

Folgende Punkte sollten bei der Anamnese aufhorchen lassen:

- Früher Beginn der Hypertonie (< 30 Jahre)
- Später Beginn (> 60 Jahre)
- Hochdruckkrisen
- Maligne Hypertonie
- „Plötzliches“ Auftreten, wobei hinterfragt werden soll, ob es wirklich plötzlich war
- Medikamentenanamnese.

Die klinische Untersuchung kann diese Auffälligkeiten ergeben:

- Abdominelles Strömungsgeräusch
- Blutdruckdifferenz
- Fehlende Fußpulse
- Hyperthyreoter Habitus
- Cushing-Habitus.

Aus den Laborbefunden schließlich können folgende Befunde zum therapeutischen Eingreifen zwingen:

- Hypokaliämie

- Niereninsuffizienz
- Pathologischer Urinstatus.

Wünschenswert erscheint die Abdomensonographie, denn sie liefert – ohne den Patienten zu belasten – Auskünfte über Nierenmorphologie und Nierenparenchym, zudem über eine renovaskuläre Hypertonie (einseitige Schrumpfniere), über Nebennierentumoren und nicht zuletzt den Gefäßstatus von Aorta und großen Gefäßen.

### Bei Therapieresistenz die Compliance prüfen

Dass die weiterführende Diagnostik nur selten wirklich nötig ist, sollte man nicht vergessen, wenn sich ein Patient mit schwer einstellbarer Hypertonie vorstellt. Zuerst gilt es mit kriminalistischem Gespür herauszufinden, ob nicht Complianceprobleme hinter dem vermeintlichen Therapie-

versagen stecken. Eine Anekdote zu diesem Punkt gab Prof. Rainer Düsing von der Medizinischen Universitätspoliklinik Bonn zum Besten. Wenn Hypertoniker in die Ambulanz kamen, denen schon eine Mehrfach-Kombinationstherapie verordnet wurde, ohne dass damit der Druck beherrscht werden konnte, lautete die Anordnung: alle Medikamente vor den Augen eines Arztes einnehmen und beobachten. Nicht selten kollabierten die Patienten nach wenigen Minuten und mussten intensivmedizinisch aufgepäppelt werden. Der Beweis, dass die verordneten Tabletten gar nicht eingenommen wurden, konnte drastischer nicht sein. **DR. MED. JOCHEN AUMILLER** ■

- Quelle: 29. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Hochdruck-Liga, Berlin, 23.–25. 11. 2005. Erstes gemeinsames Symposium der DEGAM mit der Hochdruck-Liga.

## Hausarztnetz gibt Einblick in die Versorgungspraxis

### Was sich wirklich abspielt

Vor wenigen Jahren schlossen sich Hausärzte aus Südbaden und Hamburg zu einem Netz aus Qualitätspraxen zusammen, sie erlegten sich die Selbstverpflichtung zu leitliniengetreuer Therapie auf und verpflichteten sich zu internem Qualitätsmanagement. Ihre Datenbank ermöglicht einen Einblick in die Versorgungsrealität einschließlich der pharmakoökonomischen Konsequenzen.

Der ökonomische Hintergrund der Hypertonie wird meist unterschätzt. Mit 91,5 Millionen Verordnungen waren die Antihypertensiva 2003 an zweiter Stelle der verordnungstärksten Indikationsgruppen, der GKV brachte dies eine Belastung von 3,2 Milliarden Euro.

Die vorgetragenen Daten stammten aus 29 Praxen des Qualitätsnetzes und wurden im zweiten und dritten Quartal 2004 gesammelt. Insgesamt kamen 37667 Patienten in die Praxen, darunter 9463 Hypertoniker; das entspricht einer Prävalenz von 25%. Keine Antihypertensiva hatten 35%.

Insgesamt ergaben sich im Berichtszeitraum 19 351 Verordnungen mit 1 614 642 täglichen Tagesdosen (DDD) und einem



Foto: Au

Gesamtkostenvolumen von € 648 833. Spitzenreiter bei den DDD und bei den Kosten waren die ACE-Hemmer (plus Diuretikum). Geordnet nach DDD folgten Betablocker, Kalziumantagonisten, Diuretika, AT<sub>1</sub>-Blocker (plus Diuretikum). Das „Reservemittel“ Reserpin macht immerhin noch über 45 000 DDD aus.

**Hypertonie ohne Begleitdiagnosen**  
Die Mehrzahl der Hypertoniker (n =

5668) hatte keine Begleitdiagnosen, eine Monotherapie reichte in der Regel aus. Nach den evidenzbasierten Empfehlungen sollten unter 55-Jährige Betablocker und über 55-Jährige Diuretika erhalten. In der Praxis sah das allerdings anders aus. Die Rangfolge nach DDD: ACE-Hemmer, Betablocker, Kalziumantagonisten und AT<sub>1</sub>-Blocker. Die ermittelten Gesamtkosten beliefen sich auf € 315 609, die möglichen Therapiekosten – hätte man nur Betablocker und Diuretika verschrieben – theoretisch auf € 160 153. Ein Einsparpotenzial von 50% stellten die Autoren des Berichts, Simon John und Wilhelm Niebling, fest.

Insgesamt zeigte die Erfassung, dass Evidenzen und Praxisalltag auseinander klaffen, vielleicht auch die Bewertung von Evidenzen. Wie belastungsfähig die Daten sind, steht ebenfalls zur Diskussion. Ungewöhnlich hoch erscheint z.B. der Anteil von Hypertonikern ohne Begleitdiagnose. Trotzdem sind solche Datensammlungen wertvoll, schaffen sie doch Transparenz und bieten Anknüpfungspunkte für Optimierungen.

J.A. ■