten der Versorgungsstruktur
Ein- und Ausschlusskriterien:	Bezieht sich auf Praxen/Versorgungseinheiten, die an der Versorgung von Menschen ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

Zugrunde liegende Empfehlung:	<i>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)</i>
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

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Je mehr Medikamente eingenommen werden, desto höher ist das Risiko für Medikamenteninteraktionen, unerwünschte Wirkungen und Non-Adhärenz ( <i>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017</i> ).
<b>Anmerkungen:</b>	Dauermedikation: mindestens ein Medikament mit einer Einnahmedauer von mindestens sechs Monaten
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientensicherheit, Wirksamkeit der Maßnahmen

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal jährlich
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation eines Medikamentenreviews
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei und mehr chronischen Krankheiten, die eine Dauermedikation erhalten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Berücksichtigung finden ausschließlich Menschen mit Dauermedikation (siehe obige Anmerkungen).

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<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.“ ( <i>starke Empfehlung</i> )
<b>Originalindikator:</b>	<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.“

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	In der MULTIqual-Stichprobe war der Indikator für 39,0% der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten erfüllt.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	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 Patientenakte entnommen werden.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Es ergaben sich keine Hinweise auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Adjustierung.

**Indikator 16: Information über potentiellen Nutzen und Schaden von Therapieoptionen****(1) Beschreibung**

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die vor Behandlungsentscheidungen über den potentiellen Nutzen und die potentiellen Risiken der Therapieoptionen informiert wurden
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	Behandelte Personen sowie Ärztinnen und Ärzte können verschiedene Perspektiven zu potentielltem Nutzen und potentiellen Risiken haben und deren Relevanz unterschiedlich bewerten ( <i>American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity 2012</i> ).
<b>Indikatorotyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientenorientierung, Patientensicherheit

**(2) Berechnung des Indikators**

<b>Bezugszeitraum:</b>	Situativ vor Behandlungsentscheidungen
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation eines Gesprächs zu potentielltem Nutzen und Schaden der Therapieoptionen
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, die vor Behandlungsentscheidungen über den potentiellen Nutzen und die potentiellen Risiken der Therapieoptionen informiert wurden <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

Ein- und Ausschlusskriterien:

Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

Zugrunde liegende 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 Patientenakte entnommen werden.

Einflussfaktoren:

Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patientencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

## Indikator 17: Partizipative Entscheidungsfindung

### (1) Beschreibung

Aussage:

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

Zielstellung:

Möglichst hoch

Begründung:

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

Indikatortyp:

Ergebnisqualität

Qualitätsdimension:

Patientenorientierung, Mitwirkung und aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten

**(2) Berechnung des Indikators**

<b>Bezugszeitraum:</b>	Zwölf Monate
<b>Datenerhebung:</b>	Patientenbefragung
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl aller Patientinnen und Patienten, die so weit in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, wie sie es wünschen <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<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.“ ( <i>starke Empfehlung</i> )
<b>Originalindikator:</b>	<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“

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	In der untersuchten Stichprobe war der Indikator für 74,5 % der Patientinnen und Patienten erfüllt.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	Bei Patientenbefragungen konnten 95,4 % eine Angabe zu diesem Indikator machen. Angaben zur Dokumentation entfallen.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Es ergaben sich keine Hinweise auf die Notwendigkeit, für mögliche Einflussfaktoren zu adjustieren.

## Indikator 18: Aktueller Medikationsplan

### (1) Beschreibung

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	In Fokusgruppen mit multimorbiden Menschen wurde geschildert, dass ein Medikationsplan insbesondere bei mehreren verschreibenden Ärztinnen und Ärzten 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 Ärztinnen und Ärzten. Einige Teilnehmende berichteten, eine Kopie des Medikationsplans für Notfälle immer mit sich zu führen ( <i>Pohontsch et al. 2021</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Patientensicherheit, Patientenorientierung

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Einmal im Quartal
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf Aktualität des Medikationsplans
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl von Patientinnen und Patienten, deren Medikationsplan im letzten Quartal aktualisiert wurde <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten, die täglich mindestens drei verschiedene Medikamente einnehmen
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Eingeschlossen werden Personen, die täglich mindestens drei verschiedene Medikamente einnehmen.

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	Nicht verfügbar
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	Als Referenzwert kann der durchschnittliche Erfüllungsgrad von 52,3 % der im MULTIqual-Projekt betrachteten Stichprobe angegeben werden.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	Im MULTIqual-Projekt konnte dieser Indikator für 97,1 % der Gesamtstichprobe erhoben werden. Da die Aktualität des Medikationsplans über die digitale Anwendung in der Patientenakte geprüft wird, ist hier von einer 100%igen Dokumentationsrate auszugehen.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Es wurde kein signifikanter Einfluss des Case Mix auf die Indikatorausprägung festgestellt.

**Indikator 19: Festlegung der Verantwortlichkeit für die Koordination****(1) Beschreibung**

<b>Aussage:</b>	Anteil (%) der Patientinnen und Patienten 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
<b>Zielstellung:</b>	Möglichst hoch
<b>Begründung:</b>	In der Versorgung multimorbider Menschen ist es eine zentrale Aufgabe, die Verantwortung für die Koordination zu vereinbaren und diese Vereinbarung sämtlichen beteiligten Leistungserbringern mitzuteilen. ( <i>National Institute for Health and Care Excellence 2016</i> ). Obwohl Hausärztinnen und Hausärzte diese Funktion häufig übernehmen, können sie die dafür erforderliche Zeit nur bedingt zur Verfügung stellen ( <i>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Kontinuität der Versorgung, Effizienz, Angemessenheit der Versorgung

**(2) Berechnung des Indikators**

<b>Bezugszeitraum:</b>	Vereinbarung einmal pro behandelte Person sowie bei wesentlichen Veränderungen der Lebens- oder Versorgungssituation
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf die Dokumentation der Verantwortlichkeit

**Berechnung:** **Zähler:** Anzahl der Patientinnen und Patienten, mit denen vereinbart und festgehalten wurde, welcher professionelle Leistungserbringer für die übergreifende Koordination der Versorgung verantwortlich ist  
**Nenner:** Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten

**Ein- und Ausschlusskriterien:** Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

**Zugrunde liegende 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 Patientinnen und Patienten ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 28,8 %.

**Datenverfügbarkeit:** Im MULTIqual-Projekt waren die erforderlichen Daten zur Berechnung des Indikators für 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 Personen beeinflusst. Daher sollte beim Vergleich zwischen Leistungserbringern eine Adjustierung für diesen Faktor erfolgen.

## Indikator 20: Umfassende Versorgungsdokumentation

### (1) Beschreibung

**Aussage:** Anteil (%) der Patientinnen und Patienten 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

<b>Begründung:</b>	Zu den Problemen des Managements von multimorbiden Menschen in der hausärztlichen Versorgung gehören Fragmentierung der Versorgung und mangelnde Kommunikation zwischen Leistungserbringern. Es können Informationsdefizite entstehen, die Doppeluntersuchungen oder konkurrierende Behandlungsstrategien begünstigen ( <i>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2017</i> ).
<b>Indikatorotyp:</b>	Prozessqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Kontinuität der Versorgung, Angemessenheit der Versorgung

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Zwölf Monate
<b>Datenerhebung:</b>	Prüfung der Patientenakte auf Dokumentation der Befunde
<b>Berechnung:</b>	<b>Zähler:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen einer die Versorgung koordinierenden Person alle Berichte der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer vorliegen <b>Nenner:</b> Anzahl der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit mehr als drei chronischen Krankheiten
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Keine

### (3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<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.“ ( <i>abgeschwächte Empfehlung</i> )
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

### (4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts

<b>Referenzwert:</b>	Aus den Daten des MULTIqual-Projekts ergab sich ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 81,4 % der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	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 Patientenakte entnommen werden.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Es wurde kein signifikanter Einfluss bestimmter Patientencharakteristika auf die Indikatorausprägung festgestellt.

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

### (1) Beschreibung

<b>Aussage:</b>	Mindestens eine Ärztin oder ein Arzt einer Praxis hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen.
<b>Zielstellung:</b>	Kriterium für möglichst alle Leistungserbringer/Praxen erfüllt
<b>Begründung:</b>	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 ( <i>Palmer et al. 2018</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Strukturqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	Evidenz- und Wissensbasierung der Versorgung

### (2) Berechnung des Indikators

<b>Bezugszeitraum:</b>	Aktuelle Angabe
<b>Datenerhebung:</b>	Auskunft der Praxis
<b>Berechnung auf Ebene einer Versorgungseinheit:</b>	Kriterium erfüllt/nicht erfüllt
<b>Berechnung auf Ebene einer Versorgungsstruktur:</b>	<p><b>Zähler:</b> Anzahl der Praxen/Versorgungseinheiten, für die mindestens eine Ärztin/ein Arzt einer Praxis oder Versorgungseinheit nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen hat</p> <p><b>Nenner:</b> Anzahl aller betrachteten Praxen/Versorgungseinheiten der Versorgungsstruktur</p>
<b>Ein- und Ausschlusskriterien:</b>	Bezieht sich auf Praxen/Versorgungseinheiten, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

<b>Zugrunde liegende Empfehlung:</b>	<i>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)</i>
<b>Originalindikator:</b>	Nicht verfügbar

**(4) Ergebnisse des MULTIqual-Projekts**

<b>Referenzwert:</b>	In der untersuchten Stichprobe war der Indikator für 60,6 % der Praxen erfüllt.
<b>Datenverfügbarkeit:</b>	33 von 35 Praxen (94,3 %) konnten zu den im Indikator beschriebenen Fortbildungsmaßnahmen eine aktuelle Angabe machen.
<b>Einflussfaktoren:</b>	Keine Daten verfügbar

**Indikator 22: Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität – nichtärztliches Personal****(1) Beschreibung**

<b>Aussage:</b>	Mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis/Versorgungseinheit hat nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen.
<b>Zielstellung:</b>	Kriterium möglichst für alle Praxen/Versorgungseinheiten erfüllt
<b>Begründung:</b>	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 ( <i>Palmer et al. 2018</i> ).
<b>Indikatortyp:</b>	Strukturqualität
<b>Qualitätsdimension:</b>	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:	<b>Zähler:</b> Anzahl der Praxen/Versorgungseinheiten, für die mindestens eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter aus dem nichtärztlichen Personal einer Praxis nachweislich an Fortbildungsmaßnahmen mit Relevanz für Multimorbidität teilgenommen hat <b>Nenner:</b> Anzahl aller betrachteten Praxen/Versorgungseinheiten der Versorgungsstruktur
Ein- und Ausschlusskriterien:	Bezieht sich auf Praxen/Versorgungseinheiten, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit drei oder mehr chronischen Krankheiten beteiligt sind

**(3) Bisherige Anwendung und Evidenz des Indikators**

Zugrunde liegende Empfehlung:	<i>JA-CHRODIS Multimorbidity care model 2016, S. 12:</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.“ <i>(keine Angabe zu Empfehlungsstärke)</i>
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 1

## Patientenbezogener Fragenkatalog

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

DD ANZAHL CHRONISCHER ERKRANKUNGEN DER PATIENTIN/DES PATIENTEN (Diagnosen nach ICD-10) Voraussetzung: Vorliegen mindestens drei chronischer Erkrankungen			
	DD1	DD2	DD3
	DD4	DD5	DD6
	DD7	DD8	DD9
	DD10	DD11	DD12
	DD13	DD14	DD15
	DD16	DD17	DD18
	DD19	DD20	DD21
QI 1 DEPRESSIONS-SCREENING			
<b>QI 1a</b>	<b>Wurde bei der Patientin/dem Patienten eine depressive Störung diagnostiziert?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 1b</b>	<b><u>Wenn nein:</u> Wurde bei der Patientin/dem Patienten das Risiko für das Vorliegen einer Depression anhand von Screening-Fragen eingeschätzt?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 1c</b>	<b><u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?</b>		
	Innerhalb der letzten zwölf Monate	Vor mehr als zwölf Monaten	
<b>QI 1d</b>	<b>Wurde das Ergebnis in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	
QI 2 GEZIELTES ERFASSEN VON SCHMERZEN			
<b>QI 2a</b>	<b>Wurde die Patientin/der Patient innerhalb der letzten drei Monate über das Vorliegen von Schmerzen befragt?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 2b</b>	<b><u>Wenn ja:</u> Wurde das Ergebnis in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	

<b>QI 3 ÜBERPRÜFUNG DES SCHMERZMANAGEMENTS</b>			
<b>QI 3a Leidet die Patientin/der Patient unter chronischen Schmerzen?</b>			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 3b <u>Wenn ja:</u> Wurde die (medikamentöse und nicht medikamentöse) Schmerztherapie innerhalb der letzten drei Monate überprüft und ggf. angepasst?</b>			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 3c Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>			
	Ja	Nein	
<b>QI 4 THEMATISIEREN DES FINANZIELLEN UNTERSTÜTZUNGSBEDARFS</b>			
<b>QI 4a Wurde mit dieser Patientin/diesem Patienten darüber gesprochen, ob finanzieller Unterstützungsbedarf besteht?</b>			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 4b <u>Wenn ja:</u> Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>			
	Ja	Nein	
<b>QI 5 EINSCHÄTZEN DER SUBJEKTIVEN LEBENSQUALITÄT</b>			
<b>QI 5a Wurde mit der Patientin/dem Patienten über ihre/seine subjektive Lebensqualität gesprochen?</b>			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 5b <u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?</b>			
	Innerhalb der letzten zwölf Monate	Vor mehr als zwölf Monaten	
<b>QI 5c Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>			
	Ja	Nein	
<b>QI 6 ERFASSEN DER SYMPTOMLAST</b>			
<b>QI 6a Wurde die Symptomlast der Patientin/des Patienten mit standardisierten Instrumenten erfasst?</b> Hinweis: Die Symptomlast umfasst sowohl den Schweregrad der Symptome als auch die Wahrnehmung der Patientin/des Patienten hinsichtlich der Auswirkungen der Symptome.			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 6b <u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?</b>			
	Innerhalb der letzten zwölf Monate	Vor mehr als zwölf Monaten	
<b>QI 6c Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>			
	Ja	Nein	

Q1 7 ERMITTELN VON PATIENTENPRÄFERENZEN			
<b>Q1 7a</b>	<b>Wurden bei der Patientin/dem Patienten Präferenzen (Werte, Ziele und Prioritäten) in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung erfragt?</b> Hinweis: Präferenzen können beispielsweise sein: Erhalt der Arbeitstätigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten/ am Familienleben, Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z. B. Schlaganfall), Minimierung von Medikamenten- nebenwirkungen, Verringerung der Belastung durch Behandlungen, Lebensverlängerung.		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>Q1 7b</b>	<b>Wenn ja: Wann ist dies zuletzt erfolgt?</b>		
	Innerhalb der letzten drei Monate	Vor mehr als drei Monaten	
<b>Q1 7c</b>	<b>Wurden diese Präferenzen in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	
Q1 8 EINBEZIEHEN VON BEZUGSPERSONEN			
<b>Q1 8a</b>	<b>Wurde mit der Patientin/dem Patienten grundsätzlich besprochen, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Versorgungsentscheidungen einbezogen werden sollen?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>Q1 8b</b>	<b>Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	
<b>Q1 8c</b>	<b>Was war die letzte einschneidende Veränderung im gesundheitlichen Zustand der Patientin/des Patienten?</b>		
	Verschlechterung des Gesundheitszustandes Krankenhausaufenthalt Sonstiges, und zwar: _____	Verbesserung des Gesundheitszustandes Neudiagnose _____	
<b>Q1 8d</b>	<b>Wurde mit der Patientin/dem Patienten aus diesem Anlass (erneut) besprochen, ob und inwieweit Bezugspersonen in wichtige Versorgungsentscheidungen einbezogen werden sollen?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
Q1 10 GEMEINSAME VEREINBARUNG VON BEHANDLUNGSZIELEN			
<b>Q1 10a</b>	<b>Wurden gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten Behandlungsziele vereinbart?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>Q1 10b</b>	<b>Wenn ja: Wann ist dies zuletzt erfolgt?</b>		
	Innerhalb der letzten zwölf Monate	Vor mehr als zwölf Monaten	
<b>Q1 10c</b>	<b>Wurden diese Behandlungsziele in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	

QI 11 SCHRIFTLICHER BEHANDLUNGSPLAN			
<b>QI 11a</b>	<b>Wurde für die Patientin/den Patienten ein schriftlicher Behandlungsplan erstellt, der über einzunehmende/anzuwendende Medikation hinausgeht?</b> Hinweis: Ein schriftlicher Behandlungsplan beinhaltet Behandlungsstrategien, Folgetermine, Notfallpläne, beteiligte Personen und ggf. Behandlungsziele.		
	Ja	Nein / Behandlung umfasst lediglich Medikation	Keine Auskunft möglich
<b>QI 11b</b>	<b>Wenn ja: Ist dieser Behandlungsplan Ihrer Einschätzung nach aktuell?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
QI 12 ERHEBUNG DER BELASTUNGEN DURCH DIE BEHANDLUNGEN			
<b>QI 12a</b>	<b>Wurde mit der Patientin/dem Patienten darüber gesprochen, inwiefern es durch die Behandlungen auch zu Belastungen kommt?</b> Hinweis: Die Belastung durch die Behandlungen kann folgende Faktoren beinhalten: • Anzahl und Art der Behandlungstermine einer Person und wo diese stattfinden • Anzahl und Art der Arzneimittel, die eine Person einnimmt, und wie oft • unerwünschte Wirkungen durch Arzneimittel • nichtpharmakologische Behandlungen wie Diäten, Bewegungsprogramme und psychologische Behandlungen • Auswirkungen der Behandlung auf die psychische Gesundheit oder das Wohlbefinden		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 12b</b>	<b>Wenn ja: Wann ist dies zuletzt erfolgt?</b>		
	Innerhalb der letzten zwölf Monate	Vor mehr als zwölf Monaten	
<b>QI 12c</b>	<b>Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	
QI 13 ÜBERPRÜFUNG DER THERAPIEADHÄRENZ			
<b>QI 13a</b>	<b>Wurde im Gespräch die Therapieadhärenz der Patientin/des Patienten thematisiert?</b> Hinweis: Unter Adhärenz wird das Ausmaß verstanden, in dem das Verhalten eines einer Patientin/eines Patienten mit zuvor zwischen Arzt/Ärztin oder Therapeuten/Therapeutin gemeinsam festgelegten Behandlungszielen und -wegen übereinstimmt.		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 13b</b>	<b>Wenn ja: Wann ist dies zuletzt erfolgt?</b>		
	Innerhalb der letzten zwölf Monate	Vor mehr als zwölf Monaten	
<b>QI 13c</b>	<b>Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	

QI 15 MEDIKAMENTENREVIEW			
<b>QI 15a</b> Erhält diese Patientin/dieser Patient mindestens eine Dauermedikation?			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 15b</b> Wurde bei dieser Patientin/diesem Patienten ein strukturiertes Medikamentenreview vorgenommen? Hinweis: Ein strukturiertes Medikamentenreview umfasst die strukturierte Bewertung der eingenommenen Medikation nach der Indikation, mögliche Kontraindikationen und Interaktionen, die Dosierung und Angemessenheit der Therapie.			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 15c</b> <u>Wenn ja:</u> Wann ist dies zuletzt erfolgt?			
	Innerhalb der letzten zwölf Monate	Vor mehr als zwölf Monaten	
<b>QI 15d</b> Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?			
	Ja	Nein	
QI 16 INFORMATION ÜBER POTENTIELLEN NUTZEN UND SCHADEN VON THERAPIEOPTIONEN			
<b>QI 16a</b> 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 möglichen Risiken der (verschiedenen) Behandlungsmöglichkeiten gesprochen?			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 16b</b> <u>Wenn ja:</u> Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?			
	Ja	Nein	
QI 18 AKTUELLER MEDIKATIONSPLAN			
<b>QI 18a</b> Erhält diese Patientin/dieser Patient täglich drei oder mehr Dauermedikationen?			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 18b</b> <u>Wenn ja:</u> Hat diese Patientin/dieser Patient einen Medikationsplan?			
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 18c</b> <u>Wenn ja:</u> Wann wurde der Medikationsplan zuletzt aktualisiert?			
	Innerhalb der letzten drei Monate	Vor mehr als drei Monaten	

QI 19		FESTLEGUNG DER VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE KOORDINATION	
<b>QI 19a</b>	<b>Welche Person ist für die Koordination der Gesundheitsversorgung dieser Patientin/dieses Patienten verantwortlich?</b>		
	Hinweis: Die koordinierende Person muss im Bereich der professionellen Leistungserbringer verortet sein.		
	Ich selbst	Eine andere Hausärztin/ein anderer Hausarzt der Praxis/des MVZ	
	Fachspezialist/in	Keine Auskunft möglich	
	Andere Person, und zwar: _____		
	_____		
<b>QI 19b</b>	<b>Wurde mit der Patientin/dem Patienten explizit vereinbart, wer für die Koordination der Gesundheitsversorgung verantwortlich ist?</b>		
	Ja	Nein	Keine Auskunft möglich
<b>QI 19c</b>	<b><u>Wenn ja:</u> Wurde dies in der Patientenakte dokumentiert?</b>		
	Ja	Nein	
QI 20		UMFASSENDE VERSORGUNGSDOKUMENTATION	
<b>QI 20a</b>	<b>Liegen Ihnen für diese Patientin/diesen Patienten Ihrer Einschätzung nach alle Berichte der letzten zwölf Monate der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer vor?</b>		
	Ja, mir liegen alle Berichte vor.	Mir liegen nicht alle Berichte vor.	
	Nein, mir liegen keine Berichte vor.		



## Patientenbefragung

QI 9 PATIENTENSCHULUNGEN UND SELBSTMANAGEMENT			
QI 9a	<b>Wenn Sie an die chronische Erkrankung denken, die bei Ihnen zuletzt diagnostiziert wurde:</b> Wurde Ihnen nach der Diagnosestellung die Teilnahme an einer Patientenschulung oder Selbsthilfegruppe angeboten?		
	Ja	Nein	Weiß nicht
QI 9b	<b>Haben Sie nach der Diagnosestellung einen schriftlichen Plan dafür erhalten, was Sie selbst für Ihre Gesundheit tun können?</b>		
	Ja	Nein	Weiß nicht
QI 17 PARTIZIPATIVE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG			
QI 17a	<b>Wenn Sie an Ihre Behandlung durch unsere Einrichtung denken:</b> Wurden Sie in den vergangenen zwölf Monaten so sehr in die Entscheidungen über Ihre Behandlung einbezogen, wie Sie es wollten?		
	Immer	Meistens	
	Selten	Nie	

## Anhang 2

### Teilnehmende des Expertenpanels

Dr. med. Dominik Ahlquist  
Allgemeinmedizinische Praxis, Kaltenkirchen

Prof. Dr. rer. cur. Katrin Balzer  
Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck

Dipl.-Soz. Martin Beyer (†)  
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. rer. medic. Tobias Braun  
Physiotherapie, Hochschule für Gesundheit Bochum

Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher  
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück

Dr. med. Klaus Döbler  
Medizinischer Dienst Baden-Württemberg/ Kompetenzzentrum Qualitätssicherung KCQ

Udo Ehrmann  
Patientenvertretung, Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

PD Dr. med. Peter Engeser  
Allgemeinmedizinische Praxis, Pforzheim

Dr. med. Johannes Falk  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Dr. med. Markus Follmann  
Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin

Annette Hans  
Landesverband Baden-Württemberg für Lungenkrebskranke und deren Angehörige e.V.

Joachim Kolb  
Allgemeinmedizinische Praxis, Benningen

Dr. med. Detlef Niemann  
Allgemeinmedizinische Praxis, Hamburg

Johannes Petereit  
Teamleitung Sozialdienst, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Stefanie Restle  
Schwarzwald-Baar-Klinikum

Anne von Reumont  
Physiotherapie, Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

Dr. med. Christa Scheidt-Nave  
Robert-Koch-Institut

Andrea Schreiter  
MFA, VERAH, Allgemeinmedizinische Praxis, Pforzheim

PD Dr. sc. hum. Hanna Seidling  
Klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Marianne Simon  
Patientenvertretung, Deutsche Schmerzliga

Prof. Dr. med. Petra Thürmann  
Klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke, Helios Universitätsklinikum Wuppertal

Dr. disc. pol. Gerald Willms  
aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Gaby Winter  
Patientenvertretung, Lebertransplantierte Deutschland e.V.

## 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 EA, Ellis JL, Steiner JF (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, CS (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\\_publicationen/multimedikation\\_ll.pdf](http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/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](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-015l_S1_Geriatrisches_Assessment_in_der_Hausarztpraxis_2018-05.pdf) (abgerufen am 28.06.2021).
- Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, Becker A, Beyer M, Gensichen J, Kirchner H, Perera R, Prados-Torres A, Scherer M, Thiem U, van den Bussche H, Glasziou PP (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 K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth C, Navickas R, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Souchet L, Valderas J, Vontetsianos T, Zaletel J, Onder G (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 NJ, Schulze J, Hoeflich C, Glassen K, Breckner A, Szecsenyi J, Lühmann D, Scherer M (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 DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS (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 NJ, Rakebrandt A, Schäfer I, Szecsenyi J, Scherer M (2022). Measuring quality of care for older adults with multimorbidity: Results of a mixed-methods study. *The Gerontologist*. [Publikation ist akzeptiert, Veröffentlichung in Vorbereitung]
- SGB V § 31a Medikationsplan. [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_31a.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_31a.html)
- Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, Costello DM, Esterson J, Geda M, Rosen J, Hernandez-Bigos K, Smith CD, Ouellet GM, Kang G, Lee Y, Blaum C (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). Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. *Deutscher Ärzte Verlag | ZFA | 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. gefunden unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

Wie können Ärztinnen und Ärzte in der Einzelpraxis, auf der Ebene eines Arztnetzes oder in anderen Versorgungsmodellen die Qualität ihrer medizinischen Arbeit messen, bewerten und verbessern? Antworten auf diese Frage gibt QISA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Es begründet eine Vielzahl von Messgrößen und ermöglicht das systematische Erfassen der Qualität in der Breite der ambulanten Versorgung. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) die Qualitätsindikatoren und das sie leitende System erarbeitet.

QISA ist als Handbuch mit einem flexiblen und erweiterbaren Bestand an Einzelbänden konzipiert, die thematisch sortiert sind.

Bislang sind erschienen:

Band A: QISA stellt sich vor	Band C8: Herzinsuffizienz
Band B: Allgemeine Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle	Band D: Pharmakotherapie
Band C1: Asthma/COPD	Band D2: Rationaler Antibiotikaeinsatz (neu 2021)
Band C2: Diabetes mellitus Typ 2	Band E1: Prävention
Band C3: Bluthochdruck	Band E2: Krebsfrüherkennung
Band C4: Rückenschmerz	Band F1: Hausärztliche Palliativversorgung
Band C6: Depression	Band F2: Multimorbidität (neu 2022)
Band C7: Koronare Herzkrankheit	

Die ersten dreizehn Bände erschienen in der Version 1.0 zwischen 2009 und 2012. Zug um Zug werden sie auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht. Ebenso fließen in die Version 2.0 erste Erfahrungen mit der Anwendung von QISA ein.

Weitere Informationen zu QISA unter [www.qisa.de](http://www.qisa.de)

Der QISA-Band F2 widmet sich dem Thema Multimorbidität, das für einen großen Teil der Älteren und damit einen wachsenden Teil der Bevölkerung immer relevanter wird.

Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt MULTIqual der Lehrstühle für Allgemeinmedizin der Universitäten Hamburg-Eppendorf und Heidelberg hat ein Qualitätsindikatorensystem entwickelt und validiert, mit dem die Versorgungsqualität von multimorbiden Patientinnen und Patienten im Rahmen der hausärztlichen Versorgung beurteilt werden kann. Das Set umfasst insgesamt 22 Indikatoren, die das breite Spektrum der Versorgung Multimorbider abdecken. Als Manual für die ärztliche Praxis soll der Band F2 die Anwendung dieser Qualitätsindikatoren unterstützen. Ziel ist, auf diese Weise das Thema Multimorbidität und diesbezügliche Handlungsmöglichkeiten noch stärker in die Aufmerksamkeit der ärztlichen Versorgung und auf die Agenden der Qualitätszirkel zu bringen.

ISBN: 978-3-940172-68-6