

Mehrfachkranke als Hauptproblem im Gesundheitswesen

Multimorbidität ist grösster Kostentreiber

Nicht das Altern an sich, sondern der Anstieg von Mehrfacherkrankungen bei älteren Menschen führt dazu, dass ein Grossteil der Kosten im Gesundheitswesen durch die Multimorbidität verursacht wird. Denn komplexe Krankheitsbilder erfordern ein komplexes, teures Management, wie am 2. Multimorbidity Day am Universitätsspital Zürich klar wurde.

Halid Bas

«Multimorbidität ist die häufigste Krankheitskonstellation», stellte Prof. Dr. med. Edouard Battagay, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zurich, mit Verweis auf eine grosse Querschnittsuntersuchung (1) fest, in der 19 Prozent der Bevölkerung monomorph und 23 Prozent multimorph waren. Auch eine Studie aus der Schweiz ergab, dass von notfallmässig internistisch Hospitalisierten 90 Prozent teilweise schwer multimorph sind (2). Das komplexe Management von Multimorbiditäten gehört damit zur alltäglichen Herausforderung für Allgemeininternisten.

Kosten steigen bei Multimorbidität exponentiell

Die Weltgesundheitsorganisation habe eine «Decade of Healthy Ageing» proklamiert, die unter anderem die Forschung auf dem Gebiet der Dynamik des gesunden Alterns auch bei Multimorbidität beflügeln soll, berichtete Prof. Dr.

Das komplexe Management von Multimorbiditäten gehört zur alltäglichen Herausforderung für Allgemeininternisten.

phil. Mike Martin, Ordinarius für Gerontopsychologie und Vorsitzender des Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich. Als Beitrag der Schweiz haben die Schweizer Akademien der Wissenschaften eine Internetplattform zum Thema aufgeschaltet (3). Die zu erwartenden Kosten der Multimorbidität verhielten sich keineswegs additiv, sondern exponentiell, stellte Martin klar. Wenn bei Personen mit Mehrfacherkrankungen die Ressourcen besser eingesetzt werden, gibt es ein grosses Potenzial zur Kostendämpfung ohne Qualitätseinbusse. Noch besteht grosser Forschungsbedarf, denn über 70-Jährige werden in der Regel von vielen Studien ausgeschlossen, womit rund 70 Prozent der multimorbiden Patienten nicht erfasst sind.

Multimorbidität braucht besonders gut geschulte und teure Fachleute

«20 Prozent der Patienten verursachen 80 Prozent der Kosten», sagte Prof. Dr. med. Dr. iur. h.c. Thomas Zeltner, ehemals langjähriger Direktor des Bundesamts für Gesundheit und heute Präsident des Verwaltungsrats der Krankenversicherungsgruppe KPT und der Blutspende SRK Schweiz. Gerade diesen Patienten im Rahmen des Gesundheitssystems beizustehen, ist das Solidaritätsversprechen der Gesellschaft. Diese «teuren» Patienten sind meistens alt und multimorph. Klinische Guidelines haben viel dazu beigetragen, Menschen mit chronischen Erkrankungen besser zu behandeln. Bei multimorbiden Patienten tragen die Empfehlungen jedoch sehr rasch zu einer unerwünschten Polypharmazie bei und geben keine Hinweise darauf, welche Interventionen mit Priorität anzugehen sind, damit einen die Behandlungslast nicht überwältigt (4).

Historisch gesehen hat sich das Berufsfeld von der intuitiven Medizin hin zur empirischen Medizin und weiter zur Präzisionsmedizin entwickelt, wie Clayton M. Christensen in dem Buch «The Innovator's Prescription» dargelegt hat, das Zeltner als interessante Lektüre empfahl. Bei Multimorbidität ist eine präzise Diagnose oft nicht möglich, und dann muss die Behandlung (wieder) auf Grundlage der intuitiven Medizin gewählt werden. Diese benötigt jedoch besonders gut geschulte und teure Fachleute, die medizinische Probleme durch intuitives Experimentieren und Mustererkennung lösen. Alte, multimorbide Patienten brauchen also erfahrene Mediziner, die die «ärztliche Kunst» gut beherrschen. Ziel von Verbesserungen auf diesem Gebiet müsste es jedoch sein, die intuitive Medizin bei komplexen Erkrankungen wieder zur empirischen Medizin zurückzuführen.

Je älter die Menschen werden, desto häufiger leben sie in Alters- und Pflegeheimen. Ihre hohe Krankheitslast wird damit zur grossen Herausforderung der betreuenden Ärzte. Verbesserungen lassen sich hier erreichen, indem die Therapien routinemässig in vorgegebenen Abständen, zum Beispiel halbjährlich, überprüft und Medikamente auch abgesetzt werden.

Komplexes Krankheitsbild erfordert komplexe Therapien

In der Klinik präsentiert sich Multimorbidität in aller Regel als chronische Krankheit, zu der sich eine akute Erkrankung gesellt habe, womit sich ein komplexes Krankheitsbild und die Notwendigkeit komplexer Therapien ergäben, sagte Dr. med. Tobias Kuhlewindt, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zurich. Anhand von Fallbeispielen besprach der Leiter einer Intermediate Care Station (IMC) die schwere Multimorbidität im Spital. Häufig bestehen hier im Rahmen dynamischer Krankheitssysteme Konfliktsituationen. Dabei handelt es sich um Interaktionen zwischen Krankheiten, um Interaktionen zwischen Krankheiten und Medikamenten sowie um Medikamenteninteraktionen. Die Multimorbidität stellt eine enorme medizinisch-fachliche, organisatorische und finanzielle Herausforderung dar, die ein hohes Mass an Kommunikation, Koordination und Kohärenz erfordert. Die Behandlung von multimorbiden Patienten bedürfe einer konstruktiven interdisziplinären und berufsübergreifenden Zusammenarbeit sowohl im Spital als auch in der Prä- und Posthospitalisationsphase, betonte Kuhlewindt.

Multimorbidität erfordert ein hohes Mass an Kommunikation, Koordination und Kohärenz.

Management der Komplexität als Herausforderung

Der Grundsatz «ambulant vor stationär» sei unbestritten, aber die Realität sehe doch etwas anders aus, stellte Dr. med. Marco Rossi, Infektiologie und Spitalhygiene, Luzerner Kantonsspital, fest. Inzwischen sind elektive Zuweisungen die Ausnahme, und Notfalleintritte machen etwa 85 bis 90 Prozent aus. Die Behandlung dieser Patienten ist jedoch, aus Sicht des Spitals, zumindest in der Grundversicherung monetär gesehen unattraktiv. Solche Patienten können praktisch nicht kostendeckend behandelt werden.

Die Komplexität der Erkrankung führt zur Komplexität der Behandlung und auch zu einer rasch zunehmenden Zahl von Interaktionen, zunächst zwischen Hausarzt und Spezialisten,

dann auch unter Akteuren im Spital. Zudem erfordert die Komplexität auch viel «Papierkram». Dies wurde am Universitätsspital Lausanne untersucht (5). Assistenten arbeiteten in Tagesschichten von durchschnittlich 11,6 Stunden (mehr als vorgesehen). Pro Tag machten Aktivitäten, die nur indirekt mit Patienten zu tun hatten, mehr als die Hälfte der Zeit aus, Aktivitäten in direktem Zusammenhang mit Patienten 28 Prozent. Konkret verbrachten die Assistenten 1,7 Stunden mit Patienten und 5,2 Stunden an Computern.

Trotz komplexer Erkrankungen: Weg vom Spital!

Die Verlagerung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich hat zunächst Auswirkungen für die Spitäler: Das Spital kommt nach Hause. Skandinavien und England sind dabei Vorbilder, indem Patienten bald zu Hause versorgt werden sollen. Im Rahmen eines Pilotprojekts bringt auch ein Notfallteam des Universitätsspitals Basel Patienten aus der Notfallaufnahme zurück in ihre eigenen vier Wände und koordiniert mit der Spitex, um eine Spitalaufnahme zu vermeiden. Wie Erfahrungen aus den USA zeigen, begegnen Spitäler den erhöhten Anforderungen an die Kommunikation zwischen Leistungserbringer und Patient mit technologischen Mitteln wie Telefon, E-Mail und Videokonferenz. Wenn elektive Eingriffe in möglichst kurzer Spitalzeit durchgeführt werden sollen, kommen aber auch zusätzliche Aufgaben für die einweisenden Ärzte hinzu. Die Patienten müssen schon ausreichend lang vor dem Eintritt ins Spital und später auch nach der Entlassung möglichst optimal betreut werden, zum Beispiel hinsichtlich Ernährung, Glykämiekontrolle, Medikationsmanagement und Rauchstopp. ▲

Halid Bas

Quelle: 2. Multimorbidity Day, 23. November 2017 in Zürich.

Referenzen:

1. Barnett K et al.: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380(9836): 37–43.
2. Schneider F et al.: Prevalence of multimorbidity in medical inpatients. *Swiss Med Wkly* 2012; 142: w13533.
3. www.ageingsociety.ch
4. Hughes LD et al.: Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing* 2013; 42(1): 62–69.
5. Wenger N et al.: Allocation of internal medicine resident time in a Swiss hospital: a time and motion study of day and evening shifts. *Ann Intern Med* 2017; 166(8): 579–586.