

SEKUNDÄRPROPHYLAXE NACH EINEM KARDIOVASK. „EVENT“ IM NETZWERK

Sind wir erfolgreich vernetzt oder heillos verheddert?

INTERESSENKONFLIKTE

- AstraZeneca: Referentenhonorare
- BerlinChemie: Referentenhonorare

EVENT: NSTEMI – UNSER BEISPIELFALL



- Frau, 55J, SPORTSCHAU statt SPORT, Feierabendbier mit Burger
- BMI 32, art. Hypertonie (~ 140/90), in der Schwangerschaft (42. LJ) Gestationsdiabetes, Chol 185, LDL 135, HbA1 5,7, Krea 1,2, GFR 49
- Jetzt NSTEMI, Koronare Zweigefäßkrankheit, PCI des RIVA, ausreichende LVEF bei hypertens. Herzkrankheit (LVEF 50% E/E'16)
- Entlassmedikation: ASS/Clopi, Atorvastatin 40, Metoprolol 47,5 1-0-1, Amlodipin 10

Entlassbriefempfehlungen:

„Wir empfehlen Lifestylemaßnahmen, engmaschige kardiologische Kontrollen mit Anpassung der Sekundärprophylaxe an die Laborzielwerte (LDL < 55), normotensive Blutdruckeinstellung“

Die Pat.wird ins DMP KHK beim Hausarzt aufgenommen. Kardiologen hat sie bisher keinen.

WIR SIND ALS ‚EVENTMANAGER‘ GEFRAGT!

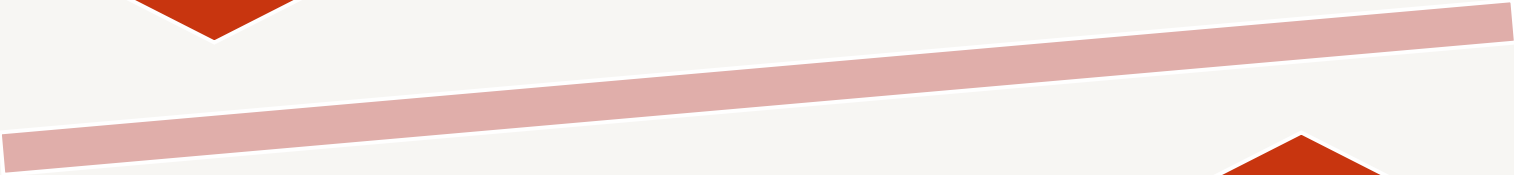


Event: Hier Herzinfarkt, Intervention am Herz, an Gefäßen

Komorbiditäten:

KHK, Diabetes, „HFpEF“, Adipositas, Nierenschwäche, Bluthochdruck, Dyslipidämie

→ Hier liegt nicht nur ein singuläres Problem vor, sondern ein ganzes SYNDROM.

- 
- Die Medizin reagiert mit
- Sektorengrenzen
 - Facharztzuständigkeiten
 - Überweisungsscheinen mit Wartezeiten und fehlenden Slots
 - Reparaturmedizin und
 - Fehlenden Strukturen zur Förderung der Gesundheitskompetenz



DER WEG DURCH DIE MEDIZIN BEGINNT ...



AUFREGER: FACHARZTTERMIN

*„Da könnt' ich ja scho
g'storben sei!“*

ÄRZTLICHE PRAXISBURG
OBERE KÖNIGSTRASSE



SAGEN WIR UNS UNSERE MEINUNG!
ANONYM UND SOFORT



FACHARZTVERSORGUNG (KV-PAT): NADELÖHR ODER AUTOBAHN?

„Es gibt Kardiologen, die helikoptern die Intima-Media-Dicke ihrer Patientinnen und Patienten mehr als die Prenzlberg-Mutti ihre kleinen Kinder in der Kita. Und ich kriege dann, wenn es wirklich dringend ist für meinen Patienten, keinen Termin für ein Echo“, brach es aus der Berliner Hausärztin Sandra Blumenthal bei der Diskussion heraus. Das sei „Bullshit“, wenn es nach der Nationalen Versorgungsleitlinie gehe, schimpfte die Vorsitzende des Landesverbands der Hauptstadt. Was also wird aus den Nationalen Versorgungsleitlinien? Die Frage bleibt vorerst unbeantwortet.

unbeantwortet
sorgungsleitlinien? Die Frage bleibt vorerst
stadt. Was also wird aus den Nationalen Ver-
Vorsitzende des Landesverbands der Haupt-
Versorgungsleitlinie gebe, schimpfte die

Zitat aus:
Ärztezeitung Mai 2024
Frühjahrstagung des Hausärztinnen-
& Hausärzteverbands in Leipzig

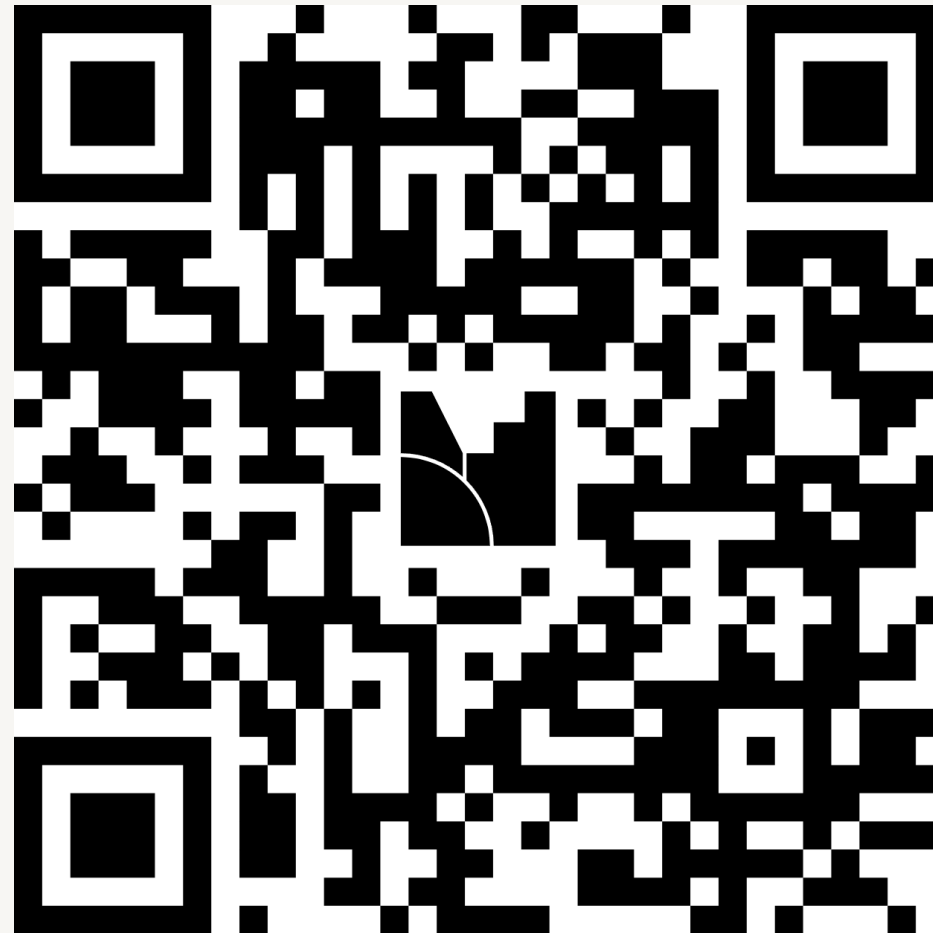
- Nadelöhr! Es ist nicht einfach einen zeitnahen Termin zu bekommen
- Autobahn! Unsere Patienten bekommen einen schnellen Termin

FACHARZTVERSORGUNG (KV-PAT): NADELÖHR ODER AUTOBAHN?

„Es gibt Kardiologen, die helikoptern die Intima-Media-Dicke ihrer Patientinnen und Patienten mehr als die Prenzlberg-Mutti ihre kleinen Kinder in der Kita. Und ich kriege dann, wenn es wirklich dringend ist für meinen Patienten, keinen Termin für ein Echo“, brach es aus der Berliner Hausärztin Sandra Blumenthal bei der Diskussion heraus. Das sei „Bullshit“, wenn es nach der Nationalen Versorgungsleitlinie gehe, schimpfte die Vorsitzende des Landesverbands der Hauptstadt. Was also wird aus den Nationalen Versorgungsleitlinien? Die Frage bleibt vorerst unbeantwortet.

unbeantwortet
sorgungsleitlinien? Die Frage bleibt vorerst
stadt. Was also wird aus den Nationalen Ver-
Vorsitzende des Landesverbands der Haupt-
Versorgungsleitlinie gebe, schimpfte die

Zitat aus:
Ärztezeitung Mai 2024
Frühjahrstagung des Hausärztinnen-
& Hausärzteverbands in Leipzig



WOHER KOMMT DER MANGEL AN FACHARZTTERMINEN?

„Es gibt Kardiologen, die helikoptern die Intima-Media-Dicke ihrer Patientinnen und Patienten mehr als die Prenzlberg-Mutti ihre kleinen Kinder in der Kita. Und ich kriege dann, wenn es wirklich dringend ist für meinen Patienten, keinen Termin für ein Echo“, brach es aus der Berliner Hausärztin Sandra Blumenthal bei der Diskussion heraus. Das sei „Bullshit“, wenn es nach der Nationalen Versorgungsleitlinie gehe, schimpfte die Vorsitzende des Landesverbands der Hauptstadt. Was also wird aus den Nationalen Versorgungsleitlinien? Die Frage bleibt vorerst unbeantwortet.

unbeantwortet
sorgungsleitlinien? Die Frage bleibt vorerst
stadt. Was also wird aus den Nationalen Ver-
Vorsitzende des Landesverbands der Haupt-
Versorgungsleitlinie gebe, schimpfte die

Zitat aus:
Ärztezeitung Mai 2024
Frühjahrstagung des Hausärztinnen-
& Hausärzteverbands in Leipzig

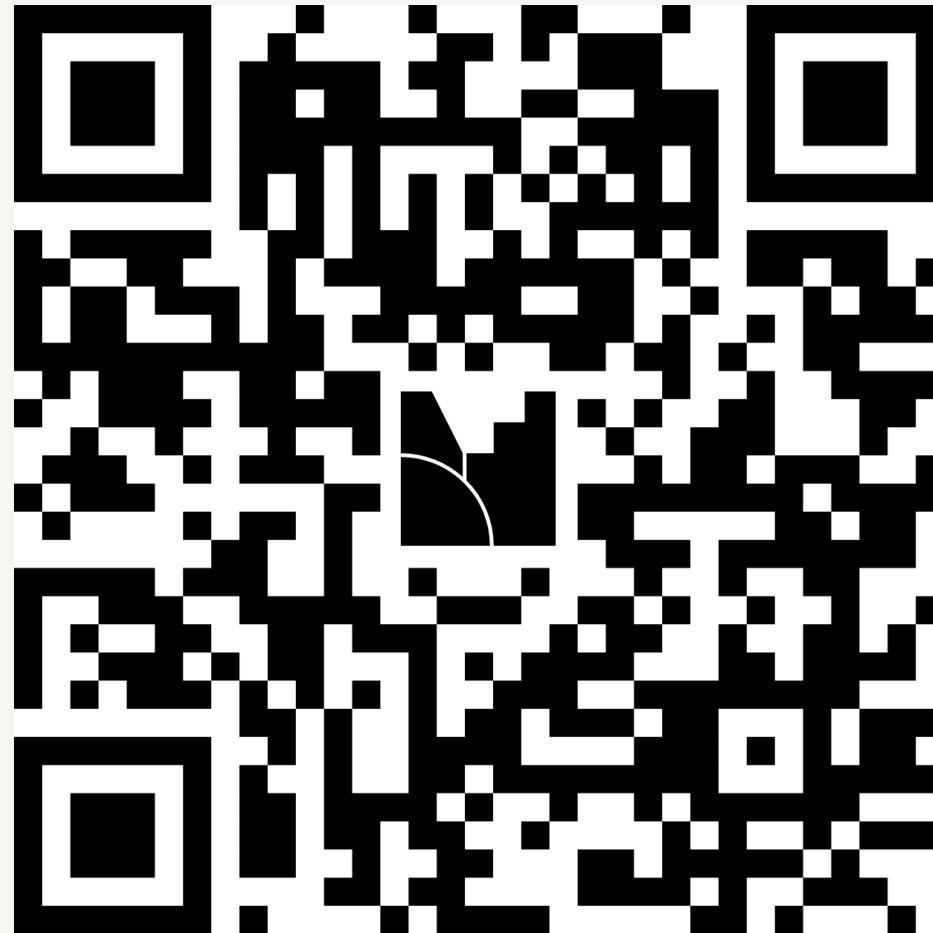
- Es gibt zu wenig Fachärzte
- Fachärzte abonnieren lieber Stammkunden statt Neupatienten
- Fachärzte werden zu oft wegen Lappalien in Anspruch genommen
- Privatpatienten verstopfen den Kalender

WOHER KOMMT DER MANGEL AN FACHARZTTERMINEN?

„Es gibt Kardiologen, die helikoptern die Intima-Media-Dicke ihrer Patientinnen und Patienten mehr als die Prenzlberg-Mutti ihre kleinen Kinder in der Kita. Und ich kriege dann, wenn es wirklich dringend ist für meinen Patienten, keinen Termin für ein Echo“, brach es aus der Berliner Hausärztin Sandra Blumenthal bei der Diskussion heraus. Das sei „Bullshit“, wenn es nach der Nationalen Versorgungsleitlinie gehe, schimpfte die Vorsitzende des Landesverbands der Hauptstadt. Was also wird aus den Nationalen Versorgungsleitlinien? Die Frage bleibt vorerst unbeantwortet.

unbeantwortet
sorgungseitlinien? Die Frage bleibt vorerst
stadt. Was also wird aus den Nationalen Ver-
Vorsitzende des Landesverbands der Haupt-
Versorgungseitlinie gebe, schimpfte die

Zitat aus:
Ärztezeitung Mai 2024
Frühjahrstagung des Hausärztinnen-
& Hausärzteverbands in Leipzig

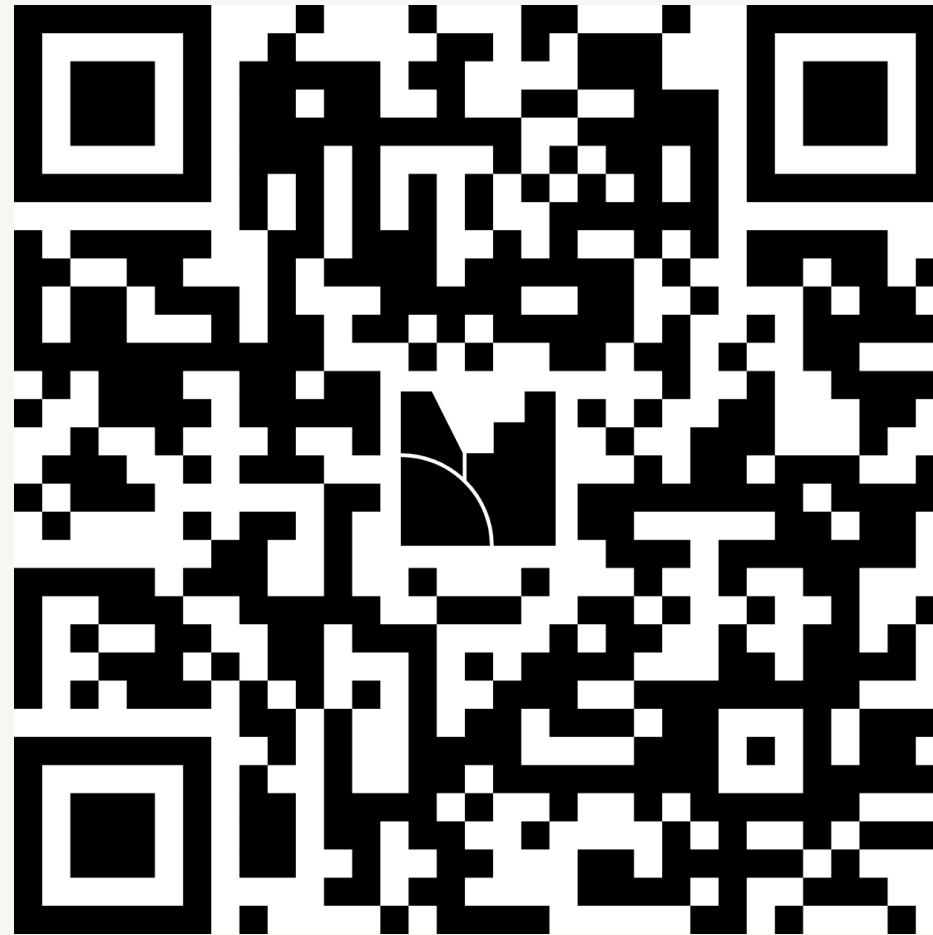


LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN

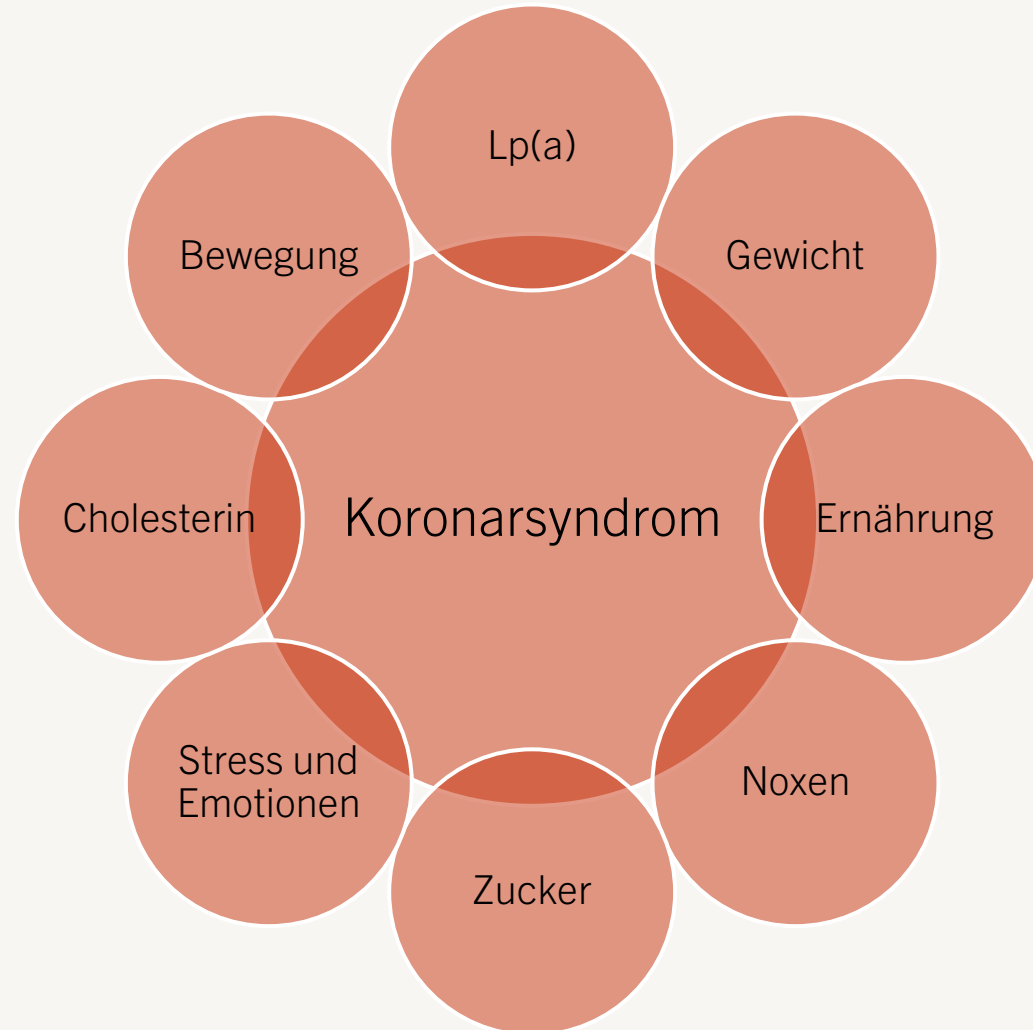


- Mehr **Fachärzte**
- Mehr **Geld** für Fachärzte
- Bessere **Steuerung** (z.B. nach Risikoscoring)
- Restriktivere **Zugangskontrolle** (z.B. Hausarztmodell) zum FA
- Mehr Kooperation/**Delegation** mit Nichtärztlichen Gesundheitsdiensten
- Ich habe eine noch viel **bessere Idee!**

LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN



SEKUNDÄRPRPHLYAXE: HOLISTISCHE AUFGABENSTELLUNG TRIFFT AUF PARTIKULARISIERTES VERSORGUNGSSYSTEM

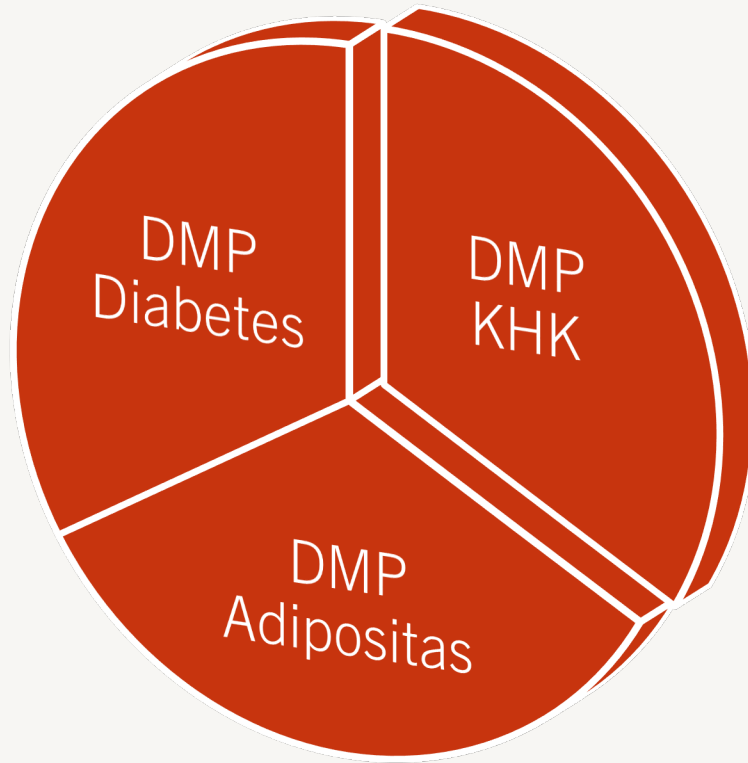


DER SCHNITTSTELLEN-HINDERNIS-MARATHON



- Wer koordiniert die Strategie? Wer hört auf die Strategie?
 - Beispiel: LDL-Zielwertstrategie nach Herzinfarkt
- Befundübermittlung (z.B. Labor) vom HA zum FA und zurück auf welchem Weg?
 - Papier, Fax, KIM, ePA oder gar nicht?
- Wer muss/darf welche Medikamente verordnen?
- Lifestyle-Maßnahmen und Stärkung der Gesundheitskompetenz: Wo bleiben eigentlich alltagsbegleitende Maßnahmen außerhalb der Reha?

VERBESSERUNGSTRUMENT DMP (GESETZ 2002, EINFÜHRUNG 2003)?



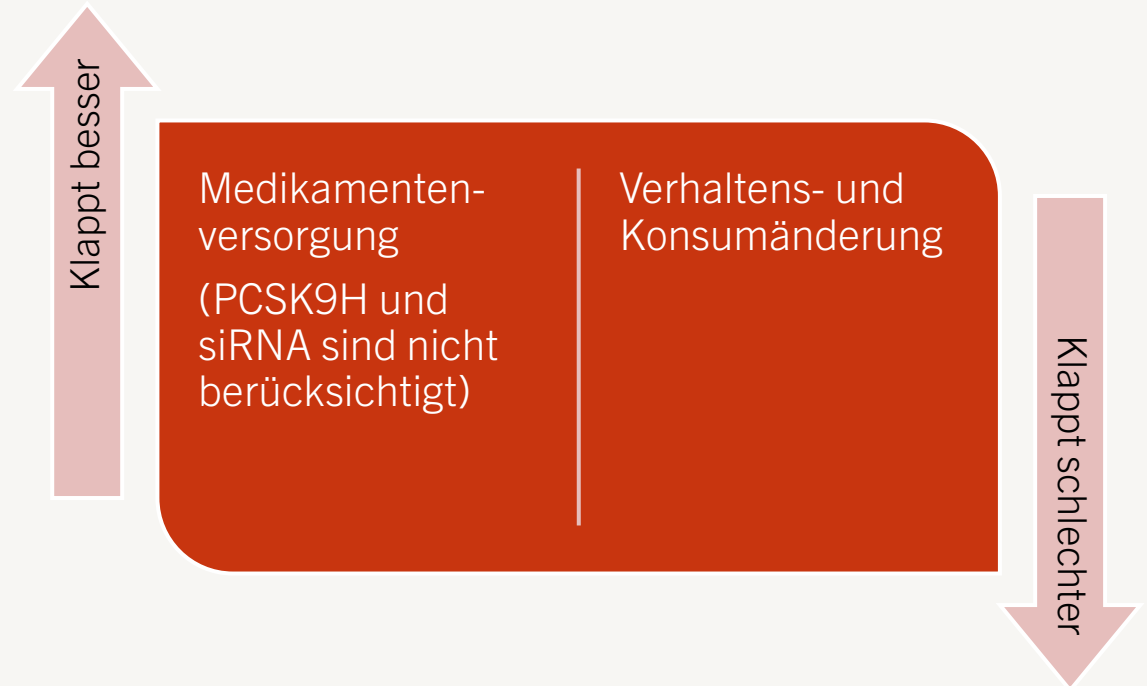
Potenzielle DMP-Programme für unsere Beispielpatientin



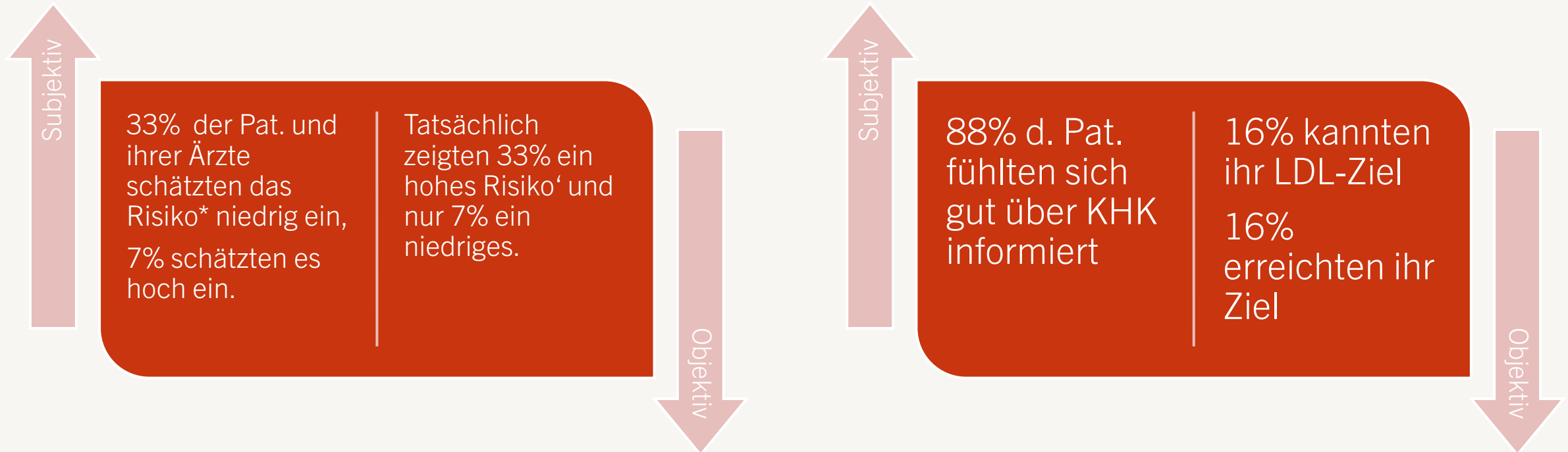
Ungeregeltes Vorgehen bei Abweichungen vom DMP-Ziel

DMP – QUALITÄTSBERICHT

Zielbeschreibung DMP KHK	Erfolgsquote (2023)
Teilnahme an einer strukturierten, evaluierten und publizierten Schulung	53%
Beendeter Nikotinabusus im DMP	11,7% der Raucher
Teilnahme an einem Sportprogramm	34,6%
Normotensive Einstellung von Patienten mit dokum. Hypertonie	59,5%
Betablocker im 1. Jahr nach Infarkt	80,6%
Einnahme von Statinen	85,7%
Hochdosis- oder Zielwerttherapie zur LDL-Senkung	68%



GULLIVE-R (2022, DGK) – GEFÜHL VS. REALITÄT NACH HERZINFARKT



*bewertet anhand des TRS2P-Scores:
Risiko für MACE in der Sekundärprävention



DAS KONZEPT DES ‚CARDIO-KIDNEY-METABOLIC SYNDROME‘ (AHA 06/2026)

- Lassen sich die typischen Volkskrankheiten KHK, Diabetes, Adipositas, Hypertonie und Niereninsuffizienz (mit Ausnahme der spezifischen Nierenerkrankungen) überhaupt getrennt behandeln?
- Brauchen wir ein nicht stattdessen eine Versorgungsstruktur mit einem breiten systemischen Ansatz?
- Die AHA und das ACC sagen JA und bringen im Juni 2026 ein neues Konzept.



RISIKOFAKTOREN DES CKD-SYNDROMS

Viszerale Adipositas

- Bauchumfang Männer > 94, Frauen > 80 cm (Europa)

Triglyceride

- Triglyceride > 150mg% (1,71mmol/l) oder bereits eingeleitete Therapie

Non-HDL-Cholesterin

- > 145mg% - > 3,8mmol/l

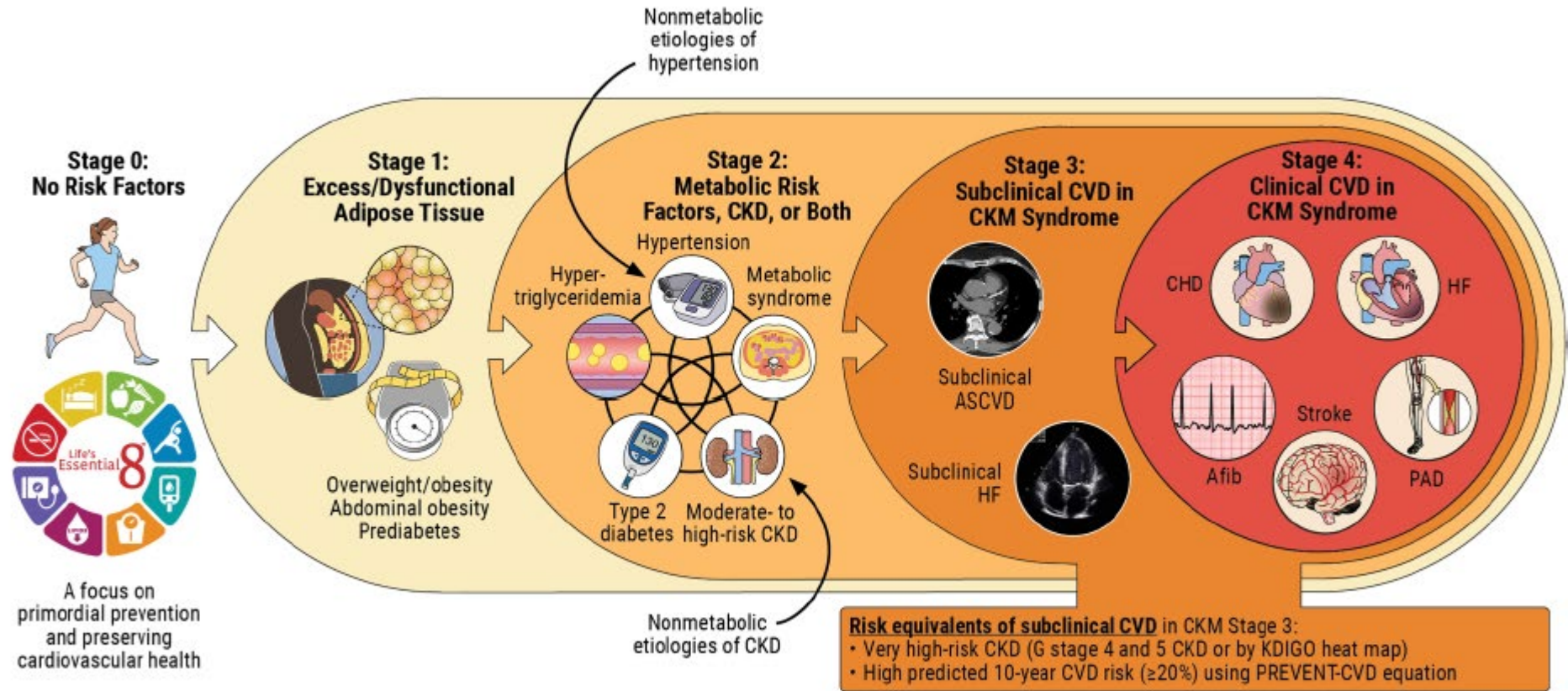
Blutdruck

- RR > 130/85 oder blutdrucksenkende Medikation

Diabetes

- Nüchternglukose > 100 mg/dl (5,6mmol/l)

STAGES OF



Abbreviations: Afib indicates atrial fibrillation; ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CHD, coronary heart disease; CKD, chronic kidney disease; CKM, cardiovascular-kidney-metabolic; CVD, cardiovascular disease; HF, heart failure; KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes; PAD, peripheral artery disease; and PREVENT, Predicting Risk of Cardiovascular Disease Events.

THE EIGHT ESSENTIALS DER AHA: FRÜHINTERVENTION



Healthy Eating



Fitness



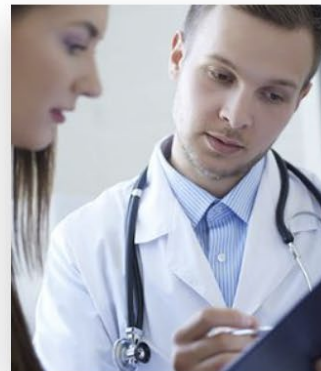
Quit Nicotine



Sleep



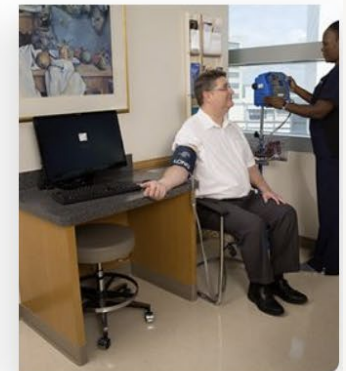
Losing Weight



Cholesterol

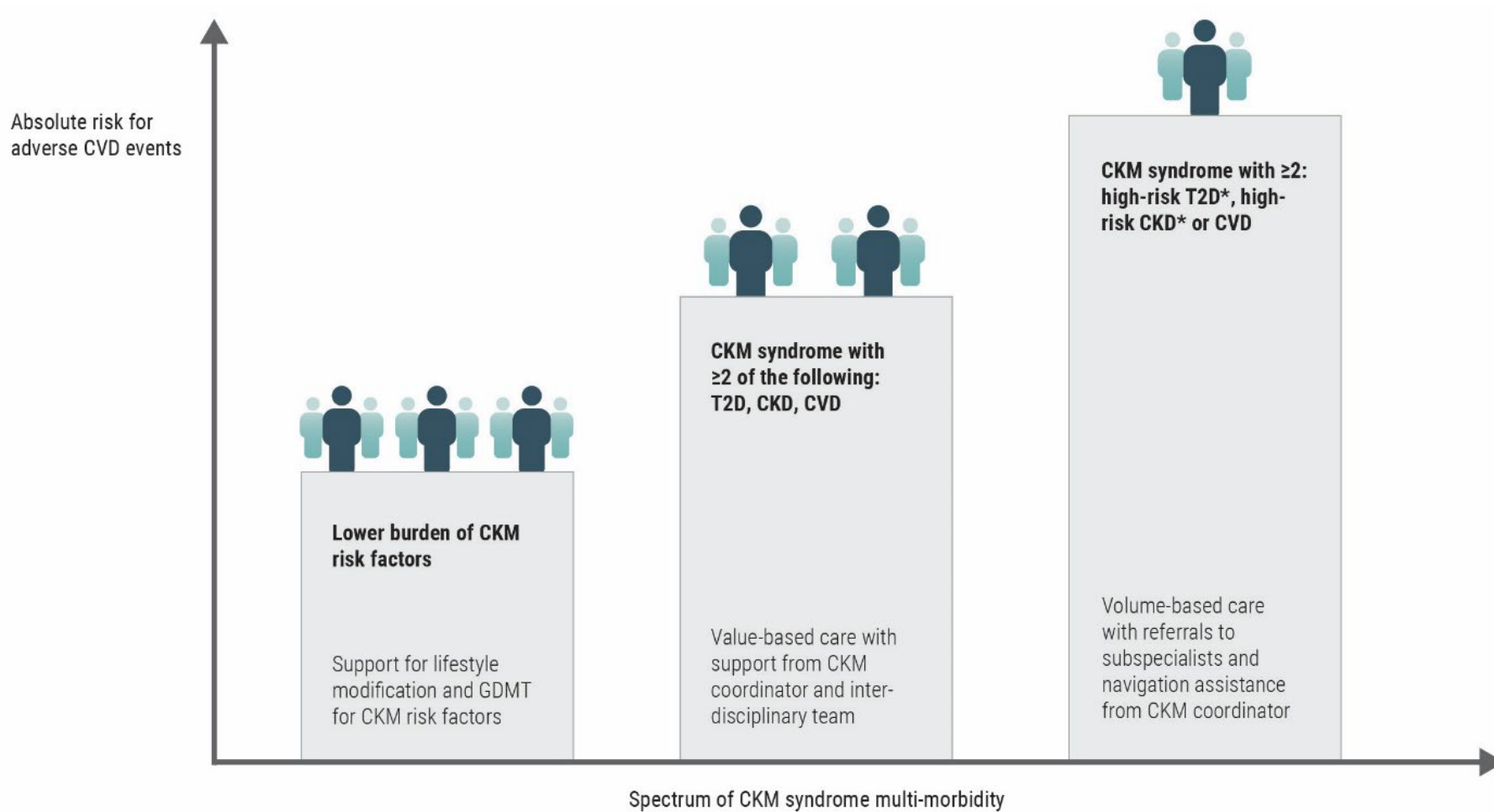


Diabetes



Blood Pressure

USE OF INTERDISCIPLINARY CARE MODELS IN CKM SYNDROME



Abbreviations: CKD indicates chronic kidney disease; CKM, cardiovascular kidney metabolic; CVD, cardiovascular disease; and T2D, type 2 diabetes.

OVERVIEW OF ASCVD MANAGEMENT IN CKM SYNDROME STAGE 4

Abbreviations CHW indicates community health worker; CKM, cardiovascular kidney metabolic; CVD, cardiovascular disease; GDMT, guideline directed medical therapy; GLP-1, glucagon-like peptide-1; RASi; renin-angiotensin system inhibitors; SDOH, social determinants of health; SGLT2i ; sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors; and T2D, type 2 diabetes.



Treat With First-Line GDMT for ASCVD

- Use of aspirin, with additional antiplatelet agent, anticoagulation, or both when indicated
- Maximally tolerated statin therapy as tolerated with adjunctive or alternative agents (ezetimibe, bempedoic acid, PCSK9i) when indicated



Apply the Principles of CKM Management

- Promote cardiovascular health using Life's Essential 8 framework
- Facilitate interdisciplinary care, including CKM coordination point person
- Address adverse SDOH using CHW/social workers and leveraging community resources
- Manage blood pressure as per current guidelines

Manage CKM Syndrome Guided by Patient Risk Profile



For Patients With Obesity

- Intensive lifestyle modification to support weight loss and improve CKM risk profile
- Start GLP-1–based therapy with lifestyle counseling to reduce CVD events
- If not reaching weight loss goals, consider metabolic and bariatric surgery to improve CKM risk profile and reduce CVD events



For Patients With T2D

- Support lifestyle modification to improve CKM risk profiles
- Initiate a GLP-1–based therapy or an SGLT2i to reduce CVD events and CVD mortality
- Can consider co-utilization of both a GLP-1–based therapy and an SGLT2i



For Patients With CKD

- **In ASCVD with T2D or albuminuria,** use RASi and SGLT2i as first-line therapies to improve cardiovascular and kidney outcomes
- **In ASCVD with T2D and persistent albuminuria despite first-line therapies,** consider adding a GLP-1–based therapy or finerenone to improve cardiovascular and kidney outcomes

DIE LEITLINIEN DER AHA VOM JUNI 2026: DREAMTEAM ODER TEAMDREAM?



TABLE 11 CKM Interdisciplinary Team

Care Category	Team Members
General Medical Care	Primary care clinician*
	CKM coordination point person†
	Clinical pharmacist
	Nurse
	Dietician
Subspecialty Care	Cardiology clinician*
	Endocrinology clinician*
	Nephrology clinician*
	Hepatology clinician*
	Diabetes educator
Social Support	Social worker
	Community health worker

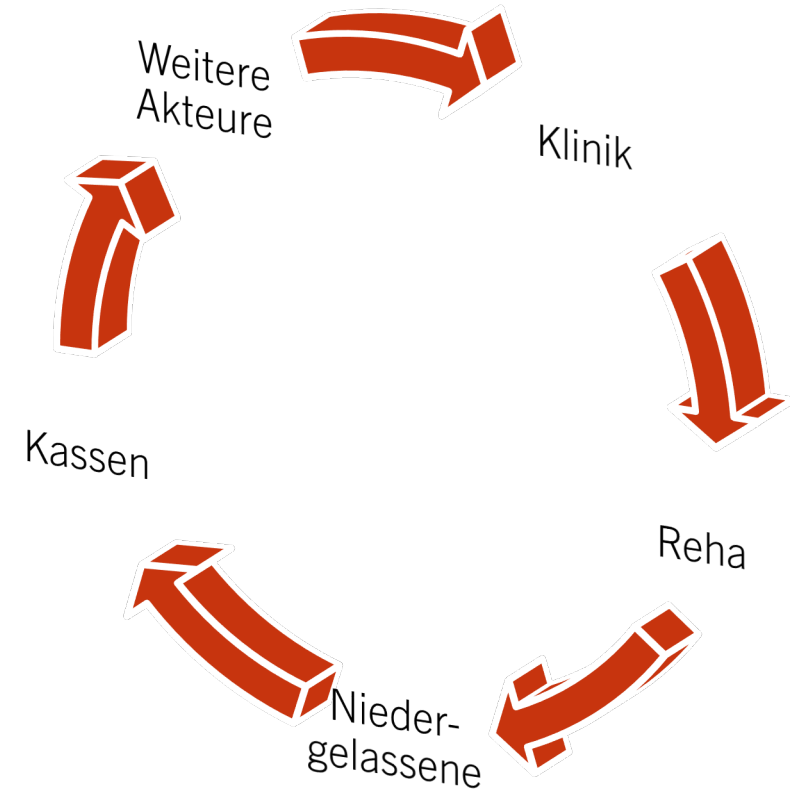
*Could include MD, DO, or advanced practice professional.

†Individuals in subspecialty roles such as diabetes educators or heart failure care coordinators can also play the role of the CKM coordination point person.

CKM indicates cardiovascular-kidney-metabolic.

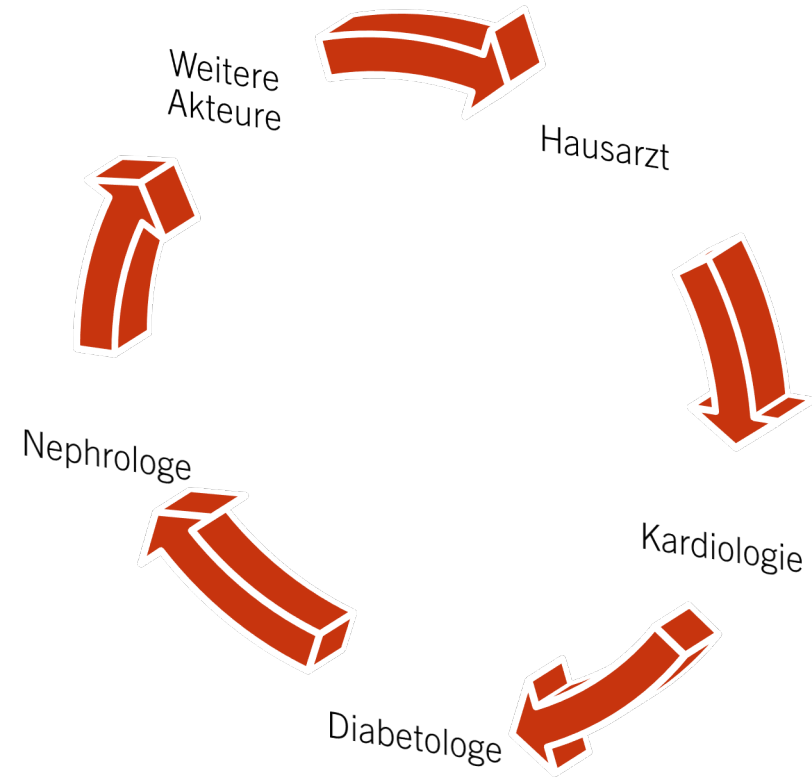


DEUTSCHLAND: EIN SYNDROM – VIELE SEKTOREN!





EIN SYNDROM – VIELE AKTEURE!



„NETZ“ ODER „TEAM?“

Ziele und Aufgaben eines ärztlichen Praxisnetzes:

- **Bessere Versorgung:** Ärzte stimmen Behandlungen besser ab. Patienten haben kürzere Wartezeiten und weniger doppelte Untersuchungen.
- **Kollegialer Austausch:** Ärzte helfen sich gegenseitig. Sie tauschen Wissen aus und halten gemeinsame Fortbildungen ab.
- **Gemeinsame Organisation:** Praxen teilen sich Aufgaben. Das betrifft zum Beispiel den Notdienst am Wochenende oder die Verwaltung.
- **Starke Stimme:** Das Netz verhandelt besser mit den Krankenkassen.

Ziele und Nutzen eines ASV-Teams:

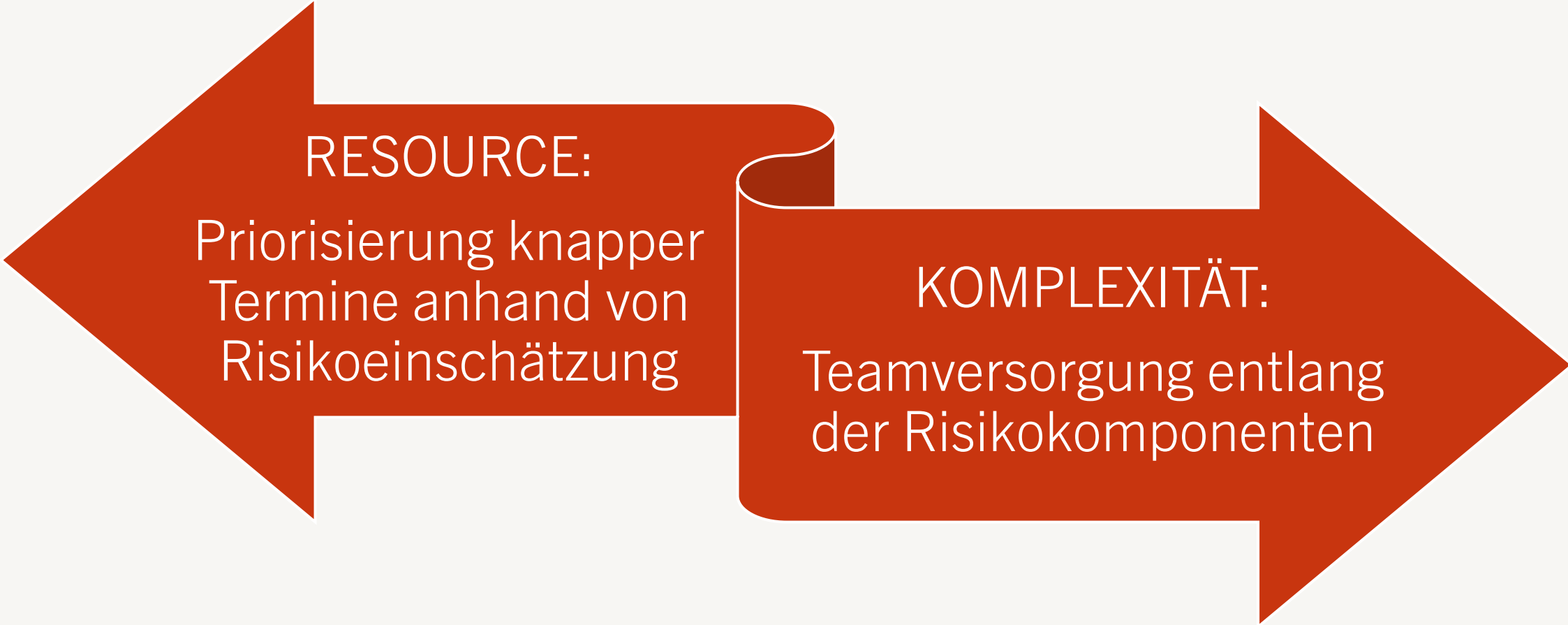
- **Schnittstellen überwinden:** Sie verbindet die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte mit der stationären Expertise von Kliniken.
- **Interdisziplinäre Teams:** Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen arbeiten Hand in Hand, um einen individuellen und abgestimmten Behandlungsplan zu erstellen.
- **Wohnortnahe Spezialisierung:** Patienten sollen auch außerhalb großer Zentren Zugang zu hochqualifizierter Diagnostik und Therapie bei schweren Krankheitsbildern erhalten.

RESOURCES VS. COMPLEXITY



Welche Antworten finden wir für komplexe Aufgaben unter Mangelbedingungen?

RESOURCES VS. COMPLEXITY



RESOURCE:

Priorisierung knapper
Termine anhand von
Risikoeinschätzung

KOMPLEXITÄT:

Teamversorgung entlang
der Risikokomponenten

RESOURCES: PRIORISIERUNG

SCORING ALS PRIORISIERUNG
ASYMPTOMATISCHEN PATIENTEN

SCORE2

SCOREOP

/MIT KI

ENT BEI

SCORE

SMART
RiskScore

SMART
RiskScore
10jähriges
Risiko

Geschlecht
Alter
Lebensort
Zeit seit dem letzten Event
Rauchernanamnese
Diabetesanamnese
KHK?
Cerebralsklerose?
Aortenaneurysma?
AVK
Blutdruck
Krea
(hsCRP)
Chol
HDL-C

RESOURCE: PRIORISIERUNG ANHAND OBJEKTIVER RISIKOSCORES/MIT KI

SCORING ALS PRIORISIERUNGSINSTRUMENT BEI
ASYMPTOMATISCHEN PATIENTEN



SCORING ALS TRIAGETOOL BEI BESCHWERDEN:
CAVE → MINENFELD!



VORSCHLÄGE FÜR EINE BESSERE UND GANZHEITL. VERSORGUNG

SYNDROM-ORIENTIERTE TEAMBILDUNG

- CKM-Syndrom

Andere Beispiele:

- Frailty-Syndrom und Geriatrie
- Muskuloskelettale degenerative Erkrankungen

SYNDROMERKENNUNG UND RISIKOSCORING DURCH INTEGRIERTE KI

- Labeln von PatientInnen anhand der ohnehin verfügbaren Praxisdaten und Push-Information an den Behandler
- Nutzung von evaluierten Scoresystemen

TEAM=HAUSARZT, FACHARZT, PAT.SCHULUNG, PAT.TRAINING

Hausarzt

- Grundversorgung
- (KI-)Screening & Scoring und mit Einverständnis Teameinschluss

Facharzt

- Risikostratifizierung: Risiken verständlich kommunizieren
- Deskription der Behandlungsstrategie: strukturierte Zielvorgaben, risikoadaptierte Kontrollintervalle
 - Medikation: Leitlinien-orientiert, individualisiert, dynamisch titriert

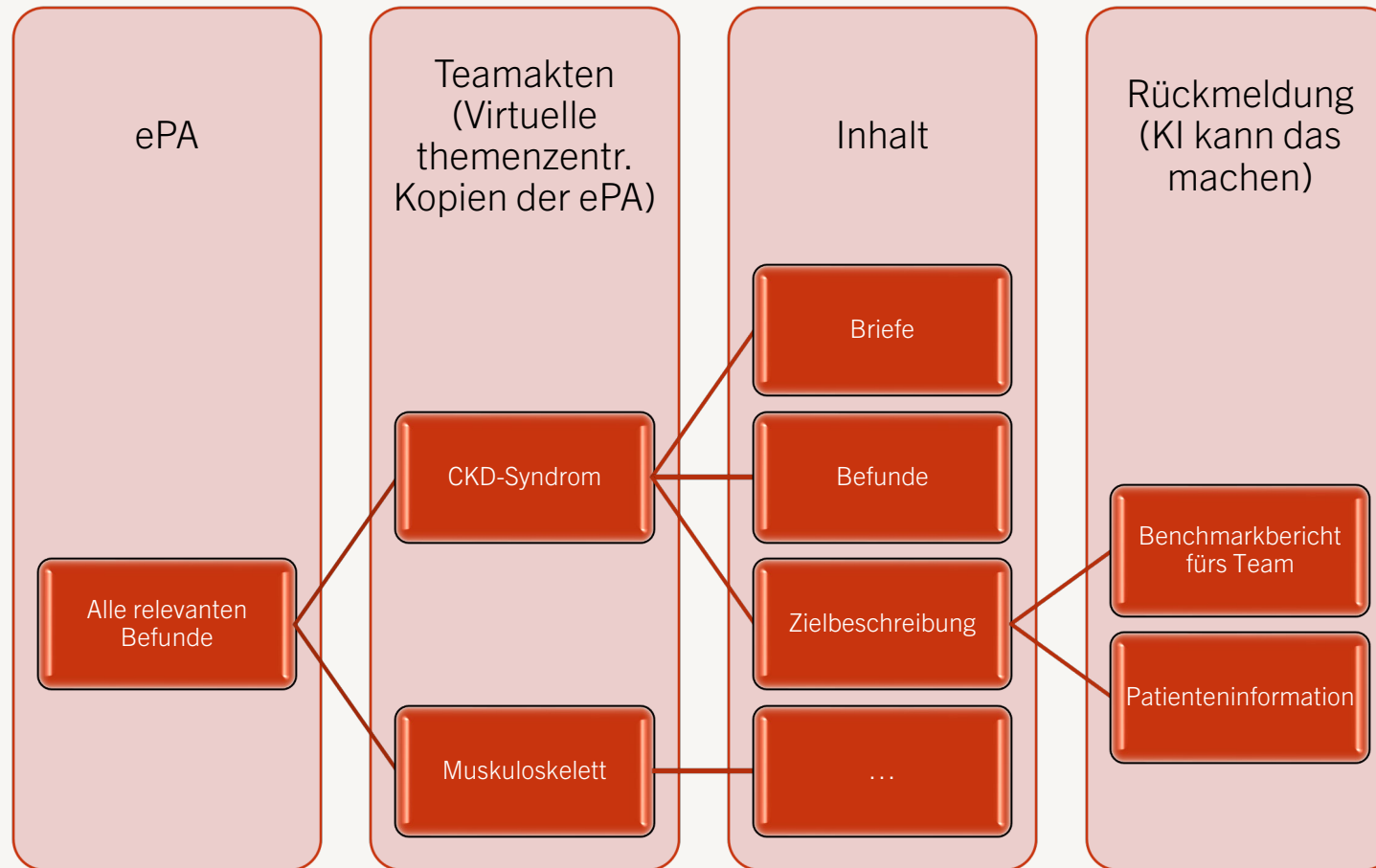
Schulung

- Rauchentwöhnung: Gruppen, DIGA's
- Ernährung:
- Erwerb von Gesundheitskompetenz: Schulungen, interaktive Apps, Online-Programme

Training

- Bonusprogramme
- Sportgruppen
- Health-Apps, Smartwatches, DIGA's

GEMEINSAME DOKUMENTATION





DISKUSSION?

Nicht immer findet man den heiligen Gral, aber man kann ja mal träumen..!