

Definition

Multimorbidität bezeichnet hier das gleichzeitige Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen. Dabei muss keine der Erkrankungen zentrale Bedeutung haben. Über gemeinsame Risikofaktoren oder bei Folgeerkrankungen können Zusammenhänge zwischen den Krankheiten bestehen; das muss aber nicht sein.

Epidemiologie/Versorgungsproblem

Die Population multimorbider Patienten und Patientinnen ist sehr heterogen hinsichtlich Kombination und Schweregrad von Krankheiten sowie den Folgen für die Person und für die Versorgung. Die Prävalenz nimmt mit dem Lebensalter zu. Bei älteren Menschen beträgt sie 55-98 %. Multimorbidität geht häufig mit funktionellen Einschränkungen, reduzierter Lebensqualität, erhöhter Mortalität und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einher. Mit fortschreitender Multimorbidität können sich Syndrome entwickeln (z. B. Immobilität, Inkontinenz, Beeinträchtigungen von Sehen und Hören), die den Grundkrankheiten nicht mehr eindeutig zuordenbar sind und über diese auch nicht mehr monokausal beeinflussbar sind.

Philosophie – Meta-Algorithmus

In der DEGAM Leitlinie Multimorbidität stehen Präferenzen und eine gemeinsame Priorisierung von Behandlungszielen im Mittelpunkt und nicht die Orientierung an den Leitlinien für einzelne Erkrankungen. Wesentlich sind ebenso die Abwägung zwischen dem Patientenwunsch nach dem Erhalt der Autonomie und der Lebensqualität, möglichst lange zu leben sowie prognostische Erwägungen. Hierbei spielen die klassischen „Leitlinien für Einzeldiagnosen“ eine untergeordnete Rolle. Unsere Leitlinie soll vor einer kumulierten Anwendung von Leitlinien zu Einzelerkrankungen schützen, indem sie das „große Ganze“ in den Mittelpunkt rückt.

Empfehlungen

Die patientenzentrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität beinhaltet eine intensive Patient-Arzt-Kommunikation und eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit gemeinsamer Definition von Zielen. Daher soll für Gespräche ausreichend Zeit eingeplant werden.

Eine Voraussetzung für die patientenzentrierte Kommunikation bei Multimorbidität ist eine klare, empathische, verständliche und direkte Sprache.

Es sollte mit den Patientinnen und Patienten abgeklärt werden, ob und wie sie Vertrauenspersonen, inkl. Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe, miteinbeziehen wollen.

Bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität sollen die Hauptanliegen der Konsultation herausgearbeitet werden.

Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität sollen nach ihren individuellen Bedürfnissen und Zielen, Behandlungspräferenzen und Gesundheitsprioritäten gefragt bzw. diese erfasst werden.

Hierzu gehört vor allem die Klärung des Stellenwertes von:

- Erhalt der sozialen/wirtschaftlichen 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.

Ein Abgleich der patientenseitigen und arztseitigen Prioritäten ist die wesentliche Voraussetzung für gute Entscheidungen.

Entscheidungen sollen vor dem Hintergrund der sich häufig erst im Gespräch entwickelnden Patientenpräferenzen und der gemeinsamen Priorisierung von Behandlungszielen erfolgen. Dies kann sich sowohl auf die Steigerung als auch auf die Verminderung der Behandlungsintensität beziehen.

Hierbei sollte ein Abgleich der patientenseitigen Prioritäten (z. B. Angst vor Autonomieverlust) und der ärztlichen Zielsetzungen (z. B. Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe) erfolgen.

Zur Ermittlung der Belastung durch die Erkrankungen (Krankheitslast) soll mit Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität besprochen werden, in welchem Maße die Gesundheitsprobleme ihr tägliches Leben beeinflussen.

Anzusprechen sind

- psychische Gesundheit,
- Interaktionen von Gesundheitsproblemen,
- Auswirkungen der Krankheitslast auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität.

Bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität sollten bereits in der Basisanamnese psychische Einflussfaktoren und Komorbiditäten, wie Ängstlichkeit und Depressivität sowie chronische Schmerzen und ggf. deren Behandlung erhoben und dokumentiert werden.

Zur Ermittlung der Belastung durch die Behandlungen (Behandlungslast) soll mit Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität darüber gesprochen werden, in welchem Maße die Gesundheitsprobleme Auswirkungen auf ihr tägliches Leben haben können. Folgendes soll dafür eruiert werden:

- Anzahl und Art der medizinischen Termine, die wahrgenommen werden und wo diese stattfinden,
- Anzahl und Art der Medikamente, die eingenommen werden und die Häufigkeit der Einnahme,
- etwaige Schäden durch Medikamente,
- nicht-medikamentöse Behandlungen wie Diäten, Bewegungsprogramme und psychologische Behandlungen,
- jegliche Auswirkung einer Behandlung auf die psychische Gesundheit oder Wohlbefinden.

Die Ressourcen der Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität sollen evaluiert werden: z. B.

- Gesundheitskompetenz (Fähigkeit der Person, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und anzuwenden)
- Anpassungsstrategien,
- Lernkompetenzen,
- finanzielle Lage,
- Lebensbedingungen und
- soziale Unterstützung.

Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität sollen angemessen, offen und sachlich über die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, deren Interaktion mit den Erkrankungen sowie deren Einflüsse auf ihre Lebensqualität informiert werden.

Zur Erreichung der gemeinsam vereinbarten Behandlungsziele soll u. a. beachtet werden:

- Möglichkeiten zur Maximierung des Nutzens bestehender Behandlungen,
- Behandlungen, die aufgrund eines begrenzten Nutzens eingestellt werden könnten,
- Behandlungen und Nachbehandlungen, die eine hohe Belastung darstellen,
- Medikamente mit erhöhtem Risiko für unerwünschte Ereignisse (z. B. Stürze, gastrointestinale Blutungen, akute Nierenschäden),
- Nicht-medikamentöse Behandlungen als mögliche Alternativen zu einigen Medikamenten,
- Maßnahmen, um medizinische Folgetermine zu koordinieren oder die Anzahl zu reduzieren.

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22008 gefördert.

Bei jeder Konsultation soll die Anzahl und Dosierung der Medikamente („pillcount“) erfasst werden mit Prüfung auf nicht-indizierte, UAW auslösende oder miteinander interagierende Medikamente (Medikamentenreview). Gegebenenfalls soll ein Absetzen oder eine Dosisreduktion („Deprescribing“) erfolgen. Ein einheitliches Vorgehen für ein Deprescribing gibt es derzeit nicht.

Im Rahmen der Abklärung eines konkreten Konsultationsanlasses sollte in Anamnese und Befunderhebung auf Anzeichen für weitere, bisher noch nicht bekannte, chronische Erkrankungen geachtet werden.

Bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität sollen psychische Co-Morbiditäten (z. B. Depression, Angst) bei jeder Abklärung somatischer Symptome differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

Opportunistisches Screening auf erhöhtes Sturzrisiko: Hausärztinnen und Hausärzte sollen ältere Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität mindestens einmal im Jahr befragen, ob sie in den letzten 12 Monaten gestürzt sind.

Zur Abschätzung eines mittleren oder geringen Sturzrisikos sollte bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität, die in den letzten 12 Monaten mindestens ein Sturzereignis erlebt haben, eine Messung der Ganggeschwindigkeit erfolgen (gait speed). Zur Einschätzung des Sturzrisikos s. Tabelle 1.

Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität sollen bei Kontakten in der Hausarztversorgung einmal pro Jahr nach dem Vorliegen von chronischen beeinträchtigenden Schmerzen befragt werden.

Bei Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität und chronischen Schmerzen sollte einmal im Quartal das Schmerzmanagement überprüft werden.

Älteren Menschen, die einem hohem Sturzrisiko ausgesetzt sind, sollten Wohnraumanpassungen empfohlen werden, um Umgebungsrisiken zu beseitigen, die zu Stürzen führen könnten.

Ein multimodales Training (Gleichgewichts-, Kraft-, Flexibilitäts- und Funktionstraining) sollte älteren Menschen mit Sturzrisiko empfohlen werden.

Für Patientinnen mit Multimorbidität und Harninkontinenz (Drang, Stress oder gemischt) sollte ein Beckenbodenmuskeltraining (PFMT) allein oder in Kombination mit Strategien zur Blasenkontrolle und Selbstüberwachung empfohlen werden.

Älteren Menschen mit Multimorbidität sollten in der Primärversorgung empfohlen werden, sich regelmäßig augenärztlich untersuchen zu lassen.

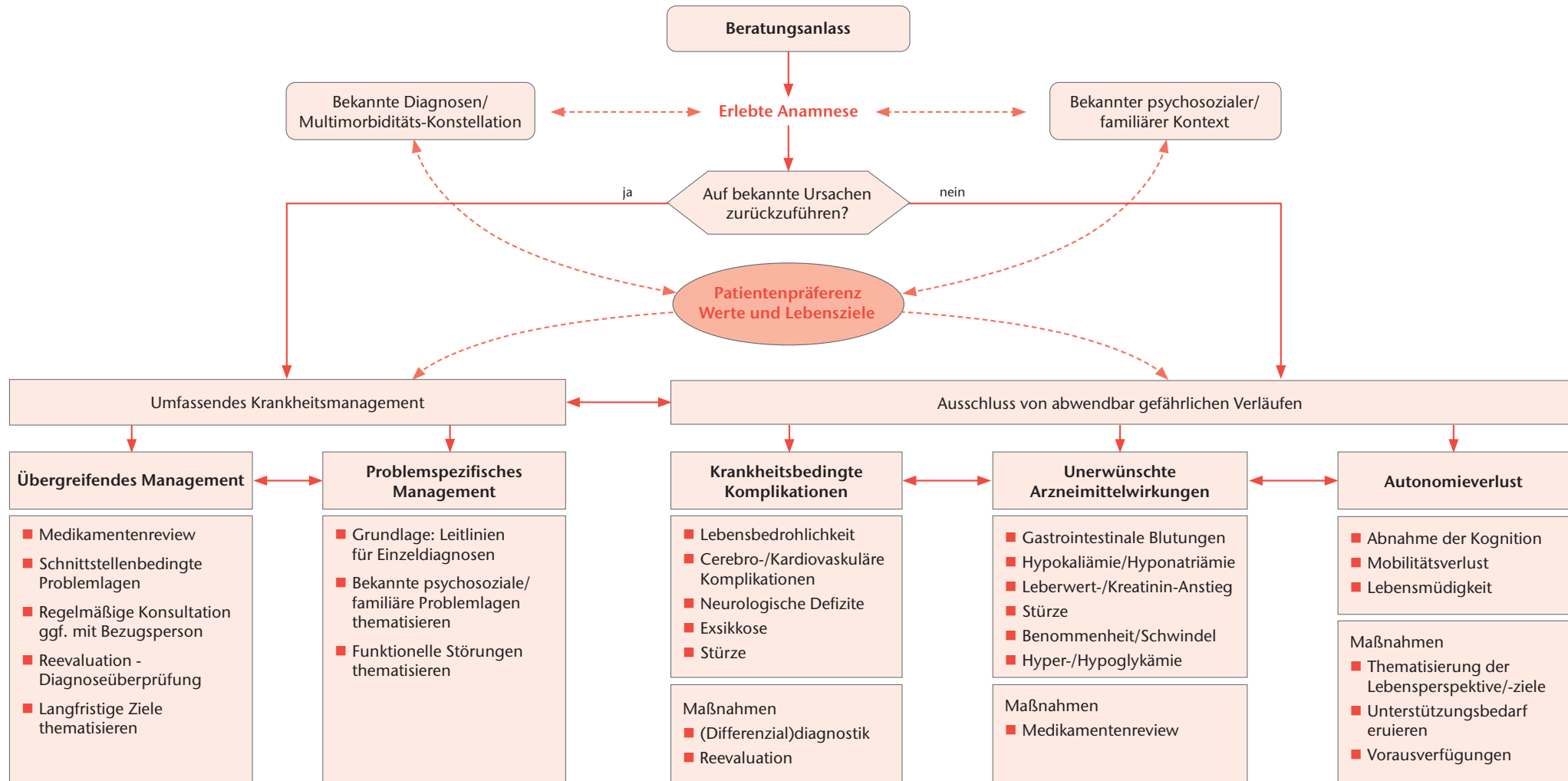
Älteren Menschen mit Multimorbidität sollte ein Screening mit anschließender Bereitstellung von Hörgeräten angeboten werden, um einen Hörverlust rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Tabelle 1: nach: Abb. 1 aus World Guideline for falls prevention [189]

Sturzrisiko	Merkmale	Intervention
niedrig	■ Kein Sturz in den letzten 12 Monaten ■ 1 Sturz in den letzten 12 Monaten, ohne ■ Verletzungen, ■ Gebrechlichkeit, ■ Unfähigkeit nach dem Sturz aufzustehen, ■ Bewusstlosigkeit/Synkope, ■ beeinträchtigte Ganggeschwindigkeit	Primärprävention ■ Beratung zu Sturzprävention ■ Beratung zu körperlicher Aktivität
mittel	■ 1 Sturz in den letzten 12 Monaten, ohne ■ Verletzungen, ■ Gebrechlichkeit, ■ Unfähigkeit nach dem Sturz aufzustehen, ■ Bewusstlosigkeit/Synkope, ■ mit beeinträchtigter Ganggeschwindigkeit	Sekundärprävention ■ Stärkung von Balance, Kraft, Ganggeschwindigkeit (Physiotherapie)
Sturzrisiko	Merkmale	Intervention
hoch	■ Konsultation wegen Sturz(folgen) und/oder ■ Stürze in den letzten 12 Monaten ■ mit mindestens einem Kriterium ■ ≥ 2 Stürze/Jahr, ■ Verletzungen, ■ Gebrechlichkeit, ■ Unfähigkeit nach dem Sturz aufzustehen, ■ Bewusstlosigkeit/Synkope.	Sekundärprävention ■ Multifaktorielle Risikobewertung ■ Individuell angepasste Präventionsmaßnahmen

Meta-Algorithmus zur Versorgung multimorbider Patienten

Der Meta-Algorithmus beschreibt einen übergeordneten Denkprozess, der den ganzen Menschen im Blick hat. Er zeigt eine generalisierte Sicht auf die Situation des multimorbiden Patienten. Bereits beim „Einstieg“ werden drei wesentliche Elemente der Patientensicht berücksichtigt und dabei gleichzeitig mit der erlebten Anamnese und den Patientenwünschen abgeglichen. Die Entscheidungswege sind unabhängig von bestimmten einzelnen Krankheiten. Der abstrakte Meta-Algorithmus kann mit den spezifischen Problemen eines einzelnen multimorbiden Patienten „gefüllt“ werden. Er kann dann denk- und handlungsleitend sein und hilft, Entscheidungen und deren Begründungen transparent zu machen.



So wird es zuerst immer darum gehen, das aktuelle Symptom bzw. den aktuellen Beratungsanlass darauf zu überprüfen, ob er im Zusammenhang mit einer bekannten Ursache/Diagnose steht oder nicht. Daraus ergibt sich entweder ein diagnostischer Weg, der auf die Identifikation der (neuen) Ursache bzw. den Ausschluss des abwendbar gefährlichen Verlaufs abzielt, oder die Bearbeitung des Beratungsanlasses im Rahmen des übergreifenden Krankheitsmanagements.