



Health System Watch

Multiple chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – was kann integrierte Versorgung leisten?

Thomas Czypionka, Markus Kraus, Miriam Reiss, Gerald Röhrling, René Karadacic*

Zusammenfassung

Das Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen (engl: *multiple chronic conditions, MCC*) bei einer Person ist ein Phänomen, das trotz seiner weiten und zunehmenden Verbreitung sowie seiner bedeutenden Implikationen für die Betroffenen und das Gesundheitssystem bisher wenig Berücksichtigung in der Organisation der Versorgung erhalten hat. Dieser Beitrag bietet eine Aufarbeitung dieser Thematik anhand von Beiträgen aus der aktuellen Literatur und befasst sich mit den Folgen von Multimorbidität als Herausforderung für bisherige Ansätze der Versorgung. Kern der Lösungsansätze in der Literatur ist eine Adaption der bisherigen Konzepte der integrierten Versorgung.

Zusammenfassung

Einleitung

Der Umstand, dass chronische Erkrankungen mit erheblichen Kosten für das Gesundheits- und Pflegewesen sowie mit Einschränkungen für die betroffenen Personen verbunden sind, ist weithin bekannt. Aufgrund dessen wurde der Versorgung dieser Erkrankungen in den vergangenen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet, u. a. in der Form von integrierten Versorgungskonzepten. Eine Thematik, die in diesem Kontext bisher noch vergleichsweise wenig Beachtung gefunden hat, ist jene der Versorgung von Personen mit mehr als einer chronischen Erkrankung. Solche chronischen Mehrfach-erkrankungen stellen die Gesundheitsversorgung sowie gerade auch die integrierte Versorgung vor zusätzliche Herausforderungen. Die Behandlung singulärer chronischer Erkrankungen wurde zum Teil in den letzten Jahren durch die Erstellung von Leitlinien und Patient(inn)enpfaden und deren Ausarbeitung zu Disease-Management-Programmen auf eine stärker evidenzbasierte Grundlage gestellt und koordiniert. Das Vorliegen mehrerer solcher Erkrankungen führt jedoch häufig zur gegenseitigen Interaktion, und die Behandlung ist damit nicht mehr durch das bloße Addieren entsprechender Leitlinien oder Programme zu bewältigen. Breitere Aufmerksamkeit erfuhr diese Problematik unter anderem durch das 2009 erstellte Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland. Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie verbreitet das Phänomen multipler chronischer Erkrankungen aktuell ist und welche Folgen es für das Gesundheitswesen und die Betroffenen hat, um anschließend Überlegungen zur integrierten Versorgung von multimorbiden Personen zu beleuchten. Abschließend werden aktuelle internationale und nationale Projekte im Zusammenhang mit dieser Problematik beschrieben.

Einleitung

* Alle: Institut für Höhere Studien (IHS); Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/59991-127, E-Mail: health.econ@ihs.ac.at. Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.





Hintergrund

Definition von Multimorbidität

Bisher gibt es keine allgemein gültige Definition für **Multimorbidität**. Während viele Publikationen sich lediglich auf die Existenz von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen beziehen, verwenden andere detailliertere Definitionen, die auf trennscharfen Kriterien beruhen.

Das von der EU-Kommission geförderte Forschungsprojekt ICARE4EU definiert Multimorbidität beispielsweise folgendermaßen:

„Multimorbidität ist für dieses Projekt definiert als das Vorliegen von zwei oder mehr medizinisch (somatisch oder psychiatrisch) diagnostizierten chronischen (nicht vollständig heilbaren) oder lang anhaltenden (mindestens sechs Monate) Erkrankungen, von denen zumindest eine vorwiegend somatischer Natur ist.“¹

Eine deutlich breitere Definition hat das Europäische Forschungsnetzwerk für Allgemeinmedizin (European General Practice Research Network, EGPRN) auf Basis eines systematischen Literaturreviews entwickelt (übersetzt aus Le Reste et al. 2013):

„Multimorbidität ist definiert als jegliche Kombination einer chronischen Erkrankung mit zumindest einer anderen Erkrankung (akut oder chronisch) oder einem biopsychosozialen Faktor (assoziiert oder nicht) oder einem somatischen Risikofaktor.“

Diese Definition sieht also nicht vor, dass jede der vorliegenden Erkrankungen chronisch sein muss. Damit stellt sie jedoch eine Ausnahme unter den in der Literatur zu Multimorbidität üblichen Definitionen dar.

Vielen in der Literatur verwendeten Definitionen ist gemein, dass sie eine Abgrenzung zum Begriff der Komorbidität vornehmen. Eine solche Definition findet sich beispielsweise in der umfassenden Review-Studie von de Bruin et al. (2012, übersetzt):

„Der Begriff Multimorbidität bezeichnet jegliches gemeinsames Auftreten von mehreren chronischen Erkrankungen in einer Person und ist zu unterscheiden vom Begriff Komorbidität, der die Kombination von zusätzlichen Erkrankungen über eine Indexerkrankung hinaus bezeichnet.“

Der Begriff der Komorbidität stellt somit eine bestimmte „Haupterkrankung“ in den Mittelpunkt, der weitere Erkrankungen bzw. Beschwerden untergeordnet sind. Dieser Begriff ist beispielsweise von Bedeutung bei Disease-Management-Programmen (DMPs) für bestimmte chronische Erkrankungen, in deren Rahmen auch Nebenerkrankungen und Komplikationen der Indexerkrankung in die Versorgung mit einbezogen werden.

Für die Bestimmung von Multimorbidität werden in der Literatur unterschiedliche Herangehensweisen verwendet. Lefèvre et al. (2014) führen vier gängige Methoden an:

- Bestimmung der Anzahl an chronischen Erkrankungen aus einer Liste von einzelnen Erkrankungen: Die für diese Herangehensweise verwendeten Listen können variieren. Orueta et al. (2014) verwenden beispielsweise eine Liste von 52 gängigen chronischen Erkrankungen.
- Gruppierung von chronischen Erkrankungen in Paaren oder Dreiergruppen: Dabei werden gängige Kombinationen von chronischen Erkrankungen aufgelistet, denen die betroffenen Personen zugeordnet werden können.
- Bildung eines Index: Bei dieser Herangehensweise wird auf Basis von verschiedenen Variablen wie beispielsweise individuellen Risikofaktoren oder vergangener Leistungsanspruchnahme ein Index zur Messung der Komplexität der Erkrankungen einer Person berechnet.
- Identifizierung von homogenen Gruppen von Personen mit gängigen Erkrankungen und Charakteristika: Dabei werden Patient(inn)engruppen mit ähnlichen Beschwerden und daher ähnlichen Bedürfnissen zusammengefasst.

Je nach Forschungsvorhaben und verfügbaren Daten können unterschiedliche Messmethoden sinnvoll sein. Indizes beispielsweise sind in der Regel für die Abschätzung des zukünftigen Versorgungsbedarfs zu bevorzugen, sind aber möglicherweise komplex in der Berechnung. Die Zählung von Erkrankungen aus einer Liste ist in der Durchführung vergleichsweise einfach, könnte aber einzelne Beschwerden bzw. deren Ausmaß übersehen.

Epidemiologie

Die Planung von Versorgungsmaßnahmen für Personen mit Mehrfacherkrankungen macht es zuzunehmendermaßen notwendig, die Größenordnung dieses Problems sowie die damit verbundenen Einflussfaktoren zu untersuchen. Durch die steigende Lebenserwartung wird der Anteil an älteren Personen in den kommenden Jahrzehnten weiter stark zunehmen und damit auch das Auftreten von (altersbedingten) chronischen Erkrankungen. Die Europäische Kommission prognostiziert in ihrem Ageing

¹ Übersetzt aus Box 1 der Country Factsheets unter <http://www.icare4eu.org/projrep.php>.

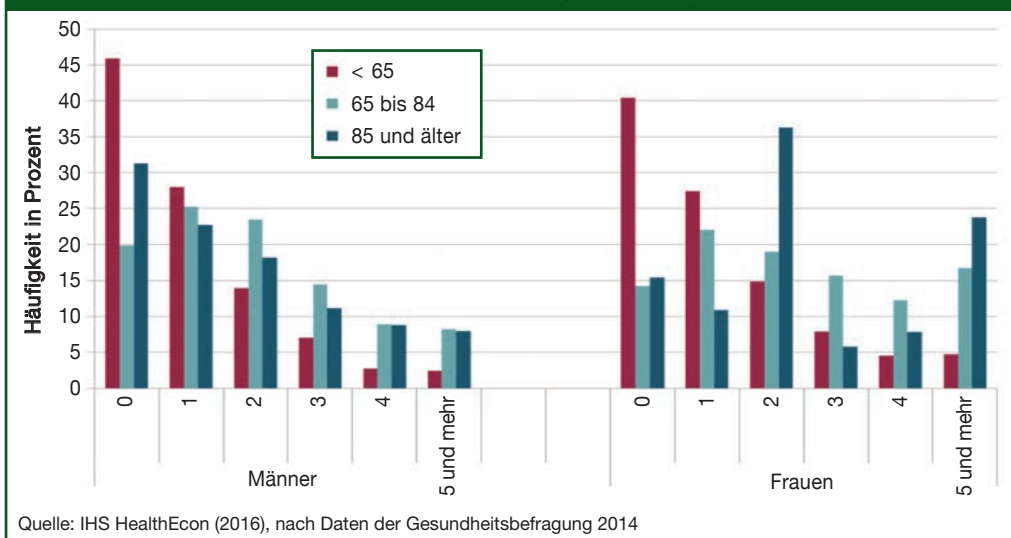




Report aus dem Jahr 2015, dass der Anteil von Personen über 65 Jahre in Österreich von ca. 18 % im Jahr 2013 auf 24 % im Jahr 2030 bzw. 29 % im Jahr 2060 ansteigen wird (vgl. Europäische Kommission 2015).

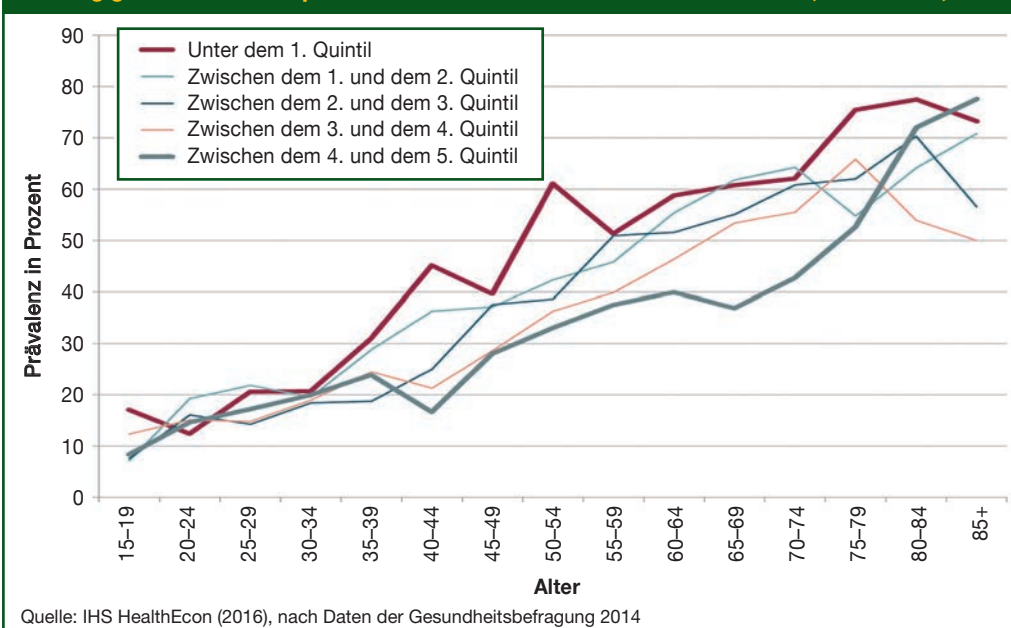
Die aktuelle **Verteilung der Anzahl von chronischen Erkrankungen** in Österreich ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Daten dazu stammen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung, sie basieren also auf Selbsteinschätzungen der Befragten. Bei den Männern und Frauen unter 65 Jahren leidet der Großteil noch an keiner bzw. maximal einer chronischen Erkrankung – 26 % der Männer bzw.

Abbildung 1: Anzahl chronischer Erkrankungen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht, Österreich, 2014



32 % der Frauen in dieser Altersgruppe leiden an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen. Die Altersgruppe zwischen 65 und 84 Jahren ist bereits deutlich mehr von chronischen Erkrankungen betroffen. In diesem Alter geben bereits 55 % der Männer bzw. 64 % der Frauen an, unter zwei oder mehr chronischen Erkrankungen zu leiden. Auch der Anteil jener mit fünf oder mehr chronischen Erkrankungen ist in dieser Altersgruppe mit 8 % für Männer und 17 % für Frauen bereits relativ hoch. In der Altersgruppe ab 85 Jahren unterscheidet sich das Bild bei den Männern nicht wesentlich von der Gruppe der 65- bis 84-Jährigen. Bei den Frauen, deren Lebenserwartung über jener der Män-

Abbildung 2: Prävalenz von Multimorbidität (mind. 2 chronische Erkrankungen) in Abhängigkeit von Nettoäquivalenzeinkommen des Haushaltes und Alter, Österreich, 2014





ner liegt, erhöht sich die Anzahl der chronischen Erkrankungen nach dem 85. Lebensjahr allerdings weiter. 74 % der Frauen über 85 Jahre leiden an zwei oder mehr, 24 % an fünf oder mehr chronischen Erkrankungen.

Neben dem Alter spielen jedoch auch **sozioökonomische Faktoren** eine bedeutende Rolle für die Prävalenz von Multimorbidität. In Abbildung 2 ist der Anteil der Personen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen für die fünf Einkommensquintile dargestellt. Die Abbildung zeigt, dass vor allem im Alter zwischen 40 und 80 Jahren Personen mit niedrigerem Einkommen deutlich häufiger von Multimorbidität betroffen sind als Personen mit höherem Einkommen bzw. dass Multimorbidität bei Ersteren bereits in jüngerem Alter eintritt. Der Unterschied in der Prävalenz zwischen dem ersten und dem fünften Quintil liegt dabei in den meisten Altersgruppen zwischen zehn und 25 Prozentpunkten. Barnett et al. (2012) haben für Schottland eine ähnliche Analyse durchgeführt und fanden ebenfalls einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status (definiert als Grad der Deprivation der Wohngegend) und der Prävalenz von Multimorbidität. Die Autor(inn)en stellen zudem fest, dass vor allem das Auftreten von psychischen Komorbiditäten verstärkt mit sozioökonomischen Faktoren zusammenhängt.

Folgen von Multimorbidität

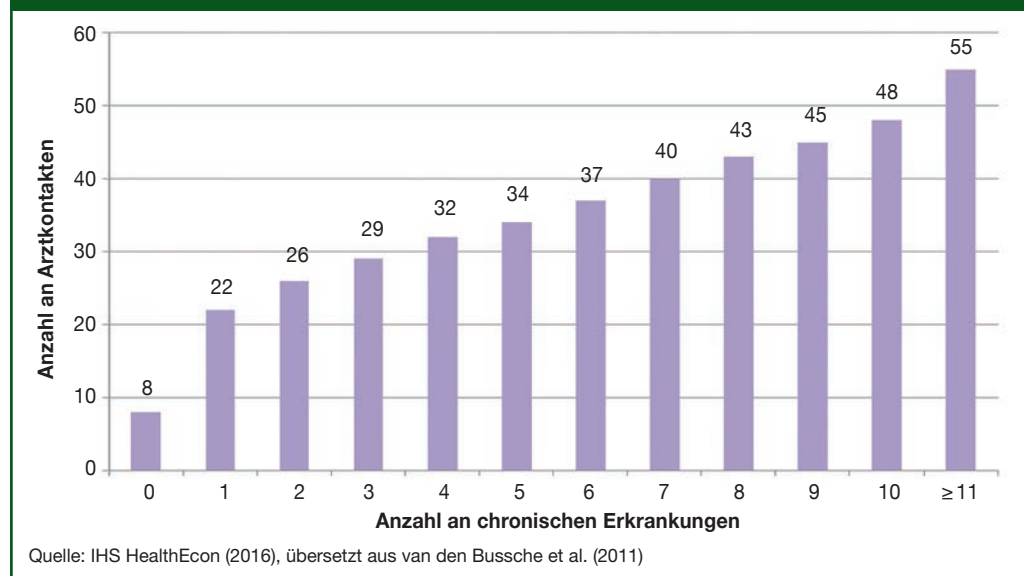
Die Folgen von Multimorbidität werden im Folgenden sowohl aus der Sicht des Gesundheitssystems als auch aus der Sicht der Betroffenen beleuchtet.

Inanspruchnahme von Leistungen und daraus resultierende Kosten

Die zunehmende Zahl an Personen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen stellt Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen, was sich in der Inanspruchnahme von Leistungen im ambulanten und stationären Bereich sowie im Konsum von Medikamenten widerspiegelt. Im **stationären Bereich** weisen multimorbide Personen eine höhere Anzahl an Spitalsaufnahmen sowie eine längere Belagsdauer auf (vgl. Schneider et al. 2009, Glynn et al. 2011). Im **ambulanten**

Folgen von Multimorbidität

Abbildung 3: Durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte pro Jahr von Personen über 65 Jahre in Abhängigkeit der Anzahl chronischer Erkrankungen, Deutschland



Bereich verzeichnen Personen mit chronischen Erkrankungen deutlich mehr Arztkontakte als Personen ohne chronische Erkrankungen, wie van den Bussche et al. (2011) für Personen über 65 Jahre in Deutschland zeigten. Die Studie stellt außerdem fest, dass die Anzahl der Arztkontakte mit der Anzahl der chronischen Erkrankungen steigt (vgl. Abbildung 3).

Lehnert et al. (2011) untersuchten in einer Review-Studie den **Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten** bei älteren chronisch erkrankten Personen. Sie kamen zu folgendem Ergebnis: Unter den Personen mit maximal einer chronischen Erkrankung nehmen 60 % verschreibungspflichtige Medikamente ein, bei Personen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen liegt dieser Anteil bereits bei 90 % und bei Personen mit fünf oder mehr chronischen Erkrankungen bei 100 %.

Die erhöhte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch Personen mit mehreren chronischen





Tabelle 1: Gesamt- und Durchschnittsausgaben für Medicare-Versicherte nach Anzahl der chronischen Erkrankungen

Anzahl chronischer Erkrankungen	Gesamte Ausgaben (in Mio. USD)	Durchschnittliche Ausgaben pro Versichertem/ Versicherter (in USD)	Anteil an den gesamten Ausgaben	Anteil an der untersuchten Stichprobe
Keine	2.359	2.820	18,2 %	50,7 %
1	3.431	7.172	26,4 %	29,0 %
2	3.126	14.931	24,1 %	12,7 %
≥ 3	4.073	32.498	31,3 %	7,6 %
Gesamt	12.989	7.874	100,0 %	100,0 %

Quelle: IHS HealthEcon (2016), nach Daten von Schneider et al. (2009)

schen Erkrankungen geht mit erheblichen **Kosten für das Gesundheitswesen** einher. Dies konnte beispielsweise in einer Studie von Schneider et al. (2009) für die USA gezeigt werden. Die Autor(inn)en analysierten die Ausgaben für Versicherte im Rahmen des Medicare-Programms in Abhängigkeit der Anzahl ihrer chronischen Erkrankungen (vgl. Tabelle 1). Es zeigt sich, dass für Versicherte mit drei oder mehr chronischen Erkrankungen der höchste Anteil an den Gesamtausgaben zu verzeichnen ist.

Lebensqualität der Betroffenen

Nicht nur für das Gesundheitssystem, sondern auch für die Betroffenen selbst geht Multimorbidität mit erheblichen Folgen einher. Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen sind häufig auf wiederkehrende medizinische Behandlungen sowie auf die Einnahme unterschiedlicher Medikamente angewiesen und sind darüber hinaus durch ihre Erkrankung in gewissen Lebensbereichen eingeschränkt. Unterschiedliche chronische Erkrankungen haben dabei jedoch auch unterschiedliche Auswirkungen. Beispielsweise empfinden Personen mit symptomreicheren Erkrankungen (z. B. Herzerkrankungen) diese als eine deutliche höhere Belastung als Personen mit symptomärmeren Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck) (vgl. Fortin et al. 2007).

Zur Quantifizierung von Lebensqualität wird in der Regel das Maß der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** (*health-related quality of life, HRQL*) herangezogen, das auf Basis von standardisierten Fragebögen als Index berechnet wird. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass mit der Anzahl an chronischen Erkrankungen die HRQL abnimmt. Dies wird beispielsweise durch eine deutsche Studie von Hodek et al. (2009) für Personen über 70 Jahre gezeigt. Die Autor(inn)en untersuchten unter anderem den Einfluss der Anzahl an chronischen Erkrankungen auf die HRQL und kamen dabei in einem ersten Schritt auf ein klar inverses Verhältnis zwischen der Anzahl an chronischen Grunderkrankungen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In einem zweiten Schritt wurde für weitere Variablen wie Alter, Geschlecht und Body-Mass-Index kontrolliert. Die Ergebnisse zeigen auch unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen, dass die Anzahl der chronischen Erkrankungen einen signifikant negativen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat. Unterscheidet man zwischen physischer und psychischer HRQL, lässt sich erkennen, dass die physische HRQL deutlich stärker von Multimorbidität betroffen ist als die psychische HRQL (vgl. Fortin et al. 2006, Hodek et al. 2009). Eine weitere in Deutschland durchgeführte Studie analysierte neben der Auswirkung von Multimorbidität auf HRQL die Synergieeffekte unterschiedlicher chronischer Erkrankungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dabei verstärkten die Krankheitspaarungen Diabetes mellitus – koronare Herzkrankheit und koronare Herzkrankheit – Schlaganfall ihre negative Wirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zusammen merklich (vgl. Hunger et al. 2011).

Herausforderungen in der Versorgung von multimorbiden Personen

Die oben geschilderten Folgen von Multimorbidität sowohl für das Gesundheitswesen als auch für die Betroffenen verdeutlichen die Notwendigkeit der verstärkten Berücksichtigung dieses Problems bei der Bereitstellung von Gesundheits- und Pflegeleistungen. Die Versorgung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen ist jedoch mit speziellen Herausforderungen verbunden, die teilweise über jene in der Versorgung von Personen mit einer einzelnen chronischen Erkrankung hinausgehen. Im Folgenden wird auf vier Aspekte eingegangen, die sich auf Basis der Literatur als besonders zentral herauskristallisiert haben.

Diagnose bei multimorbiden Personen

Bei Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen bei derselben Person besteht das Risiko der Unsicherheit in der Diagnose. Dies gilt sowohl für das Diagnostizieren von zusätzlich entste-

Herausforderungen in der Versorgung von multimorbiden Personen



henden chronischen oder akuten Erkrankungen als auch für das Zuordnen von neu auftretenden Symptomen zu den bereits bestehenden Erkrankungen (vgl. Zulman et al. 2014).

Im Rahmen einer qualitativen Studie haben Luijks et al. (2012) Sichtweisen von niederländischen praktischen Ärzt(inn)en zum Umgang mit multimorbiden Patient(inn)en erhoben. Ein Arzt schildert beispielsweise den Fall eines Patienten, der über Unterleibsschmerzen klagte. Die Krankengeschichte des Patienten enthielt sowohl mesenteriale Ischämie, also eine Durchblutungsstörung im Darm, als auch das Reizdarmsyndrom, wodurch sich für den Arzt die Schwierigkeit ergab, die Beschwerden richtig zuzuordnen. Auch andere befragte Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass Multimorbidität die Diagnose erschweren kann. Außerdem wurde auf die Problematik hingewiesen, dass neu auftretende Symptome oft fälschlicherweise auf die bereits bekannten Erkrankungen der Patient(inn)en zurückgeführt werden und auf diese Weise neue Erkrankungen übersehen werden können.

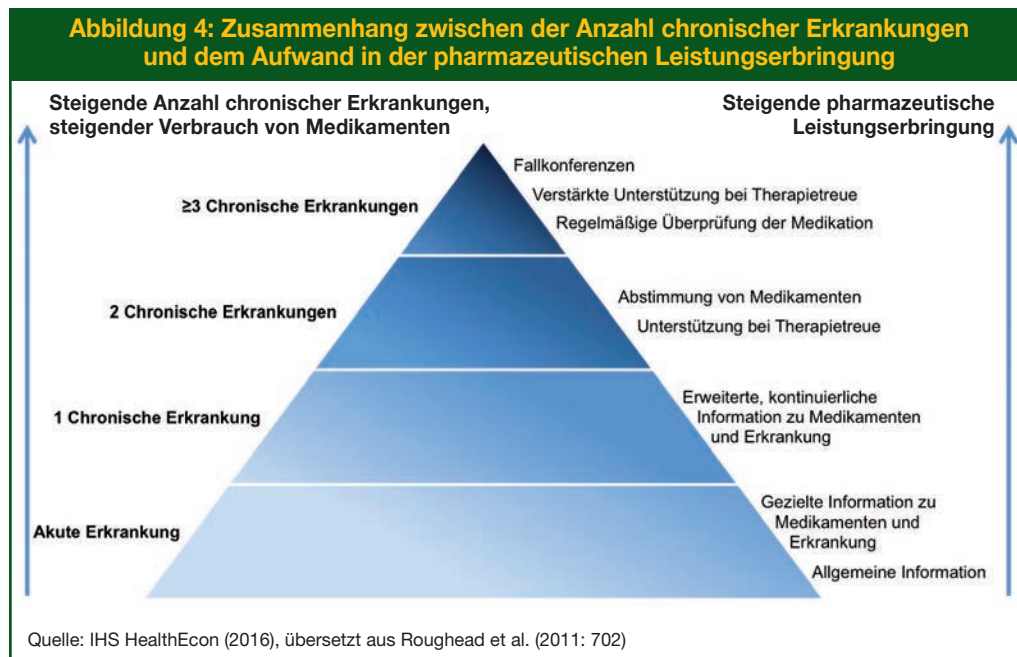
Behandlungskonflikte bei multimorbiden Personen

Eine weitere bedeutende Herausforderung in der Versorgung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen liegt darin, dass die Behandlung einer Erkrankung in Konflikt mit der Behandlung einer anderen Erkrankung treten kann. Für viele der gängigen chronischen Erkrankungen existieren evidenzbasierte klinische Leitlinien, die gewisse Vorgaben zur Behandlung dieser Erkrankungen liefern. Diese Leitlinien können jedoch bei Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen häufig nicht problemlos simultan angewandt werden, da das zu Wechselwirkungen bzw. Übertherapie führen kann. Bei der Entscheidung über die Anwendung einer zusätzlichen Maßnahme muss im Falle von Multimorbidität oft zwischen den zu erwartenden positiven Wirkungen und den damit verbundenen Risiken und Belastungen abgewogen werden. Klinische Leitlinien, die auf einzelne Erkrankungen abzielen, sind daher für die Behandlung von multimorbiden Personen häufig nicht mehr uneingeschränkt geeignet. Da es aber aufgrund der unüberschaubaren Zahl nicht möglich ist, für alle Kombinationen von Erkrankungen eigens abgestimmte Leitlinien zu erstellen, müssen die existierenden Vorgaben an den jeweiligen Fall sowie an die Prioritäten der/des Betroffenen angepasst werden (vgl. Roland und Paddison 2013, Guthrie et al. 2012).

Ein Umstand, der das Risiko von Behandlungskonflikten weiter erhöht, ist die Fragmentierung, durch die einige – vor allem versicherungsbasierte – Gesundheitssysteme gekennzeichnet sind. Mangelnde Koordination und Kommunikation zwischen den verschiedenen in die Versorgung involvierten Leistungserbringern sind dabei die zentralen Problemfelder. Sinnott et al. (2013) kamen im Rahmen einer Review-Studie zu dem Erkenntnis, dass praktische Ärztinnen und Ärzte in verschiedenen Gesundheitssystemen (u. a. Deutschland, England, Niederlande, USA) diese Fragmentierung als zentrales Problem in der Versorgung von multimorbiden Personen wahrnehmen. Die praktischen Ärztinnen und Ärzte betonten, dass Fachärztinnen und -ärzte zwar einen wertvollen Beitrag zur Versorgung leisteten, aber vielen von ihnen der ganzheitliche Blick auf die erkrankte Person fehle. Zudem halten die Autor(inn)en fest, dass unter praktischen Ärzt(inn)en Unsicherheit und Zweifel hinsichtlich der Relevanz klinischer Leitlinien für multimorbide Patient(inn)en herrschen.

Eine weitere Problematik im Kontext von Behandlungskonflikten in der Versorgung von multimorbiden Personen stellt die Medikation dieser Personen dar. Polypharmazie – also die ständige Einnahme von mehreren verschiedenen Arzneimitteln – steht dabei der potentiellen Unterversorgung mit Medikamenten gegenüber. Je mehr Medikamente von einer Person regelmäßig eingenommen werden, desto höher ist die Gefahr von unerwünschten Wechselwirkungen. Roughead et al. (2011) geben einen Überblick über existierende Studien zu Polypharmazie aus mehreren Ländern und stellen fest, dass Personen, die mehrere Präparate einnehmen, im Durchschnitt unter drei bis vier medikationsbezogenen Problemen leiden. Die Autor(inn)en verweisen auf empirische Ergebnisse zu erhöhten Spitalsaufnahmen und Arztkontakten, schlechterem subjektiven Gesundheitszustand sowie gar Todesfällen in Verbindung mit unangemessener Medikation. In einer qualitativen Studie von Summer Meranius und Enstrom (2015) gaben multimorbide ältere Personen zudem an, dass sie der Einnahme von weiteren Medikamenten skeptisch gegenüberstehen, wenn die Symptomlinderung durch neue Nebenwirkungen aufgewogen wird. Besonders groß ist ihre Verunsicherung, wenn die Verschreibung von Medikamenten durch mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte erfolgt. Auch die Ärztinnen und Ärzte selbst zweifeln bei multimorbiden Patient(inn)en oft an der Sinnhaftigkeit der Verschreibung von weiteren Medikamenten, wenn diese zwar für die Behandlung der vorliegenden Erkrankung vorgesehen sind, aber die Lebensqualität der/des Betroffenen einschränken würden (vgl. Smith et al. 2010). Roughead et al. (2011) verweisen auf mehrere Studien, die den Versuch einer Schätzung unternehmen, welcher Anteil der negativen medikationsbezogenen Effekte potentiell vermeidbar wäre. Die Schätzungen liegen zwar aufgrund variierender Definitionen und Studiendesigns weit auseinander





(etwa zwischen 20 % und 80 %), jedoch besteht kein Zweifel daran, dass zumindest ein Teil dieser Effekte durch verbessertes Medikamentenmanagement vermieden werden könnte. Mit steigender Anzahl von chronischen Erkrankungen steigt auch der Aufwand für dieses Management, wie in Abbildung 4 ersichtlich ist.

Für Personen mit einer akuten oder einer einzelnen chronischen Erkrankung sind in der Regel Informationen zu ihrer Erkrankung und der dafür erforderlichen Medikation, wie beispielsweise Einnahmeform und gängige Nebenwirkungen, ausreichend. Bei Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen ist es jedoch notwendig, die eingesetzten Medikamente aufeinander abzustimmen und regelmäßig zu überprüfen sowie Maßnahmen zu treffen, um die Betroffenen in der Therapietreue zu unterstützen.

Selbstmanagement bei multimorbiden Personen

Bei chronischen Erkrankungen wird Selbstmanagement als immer zentraler für die Versorgung der Betroffenen angesehen. Dabei handelt es sich um Aktivitäten der Betroffenen zur Behandlung von bestehenden sowie zur Prävention von neuen Erkrankungen. Selbstmanagement kann für die Betroffenen sehr anspruchsvoll und herausfordernd sein – dies gilt insbesondere, wenn mehrere chronische Erkrankungen vorliegen. Coventry et al. (2014) haben im Rahmen von qualitativen Interviews mit multimorbiden Patient(inn)en, praktischen Ärzt(inn)en und Pflegekräften drei Faktoren identifiziert, welche die Beteiligung der Betroffenen am Management ihrer Erkrankungen beeinflussen:

1. **Fähigkeit** (*capacity*): Darunter fallen einerseits Charakteristika der Patient(inn)en wie beispielsweise Wissen, Selbstvertrauen, physische und emotionale Fähigkeit zur Bewältigung von Selbstmanagement-Aktivitäten und andererseits externe Faktoren wie Zugang zu sozialer und ökonomischer Infrastruktur und Zeitressourcen.
2. **Verantwortung** (*responsibility*): Damit werden die Einstellungen der Leistungserbringer sowie der Patient(inn)en zur Verteilung von Verantwortung im Management von Multimorbidität bezeichnet.
3. **Motivation** (*motivation*): Dieser Faktor umfasst die Überzeugungen und Erwartungen von Patient(inn)en bezüglich der Wirksamkeit von Selbstmanagement für die Verbesserung ihrer Gesundheit.

Die Fähigkeit von multimorbiden Personen zum Selbstmanagement kann durch körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, die eine oder mehrere ihrer Erkrankungen mit sich bringen, eingeschränkt werden. So wäre es für eine Diabetikerin beispielsweise empfehlenswert, genügend Bewegung zu machen – wenn sie aber gleichzeitig an einer Atemwegserkrankung leidet, kann das für sie problematisch sein. Demenz oder körperliche Behinderungen können z. B. grundlegende Tätigkeiten wie die Einnahme von Medikamenten erschweren. Zudem wurde bereits weiter oben erwähnt, dass Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status verstärkt von Multimorbidität betroffen sind. Diesen Personen fehlen oft die entsprechenden Ressourcen bzw. die Bildung, um kom-



plexe Selbstmanagement-Aktivitäten durchführen zu können. In Bezug auf den Faktor Verantwortung stellen Coventry et al. (2014) fest, dass Personen aus benachteiligten Gebieten auch tendenziell weniger Verantwortung im Management ihrer Erkrankungen übernehmen. Die Motivation zum Selbstmanagement ist bei vielen multimorbiden Personen beispielsweise dadurch eingeschränkt, dass sie auch an Depression leiden.

All diese Faktoren verdeutlichen, dass multimorbide Personen verstärkte Unterstützung benötigen, um sich auf aktive und effektive Weise an der Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit zu beteiligen.

Finanzierung und Bezahlung der Versorgung von multimorbiden Personen

Eine weitere Herausforderung in der Versorgung von multimorbiden Personen ist die Finanzierung und Bezahlung dieser Versorgung, die sich vor allem in zweierlei Hinsicht als problematisch darstellt. Zum einen kommt auch hier der hohe Grad der Fragmentierung innerhalb einiger Gesundheitssysteme zum Tragen, der sich häufig in ebenso fragmentierten Finanzierungs- und Bezahlungssystemen widerspiegelt. Zum anderen ist in diesem Zusammenhang auch die Fragmentierung über das Gesundheitssystem hinaus, vor allem hinsichtlich des Pflege- und Sozialwesens, von Bedeutung, da oft auch diese Bereiche in die Versorgung von multimorbiden Personen involviert sind. Durch die getrennten Finanzierungs- und Bezahlungssysteme der unterschiedlichen Bereiche bzw. Leistungserbringer wird in der Folge die Koordination der Versorgung erschwert (vgl. Anderson 2011). Daher gilt es, die Integration zwischen diesen Bereichen zu fördern.

Ein zusätzlicher Faktor, der in diesem Kontext oft zu wenig Beachtung findet, ist die Kompensation der Leistungen, die von informell Pflegenden erbracht werden. Gerade ältere Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen weisen in der Regel einen erhöhten Pflegebedarf auf, der in vielen Fällen zu einem großen Teil von Angehörigen abgedeckt wird. Oft fehlt auch für diesen Teil der Versorgung eine adäquate finanzielle Unterstützung.

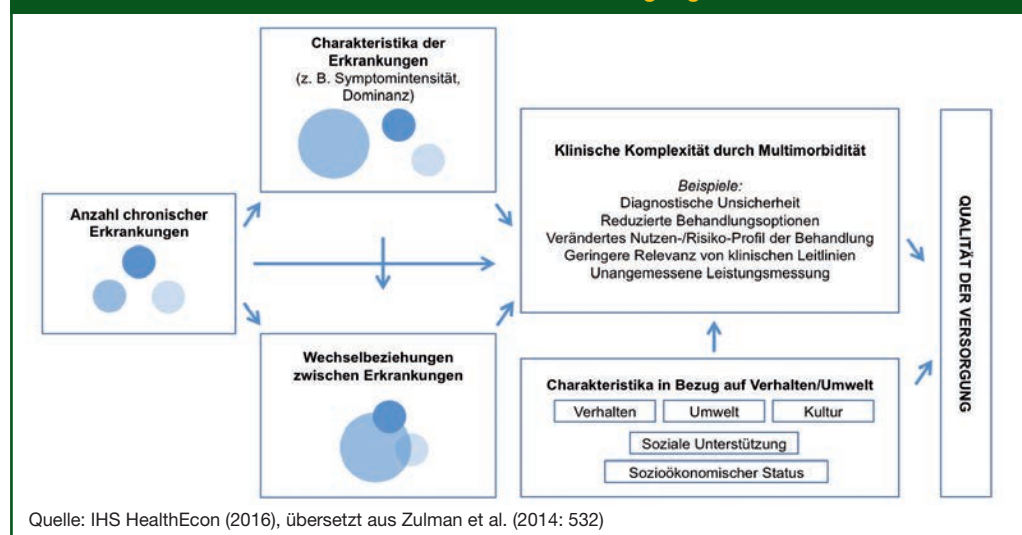
Implikationen von Multimorbidität für die Qualität der Versorgung

Zulman et al. (2014) veranschaulichen in einem Überblicksmodell den Einfluss der unterschiedlichen Aspekte von Multimorbidität auf die Qualität der Versorgung (vgl. Abbildung 5).

Die Anzahl der chronischen Erkrankungen wirkt auf Charakteristika der Erkrankungen wie beispielsweise die Symptomintensität sowie auf die Wechselwirkungen zwischen den Erkrankungen (welche auch von den Charakteristika beeinflusst werden). Diese Faktoren bedingen – gemeinsam mit dem Verhalten und der Umwelt der betroffenen Person – die klinische Komplexität, die insgesamt durch die Multimorbidität entsteht. Darunter fallen beispielsweise die oben beschriebene diagnostische Unsicherheit und der verringerte Spielraum in der Behandlung. Alle diese Aspekte beeinflussen letztendlich die Qualität der Versorgung der betroffenen multimorbiden Person.

Konventionelle Versorgungspfade werden den beschriebenen Herausforderungen, die Multimorbidität mit sich bringt, oft nicht gerecht. Auch existierende Versorgungsprogramme für einzelne chronische Erkrankungen, sogenannte Disease-Management-Programme, konnten die Bedürfnisse von multimorbiden Personen bisher nicht bedienen (vgl. Rijken et al. 2014). In der Konsequenz leiden die Qua-

Abbildung 5: Einfluss von unterschiedlichen Aspekten von Multimorbidität auf die Qualität der Versorgung





lität der Versorgung sowie die Lebensqualität der Betroffenen, während erhebliche Kosten für das Gesundheitswesen entstehen, die teilweise vermeidbar wären. Daher müssen alternative Versorgungskonzepte, wie beispielsweise jenes der integrierten Versorgung, entworfen werden, um den Herausforderungen durch Multimorbidität auf angemessene Weise begegnen zu können.

Allgemeines zu integrierter Versorgung

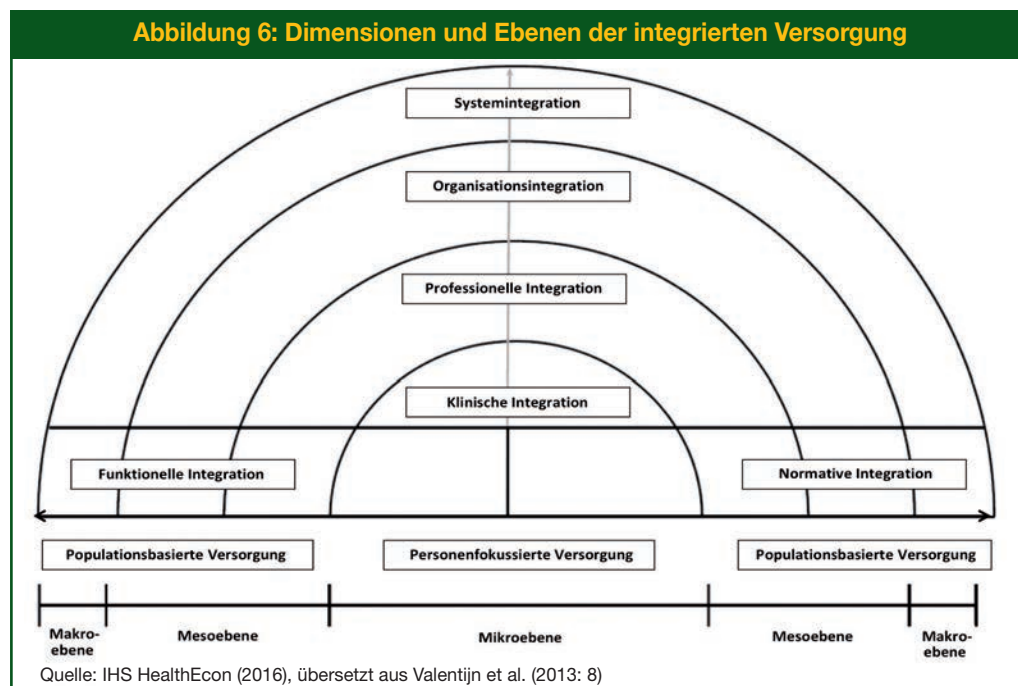
Ein Versorgungsansatz, der vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen in den letzten Jahren verstärkt zum Einsatz kommt, ist jener der integrierten Versorgung. Laut WHO handelt es sich dabei um „das Management und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, sodass Patient(inn)en ein Kontinuum an präventiven und kurativen Leistungen erhalten, das ihren Bedürfnissen über die Zeit und über verschiedene Ebenen des Gesundheitssystems hinweg entspricht“ (übersetzt aus WHO 2008). Vernetzung und Koordination zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheits- und Sozialwesens sowie unterschiedlichen Professionen steht im Mittelpunkt dieses Konzepts. Integrierte Versorgung steht dabei im Gegensatz zur gegenwärtig noch in den meisten Bereichen und Systemen vorherrschenden Fragmentierung der Versorgung. Auch für die Versorgung von mehrfach chronisch kranken Personen kann integrierte Versorgung als vielversprechender Ansatz gesehen werden. Gerade bei Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen ist es von Bedeutung, dass individuelle Bedürfnisse in der Versorgung Berücksichtigung finden, da eine krankheitszentrierte Versorgung bei Vorliegen von mehreren Erkrankungen erschwert wird und zu Behandlungskonflikten führen kann. Im Folgenden wird ein Überblick über theoretische Überlegungen zur integrierten Versorgung im Allgemeinen gegeben, bevor im nächsten Abschnitt auf integrierte Versorgung speziell für Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen eingegangen wird.

Allgemeines zu integrierter Versorgung

Dimensionen der Integration

Ein umfassendes theoretisches Modell zur Veranschaulichung der unterschiedlichen Ebenen, auf denen Integration im Rahmen integrierter Versorgung stattfinden kann, wurde von Valentijn et al. (2013) entwickelt. Die Analyse erfolgt dabei anhand des Beispiels der Primärversorgung. In Abbildung 6 ist das Modell grafisch dargestellt. Auf der Makroebene ist die zentrale Dimension der Integration die **Systemintegration**. Dabei geht es um Integration über verschiedene Sektoren des Gesundheitssystems hinweg, beispielsweise über die Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgungssektoren, um ein Kontinuum der Versorgung zu ermöglichen.

Auf der Mesoebene kann Integration beispielsweise innerhalb von und zwischen **Organisationen** stattfinden, um eine möglichst patient(inn)enorientierte Versorgung zu bieten. Um diese organisationale Integration zu erreichen, müssen Netzwerke innerhalb der Organisation geschaffen und Versorgungsleistungen möglichst an den Bedarf der Patient(inn)en angepasst werden. Für diese Art der Zusammenarbeit bedarf es jedoch eines starken Engagements der einzelnen Organisationseinheiten und





effektiver Mechanismen zur Governance auf Organisationsebene. Die **professionelle Integration**, welche ebenfalls der Mesoebene zugerechnet wird, zielt auf die Integration und Zusammenarbeit von Fachpersonal sowohl innerhalb einzelner Organisationseinheiten als auch zwischen einzelnen Organisationen ab. Zur Steigerung der Lebensqualität chronisch kranker Personen ist es, wie bereits erwähnt, von fundamentaler Bedeutung, dass einzelne Schritte in der Versorgung dieser Personen innerhalb des medizinischen Fachpersonals kommuniziert und abgestimmt werden. Valentijn et al. (2013) definieren professionelle Integration als Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen bzw. Disziplinen, basierend auf gemeinsamen Kompetenzen und gemeinsamer Verantwortung für eine möglichst umfassende Versorgung einer definierten Zielgruppe.

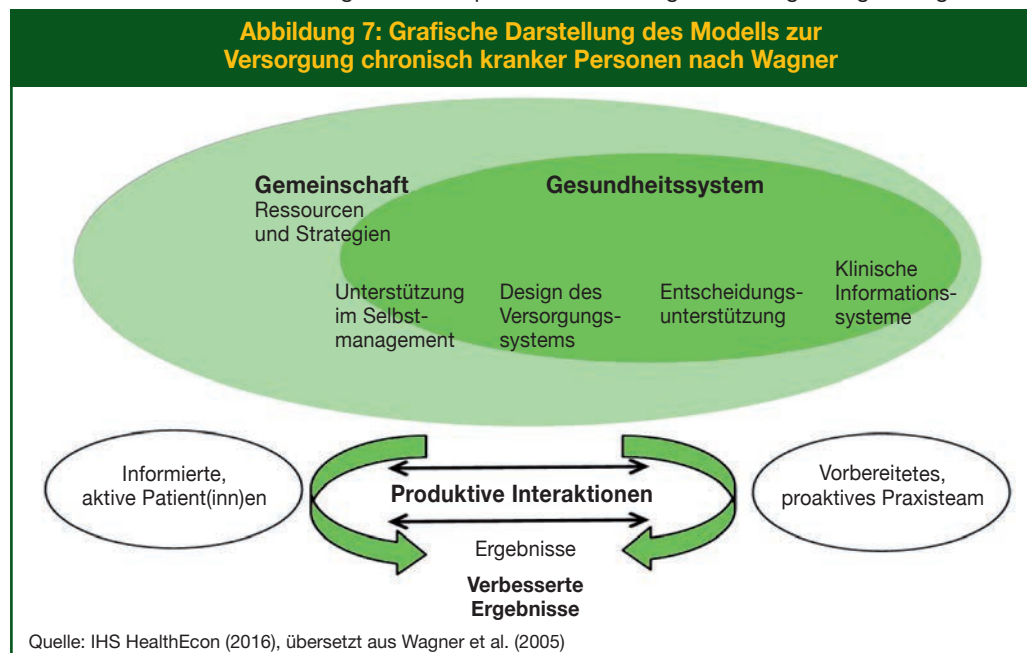
Die **klinische Integration** auf Mikroebene betrifft die Versorgungserfahrung der individuellen Person. Sie erfordert eine stärkere Konzentration der Integration auf die Person und weniger auf die Erkrankung. Klinische Integration zielt damit auf die Kohärenz und Koordination der Leistungserbringung über zeitliche, räumliche und disziplinäre Grenzen hinweg ab.

Die Mikro-, Meso- und Makroebene lassen sich auf zwei weitere Arten gemeinsam integrieren, einmal mittels funktionaler Integration und einmal mithilfe der sogenannten normativen Integration. Bei der **funktionelle Integration** handelt es sich um Koordination und Zusammenarbeit hinsichtlich wichtiger Unterstützungsleistungen, wie beispielsweise Administration, Informationsmanagement, Finanzierung etc. Diese Bereiche fungieren sozusagen als Koordinator und strukturieren die tatsächlichen Pflegeprozesse. Die **normative Integration** dagegen ist ein schwer greifbares Konzept, das sich durch gemeinsam gelebte Werte, gemeinsame Vorstellungen oder auch Ziele auszeichnet. Es geht dabei beispielsweise um informelle Leitkultur bzw. um Werteübereinkünfte zwischen Organisationen, aber auch innerhalb des jeweiligen Fachpersonals.

Schließlich fließen in das Modell von Valentijn et al. (2013) noch die Begriffe der populationsbasierten bzw. der personenfokussierten Versorgung ein. Die **populationsbasierte Versorgung**, die auf der Mikro- und Makroebene im Fokus steht, befasst sich mit den gesundheitsbezogenen Bedürfnissen einer definierten Bevölkerungsgruppe und strebt eine möglichst gleiche Chancenverteilung über die gesamte Bevölkerung hinweg an. Dies betrifft vor allem die Versorgung von sozial und daher auch häufig gesundheitlich benachteiligten Gruppen. Die **personenfokussierte Versorgung** hingegen nimmt eine biopsychosoziale Perspektive von Gesundheit ein und geht auf die medizinischen und sozialen Bedürfnisse der individuellen Person ein. Beide Versorgungsaspekte sollen bei der Integration über die oben genannten Ebenen hinweg berücksichtigt und gefördert werden, um die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Modell zur Versorgung von chronisch kranken Personen nach Wagner

Im Folgenden wird das klassische und vielfach zitierte Modell zur Versorgung von chronisch kranken Personen nach Wagner beschrieben. Das oft lediglich als *Chronic Care Model* bezeichnete Modell bietet in diesem Zusammenhang eine konzeptuelle Orientierung. Abbildung 7 zeigt eine grafische





Darstellung des Modells. Ziel des Modells ist es, den zumeist komplexen und unterschiedlichen Bedürfnissen der individuellen Patientin/des individuellen Patienten gerecht zu werden und diese Personen aktiv in ihre Behandlung einzubinden. Um dies zu erreichen, müssen die einzelnen Aspekte einer chronischen Erkrankung wie die Symptome, die emotionale Situation, komplexe Medikationen und die Auswirkungen auf den Alltag bzw. den Lebensstil bedacht und gemeinsam mit dem/der Betroffenen besprochen werden (vgl. Wagner et al. 2001). Dies ist im unteren Bereich der Grafik mit produktiven Interaktionen gemeint. Das Einbeziehen fördert mitunter die Akzeptanz für gewisse Behandlungsmethoden und ermöglicht es dem Patienten/der Patientin, selbst an der Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes mitzuwirken. Hierbei muss auch die psychische Belastung der Patient(inn)en mitbedacht werden, um falls nötig unterstützend eingreifen zu können.

Das Konzept der integrierten Versorgung ist ein wesentlicher Bestandteil des *Chronic Care Model*. Darunter wird im Kontext des Modells eine möglichst enge und systematische Zusammenarbeit zwischen verschiedenen medizinischen Fachkräften wie beispielsweise praktischen Ärzt(inn)en, Pflegepersonal, Pharmazeut(inn)en usw. verstanden, dargestellt in Abbildung 7 als vorbereitetes, proaktives Praxisteam. Diese unterschiedlichen medizinischen Fachkräfte sollen daraufhin im jeweiligen Tätigkeitsbereich eine möglichst patient(inn)enorientierte Behandlung bieten und gemeinsam an möglichen Behandlungsformen arbeiten. Außerdem sollten sie untereinander Informationen austauschen und die Patient(inn)en in diesen Prozess einbinden und in ihrem Selbstmanagement unterstützen (vgl. Wagner et al. 1996). Die Versorgung soll möglichst auf dem aktuellsten Stand der Wissenschaft beruhen und evidenzbasierte wissenschaftliche Kriterien erfüllen (vgl. Wagner et al. 2005). Um diese Veränderungen in der Versorgung sicherzustellen, bedarf es laut Wagner et al. (1996) wesentlicher Anpassungen in der Struktur von Versorgungseinrichtungen. Es sollten gemeinsame Versorgungspläne erarbeitet, untereinander abgesprochen und am Ende bezüglich ihres Erfolgs evaluiert werden. Abbildung 7 zeigt außerdem, dass ein wichtiger Teil in der Verwendung klinischer Informationssysteme besteht. Klinische Informationssysteme können strukturelle Änderungen erleichtern und, beispielsweise durch zentrales Sammeln von Patient(inn)en- und Behandlungsinformationen, beteiligten Leistungserbringern zeitnah und mit geringem Aufwand Einblick in den Versorgungsprozess bzw. den Patient(inn)enstatus geben (vgl. Wagner et al. 2001).

Darüber hinaus wird innerhalb des Modells der Einfluss gemeinschaftlicher Ressourcen und Strategien auf das Gesundheitssystem bzw. die mögliche Versorgung als essentiell wahrgenommen.

Integrierte Versorgung von multimorbiden Personen

In der Literatur zur integrierten Versorgung von multimorbiden Personen wird das *Chronic Care Model* von Wagner oft zitiert und als Orientierungspunkt herangezogen (vgl. u. a. Boyd und Fortin 2010, Allen et al. 2012, Morrin et al. 2013, Muntinga et al. 2012). In seiner ursprünglichen Form wurde das Modell jedoch für die Versorgung von singulären chronischen Erkrankungen entwickelt. Um es an die speziellen Bedürfnisse von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen anzupassen, muss es entsprechend neu interpretiert bzw. erweitert oder durch alternative Ansätze ersetzt werden. Im Folgenden wird auf Elemente der Versorgung von multimorbiden Personen, die in der Literatur als besonders zentral angesehen werden, eingegangen.

Personenzentriertheit der Versorgung

In der Literatur besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass bei der integrierten Versorgung von multimorbiden Personen die individuelle Person – und nicht die Erkrankung – im Zentrum stehen muss. Am Beginn des Versorgungsprozesses sollte eine ganzheitliche **Bewertung der individuellen Bedürfnisse** der/des Betroffenen stehen. In medizinischer Hinsicht werden beispielsweise die Krankengeschichte, aktuelle Beschwerden, Interaktionen zwischen den vorliegenden Erkrankungen sowie funktionelle und psychische Einschränkungen mit einbezogen. Darüber hinaus sollte idealerweise jedoch auch der psychosoziale und soziale Kontext der Person berücksichtigt werden. Dies beinhaltet z. B. die familiäre Situation, die Verfügbarkeit von finanziellen Ressourcen, den Zugang zu Infrastruktur (z. B. wohnortnahe medizinische Versorgungseinrichtungen, öffentliche Verkehrsmittel etc.), Strategien zur Bewältigung der Erkrankung, den Grad der sozialen Partizipation und den kulturellen Hintergrund (vgl. u. a. Harris et al. 2013, Amblàs-Novellas et al. 2015, Muth et al. 2014).

Neben den individuellen Bedürfnissen der multimorbiden Person wird in der Literatur auch vermehrt ein Fokus auf die persönlichen Präferenzen und Ziele der Person gelegt. In diesem Zusammenhang wird von **zielorientierter Versorgung** gesprochen. Zielorientierte Versorgung soll sich im Gegensatz zu traditioneller Versorgung nicht zwingend an objektiven Gesundheitsresultaten orientieren, sondern an den von der betroffenen Person selbst gesetzten Prioritäten. Diese müssen nicht mit den Prioritäten, welche der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin setzen würde, übereinstimmen. So

Integrierte
Versorgung von
multimorbiden
Personen

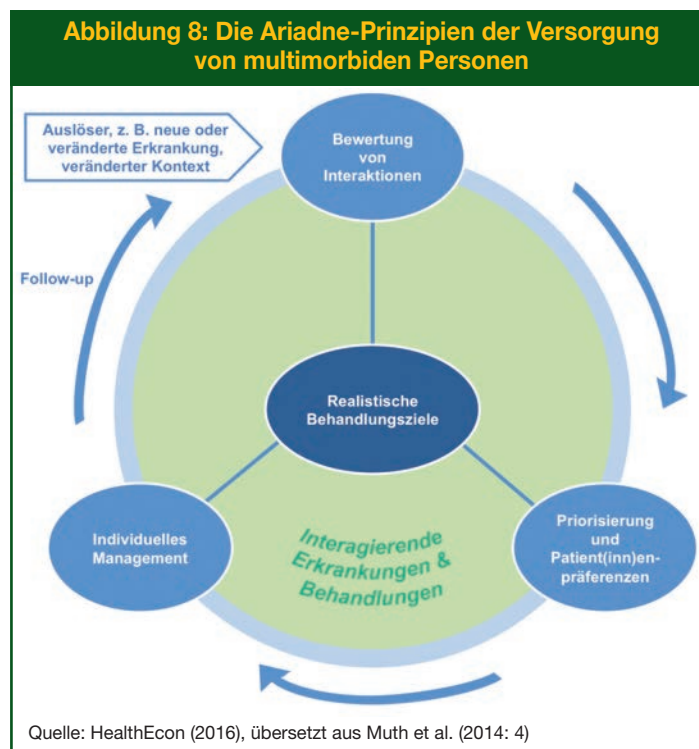




könnte ein Patient/eine Patientin beispielsweise den Wunsch äußern, die Behandlung der vorliegenden Erkrankungen dahingehend zu steuern, dass das Ausüben von gewissen Freizeitaktivitäten oder das Ankleiden ohne Hilfe wieder möglich ist. Auch Schmerzfreiheit ist ein Aspekt, dem Patient(inn)en oft sehr hohe Priorität einräumen – oft auch höhere Priorität als einer verlängerten Lebenserwartung. Zielorientierte Versorgung soll den Betroffenen den Anreiz geben, sich verstärkt am Management der eigenen Erkrankungen zu beteiligen. Außerdem kann sie im Falle von Behandlungskonflikten bei der Entscheidung über zu setzende Maßnahmen hilfreich sein. Selbstverständlich muss dabei jedoch darauf geachtet werden, dass es sich um realistische Ziele handelt und dass zwischen diesen Zielen und möglichen Nebenwirkungen von entsprechenden Maßnahmen abgewogen wird (vgl. Reuben und Tinetti 2012).

Auf Basis der Bewertung der individuellen Bedürfnisse und unter Berücksichtigung der Ziele des Patienten/der Patientin sollte ein umfassender **individueller Versorgungsplan** erstellt werden. Dieser soll der mehrfach erkrankten Person sowie allen an der Versorgung beteiligten Personen (z. B. Pflegepersonal, pflegende Angehörige) als Orientierung dienen. Ein solcher Versorgungsplan kann neben der konkreten Behandlung der vorliegenden Erkrankungen auch Anweisungen zur Prävention sowie zum Selbstmanagement durch die Betroffenen enthalten. Muth et al. (2014) haben in diesem Kontext ein Modell erstellt, das veranschaulicht, wie ein solcher Plan für die Versorgung von multimorbiden Personen entwickelt werden kann. Die dahinterliegenden Prinzipien bezeichnen sie als „Ariadne-Prinzipien“. Am Beginn steht die Bewertung der vorliegenden Erkrankungen und der dazwischen bestehenden Interaktionen, gefolgt von der Feststellung der Prioritäten und Präferenzen des/der Betroffenen. In Form eines Versorgungsplans soll schließlich über das individuelle Management der vorliegenden Erkrankungen entschieden werden. Im Mittelpunkt sollen dabei immer die festgelegten realistischen Behandlungsziele stehen. Die Entscheidungen über den Versorgungsplan sollen von Ärztin bzw. Arzt gemeinsam mit dem/der Betroffenen getroffen werden, es soll also dem Ansatz des *Shared Decision Making* gefolgt werden. Der Versorgungsplan ist dabei keineswegs ein endgültiges Produkt – er soll in regelmäßigen Abständen bzw. im Falle veränderter Umstände angepasst und erneuert werden. Dadurch soll auch die Kontinuität der Versorgung gewährleistet werden.

Einen weiteren wichtigen Punkt bei der personenzentrierten Versorgung stellt die umfangreiche **Unterstützung im Selbstmanagement** dar. Effektives Selbstmanagement kann bedeutende positive Wirkungen auf Gesundheitsergebnisse und -verhalten haben und die Selbstwirksamkeit von chronisch Erkrankten verbessern (vgl. Lorig et al. 2001). Wie oben beschrieben wurde, stellt Selbstmanagement für multimorbide Personen jedoch oft eine besonders große Herausforderung dar. Die Betroffenen müssen unter anderem darin geschult werden, wie sie Symptome richtig erkennen, wie sie darauf reagieren sollen und wie sie Medikamente richtig einnehmen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Selbstmanagement-Aktivitäten auf die jeweiligen physischen und kognitiven Voraussetzungen abgestimmt sind und die Betroffenen trotz mehrfacher Erkrankungen nicht überfordern. Die Unterstützung muss daher individuell erfolgen – Handbücher oder Schulungen, die auf das Management von Einzelerkrankungen ausgerichtet sind, könnten für multimorbide Personen ungeeignet sein.



Vermeehrt kommen im Zusammenhang mit Selbstmanagement auch diverse **Informations- und Kommunikationstechnologien** zum Einsatz. Beispiele dafür sind telefonische Beratungen, internetbasierte Anwendungen, Selbsthilfeforen sowie Telemedizin. Diese können hilfreich und effektiv sein, jedoch sind sie nicht für alle Bevölke-

...





rungs- und Erkrankungsgruppen gleichermaßen geeignet und setzen den Zugang zu den entsprechenden Ressourcen voraus. Auch diesbezüglich gilt daher, dass der Einsatz unterstützender Technologien individuell auf die Situation der Betroffenen abgestimmt werden muss (vgl. Bayliss et al. 2007).

Integration der Leistungserbringung

Wie oben beschrieben, stellt die Fragmentierung in der Leistungserbringung aufgrund der hohen Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch multimorbide Personen eine große Herausforderung dar. Ein zentrales Ziel in der Versorgung dieser Personen sollte daher in der möglichst umfassenden Integration der Leistungserbringung liegen. Dies betrifft im Idealfall jede der im Modell von Valentijn et al. (2013, siehe oben) angeführten Dimensionen und Ebenen der Integration. Es ist notwendig, dass die Leistungserbringer unterschiedlicher Einrichtungen und Spezialisierungen ihre Leistungen koordinieren, um zu gewährleisten, dass für die Versorgung relevante Informationen ausgetauscht und widersprüchliche Anweisungen, beispielsweise bezüglich der Medikation, vermieden werden. Idealerweise sollten auch in die Erstellung des individuellen Versorgungsplans alle in die Versorgung involvierten Leistungserbringer (z. B. Hausarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin, Pflegekraft) eingebunden sein. So kann sichergestellt werden, dass jede der vorliegenden Erkrankungen ausreichend und angemessen berücksichtigt wird und der Patient/die Patientin eine individuell angepasste Behandlung erhält. In manchen international bereits existierenden Versorgungsprogrammen kommen daher **multidisziplinäre Teams** zum Einsatz, die über den gesamten Versorgungsprozess hinweg zusammenarbeiten und alle wichtigen Entscheidungen gemeinsam treffen (vgl. u. a. Allen et al. 2012, Béland et al. 2006, Calciolari und Ilinca 2011).

Von spezieller Relevanz für multimorbide Personen ist die Kooperation und Koordination auch über den Gesundheitssektor hinaus, also der Bereiche **Gesundheitsversorgung, Pflege und soziale Betreuung**. Da Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen aufgrund ihrer komplexen Bedürfnisse oft Leistungen aus allen diesen Bereichen in Anspruch nehmen, kann eine sektorenübergreifende Koordination die Qualität der Versorgung stark verbessern. Bei Entlassung aus dem Spital nach einem stationären Aufenthalt ist beispielsweise nicht nur die Koordination mit dem behandelnden Hausarzt/der behandelnden Hausärztin notwendig, sondern oft auch die Zusammenarbeit mit Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Effektives Entlassungsmanagement sollte daher in Kooperation zwischen den unterschiedlichen Sektoren stattfinden.

Auch in diesem Kontext können **Informationstechnologien** hilfreich sein. Darunter fallen beispielsweise interoperable Informationssysteme oder elektronische Patientenakten, die den Austausch von Informationen zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern und Versorgungseinrichtungen ermöglichen.

Integration der Finanzierung und Bezahlung

Um die Integration der Leistungserbringung in der Versorgung von multimorbiden Personen zu fördern, sollten im Rahmen der Finanzierung und Bezahlung **Anreize** geschaffen und hinderliche Faktoren eliminiert werden, um die Kooperation und Koordination der verschiedenen Leistungserbringer zu fördern. In diesem Zusammenhang geben Tsiachristas et al. (2013) einen Überblick über Bezahlungssysteme, die in den vergangenen Jahren in Europa zur Förderung integrierter Versorgung eingeführt wurden. Sie unterscheiden dabei zwischen den folgenden drei Ansätzen:

- **Vergütung für Koordination** (*pay for coordination*): Dabei erhalten Leistungserbringer Zahlungen, wenn sie ihre Versorgungsleistungen mit anderen Leistungserbringern koordinieren.
- **Leistungsabhängige Vergütung** (*pay for performance*): Dieses bereits in vielen Ländern und Bereichen verwendete System sieht vor, dass die Vergütung vom Erreichen bestimmter Leistungsmaßstäbe abhängig gemacht wird. In diese Leistungsmaßstäbe kann integrierte Versorgung mit einbezogen werden.
- **Gebündelte Vergütung** (*bundled payment*): In diesem System wird für Leistungen, die über eine bestimmte Versorgungsepisode für eine bestimmte Erkrankung erbracht werden, eine gebündelte Zahlung geleistet, die gegebenenfalls auf mehrere Leistungserbringer bzw. Einrichtungen aufgeteilt wird. Die Autor(inn)en haben im Rahmen von Interviews mit Expert(inn)en für die Versorgung chronischer Erkrankungen deren Einschätzung zu diesen Ansätzen erhoben. Sie ziehen die Schlussfolgerung, dass Vergütung für Koordination erfolgreich darin ist, Koordination zu initiieren, während gebündelte Vergütung darauf aufbauend weitere Koordination stimulieren kann. Leistungsabhängige Vergütung wurde ebenfalls als förderlich für die Qualität der Versorgung von chronischen Erkrankungen gesehen, aber eher in anderen Bereichen als der Koordination. Welches Bezahlungssystem am besten zur Förderung integrierter Versorgung geeignet ist, ist Tsiachristas et al. (2013) zufolge vom Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems abhängig.

Die beschriebenen Elemente integrierter Versorgung für multimorbide Personen sollen einen Überblick



darüber geben, welche Aspekte auf Basis theoretischer Überlegungen und bisheriger Erfahrungen als förderlich betrachtet werden. Um die tatsächliche Implementierung dieser und ähnlicher Maßnahmen voranzutreiben, wurden in den vergangenen Jahren sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene verschiedene Projekte rund um die Versorgung von multimorbid chronisch kranken Personen ins Leben gerufen. Im nächsten Abschnitt werden einige dieser Projekte kurz vorgestellt.

Aktuelle Projekte

Die demografische Entwicklung und der damit einhergehende Anstieg an chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität ist eine globale Herausforderung (obgleich sie in erster Linie wohlhabendere Länder betrifft) und wird daher auch von internationalen Organisationen thematisiert. Die WHO hat in diesem Zusammenhang beispielsweise kürzlich die **Globale Strategie zur personenzentrierten und integrierten Gesundheitsversorgung** (*WHO global strategy on people-centred and integrated health services*) bzw. den Rahmenplan zur integrierten personenzentrierten Gesundheitsversorgung (*WHO framework on integrated people-centred health services*) ins Leben gerufen.² Ziel dieser Strategie ist es, die Finanzierung und Organisation der Leistungserbringung im Gesundheitsbereich in Richtung verstärkter Personenzentrierung und Integration zu reformieren. Es wird argumentiert, dass bestehende Versorgungsansätze aufgrund der Herausforderungen durch die Alterung der Bevölkerung langfristig zu fragmentiert, ineffizient und nicht nachhaltig sind. Anfang 2015 wurde ein Zwischenbericht veröffentlicht, der einerseits auf bereits existierende Bemühungen verweist und andererseits strategische Schritte für die Zukunft vorgibt. Diese strategischen Schritte beziehen sich auf das Empowerment und die Einbindung von Betroffenen, Stärkung von Governance und politischer Verantwortung, Neuorientierung der Versorgung, Koordination der Leistungserbringung sowie Schaffung eines förderlichen Umfelds (vgl. WHO 2015).

Auch die **Europäische Kommission** hat mit der **Europäischen Innovationspartnerschaft für aktives und gesundes Altern** (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*) eine Initiative zur Verbesserung der Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung von älteren Personen³ gestartet. Drei Ziele stehen dabei im Mittelpunkt:

- EU-Bürger(inne)n neben dem Altern ein gesundes, aktives und unabhängiges Leben zu ermöglichen
- Die Nachhaltigkeit und Effizienz von Sozial- und Gesundheitssystemen zu verbessern
- Die Wettbewerbsfähigkeit von Märkten für innovative Produkte und Leistungen, die auf die Alterung der Bevölkerung auf EU- und globaler Ebene reagieren, zu verbessern und so neue Möglichkeiten für Unternehmen zu schaffen

Als übergreifendes Ziel soll in der Folge die Lebenserwartung in Gesundheit bis 2020 um zwei Jahre erhöht werden. Im Rahmen der Partnerschaft wurde im Jahr 2013 eine Übersicht über innovative Projekte aus verschiedenen europäischen Ländern veröffentlicht, unter denen sich auch integrierte Versorgungsmodelle finden (vgl. Europäische Kommission 2013).

Darüber hinaus fördert die Europäische Kommission im Rahmen ihrer Forschungsförderungsprogramme diverse wissenschaftliche Projekte, die sich mit integrierter Versorgung von (mehrfach) chronisch kranken Personen und verwandten Themen beschäftigen. Ein Beispiel ist das seit dem Vorjahr laufende Projekt **SELFIE** (*Sustainable integrated care modelS for multi-morbidity: delivery, Financing and performance*), das sich die Erforschung von integrierten Versorgungsmodellen für multimorbid chronisch kranke Personen zum Ziel gesetzt hat.⁴ Das Projekt SELFIE konzentriert sich dabei auf drei Forschungsstränge: 1) länderübergreifende, vergleichende qualitative Untersuchung von integrierten Versorgungsmodellen für multimorbid chronisch kranke Personen, 2) nationale Evaluierungen von Finanzierungs- und Bezahlungssystemen sowie Multikriterien-Entscheidungsanalyse der untersuchten Programme, 3) Evidenzsynthese und Entwicklung von Implementierungsstrategien, die den Anforderungen der verschiedenen Gesundheitssysteme in Europa entsprechen und darüber hinaus den Transfer dieser Modelle nach Zentral- und Osteuropa unterstützen.

Weitere Projekte mit ähnlicher Thematik, die von der Europäischen Kommission gefördert werden, sind beispielsweise ICARE4EU und CHRODIS. **ICARE4EU** analysiert innovative multidisziplinäre Versorgungsansätze für multimorbide Personen in 30 europäischen Ländern.⁵ **CHRODIS** ist ein EU-Joint-Action-Programm, das darauf abzielt, vielversprechende Zugänge zu Versorgung von chronischen Erkrankungen zu identifizieren und Erfahrungen auszutauschen, um darauf aufbauend die Implementierung solcher Maßnahmen EU-weit voranzutreiben.⁶ Zu diesem Zweck arbeiten in dem Programm über

2 Siehe <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en>.

3 Siehe http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing.

4 Siehe <http://www.selfie2020.eu>.

5 Siehe <http://www.icare4eu.org>.

6 Siehe <http://www.chrodis.eu>.





70 Partner (u. a. aus nationalen und regionalen Gesundheitsbehörden und Forschungsinstituten) aus 26 EU-Mitgliedsländern zusammen.

Auf österreichischer Ebene beschäftigt sich das **Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV)**, das im Jahr 2006 von der österreichischen Sozialversicherung eingerichtet wurde, aktuell mit Multimorbidität. Seit dem Vorjahr ist die Versorgung von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen ein Schwerpunktthema des CCIV.⁷ Im Zuge dessen wurde bereits ein Ist-Stand-Bericht zur Situation in Österreich erstellt. Im Jahr 2016 wird mithilfe von Arbeitsgruppen, die sich aus verschiedenen Stakeholdern des Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesens zusammensetzen, an Strategien zur Optimierung der Versorgung von multimorbiden Personen gearbeitet.

Fazit

Für einzelne chronische Erkrankungen haben die evidenzbasierte Medizin und die Ansätze der integrierten Versorgung bedeutende Fortschritte gebracht. International werden immer mehr innovative Versorgungskonzepte für Betroffene entwickelt und implementiert. Die Alterung bedingt jedoch, dass es zunehmend Personen gibt und geben wird, die an mehr als einer chronischen Erkrankung leiden. Hierfür können nicht nur bloß Leitlinien oder DMPs nebeneinandergereiht werden. Es bedarf entsprechender Konzepte, um auf diese gesteigerte Komplexität zu reagieren. Ohne diese kommt es zu Einbußen in der Qualität der Versorgung, erheblichen Kosten für Gesundheits- und Sozialwesen sowie zu Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen. Ein vielversprechender Ansatz besteht darin, das Konzept der integrierten Versorgung um speziell auf das Problem der Multimorbidität abgestimmte Elemente zu erweitern. Adäquate Versorgung von multimorbiden Personen muss die Person und ihre individuellen Ziele, Bedürfnisse und Umweltbedingungen in den Mittelpunkt stellen und mit gesteigerter Flexibilität im medizinischen Bereich reagieren. Psychosoziale Aspekte und verstärkte Vernetzung mit nicht-medizinischen Leistungserbringern werden aufgrund der verstärkten funktionalen Einschränkungen wichtiger. Um dafür die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, ist die Intensivierung der Versorgungsforschung in diesem Bereich ein wichtiger Schritt. Mit den vorgestellten Forschungsprogrammen ist ein Anfang gemacht.

Fazit

LITERATUR

- Allen, K. R., Hazelett, S. E., Radwany, S., Ertle, D., Fosnight, S. M., Moore, P. S. (2012): The Promoting Effective Advance Care for Elders (PEACE) randomized pilot study: Theoretical framework and study design. *Population health management*, 15 (2), 71–77.
- Ambiàs-Novellas, J., Espauella, J., Rexach, L., Fontecha, B., Inzitari, M., Blay, C., Gómez-Batiste, X. (2015): Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *European Geriatric Medicine*, 6 (2), 189–194.
- Anderson, G. (2011): The challenge of financing care for individuals with multimorbidities. In OECD: *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*. OECD Publishing, 81–107.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012): Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 380 (9836), 37–43.
- Bayliss, E. A., Bosworth, H. B., Noel, P. H., Wolff, J. L., Damush, T. M., Mciver, L. (2007): Supporting self-management for patients with complex medical needs: recommendations of a working group. *Chronic illness*, 3 (2), 167–175.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, L., Fletcher, J., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P. (2006): Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 25 (1), 25–42.
- Boyd, C. M., Fortin, M. (2010): Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Reviews*, 32 (2), 451–474.
- de Bruin, S. R., Versnel, N., Lemmens, L. C., Molema, C. C., Schellevis, F. G., Nijpels, G., Baan, C. A. (2012): Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Health Policy*, 107 (2), 108–145.
- van den Bussche, H., Schön, G., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., Koller, D. (2011): Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity – Results from a claims data based observational study in Germany. *BMC geriatrics*, 11 (1), 1.
- Calciolari, S., Ilinca, S. (2011): Comparing (and learning from) integrated care initiatives: an analytical framework. *Journal of Integrated Care*, 19 (6), 4–13.
- Coventry, P. A., Fisher, L., Kenning, C., Bee, P., Bower, P. (2014): Capacity, responsibility, and motivation: a critical qualitative evaluation of patient and practitioner views about barriers to self-management in people with multimorbidity. *BMC health services research*, 14, 536.
- Europäische Kommission (2013): *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing: Reference Sites. Excellent innovation for Ageing – A European Guide*.
- Europäische Kommission (2015): *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)*. *European Economy* 3/2015.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M.-F., Vanasse, A. (2006): Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Life Research*, 15 (1), 83–91.

⁷ Siehe <http://cciv.at>.



LITERATUR

- Fortin, M., Dubois, M.-F., Hudon, C., Soubhi, H., Almirall, J. (2007): Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health and quality of life outcomes*, 5 (1), 1.
- Glynn, L. G., Valderas, J. M., Healy, P., Burke, E., Newell, J., Gillespie, P., Murphy, A. W. (2011): The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Family practice*, 28 (5), 516–523.
- Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P., McMurdo, M. E., Mercer, S. W. (2012): Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *British Medical Journal*, 345, e6341–e6341.
- Harris, M., Dennis, S., Pillay, M. (2013): Multimorbidity: negotiating priorities and making progress. *Australian family physician*, 42 (12), 850–854.
- Hodek, J., Ruhe, A., Greiner, W. (2009): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität im Alter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52 (12), 1188–1201.
- Hunger, M., Thorand, B., Schunk, M., Döring, A., Menn, P., Peters, A., Holle, R. (2011): Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-Age study. *Health and quality of life outcomes*, 9 (1), 1.
- Lefèvre, T., d'Ivernois, J.-F., De Andrade, V., Crozet, C., Lombrail, P., Gagnayre, R. (2014): What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 62 (5), 305–314.
- Lehnert, T., Heider, D., Leicht, H., Heinrich, S., Corrieri, S., Lupp, M., König, H.-H. (2011): Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*, 68 (4), 387–420.
- Le Reste, J. Y., Nabbe, P., Manceau, B., Lygidakis, C., Doerr, C., Lingner, H., Claveria, A. (2013): The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (5), 319–325.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., Hobbs, M. (2001): Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice: ECP*, 4 (6), 256–262.
- Luijckx, H. D., Loeffen, M. J., Lagro-Janssen, A. L., Van Weel, C., Lucassen, P. L., Schermer, T. R. (2012): GPs' considerations in multimorbidity management: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 62 (600), e503–e510.
- Morrin, L., Britten, J., Davachi, S., Knight, H. (2013): Alberta Healthy Living Program – A Model for Successful Integration of Chronic Disease Management Services. *Canadian journal of diabetes*, 37 (4), 254–259.
- Muntinga, M. E., Hoogendijk, E. O., van Leeuwen, K. M., van Hout, H. P., Twisk, J. W., van der Horst, H. E., Nijpels, G., Jansen, A. P. (2012): Implementing the chronic care model for frail older adults in the Netherlands: study protocol of ACT (frail older adults: care in transition). *BMC geriatrics*, 12, 19.
- Muth, C., van den Akker, M., Blom, J. W., Mallen, C. D., Rochon, J., Schellevis, F. G., Becker, A., Beyer, M., Gensichen, J., Kirchner, H., Perera, R., Prados-Torres, A., Scherer, M., Thiem, U., van den Bussche, H., Glasziou, P. P. (2014): The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC medicine*, 12, 223.
- Orueta, J. F., Garcia-Álvarez, A., Garcia-Gofii, M., Paolucci, F., Nuño-Solinís, R. (2014): Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the basque country: a population based study using health administrative databases. *PloS one*, 9 (2), e89787.
- Reuben, D. B., Tinetti, M. E. (2012): Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. *New England Journal of Medicine*, 366 (9), 777–779.
- Rijken, M., Bekkema, N., Boeckxstaens, P., Schellevis, F. G., De Maeseneer, J. M., Groenewegen, P. P. (2014): Chronic Disease-Management-Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health expectations*, 17 (5), 608–621.
- Roland, M., Paddison, C. (2013): Better management of patients with multimorbidity. *BMJ*, 346 (7908), 21–22.
- Roughead, E. E., Vitry, A. I., Caughey, G. E., Gilbert, A. L. (2011): Multimorbidity, care complexity and prescribing for the elderly. *Aging Health*, 7 (5), 695–705.
- Schneider, K. M., O'Donnell, B. E., Dean, D. (2009): Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health and quality of life outcomes*, 7 (1), 1.
- Sinnott, C., Mc Hugh, S., Browne, J., Bradley, C. (2013): GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ open*, 3 (9), e003610.
- Smith, S. M., O'Kelly, S., O'Dowd, T. (2010): GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's Box'. *British Journal of General Practice*, 60 (576), e285–e294.
- Summer Meranius, M., Engstrom, G. (2015): Experience of self-management of medications among older people with multimorbidity. *Journal of clinical nursing*, 24 (19–20), 2757–2764.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Downloadbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>.
- Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M. R., Rutten-van Mölken, M. P. (2013): Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy*, 113 (3), 296–304.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., Bruijnzeels, M. A. (2013): Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13 (1).
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. (2001): Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 20 (6), 64–78.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Von Korff, M. (1996): Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 511–544.
- Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., Vonkorff, M. (2005): Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11 (supplement 1), s7–s15.
- WHO (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. WHO Service Delivery and Safety.
- WHO Department of Health Systems (2008): Integrated health services – What and why? Technical Brief No. 1.
- Zulman, D. M., Asch, S. M., Martins, S. B., Kerr, E. A., Hoffman, B. B., Goldstein, M. K. (2014): Quality of care for patients with multiple chronic conditions: the role of comorbidity interrelatedness. *Journal of general internal medicine*, 29 (3), 529–537.

