

Mehr als eine Addition von Diagnosen: Multimorbidität

Andrea S. Klahre | 24. September 2013 | [0 Kommentare](#)

München – „Das Mortalitätsrisiko multimorbider Patienten steigt nicht generell mit der Anzahl der Krankheiten, sondern eher mit der Zunahme der Anzahl an potenziell tödlichen Krankheiten. Es sollte klar beschrieben und in Analysen abgebildet werden, welche Krankheiten die Patienten haben und welche Interaktionen zwischen den Krankheiten bestehen. Auch kann es sinnvoll sein, Subgruppen zu bilden, die die unterschiedliche Risikolage der Patienten abbilden.“

So lautet das Fazit einer Studie des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, die der Soziologe **Ingmar Schäfer** aus dem Team von **Prof. Dr. Hendrik van den Bussche** auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in München vorgestellt hat [1].

Diese vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte *MultiCare Claims Study* hat auf Basis des ambulanten Datensatzes von 123.224 Patienten >65 Jahre der Gmünder Ersatzkasse aus den Jahren 2004 bis 2009 die Frage untersucht, was die Mortalität bei Multimorbidität besser erklärt: Ist es der Ansatz, wonach Einzelerkrankungen und deren Interaktionen relevant sind? Oder ist es der Ansatz, dass es nicht die Erkrankungen sind, sondern die subjektiven Folgen für den Patienten?

„Nach ICD10 gibt es rund 13.400 Krankheiten, fast alle theoretisch möglichen Dreier-Kombinationen finden sich in der Realität.“

Ingmar Schäfer

Hintergrund für diese Fragestellung war die Überlegung, dass Multimorbidität eine extrem große Anzahl an Krankheitskombinationen umfasst: „Nach ICD10 gibt es rund 13.400 Krankheiten, fast alle theoretisch möglichen Dreier-Kombinationen finden sich in der Realität“, so Schäfer. Folglich sei das Kollektiv der multimorbiden Patienten auch sehr heterogen.

Multimorbidität ist weder national noch international verbindlich definiert

Alles richtig, dennoch recht theoretisch. Etwas fehlt: ein Bild dafür, was Multimorbidität jenseits der Summe ihrer Teile wirklich bedeutet. Es gibt bislang keine verbindliche Definition des Begriffes – weder national noch international.

Das ist zumindest bemerkenswert vor dem Hintergrund, dass die krankheitsübergreifende Betreuung multimorbider, zumeist älterer Menschen nicht zuletzt wegen des demographischen Wandels heute und in Zukunft zu den Kernaufgaben der Hausärzte in Deutschland gehört. Und doch können diese oft nur schwierig einschätzen, welche Behandlungsrelevanz individuelle Gesundheitsprobleme im Alter haben. Es besteht die Gefahr, am Patienten vorbeizuthrapieren.

Ob eine Definition des Begriffes Multimorbidität hier eine systematische Orientierung bieten kann, lässt sich erst sagen, wenn sie existiert. Die Zeichen stehen gut, im vergangenen Jahr wurde vom *European General Practice Research Network* (EGPRN) – einem internationalen Netzwerk forschender Allgemein- und Familienmediziner mit Sitz in Maastricht – eine literaturbasierte englische Definition von Multimorbidität in der Primärversorgung erstellt [2].

Im Rahmen der anschließend initiierten mehrphasigen Studie *Family Practice Depression and Multimorbidity* (FPDM) ist sie ins Deutsche übersetzt worden, zurzeit wird sie mit Hilfe des systematischen, mehrstufigen Delphi-Befragungsverfahrens aus hausärztlicher Sicht kommentiert. Ziel ist die Umsetzung in eine handhabbare

länderspezifische Definition. Die derzeitige Version und ihre Übersetzung lautet:

„Multimorbidität wird definiert als jegliche Kombination einer chronischen Erkrankung mit zumindest einer weiteren Erkrankung (akut oder chronisch), einem bio-psycho-sozialen Faktor (assoziiert oder nicht) oder einem somatischen Risikofaktor. Jeglicher bio-psycho-soziale Faktor, jeglicher Risikofaktor, das soziale Netz, die Krankheitslast, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie persönliche Bewältigungsstrategien können die Auswirkungen von Multimorbidität beeinflussen.“

Welche Bedeutung sie bei deutschen Hausärzten hat, wird aktuell von den beiden an dieser Studie beteiligten deutschen Arbeitsgruppen evaluiert. Die Ergebnisse der ersten groben Analysen wurden in München als Poster präsentiert [3, 4]. Selbst wenn sie quantitativ nicht repräsentativ sind, so spiegeln sie als Echo der Erfahrungen doch allgemein bekannte Wünsche zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen wider.

Erste Version findet wenig Resonanz

Laut **Dr. Heidrun Lingner** vom Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover lautet die primäre und sofortige Reaktion von bisher 16 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Alter von 44 bis 70 Jahren mit durchschnittlich 11,7 Berufsjahren: „Zu akademisch ... Damit machen wir eigentlich die ganze Gesellschaft ab 50 krank.“

Einzelne Aussagen reichen von „Redundant“ und „Zu weit gefasst“ über „Zu unscharf und kompliziert formuliert“ und „Selbstwahrnehmung des Patienten fehlt“ oder „In der täglichen Praxis nicht anwendbar“.

Lingner folgerte daraus, dass es in der nächsten Phase darum gehen müsse, die Erfahrungen der niedergelassenen Kollegen in der Definition zu berücksichtigen: „Es gilt, die zu wissenschaftliche Definition entsprechend zu überarbeiten und an das deutsche Gesundheitssystem anzupassen. Genau mit diesem Ziel startet ab Oktober 2013 die Studienphase IV.“

Die FPDM-Arbeitsgruppe vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen hat die Definition lieber gleich um den selbst entwickelten Zusatz

„ ... Multimorbidität kann Gesundheitsparameter beeinflussen und Funktionseinbußen verstärken. Sie kann auch die Lebensqualität reduzieren oder zu Gebrechlichkeit führen.“

erweitert, einer kleinen Gruppe niedersächsischer Hausärzte vorgestellt und mit ihnen leitfadengestützte Interviews geführt. Auch bei dieser Gruppe fand die Definition wenig Resonanz, da sie die Bedeutung der Behandlung multimorbider Patienten nicht reflektiert.

Behandlung wird als besonders belastend erlebt

„Die Behandlung wird als herausfordernd und erfüllend erlebt, aber auch als besonders belastend. Dies betrifft neben der Zeit- und Praxisorganisation auch das emotionale Erleben und erfordert eine hohe

kommunikative Kompetenz“, so Erstautorin **Dr. Christa Dörr** zu den ersten Ergebnissen.

„Ein multimorbider Patient kommt in der Regel ... im Quartal zwanzigmal zu uns, ... aber man kann einmal die Ziffer und eine Chronikerziffer abrechnen und das war es dann!“

Ein niedersächsischer Hausarzt

Die bisherigen Praxis- und Gesundheitssystemstrukturen böten hierfür keine zufriedenstellenden Lösungen. Nicht die Identifikation der Patienten sei herausfordernd, dies sei die Bewältigung von Koordinationsaufgaben und Schnittstellenproblemen in der Zusammenarbeit mit Gebietsärzten, Krankenhäusern und/oder sozialen Diensten, insbesondere bei der Medikation.

„Die Multimorbidität ... verlangt für die Hausärzte sehr viel mehr Koordinationsarbeit in puncto Betreuung, auch in puncto Anleitung, Orientierung im Alltag, Orientierung im Beruf, eventuell auch Koordinierung der Versorgung im häuslichen Bereich mit den Pflegediensten, mit der Familie“, hat ein befragter Arzt die besonderen Aufgaben und Probleme beschrieben.

Ein anderer bezeichnete die Bezahlung als großes Problem: „Ein multimorbider Patient kommt in der Regel ... im Quartal zwanzigmal zu uns, ... aber man kann einmal die Ziffer und eine Chronikerziffer abrechnen und das war es dann!“

Beide Befragten wünschten sich wie alle anderen Rückendeckung durch die Fachgesellschaften bzw. durch Studien, die genügend Sicherheit für individuell angepasste Gesamtbehandlungskonzepte bieten – über oft kollidierende Behandlungsansätze von Einzelerkrankungen hinaus. Dörr: „Seitens der Politik wünschen sie sich verbesserte Rahmenbedingungen in Form von klaren Versorgungspfaden, Unterstützung durch ambulante Sozialdienste und eben mehr vergüteter Zeit.“

Referenzen

Referenzen

1. 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM); 12. bis 14. August 2013, München.
Schäfer I, et al: S2-V1.3.
www.degam2013.de
2. Le Reste JY, et al: J Am Med Dir Assoc 2013; 14(5): 319-325
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>
3. vgl. [1]: Lingner H, et al: P5.4.
4. vgl. [1]: Dörr C, et al: P5.5

Autoren und Interessenkonflikte

Andrea S. Klahre

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Schäfer I, van den Bussche H, Lingner H, Dörr C: Es liegen keine Erklärungen zu Interessenkonflikten vor.