

Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren

Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

Editorial

Verbesserte Lebensbedingungen und medizinischer Fortschritt haben zu einer eindrucklichen Zunahme der Lebenserwartung geführt, allerdings um den Preis einer längeren Lebenszeit mit chronischen Gesundheitsproblemen. Als Folge davon nimmt auch die Prävalenz von Multimorbidität zu, d.h. der Anteil der Personen, die gleichzeitig an mehreren Krankheiten/Gesundheitsproblemen leiden. Die Auswirkungen von Multimorbidität übersteigen diejenigen der Summe der Einzelerkrankungen, für die betroffenen Patienten, für die Pflegenden und letztlich für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft.

Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung erstaunt es nicht, dass Multimorbidität immer häufiger auf den Agenden der mit Gesundheitsthemen beschäftigten Institutionen und Akteure auftaucht. So wurde an der Universität Zürich ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum Multimorbidität gegründet. Dieser Bedeutungsgewinn kontrastiert mit einer ungenügenden Datenlage sowie dem Fehlen einer standardisierten und anerkannten Definition von Multimorbidität. Viele Resultate, z.B. über Unterschiede nach Geschlecht oder Land, sind widersprüchlich, auch weil die Vergleichbarkeit der zugrundeliegenden Studien mangelhaft ist: Art und Anzahl der einbezogenen chronischen Krankheiten sowie Setting und Erhebungsart haben einen (Marengoni, Rizzuto et al.) grossen Einfluss auf die berechneten Prävalenzraten.

Es ist daher sehr zu begrüßen, wenn alle geeigneten Datenquellen für die Ableitung von geschlechts- und altersspezifischen Raten ausgewertet werden und so einen Beitrag für eine gegenseitige Kreuzvalidierung liefern. Darauf aufbauend kann eine standardisierte Definition von Multimorbidität entwickelt werden, die in künftigen Studien eine valide Suche nach typischen Multimorbiditätsmustern und ihrem soziodemografischen Hintergrund in der Schweiz und damit nach Risikofaktoren und Präventionspotentialen ermöglicht.

Matthias Bopp
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich

Die verbesserten Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt führen zu einem Anstieg der Lebenserwartung. Damit einher geht eine deutliche Zunahme der Häufigkeit chronischer Leiden, insbesondere bei älteren Menschen. Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die sich in der Regel langsam entwickeln. Sie erfordern eine Betreuung von mehreren Monaten bis zu Jahrzehnten. Zu den häufigsten chronischen Krankheiten gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane, Arthrose, Diabetes und Depressionen. Weltweit sterben 63% der Menschen an chronischen Krankheiten (WHO, 2013). In der Schweiz sind 74,6% der Todesfälle bei den Männern und 75,9% der Todesfälle bei den Frauen auf vier chronische Krankheiten – Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Demenz – zurückzuführen (Bundesamt für Statistik 2013).

Häufig leiden Menschen nicht nur an einer Krankheit, sondern an mehreren. Wie aus der Analyse der Todesursachen in der Schweiz hervorgeht, gibt es bei 11% der Todesfälle eine Diagnose, bei 24% zwei, bei 30% drei und bei 31% vier Diagnosen (Bundesamt für Statistik 2013).

Multimorbidität wird definiert als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten (siehe Kasten 1). Die Multimorbidität hat zahlreiche Auswirkungen für die betroffenen Personen wie auch für die Akteure des Gesundheitswesens. Für die Patientinnen und Patienten kann sie zu funktionellen Einschränkungen sowie zu einem Verlust von Autonomie und Lebensqualität führen und weniger günstig verlaufen, als wenn nur eine Krankheit vorläge. Zudem steht die Multimorbidität in einem signifikanten Zusammenhang mit einem erhöhten Hospitalisierungsrisiko, höheren Behandlungskosten und einem Anstieg an verschriebenen Medikamenten (Marengoni, Angleman et al. 2011). Die Ärztinnen und Ärzte sind ihrerseits mit Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern konfrontiert, für die es keine oder nur wenige Guidelines gibt und die häufig eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen müssen, die das Risiko unerwünschter Wechselwirkungen erhöhen. Die Multimorbidität fordert auch das Gesundheitswesen heraus, denn die Patientinnen und Patienten werden meist von mehreren

Allgemeinärztinnen und -ärzten, Spezialistinnen und Spezialisten sowie weiterem Personal behandelt. In ungünstigen Fällen kennen die einen das Vorgehen und die Behandlungsmethoden der anderen nicht.

Prävalenz der Multimorbidität

Die Forschung im Bereich der Multimorbidität stellt eine noch relativ junge Disziplin dar. Die ersten Untersuchungen wurden in den USA, den Niederlanden, in Kanada und später in Deutschland durchgeführt. Bei den älteren Menschen lassen sich aufgrund diverser Unterschiede in den Datenquellen grosse Differenzen bei der Prävalenz der Multimorbidität ausmachen (Schram, Frijters et al. 2008; Siebenhüner 2012). Die wichtigsten Unterschiede sind:

- die miteinbezogenen Krankheiten und ihre Anzahl (erschöpfende oder offene Liste)
- die Art der Befragung (schriftlicher Fragebogen, Interview, Raster usw.)
- die Art der Daten (Daten aus Erhebungen, Administrativdaten, Daten aus medizinischen Dossiers usw.)
- die Art des diagnostischen Vorgehens (selbst gestellte Diagnose, Krankengeschichte, medizinische Untersuchung)
- die Stichproben innerhalb der Bevölkerung.

Eine systematische Literaturreview, die auf 41 Studien basiert, hat gezeigt, dass die Prävalenz der Multimorbidität (definiert als das gleichzeitige Vorkommen von zwei oder mehr chronischen Krankheiten) bei der Bevölkerung ab 65 Jahren von 55% bis 98% reicht (Marengoni, Angleman et al. 2011).

Kasten 1: Definition von Multimorbidität

Multimorbidität wird am häufigsten als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten definiert (van den Akker, Buntinx et al. 1996; Bopp & Holzer 2012). Bislang gibt es kein standardisiertes Verfahren zur Messung der Multimorbidität. Aus diesem Grund fällt die Prävalenz der Multimorbidität je nach Studie sehr unterschiedlich aus (Diederichs, Wellmann et al. 2012; Siebenhüner 2012). Eine Literaturreview zur Prävalenz der Multimorbidität liefert Ratschläge zur möglichst gründlichen Untersuchung dieser Problematik (Fortin, Stewart et al. 2012). Forscherinnen und Forscher haben herausgefunden, dass das Spektrum der miteinbezogenen Erkrankungen von wenigen Krankheiten (5–10) bis zu über 300 Diagnosen reichen kann (Bopp & Holzer 2012). Würden indes lediglich zwischen vier und sieben Diagnosen berücksichtigt, könnte dies gemäss Fortin et al. zu einer Unterschätzung der Prävalenz der Morbidität führen. Bei Studien, die von zwölf oder mehr Diagnosen ausgingen, wurden keine grossen Unterschiede festgestellt. Fortin et al. empfehlen deshalb, eine Liste mit mindestens zwölf Diagnosen zu verwenden. Sie sind der Ansicht, dass weitere Untersuchungen nötig wären, um klarzustellen, welches die häufigsten chronischen Krankheiten sind. Gemäss Bopp et al. werden in Studien folgende chronischen Krankheiten am häufigsten miteinbezogen: Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Asthma, Arthritis, Krebs (als Gruppe). Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Erkrankungen werden unterschiedlich berücksichtigt. Sie halten zudem fest, dass dem Schweregrad der Erkrankung in der Regel nicht Rechnung getragen wird.

Eine Analyse der Multimorbidität bei der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 hat 7,8% Multimorbidität ergeben, wobei andere chronische Krankheiten berücksichtigt wurden als in diesem Artikel (Bopp & Holzer 2012).

Soziodemografische Determinanten

Obschon die Prävalenz je nach Studie anders ausfällt, so lässt sich doch mit zunehmendem Alter ein Anstieg der Prävalenz der Multimorbidität beobachten (van den Akker, Buntinx et al. 1998; Schram, Frijters et al. 2008; Uijen & van de Lisdonk 2008; Marengoni, Rizzuto et al. 2009). Aus allen zuvor erwähnten Studien geht zudem hervor, dass Frauen häufiger von Multimorbidität betroffen sind. Der Unterschied zu den Männern ist jedoch nicht besonders gross. In einer Studie, bei der Daten in Arztpraxen erhoben wurden, zeigen die Autorinnen und Autoren, dass bei den Männern 60,9% der 60- bis 79-Jährigen und 74,2% der 80-Jährigen und Älteren von Multimorbidität betroffen sind (Frauen: 64,9% bzw. 79,9%) (van den Akker, Buntinx et al. 1998).

Die oben erwähnten Studien zeigen zudem, dass Multimorbidität bei Personen, die ein tieferes Bildungsniveau aufweisen oder die einer niedrigen sozioökonomischen Schicht angehören, häufiger auftritt. Des Weiteren ging aus einer Studie hervor, dass das Zusammenleben mit einer anderen Person sowie ein grosses soziales Umfeld Entlastungsfaktoren darstellen (van den Akker, Buntinx et al. 2001).

Methode

Datenquelle

Bei der 2002 ins Leben gerufenen Studie SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) handelt es sich um die erste multidisziplinäre Erhebung in Europa, die die wirtschaftliche, gesundheitliche und soziale Lage der Personen ab 50 Jahren untersucht. Im Rahmen der vierten Welle dieser Studie wurden 50'000 Personen in 19 Ländern erfasst. Das Ziel der Studie ist es, ein europäisches Panel zu bilden, das auf sozioökonomische und gesundheitliche Fragen hinsichtlich Alterung ausgerichtet ist. Während die Fragebogen von internationalen Teams ausgearbeitet werden (Themenauswahl und Festlegung harmonisierter Methoden), setzen nationale Teams die Erhebung in ihrem jeweiligen Land um (Börsch-Supan & Jürges 2005).

Die Erhebung wird bei Haushalten durchgeführt, bei denen mindestens ein Mitglied 50 Jahre alt oder älter ist. Die aufgrund dieses Kriteriums ausgewählte Person sowie ihre Partnerin bzw. ihr Partner (unabhängig deren/dessen Alter) werden befragt (in der vorliegenden Studie wurden Daten von Partner/innen unter 50 Jahren nicht miteinbezogen). Für die Erhebung werden nur Personen berücksichtigt, die in einem Privathaushalt wohnen und eine der Sprachen beherrschen, in der das Interview durchgeführt wird (in der Schweiz: Deutsch, Französisch, Italienisch). Bei den Interviews handelt es sich um eine face-to-face-Befragung mit einem Laptop (CAPI-System, Computer-Assisted Personal Interviewing).

Die Schweiz hat an allen vier Wellen von SHARE teilgenommen. Die Stichprobe der vierten Welle, die für das vorliegende Bulletin verwendet wurde, setzt sich aus der Stichprobe der vorangehenden Wellen (1000 Personen) ergänzt durch eine Zusatzstichprobe von 2800 Personen zusammen (Total N=3800).

Zu den soziodemografischen Variablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Gesamteinkommen des Haushalts, Anzahl Personen im Haushalt, Zivilstand, Nationalität und Erwerbssituation (erwerbstätig, nicht erwerbstätig, pensioniert).

Datenanalyse

Um die Antwortausfälle auszugleichen, wurde für die hier vorgestellten Analysen, die ausschliesslich auf der vierten Welle beruhen, eine Querschnittsgewichtung durchgeführt (Malter & Börsch-Supan 2013). Ausgehend von den erfassten chronischen Krankheiten wurde ein Multimorbiditätsindex erarbeitet (vgl. Kasten 2).

Um herauszufinden, welche soziodemografischen Variablen sich auf die Multimorbidität auswirken können, wurde eine logistische Regression dieser Variablen vorgenommen. Die Personen, bei denen eine Multimorbidität (d.h. zwei oder mehr chronische Krankheiten) vorlag, wurden mit den Personen verglichen, die keine oder nur eine chronische Krankheit aufwiesen. Aufgrund der geringen Fallzahlen bei den Personen ab 65 Jahren wurden die letzten beiden Altersklassen zu einer Klasse aggregiert.

Ergebnisse

Chronische Krankheiten

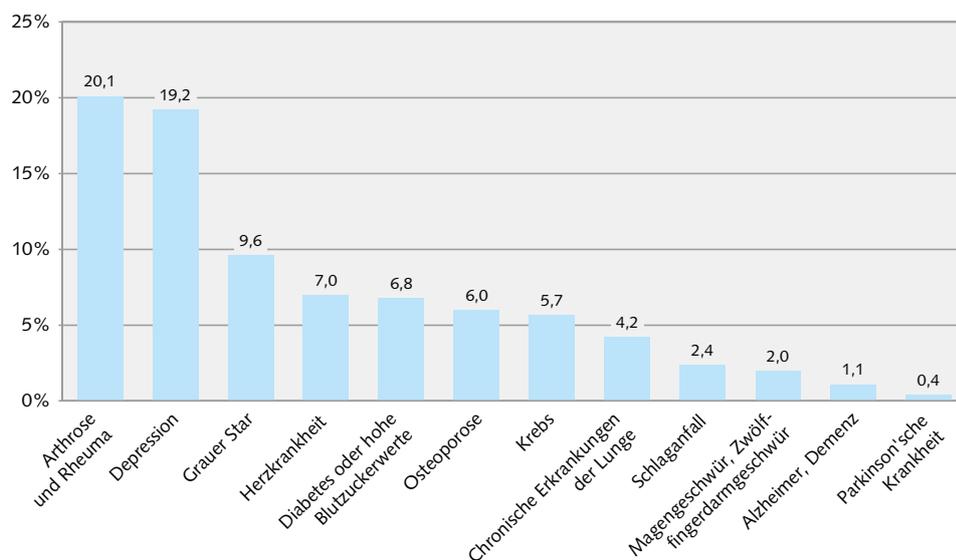
Zunächst wurde die Verteilung der chronischen Krankheiten bei den Personen ab 50 Jahren untersucht (vgl. Abbildung 1). Zwei Krankheiten heben sich deutlich von den übrigen ab: zum einen die Arthrose, von der 20,1% betroffen waren, zum andern die Depression (19,2%). Es folgen fünf Krankheitsgruppen, die bei 5% bis 10% der Personen diagnostiziert wurden: grauer Star, Herzkrankheiten, Diabetes oder hohe Blutzuckerwerte, Osteoporose und Krebs.

Multimorbidität

Zwischen dem Alter der Personen und der Zahl der chronischen Krankheiten besteht ein starker Zusammenhang (vgl. Abbildung 2). Während bei 11% der 50- bis 54-Jährigen zwei oder mehr chronische Krankheiten diagnostiziert werden, sind es bei den Personen ab 85 Jahren 44%.

Prävalenz jeder chronischen Krankheit, SHARE 2010–2011, Personen ab 50 Jahren, N=3761

Abb. 1

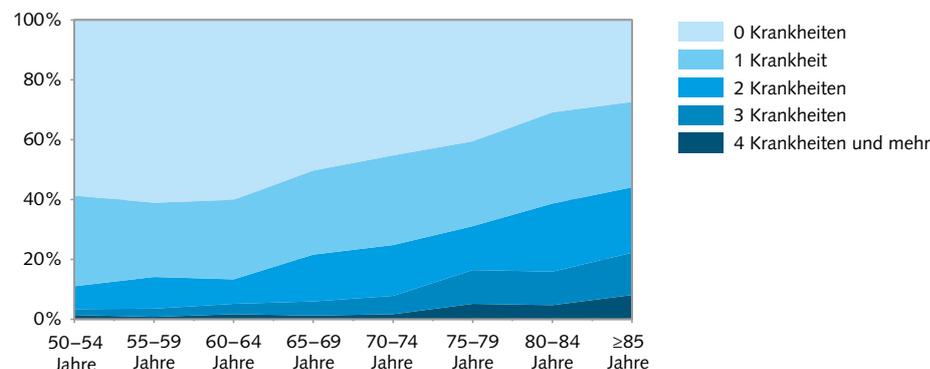


Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

© Obsan

Zahl der chronischen Krankheiten nach Altersklasse, SHARE 2010–2011, Personen ab 50 Jahren, N=3627

Abb. 2



Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

© Obsan

Tabelle 1 Prävalenz der chronischen Krankheiten nach Altersklasse, SHARE 2010–2011, N= 3627

Anzahl chronische Krankheiten	50–64 Jahre		65–79 Jahre		≥ 80 Jahre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1024	60,2%	665	46,1%	130	29,1%	1819	50,1%
1	465	26,6%	427	28,8%	138	29,6%	1030	27,9%
2	161	9,1%	161	15,9%	97	22,3%	495	13,7%
3 und mehr	69	4,1%	133	9,3%	81	19,0%	283	8,3%
Total	1719	100,0%	1462	100,0%	446	100,0%	3627	100,0%
Total Multimorbidität	230	29,6%	370	47,6%	178	22,9%	778	100,0%
	D	SA	D	SA	D	SA	D	SA
Durchschnittliche Anzahl chronische Krankheiten	0,58	0,87	0,92	1,10	1,41	1,30	0,84	1,07

Anmerkung: Anzahl und Prozentsatz der multimorbiden Personen sind fett markiert, D: Durchschnitt, SA: Standardabweichung

Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

© Obsan

Tabelle 1 zeigt die Prävalenz der Multimorbidität, d.h. das Auftreten von mindestens zwei chronischen Krankheiten, nach Altersklasse. Betrachtet man die vollständige Stichprobe, so beträgt die Prävalenz der Multimorbidität 22,0% (Spalte Total: 13,7% + 8,3%). Bei den 50- bis 64-Jährigen beläuft sich diese Prävalenz auf 13,2%, bei den 65- bis 79-Jährigen auf 25,2% und bei den Personen ab 80 Jahren auf 41,3%.

Insgesamt 60,2% der 50- bis 64-Jährigen weisen keine chronische Krankheit auf. Dieser Anteil sinkt bei den 65- bis 79-Jährigen auf 46,1% und liegt bei den 80-Jährigen und Älteren noch bei 29,1%.

Von den Personen, bei denen eine Multimorbidität vorliegt, weisen 63,6% zwei und 36,4% drei oder mehr chronische Krankheiten auf. Die 50- bis 64-Jährigen machen 29,6% aller multimorbiden Personen aus (Zeile «Total Multimorbidität»), die 65- bis 79-Jährigen 47,6% und die 80-Jährigen und Älteren 22,9%.

Die durchschnittliche Anzahl chronischer Krankheiten beläuft sich bei den 50- bis 64-Jährigen auf 0,58, bei den 65- bis 79-Jährigen auf 0,92 und bei den Personen ab 80 Jahren auf 1,41.

Die durchschnittliche Prävalenz der Multimorbidität in den 19 Ländern, die an SHARE teilnehmen, beträgt 31,7%. Mit einem Anteil von 22% weist die Schweiz den drittniedrigsten Anteil auf (vgl. Abbildung 3). In den Nachbarländern der Schweiz – z.B. Deutschland (29,7%) und Frankreich (33,8%) – fällt die Prävalenz der Multimorbidität bedeutend höher aus. Die Schweiz zeichnet sich durch einen relativ hohen Anteil älterer Menschen in Institutionen aus, was ein Grund für den relativ niedrigen Wert sein könnte.

Häufigste Kombinationen chronischer Krankheiten

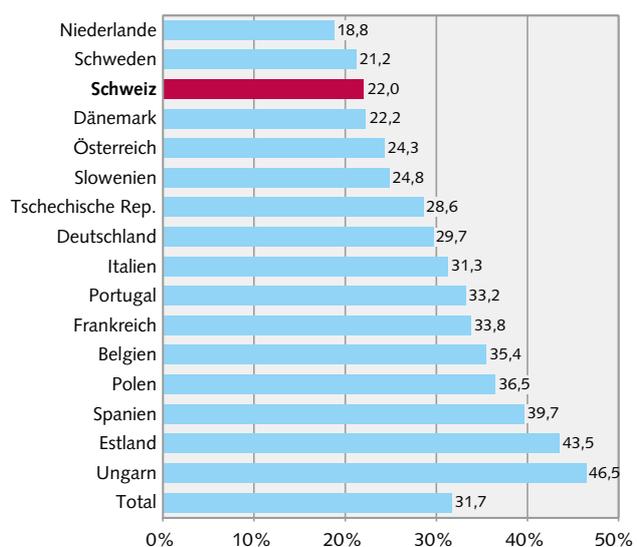
Tabelle 2 zeigt aus zwei chronischen Krankheiten bestehende Kombinationen. Bei den drei häufigsten Kombinationen handelt es sich bei der einen Krankheit um Arthrose: in Kombination mit einer Depression (30,3% der multimorbiden Personen, 6,7% aller Personen ab 50 Jahren), mit grauem Star (17,1% und 3,8%) und mit Osteoporose (12,6% und 2,8%). Bei den folgenden drei Kombinationen ist eine der Krankheiten jeweils die Depression, kombiniert mit einer Herzkrankheit (10,1% und 2,2%), Diabetes (10,0% und 2,2%) bzw. grauem Star (9,6% und 2,1%).

Einfluss der soziodemografischen Faktoren

Aus der multivariaten Analyse geht hervor, dass Frauen in beiden untersuchten Altersklassen (50–64 Jahre und ab 65 Jahren) ein höheres Multimorbiditätsrisiko aufweisen als Männer (vgl. Tabelle 3). Die 50- bis 64-Jährigen, die erwerbstätig oder pensioniert sind, haben ein geringeres Multimorbiditätsrisiko als die Erwerbslosen derselben Altersklasse. Dasselbe lässt sich ab dem ordentlichen Rentenalter beobachten: Bei den Personen, die weiterhin erwerbstätig sind, ist das Multimorbiditätsrisiko geringer. Bei den 50- bis 64-Jährigen steigt die Wahrscheinlichkeit einer Multimorbidität bei Personen, die ein niedriges Einkommen haben, nie verheiratet waren, geschieden sind oder eine ausländische Nationalität besitzen. Personen ab 65 Jahren weisen ein höheres Multimorbiditätsrisiko auf, wenn ihr höchstes abgeschlossenes Bildungsniveau die obligatorische Schule oder die Sekundarstufe II ist oder wenn sie in einem Einpersonenhaushalt leben.

Prävalenz der Multimorbidität nach Land, SHARE 2010–2011, N=56'489

Abb. 3



Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

© Obsan

Tabelle 2 Kombinationen chronischer Krankheiten bei Personen mit und ohne Multimorbidität, SHARE 2010–2011, N=782 (Personen mit Multimorbidität), N=3628–3654 (alle Befragten)

	Arthrose	Depression	Grauer Star	Herzkrankheit	Diabetes	Osteoporose	Krebskrankheiten	Chronische Erkrankungen der Lunge	Schlaganfall	Geschwür	Alzheimer	Parkinson
Arthrose	- 30,3 6,7	17,1 3,8	9,4 2,0	7,8 1,8	12,6 2,8	6,3 1,4	6,5 1,5	3,5 0,8	3,1 0,7	1,5 0,4	0,6 0,2	
Depression		- 9,6 2,1	10,1 2,2	10,0 2,2	8,5 1,9	7,2 1,6	6,3 1,4	4,5 1,0	3,0 0,7	2,4 0,5	0,6 0,1	
Grauer Star			- 4,7 1,1	4,7 1,1	5,4 1,2	4,6 1,0	2,5 0,6					
Herzkrankheit				- 3,5 0,8	1,7 0,4	4,4 1,0						
Diabetes					-	2,0 0,4						
Osteoporose						-	2,9 0,6					
Krebskrankheiten							-	2,1 0,5	1,3 0,3			

Anmerkung: Fett markiert ist der Anteil Personen mit beiden Krankheiten gerechnet auf die 782 multimorbiden Personen. Kursiv markiert ist der Anteil am Total der befragten Personen ab 50 Jahren. Die fünf letzten Krankheitskategorien, die keinen Fall enthielten, werden nicht gezeigt.

Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

© Obsan

Zusammenfassung

Dieses Bulletin präsentiert Ergebnisse zur Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren in der Schweiz. Als Grundlage dienen Daten der vierten Welle der Erhebung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), die zwischen 2010 und 2011 durchgeführt wurde. Die Prävalenz der Multimorbidität in der Schweizer Bevölkerung liegt bei 22%. In der Schweiz fällt der Multimorbiditätsanteil bei den Personen ab 50 Jahren somit wesentlich tiefer aus als der Durchschnittswert bei den 16 im Rahmen von SHARE untersuchten Ländern (31,7%).

Die Studie zeigt, dass bei einem guten Drittel der multimorbiden Personen drei oder mehr chronische Krankheiten vorliegen. An der häufigsten Kombination chronischer Krankheiten (Arthrose und Depression) leidet knapp ein Drittel aller multimorbiden Personen.

Nicht die höchste Altersklasse (80 Jahre und älter) weist die grösste absolute Zahl aller multimorbiden Personen auf, sondern jene der 65- bis 79-Jährigen.

Die Daten bestätigen, dass die Multimorbidität stark vom Alter, dem Geschlecht und dem sozialen Status der Person abhängen. So weisen 50- bis 64-jährige Personen mit einem niedrigen Einkommen ein höheres Multimorbiditätsrisiko auf. Ebenfalls ein höheres Risiko besteht bei Personen ab 65 Jahren, die ein niedriges Bildungsniveau haben oder die in einem Einpersonenhaushalt leben.

Kasten 2: Operationalisierung der Multimorbidität in SHARE

In SHARE lautete die Fragestellung zu den chronischen Krankheiten folgendermassen:

Hat Ihnen ein Arzt je gesagt, Sie litten/Leiden Sie derzeit unter einer der aufgeführten Krankheiten? Bitte nennen Sie mir die entsprechenden Ziffern.

Liste der erfassten Krankheiten:

1. **Herzkrankheit**, Koronarinsuffizienz, Angina pectoris, Myokardinfarkt oder andere Herzkrankheiten
2. **Schlaganfall** oder zerebrovaskuläre Krankheit, Hirnschlag
3. **Diabetes oder hohe Blutzuckerwerte**
4. **Chronische Erkrankungen der Lunge** wie chronische Bronchitis oder Lungenemphysem
5. Polyarthritis, einschliesslich **Arthrose und Rheuma**
6. **Osteoporose**
7. **Krebs** oder bösartige Tumore, einschliesslich Leukämie und Lymphdrüsenkrebs, ausschliesslich kleinerer Hautkrebsarten
8. **Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür**
9. **Parkinson'sche Krankheit**
10. **Grauer Star**
11. **Alzheimer, Demenz**
12. **Depressionsskala**

Anmerkung: Fett markiert sind die im Folgenden verwendeten Krankheitsbezeichnungen.

Nicht alle ursprünglich aufgelisteten Krankheiten wurden für die Studie berücksichtigt. So wurde Asthma aus der Liste entfernt, da es von keiner der befragten Person erwähnt wurde. Osteoporose wurde zwar auch nicht erwähnt, aber der hohe Konsum von Medikamenten gegen Osteoporose wurde als indirekter Indikator dieser Krankheit miteinbezogen. Bluthochdruck und ein hoher Cholesterinspiegel wurden nicht als chronische Krankheiten, sondern als Risikofaktoren eingestuft. Dasselbe gilt für Übergewicht oder Adipositas. Hüftfrakturen, andere Frakturen oder gutartige Tumore wurden aus der Liste entfernt, da es sich dabei um akute Krankheiten handeln kann. Die Modalität «andere Krankheiten» wurde ebenfalls nicht berücksichtigt, da nicht-chronische Krankheiten unter dieser Kategorie hätten erwähnt werden können.

Die Liste wurde um eine Depressionsskala ergänzt. Die Skala «EURO-D» wurde ausgewählt, da sie ein validiertes Instrument zur Messung von depressiven Symptomen bei älteren Menschen darstellt und sie Vergleiche zwischen den europäischen Ländern zulässt. Die Skala wird von einem 12 Fragen umfassenden Fragebogen abgeleitet, der auf Selbsteinschätzung basiert (Castro-Costa, Dewey et al. 2007, 2008).

Die Skala der Multimorbidität besteht somit aus 12 chronischen Krankheiten (11 physische Erkrankungen und die Depression).

Die diagnostizierten chronischen Krankheiten wurden addiert und in vier Kategorien eingeteilt: keine chronische Krankheit, eine, zwei sowie drei oder mehr. Von Multimorbidität spricht man, wenn zwei oder mehr chronische Krankheiten vorliegen.

Tabelle 3 Multivariate Analyse der soziodemografischen Variablen, die sich auf die Multimorbidität auswirken, nach Altersklasse, SHARE 2010–2011, N = 3665

		50–64 Jahre (n=1733)			Ab 65 Jahren (n=1932)		
		OR	CI 95% inf.	CI 95% sup.	OR	CI 95% inf.	CI 95% sup.
Geschlecht	Männlich	1,00			1,00		
	Weiblich	1,44	1,06	1,95	1,48	1,18	1,86
Bildungsniveau	Tertiärstufe						
	Sekundarstufe II	0,99	0,66	1,48	1,70	1,15	2,50
	Obligatorische Schule	1,03	0,62	1,72	1,69	1,11	2,57
Haushaltseinkommen	Hoch						
	Durchschnitt	0,95	0,65	1,39	1,12	0,83	1,53
	Tief	1,60	1,08	2,38	1,26	0,92	1,73
Anzahl Personen im Haushalt	3 und mehr Personen						
	2 Personen	1,15	0,79	1,66	1,35	0,78	2,34
	1 Person	0,98	0,58	1,66	1,95	1,02	3,73
Zivilstand	Verheiratet						
	Geschieden/getrennt/ verwitwet	1,66	1,11	2,49	0,93	0,64	1,37
	Nie verheiratet	1,76	1,03	3,01	1,03	0,62	1,72
Staatsangehörigkeit	Schweizer/in						
	Ausländer/in	1,57	1,11	2,23	1,19	0,90	1,57
Erwerbssituation	Erwerbstätig						
	Nicht erwerbstätig	3,12	2,22	4,38	2,41	1,32	4,42
	Pensioniert	1,20	0,61	2,38	2,55	1,52	4,28

Quelle: SHARE 2010–2011, Auswertung Obsan

© Obsan

Einschränkungen

Diese Studie weist gewisse Einschränkungen im Zusammenhang mit der SHARE-Datenbank auf: So werden ausschliesslich Personen befragt, die zu Hause wohnen und eine der drei Amtssprachen sprechen. Vermutlich nicht berücksichtigt wurden Personen mit sehr komplexen Pathologien (diese Personen könnten hospitalisiert sein) oder Personen mit schweren Störungen der psychischen Gesundheit (z.B. aufgrund einer schweren Depression nicht in der Lage, befragt zu werden). Die Studie dürfte die Multimorbidität bei den Personen ab 50 Jahren somit unterschätzen.

Auch das methodische Vorgehen ist von einigen Einschränkungen betroffen. Die Diagnose der chronischen Krankheiten wird auf der Basis eines mündlichen Fragebogens gestellt. Dies birgt ein gewisses Fehlerrisiko sowie die Gefahr, dass sich die Person nicht mehr an alles erinnert. Der Fragebogen umfasst zudem nur eine beschränkte Anzahl Krankheiten. Es liegt somit an den Befragten, sich anhand der vorliegenden Krankheiten einzuordnen. Der Schweregrad der Krankheit wurde in keiner Frage behandelt.

In einigen Studien gilt die Depression zudem nicht als Krankheit, sondern als Risikofaktor (Taylor, Price et al. 2010). Bestimmte Multimorbiditätsindizes (z.B. der Charlson-Index) berücksichtigen ausschliesslich physische Krankheiten (Harboun & Ankri 2001). Da die psychischen Krankheiten in dieser Altersklasse nicht selten sind, wurden sie bei der vorliegenden Studie dennoch miteinbezogen.

Bluthochdruck, ein hoher Cholesterinspiegel und Adipositas, von denen 29,4%, 15,8% und 12,7% der Befragten betroffen waren, wurden als Risikofaktoren betrachtet und nicht als Krankheiten. Dies führte zu einer tieferen Bewertung der Multimorbidität.

Die endgültige Liste umfasst 12 Krankheiten, was der empfohlenen Minimalzahl entspricht, die berücksichtigt werden soll, um grosse Variationen der Multimorbidität zu vermeiden (Fortin, Stewart et al. 2012).

Schlussfolgerungen

Daten der Gesamtbevölkerung zur Multimorbidität sind in der Schweiz noch rar. Die Erhebung SHARE, die aus einer grossen, repräsentativen Stichprobe der Personen ab 50 Jahren in der Schweiz besteht, liefert wichtige Informationen zu dieser Altersklasse. Es werden jedoch Studien für die Gesamtbevölkerung benötigt.

Da es sich bei der Multimorbidität um einen noch relativ jungen Bereich handelt, liegt noch keine eindeutige Definition vor. Um Vergleiche anstellen zu können, muss die Wissenschaft eine einheitliche Definition für die Multimorbidität aufstellen, die die Arten und die Zahl der chronischen Krankheiten, die es zu berücksichtigen gilt, festlegt.

In der Praxis können dank dieser Studie das Ausmass und die Besonderheiten der Multimorbidität ermittelt werden. Der grosse Anteil multimorbider Personen sowie der aufgrund der Alterung der Bevölkerung erwartete Anstieg werden das Gesundheitssystem auch künftig stark unter Druck setzen. Die verschiedenen Krankheiten werden heute häufig durch mehrere Spezialistinnen und Spezialisten behandelt, wodurch sich das Risiko von Kommunikationsproblemen oder falschen Behandlungen erhöht. Lösungen liegen unter anderem in Modellen der integrierten Versorgung, aber auch schlicht in der Einführung einer koordinierenden Person pro Patientin bzw. Patient, sei sie aus dem ärztlichen Personal oder nicht. Dank eines regelmässigen Monitorings der Belastung durch chronische Krankheiten und Multimorbidität könnte die Versorgung besser auf diese Entwicklung abgestimmt werden.

Literaturverzeichnis

- Bopp M. & Holzer B. M. (2012). «[Prevalence of multimorbidity in Switzerland – definition and data sources].» *Praxis* (Bern 1994) 101(25): 1609–1613.
- Börsch-Supan A. et Jürges H., Eds. (2005). *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim: MEA.
- Castro-Costa E., Dewey M., et al. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *Br J Psychiatry* 191: 393–401.
- Castro-Costa E., Dewey M., et al. (2008). Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *Int J Methods Psychiatr Res* 17(1): 12–29.
- Diederichs C. P., Wellmann J., et al. (2012). How to weight chronic diseases in multimorbidity indices? Development of a new method on the basis of individual data from five population-based studies. *J Clin Epidemiol* 65(6): 679–685.
- Fortin M., Stewart M., et al. (2012). A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med* 10(2): 142–151.
- Harboun M. et Ankri J. (2001). [Comorbidity indexes: review of the literature and application to studies of elderly population]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 49(3): 287–298.
- Malter F. et Börsch-Supan A., Eds. (2013). *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. Munich, MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Marengoni A., Angleman S., et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 10(4): 430–439.
- Marengoni A., Rizzuto D., et al. (2009). Patterns of chronic multimorbidity in the elderly population. *J Am Geriatr Soc* 57(2): 225–230.
- Bundesamt für Statistik (2013). *Todesursachenstatistik Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz*. BFS Aktuell. Neuchâtel.
- Schram M. T., Frijters D., et al. (2008). Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *J Clin Epidemiol* 61(11): 1104–1112.
- Siebenhüner K. A. (2012). *Definition und Prävalenz von Multimorbidität: ein systematischer Review*. Dissertation. Universität Zürich.
- Taylor A. W., Price K., et al. (2010). Multimorbidity – not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health* 10: 718.
- Uijen A. A. et van de Lisdonk E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract* 14 Suppl 1: 28–32.
- van den Akker M., Buntinx F., et al. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract*(2): 65–70.
- van den Akker M., Buntinx F., et al. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 51(5): 367–375.
- van den Akker M., Buntinx F., et al. (2001). Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res* 50(2): 95–102.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorin

Florence Moreau-Gruet

Zitierweise

Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Espace de l'Europe 10

2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 45

E-Mail: obsan@bfs.admin.ch

Internet: www.obsan.ch

Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS

Bestellungen

Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Bestellnummer: 1033-1304

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer: 1034-1304)

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen

© Obsan 2013



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DF



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.