

Definition, Herausforderungen und Erfordernisse

Multimorbidität und der Hausarzt in der Schweiz

François Héritier, Nicolas Senn

IUMF, Institut de Médecine de Famille, Lausanne

Ob Forscher oder Versicherer, Ökonomen oder Politiker oder vor allem die Pflegenden – viele sagen es immer wieder: Unserem Gesundheitssystem steht noch einiges bevor und es ist illusorisch davon auszugehen, dass die Kosten durch ein einfaches Tarifreformchen, die x-te Volksinitiative oder durch den hartnäckigen Glauben an die Marktregulierung sinken werden. Denn soviel steht fest: Unsere Bevölkerung altert, und folglich steigt der Anteil an Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen nahezu exponentiell mit dem Alter [1]. Dabei schreckt man auch nicht vor apokalyptischem Vokabular zurück, entlehnt aus der Katastrophenmeteorologie, etwa wenn einige vom «grauen Tsunami» sprechen. Doch wie ist es um diese Flutwelle tatsächlich bestellt und welche Auswirkungen kann sie auf die Praxis der Schweizer Hausärzte haben?

Zuerst stellt sich die Frage nach der Definition von Multimorbidität. Ab wie vielen Erkrankungen ist man multimorbid? Zwei, drei, vier? Einigen Autoren zufolge [2] müssen bei einem Patienten mindestens zwei chronische Zustände gleichzeitig vorliegen (Krankheit, Risikofaktor oder Symptom). Andere sprechen eher von komplexen Wechselwirkungen mehrerer gleichzeitig bestehender Erkrankungen. Doch was genau versteht man unter Komplexität? Einen gebrechlichen älteren Menschen, eine zusätzliche psychische Erkrankung, sozioökonomische Faktoren? Die Grenzen müssen noch definiert werden, vor allem in der Epidemiologie und der Forschung, wenn man Gruppen vergleichen will, die in sich möglichst homogen sind. Und nichts ist verschiedener als ein Neunzigjähriger mit asymptomatischer Arthrose und leichten kognitiven Störungen im Vergleich zu einem sechzigjährigen Herzkranken mit metabolischem Syndrom. Dennoch sind beide multimorbid. Daher stösst eine stereotype Definition der Multimorbidität in der klinischen Praxis an Grenzen, erst recht bei der Entwicklung von Leitlinien.

Forschungsprojekt *Multimorbidity in Family Medicine*

Und wie sieht es in der Schweiz aus? Zur Beantwortung dieser Frage haben die fünf Institute für Hausarzt-

medizin (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich) unter der Leitung des Lausanner Instituts das Forschungsprojekt MMFM (*Multimorbidity in Family Medicine*) gestartet, mit dreifacher Zielsetzung:

1. Ermittlung der Belastung der hausärztlichen Versorgung durch multimorbide Patienten in der Schweiz;
2. Bestimmung der massgeblichen Faktoren dieser Belastung, insbesondere in Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die Lebensqualität und die Hindernisse bei der Behandlung;
3. Beschreibung der Prioritäten der Hausärzte und der Patienten beim Umgang mit Multimorbidität.

Zu diesem Zweck haben die Studienautoren 100 Hausärztinnen und Hausärzte aus fast der gesamten Schweiz gewinnen können, von denen jeder rund zehn Patienten angeworben hat (insgesamt 888 Patienten), die folgenden Einschlusskriterien entsprachen: Älter als 18 Jahre, mindestens drei chronische Erkrankungen aus einer vorher festgelegten Liste mit 75 Erkrankungen sowie eine medizinische Betreuung von mindestens sechs Monaten. Die Hausärzte mussten einen Fragebogen ausfüllen, die Patienten wurden per Telefon befragt.

Die kürzlich veröffentlichten ersten Ergebnisse [3] zeigen eine hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen, die sich in der internationalen Fachliteratur wiederfindet: Bluthochdruck, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Diabetes, Adipositas, koronare Herzkrankheit, Depression, Arthrose usw.

Die Belastung dieser Erkrankungen durch die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer und paramedizinischer Gesundheitsdienstleistungen ist beträchtlich. Diese Erkenntnis ist nicht neu, ausser, dass sich die Daten auf die Schweiz beziehen, was im ambulanten Bereich eher selten ist. Die Studie zeigt auf interessante Weise, dass es praktisch unmöglich ist, einheitliche Krankheitsgruppen zu definieren, da fast jeder Patient eine einzigartige Kombination chronischer Erkrankungen aufweist. Aus diesen Zwischenergebnissen geht ein weiterer Aspekt hervor, der mit den Antworten der Patienten zusammenhängt: Ihre Gesundheitsprioritäten unterscheiden sich stark von jenen ihrer Ärztinnen und Ärzte. Ein Beispiel? Ein

Patient mit Diabetes und koronarer Herzkrankheit ist weniger an der strikten Regulierung der Risikofaktoren oder des Blutzuckers interessiert, um seine Lebenserwartung um einige Monate zu verlängern, als sein Arzt. Ihm liegt vor allem daran, seine Autonomie zu Hause zu bewahren oder seine Schmerzen zu lindern. Es geht also darum, Prioritäten zu setzen – doch durch wen? Den Arzt oder seinen Patienten? Wer hat recht und wie soll man vorgehen?

Eine echte Herausforderung! Zumal die Fachliteratur nur wenige Lösungen bietet, an denen wir uns orientieren können. Die Ergebnisse einer 2011 veröffentlichten Studie [4] zeigen, dass bei der Mehrheit der multimorbiden Patienten die Bewahrung der Unabhängigkeit und die Schmerzbehandlung im Vordergrund stehen. Die Lebensdauer ist ihnen gar nicht so wichtig, vor allem im Alter. Diese Untersuchungen ergeben auch sehr unterschiedliche Antworten. Die Prioritäten unterscheiden sich von Patient zu Patient und können sich auch beim selben Patienten im Laufe der Zeit wandeln.

Was sollen wir also tun? Auch bei dieser Frage hilft uns die wissenschaftliche Literatur nicht viel weiter, denn sie enthält nur sehr wenige Interventionsstudien, die für die Versorgung multimorbider Patienten relevant wären. Mercer [5] schlägt für das Management dieser Patienten eine Liste mit zehn Massnahmen vor (Tab. 1). Interessanterweise finden sich darauf die meisten der Werte und Merkmale der Hausarztmedizin: Ganzheitliche Herangehensweise, Behandlungskontinuität, längere Konsultationszeiten, therapeutische Beziehung, vereinfachte Therapie, klinische Beurteilung, Teamwork. Doch ist dies verwunderlich? Ausgehend von unserer Intuition und praktischen Erfahrung sind wir uns bereits bewusst, dass der Grossteil dieser Voraussetzungen vorliegen muss, damit wir gemeinsam mit anderen Pflegenden komplexe Patientinnen und

Patienten betreuen können. Unsere medizinische Ausbildung, die noch zu sehr auf die Akutversorgung und auf Monopathologien ausgerichtet ist, wird durch diese Patienten auf die Probe gestellt.

Eine Herausforderung auf allen Ebenen

Multimorbidität bleibt also eine Herausforderung auf allen Ebenen: In der Beziehung mit den Pflegenden, die in interprofessionellen Teams zusammenarbeiten und dabei die Prioritäten des Patienten in den Mittelpunkt stellen müssen; bei der Organisation, Ausbildung und Bewertung dieser multiprofessionellen Tätigkeit; bei der Integration der Sekundär- und Tertiärversorgung – kurz und gut: bei der umfassenden Neuordnung des Gesundheitssystems, das zu sehr auf die Akutversorgung und die klinische Betreuung als einzige Lösung für die Gesundheitsprobleme der Patienten ausgerichtet ist. Damit das System in Zukunft bezahlbar und finanzierbar bleibt, ist es auch hier nötig, Prioritäten zu setzen ohne zu rationieren, und allen Menschen eine gerechte Versorgung zu sichern.

Der Bedarf scheint enorm, nicht nur an Forschungsergebnissen, um die klinische Versorgung dieser chronischen Patienten, die häufig von den Studien ausgeschlossen sind, zu verbessern, sondern auch an innovativen Modulen für interprofessionelle Ausbildung sowie an neuen Modellen zur Organisation und Finanzierung unseres Gesundheitssystems, seien sie lokal oder bundesweit.

Eine unlösbare Aufgabe? Keineswegs, wenn alle zusammen – Patienten, Pflegende, Auszubildende, Versicherer, Politiker – auf der Grundlage gleicher Werte daran arbeiten, ein gemeinsames Ziel zu erreichen: das Leid zu lindern, das durch chronische Krankheiten entsteht.

Literatur

- 1 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
- 2 van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus AJ. Comorbidity or multimorbidity; what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract*. 1996;2(2):65–70.
- 3 Déruaz-Luyet A, N'Goran AA, Senn N, Bodenmann P, Pasquier J, Widmer D, et al. Multimorbidity and patterns of chronic conditions in a primary care population in Switzerland: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(6):e013664.
- 4 Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, O'Leary JR, Towle V, Van Ness PH. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med*. 2011;171(20):1854–6.
- 5 ABC of Multimorbidity, First Edition. Edited by Stewart W. Mercer, Chris Salisbury and Martin Fortin. © 2014 John Wiley & Sons, Ltd. Published 2014 by John Wiley & Sons, Ltd.

Tabelle 1: Zehn Massnahmen für das Management multimorbider Patienten.

1.	Ganzheitliche Herangehensweise
2.	Register
3.	Fokus auf die Lebensqualität
4.	Psychiatrische Erkrankung
5.	Therapeutische Beziehung
6.	Klinische Beurteilung
7.	Vereinfachte Therapie
8.	Längere Konsultationszeiten
9.	Behandlungskontinuität
10.	Teamwork

Korrespondenz:
Dr. med.
François-Gérard Héritier
Faverges 21
CH-2853 Courfaivre
heritier.vf[at]vtxnet.ch