

Die DEGAM-Leitlinie Multimorbidität versucht einen Paradigmenwechsel insofern, als sie erstmals nicht eine an einzelnen Leitlinien orientierte Vorgehensweise in den Vordergrund stellt, sondern Patientenpräferenzen und eine gemeinsame Priorisierung von Behandlungszielen. Wesentlich sind ebenso die Abwägung zwischen dem Patientenwunsch nach dem Erhalt der Autonomie und der Lebensqualität sowie prognostischen Erwägungen.

Hierbei spielen die klassischen „Leitlinien für Einzeldiagnosen“ eine untergeordnete Rolle. Unsere Leitlinie soll vor einer kumulierten Anwendung monomorbider Leitlinien schützen, indem sie das „große Ganze“ in den Mittelpunkt rückt. Hierin liegt die eigentliche Innovation der Leitlinie Multimorbidität und nicht in Neuerungen auf der Ebene von Einzeldiagnosen.

Die Leitlinie Multimorbidität bietet so in der hausärztlichen Versorgung für die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten eine sichere Grundlage, auf solche diagnostische und therapeutische Prozeduren zu verzichten, die keinen relevanten Effekt auf die Gesamtsituation des Patienten haben. Sie beschreibt u.a. das „Seinlassen“ als eine spezifisch hausärztliche Leistung und eröffnet so Ermessensspielräume und Entscheidungsfreiheiten in der Betreuung multimorbider Patientinnen und Patienten.

**Definition**

Multimorbidität bezeichnet hier das gleichzeitige Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen. Dabei muss keine der Erkrankungen zentrale Bedeutung haben. Über gemeinsame Risikofaktoren oder bei Folgeerkrankungen können Zusammenhänge zwischen den Krankheiten bestehen; das muss aber nicht sein.

**Epidemiologie/Versorgungsproblem**

Kausales und zufälliges Zusammentreffen mehrerer Krankheiten überlagern sich. Die Population multimorbider Patienten ist sehr heterogen hinsichtlich Kombination und Schweregrad von Krankheiten sowie den Folgen für die Patienten und für die Versorgung. Die Prävalenz nimmt mit dem Lebensalter zu. Bei älteren Menschen beträgt sie 55 bis 98 %. Multimorbidität geht meist mit funktionellen Einschränkungen, reduzierter Lebensqualität, erhöhter Mortalität und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einher. Mit fortschreitender Multimorbidität können sich Syndrome entwickeln (z.B. Immobilität, Inkontinenz, Insomnie), die den Grundkrankheiten nicht mehr eindeutig zuordenbar sind und über diese auch nicht mehr monokausal beeinflussbar sind.

**Empfehlungen**

Patienten sollten ermutigt werden, ihre persönlichen Ziele und Prioritäten darzulegen. Geklärt werden sollte der Stellenwert von:

- Erhalt der sozialen Rolle und sozialer Aktivitäten
- Verhinderung von spezifischen Ereignissen (z.B. Schlaganfall)
- Minimierung von Medikamentennebenwirkungen
- Verringerung der Belastung durch Behandlungen
- Lebensverlängerung.

Die Einstellung der Patienten zu ihrer Therapie und deren möglichem Nutzen soll exploriert werden. Es sollte mit dem Patienten geklärt werden, ob und inwieweit Partner, Angehörige oder Pflegende in wichtige Entscheidungen eingebunden werden sollen.

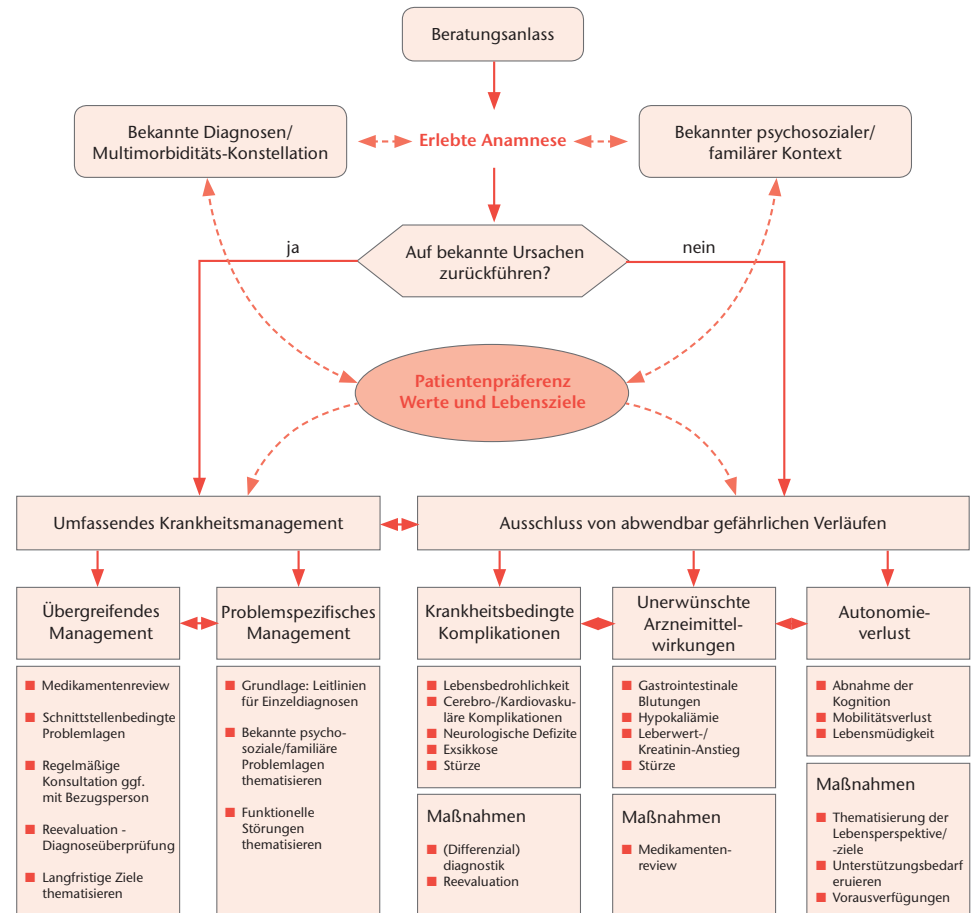
Ein ständiger Abgleich der patientenseitigen (z.B. Angst vor Autonomieverlust) und arztseitigen (z.B. Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe) Prioritäten ist Voraussetzung für gute Entscheidungen. Jegliche Entscheidung soll vor dem Hintergrund der sich häufig erst im Gespräch entwickelnden Patientenpräferenzen und der gemeinsamen Priorisierung von Behandlungszielen erfolgen. Dies kann sich auch auf die Steigerung bzw. Verminderung der Behandlungsintensität beziehen.

Es sollte in Erfahrung gebracht werden, ob seit der letzten Konsultation andere ärztliche oder nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen in Anspruch genommen wurden und mit welchem Ergebnis.

Bei der medikamentösen Behandlung soll die tatsächlich verwendete Medikation überprüft werden (s.a. Leitlinie „Multimedikation“, S. 17). Gleichzeitig sollten Missverständnisse über Indikation, Wirkung und Art der Einnahme oder Anwendung geklärt und ausgeräumt werden.

**Meta-Algorithmus zur Versorgung multimorbider Patienten**

Der Meta-Algorithmus beschreibt einen übergeordneten hausärztlichen Denkprozess, der den ganzen Menschen im Blick hat. Er zeigt eine generalisierte Sicht auf die Situation des multimorbiden Patienten. Zu Beginn werden Patientensicht und erlebte Anamnese abgeglichen. Die Entscheidungswege sind unabhängig von bestimmten einzelnen Krankheiten. Der abstrakte Meta-Algorithmus kann mit den spezifischen Problemen eines einzelnen multimorbiden Patienten konkretisiert werden. Er kann dann denk- und handlungsleitend sein und hilft, Entscheidungen und deren Begründungen transparent zu machen.



Ausgangspunkt ist ein multimorbider Mensch, der, wie auch jeder andere Patient, einen konkreten Beratungsanlass hat. Der Anlass ist nicht unbedingt spezifisch für Multimorbidität. Der Algorithmus hilft dabei, dem scheinbar einfachen Beratungsanlass eines multimorbiden Menschen gerecht zu werden.

Es sollte geklärt werden, ob das aktuelle Symptom bzw. der aktuelle Anlass auf eine bekannte Ursache oder Diagnose zurückführbar ist. Daraus ergibt sich entweder ein diagnostisches Vorgehen, das auf die Identifikation der neuen Ursache bzw. den Ausschluss eines abwendbar gefährlichen Verlaufs abzielt, oder der Entschluss zu einem übergreifenden Krankheitsmanagement (siehe Kästen unter dem Algorithmus).

