

EKP bei Multimorbidität:

Betreuung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen

Personen, bei denen die Empfehlungen zur Anwendung kommen: Erwachsene, die unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden (Multimorbidität)

Personen, für die die Empfehlungen bestimmt sind: Alle Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, die sich mit der Pflege und Betreuung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen befassen.

Einleitung, Ziele

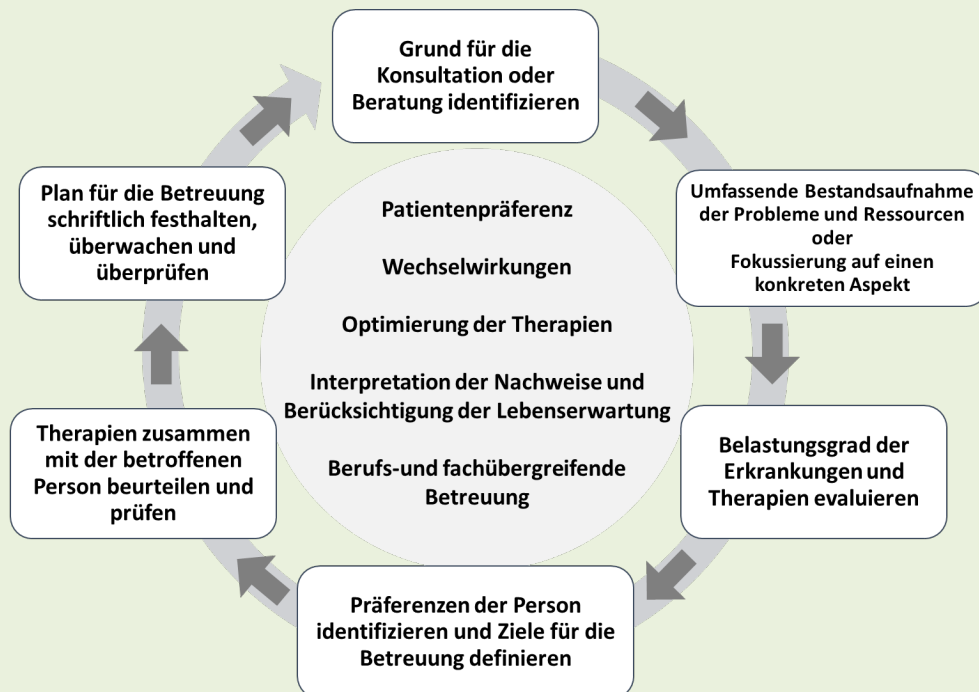
In der Schweiz lag die Prävalenz von Multimorbidität (≥ 2 chronische Erkrankungen) bei Menschen ab 50 Jahren in den Jahren 2010–2011 bei 22%, wobei ein Drittel mindestens 3 chronische Erkrankungen aufwies (SHARE-Studie, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe).

Die Multimorbidität ist assoziiert mit einer verminderten Lebensqualität, Polymedikation, zunehmender Therapiebelastung, höherem Risiko für Nebenwirkungen, einer häufigen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (einschliesslich eines erhöhten Risikos für Hospitalisierungen) und einer hohen Sterblichkeit. Sie kann sich auch darauf auswirken, wie die betroffene Person mit den verschiedenen Erkrankungen und den daraus resultierenden Therapien und Pflegemassnahmen umzugehen vermag.

Ziele bei der Betreuung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen:

- 1) die Personen bei der Erhaltung oder sogar Verbesserung ihrer Lebensqualität unterstützen, indem eine gemeinsame Entscheidungsfindung gefördert wird; Grundlage dafür ist das, was der betroffenen Person in Bezug auf Therapie, Pflege, gesundheitliche Schwerpunkte und Lebensplanung wichtig ist (der Patient als Partner), und
- 2) die Kommunikation, Zusammenarbeit und Koordination verbessern, um die Belastung durch Therapie (z. B. Polymedikation) und Pflege (z. B. Anzahl der Arztbesuche und Eingriffe) zu verringern.

Das Essenziele



Definition

Von einer Multimorbidität spricht man, wenn mindestens 2 chronische Erkrankungen oder Gesundheitsprobleme gleichzeitig vorliegen, darunter:

- definierte physische und psychische Gesundheitsprobleme (z.B. Diabetes, Schizophrenie),
- fortbestehende Probleme (z.B. Lernschwäche),
- Syndrome oder Symptome (z.B. Labilität, chronische Schmerzen),
- Sinnesbeeinträchtigung (z.B. Seh-, Hörverlust),
- Alkohol- oder anderer Substanzmissbrauch oder
- soziale Unsicherheit.

Allgemeine Grundsätze, auf denen die Betreuung von multimorbiden Personen basiert

Oberstes Ziel einer Betreuung, die der Multimorbidität Rechnung trägt, ist die Verbesserung der Lebensqualität von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen. Die folgenden allgemeinen Grundsätze sollten dabei berücksichtigt werden:

1. Präferenzen von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen

Ihre Bedürfnisse und Erwartungen, Präferenzen und Prioritäten in Bezug auf Gesundheit und Pflege (Abklärungen und Therapien) sowie ihre Lebensplanung in Betracht ziehen.

2. Wechselwirkungen

Die Wechselwirkungen zwischen den Gesundheitsproblemen, zwischen den Gesundheitsproblemen und den Therapien sowie zwischen den Gesundheitsproblemen und dem psychosozialen oder kulturellen Kontext der betroffenen Personen berücksichtigen.

3. Optimierung der Therapien

Risiken und Vorteile jeder einzelnen Therapie evaluieren mit dem Ziel, die Belastung so weit wie möglich zu verringern.

4. Interpretation der Nachweise und Berücksichtigung der Lebenserwartung

Vorteile und Risiken in Zusammenhang mit der Befolgung der spezifischen Empfehlungen für eine bestimmte Krankheit evaluieren und die Lebenserwartung berücksichtigen, um zusammenhängende und realistische Ziele zu vereinbaren.

5. Berufs- und fachübergreifende Betreuung

Koordination der Pflege zwischen den verschiedenen Diensten und Berufsgruppen verbessern (insbesondere Schnittstelle Stadt/Spital), indem:

- die Rollen und Aufgaben der beteiligten Gesundheitsfachpersonen (darunter gegebenenfalls auch Fachpersonen aus dem Sozialwesen) definiert werden,
- präzisiert wird, wer die einvernehmliche Koordination mit der betroffenen Person übernimmt,
- die für die Betreuung der betroffenen Person wichtigen Informationen mit den zuständigen Fachpersonen ausgetauscht werden.

Die einzelnen Betreuungsschritte

Schritt 1: Grund für die Konsultation oder Beratung identifizieren

- Sich über die Hauptanliegen der Person (und gegebenenfalls ihrer Angehörigen) informieren.

Schritt 2: Umfassende Bestandsaufnahme der Probleme und Ressourcen ODER Fokussierung auf einen konkreten Aspekt

- Bestandsaufnahme der medizinischen, psychologischen und sozialen Situation durchführen **ODER** einen konkreten Aspekt der Betreuung untersuchen.
 - Medizinische Situation: Probleme in Bezug auf Gesundheit, Therapie und Medikamente, Befolgung der Medikation und Therapie, Schwierigkeiten beim Therapiemanagement (z.B. Einsatz einer Medikamentenbox, Einbezug eines SMZ usw.) auflisten.
 - Psychologische Situation: auf Anzeichen von Angst, Stress oder Depressionen sowie auf kognitive Störungen achten.
 - Soziale Situation: psychosozialer, wirtschaftlicher und familiärer Kontext.
- Ressourcen der Person, die unter mehreren chronischen Erkrankungen leidet, evaluieren: z.B. Gesundheitskompetenz (Fähigkeit der Person, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, einzuschätzen und anzuwenden, um bewusste Entscheide in Bezug auf die Gesundheit treffen zu

können), Anpassungsstrategien, Lernkompetenzen, finanzielle Lage, Lebensbedingungen und soziale Unterstützung.

- Fachpersonen identifizieren, die das Follow-up der Person, die unter mehreren chronischen Erkrankungen leidet, entwickeln und durchführen, und gegebenenfalls eine Person bestimmen, welche die Koordination leitet.

Schritt 3: Belastungsgrad der Erkrankungen und Therapien evaluieren

- Auswirkungen der Gesundheitsprobleme und Therapien auf den Alltag evaluieren.

Schritt 4: Präferenzen der Person (und gegebenenfalls ihrer Angehörigen) identifizieren und Ziele für die Betreuung definieren

- Bei der Person nachfragen, was ihr wichtig ist: Ziele, Werte und Prioritäten (z.B. unabhängig bleiben, an beruflichen und gesellschaftlichen Aktivitäten teilnehmen, Nebenwirkungen verhindern, Lebenserwartung erhöhen).
- Abklären, ob und wie die Person ihre Familie, ihre Angehörigen und/oder andere Gesundheitsfachpersonen miteinbeziehen will.
- Prioritäten der Person und die Möglichkeiten in der Betreuung aufeinander abstimmen.
- Ziele für die Betreuung gemeinsam mit der Person (und gegebenenfalls den Angehörigen) definieren.

Schritt 5: Therapien zusammen mit der betroffenen Person (und gegebenenfalls den Angehörigen) beurteilen und prüfen

- Therapie und Medikamente unter Abwägung der Vorteile und Unannehmlichkeiten für die Person evaluieren (Entscheidungshilfe: STOPP/START usw.).
- Wechselwirkungen und Kontraindikationen der Therapien berücksichtigen.
- Nach Nachweisen in der Fachliteratur suchen und die Anwendung für die Person mit mehreren chronischen Erkrankungen beurteilen.
- Gemeinsam einen Entscheid treffen (der Patient als Partner), nachdem die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen bei der medizinischen und sozialen Betreuung sowie die für das Erreichen der Ziele benötigte Zeit erörtert wurden.
- Der Person, und gegebenenfalls ihren Angehörigen, eine strukturierte Schulung («Hilfe zur Selbsthilfe») anbieten, die auf ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten abgestimmt ist.

Schritt 6: Plan für die Betreuung schriftlich festhalten, überwachen und überprüfen

- Den Plan für die Betreuung gemeinsam mit der betroffenen Person (und gegebenenfalls den Angehörigen) schriftlich ausarbeiten.
- Folgende Punkte sollten darin enthalten sein:
 - alle chronischen Erkrankungen, unter denen die Person leidet,
 - alle Medikamente und Therapien, die verschrieben wurden oder abzusetzen sind, mit den Erklärungen zu den Zielen, die mit den Medikamenten/Therapien verfolgt werden,
 - Zeitintervall und Modalitäten des Follow-up und
 - Person, die für die Koordination der Pflege und der Kommunikation zwischen den Fachpersonen zuständig ist.
- Dieser Plan sollte allen beteiligten Gesundheitsfachpersonen zugestellt werden.

Methode

Diese Empfehlung für die klinische Praxis (EKP) wurde aus fünf EKP abgeleitet, deren methodische Qualität für gut befunden wurde und die auf den neuesten verfügbaren Erkenntnissen basieren. Für die Messung der methodischen Qualität dieser fünf Empfehlungen wurde das Bewertungsinstrument AGREE eingesetzt. Die an Schweizer Verhältnisse angepasste Empfehlung wurde mit dem Adaptierungsprozess ADAPTE von einer fach- und berufsübergreifenden Arbeitsgruppe ausgearbeitet und anschliessend von einer externen Arbeitsgruppe geprüft und abgeschlossen. Die Einzelheiten der Methode sind auf Anfrage erhältlich.

Evidenzgrad und Bedeutung der Empfehlungen

Die ursprünglichen Empfehlungen basieren auf systematischen Reviews, randomisierten, kontrollierten Studien, qualitativen Studien (Interviews und Focus Groups) mit Patienten und ihren Angehörigen sowie auf dem Konsens von Experten. Die Nachweise zur Wirksamkeit von Massnahmen bei Personen, die unter mehreren chronischen

Erkrankungen leiden, sind nach wie vor unzureichend. Grund dafür ist die Heterogenität der Interventionen und Ergebnisse.

Empfohlene Referenzen

American Geriatrics Society (AGS) – Etats-Unis

- 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. [Lien](#)
- AGS Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the AGS. J Am Geriatr Soc. 2012; 60(10): 1957-68. [Lien](#)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) – Allemagne

- DEGAM. Multimorbidität. S3-Leitlinie. Nov 2017. AWMF-Register-Nr. 053-047. DEGAM-Leitlinie Nr. 20. [Lien](#) (Version courte: [Lien](#))
- Muche-Borowski C, Lühmann D, Schäfer I, (...) DEGAM group. Development of a meta-algorithm for guiding primary care encounters for patients with multimorbidity using evidence-based and case-based guideline development methodology. BMJ Open. 2017; 7(6): e015478. [Lien](#)

Haute Autorité de Santé (HAS)

- HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Avril 2015 [Lien](#)
 - Fiche Points clés. [Lien](#)
 - Note méthodologique et de synthèse documentaire. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG56. Multimorbidity: clinical assessment and management. 2016. [Lien](#)

Symposium „Evidence-based medicine meets multimorbidity“, October 2012

- Muth C, van den Akker M, Blom JW et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. BMC Medicine 2014; 12: 223. [Lien](#)

Revue Médicale Suisse – Suisse / Adaptations de l'AGS

- Boudon A, Riat F, Rassam-Hasso Y, Lang PO. Polymorbidité et polypharmacie. Comment optimiser la prise en charge des patients âgés complexes ? Forum Médical Suisse 2017; 17(13): 306-312. [Lien](#)
- Riat F, Rochat S, Büla C, Renard D, Monod S. Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides : guide à l'intention des cliniciens. Rev Med Suisse 2012; 8: 2109-14. [Lien](#)

Weitere Referenzen

- OBSAN. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. OBSAN Bulletin 4/2013. [Lien](#)
- Gauvin F-P, Wilson MG, Alvarez E. Knowledge Synthesis: Identifying Optimal Treatment Approaches for People with Multimorbidity in Ontario. McMaster Health Forum. Apr 2013. [Lien](#)

Systematische Reviews zur Wirksamkeit von Massnahmen bei Personen, die unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden

- de Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CC, Schellevis FG, Nijpels G et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. Health Policy 2012; 107(2-3): 108-45. [Lien](#)
- Hopman P, de Bruin SR, Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens LC et al. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty: A systematic literature review, Health Policy 2016; 120(7): 818-832. [Lien](#)
- Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD006560. [Lien](#)

Für die Entwicklung der EKP verantwortliche Arbeitsgruppe:

Béregère Aubry-Rozier (Rheumatologin), Charles Bonsack (Psychiater), Olivier Bugnon (Apotheker), Christophe Bula (Geriatre), Stéphane Coendoz (Patient), Jacqueline Collet (pflegende Angehörige), Astrid Czock (QualiCCare), Bernard Favrat (Internist), Alberto Garcia Manjon (Klinischer Pflegeexperte, MSc), Rafi Hadid (Apotheker), Isabelle Hagon-Traub (Diabetologin-Endokrinologin), Cristina Henry (Pflegefachberaterin), François

Empfehlungen für die klinische Praxis

Héritier (Hausarzt), Sébastien Jotterand (Hausarzt), Didier Locca (Kardiologe), Laure Nicolet (Apothekerin), Lucien Roulet (Apotheker), Rachel Voellinger (Psychiaterin)

Redaktion und methodische Unterstützung: Chantal Ardit, Bernard Burnand, Isabelle Peytremann Bridevaux

Datum der Empfehlung: 17. Januar 2019

Datum der nächsten Revision: Januar 2022

Alle Empfehlungen für die klinische Praxis des *Programme cantonal Diabète* (kantonales Diabetes-Programm) finden sich unter:

<http://www.recodiab.ch>

Bitte benutzen Sie als einzige zuverlässige und aktuelle Quelle für die Empfehlungen die oben genannte Website.