

Praxisempfehlungen Multimorbidität: Versorgung von Personen mit mehreren chronischen Krankheiten

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

Personen, für die die Empfehlungen bestimmt sind: Alle Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, die in der Betreuung und Versorgung von Personen mit mehreren chronischen Krankheiten involviert sind.

Einleitung, Ziele

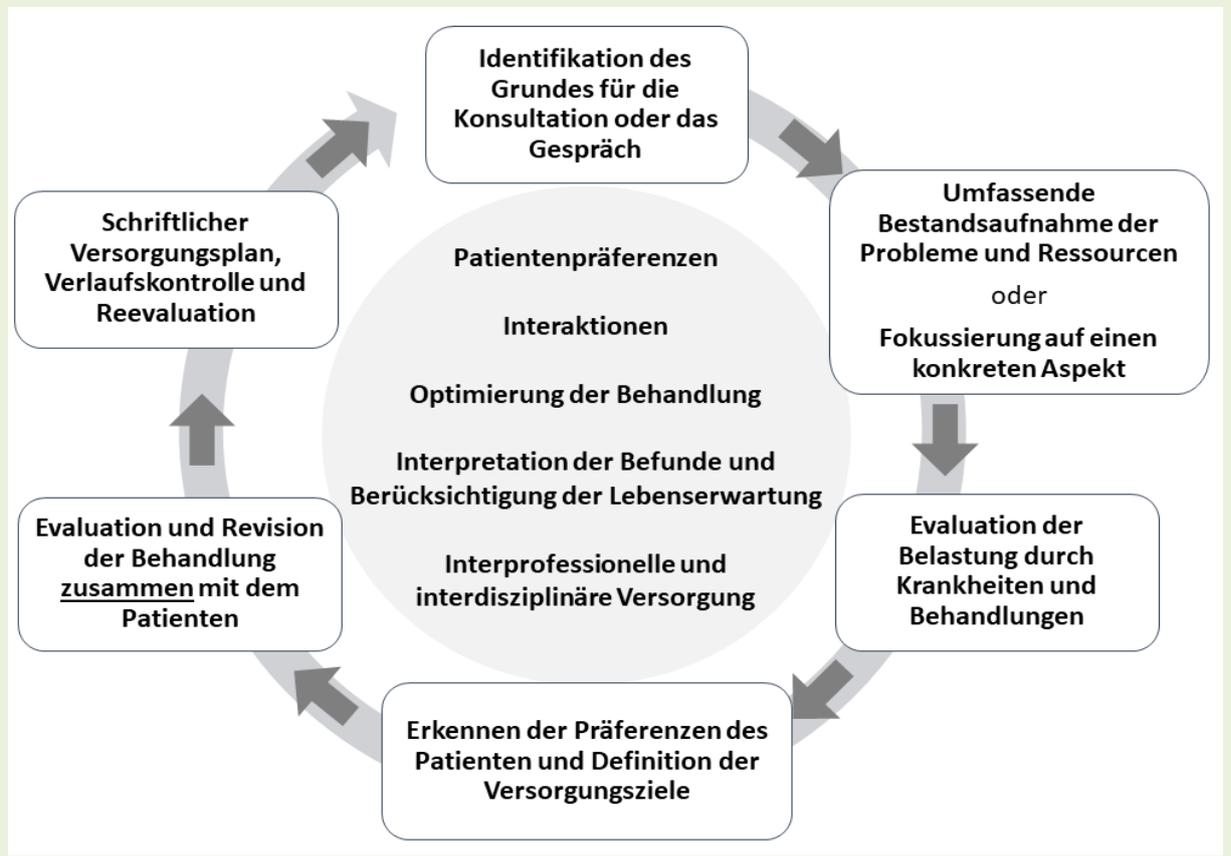
In der Schweiz lag die Prävalenz von Multimorbidität (≥ 2 chronische Krankheiten) bei Menschen ab 50 Jahren in den Jahren 2010–2011 bei 22%, wobei ein Drittel mindestens 3 chronische Krankheiten aufwies (SHARE-Studie, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe).

Die Multimorbidität wird mit verminderter Lebensqualität, Polymedikation, zunehmender Behandlungslast, höherem Nebenwirkungsrisiko, häufiger Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (einschliesslich einem erhöhten Risiko für Hospitalisierungen) und einer höheren Sterblichkeit assoziiert. Die Multimorbidität kann auch einen Einfluss auf die Fähigkeit der Personen haben, wie sie mit ihren Erkrankungen und den entsprechenden Therapien und Versorgungsmaßnahmen umgehen.

Ziele bei der Versorgung von Personen mit mehreren chronischen Krankheiten sind:

- 1) die Personen bei der Erhaltung oder Verbesserung ihrer Lebensqualität unterstützen, indem eine gemeinsame Entscheidungsfindung gefördert wird; Grundlage dafür ist das, was der betroffenen Person in Bezug auf Therapien, Versorgung, gesundheitliche Prioritäten und Lebensplanung wichtig ist (der Patient als Partner), und
- 2) die Kommunikation, Zusammenarbeit und Koordination zu verbessern, um die Behandlungs- (z. B. Polymedikation) und Versorgungslast (z. B. häufige Behandlungstermine und Eingriffe) zu verringern.

Das Essenzielle



Definition

Von einer Multimorbidität spricht man, wenn mindestens 2 chronische Krankheiten 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, welche die Versorgung von multimorbiden Personen leiten

Oberstes Ziel einer Versorgung, die der Multimorbidität Rechnung trägt, ist die Verbesserung der Lebensqualität von Personen mit mehreren chronischen Krankheiten. Dieses Ziel wird durch folgende allgemeinen Grundprinzipien geleitet:

1. Präferenzen von Personen mit mehreren chronischen Krankheiten

Ihre Bedürfnisse und Erwartungen, ihre Präferenzen und Prioritäten in Bezug auf Gesundheit und Behandlung (Abklärungen und Therapien) berücksichtigen sowie ihre Lebensplanung.

2. Interaktionen

Die Interaktionen zwischen gesundheitlichen Problemen berücksichtigen, zwischen den gesundheitlichen Problemen und Behandlungen sowie zwischen den gesundheitlichen Problemen und dem psychosozialen oder kulturellen Kontext der betroffenen Personen.

3. Optimierung der Behandlungen

Risiken und Vorteile jeder Behandlung evaluieren mit dem Ziel, die Behandlungslast zu verringern.

4. Interpretation der Befunde und Berücksichtigung der Lebenserwartung

Vorteile und Risiken der Anwendung von spezifischen Empfehlungen für eine Krankheit evaluieren und die Lebenserwartung berücksichtigen, um zusammenhängende und realistische Ziele zu vereinbaren.

5. Interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung

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

- die Rollen und Aufgaben der beteiligten Gesundheitsfachpersonen (inkl. Fachpersonen aus dem Sozialwesen, bei Bedarf) definiert werden,
- präzisiert wird, wer mit Einverständnis der betroffenen Person die Koordination übernimmt,
- die für die Versorgung der betroffenen Person nützlichen Informationen mit den zuständigen Fachpersonen ausgetauscht werden.

Die einzelnen Versorgungsschritte

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 Versorgung untersuchen.
 - Medizinische Situation: Probleme in Bezug auf Gesundheit, Behandlung und Medikamente, Adhärenz an Medikamenteneinnahme und Behandlung, Schwierigkeiten beim Behandlungsmanagement (z.B. Einsatz einer Medikamentenbox, Einbezug des Sozialdiensts 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 Krankheiten 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, welche Verlaufskontrollen evaluieren und durchführen bei der Person, die unter mehreren chronischen Krankheiten leidet, und, bei Bedarf, die Person bestimmen, welche die Koordination leitet.

Schritt 3: Krankheits- und Behandlungslast evaluieren

- Auswirkungen der Gesundheitsprobleme und Behandlungen auf den Alltag evaluieren.

Schritt 4: Präferenzen der Person (und gegebenenfalls ihrer Angehörigen) identifizieren und Ziele der Versorgung definieren

- Die Person fragen, was ihr wichtig ist: Ziele, Werte und Prioritäten (z.B. unabhängig bleiben, an beruflichen und gesellschaftlichen Aktivitäten teilnehmen, unerwünschte 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 Versorgung aufeinander abstimmen.
- Ziele für die Versorgung gemeinsam mit der Person (und gegebenenfalls den Angehörigen) definieren.

Schritt 5: Behandlungen zusammen mit der betroffenen Person (und gegebenenfalls den Angehörigen) prüfen und revidieren

- Behandlung und Medikamente unter Abwägung der Vorteile und Unannehmlichkeiten für die Person evaluieren (Tools zur Entscheidungshilfe: STOP/START usw.).
- Interaktionen und Kontraindikationen der Behandlung berücksichtigen.
- Die Fachliteratur auf das Vorhandensein der Befunde untersuchen, und deren Anwendung auf die Person mit mehreren chronischen Krankheiten evaluieren.
- Gemeinsam einen Entscheid treffen (der Patient als Partner), nach Erklärung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen der medizinischen und sozialen Versorgung sowie der Fristen für das Erreichen der Ziele.
- Der Person, und gegebenenfalls ihren Angehörigen, eine strukturierte Schulung (Selbstmanagement) anbieten, entsprechend ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten.

Schritt 6: Versorgungsplan schriftlich festhalten, Verlaufskontrolle und Re-evaluation

- Den Versorgungsplan gemeinsam mit der betroffenen Person (und gegebenenfalls den Angehörigen) schriftlich ausarbeiten.
- Folgende Punkte sollten darin enthalten sein:
 - alle chronischen Krankheiten, unter denen die Person leidet,
 - alle Medikamente und Behandlungen, die verschrieben wurden oder abzusetzen sind, mit Erklärung der Ziele für jedes Medikament / jede Behandlung,
 - Intervalle und Modalitäten der Verlaufskontrollen und
 - Person, die für die Koordination der Versorgung und der Kommunikation zwischen den Fachpersonen zuständig ist.
- Dieser Plan sollte mit allen involvierten Gesundheitsfachpersonen geteilt werden.

Methode

Diese Praxisempfehlung wurde aus fünf Praxisempfehlungen adaptiert, welche eine gute methodische Qualität aufweisen und auf den neuesten verfügbaren Erkenntnissen basieren. Die methodische Qualität dieser fünf Original-Empfehlungen wurde mit dem Bewertungsraster AGREE evaluiert. Mit dem Adaptierungsprozess ADAPTE wurde die vorliegenden, an den Versorgungskontext der Schweiz adaptierte, Praxisempfehlung von einer multidisziplinären und multiprofessionellen Arbeitsgruppe ausgearbeitet, sodann von einer externen Arbeitsgruppe geprüft und fertiggestellt. Die Einzelheiten der Methode sind auf Anfrage erhältlich.

Evidenzgrad und Bedeutung der Empfehlungen

Die Original-Empfehlungen basieren auf systematische Reviews, randomisierte Kontrollstudien, qualitative Studien (Interviews und *Focus Groups*) mit Patienten und ihren Angehörigen sowie auf den Konsens von Experten. Nachweise zur Wirksamkeit der Massnahmen bei Personen, die unter mehreren chronischen Krankheiten leiden, bleiben aufgrund der Heterogenität der Interventionen und Ergebnisse ungenügend.

Original-Empfehlungen

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 Krankheiten 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 Erarbeitung der Praxisempfehlung verantwortliche Arbeitsgruppe:

Bérengère Aubry-Rozier (Rheumatologin), Charles Bonsack (Psychiater), Olivier Bugnon (Apotheker), Christophe Bula (Geriatr), Stéphane Coendoz (Patient), Jacqueline Collet (pflegende Angehörige), Astrid Czock (QualiCCare), Bernard Favrat (Internist), Alberto Garcia Manjon (Pflegeexperte ANP), Rafi Hadid (Apotheker), Isabelle Hagon-Traub (Diabetologin-Endokrinologin), Cristina Henry (Diabetesfachberaterin), François Héritier (Hausarzt), Sébastien Jotterand (Hausarzt), Didier Locca (Kardiologe), Laure Nicolet (Apothekerin), Lucien Roulet (Apotheker), Rachel Voellinger (Psychiaterin)

Redaktion und methodische Unterstützung: Chantal Arditi, 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 obengenannte Website.