

Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung

→ Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei
arterieller Hypertonie für eine medizinische Rehabilitation
der Deutschen Rentenversicherung

→ 2019



Hinweis

Den Expertinnen und Experten aus Fachgesellschaften, Rehabilitationseinrichtungen und Verwaltungen der Deutschen Rentenversicherung, die an der Erstellung der vorliegenden Leitlinie beteiligt waren, sei an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre konstruktiven fachlichen Beiträge vielmals gedankt.

Ansprechpartner:

Die fachliche Betreuung der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung erfolgt im Bereich 0440 „Sozialmedizin“.

Als Ansprechpartner für die „Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei arterieller Hypertonie“ stehen zu Ihrer Verfügung:

Dr. med. Johannes Falk
Bereich 0440
Tel.: 030 865-39323
E-Mail: dr.johannes.falk@drv-bund.de

Dr. med. Silke Brüggemann
Bereich 0440
Tel.: 030 865-39323
E-Mail: dr.silke.brueggemann@drv-bund.de

Leitlinie im Internet:

Die Leitlinie ist auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung zugänglich unter: www.deutsche-rentenversicherung.de (Pfad: Infos für Experten → Sozialmedizin und Forschung → Sozialmedizin → Begutachtung → Leitlinien)

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	3
1	Sozialmedizinische Bedeutung	3
2	Definitionen und Klassifikationen der arteriellen Hypertonie	4
3	Bio-psycho-soziales Modell und ICF	7
4	Sachaufklärung	9
5	Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit für eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	10
5.1	Schwere der Erkrankung	10
5.2	Subjektive Beschwerden	10
5.3	Risikofaktoren	11
5.4	Linksventrikuläre Hypertrophie	11
5.5	Therapieprobleme	11
5.5.1	Schwere Einstellbarkeit	11
5.5.2	Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung	12
5.5.3	Mehrfachmedikation	12
5.6	Hypertensiver Notfall	12
5.7	Chronische Folgekrankheiten der Hypertonie	13
5.8	Psychische Faktoren	13
5.9	Besondere berufliche Belastungen	14
6	Rehabilitationsdauer, Rehabilitationsform und Rehabilitations-Nachsorge	15
6.1	Rehabilitationsdauer	15
6.2	Rehabilitationsform und Rehabilitations-Nachsorge	15
7	Anlagen	16
8	Erstellungsprozess der Leitlinie	18
8	Literatur	21

Tabellen

Tabelle 1	Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung wegen Hypertonie (1. Diagnose) 2017	3
Tabelle 2	Rentenzugang 2017, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI, Berentungsdiagnose Hypertonie	3
Tabelle 3	Definition und Klassifikation von Praxisblutdruck	4
Tabelle 4	Klassifikation des Blutdrucks nach American Heart Association 2017	5
Tabelle 5	Definitionen der Hypertonie anhand Praxis- und praxis-unabhängiger Blutdruckwerte	5

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Schematische Darstellung der ICF-Domänen und ihrer Wechselwirkungen	7
Abbildung 2	Behandlungskonzepte und Indikationen für eine Leistung der Deutsche Rentenversicherung nach Blutdruck und Risikofaktoren, modifiziert nach (2)	16
Abbildung 3	Stratifizierung des kardiovaskulären Gesamtrisikos nach (1)	17

1 Sozialmedizinische Bedeutung

Die folgenden Tabellen enthalten Daten zur Darstellung des Umfangs, in dem Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Tabelle 1) und Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung (Tabelle 2) bei Hypertonie erfolgen. Die Angaben gelten für den Bereich der Deutschen Rentenversicherung und sind auf die erste Diagnose des Reha-Entlassungsberichts begrenzt bzw. beruhen auf Angaben aus der Rentenstatistik der Deutschen Rentenversicherung.

Tabelle 1: Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung wegen Hypertonie (1. Diagnose) 2017.

Dreisteller der ICD 10	Männlich	Weiblich	Summe
Hypertonie (ICD 10 I10–I15)	2.423	1.450	3.873
davon			
(I10) Essentielle (primäre) Hypertonie	2.039	1.297	3.336
(I11) Hypertensive Herzkrankheit	360	138	498
(I12) Hypertensive Nierenkrankheit	8	4	12
(I13) Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	6	2	8
(I15) Sekundäre Hypertonie	10	9	19

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung 2018

2017 wurden insgesamt 1.013.588 Rehabilitationen durchgeführt. In 0,4% (N= 3.873) war eine Hypertonie als rehabegründende Erstdiagnose im Reha-Entlassungsbericht kodiert. Die Analyse der bis zu vier Begleit- bzw. kodierbaren Nebendiagnosen unterstreicht die sozialmedizinische Bedeutung der Hypertonie. 2017 wurde bei knapp 24% (N= 250.120) der Rehabilitanden eine Hypertonie (ICD I10-I15) als Begleitdiagnose kodiert.

Tabelle 2: Rentenzugang 2017, Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI, Berentungsdiagnose Hypertonie

Dreisteller der ICD 10	Männlich	Weiblich	Summe
Hypertonie (ICD-10 I10–I15)	308	250	558
davon			
(I10) Essentielle (primäre) Hypertonie	192	190	382
(I11) Hypertensive Herzkrankheit	100	52	152
(I12) Hypertensive Nierenkrankheit	9	3	12
(I13) Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	3	2	5
(I15) Sekundäre Hypertonie	4	3	7

Quelle: Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung 2018

2 Definitionen und Klassifikationen der arteriellen Hypertonie

Die Definition der arteriellen Hypertonie ist weltweit uneinheitlich und im Fluß. Für diese Leitlinie wird die Definition der „European Society of Cardiology“ herangezogen, denen sich die „Deutsche Hochdruckliga e. V. – Deutsche Hypertonie Gesellschaft“ (DHL) angeschlossen hat (siehe Tabelle 3). Die in der Tabelle genannten Blutdruckwerte basieren auf den Blutdruckwerten, die im Setting einer Arztpraxis gemessen wurden. Der häuslich beziehungsweise selbst gemessene Blutdruck und die Ergebnisse einer Langzeit-Blutdruckmessung haben andere prognostische Bedeutung und sind anders zu bewerten. Bei der Einschätzung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch den Blutdruck werden heute zusätzlich das Alter, das Geschlecht, die Komorbiditäten und (weitere) Risikofaktoren für eine kardiovaskuläre Erkrankung berücksichtigt.

Bei der Blutdruckmessung werden jeweils ein systolischer und diastolischer Wert in mmHg angegeben. Fallen systolischer und diastolischer Blutdruck in unterschiedliche Klassen, ist die höhere Klasse für die Einordnung entscheidend.

Tabelle 3: Definition und Klassifikation von Praxisblutdruck (mmHg) (1)

Kategorie	systolisch		diastolisch
Optimal	< 120	und	< 80
Normal	120-129	und/oder	80-84
Hochnormal	130-139	und/oder	85-89
Hypertonie Grad 1	140-159	und/oder	90-99
Hypertonie Grad 2	160-179	und/oder	100-109
Hypertonie Grad 3	≥ 180	und/oder	≥ 110
Isolierte systolische Hypertonie	≥ 140	und	< 90

Die Blutdruckkategorie ist definiert durch den jeweilig höheren systolischen oder diastolischen Blutdruck. Der isolierte systolische Hypertonus wird in Grad 1, 2 oder 3 eingeteilt, je nachdem wie hoch die systolischen Blutdruckwerte sind.

Die in der Tabelle 3 genannten Werte beziehen sich auf den Blutdruck in einer Arztpraxis unter Ruhebedingungen (siehe auch (2)). Die Diagnose einer Hypertonie ist dabei an mehrere Messungen gebunden. Die Empfehlungen sind dabei folgende:

- sitzende Messung nach 3 bis 5 Minuten Ruhepause vor der Messung
- mindestens zwei Blutdruckmessungen im Abstand von 1 bis 2 Minuten in sitzender Position und
- weitere Bestätigungsmessungen, wenn die ersten beiden Messungen stark differieren
- Wiederholung der Messungen, um die Genauigkeit bei Patienten mit Arrhythmien, z. B. Vorhofflimmern, zu erhöhen.

Die Blutdruckmessung sollte zumindest einmal an beiden Armen erfolgen. Der höhere Wert ist gültig. Die Klassifizierung erfolgt anhand der in der Tabelle 3 genannten Kategorien.

Die Definition und Klassifikation des Bluthochdrucks variiert und differiert zwischen unterschiedlichen Fachkreisen (z. B. Europa, WHO, Amerika). Die American Heart Association hat 2017 in ihrer Leitlinie eine neue und wesentlich strengere Definition und Einteilung publiziert (Tabelle 4).

Tabelle 4: Klassifikation des Blutdrucks nach American Heart Association 2017 (3)

normaler Blutdruck	Systolisch < 120 mmHg und diastolisch < 80 mmHg
erhöhter Blutdruck	Systolisch 120 bis 129 mmHg und diastolisch < 80 mmHg
arterielle Hypertonie	
• Stadium 1	Systolisch 130 bis 139 mmHg oder diastolisch 80 bis 89 mmHg
• Stadium 2	Systolisch mindestens 140 mmHg oder diastolisch mindestens 90 mmHg

Eine Überprüfung und Ergänzung der Diagnostik mittels 24-Stunden-Blutdruckmessung ist in der Regel unabdingbar, um die sichere Therapieindikation und individuelle Therapieform zu bestimmen. Wenn 24-Stunden-Blutdruckmessungen den Therapieentscheidungen zugrunde gelegt werden, sind die Werte im Mittel bis 15 mmHg für den systolischen und bis 10 mmHg für den diastolischen Blutdruck niedriger (Tabelle 5).

Tabelle 5: Definitionen der Hypertonie anhand Praxis- und praxisunabhängiger Blutdruckwerte nach (1)

Kategorie	Systol. Blutdruck (mmHg)		Diastol. Blutdruck (mmHg)
Praxisblutdruck	≥ 140	und/oder	≥ 90
Langzeitblutdruck (Mittelwerte)			
• Tagsüber (wach)	≥ 135	und/oder	≥ 85
• Nächtlich (schlafend)	≥ 120	und/oder	≥ 70
• 24 Stunden	≥ 130	und/oder	≥ 80
Häuslicher Blutdruck	≥ 135	und/oder	≥ 85

Zur Früherkennung einer Hochdruckerkrankung bei hoch normalem oder grenzwertigem Ruheblutdruck, zur Aufdeckung einer maskierten oder „Weißkittelhypertonie“ sowie zur besseren Einschätzung des Blutdruckverhaltens unter definierter Belastung, kann neben einer 24 Stundenmessung auch eine standardisierte Belastung in Form einer Ergometrie weitere Informationen erbringen. Sowohl die Beurteilung als auch die prognostische Wertigkeit hypertonen Blutdruckverhaltens – bei in Ruhe normalem Blutdruck – sind jedoch bei dieser Methode nicht restlos geklärt (4). Darüber hinaus ist eine einheitliche Definition der Belastungshypertonie international nicht anerkannt. In der aktuellen Leitlinie der European Society of Cardiology wird hinsichtlich der Bedeutung des Belastungsblutdrucks konstatiert, dass „der Blutdruck unter Belastung ansteigt und für die systolischen Werte ausgeprägter ist und zuverlässiger gemessen werden kann als für die diastolischen Werte. Es gibt derzeit keinen Konsens über die normale Blutdruckreaktion unter Belastung. Diese ist abhängig von verschiedenen Faktoren wie dem Blutdruck vor der Belastung, dem Alter, dem Vorliegen einer abdominellen Adipositas, dem Geschlecht (bei Frauen ausgeprägter

als bei Männern), u.a. Ein starker Anstieg des Blutdrucks unter Belastung scheint die Entwicklung einer arteriellen Hypertonie vorauszusagen. Trotzdem sollte der Blutdruckanstieg unter Belastung nicht zur routinemäßigen Risikoeinschätzung bei arterieller Hypertonie herangezogen werden, da die Datenlage unklar ist.“ Demzufolge wird empfohlen, bei einem erhöhten Blutdruck unter Belastung auf das Vorliegen einer arteriellen Hypertonie zu screenen, ohne jedoch einen konkreten Grenzwert zu nennen. Für die Einschätzung des Blutdrucks unter Arbeitsbedingungen kann dennoch eine Belastungsuntersuchung arbeits- bzw. sozialmedizinische Erkenntnisse erbringen, welche die Einschätzung der Leistungsfähigkeit für eine bestimmte Tätigkeit beeinflussen können (siehe hierzu [5]).

Mit Hilfe der Echokardiographie können die pathologischen Folgen der arteriellen Hypertonie am Herzen (z. B. linksventrikuläre Hypertrophie, diastolische Dysfunktion, linksatriale Dilatation) in der Regel sehr gut diagnostiziert werden (6). Eine routinemäßige Durchführung der Echokardiographie wird jedoch nicht empfohlen, es sei denn, es bestehen Hinweise auf eine Herzinsuffizienz.

Laboranalysen, z. B. eine Urinanalyse auf Albuminurie kann sinnvoll sein, denn bei Patienten mit Hypertonie ist eine mäßig erhöhte Mikroalbuminurie mit einem erhöhten Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert (7). Im Verlauf sollte deshalb eine solche Untersuchung nicht fehlen. In der Differentialdiagnostik zur Aufdeckung der (sekundären) Ursache können noch weitere Laboruntersuchungen sinnvoll sein.

Um die Beurteilung des kardiovaskulären Risikos des Patienten nicht nur vom Schweregrad der Hypertonie, sondern auch vom Vorliegen anderer Risikofaktoren, Organschäden oder assoziierten klinischen Erkrankungen abhängig zu machen, wird eine Risikostratifizierung vorgeschlagen (siehe Anlage Abbildung 3). Für die Behandlungsnotwendigkeit von Risikofaktoren wird das kardiovaskuläre Risiko (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall) über einen definierten, in der Regel fünf bis zehn Jahre langen Zeitraum ermittelt.

Die Entscheidung zur Einleitung einer antihypertensiven Therapie basiert vorwiegend auf der Höhe von systolischem und diastolischem Blutdruck sowie auf dem kardiovaskulären Gesamtrisiko des Patienten. Danach kann eine medikamentöse Intervention bereits bei hoch-normalem Blutdruck eingeleitet werden, wenn ein hohes kardiovaskuläres Gesamtrisiko besteht (zum Beispiel bei Patienten nach Schlaganfall, mit koronarer Herzkrankheit oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit sowie mit Diabetes mellitus). Risikofaktoren können durch Lebensstilfaktoren beeinflusst werden.

Bei Personen mit einer schweren Hypertonie ist immer eine rasche medikamentöse Behandlung indiziert verbunden mit Lebensstiländerungen – auch wenn das Risikofaktorenprofil noch nicht vollständig geklärt ist.

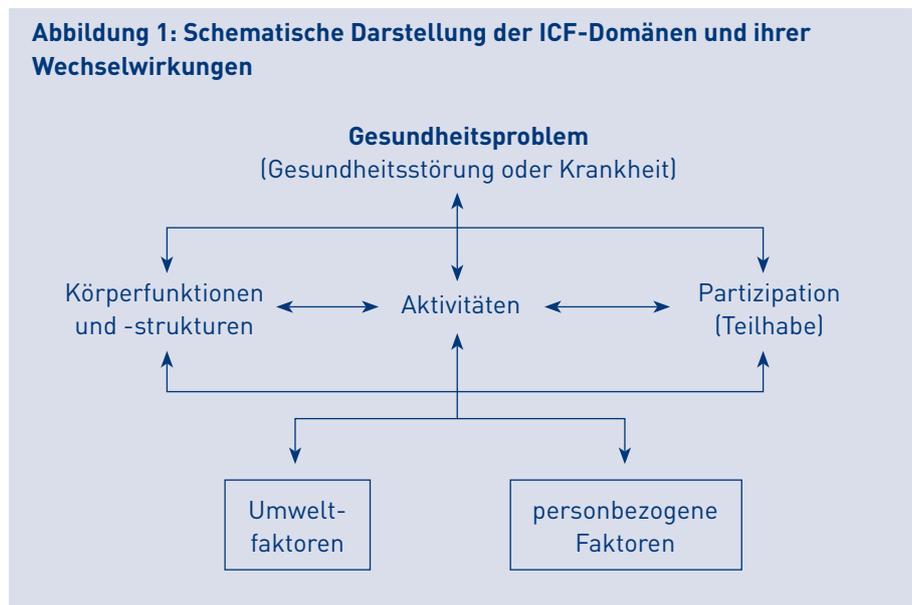
3 Bio-psycho-soziales Modell und ICF

Gesundheit und Behinderung lassen sich nach der ICD 10-Klassifikation allein nicht umfassend beschreiben. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ermöglicht eine umfassende Sichtweise auf die individuellen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems unter Einbezug des Kontextes (8, 9). Sie wird insbesondere im Gesundheitswesen zunehmend eingesetzt.

Die ICF ist ein ressourcenorientiertes Klassifikationssystem, das die Komponenten von Gesundheit klassifiziert, und zwar Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren. Personbezogene Faktoren werden ebenfalls aufgeführt (10), sie sind in der ICF jedoch nicht klassifiziert. Alle genannten Komponenten stehen miteinander in Wechselwirkung. Die ICF ermöglicht so eine fach- und länderübergreifende Vereinheitlichung und Standardisierung.

Der ICF liegt das bio-psycho-soziale Modell der WHO zugrunde. Mit dem bio-psycho-sozialen Modell (11) können nicht nur die Schädigungen des Körperstrukturen und der Funktionen beschrieben werden, sondern auch daraus resultierende Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und das Eingebundensein in das gesellschaftliche Leben unter Berücksichtigung des jeweiligen Lebenshintergrundes (Kontext) einer Person.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der ICF-Domänen und ihrer Wechselwirkungen



Das Modell erweitert so den Blick auf vorhandene Ressourcen und ist hilfreich, mögliche Förderfaktoren und Barrieren zu erkennen. Indem es den Blick von der eher kausalen Betrachtungsweise (Krankheit > Aktivitätseinschränkung > Behinderung) hin zu den Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem, Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren eines Menschen lenkt, ermöglicht es eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld, die weit über den bio-medizinischen Ansatz hinausgeht (10).

Funktionsfähigkeit

Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist die Funktionsfähigkeit. Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Mit dem Begriff der Funktionsfähigkeit werden zusätzlich zu den biomedizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen) auch Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) berücksichtigt. Außerdem werden die Kontextfaktoren der betreffenden Personen einbezogen.

Körperfunktionen und -strukturen

Körperfunktionen und -strukturen beschreiben die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers. Schädigungen sind hierbei Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und -strukturen. Psychische Störungen werden in der ICF ebenfalls auf der Ebene der Körperfunktionen eingeordnet.

Aktivitäten und Teilhabe

Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen. Unter Teilhabe versteht man das Einbezogen sein in eine Lebenssituation. Aktivitäten und Teilhabe beziehen sich auf Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche wie Bildung, Arbeit oder wirtschaftliches Leben sowie Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Auf der Ebene der Aktivitäten werden mögliche Aufgaben oder Handlungen des Individuums beschrieben, deren Durchführung von der Integrität spezifischer Körperfunktionen und -strukturen unter Berücksichtigung hemmender oder fördernder Kontextfaktoren abhängt. Dabei können die Aktivitäten sowohl unter dem Aspekt der Leistung unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen (einschließlich tatsächlicher Förderfaktoren und Barrieren, „performance“) als auch im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit – also des maximalen Leistungsvermögens unter Ideal- oder Standard- bzw. Testbedingungen, „capacity“ – betrachtet werden.

Kontextfaktoren

Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar. Sie können sich positiv auf die Teilhabe an Lebensbereichen (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, Leistungsbereitschaft der Person, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, günstige Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitswesens oder Unterstützung durch Hilfspersonen, Verbände und Vereine wie Selbsthilfegruppen) oder negativ

(Barrieren, z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze, mangelnde Motivation der Person, hohe psychische Belastung, ungünstige Arbeitsorganisation) auswirken. Individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit sind als Kontextfaktoren ebenfalls von Bedeutung.

Kontextfaktoren können die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben grundsätzlich unterschiedlich beeinflussen. Bei der sozialmedizinischen Beurteilung dürfen allerdings nur diejenigen Kontextfaktoren berücksichtigt werden, die mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehen. Umweltfaktoren, die sich auf die konkreten Arbeitsbedingungen beziehen, sind Arbeitsplatzbedingungen und -anforderungen wie beispielsweise Schicht- oder Akkordarbeit, Tätigkeiten mit besonderer körperlicher oder psychomentaler Belastung bzw. hoher Verantwortung. Der Gutachter muss dabei immer prüfen, welche der im Einzelfall wirksamen fördernden oder hemmenden Kontextfaktoren einen Bezug zum Gesundheitsproblem aufweisen. Persönliche Wünsche, berufliche Neigungen, Arbeitslosigkeit oder finanzielle Vorstellungen dürfen bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben aber keine Rolle spielen.

Das bio-psycho-soziale Modell sowie das Begriffssystem der ICF haben ihren Niederschlag im Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX (12)) gefunden. Die Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Praxis erfordert jedoch eine weitere Differenzierung und Operationalisierung sowie eine Abstimmung im Expertenkreis. Die Kodierung mittels der ICF-Klassifikation im klinischen Alltag wird von Seiten der Rentenversicherung nicht erwartet.

4 Sachaufklärung

Die Diagnose arterielle Hypertonie wird in der Regel durch die Verlaufsbeschreibung erhöhter Blutdruckwerte, oben genannte Diagnostik sowie eine entsprechende Therapie belegt. Die sozialmedizinische Entscheidung basiert auf den vorliegenden – medizinisch aussagekräftigen – Unterlagen. Im Einzelfall kann weitere Sachaufklärung erforderlich sein, zum Beispiel zur Aufdeckung von Risikofaktoren anhand von Anamnese und Laborergebnissen.

5 Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit für eine medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Die Diagnose arterielle Hypertonie allein führt nicht zur Rehabilitationsbedürftigkeit, sondern daraus folgende Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe müssen zu einer erheblichen Gefährdung oder zu einer bereits manifesten Einschränkung der Leistungsfähigkeit geführt haben. Dabei ist jeweils die individuelle berufliche Belastung zu berücksichtigen und es muss mindestens ein Rehabilitationsziel definierbar sein. Die Einschätzung des prognostischen Risikos nach Abbildung 3 kann hierfür nützlich sein, berücksichtigt jedoch nicht die Erwerbsfähigkeit (im Sinne des SGB VI bzw. der Rentenversicherung) als Endpunkt.

Auf der Grundlage der Bewertung verschiedener Kriterien lässt sich die sozialmedizinische Beurteilung über Leistungen zur Teilhabe ableiten.

5.1 Schwere der Erkrankung

Die meisten Patienten mit Bluthochdruck können der arteriellen Hypertonie Grad 1 zugeordnet werden (siehe Tabelle 3). Schwerwiegende sekundäre Organmanifestationen liegen in der Regel nicht vor, eventuell bereits eine linksventrikuläre Hypertrophie oder eine Albuminurie. Ist die Hypertonie unter der bisherigen Therapie gut eingestellt, ergibt sich in dieser Situation keine Rehabilitationsbedürftigkeit. Wenn die Hypertonie noch unbehandelt oder unzureichend therapiert ist, stellt die Blutdruckeinstellung zunächst eine Aufgabe der Hausärztin oder des Hausarztes (behandelnde Ärztinnen/Ärzte) dar. Die Dauer der Hochdruckkrankheit (auch bei seit vielen Jahren vorliegender Hypertonie) ist bei gut eingestelltem Blutdruck ohne Bedeutung für den Rehabilitationsbedarf. Ggf. kann eine Präventionsleistung sinnvoll sein, wenn lediglich Lebensstiländerungen avisiert werden (siehe Abbildung 2).

Die arterielle Hypertonie Grad 1 und höhergradige Manifestationen der arteriellen Hypertonie können Rehabilitationsbedürftigkeit begründen, wenn zum Beispiel relevante Organmanifestationen, Therapieprobleme oder relevante Risiko- bzw. Kontextfaktoren bestehen (siehe folgende Kapitel).

5.2 Subjektive Beschwerden

Als typische, aber unspezifische Symptome bei der Hypertonie gelten Kopfschmerzen, Schwindelerscheinungen, pektanginöse Beschwerden, Palpitationen, Einschränkung der körperlichen Dauerbelastbarkeit, Belastungsdyspnoe, Nasenbluten, Ohrensausen oder Nervosität. Jüngere Patienten können eher Symptome wie Nervosität, Schweißneigung oder Schlafstörungen aufweisen, ältere klagen eher über Leistungsminderung, Gedächtnisstörungen sowie Nachlassen von Libido und Potenz.

Überwiegend haben Patienten mit Hypertonie jedoch keine subjektiven Beschwerden. Da darüber hinaus keines der genannten Symptome als pathognomonisch für eine Hypertonie gelten kann, **begründen subjektive Beschwerden allein keine Rehabilitationsbedürftigkeit.**

Die Beschwerden können aber Hinweise auf eine sekundäre Organbeteiligung geben, denen die Sachaufklärung Rechnung tragen muss. Weiterhin müssen subjektive Beschwerden von unerwünschten Therapieeffekten abgegrenzt werden. In beiden Fällen kann Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben sein.

5.3 Risikofaktoren

Die arterielle Hypertonie stellt einen gravierenden kardiovaskulären Risikofaktor dar – neben insbesondere Rauchen, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus. Beim Vorliegen von abdomineller Adipositas, Hypertriglyceridämie, niedrigem HDL-Cholesterin, Hyperglykämie und arterieller Hypertonie liegen die wesentlichen Merkmale des metabolischen Syndroms vor, eine besonders ungünstige Kombination im Hinblick auf die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit. Eine zusätzlich bestehende Niereninsuffizienz oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) stellen in Verbindung mit einer arteriellen Hypertonie eine nicht seltene Risikokonstellation dar.

Bewegungsmangel, vermehrter Alkoholkonsum und Stress gelten als weitere Risikofaktoren für die Genese und Verstärkung der Hypertonie.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren begründen dann Rehabilitationsbedürftigkeit, wenn durch Aufklärung, Schulung und Training zur Verhaltensänderung im Rahmen der Rehabilitation das Risiko einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nachhaltig gemindert werden kann. **In der Regel liegt Rehabilitationsbedürftigkeit erst vor, wenn eine Kombination von Risikofaktoren eine deutlich erhöhte Gefährdung bedingt.** Dennoch kann eine Präventionsleistung sinnvoll sein, wenn insbesondere Lebensstiländerungen avisiert werden.

Zur sozialmedizinischen Beurteilung sind Angaben zum Verlauf der Erkrankung, klinische Befunde und Ergebnisse technischer Untersuchungen unabdingbar. Zur Einschätzung von Verhalten und Gewohnheiten und der Klärung von Schulungsbedarf können ergänzend Fragebögen eingesetzt werden.

Tritt die Hypertonie im Zusammenhang mit Begleit- oder Folgeerkrankungen auf (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen) oder einer Kombination von Risikofaktoren (z. B. Fettstoffwechselstörung, Rauchen, Bewegungsmangel, Hyperurikämie mit Gicht, erhöhter Alkoholkonsum sowie Adipositas und Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, PAVK) auf, die aus Sicht der Rentenversicherung selbst rehabilitationsbedürftig sind, ist eine Indikation zur Rehabilitation aus diesem Grund gegeben (13-15).

5.4 Linksventrikuläre Hypertrophie

Eine linksventrikuläre Hypertrophie erhöht im Vergleich zum durchschnittlichen Risiko die kardiovaskuläre Mortalität (Herzinsuffizienz, Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, plötzlicher Herztod) als unabhängiger Risikofaktor (16).

Eine geringgradige Erhöhung des linksventrikulären Muskelmassenindex führt bei sonst noch normaler Vorhof- und Ventrikelgröße sowie normaler Ventrikelfunktion mit gut eingestelltem Blutdruck nicht zur Rehabilitationsbedürftigkeit. Eine Präventionsleistung kann jedoch sinnvoll sein, wenn insbesondere Lebensstiländerungen avisiert werden.

5.5 Therapieprobleme

5.5.1 Schwere Einstellbarkeit

Bei schwerer Einstellbarkeit der Hypertonie (zum Beispiel schlechte Blutdruckeinstellung trotz unterschiedlicher medikamentöser Therapieansätze, Auftreten von Nebenwirkungen, mangelnde Compliance) ist Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben, sobald die Ursachen-Diagnostik (sekundäre Hypertonie?) abgeschlossen ist.

Die Rehabilitation kann dann entsprechende Rahmenbedingungen für eine gute Blutdruckeinstellung gewährleisten und blutdrucksteigernde Einflüsse wie Übergewicht, Nikotinabusus, Stress und Bewegungsmangel positiv beeinflussen.

Das Kriterium der schweren Einstellbarkeit muss belegt werden: Die Anamnese kann Informationen liefern, aus der zum Beispiel häufigere Umstellungen der Therapie oder Angaben über Art und Dauer bisheriger Therapien beziehungsweise über Komplikationen hervorgehen.

Ein besonderes Problem stellt die Erfassung mangelnder Compliance dar, die oft für ein Scheitern der Therapie verantwortlich ist. Nachfragen bei Hausärztin oder Hausarzt (behandelnde Ärztinnen/Ärzte) zu Verlaufsbeschreibungen können ergänzende Hinweise zu den therapeutischen Problemen liefern. Untersuchungsergebnisse von Belastungs-EKG, ambulanter Blutdruck-Langzeitmessung und Echokardiographie können hilfreich sein, können aber nicht in jedem Fall vorausgesetzt werden.

5.5.2 Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung

Notwendige Dosierung und Nebenwirkungen der blutdrucksenkenden Medikamente können Leistungsfähigkeit und Lebensqualität des Menschen mit Hypertonie beeinträchtigen, zum Beispiel durch Tachy- oder Bradykardie, Angina pectoris, Orthostaseneigung, Antriebsarmut, reduzierte Leistungsfähigkeit, Kopfschmerzen, Müdigkeit.

Wenn Nebenwirkungen der antihypertensiven Therapie, die durch die behandelnden Ärztinnen/Ärzte nicht beseitigt oder gebessert werden können, zu erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit führen oder eine gestörte Compliance bedingen, besteht Rehabilitationsbedürftigkeit.

5.5.3 Mehrfachmedikation

Falls der Blutdruck trotz komplexer Medikation in mittlerer bis hoher Dosierung noch schlecht eingestellt ist, gravierende unerwünschte Therapieeffekte aufgetreten sind oder die Mehrfachmedikation auf Ursachen beruht, die durch Leistungen zur Rehabilitation beeinflussbar sind, ist Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben, um einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu begegnen. Die Therapie mit einer Kombinationsmedikation stellt per se keine Indikation für eine Rehabilitation dar.

5.6 Hypertensiver Notfall

Der hypertensive Notfall ist eine anfallsweise auftretende hochgradige Blutdrucksteigerung mit vitaler Gefährdung des Patienten und erfordert akutmedizinische Behandlung. Es kann sich um eine hypertensive Enzephalopathie handeln (aufgehobene Autoregulation der Gehirndurchblutung mit Hirnödemen), die neben Tachykardie, Kopfschmerzen, Schweißausbruch und Unruhe, Sehstörungen und Erbrechen auch durch neurologische Ausfallerscheinungen gekennzeichnet ist. In schweren Fällen können Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen und Atemstörungen bis hin zum letalen Ausgang im zerebralen Koma hinzutreten. Weitere Folgen können eine Koronarinsuffizienz mit Angina pectoris oder Myokardinfarkt, eine akute Linksherzinsuffizienz mit Lungenödem oder die Ausbildung einer Aortendissektion sein.

Rehabilitationsbedürftigkeit ergibt sich dann, wenn in der Anamnese ein hypertensiver Notfall als Hinweis auf eine unzureichende Blutdruckeinstellung belegt ist oder Folgeschäden resultieren.

Relevante medizinische Befunde sollten vor der Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung beziehungsweise vor der körperlichen Begutachtung vorliegen.

5.7 Chronische Folgekrankheiten der Hypertonie

Chronische Folgekrankheiten manifestieren sich in verschiedenen Bereichen:

- **Augenhintergrund:** Die Retinopathie ist im Rahmen einer Rehabilitation zwar selbst nicht zu beeinflussen, sie ist jedoch Ausdruck der allgemeinen hypertoniebedingten Gefäßveränderungen. Diese erfordern die Optimierung der Blutdruckeinstellung über die medikamentöse Therapie hinaus, zum Beispiel mit Hilfe von Gesundheitstraining und Entspannungsverfahren. **Eine Retinopathie bedingt bei schlecht eingestelltem Blutdruck demnach Rehabilitationsbedürftigkeit.** Bei bestimmten Tätigkeiten, zum Beispiel an Datensichtgeräten, können Sehstörungen infolge der Retinopathie auch zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben führen (zum Beispiel Bildschirmlesegerät als Sehhilfe).
- **Gehirn: Eine zerebrale Erkrankung (Hirnfarkt mit den Vorboten transitorische ischämische Attacke, intrazerebrale Blutung, Hochdruckenzephalopathie) stellt unabhängig von der Hypertonie eine Indikation für eine Rehabilitation dar.** Entscheidend sind wiederum die aus den neurologischen Defiziten resultierenden Funktionsstörungen.
- **Herz: Myokardinsuffizienz und koronare Herzkrankheit sind auch unabhängig von der Hypertonie Indikationen, die in Abhängigkeit vom Funktionsbefund Rehabilitationsbedürftigkeit begründen (14).**
- **Niere:** Die hypertensive Nephropathie mit Ausbildung von Niereninsuffizienz und Schrumpfniere weist ebenfalls auf die generalisierte Gefäßkrankung hin und erfordert die Optimierung der Blutdruckeinstellung. **Rehabilitationsbedürftigkeit ist daher bei schlechter Blutdruckeinstellung gegeben.**
- **Gefäße:** Makroangiopathische hypertoniebedingte Blutgefäßveränderungen finden sich bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (Atherosklerose der Extremitätenarterien), Bauchaortenaneurysma und der Aortendissektion. Die chronische Erweiterung der Aorta oder das chronische Aortenaneurysma ist eine nicht seltene Folgekrankheit, die durch entsprechende Diagnostik (Echokardiographie, Sonographie oder radiologische Untersuchungstechniken wie Computertomogramm (CT), gegebenenfalls auch Magnetresonanztomogramm (MRT)) nachgewiesen oder ausgeschlossen werden sollte. Ein manifestes, ausgedehntes oder im Verlauf deutlich zunehmendes Aortenaneurysma kann ein erhöhtes Risiko bei Ergometrien und anderen Trainingsbelastungen im Rahmen einer Rehabilitation darstellen, weitere Informationen finden sich in der entsprechenden Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung (13). Für alle Folgekrankheiten gilt, dass jede für sich auf die Frage der Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und der positiven Rehabilitationsprognose zu überprüfen ist (13).

5.8 Psychische Faktoren

Im Rahmen des Konzepts, die Hypertonie als multifaktoriell bedingte Erkrankung anzusehen, bei der mehrere Faktoren für Ätiologie und Pathogenese verantwortlich gemacht werden, können neben genetischen, umweltbedingten und sozialen Faktoren sowie Ernährungsbedingungen auch psychische beziehungsweise emotionale Faktoren eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Hypertonie spielen.

Hypertonie und psychotherapeutische Intervention:

Nach primär günstiger Reaktion auf unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren wurde bei längerer Verlaufsbeobachtung nur in einem Teil der Fälle eine messbare Blutdrucksenkung beobachtet. Die psychotherapeutische Behandlung sollte deshalb in die gesamte medizinische Therapie und psychosoziale Betreuung eingebettet werden. Indiziert ist von psychotherapeutischer Seite in der Mehrzahl der Fälle ein komplexes verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Kurztherapieprogramm. Dieses beinhaltet neben Psychotherapie im engeren Sinn auch Biofeedback, Entspannungsmethoden und Interventionen zur Änderung der sozialen Lebensbedingungen.

Liegen Hinweise auf psychoreaktive Faktoren vor, kann erst nach differenzialdiagnostischer Klärung und Gewichtung von kardiovaskulärem Risikoprofil, psychosozialer Belastbarkeit und erforderlicher Psychotherapie entschieden werden, ob die Durchführung von Leistungen zur Rehabilitation in einer primär somatischen oder psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung angezeigt ist. Ggf. kommt auch eine verhaltensmedizinische Rehabilitation in Betracht (17). Anamnese, klinischer Befund, gegebenenfalls Vorlage bei einer Nervenärztin oder einem Nervenarzt und psychiatrisches/ psychotherapeutisches Gutachten können bei entsprechenden Hinweisen auf eine psychosomatische Störung erforderlich sein.

5.9 Besondere berufliche Belastungen

Als berufliche Belastung sind bei Patienten mit Hypertonie solche Tätigkeiten zu berücksichtigen, die zu abrupten Blutdrucksteigerungen führen, zum Beispiel plötzliche Anstrengungen wie schweres Heben, aber auch starke emotionale Belastungen. Bereits bestehende Organkomplikationen mit Herzrhythmus- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel oder Sehstörungen können in bestimmten Berufen zu einer erhöhten Gefährdung für den Betroffenen und seine Umwelt führen (Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten, an laufenden Maschinen, an offenem Feuer, als Fahrzeug- oder Kranführer). Auch der Schicht- beziehungsweise Nachtdienst kann für den Menschen mit Hypertonie ungünstig sein.

Da die Belastbarkeit individuell sehr unterschiedlich ist, kann – von einzelnen besonders exponierten beruflichen Tätigkeiten abgesehen – eine berufliche Belastung nicht grundsätzlich Rehabilitationsbedarf bedingen.

Die berufliche Belastung muss anhand von individueller Anamnese und ausführlicher Tätigkeitsbeschreibung belegt sein.

6 Rehabilitationsdauer, Rehabilitationsform und Rehabilitations-Nachsorge

6.1 Rehabilitationsdauer

Bei der Wahl der Rehabilitationsdauer sollen die Rehabilitationsprognose und das Rehabilitationsziel sowie Kontextfaktoren berücksichtigt werden, in der Regel soll sie drei Wochen betragen.

Eine länger dauernde Rehabilitation kann indiziert sein bei:

- begleitenden Folgekrankheiten (zum Beispiel koronare Herzkrankheit, Myokardinsuffizienz, zerebrale Durchblutungsstörungen)
- komplexem Schulungsbedarf wegen ausgeprägter Risikofaktorenkonstellation
- Multimorbidität, soweit sie einen höheren Zeitaufwand für den Therapiebedarf beinhaltet.

6.2 Rehabilitationsform und Rehabilitations-Nachsorge

Neben die Rehabilitation in stationärer Form sind ambulante (ganztätig an Werktagen ohne Übernachtung) Rehabilitationsleistungen getreten.

Ausschlaggebend für eine ambulante Rehabilitation kann die Arbeitsplatznähe sein, wenn zum Beispiel betriebliche Strategien hinsichtlich Verhaltensprävention einbezogen werden müssen, Konfliktsituationen am Arbeitsplatz bestehen, die für das Verbleiben am Wohnort sprechen oder ebenfalls ambulant durchzuführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluss an die medizinische Rehabilitation sinnvoll sind. Ambulante Rehabilitation eignet sich auch, wenn nach der Rehabilitation weitere Aktivitäten initiiert oder fortgeführt werden müssen, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen oder Einbindung in einer anderen Form der Nachsorge. Schulungsmaßnahmen, an denen Personen aus dem sozialen Umfeld des Rehabilitanden einbezogen werden sollen, sind vornehmlich bei ambulanter Rehabilitation möglich – zum Beispiel Ernährungsschulung, Umgang mit Risikofaktoren und Komplikationen. Während der Rehabilitation erworbene Kompetenzen können sofort in die häusliche Umgebung umgesetzt werden.

Als Voraussetzungen für die Rehabilitation in ambulanten Einrichtungen gelten: Die jeweiligen Schädigungen und Beeinträchtigungen müssen eine ausreichende Mobilität zulassen und die zu bewältigenden Wege dürfen absehbar nicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen. Hinsichtlich einer psychischen und somatischen Komorbidität muss eine ausreichende Belastbarkeit vorliegen.

Das eventuelle Vorhandensein eines konfliktbeladenen häuslichen beziehungsweise sozialen Umfelds kann eine stationäre Rehabilitation als vorteilhafter erscheinen lassen.

Sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Rehabilitationen kommen zur Sicherung des Rehabilitationszieles oder zur Festigung der bisher erreichten Rehabilitationsergebnisse Nachsorgeleistungen in Frage. Erkennung, Empfehlung und Begründung von Nachsorgeleistungen erfolgen durch die jeweilige Rehabilitationseinrichtung unter Federführung der Leitenden Ärztin oder des Leitenden Arztes.

7 Anlagen

Abbildung 2: Behandlungskonzepte und Indikationen für eine Leistung der Deutsche Rentenversicherung nach Blutdruck und Risikofaktoren, modifiziert nach [2]

	Blutdruck (mmHg)			
	Hochnormal	Hypertonie Grad 1	Hypertonie Grad 2	Hypertonie Grad 3
Andere Risikofaktoren, asymptomatische Endorganschäden, Erkrankungen oder Kontextfaktoren	systolischer Blutdruck 130-139 oder diastolischer Blutdruck 85-89	systolischer Blutdruck 140-159 oder diastolischer Blutdruck 90-99	systolischer Blutdruck 160-179 oder diastolischer Blutdruck 100-109	systolischer Blutdruck ≥ 180 oder diastolischer Blutdruck ≥ 110
Keine anderen Risikofaktoren	• Keine Blutdruck-Intervention	• Lebensstiländerungen für mehrere Monate	• Lebensstiländerungen für mehrere Wochen	• Lebensstiländerungen
ggf. relevante Kontextfaktoren		• Dann zusätzlich Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Dann zusätzlich Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Sofortiger Einsatz von Blutdruck-Medikamenten mit dem Ziel < 140/90
1-2 Risikofaktoren	• Lebensstiländerungen	• Lebensstiländerungen für mehrere Wochen	• Lebensstiländerungen für mehrere Wochen	• Lebensstiländerungen
ggf. relevante Kontextfaktoren	• Keine Blutdruck-Intervention	• Dann zusätzlich Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Dann zusätzlich Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Sofortiger Einsatz von Blutdruck-Medikamenten mit dem Ziel < 140/90
≥ 3 Risikofaktoren	• Lebensstiländerungen	• Lebensstiländerungen für mehrere Wochen	• Lebensstiländerungen	• Lebensstiländerungen
ggf. relevante Kontextfaktoren	• Keine Blutdruck-Intervention	• Dann zusätzlich Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Sofortiger Einsatz von Blutdruck-Medikamenten mit dem Ziel < 140/90
Endorganschaden, Chronische Nierenerkrankung Stadium 3 oder Diabetes	• Lebensstiländerungen • Keine Blutdruck-Intervention	• Lebensstiländerungen • Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Lebensstiländerungen • Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Lebensstiländerungen • Sofortiger Einsatz von Blutdruck-Medikamenten mit dem Ziel < 140/90
Symptomatische kardiovaskuläre Erkrankung, chronische Nierenerkrankung Stadium ≥ 4 oder Diabetes mit Endorganschäden/ Risikofaktoren	• Lebensstiländerungen • Keine Blutdruck-Intervention	• Lebensstiländerungen • Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Lebensstiländerungen • Blutdruck-Medikamente mit dem Ziel < 140/90	• Lebensstiländerungen • Sofortiger Einsatz von Blutdruck-Medikamenten mit dem Ziel < 140/90

Bei Patienten mit Diabetes liegt der optimale diastolische Blutdruck zwischen 80 mmHg und 85 mmHg. Im hochnormalen Bereich sollte eine medikamentöse Behandlung bei erhöhtem Blutdruck außerhalb der Praxis in Erwägung gezogen werden (maskierte Hypertonie) nach [2].

- **Hellgrau:** Ggf. Präventionsbedarf (in Abhängigkeit der Funktionsstörungen sowie Risiko- und Kontextfaktoren)
- **Mittelgrau:** Präventions- oder Rehabilitationsbedarf (in Abhängigkeit der Funktionsstörungen sowie Risiko- und Kontextfaktoren)
- **Dunkelgrau:** Rehabilitationsbedarf ist anzunehmen

Abbildung 3: Stratifizierung des kardiovaskulären Gesamtrisikos nach (1)

	Blutdruck (mmHg)			
	Hochnormal systolisch 130-139 oder diastolisch 85-89	Hypertonie Grad 1 systolisch 140-159 oder diastolisch 90-99	Hypertonie Grad 2 systolisch 160-179 oder diastolisch 100-109	Hypertonie Grad 3 systolisch ≥ 180 oder diastolisch ≥ 110
Keine weiteren Risikofaktoren	Niedriges Risiko	Niedriges Risiko	Moderates Risiko	Hohes Risiko
1 bis 2 Risikofaktoren	Niedriges Risiko	Moderates Risiko	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko
≥ 3 Risikofaktoren	Niedriges bis moderates Risiko	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko
Endorganschäden, chronische Nierenerkrankung Stadium III oder Diabetes mellitus	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes bis sehr hohes Risiko
hohes Risiko Symptomatische kardiovaskuläre Erkrankungen, chronische Nierenerkrankung Stadium ≥ 4 oder Diabetes mit Endorganschäden oder Risikofaktoren	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

Stratifizierung des kardiovaskulären Gesamtrisikos in niedriges, moderates, hohes und sehr hohes Risiko in Abhängigkeit vom systolischen und diastolischen Blutdruck sowie von der Prävalenz von Risikofaktoren, asymptomatischen Endorganschäden, Diabetes, chronischer Nierenerkrankungen oder symptomatischer kardiovaskulärer Erkrankungen. Personen mit normalem Praxisblutdruck, aber erhöhten 24-Stunden- bzw. häuslichen Blutdruckwerten (maskierte Hypertonie) haben ein kardiovaskuläres Risiko wie Patienten mit Praxishypertonie. Personen mit erhöhten Praxisblutdruckwerten, aber normalen 24-Stunden- bzw. häuslichen Blutdruckwerten (Weißkittelhypertonie), haben ein niedrigeres Risiko als es die Praxishypertonie anzeigt, insbesondere wenn weder Diabetes noch Endorganschäden, kardiovaskuläre Erkrankungen oder Nierenerkrankungen vorliegen.
SBD

8 Erstellungsprozess der Leitlinie

Geltungsbereich und Zweck der Leitlinie:

Zielsetzung der Erstellung von Leitlinien für den sozialmedizinischen Beurteilungsprozess ist die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit. Dabei werden aus Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren im Rahmen eines sozialmedizinischen Bewertungsprozesses sozialrechtlich relevante Kategorien gewonnen. Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Verwaltungsverfahren sollen erhöht und die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden.

Inhalt der Leitlinie:

Die Darstellung der Problembereiche in der vorliegenden Leitlinie umfasst im Wesentlichen die sozialmedizinischen Aspekte. Auf die Niederlegung von gesetzlichen Grundlagen wird ebenso verzichtet wie auf die Angabe des Verfahrensweges. Die Gliederung der Leitlinie orientiert sich an der sozialmedizinischen Bedeutung, der erforderlichen Sachaufklärung, der Definition, Einteilung und Symptomatik der Krankheitsbilder sowie an den Aussagen zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit aus sozialmedizinischer Sicht.

Im Mittelpunkt der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit steht die Bewertung von geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie beeinträchtigten Aktivitäten und Teilhabe (Funktionsbefunde und Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren sowie der Abgleich von individueller Leistungsfähigkeit und Anforderungen im Erwerbsleben.

Zielgruppen:

Zielgruppen für die Erstellung der vorliegenden Leitlinie sind sowohl die sozialmedizinischen Dienste bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung als auch externe Gutachter und Rehabilitationskliniker, die in die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit eingebunden sind. Darüber hinaus ist die Leitlinie für andere Sozialleistungsträger oder mit Fragen der Rehabilitation befasste Institutionen von Interesse, um mit den Beurteilungskriterien der gesetzlichen Rentenversicherung vertraut zu werden. Den Versicherten und ihren Vertretern, zum Beispiel Selbsthilfegruppen, bietet die Leitlinie Informationen und erhöht Transparenz und Nachvollziehbarkeit sozialmedizinischer Beurteilungen.

Beteiligung von Interessengruppen:

Im Erstellungsprozess der Leitlinie sind die Anwender (Ärztinnen und Ärzte in sozialmedizinischen Diensten) und die verantwortlichen Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung repräsentativ vertreten. Als betroffene Fachgruppen wurden darüber hinaus Leitende Ärztinnen und Ärzte aus Reha-Einrichtungen einbezogen (siehe weiter unten unter Autorinnen und Autoren der vorliegenden Fassung).

Versicherte sind durch die Mitglieder der Autorengruppe und durch Beteiligte am Konsentierungsverfahren vertreten. Zu den Versicherten zählen sowohl diejenigen, die Leistungen auf Grund von Krankheit oder Behinderung in Anspruch nehmen als auch jene, die diese Leistungen im Rahmen einer Solidarversicherung mit finanzieren.

Im Rahmen der umfassenden Implementierung der Leitlinie sind Rückmeldungen über Brauchbarkeit, Praktikabilität und Akzeptanz aus der Anwenderzielgruppe an die Autorengruppe vorgesehen.

Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung:

Grundlage der Leitlinienentwicklung ist die Zusammenführung von Erfahrungen und Kriterien auf der Basis des Ist-Zustandes der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit zur Sicherung der Entscheidungsqualität. Die Fakten aus dem täglichen Handeln der Ärztinnen und Ärzte von sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger werden unter Einbeziehung sozialmedizinischer Standardliteratur sowie aktueller medizinischer Fachliteratur diskutiert und das Ergebnis zusammengefasst. Die Antragsbearbeitung durch den sozialmedizinischen Dienst des Rentenversicherungsträgers erfolgt in der Regel auf der Grundlage von Befundberichten oder von Gutachten mit persönlicher Befragung und Untersuchung, hauptamtlich oder nichthauptamtlich erstellt, oder nach Aktenlage. Für diese besondere Situation liegen keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Hinweise zur Operationalisierung vor.

Im Vordergrund der sozialmedizinischen Entscheidung stehen die aus den Antragsunterlagen zugänglichen objektivierbaren medizinischen Parameter. Sie werden durch die subjektive Einschätzung des Betroffenen zu seiner Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit ergänzt. Assessment-Verfahren zur Beschreibung von Leistungseinschränkungen und noch vorhandenen Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf die Lebens- und Erwerbssituation können ergänzend herangezogen werden.

Evidenzgrad:

Die Leitlinie wurde in einer internen Expertengruppe der Deutschen Rentenversicherung Bund zusammengestellt. Der Gruppe gehörten Ärztinnen und Ärzte aus dem Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund, Bereich Sozialmedizin, und der Rehabilitationsabteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund mit unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation an.

Ein erweiterter Konsens wird durch ein formales Konsentierungsverfahren angestrebt. Dabei werden ärztliche Experten aus der Deutschen Rentenversicherung (Ärztepanel: Leitende Ärztinnen und Ärzte, sozialmedizinische Experten) sowie weitere medizinische und nichtmedizinische Experten beteiligt. Die abschließende Konsentierung erfolgt im Ärztegremium der Deutschen Rentenversicherung.

Bei der Bewertung des Evidenzgrades ist zu berücksichtigen, dass auf Renten wegen Erwerbsminderung und Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bei Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht.

Klarheit und Gestaltung:

Die aus der Leitlinie resultierenden Empfehlungen beziehen sich immer auf individuelle Versicherte. Die doppelte Transformation von (1.) geschädigten Körperfunktionen und beeinträchtigter Teilhabe in qualitative Leistungseinschränkungen und hiervon (2.) in quantitative Leistungseinschränkungen unter Berücksichtigung des Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungen an die Tätigkeit ist ein komplexer Beurteilungsprozess. Die Leitlinie trägt dazu bei, Ermessen bei dieser Beurteilung zu minimieren.

Generelle Anwendbarkeit:

Leitlinien sind im Rahmen der üblichen Organisation der Rentenversicherungsträger – sowohl bei der Sachaufklärung als auch der sozialmedizinischen Beurteilung – grundsätzlich ohne Nachteile einsetzbar. Gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen Ressourcen bei Anwendung der Leitlinie steht eine rationellere Ressourcenverwendung gegenüber, die Folgekosten sparen hilft.

Eine Evaluation der Leitliniennutzung fördert deren Anwendung. Durch die Konformität der Versorgung mit Leitlinienempfehlungen, den individuellen Therapieerfolg und die populationsbezogenen Ergebnisse der Leitlinienanwendung können Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden.

Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem:

Die Leitlinie ist an den Versorgungsbereich der Rehabilitation adressiert. Kriterien, die für die sozialmedizinische Beurteilung von Leistungsfähigkeit und Rehabilitationsbedürftigkeit unzweckmäßig oder überflüssig sind, werden in der Leitlinie genannt.

Eine Verbreitung der Leitlinie ist durch Veröffentlichung in Publikationsorganen sowie kostenloser Verfügbarkeit im Internet auf breiter Basis sichergestellt. Darüber hinaus dienen Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vorstellung als Bestandteil der Einarbeitungsunterlagen sozialmedizinisch tätiger Mitarbeiter der weiteren Verbreitung und Anwendung der Leitlinie. Leitlinien sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in Deutschland.

Indikationsübergreifende Problembereiche:

Zur Abgrenzung von kurativmedizinischer Versorgung und Berücksichtigung von Arbeitsunfähigkeitszeiten, Beurteilung chronischer Schmerzsyndrome sowie besonderen psychosozialen Belastungen, zur Mitwirkung des Versicherten und vorzeitigen Leistungen wird auf die Leitlinie „Rehabilitationsbedürftigkeit und indikationsübergreifende Problembereiche“ (2002/2005) verwiesen.

Autorinnen und Autoren der vorliegenden Fassung:

Mitarbeiter aus dem Bereich Sozialmedizin (0440) im Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (0400) der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Konsentierung:

Die Leitlinie wurde den Leitenden Ärztinnen und Ärzten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger im Rahmen der Tagung der Leitenden Ärztinnen und Ärzte am 08.08.2018 vorgestellt, beraten und abgestimmt. Im Rahmen der Konsentierung danken die Autoren für die Teilnahme am Stellungnahmeverfahren der:

- DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V.)
- DHL (Deutsche Hochdruckliga e.V.)
- DGSMP (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.)
- DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.)
- DGRW (Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.)

Redaktionelle Unabhängigkeit:

Die Mitglieder der Autorengruppe sind Beschäftigte von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Verfassung der Leitlinie durch die Autoren erfolgte allein auf der Grundlage fachlicher Erwägungen. Die Mitglieder der Autorengruppe weisen keine die Leitlinie betreffenden Nebentätigkeiten auf.

Aktualisierung:

Aktualisierungen sind in sechsjährigen Abständen vorgesehen.

9 Literatur

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European heart journal*. 2018;39(33):3021-104.

2. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V., Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention, European Society of Cardiology, European Society of Hypertension. Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie. Börm Bruckmeier Verlag: Deutsche Hochdruckliga e.V.; 2014.

3. Whelton P, Carey R, Aronow W, Casey Jr D, Collins K, Dennison Himmelfarb C. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2017.

4. Stoschitzky K. Management des Hochdruckpatienten bei Borderline- und Belastungs-Hypertonie. *Journal für Hypertonie – Austrian Journal of Hypertension*. 2002;6 (Sonderheft 3):64–6.

5. Deutsche Rentenversicherung. Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York; 2011.

6. Buck T, Breithardt O-A, Faber L, Fehske W, Flachskampf FA, Franke A, et al. Manual zur Indikation und Durchführung der Echokardiographie. *Clinical research in cardiology supplements*. 2009;4(1):3–51.

7. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *Blood pressure*. 2009;18(6):308–47.

8. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: DIMDI; 2005. Available from: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>.

9. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genf 2001.

10. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ICF-Praxisleitfaden 1 – Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beim Zugang zur Rehabilitation. 2. überarbeitete Auflage: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.; 2015. Available from: www.bar-frankfurt.de

11. Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*. 2005;16(2):3–12.

12. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl I S 3234), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl I S 2541) geändert worden ist. 2016.

13. Deutsche Rentenversicherung. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung von Menschen mit arteriellen Gefäßkrankheiten. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2013.

14. Deutsche Rentenversicherung. Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit koronarer Herzkrankheit. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2015.

15. Deutsche Rentenversicherung. Leitlinie zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Stoffwechsel- und gastroenterologischen Krankheiten sowie Adipositas 2011. Available from: www.driv-bund.de.

16. Verdecchia P, Carini G, Circo A, Dovellini E, Giovannini E, Lombardo M, et al. Left ventricular mass and cardiovascular morbidity in essential hypertension: the MAVI study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2001;38(7):1829–35.

17. Deutsche Rentenversicherung. Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation – Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2015.

Notizen

Notizen



Deutsche
Rentenversicherung