

SGAIM Health Symposium 2017

Multimorbidität

Die SGAIM hat auf den 8. Dezember 2017 zum ersten Health Symposium eingeladen. Der Vernetzungsanlass sollte unter dem Motto «Herausforderungen für Medizin und Gesellschaft» zu einer vertieften Diskussion aktueller Themen der Gesundheitsversorgung zwischen den verschiedenen Akteuren im schweizerischen Gesundheitswesen anregen. Der Einladung folgten Ärzte, Vertreter von Standesorganisationen, Politiker und eine stattliche Anzahl von Mitarbeitern des BAG. Hervorragende Inputreferate und lebhaftes Gespräch sicherten dem Anlass den gewünschten Erfolg.

In der Eröffnung des von Herrn Dr. Christof Schmitz souverän moderierten Anlasses durch die Co-Präsidenten der SGAIM, Dr. med. François-Gérard Héritier und Prof. Dr. med. Jean-Michel Gaspoz kam zum Ausdruck, dass ärztliche Behandlung in einem interdisziplinären Netzwerk unter Einbezug der Pflege weit weniger spektakulär sei als beispielsweise die Transplantationsmedizin. Dabei ist sie für eine adäquate Behandlung eines Grossteils der Patienten ausschlaggebend und verdient vermehrte Beachtung durch alle am Medizinalwesen beteiligten Akteure. Im Einstiegsreferat präsentierte Prof.



Dr. Héritier



Prof. Gaspoz



Prof. Burnand

Dr. med. Bernard Burnand, Lausanne, seine Gedanken zur Bedeutung der Multimorbidität (MM) für das Gesundheitssystem. Sie ist

definiert als komplexe Interaktion verschiedener gleichzeitig existierender Krankheiten in einer Person und unterscheidet sich von der Komorbidität, welche als Gegenwart von Begleiterkrankungen einer Indexerkrankung verstanden wird. Dabei reicht es nicht, die Anzahl von Krankheiten zu zählen, vielmehr spielen der Schweregrad einer Krankheit, Risikofaktoren, welche z.T. von verschiedenen Krankheiten geteilt werden, und v.a. nicht biomedizinische Faktoren eine Rolle, wie sozio-ökonomischer Status, funktionelle Limiten und finanzielle Einschränkungen. Die quantitative Abschätzung der MM ist erschwert durch die Vielzahl von Klassifikationssystemen, welche nach einer Vereinheitlichung rufen. Grosse länderspezifische Unter-

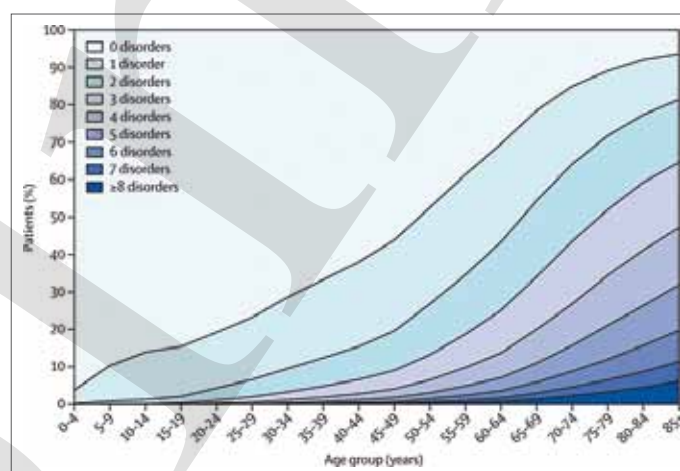


Abb. 1.: Anzahl Diagnosen in Abhängigkeit des Alters (Barnett et al.: Lancet 2012)

schiede lassen sich teilweise dadurch erklären. So liegt die Prävalenz der MM in der Schweiz bei 22%, in Ungarn 46,5% bei einem Mittelwert von 31,7%. Unabhängig von dieser Varianz steht fest, dass die MM über die Jahre in allen Altersklassen zugenommen hat. Sie ist mit einer erhöhten Mortalität assoziiert, wobei sowohl die Anzahl Krankheiten wie auch schlechter sozialer Support prognostisch bedeutsam sind. Bei der Betreuung von MM-Patienten besteht das Problem, dass sie sehr oft in Therapiestudien ausgeschlossen werden, so dass fast keine Evidenz für Therapiemassnahmen und keine Guidelines für ihre spezifische MM-Situation bestehen. Am Beispiel eines Patienten mit 3 Erkrankungen rechnet der Referent vor, dass dieser beim Befolgen der jeweiligen 3 Guidelines für seine Einzelerkrankungen 6–13 Medikamente pro Tag einnehmen müsste, 1.2 bis 5.9 Arztbesuche pro Monat machen und 49.6 bis 71 Stunden für seine Gesundheit aufbringen müsste. Gefordert ist ein Gesundheitssystem, das besser auf komplexe Interaktionen chronischer Erkrankungen fokussiert ist.

Prof. Dr. med. Edouard Battegay, Zürich, sieht verschiedene Gründe, dass das Multimorbiditätsmanagement im Alltagsdilemma steht. Die Definition der MM ist ebenso uneinheitlich wie die Beurteilung der Komplexität, welche die Interaktionen qualifiziert. Zudem bestimmt heute im klinischen Alltag der Codierer



Prof. Battegay

die Zahl von Diagnosen und damit, ob MM vorliege oder nicht. Es steht ausser Frage, dass MM die häufigste Konstellation im Gesundheitswesen darstellt (Abbildung 1).

Ein zufälliges Zusammentreffen der ca. 68 000 ICD 10 Codes würde eine unübersehbare Anzahl von möglichen Kombinationen ergeben. In der klinischen Realität treten aber in Übereinstimmung mit dem Resultat von Clusteranalysen immer wieder typische Gruppierungen von Erkrankungen auf. Spitzenreiter ist die Kombination Hypertonie + Dyslipidämie + chronische Rückenschmerzen, gefolgt von Hypertonie, chronischen Rückenschmerzen und Arthrosen. Die medikamentöse Behandlung von kardiovaskulären Krankheiten, Depression und Angsterkrankungen, respiratorischen Infekten, COPD, Rhinitis-Asthma, Schmerzen und Menopause sind oft der Anlass für Interaktionen. Eine Untersuchung fand bei 166 Notfallpatienten mit im Schnitt 6.6 Diagnosen 239 therapeutische Konflikte, bei 29% aller Patienten in schwerwiegender Art. Beispiele für solche «Killer»-Kombinationen sind unmittelbare Operationsindikationen und Notwendigkeit zur Antikoagulation bei Patienten mit gastrointestinaler oder cerebraler Blutung. Oder Nierenpatienten mit einer Clearance von <15ml/min oder Patienten mit Diabetes Typ 2 und Notwendigkeit zu systemischer Glukokortikoid-Therapie. Bei zunehmender Anzahl von Erkrankungen nehmen die Komplexität und die Anzahl von Interaktionen überproportional zu und damit die Hospitalisationszeit, die Kosten, die Morbidität und die Mortalität. Der Referent fordert, dass problematische Krankheit-Krankheit-Interaktionen besser untersucht werden, dass die Behandlung bei komplexer MM besser koordiniert und die psychologische Struktur der Ärzte, die am Entscheidungsprozess beteiligt sind, beachtet werden muss.

Prof. Dr. Sabina De Geest, Basel, beleuchtete in ihrem Referat über Herausforderungen in der **Langzeitpflege von multimorbiden**



Prof. De Geest

älteren Menschen die Sicht der Pflegewissenschaft. Sie ortet Handlungsbedarf in der Makro-, Meso- und Mikroebene in Gesundheitspolitik, Gesundheitsorganisation und individuellem Gesundheitsanbieter. Die schlecht koordinierte Betreuung durch verschiedene Instanzen birgt die Gefahr der Fragmentation mit Überversorgung,

Versorgungslücken, widersprüchlichen Empfehlungen, Medikationsirrtümern, Stress bei den Betreuern und höheren Gesundheitskosten. Deshalb entsprechen Modelle von integrierter Pflege einem Gebot der Stunde. Dabei sollen in einem interprofessionellen Betreuungsteam in fortgeschrittener Praxis geschultes Pflegepersonal, sog. «advanced practice nurses» (APN) entsprechend ihrer Ausbildung involviert sein. In einem systematischen Review und einer Meta-Analyse von randomisierten Untersuchungen konnte der Schluss gezogen werden, dass die Betreuung von Teams unter Einschluss von APNs mindestens so gut abgeschnitten hat wie eine rein ärztliche Betreuung oder Betreuung durch Teams ohne APNs. Der Schritt von der Erkenntnis, dass etwas funktioniert, zur grossflächigen, anhaltenden Anwendung ist jedoch weit. Hilfe dazu erhofft sich die Referentin von der INSPIRE-Studie (Implementation of an Integrated Community-based Care Programm for Senior Citizens) des Departements für öffentliche Gesundheit der Universität Basel, die von Swisslos und Basel Landschaft finanziert wird und die Gesundheitsdirektion Basel Landschaft, die Ärztesell-

schaft Baselland und den Spitex Verband Baselland als Hauptakteure einschliesst. Basel Land hat zusammen mit dem Tessin die am raschesten alternde Bevölkerung. Deshalb erlaubt dieser Standort der Studie, Aussagen zu einer Intervention auf Bevölkerungsebene zu machen und nicht nur Evidenz für eine Datenbank zu produzieren.

Staatsrat Muro Poggia, Genfer Gesundheitsdepartement (DEAS), beleuchtete die **politische Perspektive der Multimorbidität** unter den Schlagwörtern Interprofessionalität und Decompartementalisierung.



Staatsrat Poggia

Ziel aller Akteure im Gesundheitswesen muss sein, die guten Aspekte des heutigen Systems zu retten. In einem geteilten Gesundheitsplan sieht er einen Mehrwert. Die Beseitigung von Grenzen innerhalb des Managements des Gesundheitswesens, das Networking aller professioneller Gesundheitsanbieter mit Sozialarbeitern und Familienbetreuern, der verbesserte Schutz des Patienten und die Ermächtigung des Patienten zum Ko-Partner in Sachen seiner Gesundheit gehen einher mit Informationsteilung und Betreuung auf koordinierter und kontinuierlicher Basis. Dies alles ist nicht ohne digitales Dossier möglich. Auch im Kanton Genf sind die Kosten für Spitex und ambulante Behandlung in Spitälern in den letzten Jahren erheblich angestiegen bei praktisch konstanten Kosten im stationären Bereich. Dabei entfallen im ambulanten Bereich 100% der Kosten via Versicherung auf den Prämienzahler und im stationären Bereich unter Swiss DRG lediglich 45%, der Rest übernimmt die öffentliche Hand.

Prof. Dr. med. Nicolas Senn Lausanne, stellt in seinem Referat **«Multimorbidität – hinter der Anzahl der Erkrankungen...»**

die MMFM-Studie (MM in der Familienmedizin) des SAFMED (Schweizerische Akademie für Familienmedizin) vor. Sie hat zum Ziel, die Krankheitslast von MM-Patienten in der Grundversorgung in der Schweiz zu erfassen, einzelne Determinanten zu identifizieren, wie Gebrauch an Gesundheitsversorgung, Lebensqualität, Index des Schweregrads, Therapiebelastung, Entbehrung und Gesundheitskenntnis, und die Prioritäten von Grundversorgern (GPs) und Patienten in Bezug auf die Gesundheitsbelastung und das Management von MM zu beschreiben. Je 20 GPs von den Instituten in Genf, Waadt, Bern, Basel und Zürich schlossen 10 Patienten mit mindestens 3 chronischen Erkrankungen aus einer prädefinierten Liste von 75 Krankheiten im Alter über 17 Jahre ein. Ausgewertet wurden 888 Patienten im mittleren Alter von 73 Jahren, davon 48% Männer mit im Mittel 7.7 Medikamenten über einen Follow-up von 11 Jahren. 24 Krankheiten wurden mit einer Prävalenz von über 5% beobachtet. Auffallend war, dass bei 54% mindestens eine Krankheit ausserhalb der Liste von 75 lag. Die Frage nach Prioritäten wurde von Ärzten und Patienten völlig anders beantwortet, während Patienten sich Autonomie, gutes Sehen und wenig Schmerzen wünschten, lagen diese Punkte für die Ärzte am Ende ihrer Prioritäten. Aktuell gibt es wenig Forschung über Priorisierung und wenig Evidenz über Interventionen, die funktionieren. Zudem haben Interventionen nur selten das klinische Management zum Fokus.



Prof. Senn

Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Bern, ging auf **Risiken und die Rolle der Generalisten bei Multimorbidität und Polypharmazie** ein. Die aktuellen Herausforderungen für das Gesundheitssystem sind die Zunahme der Patienten mit MM, die



Prof. Rondondi

Überversorgung und der Mangel an Hausärzten. Die Überversorgung trägt 30% zu die Kosten des Gesundheitswesens bei ohne Mehrwert. In Altersheimen im Kanton Jura haben Patienten im Schnitt 13 Langzeitmedikamente pro Tag. Dabei kann eine ungeeignete Verschreibung nicht nur eine Verschreibung mit falscher oder fehlender Indikation oder mit hohem Risiko für Nebenwirkung, von unnötig teuren Medikamenten oder für eine zu lange Zeit sein, sondern auch die Unterlassung der Verordnung einer geeigneten Therapie. Die Prävalenz ungeeigneter Verordnungen ist in der Grundversorgung mit gut 20% eher tief, verglichen mit Spitälern oder Pflegeheimen. Ungeeignete Verordnungen verursachen aber nicht nur Kosten, sondern auch Todesfälle und Spitalaufnahmen. Bei deren Vermeidung fällt den Hausärzten eine zentrale Rolle zu. Jedoch muss prognostiziert werden, dass bis 2030 wegen Hausärztemangel rund 40% der benötigten Konsultationen nicht mehr gewährleistet werden können. Allein im Kanton Bern werden bis dann 745 Vollzeit-Hausärzte benötigt! Einzig durch eine Zusammenarbeit zwischen «Generalisten» in der Arztpraxis und im Spital wird es möglich sein, unnötige Behandlungen zu vermeiden, um eine qualitativ hochstehende Grundversorgung gewährleisten zu können.

Prof. Dr. med. Rudi G.J. Westendorp, Leyden, brachte mit seinem Abschlussreferat **Patient Centered Care** die Diskussion «auf den nächsten Level». Ausgehend von den Nebenwirkungen der Evidence Based Medicine stellte er seine Vision einer personalisierten Medizin vor, bei welcher der Patient im Zentrum steht. Ärzte und Patienten messen «Gesundheit» invers; während für Ärzte die Lebenserwartung und allenfalls DALYs (disability adjusted life years) im Vordergrund stehen, will der Patient Zufriedenheit mit



Prof. Westendorp



dem Leben und der Lebensqualität. Ärzte orientieren sich daran, ob der Patient gesund oder fragil, der Patient, ob er vital oder apathisch sei. Besonders in Dänemark wird mehr Wert auf Liebe und die eigene Familie gelegt als auf bessere Gesundheit. Der Referent rät, den Patienten zu entdecken. Was sind seine Bedürfnisse, welche Strategie wählt er? Oft werden es Glück und Lebenszufriedenheit sein, so dass Studien, die HAPPYs (Happy Life Years) messen, den Werten der Patienten gerechter werden.

Lebhafte Diskussion rundeten die Vorträge ab, so dass jeder Teilnehmer mit der Überzeugung nach Hause gehen konnte, dass sich im schweizerischen Gesundheitswesen etwas zum Besseren wenden werde, nämlich in Richtung integrierte Versorgung unserer multimorbiden Patienten, und dass die Bedeutung des Spezialisten für das Allgemeine, des Allgemeinen Internisten, erkannt und anerkannt werde. Der SGAIM gebührt ein grosser Dank für die Organisation dieser eindrücklichen Tagung.

▼ Dr. med. Hans Kaspar Schulthess

Quelle: SGAIM Healthsymposium, Bern, 08.12.17