

Opti-Q Multimorbidität

Projekt zur Optimierung der Versorgungsqualität von multimorbiden Patient:innen

Hintergrund

In der Schweiz sind 20-30% der Bevölkerung multimorbid, d.h. sie haben zwei oder mehr chronische Erkrankungen¹. Multimorbidität erhöht bei den Betroffenen das Risiko für Exazerbationen, Komplikationen und Folgeerkrankungen und geht häufig mit einer reduzierten Lebensqualität einher. Das hat auch Auswirkungen auf das Gesundheitswesen: Jede zusätzliche chronische Krankheit führt zu einer Zunahme von 3.2 Konsultationen und einem Anstieg der Gesundheitskosten von 33% in einem Jahr.

Optimierung der Versorgungsqualität

[Praxisempfehlungen zur Multimorbidität](#) wurden, basierend auf internationalen Guidelines^{2,3,4}, von einer interprofessionellen Arbeitsgruppe unter der Leitung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne (IUSMP, heute unisanté) im Auftrag des Waadtländer Programme cantonal Diabète entwickelt. Sie richten sich an alle Leistungserbringer:innen, welche Personen mit mehreren chronischen Krankheiten behandeln. Ziel ist, die Koordination, Zusammenarbeit und Kommunikation unter den involvierten LE zu verbessern, Krankheitsverschlechterungen zu vermeiden und so die Lebensqualität und Autonomie der Betroffenen möglichst lange zu erhalten. Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung werden die Prioritäten und Präferenzen der Patient:innen miteinbezogen.

Projekt Opti-Q Multimorbidität

Das Ziel ist, die Umsetzbarkeit dieser Praxisempfehlungen in der Grundversorgung während **12 Monaten** zu prüfen und, aufgrund der dadurch entstehenden Erfahrungen, Empfehlungen zu IT Hilfsmitteln und möglichen Finanzierungsmodellen für die interprofessionelle, koordinierte Versorgung mehrfach chronisch Kranker zu formulieren.

Eine breite Expertengruppe aus der Praxis (u.a. Hausärzt:innen, Patient:innen, Apotheker:innen, Spitex, Suchtexpert:innen, ärztl. Spezialist:innen, MPA) begleitet das Projekt und hat folgende Tools zur Unterstützung bei der Anwendung der Praxisempfehlungen zur Multimorbidität für die Umsetzung in die Praxis entwickelt. Dabei wurden die [SGAIM Qualitätsindikatoren für die ambulante Behandlung](#) mitberücksichtigt und integriert:

- einen die Patient:innen begleitenden **Versorgungspass** als Kommunikationsmittel für alle in die Behandlung involvierten Stakeholder (Papierform, A5 Format)
- eine **Medikationscheckliste**, die zusammen mit einem eMediplan die aktuelle Medikation analysiert (beschreibbares PDF)
- ein ganzheitliches **Assessment** für eine Standortbestimmung der Patient:innen 1x pro Jahr. Das Assessment ist so aufgebaut, dass es auch durch nicht ärztliches Personal, wie z.B. die MPA durchgeführt werden kann (beschreibbares PDF)

Für alle teilnehmenden Praxen und Apotheken oder Spitex wird eine SGAIM-, SIWF- und FPH Offizin-akkreditierte interprofessionelle Fortbildung des Vereins SwissIPE offeriert (Basistag, Follow-up von 1x1h online und 1x3h vor Ort).

¹ Bähler et al. *BMC Health Services Research* (2015) 15:23

² NICE guideline NG56. Multimorbidity: clinical assessment and management. 2016

³ DEGAM. Multimorbidität. S3-Leitlinie. Nov 2017. AWMF-Register-Nr. 053-047. DEGAM-Leitlinie Nr. 20

⁴ AGS Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(10): E1-E25

Zur Projektevaluation wird zu Beginn und nach Abschluss der Umsetzungsphase je ein Fragebogen an die am Projekt teilnehmenden Fachpersonen sowie an die Patient:innen verteilt. Einzelne vertiefende Interviews werden zusätzlich von der mandatierten Evaluationsorganisation (Interface, Luzern und Lausanne) durchgeführt. Die Patientenfragebögen werden von der Praxis abgegeben.

Zielgruppe

Für die praktische Umsetzung wird ein Kernteam, idealerweise bestehend aus Hausärzt:in, MPA/MPK **und/oder** APN in der Praxis **sowie** Apotheker:in und Pharma Assistent:in **oder** Spitex definiert (alle weiteren Fachpersonen nach Bedarf der Patient:in). Aus Sicht der interprofessionellen Zusammenarbeit wäre eine gemeinsame Anmeldung einer Praxis mit einer Apotheke **oder** Spitex ideal.

Die ins Projekt einzuschliessenden Patient:innen sind mindestens 18 Jahre alt und haben zwei oder mehr chronische Krankheiten aus den Diagnosegruppen nicht-übertragbare Krankheiten (NCD), psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen.

Zeitraumen

Ein Projektbeginn ist flexibel möglich, in der Zeit von **Januar 2023** bis **April 2023**.

Aufwandsentschädigung

Für den Mehraufwand aufgrund der Projektteilnahme erhalten die Praxen und Apotheken bzw. Spitex pro Berufsvertreter:in des Kernteams CHF 50.-/Patient:in. Dies ergebe beim Einschluss von 10 Patient:innen für die Praxis mit Hausärzt:in und APN (oder MPK/MPA) CHF 1'000.-. Die fachlichen Leistungen sind via OKP gemäss den geltenden Tarifverträgen verrechenbar. Bei Bedarf und Wunsch bieten wir eine personelle projektbezogene Unterstützung vor Ort in den jeweiligen Praxen oder Apotheken an, um Sie bei der Rekrutierung der Patient:innen sowie der Dokumentation für die Projektevaluation zu unterstützen.

Projektfinanzierung

Das Projekt «Opti-Q Multimorbidität» wird von einem breiten Konsortium sowie den Mitgliedorganisationen von QualiCCare getragen und im Rahmen der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt (<https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/gefoerderte-projekte/opti-q.html>).

Weiterführende Informationen

Caroline Krzywicki, Projektleiterin, krzywicki@qualiccare.ch / www.qualiccare.ch/optiq