Gynäkologische Endokrinologie 2020 · 18:250–251
<https://doi.org/10.1007/s10304-020-00332-z>
Online publiziert: 16. September 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Deutsche Menopause
Gesellschaft e.V.

Redaktion

Deutsche Menopause Gesellschaft e.V.
P. Stute, Bern
K. Schaudig, Hamburg

P. Stute

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Inselspital Bern, Bern, Schweiz

Multimorbidität – welche Erkrankungen „sammeln“ sich im Alter an und welcher Risikofaktor wiegt am schwersten?

Originalpublikation

Blümel JE et al (2020) Multimorbidity in a cohort of middle-aged women: Risk factors and disease clustering. *Maturitas* 137:45–49. LoE 2c

Hintergrund. Wenn bei einer Person mindestens 2 chronische Erkrankungen vorhanden sind, spricht man von Multimorbidität [1]. Schon in der Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts 2015 ist zu lesen, dass Frauen ab 50 Komorbiditäten „sammeln“. Es stellt sich die Frage, welche Erkrankungen hierbei am häufigsten (in Kombination) auftreten und welcher Risikofaktor am stärksten mit einer späteren Multimorbidität assoziiert ist.

Zusammenfassung. In einer chilenischen prospektiven Kohortenstudie wurden im Zeitraum 1990–1993 alle weiblichen Angestellten im öffentlichen Dienst, die sich zu ihrem obligatorischen präventiven Check-up vorstellten und mit der Studienteilnahme einverstanden waren (97,4 %), eingeschlossen ($n = 1066$; Baseline) und über 27,8 Jahre nachbeobachtet (Follow-up). Folgende chronische nichtübertragbare Erkrankungen (NCD) wurden erfasst: arterielle Hypertonie, Hüft-/Kniearthrose, Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM), De-

pression, Malignome (Mamma, Ovar, Cervix uteri, Kolon/Rektum), Myokardinfarkt, Apoplex, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronische Nierenerkrankung und M. Parkinson. Das mittlere Alter bei Baseline betrug 48 Jahre. 4,6 % der Frauen erfüllten bei Baseline die Kriterien der Multimorbidität, wobei die zwei häufigsten Erkrankungen arterielle Hypertonie (17,1 %) und Depression (5,8 %) waren. Nach knapp 28 Jahren Follow-up erfüllten 49,7 % der Frauen die Kriterien der Multimorbidität. Die häufigsten Erkrankungen und ihre Prävalenzen waren arterielle Hypertonie (61,6 %), Arthrose (26,1 %), T2DM (25,8 %) und Depression (17,9 %). Zu den häufigsten „Erkrankungsduos“ zählten T2DM und arterielle Hypertonie sowie Arthrose und Depression. Die Prävalenz von Malignomen war im Beobachtungszeitraum deutlich geringer angestiegen (3,2 % > 8,0 %). Vergleicht man nun die Frauen, die nach knapp 28-jährigem Follow-up multimorbide waren, mit denen, die in diesem Zeitraum nicht multimorbide wurden, dann zählten gemäß logistischer Regressionsanalyse folgende Risikofaktoren zu den stärksten Prädiktoren der Multimorbidität im Alter: Adipositas in der Lebensmitte (Odds Ratio [OR] 2,48; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 1,71–3,61), Job ohne spezielle Qualifikation (OR 2,18;

95 %-KI 1,67–2,83) und niedriges HDL-Cholesterin im Serum (OR 1,31; 95 %-KI 1,02–1,68).

Kommentar

Auf den ersten Blick bestätigt diese Studie mit all ihren Vor- und Nachteilen (z. B. keine Angaben zur medikamentösen Therapie inkl. HRT), was wir täglich in diversen Medien präsentiert bekommen und in der Praxis beobachten können. Es gibt aber doch einige interessante Aspekte: 1) Die Studienteilnehmerinnen sind wie unsere Patientinnen jährlich zum Check-up vorstellig geworden. Es wurde fleißig dokumentiert (verwaltet) und alle Beteiligten sind sozusagen mit offenen Augen „ins Verderben“ gelaufen. 2) Die tatsächliche Prävalenz von Malignomen steht im starken Kontrast zur gefühlten bzw. befürchteten Prävalenz; Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, muskuloskeletale und psychische Erkrankungen sind die eigentlichen „Hauptkiller“ der Lebensqualität.

Als Gynäkologen sind wir in der optimalen Position, diese vermeintlich unausweichliche Entwicklung der Frau 40+ positiv beeinflussen zu können, indem wir die Awareness für NCD schärfen und nicht müde werden, die Bedeutung der Lebensstilintervention und der (meno-

pausen-)altersgerechten HRT hervorzuheben [2, 3].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. P. Stute
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin,
Inselspital Bern
Friedbühlstraße 19,
3010 Bern, Schweiz
petra.stute@insel.ch

Funding. Open access funding provided by University of Bern

Interessenkonflikt. P. Stute gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, Vitoratou S, Prince M, Prina AM (2019) Prevalence of multimorbidity in community settings: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Comorb*. <https://doi.org/10.1177/2235042X19870934>
2. Manson JE, Bassuk SS, Kaunitz AM, Pinkerton JV (2020) The Women's Health Initiative trials of menopausal hormone therapy: lessons learned. *Menopause* 27(8):918–928. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001553>. PMID: 32345788
3. Stute P, Stadler A, Heufelder A (2020) The impact of menopausal hormone therapy on overall mortality—a comprehensive review. *Climacteric* 18:1–13. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1767568>. Online ahead of print. PMID: 32552066

Hier steht eine Anzeige.