

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Multimorbidität – eine neue Krankheitsform?

Die Menschen werden immer älter – und je älter desto kränker. Zwei und mehr gleichzeitig vorkommende chronische Erkrankungen bezeichnet man als Multimorbidität. Die Auswirkungen im Alltag sind erheblich: körperlich, geistig, seelisch, psychosozial, zwischenmenschlich, pflegerisch, ökonomisch u. a. Das geht auch auf die meist damit verbundene Polypharmazie zurück, d. h. mehrere, wenn nicht gar viele Arzneimittel auf einmal.

Was muss man wissen, wie geht es weiter, was kann man tun? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Multimorbidität – Co-Morbidität – Lebenserwartung früher – Lebenserwartung heute – Definition der Multimorbidität – Definition der Co-Morbidität – Häufigkeit der Co-Morbidität – Krankheits-Cluster – Multimorbidität und Alter – Polypharmazie – Multimorbidität durch körperliche Krankheiten – Multimorbidität durch seelische Krankheiten – Multimorbidität und Pflege-Bedürftigkeit – Multimorbidität und soziale Folgen – Multimorbiditäts-Forschung – u. a. m.

„Gesund ist schlecht untersucht“. Ein alter Mediziner-Scherz. Völlig abwegig ist er aber nicht. Besonders bei wachsender Lebenserwartung. Denn je älter, desto gesundheitlich anfälliger, man kann es sich denken. Und dass eine gründliche Untersuchung mehr zutage fördert, zumindest grenzwertige Befunde, die aber im Auge zu behalten sind, ist ebenfalls nachvollziehbar. Und so bürgert sich immer mehr ein alter Fachbegriff ein, der auch immer mehr Grund hat, nämlich *Multimorbidität*. Was hat es damit auf sich? Dazu eine kurz gefasste Übersicht aus Expertenkreisen, z. B. Ärzteschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation durch den Fachbeitrag von Professor Dr. W. Seger und Dr. Th. Gaertner über *Multimorbidität – eine besondere Herausforderung* im Deutschen Ärzteblatt 55 (2020) 1780:

Um es noch einmal auf den Punkt zu bringen: Je älter, desto höher der Preis, nämlich für die „völlige Gesundheit“, die ja (fast) jedem vorschwebt. Den zu zahlen ist unvermeidbar – und zwar weltweit. Das ist nun erst einmal die positive Nachricht. Denn die gestiegene Lebenserwartung betrifft nach der Weltbevölkerungs-Prognose der Vereinten Nationen alle Regionen dieser Erde, also nicht nur Europa und Nordamerika, sondern auch Afrika, Asien, Lateinamerika, Australien und die abgelegensten Inselstaaten im Pazifik. Die Kurve zeigt nach oben, stetig, jedenfalls bisher. Erfreulich.

So betrug die globale Lebenserwartung bei der Geburt 1950 noch etwa 46, 2019 fast 74 Jahre. Also nicht nur „im reichen Westen“, sondern weltweit. In Deutschland lag sie 1950 bei 66,9 Jahren. Heute erwarten männliche Säuglinge fast 78, weibliche nahezu 83 Lebensjahre. Aber – wie gesagt. Deshalb erst einmal

die wichtigsten Begriffe und Erkenntnisse

– zu *Definition*: Der Fachbegriff „Multimorbidität“ (vom Lat.: multum = viel sowie morbus = Krankheit) bezieht sich auf zwei oder mehr gleichzeitig vorkommende chronische Erkrankungen. Sie müssen aber – jede für sich – vergleichbare Auswirkungen auf die individuelle Krankheitslast haben. Will sagen: Keine dieser einzelnen Erkrankungen kann als Haupt-Erkrankung (Index-Erkrankung) bezeichnet werden, wenn sie in Bezug auf die Behandlungsstrategie als gleichrangig anzusehen ist.

Das unterscheidet die Multimorbidität von der ebenfalls immer häufiger in der Fachsprache verwendeten *Co-Morbidität*. Damit werden „sekundäre Erkrankungen bezeichnet, gleichsam nachrangig hinter einer Haupt-Erkrankung. Also auch hier: Wenn eine Krankheit zur anderen kommt, allerdings mit unterschiedlicher Krankheitslast bzw. aktueller seelischer, geistiger, körperlicher oder psychosozialer Problematik.

– Zur *Häufigkeit* der Multimorbidität gibt es keine einheitlichen Daten. Dazu sind die Unterschiede der bisher vorliegenden Untersuchungen zu groß, z. B. je nach Population (statistische Bezeichnung für die Gesamtheit von Individuen, die sich hinsichtlich bestimmter Kriterien gleichen), ferner Untersuchungs-Design (Anordnung, Aufbau, Versuchsplan), zusätzlichen Aspekten etc.

Das fängt schon mit der Frage an, welcher Fachbereich sich mit diesem Problem beschäftigt und welche Krankheit im Vordergrund steht. So wird beispielsweise im medizinischen Alltag ein Kranker mit Depressionen und hohem Blutdruck sowie Diabetes vom Psychiater meist als Patient mit einer Depression als Index-Erkrankung (s. o.) und weiteren Co-Morbiditäten gesehen. Für den Allgemeinmediziner hingegen werden diese Leiden eher als gleichrangig betrachtet und der Patient deshalb als multimorbid diagnostiziert, so die Ex-

perten. Gleichwohl gibt es schon erstaunliche Häufigkeits-Hinweise, wie nachfolgend kurz skizziert. Zuvor aber ein wichtiges Thema, nämlich

– die *Auswirkungen im Alltag*: Denn Patienten mit einer Multimorbidität sind nicht mehr die Ausnahme, sie prägen inzwischen den medizinischen Alltag, nicht zuletzt in der Klinik, aber auch in Praxis und Beratung. Dazu einige Hinweise aus der Fachliteratur:

Nach einer schweizerischen Studie der Medizinischen Universitätsklinik Zürich bestanden bei jedem stationären Patienten im Durchschnitt sechs bis sieben aktiv belastende unterschiedliche Diagnosen. Diese unterschieden sich natürlich im Schweregrad, weshalb sie auch mit unterschiedlichen Therapie-Empfehlungen verbunden waren. Und sie wiesen unterschiedliche Patienten-Merkmale (wer – wo – wie) und nicht zuletzt Patienten-Wünsche auf. Dies zum untersuchten Kollektiv.

Gleichzeitig unterschieden sich die behandelnden Ärzte bei der Beurteilung einer solchen Gesundheitslage aber auch in Fachwissen, Erfahrung, ja Temperament und Behandlungs-Strategie (z. B. Sorgfalt, Vorsicht, Risiko u. a.). Und im Übrigen selbst was Stimmung, Belastungs-Reaktion wie Müdigkeit usf. betraf. Mit anderen Worten: exakt vergleichbare Untersuchungs-Ergebnisse sind schon vom Ansatz her kaum zu erwarten.

Das ist aber erklärlich, je nach erwähnter Ausgangslage (s. o.). Dazu einige Beispiele, die den unbefangenen Leser erst einmal verwirren. Bei einigem Nachdenken aber den jeweiligen medizinischen Schwerpunkt auch berücksichtigen und akzeptieren lassen, dass unterschiedliche Blickwinkel nicht nur Nachteile, sondern eben auch fach-spezifisch Vorteile haben, die ihrerseits aber wieder zum Nachteil gereichen können.

So ist Multimorbidität oft durch so genannte Krankheits-Cluster (engl.: Häufung, Gruppen-Ähnlichkeit) belastend. Fachärztliche Beispiele: kardiovaskulär (Herz-Kreislauf), metabolisch (Stoffwechsel), neuropsychiatrisch (seelisch-geistig-hirnorganisch), geriatrisch (Altersleiden), muskulo-skelettal (Muskulatur und Skelettsystem) und psychisch, wenn nicht gar psychosomatisch etc. Und das ist erst die Diagnose. Denn dazu kommen ja noch die erwarteten Therapie-Maßnahmen bzw. -Erfolge. Hier sind es dann nicht nur die Nebenwirkungen, die jeder aus den Beipackzetteln ablesen kann, sondern auch die nachvollziehbaren Interaktionen, also Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Medikamenten (s. u.).

Multimorbidität und Alter

Während sich allgemein-gültige Zahlen zur Multimorbidität nur schwer realisieren lassen, ist das Phänomen *Multimorbidität und Alter* konkreter zu fassen. Denn – wie erwähnt – die Zahl der Krankheiten und der Anteil der Erkrankten

mit Multimorbidität nimmt mit dem Alter zu, und zwar erheblich. So besteht um die 50 bei nahezu der Hälfte der Bevölkerung mindestens eine Erkrankung. Mit 65 wird die Zahl der absolut und bewiesen Gesunden immer übersichtlicher, um es freundlich auszudrücken. Um 65 sind bereits die meisten Menschen multimorbid, so die Erkenntnisse der Experten.

Aber Multimorbidität ist nicht nur ein Merkmal steigenden Alters. Denn mehr als die Hälfte der Personen mit Multimorbidität und nahezu zwei Drittel mit so genannter physiko-mentaler Komorbidität (körperlich-geistig zusätzlich belastet) sind in vielen Studien jünger als 65 Jahre. Mit anderen Worten: Siehe der erste Satz in diesem Beitrag.

Das leitet zu dem schon angedeuteten Thema über, nämlich der

– *Polypharmazie*, d. h. mehrere, wenn nicht gar viele Arzneimittel auf einmal. Denn Menschen mit Multimorbidität erhalten im Alter über 70 Jahre durchschnittlich drei verschiedene Medikamente täglich, so eine Berliner Altersstudie. Das aber ist noch nicht alles. Ein Drittel der über 70-Jährigen kommt auf fünf bis acht verschiedene Medikamente täglich und 15 % sogar auf mehr als 13. Da leuchtet jedem das ebenfalls schon erwähnte Risiko ein: Je mehr Medikamente, umso höher deren unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen.

Am häufigsten beteiligt sind Antihypertensiva (gegen Bluthochdruck), Antikoagulanzen (gegen Blutpfropfbildung), Psychopharmaka (gegen seelische Störungen), nichtsteroidale Analgetika/Antiphlogistika (schmerz- und entzündungshemmende Substanzen) und Insuline (bei Diabetes). Das Spektrum folgenreicher Konsequenzen reicht dann auch von der Sturzgefahr bis zu erhöhter Mortalität (Sterberisiko). Die wohl häufigste Folge aber ist das, was die Experten eine verringerte Medikamenten-Adhärenz nennen, d. h. unzuverlässige Medikamenten-Einnahme. Das mag die befürchteten Neben- und Wechselwirkungen für diese nachlässig eingenommenen Medikamente reduzieren, ihre erhoffte Wirkung dann aber auch.

Körperliche, seelische, funktionelle, pflegerische und soziale Aspekte

Gesundheit und Krankheit allemal sind vielschichtige Phänomene. Je mehr Faktoren hier beteiligt sind, desto komplexer, ja unübersichtlicher sind die Folgen, wie zu erwarten.

Unter den körperlichen Belastungsfaktoren sticht vor allem das inzwischen nicht nur in der westlichen Welt problematische *Übergewicht* hervor. Schon vor Jahrzehnten wurde die Adipositas (Fettsucht) als Eintrittspforte zur Multimorbidität mit vielen chronischen Erkrankungen gezeißelt. Je ausgeprägter, desto eher, man kann es sich denken. Das beginnt mit etwa jedem dritten Erwachsenen mit Übergewicht und erreicht in den „höchsten Gewichtsklassen“

fast jeden, inzwischen grundsätzlich als Erkrankten zu bezeichnenden Betroffenen.

Ähnlich belastend sind aber auch *psychische Störungen*, vor allem Depressionen. Schwermut ist nicht nur ein ausgeprägter Negativ-Faktor für die Lebensqualität generell, sondern auch ein folgenschwerer Begleiter multimorbider Kranker. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie.

Das gilt auch für *Schmerzen* im Rahmen zahlreicher Leiden. Sie können ebenfalls, wenngleich aus anderer Belastungs-Richtung, die gesundheits-bezogene Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Und sie nehmen natürlich mit der Anzahl der vor allem chronischen Erkrankungen zu, im Rahmen des Alters also kontinuierlich. Dies betrifft nicht zuletzt die damit verbundenen so genannten funktionellen Einschränkungen. Oder schlicht: was schmerzbedingt nicht mehr oder nur peinvoll möglich ist.

Eng verbunden mit jeglicher Krankheit ist auch die *psychosoziale Lage* der Betroffenen und ggf. ihres näheren, wenn nicht gar weiteren Umfelds. Das betrifft nicht zuletzt die *Pflege-Bedürftigkeit*. Patienten mit Multimorbidität stellen bekanntlich hoch-komplexe Anforderungen an eine patienten-zentrierte Pflege, wie es die Experten nennen. Das erstreckt sich von einzelnen (oft verwandtschaftlichen oder zumindest nahestehenden) Personen bis zu so genannten multidisziplinären Teams aus verschiedenen Fachbereichen. Hier geht es eben nicht nur um körperliche, sondern auch seelische, soziale (vor allem psychosoziale) sowie organisatorische Belastungs-Aspekte. Und das in einer Zeit, in der insbesondere Pflegekräfte immer schwerer zu finden sind.

Zuletzt sei noch auf einen speziellen Faktor hingewiesen, nämlich die so genannte *soziale Dimension*. Was ist damit gemeint? Angehörige niedriger sozialer Schichten mit einem geringen Bildungsstand oder mit einem geringen Einkommen sind häufiger von Multimorbidität betroffen, so die Experten. Man bezeichnet es auch als soziale Vulnerabilität (Verwundbarkeit). Dies schlägt sich dann auch in der Erkenntnis nieder, dass Betroffene mit Multimorbidität in Armuts-Gebieten auch einen erschwerten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung haben. Das betrifft nicht zuletzt soziale Netzwerke.

Schlussfolgerung

Dies leitet zu den mehr administrativen (Verwaltungs-)Aspekten über, wie sie die erwähnten Experten in ihrem Fachartikel des Deutschen Ärzteblattes am Schluss zusammenfassen:

Denn zumindest im Verlauf einer sich entwickelnden Multimorbidität suchen die Betroffenen immer häufiger Arztpraxen und Krankenhäuser auf. Oder konkret: Immer mehr Verordnungen, Überweisungen, Krankenhaus-Aufnahmen und dort längere Verweildauer, häufigere postoperative Komplikationen, höhe-

res Risiko auch nach der Entlassung betreuungs- bzw. schließlich pflegebedürftig zu bleiben etc.

Das verursacht eine wachsende ökonomische Last, wie es die Experten umschreiben. Das Verhältnis der Krankheitskosten bei Multimorbidität im Verhältnis zu den Ausgaben für nicht multimorbide Patienten beträgt nach Expertenkreisen bei zwei Erkrankungen das 2- bis 16-Fache, je nach Studie. Die größten Kosten verursachen die intensiv-medizinische und soziale Versorgung, wobei Letzteres im Laufe der Zeit immer mehr zu Buche schlägt.

Kein Wunder, dass man sich inzwischen diesen Themen verstärkt annimmt und vor allem so genannte evidenz-basierte (wissenschaftlich belegte) Erkenntnisse zu sammeln beginnt. Das mündet schließlich in so genannte Leitlinien, die sich nicht nur auf einzelne Erkrankungen, sondern inzwischen auch auf multimorbide Patienten erstrecken. Und dies vor allem um unerwünschte Krankheits-Entwicklungen, widersprüchliche Behandlungs-Strategien und eine risikoreiche Polypharmazie (medikamentöse Mehrfach-Behandlung), wenn nicht zu verhindern, so doch zu begrenzen.

Das betrifft die Förderung von entsprechenden Forschungsprojekten. Aber auch die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals (und wenn möglich der Allgemeinheit) bezüglich Multimorbidität als Norm und nicht als Ausnahme in der Langzeitversorgung. Konkret also Aus-, Weiter- und Fortbildung des Gesundheitspersonals, sprich Schwestern, Pfleger, Ärzte, Therapeuten jeglichen Fachbereichs, Apotheker etc. Und zwar einschließlich Förderung elektronischer Arbeitshilfen zur vollständigen und rechtzeitig warnenden Patientendokumentation. Denn es gilt die Angehörigen und das weitere Umfeld einzubeziehen, um nicht nur eine rechtzeitige, sondern auch umfassende Patientensicherheit zu garantieren.

Will heißen nach dem informativen Beitrag der Experten W. Seger und Th. Gaertner: Situations-adäquate Registrierung von Warn-Symptomen, Meldung nicht fachgerecht erscheinender Vorkommnisse, Vereinfachung von Therapie-Anweisungen (Medikationslisten), Vorsicht bei Versorgungswechsel (Informationslücken!), Einsatz technologischer Hilfen (wozu auch kontrollierte Medikamentengabe gehört), die Aktualisierung so genannter S3-Leitlinien für die jeweils eingesetzten Fachleute und Unterstützung aller wissenschaftlichen Anstrengungen.

Wobei es der Titel dieses Beitrags im Deutschen Ärzteblatt auf den Punkt bringt: Multimorbidität – eine besondere Herausforderung, und zwar für mehr Bereiche des Gesundheitssystems, als man sich vorzustellen vermag.