

Integrierte internistische Versorgung der Zukunft

Primäre Hypertonie und Granulomatose mit Polyangiitis als Modellkrankheiten

H.-H. Raspe, U. R. Fölsch, W. L. Gross, W.-D. Kirsten, H.-F. Spies, P.-M. Schumm-Draeger*

Ein lange beklagtes Struktur- und Prozessdefizit bei der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung ist ihre vergleichsweise geringe Integration und Koordination. Die fünf Elemente der Versorgung – Versorgungssektoren, Versorgungsstufen, Heilberufe, ärztliche Disziplinen und Einrichtungen – arbeiten zu oft neben- und gegen- statt miteinander. Dies gilt als eine relevante Ursache für Über- und Unterversorgung, Fehlversorgung und Ineffizienz. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) haben gemeinsam „Pfade“ für die medizinische Versorgung von Patienten mit den Modellkrankheiten Polyangiitis mit Granulomatose (GPA) und primäre Hypertonie (pH) entwickelt. Die Empfehlungen mit Fokus auf die ambulante Versorgung fasst dieser Beitrag zusammen.

Hintergrund

Das vorliegende Projekt zielt auf die Grundlegung und Strukturierung einer integrierten Versorgung chronisch Kranker am Beispiel der seltenen Granulomatose mit Polyangiitis (GPA, früher M. Wegener) und der häufigen primären arteriellen Hypertonie (pH, oft Teil des metabolisch-vaskulären Syndroms [1]). Es gibt schwerpunktmäßig Empfehlungen zu deren gestuften ambulanten Versorgung unter essenzieller Beteiligung der Inneren Medizin. Beide Krankheiten aktivieren mit ihren Risikofaktoren, klinischen Manifestationen, Komplikationen und Folgen nach- und/oder nebeneinander alle Stufen der ambulanten internistischen Versorgung und verschiedene Schwerpunkte und Versorgungssektoren nicht nur der Inneren Medizin.

Die Musterweiterbildungsordnung (Fassung vom 28.6.2013) der Bundesärztekammer unterscheidet Fachgebiete, und in diesen Schwerpunkte, z. B.

- ▶ Gebiet: Innere Medizin;
- ▶ Schwerpunkt: Endokrinologie.

Die ÄrztInnen können in verschiedenen Versorgungssektoren und in diesen auf verschiedenen Versorgungsstufen tätig sein.

Als „Versorgungssektoren“ sind zu unterscheiden: die ambulante Versorgung vor allem durch VertragsärztInnen und ermächtigte Einrichtungen, die teilstationäre und stationäre Versorgung, die psychotherapeutische Versorgung durch ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen, die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation und die häusliche (Kranken-)Pflege.

Unter „Versorgungsstufen“ verstehen wir ein System abgrenzbarer Tätigkeitsfelder von ÄrztInnen und Angehörigen nicht-ärztlicher Heil- und Fachberufe, die unterschiedlich spezifische Aufgaben,

Funktionen und Ziele beinhalten und unterschiedlich spezialisierte Kompetenzen und Erfahrungen erfordern.

Dabei liegt der Schwerpunkt des Projekts auf der ambulanten Versorgung, ohne jedoch die anderen genannten Sektoren (z. B. den stationären und rehabilitativen Sektor oder die ambulante Pflege) sowie die Beiträge weiterer Gesundheitsberufe und die Patientenselbsthilfe unbeachtet zu lassen.

Gedankliche Ausgangspunkte des Projekts sind

- ▶ die Prognose eines zunehmenden Bedarfs an internistischer Versorgung infolge der anhaltenden demographischen Transition mit ihrer absoluten und relativen Zunahme der Zahl von internistisch Behandlungsbedürftigen, oft multimorbiden Senioren und Hochbetagten,
- ▶ die Prognose einer zunehmenden Knappheit an Praxis- und KrankenhausärztInnen – auch im Bereich der Inneren Medizin,
- ▶ die Feststellung einer bisher weitgehend unkoordinierten Versorgung im Neben- und Durcheinander von InternistInnen, SchwerpunktinternistInnen und hoch spezialisierten Fachleuten, die zu einer Unter- wie Überversorgung u.a. auch im Bereich der primären Hypertonie führt,
- ▶ die Wahrnehmung einer zunehmenden (auch gesetzlichen) Regulierung der medizinischen Versorgung im Sinne eines strukturierten „Krankheits- und Patientenmanagements“,
- ▶ die Wahrnehmung einer zunehmenden Unzufriedenheit der ÄrztInnen und TherapeutInnen mit ihren Arbeitsbedingungen, v.a. im Hinblick auf Zeitdruck, „Schreibkram“, „ökonomischen Vorgaben und Zwängen“ und „zunehmenden Einfluss der Verwaltungen“ [2].
- ▶ die Überzeugung, dass jede Versorgungsplanung und -steuerung einen objektivierbaren Bedarf („need“) reflektieren sollte, nicht die

*für die gemeinsame Kommission „Integrierte Internistische Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

augenblicklich gegebene Versorgung („supply, provision“) oder bestehende Angebotsstrukturen („offer“) oder die aktuelle Nachfrage („demand“),

- ▶ die Einsicht, dass eine hochwertige internistische Versorgung unbedingt die Vernetzung und Zusammenarbeit aller zu oft desintegrierten Versorgungssektoren, Versorgungsstufen, Schwerpunkte, Berufsgruppen und Einrichtungen erfordert,
- ▶ die Notwendigkeit, die knappen Ressourcen an Schwerpunkt- und hoch spezialisierten InternistInnen auf die Patienten und Aufgaben zu fokussieren, die ihrer Expertise prioritär bedürfen,
- ▶ die Einsicht, dass ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige InternistInnen und InternistInnen ohne Schwerpunkt in der Grundversorgung unverzichtbare diagnostische, therapeutische und koordinative Funktionen in der Erst- und Langzeitbetreuung wahrnehmen,
- ▶ der Anspruch, dass zukünftige Strukturen und Prozesse einer gestuften internistischen Versorgung im Sinne einer professionellen Selbstregulierung zuerst von denen geplant und vorgeschlagen werden, die sie tragen (sollen) [3],
- ▶ die Hoffnung, mit der Entwicklung rationaler Versorgungspfade für die primäre Hypertonie und die GPA eine Blaupause für die Versorgungsplanung in weiteren Bereichen der Inneren Medizin bereitstellen zu können.

Die Frage, wie internistische Versorgungspfade implementiert und steuerungswirksam werden könnten, ist nur am Rande Gegenstand dieses zeitlich, inhaltlich und personell begrenzten Projekts. Ihm geht es zuerst um die Zusammenschau vorliegender Ansätze und Vorgaben und deren gedankliche Klärung und Weiterentwicklung. Der Kommission ist bewusst, dass die bloße Formulierung und Erläuterung von Versorgungspfaden für sich genommen ein geringes normatives Gewicht hat, auch wenn sie von einem breiten fachlichen Konsens getragen sind. Es muss hier offen und später Gegenstand der Evaluation bleiben, ob und in welchem Ausmaß sich fachlich konsenterte Empfehlungen gegen andere Faktoren (eingefahrene Routinen, rechtliche Vorgaben, Patientenwünsche, ökonomische Interessen) behaupten können.

Die beiden Modellkrankheiten

Die Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) ist eine sehr seltene chronisch-entzündliche Erkrankung mit einer jährlichen Inzidenzrate von (bei uns) etwa 10 pro 1 Million Einwohner und einer 1-Jahres-Prävalenzrate von weniger als 150/1 Million. Die deutliche Zunahme der Prävalenz zwischen 1994 und 2006 dürfte auch auf eine erhöhte diagnostische Aufmerksamkeit zurückzuführen sein [4].

In bis zur Hälfte der Fälle manifestiert sich die GPA zuerst granulomatös im HNO-, Augen- oder (sel-

tener) pulmonalen Bereich. Die andere Hälfte beginnt sofort mit zusätzlichen systemischen Beschwerden und Befunden (frühsystemische Form) infolge der Angiitis. Ca. 90% der zuerst lokalisierten Fälle werden untherapiert systemisch. Ca. 90% der frühsystemischen Fälle lassen sich durch eine konsequente Therapie in die Remission bzw. in die lokalisierte Form zurückführen.

Ein kleiner Teil aller Fälle (ca. 10%) geht trotz Standardtherapie in eine generalisierte Form über. Ein dann zu befürchtender organ- und lebensbedrohlicher Verlauf ist durch die Ausbildung eines pulmonal-renalen Syndroms mit alveolärer Hämorrhagie, einer rasch progredienten Glomerulonephritis und einer Beteiligung des peripheren Nervensystems gekennzeichnet.

In der Mehrzahl der Fälle verläuft die Krankheit unter einer konsequenten stadien-adaptierten Therapie leichter, auch wenn es – weitgehend unvorhersehbar – immer wieder zu mehr oder weniger schwereren Rezidiven kommen kann (Rückfallrate ca. 50%). Dies macht eine engmaschige interdisziplinäre Verlaufsbeobachtung unverzichtbar. Heilungen sind eine Rarität; eine anhaltende (Teil-) Remission unter Dauertherapie ist häufiger, allerdings immer wieder unterbrochen von „minor relapses“. Seltener kommt es zu gravierenden Rückfällen und therapierefraktären Verläufen bzw. Therapiekomplicationen mit schweren Infektionen oder Tumorbildung (z. B. im Bereich der Blase) und dann letalem Ausgang. Häufig ist der klinische Verlauf – ähnlich wie bei anderen chronisch-entzündlichen Rheumaerkrankungen – durch kardiovaskuläre Komplikationen und steroid-induzierte Morbidität (Katarakt, Osteoporose, Gewichtszunahme etc.) belastet.

Die primäre arterielle Hypertonie ist dagegen eine sehr häufige Erkrankung mit einer Prävalenzrate von ungefähr 30% unter Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren und 33% unter entsprechenden Männern. Als „hyperton“ galt im jüngsten nationalen Untersuchungssurvey, wer in den letzten 7 Tagen ein antihypertensives Medikament eingenommen hatte, wessen Hypertonie ärztlich diagnostiziert worden war oder wessen Blutdruck in einer hochstandardisierten Messung über 139 mmHg systolisch oder über 89 mmHg diastolisch lag (Die Differenzierung „hyperton“ vs. „Hypertonie“ folgt aus der Unterscheidung der standardisierten einzeitigen Messung eines erhöhten Blutdrucks [wie in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts und der Diagnose der (selteneren) essentiellen arteriellen Hypertonie] [5]). Für beide Geschlechter aller Altersgruppen lag der Anteil bekannter Hypertonien bei 26%, der Anteil zusätzlicher hypertoner Messwerte unter 6%. Damit können heute in Deutschland mehr als vier Fünftel aller „Hypertonien“ (6 von 32%) als bekannt bezeichnet werden [6].

Glossar

ANCA = Anti-Neutrophile cytoplasmatische Antikörper
 AOK = Allgemeine Ortskrankenkasse
 BB = Blutbild
 BD = Blutdruck
 CRP = C-reaktives Protein
 CT = Computertomographie
 DRV = Deutsche Rentenversicherung
 GFR = glomeruläre Filtrationsrate
 GI = Gastrointestinal
 GKV-VSG = Versorgungsstärkungsgesetz (Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung)
 GPA = Granulomatose mit Polyangiitis
 MRT = Magnetresonanztomographie
 NPL = Neoplasma
 NW = Nebenwirkung
 pH = primärer Hypertonie
 SGB = Sozialgesetzbuch
 TSH = Thyreotropin
 (Z)NS = (zentrales) Nervensystem

Krankheit	Hypertonie	GPA
Manifestationsform	hochnormaler BD Weißkittelhypertonie maskierte Hypertonie (un)komplizierte pH Hochdrucknotfall	lokalisiert frühsystemisch generalisiert schwer
Bisheriger Verlauf	Stadium und Progress im reno-vaskulären Kontinuum	Zahl und Schwere der Rezidive und Komplikationen
Grad (Aktivität, reversibel)	Grade 1–3	Birmingham Vasculitis Activity Score
Organschäden	(a)symptomatisch (ir)reversibel (Mikro/Makroangiopathie)	Vasculitis Damage Index (11 Gruppen, irreversible Veränderungen)
Ergebnisse bestimmter Laboruntersuchungen incl. Genetik	Routine, Mikroalbuminurie GFR, TSH	ANCA, CRP, BB, GFR, Urinanalyse
Ergebnisse bestimmter technischer Untersuchungen	Langzeit BD-Messung, Ankle-Brachial-Index, Augenspiegelung, (Belastungs)EKG, Herzecho, Duplex Gefäße, Gefäßsteifigkeit	MRT, CT, Augenspiegelung, (Belastungs)EKG, Herzecho, Duplex Gefäße, Gefäßsteifigkeit u. a. je nach variabler Organbeteiligung
Risikoprofil und -quantifizierung	Herz, ZNS (SCORE, QRisk u. a. *)	Nieren, Lungen, Herz, peripheres NS
Assoziierte Komorbiditäten	Elemente des metabolischen Syndroms	Infekte, Vorzeitige Atherosklerose, Osteoporose, Neoplasien,

Tab. 1 Krankheitsmerkmale, die für die Auswahl bestimmter Versorgungsstufen generell (beispielhaft an den Modellkrankheiten) in Frage kommen. * SCORE ist ein Instrument zur Quantifizierung des 10-Jahres-Risiko für eine tödliche KHK oder einen tödlichen Schlaganfall [8]. Der englische QRISK-Score quantifiziert das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse innerhalb der folgenden 10 Jahre und zeichnet sich dadurch aus, dass er die Parameter soziale Deprivation und Familienanamnese einschließt [9].

Eine Unterscheidung zwischen der sog. primären und sekundären Hypertonie war im Survey nicht möglich. Nach internationalen Erfahrungen beträgt der Anteil sekundärer Hochdruckformen nicht mehr als 5% am Gesamt. Die zuletzt in Deutschland als hyperten gemessenen Blutdruckwerte ließen sich in 85% der Fälle dem Grad 1 (bis 159/99) zuordnen, sonst den Graden 2 und 3.

Die Hypertonie ist ein definierendes und sehr oft auch tatsächlich nachweisbares Element des metabolisch-vaskulären Syndroms und damit ein wesentlicher Ko-Risikofaktor für Mikro- und Makroangiopathien und deren klinischen Folgen im Sinne des „cardiovascular and renal pathophysiological continuum“ an Herz, ZNS, Augen, Nieren und peripheren Arterien [7]. Entsprechend geht es nach der leitliniengerechten Diagnostik, Prognostik und Blutdruckeinstellung immer auch um die Prävention von somatischen Komplikationen und Teilhabestörungen im Arbeitsleben und Alltag (Verhinderung von Erwerbsminderung und Pflegebedarf).

Therapeutisch sind zuerst (Grad-1-Hypertonie, keine weiteren vaskulären Risikofaktoren) Lebensstilveränderungen und dann einfache medikamentöse Regimes ins Auge zu fassen. Mit zunehmendem Grad der Hypertonie, dem Hinzutreten weiterer Risikofaktoren und ersten (zuerst latenten und reversiblen) Organschäden wird die Therapie komplexer und aufwendiger (Arzneimittelkombina-

tionen, interventionelle Therapien). Ein besonderes Problem stellen „therapieresistente“ Verläufe dar. Zu einem guten Teil sind sie durch eine eingeschränkte Therapietreue bzw. Leitlinienadhärenz von Patienten bzw. ÄrztInnen bedingt („Pseudo-resistenz“).

Als „kompliziert“ wird eine pH bezeichnet, wenn sie zu klinisch manifesten Folgeerkrankungen und Komplikationen geführt hat. „Komplex“ wird der Krankheits- und Behandlungsverlauf einer/s Kranken dann, wenn komplexe Konstellationen vorliegen, die ein hohes kardio- und zerebrovaskuläres Risiko beinhalten, oder Komorbiditäten oder psychosoziale Umstände, die mit der Standardtherapie interferieren und ein besonderes Vorgehen erfordern. In diese Gruppe gehören auch Patientinnen mit einer bestehenden oder geplanten Schwangerschaft. Als „therapieresistent“ gilt eine Hypertonie, die unter angestrebten Lebensstiländerungen und einem übersichtlichen medikamentösen Regime (bis zu drei Medikamenten inkl. eines Diuretikums) bei verlässlicher Einnahme innerhalb eines definierten Zeitraums nicht normoton eingestellt werden kann („treatment resistant hypertension“). Von der echten Therapieresistenz ist die scheinbare zu unterscheiden, die auf patienten- oder arztseitige Therapiefehler zurückgeführt und ggf. überwunden werden kann. Daneben kann noch eine „schwer einstellbare“ pH unterschieden werden.

Unsere Empfehlungen fokussieren in allererster Linie auf die primäre arterielle Hypertonie; sekundäre Hochdruckformen und der hochnormale Blutdruck, suggestiv und interessensteigernd auch als „Prähypertonie“ bezeichnet, werden nur am Rande berücksichtigt.

Fragestellungen des Projekts

Das oben formulierte Generalziel des Projekts (s. Abschnitt 1) erforderte die Bearbeitung einer Reihe spezifischer Fragen:

1. Welche Stufen der ambulanten (internistischen) Versorgung sind in Kenntnis der vorhandenen Strukturen zu unterscheiden?
2. Welche Versorgungsaufgaben sind ihnen grundsätzlich und in Hinblick auf die beiden Modellkrankheiten zuzuordnen?
3. Welche Patienten-, Krankheits-, Therapie- und Therapeutenmerkmale kommen generell für die Zuordnung bestimmter Problemkonnstellationen zu den definierten Versorgungsstufen in Frage?
4. Wie sind diese für die primäre Hypertonie und die GPA zu konkretisieren?
5. Welche krankheitsspezifischen Problemlagen und Versorgungsaufgaben sind den verschiedenen Versorgungsstufen zuzuordnen?
6. Wie und durch wen sind die weiteren Versorgungssektoren und Berufsgruppen zu involvieren?

Stufen der ambulanten internistischen Versorgung

Nach ausführlicher Diskussion ging das Projekt von drei Stufen und Kompetenzebenen der Versorgung internistischer Patienten aus:

1. „Grundversorgung“ durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige InternistInnen und InternistInnen ohne Schwerpunkt (s.u.),
2. FachärztInnen für Innere Medizin mit einem Schwerpunkt. Für die Versorgung von Patienten mit einer GPA sind v.a. die Schwerpunkte Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie, für Patienten mit einer primären Hyperto-

nie die Schwerpunkte Angiologie, Endokrinologie, Kardiologie und Nephrologie bedeutsam („Schwerpunktversorgung“).

3. FachärztInnen für Innere Medizin mit verschiedenen Schwerpunkten und einer speziellen Expertise (entsprechend der sog. spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V) („Spezialversorgung“).

Unklar war lange, ob man den FachärztInnen für Innere Medizin ohne Schwerpunkt eine eigene Versorgungsstufe zuordnen sollte. Dies erübrigt sich angesichts ihrer vergleichsweise geringen Häufigkeit: Das Zahlenverhältnis der zwei o.g. ersten „Grundversorger“ zu den InternistInnen ohne Schwerpunkt liegt in Deutschland insgesamt bei 26 : 1 (ca. 53.500 : 2.000) und variiert zwischen 16 : 1 (Thüringen) und 41 : 1 (Bremen) [Die Referenzdaten stammen aus dem Bundesarztregister und beziehen sich auf den 31.12.2012; E-Mailkorrespondenz vom 11.10.2013 mit Herrn Dr. Thomas Kopetsch, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berlin und Herrn Munz (KBV)]. Auch wenn die InternistInnen ohne Schwerpunkt in ländlichen und dünn besiedelten Regionen wichtige schwerpunktübergreifende Aufgaben in der ambulanten (und stationären) Versorgung wahrnehmen können, so ist doch ihre Zahl zu gering, um eine tragfähige Basis für eine eigene Versorgungsstufe zu bilden.

Am Rande weisen wir darauf hin, dass für die Versorgung beider Modellkrankheiten FachärztInnen weiterer Gebiete unverzichtbar sind, für die GPA sind dies v.a. HNO-ÄrztInnen, aber auch AugenärztInnen und Neurologen, für die Hypertonie (und ihre Folgen) v.a. Neurologen und Geriater. Damit ist der Teil der „Multimorbidität“ dieser Patienten fachlich abgedeckt, der sich direkt aus der Klinik, den Komplikationen und Folgen der beiden Krankheiten ergibt. Natürlich können sowohl bei der GPA als auch bei der Hypertonie und besonders bei älteren Patienten weitere pathophysiologisch nicht verbundene Krankheiten hinzukommen, deren Behandlung weiterer Fachleute bedarf. Sie bleiben hier außer Betracht.

Ebenso wichtig wie der bedarfsgerechte Facharzt – und oft für die psychosoziale Existenz der Patien-

Tab. 2 Patientenmerkmale, die für die Auswahl bestimmter Versorgungsstufen generell (beispielhaft an den Modellkrankheiten) infrage kommen.

Person des Kranken	Hypertonie	GPA
Besondere Gruppe	pH im Jugend- und jungen Erwachsenenalter Geplante oder bestehende Schwangerschaft bei bekanntem Hochdruck	Höheres Alter, Niereninsuffizienz Vorthherapie mit Cyclophosphamid
Verständnisprobleme		
Prekäre Lebenslage		
Geringe Therapietreue	Wenn chronisch und mit dem Behandlungsverlauf interferierend	
Distress		

Therapie	Hypertonie	GPA
komplizierter Behandlungsverlauf	kein Ansprechen auf nichtmedikamentöse oder / und medikamentöse Therapie	kein Ansprechen auf medikamentöse Standard-Therapie
Nebenwirkungen der Therapie	diverse	Haut-NPLs, Zystitis, Blasen-Ca, GI-Trakt, Infektionen, Steroid-Nebenwirkungen
besondere Leistungen	Invasive Therapieformen (z. T. unter Evaluation) Telemedizin	Dilatation von Granulomokklusionen Telemedizin
sehr hohe Kosten pro Fall	Interventionelle Therapien	Biologika

Tab. 3 Therapiemerkmale, die für die Auswahl bestimmter Versorgungsstufen generell (beispielhaft an den Modellkrankheiten) in Frage kommen.

ten entscheidend – ist die Involvierung verschiedener nichtärztlicher TherapeutInnen v.a. aus den Disziplinen Psychologie, Pflege, Physio-, Ergo- und Sporttherapie, Ernährungsberatung, Sozialarbeit/pädagogik, – auch und besonders im Feld der Patientenschulung. Eine alle diese Zugänge umfassende Versorgung wird regelmäßig in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten.

Unbearbeitet blieb die Frage, ob und wie weit man grundsätzlich die Versorgung ländlicher von städtischen Bevölkerungen unterscheiden müsse.

Welche Aufgaben sind den drei Stufen zuzuordnen?

Die folgenden Zuordnungen sind als Empfehlungen und nicht als erschöpfend, starr und abschließend zu verstehen. Die Grenzbereiche überlappen sich, die Grenzen sind durchlässig. Andere und weitere Zuordnungen sind denkbar und in Abhängigkeit von variablen regionalen Bedingungen beobachtbar. Die vorgeschlagenen Zuordnungen bilden eine Kombination von dem, was heute teils vorgeschrieben, teils üblich ist, und dem, was den Projektbeteiligten als wünschenswert erscheint.

Grundversorgung

- ▶ erste niedrigschwellige Anlaufstelle
- ▶ Verdachtsdiagnose, (Versuch der) Diagnosesicherung
- ▶ einfache technische und Labor-Untersuchungen
- ▶ prognostische Abschätzung des Krankheitszustands
- ▶ psychosoziales Assessment (Kontextfaktoren)
- ▶ Ausschaltung relevanter Risikofaktoren für Manifestation und Verlauf
- ▶ einfache medikamentöse Behandlung und Schulung
- ▶ Screening auf somatische und psychische Komorbidität
- ▶ Überweisung zur Schwerpunkt- und Spezialversorgung
- ▶ Anregung und Unterstützung einer gezielten Mitdiagnostik und -behandlung nach Empfeh-

lungen der Schwerpunkt oder Spezialversorgung

- ▶ Integration und Koordination der gesamten Behandlung,
- ▶ Patienteninformation, -beratung, emotionale Stützung
- ▶ allgemeine wohnortnahe, krankheitsbegleitend langfristige Betreuung inkl. Hausbesuche
- ▶ Krankenhauseinweisung
- ▶ Vermittlung zur Patientenselbsthilfe

Schwerpunktversorgung

- ▶ standardisierte Diagnosesicherung, auch durch aufwendige technische (Fremd)Leistungen, ggf. Ausschluss sekundärer Formen
- ▶ Beurteilung des Krankheitsgrades (Aktivität und Stadium),
- ▶ Beurteilung und Behandlung eventueller Organschäden
- ▶ Abschätzung der Prognose
- ▶ komplexes oder aufwendiges Therapieregime
- ▶ Beurteilung und Behandlung seltener oder schwerer Komplikationen im Verlauf (Nebenwirkungen, Rezidive)
- ▶ komplexe Schulungen
- ▶ gezielte Überweisung an nichtärztliche Gesundheitsberufe
- ▶ gezielte Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln
- ▶ gezielte Indikationsstellung zu, ggf. Verordnung von medizinischer Rehabilitation
- ▶ Behandlung komplizierter, u.a. auch therapie-refraktärer Verläufe bzw. besonders gefährdeter Krankengruppen
- ▶ Überweisung an die Spezialversorgung
- ▶ Krankenhauseinweisung
- ▶ Mitbehandlung nach Empfehlungen der Spezialversorgung
- ▶ Information des Grundversorgers, Kooperation mit dem Grundversorger
- ▶ Vermittlung zur Patientenselbsthilfe, Sportgruppe

Spezialversorgung

- ▶ Diagnostik, Prognostik und Behandlung besonders komplizierter und bedrohlicher Situationen, ungünstiger und tatsächlich therapie-refraktärer Verläufe bzw. schwerwiegender Nebenwirkungen

Arzt	Hypertonie	GPA
Arzt ohne ausreichende Erfahrung	in Indikationsstellung, Kontraindikationen, Verlaufsbeobachtung Patientenschulung	in allen Aspekten der Diagnostik und Therapie incl. Patientenschulung
Arzt ohne ausreichendes Netzwerk	bei Bedarf an einer multiprofessionellen und multimodalen Behandlung	

Tab. 4 Arztmerkmale, die für die Auswahl bestimmter Versorgungsstufen generell und (beispielhaft an den Modellkrankheiten) in Frage kommen.

- ▶ Indikationsstellung zu, Durchführung und Beobachtung von besonders aufwendiger, invasiver oder auch kostspieliger Diagnostik
- ▶ Indikationsstellung zu, Durchführung von besonderen technischen, auch interventionellen Leistungen
- ▶ periodische Reevaluation besonderer Krankheits- und Behandlungsverläufe
- ▶ Krankenhauseinweisung
- ▶ Zweitmeinungsverfahren
- ▶ Behandlungsfallregister, Grundlagen-, klinische und Versorgungsforschung
- ▶ Fortbildung
- ▶ Kristallisationspunkt eines krankheitsspezifischen Zentrums, möglichst in Verbindung zu einer akademischen Einrichtung

Merkmale, die für die Auswahl der Versorgungsstufen in Frage kommen

Patienten-, Krankheits- und Therapeutenmerkmale, die für die Auswahl bestimmter Versorgungsstufen generell und konkret bei den Modellkrankheiten in Frage kommen, sind in ▶ **Tab. 1–4** dargestellt.

Versteht man die Zuweisung eines Patienten mit einer bestimmten Problemkonstellation zu einer der drei Versorgungsstufen als eine spezifische (und komplexe) Intervention, dann bedarf diese wie jede andere einer kausal und final begründenden und zugleich rechtfertigenden Indikation. Welche Parameter kommen für eine solche Indikationsstellung generell in Frage?

Wir unterscheiden Merkmale der Krankheit, des Patienten, des Arztes und des Heilmittels. Sie beinhalten bei ungünstiger Ausprägung Risiken für die Kranken, die Leistungserbringer und / oder die Kostenträger.

In der ersten Spalte der Tabellen wird das indizierende Merkmal genannt; in der zweiten und dritten Spalte der Tabellen wird es für jede der beiden Modellkrankheiten konkretisiert.

Wir gehen davon aus, dass die in der ersten Spalte genannten indizierenden Merkmale bedeutsam sind nicht nur für die beiden Krankheiten, für die sie konkretisiert wurden. Sie scheinen uns eine allgemeinere Geltung zu haben. Wie weit dies

zutrifft, sollte an weiteren Krankheitsbeispielen geprüft werden.

Grundsätzlich gilt, dass Merkmale mit einem signifikanten Risiko für das Organ- und/oder Patientenüberleben höchster Aufmerksamkeit bedürfen, gefolgt von Risiken für die Lebensqualität der Patienten und Risiken für ÄrztInnen und TherapeutInnen sowie Kostenträger.

Zuordnung krankheitsspezifischer Probleme zu den Versorgungsstufen

Die Zuordnung der krankheitsspezifischen Problemlagen zu den drei Versorgungsstufen zeigt (▶ **Tab. 5–7**). Hier ist grundsätzlich zwischen der GPA und der primären Hypertonie zu unterscheiden.

Nach den Empfehlungen der European League against Rheumatism (EULAR 2009) ist jeder Verdachtsfall einer GPA so rasch wie möglich einem Vaskulitisspezialisten, d. h. einem Schwerpunktinternisten, je nach Manifestation einem Rheumatologen oder Nephrologen oder (seltener) einem Pneumologen vorzustellen. Daneben sollte so gut wie immer eine Mitbetreuung durch ein Zentrum der Spezialversorgung erfolgen. Wir gehen davon aus, dass die GPA in eine der Anlagen zur Richtlinie ambulante spezialärztliche Versorgung (§116 b SGB V; Richtlinie des GBA vom 20.7.2013) aufgenommen wird [10]. Der Arzt der Grundversorgung wird hier zu einem Mitbehandler in Abhängigkeit von den Vorschlägen der Träger der Schwerpunkt- und Spezialversorgung.

Es dürfte eine Seltenheit sein, dass die Diagnose GPA auf der Stufe der Grundversorgung gestellt wird. Oft ist sie das Ergebnis einer stationären Abklärung. Die der Grundversorgung zugeschriebene Rolle der Mitbehandlung gilt nur für den Umgang mit der GPA und interferiert nicht mit den weiter oben aufgeführten Aufgaben und Funktionen dieser Stufe.

Anders ist die Situation im Bereich der primären Hypertonie, auf die sich ▶ **Tab. 5–7** beziehen. Sie ordnen den drei Versorgungsstufen jeweils spezifische Problemlagen zu. Die umfangreichste Arbeitslast in der Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung muss von der Grundversorgung getragen werden. Wollte man größere Teile der Standard-Diagnostik und -Therapie dieser häufigsten Hypertonieform der Schwerpunktversorgung übertragen, würde man die Zugänge zu ihr verstopfen, sie selbst überlasten und von den Fällen ablenken, für die ihre Expertise unverzichtbar ist.

Dass eine solche Arbeitsteilung eine angemessene Weiter- und Fortbildung der in der Grundversorgung engagierten ÄrztInnen im Bereich Hyperto-

nie voraussetzt, ist selbstverständlich. Seit mehreren Jahren ist es möglich, sich zum zertifizierten Hypertensiologen nach den Vorschriften der Deutschen Hochdruckliga (DHL) fortzubilden. Jedoch ist deren Zahl heute und auf absehbare Zeit noch zu gering, um sie als eigenes Element der Stufe der Grundversorgung hinzuzufügen. Wir sehen sie am ehesten als konsiliarische Ressource bei komplizierter oder komplexer Hypertonie.

Die Zuordnungen in ▶ **Tab 5 – 7** sind nicht als statisch und ausschließend zu verstehen. Es gibt Überlappungen und gute Gründe, von den Empfehlungen der Kommission lokal/regional abzuweichen. In den Klammern sind ausgewählte Leistungen aufgeführt, die sich aus der vorangehenden Zuordnung ergeben. Diese Aufstellung kann ergänzt werden durch eine weitere, die die Merkmale hervorhebt, die für den Übergang von einer auf eine andere Stufe indizieren.

▶ **Tab. 8** zeigt, dass der Wechsel der Versorgungsstufen nicht als Einbahnstraße zu verstehen ist. Grundsätzlich sollten so viele Patienten wie möglich primär aber auch sekundär (nach den Vorschlägen der weiteren Kompetenzstufen) im Bereich der Grundversorgung behandelt werden.

Integration weiterer Versorgungssektoren und Berufsgruppen

Grundsätzlich gilt für risikoreiche chronisch-somatische Erkrankungen, dass die betroffenen Patienten auf Dauer nicht von einem einzigen Arzt und nicht von einer einzigen Berufsgruppe behandelt werden können. Solche Erkrankungen sind „multifokal“; meist brennt es an mehreren Stellen zugleich – was die Aktivierung verschiedener Spezialisten mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und oft auch die Nutzung verschiedener Versorgungsstufen und Versorgungssektoren nötig macht.

Die Hauptarbeitslast liegt sowohl bei der GPA wie bei der Hypertonie beim ambulanten Versorgungssektor. Auch wenn GPA-Kranke – relativ – häufiger auf eine teilstationäre (wenn vorhanden), stationäre bis hin zu einer intensivmedizinischen Behandlung angewiesen sein dürften, absolut wird die Zahl der Hochdruckkranken sehr viel größer sein, die bei den typischen Komplikationen und Folgen dieser Erkrankung (v. a. akutes Koronarsyndrom, Schlaganfall, Niereninsuffizienz) stationär aufgenommen werden müssen. Die Indikation hierzu kann von jedem Arzte jeder Stufe gestellt werden.

In- wie ausländische Erfahrungen weisen darauf hin, dass ein Teil der in Deutschland bisher von ÄrztInnen bewältigten Arbeitslast in der Versorgung von Hochdruckkranken genauso gut, erfolgreich und zufriedenstellend von Angehörigen

nicht-ärztlicher Heilberufe übernommen werden kann. Wir verweisen auf das deutsche „Greifswalder 3-Stufen-Modell“ einer Übertragung medizinischer Tätigkeiten an andere Berufsgruppen [11]. Wir halten es für möglich, auch anspruchsvollere Arbeitsaufgaben (strukturierte Risikoerschätzung, Verlaufsbeobachtung, Anpassung eines einfachen Medikamentenregimes, Schulungen) auf besonders weitergebildete Pflegepersonen oder medizinische Fachangestellte zu delegieren („Hypertonieassistent DHL“, „Rheumatologische Fachassistenz DGRh-BDRh“).

Weniger klar ist die Indikationsstellung zu einer rehabilitativen Intervention an einem spezialisierten Zentrum. Vorzugsweise sollte sie von einem Arzt der Schwerpunktversorgung vorgenommen werden. Bei der GPA wäre es naheliegend, während eines stationären akutmedizinischen Aufenthaltes in einer spezialisierten Abteilung überlappend kurative, rehabilitative und edukative Zielsetzungen zu verfolgen (analog zur „multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung, OPS 8–983). Dies setzt entsprechende multiprofessionelle Teams und Strukturen voraus.

Anders liegt die Situation für Hochdruckkranke. Sind bei diesen irreversible, eine Krankenhausbehandlung erfordernde Organschäden eingetreten, dann wird man organspezifisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen für eine Anschluss-

Tab. 5 Zuordnung der krankheitsspezifischen Problemlagen bei primärer Hypertonie – Grundversorgung.

Versorgungsstufe	Indizierende Merkmale / Aufgaben
Grundversorgung	<p>Krankheits-, Patienten- und Therapiemerkmale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ hochnormaler Blutdruck (weitere Beobachtung, Lebensstilberatung) ▶ Ausschluss oder Nachweis einer Weißkittel- oder maskierten Hypertonie ▶ unkomplizierte Hypertonie Grade 1–2, häusliche BD-Messungen ▶ keine oder asymptomatische Organschäden (Screening) ▶ Standardlabor (Mikroalbuminurie, Kreatinin) ▶ 12-Kanal-EKG (Veranlassung Langzeit-BD-Messung, Veranlassung Spiegelung des Augenhintergrunds, ggf. Belastungs-EKG) ▶ ambulante Schätzung des kardio- und / oder zerebrovaskulären Gesamtrisikos (Screening nach Komponenten des metabolisch-vaskulären Syndroms) ▶ psychosoziales Assessment (u. a. Verweis auf Patientenselbsthilfe) ▶ Lebensstilberatung (Reevaluation nach 3–6 Monaten, einfache Patientenschulung) ▶ einfache medikamentöse Therapie (bis zu drei Antihypertensiva unter Einschluss eines Diuretikums; Reevaluation nach 2–4 Wochen, einfache Patientenschulung) ▶ häufige und leichte Nebenwirkungen

rehabilitation in Anspruch nehmen (sollen). Die Deutsche Rentenversicherung registrierte 2012 knapp 5000 stationäre und sonstige Rehabilitationsleistungen unter der Primärdiagnose „essenzielle und sekundäre Hypertonie“. Für die koronare Herzkrankheit wurden dagegen mehr als 35 000 Leistungen verzeichnet. Die Hypertonie spielt als eigenständige Rehabilitationsindikation bisher also so gut wie keine Rolle. Anders sieht es für ihre Folgekrankheiten aus. Würde man jedoch der 2010 veröffentlichten Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung: Rehabilitationsbedürftigkeit bei arterieller Hypertonie [12] folgen, wäre eine deutliche höhere Zahl stationärer (und weniger auch ambulanter) Rehabilitationsleistungen unter der Erstdiagnose pH zu erwarten. Hier existiert ein unausgeschöpftes therapeutisch-rehabilitatives Potential.

Wäre eine Rehabilitationsform für gefährdete aber noch nicht geschädigte Hochdruckpatienten mit oder ohne Metabolisch-Vaskuläres Syndrom wünschenswert und denkbar? Die Kommission neigt dazu, beide Fragen zu bejahen. Sie verweist dazu auf ein „Rahmenkonzept“ der Deutschen Rentenversicherung (DRV) „zur Umsetzung der medizinischen Leistung zur Prävention und Gesundheitsförderung nach §31 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI“. Dieses Konzept ermöglicht eine solche (ambulante oder stationäre) Leistung mit einem strukturierten Nachsorgeprogramm für erwerbs-

tätige Versicherte mit einer riskanten Hypertonie. Es geht davon aus, „dass medizinische und multiprofessionelle Interventionen bereits im Vor- oder Frühstadium bei vielen verhaltens-, aber insbesondere auch lebensstilbedingten Gesundheitsstörungen die Gesunderhaltung fördern bzw. die Auswirkungen von Gesundheitsstörungen auf die Beschäftigungsfähigkeit begrenzen können“ [13].

Der Vorteil rehabilitativer Leistungen nach den Standards der DRV ist, dass mit ihnen alle benötigten Heilberufe (Medizin, Pflege, Psychologie, Physio- und Sporttherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialarbeit/pädagogik sowie Leistungen zur beruflichen (Re)Orientierung) unmittelbar zur Verfügung stehen. Sonst sind die jeweils benötigten Fachleute (zur Beeinflussung der Risiken und Folgen der Krankheit) vom ambulanten Sektor hier wieder vorzugsweise von den Teilnehmern an der Schwerpunktversorgung einzubeziehen. Sie verfügen über die belastbarsten Erfahrungen zu Wirksamkeit, Nutzenchancen, Schadenrisiken und Kosteneffizienz der im Einzelfall zu indizierenden Leistungen. Angesichts der herrschenden Behandlungsbedingungen und Behandlungsroutinen ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die entsprechenden Indikationen im notwendigen Umfang realisiert werden.

Spielen für die Hochdruckerkrankung und ihren Behandlungsverlauf psychische Beeinträchtigungen und Faktoren eine prominente Rolle, kommt auch die Veranlassung einer längeren psychosomatischen (vorzugsweise verhaltensmedizinisch orientierten) Rehabilitation infrage.

Tab. 6 Zuordnung der krankheitsspezifischen Problemlagen bei primärer Hypertonie – Schwerpunktversorgung.

Versorgungsstufe	Indizierende Merkmale
Schwerpunktversorgung	<p>Krankheits- und Patientenmerkmale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verdacht auf sekundäre pH-Form (Abklärung) ▶ pH-Patient im Jugend-/jungen Erwachsenenalter ▶ Komplizierter pH ▶ biomedizinisch komplexer pH ▶ essenzieller pH Grad 3, pH-Notfall (ggf. Krankenhauseinweisung) ▶ (ir)reversible Organschäden (Unter Beachtung des reno-vaskulären Kontinuums: pAVK; TIA und Schlaganfall; Angina pectoris, akutes Koronarsyndrom, Myokardinfarkt, LV-Hypertrophie, Herzinsuffizienz; Mikroalbuminurie und Niereninsuffizienz; Fundus hypertonicus; kognitive Einschränkungen; Abklärung in Kooperation mit anderen SchwerpunktinternistInnen, weitere technische und Labor-Untersuchungen) ▶ unklare Therapieresistenz (Abklärung, Korrektur) ▶ komplexe medikamentöse Therapie (komplexe Schulung) ▶ seltene und schwere Nebenwirkungen ▶ hohes kardio/zerebrovaskuläres Risiko ▶ multiple Komorbiditäten (ggf. Schlafapnoe berücksichtigen) ▶ komplexe psychosoziale Problemlagen (gezielte Überweisung an nicht-ärztliche TherapeutInnen, BeraterInnen; gezielte Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, medizinische Rehabilitation)

Besondere Versorgungsformen

Beide Modellkrankheiten haben eines gemeinsam: es gibt für sie keinen eigenen „Facharzt“; ihre Manifestation und ihr Verlauf sind so vieltalig, dass gleichzeitig oder nacheinander InternistInnen verschiedener Schwerpunkte und weitere GebietsärztInnen in Anspruch genommen werden müssen.

Dies legt den Gedanken nahe, für die Versorgung der jeweiligen Krankheiten Zentren zu gründen und vorzuhalten, die eine multidisziplinäre Versorgung „aus einer Hand“ anbieten. Dies ist im Bereich der GPA leichter möglich als im Bereich der primären Hypertonie: Die GPA ist sehr selten, gilt als hochgefährliche Krankheit, ihre Komplexversorgung erfordert eine sehr spezielle Expertise, die Behandlung ist diffizil, riskant und damit auch zeitaufwendig und kostenintensiv. Für solche Krankheiten lassen sich Zentren verhältnismäßig leicht gründen und akzeptieren. Es dürfte innerärztlich kaum widerstreitende Interessen geben. Auch die Patienten sind erfahrungsgemäß bereit, erhebliche Fahrtaufwendungen auf sich zu nehmen, um „ihr“ Zentrum zu erreichen. Und auch

die Kostenträger sehen die Vorteile einer hochkompetenten zentralisierten spezialfachärztlichen Versorgung.

Definitiv anders ist dies im Bereich von Volkskrankheiten wie der Hypertonie. Hier käme es darauf an, die Indikation zur Überweisung an ein bereits bestehendes oder neu zu gründendes Hochdruckzentrum („Hochdrucklabor“, „Hypertension Clinic“, „Blood Pressure and Vascular Protection Clinic“ etc.) so spezifisch wie möglich zu formulieren. Ein „Basisassessment“ jedes und jeder Hochdruckkranken durch ein Zentrum hätte in der Mehrzahl aller Fälle kaum einen Zusatznutzen gegenüber der Grundversorgung und wäre weder notwendig noch wirtschaftlich (cf. § 12 SGB V). Die hier nur skizzierten Zentren sollten sich in erster Linie auf die Fälle konzentrieren, die in ▶ Tab. 7 der Spezialversorgung zugeordnet wurden. Welche Fälle der Schwerpunktversorgung von einer (auch wirtschaftlichen und der GKV-Gemeinschaft finanziell zumutbaren) Zentrumsvorstellung profitieren würden, wäre noch zu diskutieren.

Sinnvoll scheint auch die Gründung von regionalen Netzwerken von krankheitsrelevanten SchwerpunktinternistInnen unter Beteiligung der erwähnten Hypertensiologen und der Spezialversorgung und mit engen Verbindungen zur Grundversorgung. Diese Fachleute verfügen über die notwendige krankheitsspezifische Expertise auch in der Verordnung der jeweils infrage kommenden Heil- und Hilfsmittel und der medizinischen Rehabilitation und der Involvierung der weiteren o. g. Heilberufe. Ein solches Netzwerk ist auch in der Lage, für die in vielen Fällen notwendige intensive und komplexe Patientenschulung zu sorgen.

Grenzen der bisherigen Arbeit

Auch wenn Grundzüge der für die GPA und der primären Hypertonie angestrebten Versorgungspfade skizziert werden konnten; viele Details bedürfen einer vertiefenden Diskussion (u. a. die Rolle der weiteren Gesundheitsberufe und der Telemedizin, Rolle des Selbstmanagements der Patienten und stabiler Arzt-Patient-Beziehungen, Berücksichtigung des Metabolisch-Vaskulären Syndroms, Bedeutung und Ausmaß regionaler Differenzen in der GPA/pH-Epidemiologie und aktuellen Versorgung, Abschätzung der für die Umsetzung der Empfehlungen notwendigen Aufwände) und vor allem der systematischen Absicherung durch die jeweils verfügbare Evidenz [14–17]. Bisher kann sich der vorliegende Text allein auf die rund zweijährige Kommissionsarbeit und zwei Konsentierungen berufen.

Die erste Konsentierung erfolgte innerhalb der Vorstände von DGIM und BDI im Juli 2014, die

Versorgungsstufe	Indizierende Merkmale
Spezialversorgung	Krankheits-, Patienten- und Therapiemerkmale <ul style="list-style-type: none"> ▶ Abklärung und Behandlung hochkomplexer somatischer Problemlagen, auch aus dem Bereich der sekundären Hypertonien ▶ Echte Therapieresistenz (ggf. invasive Therapieformen, z. T. unter wissenschaftlicher Evaluation) ▶ pH in der Schwangerschaft (Kooperation mit Geburtshilfe) ▶ Beteiligung an (inter)nationalen Studien

Tab. 7 Zuordnung der krankheitsspezifischen Problemlagen bei primärer Hypertonie – Spezialversorgung.

zweite mit Hilfe externer Moderation (Frau Prof. Kopp, Marburg) im Rahmen der erwähnten Fachkonferenz am 10.12.2014 in Berlin. Die Empfehlungen des Memorandums kommen damit in die Nähe des S2k-Niveaus klinischer Praxisleitlinien.

Ein Weg zur Realisierung und Evaluierung der Empfehlungen

An dieser Konferenz nahmen knapp 30 Personen teil; sie repräsentierten teils die multidisziplinär zusammengesetzte Kommission (s. u.) einschließlich ihrer Patientenvertreter, teils externen klinischen wie institutionellen und administrativen Sachverstand (u. a. seitens der GKV und DRV).

Für die Weiterentwicklung des Projekts besonders wichtig war der zweite Teil der Berliner Konferenz. In ihm ging es um die Chancen und Möglichkeiten einer Realisierung und Evaluierung der fachlich konsentierten Empfehlungen des Memorandums.

Einmütig sprachen sich die Anwesenden für den Versuch eines raschen Transfers aus. Dazu wurden Gespräche zwischen der Kommission und den drei durch Mitarbeiter vertretenen Gesetzlichen Krankenversicherungen (AOK Niedersachsen, Barmer GEK, Techniker Krankenkasse) noch für das erste Quartal 2015 ins Auge gefasst.

In der Diskussion ergab sich folgendes Ergebnis:

1. Dieses Stufenmodell könnte auch im Interesse der drei vertretenden GKVen liegen; die GKV-Vertreter sagten weitere Vorklärungen in ihren Häusern zu.
2. Jede Krankenkasse wird ggf. überlegen, eigene inhaltliche, regionale und methodische Schwerpunkte zu setzen.
3. Es müsste in jedem Fall im Bereich beider Modellkrankheiten weitere inhaltliche Fokussierungen geben. Aus Sicht der Kliniker wurden für die primäre Hypertonie u. a. genannt: Schwangerschaftshochdruck (Integration der Gynäkologie!), pH bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, therapieresistenter pH, Kranke mit erhöhtem Schulungsbedarf

Versorgungsstufen	Wechsel-indizierende Merkmale
Grundversorgung ▶ Schwerpunktversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hypertonie Grad 3, pH-Notfall mit Gefährdung von ZNS, Herz, Lungen (ggf. auch stationäre Einweisung) ▶ V. a. auf sekundäre pH-Form ▶ Anhaltspunkt für latente oder klinisch manifeste Organschäden (komplizierter pH) ▶ hohes kardio / zerebrovaskuläres Risiko (für Inzidenz oder Rezidiv) ▶ „Therapieresistenz“ (einschließlich scheinbare Resistenz „Pseudoresistenz“) ▶ multiple Komorbiditäten, komplexe psychosoziale Problemlage ▶ hoher Schulungsbedarf ▶ schwere und seltene Nebenwirkungen
Schwerpunktversorgung ▶ Spezialversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ echte Therapieresistenz ▶ Hochdruck und Schwangerschaft ▶ hochkomplexe Problemlage ▶ Indikation(sstellung) zu einer invasiven Therapieform
Spezialversorgung ▶ Schwerpunktversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ gelungene Einstellung einer (hoch)komplizierten oder therapieresistenten Hypertonie ▶ Ende der Schwangerschaft (Behandlungsübernahme)
Schwerpunktversorgung ▶ Grundversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ längerfristig stabile Einstellung einer un- oder wenig komplizierten Hypertonie (Behandlungsübernahme)

Tab. 8 Wechsel der Versorgungsstufen bei primärer Hypertonie.

- (auch zum Selbstmanagement), Kranke mit beruflichen Problemlagen. Zur GPA wurde die Bedeutung einer frühen Diagnosestellung und risikoadaptierten Therapieplanung erwähnt. En detail wären dann die (langfristigen) Versorgungsziele, die Leistungen des Modells, seine Begleitmaßnahmen (z. B. Schulungen), Struktur-, Prozess- und Indikationsparameter und messbare patientennahe Outcomes sowie ein Zeitrahmen zu definieren. Klärungsbedürftig sind auch der (zusätzliche) Dokumentationsaufwand, die Erfassung qualitativ belastbarer Daten bei GKV, DRV, Pflegekassen, die Datenübermittlung, ihre Schnittstellen, die Datenauswertung sowie der Datenschutz.
4. Die klinischen Präferenzen müssen mit den Interessen, den Bedürfnissen und den (auch administrativen) Möglichkeiten der Krankenkassen abgeglichen werden. Die Spezifizierung weiterer Schwerpunkte ist ebenso zu erwarten wie allseits gewünscht.
 5. Ein weiterer Abgleich mit den Erfahrungen und Interessen spezifischer Leistungserbringer (auch im Bereich GPA) und weiterer Patientenvertreter bzw. Patientenorganisationen sollte vorgesehen werden.
 6. Eine Realisierung des oder der Transferprojekts/e steht oder fällt mit der Gewinnung einer ausreichenden Zahl von aktiv interessierten Grundversorgern (in ausgewählten Regionen?).

7. Es muss ein geeigneter rechtlicher Rahmen identifiziert werden (§§ 63, 92 a, 140 a SGB V; Aktionsplan Versorgungsforschung des BMBF von Dezember 2014). Dies wird abschließend wohl erst möglich sein, wenn die Novelle zum SGB V (SGB-VSG) verabschiedet ist. Daran knüpft sich die Frage der Finanzierung von modellspezifischen Leistungen. Welche finanziellen und nicht-finanziellen Anreize fördern eine Beteiligung aller Involvierten? Gibt es relevante Interessenskonflikte?
8. Jedes einzelne Transferprojekt sollte von einer wissenschaftlich belastbaren formativen Evaluation begleitet werden: Sind die Empfehlungen des Memorandums bei den ausgewählten Krankengruppen wirksam und nützlich im Vergleich zu dem, was heute als „usual care“ etabliert ist? Hier ist das Problem der Bildung sinnvoller Vergleichsgruppen zu lösen. Zu achten ist auf eventuelle unintendierte Wirkungen des Modells und seines Transfers.

Rasch zu klären bleibt, wie die hier nur skizzierten Prozesse zu organisieren und von wem sie institutionell, personell und finanziell zu tragen sind.

Danksagung

- ▶ Wir danken Herrn Dr. Kopetsch (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Leiter des Referats Bedarfsplanung, Bundesarztregister und Datenaustausch) sowie Herrn Munz (KBV, Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur, Abteilung Sicherstellung, Bereich Bundesarztregister) für die Auswertungen der Daten aus dem Bundesarztregister, die sich auf den 31.12.2012 beziehen.
- ▶ Herrn Dr. K. Heger aus der Projektgruppe danken wir für die Ermittlung gut vergleichbarer Daten zum Bundesland Schleswig-Holstein.
- ▶ Dank und Anerkennung gebührt darüber hinaus auch Frau Dr. Glaser-Möller (Fachausschuss Rehabilitation der DRV Nord, 03/2012 Niederschrift zu TOP 13) für einen entsprechenden Hinweis zum strukturierten Nachsorgeprogramm für erwerbstätige Versicherte mit einer riskanten Hypertonie.
- ▶ Wir danken der wissenschaftlichen Referentin der DGIM, Frau Katja Müller M. A., für die präzise redaktionelle Überarbeitung des Manuskriptes.
- ▶ Danken möchten wir allen Akteuren, insbesondere den Mitgliedern der Projektgruppe und den Beteiligten an der Fachkonferenz.

Teilnehmer der Fachkonferenz:

Projekt Integrierte Internistische Versorgung

Dr. med. Matthias Böhm, Kiel
 Prof. Dr. med. Gerd Bönner, Freiburg / Bad Krotzingen
 Katja Brodersen, Ahrensburg
 Prof. Dr. med. Klaus Dalhoff, Lübeck
 Dr. Stefan Dudey, Schwäbisch Gmünd
 Dr. med. Johannes Falk, Berlin
 Prof. Dr. med. Dr. h. c. Ulrich Fölsch, Kiel

Prof. Dr. med. Wolfgang Gross, Lübeck
 Dr. med. Klaus H. Heger, Glückstadt
 Dr. med. Jürgen Höder, Lübeck
 Dr. med. Wolf-Dieter Kirsten, Hannover
 Prof. Dr. med. Ina Kopp, Marburg
 Prof. Dr. med. Michael Koziolok, Göttingen
 Prof. Dr. med. Martin Middeke, München
 Katja Müller M. A., Wiesbaden
 Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Hamburg
 Dr. Ing. Wolfgang Pfeiffer, Leverkusen
 Frank Preugschat, Hannover
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Heinrich Raspe, Lübeck
 Prof. Dr. med. Martin Scherer, Hamburg
 Dr. med. Thomas Schmidt, Göttingen
 PD Dr. med. Wilhelm Schmitt, Weinheim
 Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, München
 Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt
 Prof. Dr. med. Stefan Spitzer, Dresden
 Dr. Frank Verheyen, Hamburg

Mitglieder der Projektgruppe:

Integrierte Internistische Versorgung

Katja Brodersen, Ahrensburg
 Prof. Dr. med. Klaus Dalhoff, Lübeck
 Prof. Dr. med. Dr. h. c. Ulrich Fölsch, Kiel
 Prof. em. Dr. med. Wolfgang Gross, Lübeck
 Dr. med. Klaus H. Heger, Glückstadt
 Dr. med. Wolf-Dieter Kirsten, Hannover
 Prof. Dr. med. Rainer Kolloch, Bielefeld
 Dr. med. Katerina Laskari, Lübeck
 Prof. Dr. med. Johannes F. E. Mann, München
 Katja Müller M. A., Wiesbaden
 Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Hamburg
 Dr. Ing. Wolfgang Pfeiffer, Leverkusen
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Heinrich Raspe, Lübeck
 PD Dr. med. Eva Reinhold-Keller, Bad Bramstedt
 Dr. med. Thomas Schmidt, Göttingen
 Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, München
 Prof. Dr. med. Joachim Weil, Lübeck

Literatur

- 1 Fachkommission Diabetes der Sächsischen Landesärztekammer und KV Sachsen: Praxis-Leitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom (MVS). 2. Auflage 2013. http://www.ag-sachsen.de/tl_files/ll/pdf/PLLMVS2publ.pdf Letzter Zugriff 17.03.2015
- 2 Schröder TH, Raspe H. Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein. In: Schwartz WF, Angerer P (Hrsg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln (Deutscher Ärzte-Verlag) 2010, 83–100
- 3 Medical Professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet* 2002; 359: 520–22 <http://annals.org/article.aspx?articleid=474090> (11.03.2015).

- 4 Herlyn K, Buckert F, Gross WL, Reinhold-Keller E. Doubled prevalence rates of ANCA-associated vasculitides and giant cell arteriitis between 1994 and 2006 in northern Germany. *Rheumatology* 2014; doi 10.1093/rheumatology/ket440.
- 5 Neuhauser H, Thamm M, Ellert U. Blutdruck in Deutschland 2008–2011. *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 795–801. <http://edoc.rki.de/oa/articles/re8KOEo8EndiU/PDF/27o1T5kanfuvA.pdf> (17.03.2015)
- 6 Diederichs C, Neuhauser H. Regional variations in hypertension prevalence and management in Germany: Results from the German Health Interview and Examination Survey (DEGS1). *J Hypertens* 2014; 32: 1405–1414
- 7 Dzau VJ, Antman EM, Black HR et al. The cardiovascular disease continuum validated. Clinical evidence of improved patient outcomes. Part I and II. *Circulation* 2006; 114: 2850–2891
- 8 European Society of Cardiology. SCORE Risk Charts. www.escardio.org/communities/EACPR/toolbox/health-professionals/Pages/SCORE-Risk-Charts.aspx Letzter Zugriff 12.6.2012
- 9 Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y et al. Derivation and validation of QRISK, a new cardiovascular diseases risk score for the United Kingdom: a prospective open cohort study. *BMJ* 2007; 335: 136–141
- 10 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. Integrierte Versorgung. <http://www.dgrh.de/versorgungsmodelle.html> Letzter Zugriff 20.3.2014
- 11 Hoffmann W, van den Berg N, Dreier A. Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen. *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 555–561
- 12 Deutsche Rentenversicherung. Leitlinien für die Sozialmedizinische Begutachtung. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208320/publicationFile/12762/leitlinien_rehabeduerftigkeit_hypertonie_langfassung_pdf.pdf Letzter Zugriff 10.1.2014
- 13 Meffert D, Mittag O, Jäckel WH. Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2013; 52: 391–398
- 14 Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension* 2013; 31: 1281–1357
- 15 James PA, Oparil S, Carter BL et al. 2014 Evidence-based guidelines for the management of high blood pressure in adults. *JAMA* 2014; 311: 507–520
- 16 Hausärztliche Leitlinie zur Hypertonie. Leitlinien-gruppe Hessen. Version 3.00 vom 3.02.2010. http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/hypertonie_ll.pdf Letzter Zugriff 17.03.2015
- 17 www.pmvforschungsgruppe.de Letzter Zugriff 12.03.2015

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe

Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin
 Universität zu Lübeck
 heiner.raspe@uk-sh.de

Prof. em. Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch

Em. Direktor der Klinik für Innere Medizin I Uni-Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
 urfoelsch@1med.uni-kiel.de

Prof. em. Dr. med. Wolfgang L. Gross

Seniorprofessor für die DFG-Forschergemeinschaft im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Lübeck
 wolfgang.gross@uksh.de

Dr. med.

Wolf-Dieter Kirsten

Hannover-Südstadt
 eMail dr-kirsten@t-online.de

Dr. med.

Hans-Friedrich Spies

Rechts- und Steuerberatung
 Frankfurt/Main
 buero-dr.spies@hfbp.de

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger

Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie. Städtisches Klinikum München GmbH
 petra-maria.schumm-draeger@klinikum-muenchen.de

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

DOI 10.1055/s-0041-102338
 Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 917–927
 © Georg Thieme Verlag KG · Stuttgart · New York ·
 ISSN 0012-0472