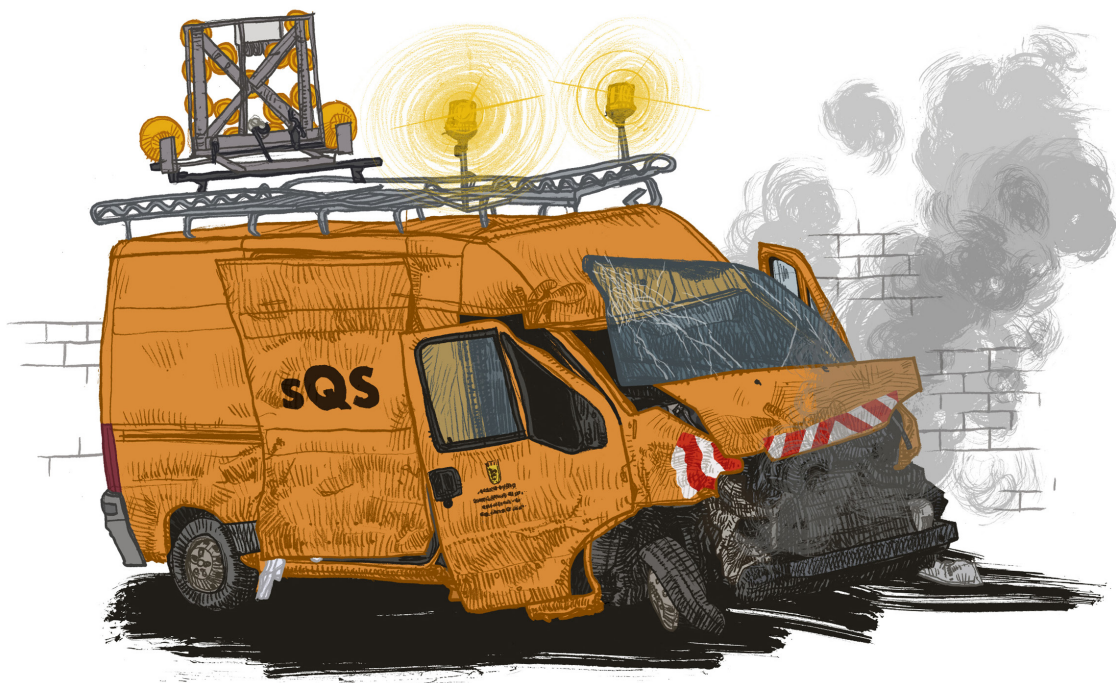


KVH journal

AN DIE WAND GEFAHREN

*Warum die sektorenübergreifende
Qualitätssicherung einen Neustart braucht*



MEDIZINPRODUKTE

Neuklassifizierung von Verbandsmitteln

BLUTDRUCK

Zielwerte für die Hypertoniebehandlung

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

IMPRESSUM

KVH-Journal
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die
Meinung des Autors und nicht unbedingt
die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 11/2021 (November 2021)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Immer wieder werden die KV-Mitglieder mit unausgereiften Ideen und Verfahren konfrontiert. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist ein Beispiel dafür: Das Projekt wurde durch ein Gesetz angestoßen. Dann wurden Systeme entwickelt, die weder ihren Nutzen noch ihre Praxistauglichkeit beweisen mussten, bevor sie den KV-Mitglieder vor die Füße geworfen wurden.

Ähnlich ist es mit der Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsversicherung (eAU): Arztpraxen, die zum Stichtag alle für den Betrieb der eAU notwendigen Komponenten angeschafft haben, mussten ernüchtert feststellen: Das System funktioniert bei der überwiegenden Anzahl der Krankenkassen noch gar nicht.

Welche Lehren sollte man aus diesen Erfahrungen ziehen? Wir brauchen eine Rückbesinnung auf die Evidenz: Wer neue Verfahren und Systeme einführen will, sollte den angestrebten Nutzen definieren und außerdem nachweisen können, dass der Nutzen auch realisiert wird und den Zusatz-Aufwand rechtfertigt.

Die Entwicklung eines schlanken Konzepts nach Auswertung der wissenschaftlichen Evidenz und der Empirie ist hierfür nur der erste Schritt. Im zweiten Schritt müssen die Verfahren in Feldversuchen mit angemessenen Teilnehmerzahlen in den Praxen getestet werden – und zwar für alle Praxisverwaltungssysteme, Krankenkassen und alle anderen wesentlichen Konstellationen. Auf Grundlage dieser Erfahrungen müssen die Prozesse sorgfältig überarbeitet werden. Erst wenn das geschehen ist, können die Verfahren in die Versorgung implementiert werden. Hierfür brauchen wir Übergangsfristen – und finanzielle Anreize für die Praxen. Der Versuch, einen festen, vorgegebenen Stichtag einzuhalten, begünstigt die Entstehung schlampiger, dysfunktionaler Verfahren, deren Anwendung in den Praxen unnötig Zeit verschlingt. Wenn dann auch noch Regresse angedroht werden, führt das bei den KV-Mitgliedern zu Frust, Widerwillen und Kopfschütteln.

Wie man neue Verfahren entwickelt und einführt, ohne diejenigen gegen sich aufzubringen, die sie umsetzen sollen, ist eigentlich kein Geheimnis. Warum funktioniert das im Gesundheitswesen nicht?

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06** _ Nachgefragt: Wie könnte die sektorenübergreifende Qualitätssicherung verbessert werden?
- 08** _ „Den Nutzen im Blick behalten“: Interview mit KBV-Dezernentin Dr. Franziska Diel zu den Problemen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- 13** _ Erfahrungsbericht 1: sQS in der Kardiologie
- 15** _ Erfahrungsbericht 2: sQS zur Nierenersatztherapie

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar**, **Abrechnung**, **Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_** Fragen und Antworten
- 20_** Kodieren: Unterstützung im PVS ab 2022
- Nichtärztliche Praxisassistenten in Hausarztpraxen: Sonderregelung für Ausbildung beendet, mehr Zeit für Refresher-Fortbildung
- 21_** Berechnungsfähigkeit der Chronikerpauschalen
- 22_** Neuregelung zur Berufshaftpflicht
- 24_** Neufassung und Erweiterung des Vertrags „VorsorgePlus“

MEDIZINPRODUKTE

- 25_** Verordnungsfähigkeit von Verbandsmitteln

SELBSTVERWALTUNG

- 33_** Steckbrief: Dr. Stanislaw Nawka



NETZWERK

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 26_** Blutdruckzielwerte für die Hypertoniebehandlung

RUBRIKEN

- 02_** Impressum

- 03_** Editorial

KOLUMNE

- 31_** Zwischenruf
von Dr. Bernd Hontschik

FORUM

- 32_** Leserbrief

TERMINKALENDER

- 34_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez/Funke Foto Services; Seite 6: IQTIG; Seite 7: G-BA, DKG; Seite 9: Lopata/axentis.de; Seite 13: Kardiologische Praxis Orchideenstieg; Seite 16: Marco Grundt; Seite 18: lev dolgachov/AdobeStock; Seite 19: Fleur Priess; Seite 31: Barbara Klemm; Seite 34: Michael Zapf; Icons: iStockfoto



Wie könnte die sektoren-übergreifende Qualitätssicherung verbessert werden?



Prof. Dr. Claus-Dieter Heidecke

Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

Das IQTIG wertet im Auftrag des G-BA die Daten laufender QS-Verfahren im ambulanten wie stationären Sektor aus und entwickelt Vorschläge für neue QS-Verfahren.

Schlanker und zielgerichtet

Grundsätzlich sind wir in der externen Qualitätssicherung gut aufgestellt. Aber wir können noch besser werden. Ich wünsche mir eine schlankere und zielgerichtete QS. Das hilft Patientinnen und Patienten und denen, die sie behandeln.

Deshalb möchte ich die Qualitätssicherung sektoren-übergreifend neu ausrichten. Dazu müssen die bisher unterschiedlichen Systeme besser verzahnt werden. Die Heterogenität sorgt dafür, dass die Qualitätssicherungsverfahren immer komplexer werden, mit zusätzlichem Aufwand für alle Beteiligten. Für das IQTIG ist daher eine Angleichung der QS-Dokumentation im stationären und ambulanten Sektor dringend notwendig.

Zentral für die Weiterentwicklung der gesetzlichen QS ist die bessere Nutzung der vorhandenen Routinedaten. **Das IQTIG könnte effizienter agieren und einen deutlich wirkungsvolleren Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten, und die bisherigen Dokumentationsbelastungen für Ärzteschaft und Krankenhäuser würden deutlich reduziert.** Aus Sicht des IQTIG muss es deshalb im gesamtgesellschaftlichen Interesse sein, die bereits vorhandenen Routinedaten für die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und für die Weiterentwicklung von QS-Verfahren zweckgebunden heranzuziehen – selbstverständlich unter strenger Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben. ■



Karin Maag

unparteiisches Mitglied des G-BA und
Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung

Der G-BA wählt im gesetzlichen Auftrag Leistungsbereiche für eine datengestützte Qualitätssicherung aus und legt die Einzelheiten der jeweiligen Verfahren fest



Dr. Thilo Grüning

Geschäftsführer des Dezernats VII für Qualitätssicherung,
Transplantationsmedizin & Psychiatrie der
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

Kleines Set an Parametern

Seitdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den gesetzlichen Auftrag erhielt, sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (sQS) zu entwickeln, ist Folgendes handlungsleitend: nur solche Daten zu erheben, die den Krankenhäusern und Praxen möglichst genau zurückspiegeln, an welchen Stellen es noch Luft nach oben gibt. Das klingt banal, ist es aber nicht. Die Resolution der KBV-Vertreterversammlung zur sQS (siehe Seite 10) beinhaltet nun wichtige Punkte, die teilweise auch schon Gegenstand von Gesprächen im G-BA sind. Wir werden im G-BA, dessen Trägerorganisation auch die KBV ist, weitere Gespräche zu der Frage führen, ob wir auf dem richtigen Weg sind und wo es Anpassungsbedarf gibt. **Womöglich reicht ja auch schon ein kleineres Set an Qualitätsparametern aus, um eine Aussage über die Qualität der erbrachten Leistungen zu ermöglichen.** Zudem müssen wir von Seiten des G-BA klarer benennen können, welche Erkenntnisgewinne wir uns von der sQS erwarten und warum sie wichtig sind. Das muss uns gelingen, denn nur so können wir eine Akzeptanz für die notwendigen Datenerhebungen dauerhaft erhalten. ■

Rückbesinnung auf Qualitätsförderung

Die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland anhand der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) zu fördern, tritt mehr und mehr hinter dem zweckentfremdenden Versuch zurück, Qualitätssicherungsinstrumente als Sanktions- und Steuerungsinstrumente zu verwenden. Anhand von immer komplexeren Qualitätsanforderungen und -vorgaben wird ein hoher bürokratischer Aufwand generiert. **Die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sollte jedoch dafür genutzt werden, die Qualität der Versorgung für Patientinnen und Patienten in relevanten Versorgungsbereichen zu verbessern.** Die Erfahrungen mit der sQS zeigen, dass es nicht hilft, einfach immer mehr Daten zu erheben und immer neue Qualitätssicherungsverfahren einzuführen. Vielmehr bedarf es einer Diskussion darüber, wie die sQS zukünftig ausgestaltet werden soll, um wirklich die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit zu steigern, ohne dabei zu Strukturbereinigungszwecken missbraucht zu werden. ■

INTERVIEW

»Den Nutzen im Blick behalten«

Was läuft schief bei der
sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS)?
KBV-Dezernentin **DR. FRANZISKA DIEL**
über ungezielte Datensammlung,
fehlende Evaluierung und ein System, das sich
zu verselbstständigen droht.

Die KBV-Vertreterversammlung hat am 17. September 2021 eine Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) gefordert. Welchen Anteil der KV-Mitglieder betrifft dieses Thema überhaupt?

DIEL: Derzeit betrifft es nur einige wenige Facharztgruppen, die von den ersten sQS-Verfahren erfasst sind: Kardiologen, ambulante Operateure und Nephrologen. Doch weitere Verfahren sind in Vorbereitung. Perspektivisch könnte das Thema für ziemlich viele KV-Mitglieder relevant werden, wie die etwa 37.000 Psychotherapeuten.

Wie ist die sQS entstanden?

DIEL: Der Gesetzgeber hat den G-BA im Jahr 2007 verpflichtet, Qualitäts-sicherungsverfahren sektorenübergreifend für die ambulante und stationäre Versorgung zu entwickeln. Dieser Gedanke ist grundsätzlich nachvollziehbar: Viele Versorgungsangebote werden heute sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht. Auch werden Patientinnen und Patienten im Verlauf einer Behandlung oftmals in beiden Bereichen versorgt. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) war mit hohen Erwartungen verbunden: Man hoffte, damit zur Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen ambulantem und stationärem Sektor beitragen und die Versorgung insgesamt durch verbindliche Vorgaben kon-

trollieren zu können. Daneben wollte man unter anderem die Qualität sektorenübergreifend vergleichbar machen. Mit dieser Idee geht auch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ans Werk, das vom G-BA mit der Konzipierung der Verfahren beauftragt wird.

Und was ist das Problem?

DIEL: Es wurden hyperkomplexe und hochbürokratische Verfahren entwickelt, die eher auf eine 360-Grad-rundum-Datenerhebung abzielen scheinen als auf eine wirksame Qualitätssicherung. Das führte bei Ärztinnen und Ärzten zu einem enormen Arbeitsaufwand – ohne dass jemals unter-



Dr. Franziska Diel ist Ärztin und Leiterin des Dezernats Versorgungsqualität der KBV

sucht wurde, ob die sQS-Verfahren tatsächlich die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern. Keines der Verfahren wurde bisher evaluiert.

Grund dafür, dass die Verfahren nicht stabil laufen. Diese Komplexität sorgt aber auch dafür, dass Wirkungszusammenhänge nur schwer ermittelt werden können.

Die enorme Komplexität ist ein Grund dafür, dass die Verfahren nicht stabil laufen.

Sollte es nicht ganz selbstverständlich sein, dass Aufwand und Nutzen dieser Verfahren evaluiert werden?

DIEL: Natürlich, das sollte selbstverständlich sein. Doch wenn ich an 100 Schrauben gleichzeitig drehe, muss ich mir bei der Evaluation auch 100 Schrauben ansehen. Die enorme Komplexität ist ein

Eine gute Evaluation ist unter diesen Umständen extrem aufwändig, auch deshalb wurde sie bisher immer weiter hinausgeschoben. Hinzu kommt, dass umstritten ist, wer eine Evaluation durchführen könnte. Das IQTIG hat die Verfahren entwickelt. Es wäre methodisch fragwürdig, wenn das Institut seine eigene Arbeit bewertet.

Wie müsste denn Ihrer Ansicht nach eine sinnvolle Qualitätssicherung aussehen?

DIEL: Qualitätssicherung kann ja immer nur einen Ausschnitt von gelungener Versorgung und medizinischer Qualität abbilden, deshalb sollte man QS-Verfahren nicht mit unrealistischen Erwartungen überfrachten. Eine funktionierende Qualitätssicherung muss sich auf das Wesentliche konzentrieren. Sie muss einfach, schnell und zielgerichtet sein. Man sollte sich auf wenige Kriterien beschränken, für die belegt ist, dass sie gute oder schlechte Versorgungsqualität anzeigen.

Können Sie nicht nachvollziehen, dass sich die Krankenkassen →

RESOLUTION DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV VOM 17. SEPTEMBER 2021 (AUSZUG)

KBV und KVen fordern eine Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Das sind die wichtigsten Punkte, die angesprochen werden müssen:

- Der zusätzliche Aufwand, der für die Dokumentation zur sQS anfällt, ist zu hoch und muss auf ein vertretbares Maß reduziert werden, damit nicht aus Zeitmangel die Patientenversorgung gefährdet ist. Ärzte und Psychotherapeuten sollen nur das dokumentieren müssen, was nachweislich hilft, die Qualität zu verbessern. Die Patienten müssen wieder im Mittelpunkt stehen.
- Ziel muss es sein, die Versorgungsqualität anhand weniger Indikatoren und mit aufwandsarmen Methoden transparent zu machen. Somit sinken die

bisher völlig überzogenen Dokumentationsaufwände, ohne das Ziel der Qualitätssicherung aus den Augen zu verlieren.

- Per Gesetzgebung sind für die Qualitätssicherung Stichprobenerhebungen vorgesehen (§ 299 Abs. 1 Satz 4 SGB V). Die Realität ist allerdings eine andere: Alle Verfahren der sQS basieren auf Vollerhebungen. Das heißt, dass alle derzeit betroffenen Ärztinnen und Ärzte fortlaufend dokumentieren müssen. So werden Tausende von Datensätzen unnötig generiert, häufig manuell. Die bürokratischen Aufwände werden hierdurch immer höher – ohne dass dies zwangsläufig zu mehr Transparenz in der Versorgung führt. Eine

Das Positionspapier der KBV „10 Impulse für eine Neuausrichtung der sQS“

→ und Patientenvertreter im G-BA bisweilen eine stärkere Kontrolle wünschen?

DIEL: Wir wenden uns gegen eine Misstrauenskultur, die das Versorgungsgeschehen lahmzulegen droht. Man muss doch zunächst mal davon ausgehen, dass Menschen nach einem sechsjährigen Medizinstudium und einer sechsjährigen Facharztweiterbildung ausreichend qualifiziert sind, um gute Arbeit zu leisten. Natürlich ist es die Aufgabe eines freien Berufs, in den eigenen Reihen für gute Qualität zu sorgen und Fehlleistungen zu sanktionieren. Das geschieht auch. Es gibt im niedergelassenen Sektor bereits unzählige

Regularien und normative Vorgaben. Wir haben seit Jahrzehnten eine gut funktionierende vertragsärztliche Qualitätssicherung. Die intrinsische Motivation der Niedergelassenen ist sehr ausgeprägt, was man schon an der regen Teilnahme an Qualitätszirkeln und anderen freiwilligen Angeboten ablesen kann.

Das erste sQS-Verfahren, die 2016 eingeführte sQS PCI (perkutane Koronarintervention/-angiographie), konnte auf einem von den Ärztinnen und Ärzten selbst entwickelten Verfahren aufsetzen ...

DIEL: Ja. Für die interventionellen Kardiologen im vertragsärztlichen

Bereich war diese Art der Datenerhebung nichts Neues, sie hatten bereits in Eigeninitiative ein Projekt zur computergestützten Datenauswertung von Herzkathetereingriffen auf den Weg gebracht: das QuIK-Register (Qualitätssicherung Invasive Kardiologie). Das hierauf aufbauende sQS-Verfahren ist das einzige, das derzeit einigermaßen läuft. Allerdings dauert die Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die Ärztinnen und Ärzte viel zu lang.

Anfang 2017 trat dann die sQS WI (Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen) in Kraft. Die Einführung dieses Verfahrens ist

Rückbesinnung auf die grundsätzlich vorgesehenen Stichproben ist dringend geboten.

● Es dürfen nur Qualitätssicherungsverfahren zum Einsatz kommen, die ein hohes Potential zur Qualitätsverbesserung haben. Zugleich müssen angelegene Maßnahmen immer wieder überdacht, bei Bedarf zielführend reduziert oder auch beendet werden. Dies alles passiert bislang nicht. Es mangelt an Evaluation und dem Willen zu schlanken Verfahren. Das darf so nicht bleiben: Der nachweisliche Nutzen muss den hohen Aufwand rechtfertigen. Der Paragraph 136d SGB V muss daher klarer gefasst und konsequent angewendet werden.

● Die sQS muss sich auf ihr eigentliches Potential fokussieren, Qualität zu fördern. Die zunehmende Ausrichtung auf sanktionierende Maßnahmen steht im Widerspruch zu einer Kultur des motivierten Lernens und Weiterentwickelns. Sanktionen können immer nur das letzte Mittel sein. Das Bündel an möglichen fördernden und unterstützenden Maßnahmen, von Qualitätszirkel bis Peer-Review, muss wieder mehr genutzt werden. Es gilt, die intrinsische Motivation der Ärzte und Psychotherapeuten zu wahren und zu fördern.

Berlin, 17. September 2021

finden Sie im Internet: https://www.kbv.de/media/sp/2021-07-26_KBV-Positionspapier_sQS_Neuausrichtung.pdf

offenbar komplett schiefgegangen. Was ist passiert?

DIEL: Die Kataloge für die Einrichtungsbeurteilung, die von den Praxen und Krankenhäusern einmal pro Jahr abgearbeitet werden sollen, passten teilweise überhaupt nicht für den ambulanten Bereich. Außerdem waren offensichtlich unsinnige Fragen enthalten. Deshalb wurde das Verfahren sQS WI auf Drängen der KBV endlich für ein Jahr ausgesetzt, damit es vom IQTiG überarbeitet werden kann.

Die KBV ist ja im G-BA vertreten. War für Sie nicht schon vor Inkraft-

treten des sQS WI absehbar, dass die Sache schiefgehen würde?

DIEL: Doch, das war für uns absehbar. Wir haben von Anfang an viele Kritikpunkte artikuliert, die aber nur zu einem sehr geringen Teil aufgegriffen wurden. Wir konnten uns gegen andere im G-BA vertretenen Organisationen nicht durchsetzen.

Wird die überarbeitete Version besser?

DIEL: Unserer Ansicht nach ist der Fragebogen nicht umfassend genug überarbeitet worden. Dennoch wird Anfang 2022 wieder eine Einrich-

tungsbeurteilung für das Erfassungsjahr 2021 im Rahmen des sQS WI starten.

Das dritte bereits eingeführte Verfahren ist die sQS NET (Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen). Es wurde im Januar 2020 implementiert.

DIEL: Auch die sQS NET ist ein Trauerspiel. Zuvor gab es ein sinnvolles Verfahren, die QS Dialyse auf Grundlage einer G-BA-Richtlinie. Das hat gut funktioniert, es war verlässlich, lief über viele Jahre – deshalb konnte man auch Zeitreihen abbilden. Dieses bewährte →

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Bislang eingeführte Verfahren:

- Januar 2016 – perkutane Koronar-intervention/-angiographie (sQS PCI)
- Januar 2017 – Vermeidung nosokomialer Infektionen: post-operative Wundinfektionen (sQS WI)
- Januar 2020 – Nierener-satztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (sQS NET)

→ Verfahren wurde abgeschaltet, ohne dass man das neue Verfahren zum Laufen gebracht hätte. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sollen fleißig Daten liefern, haben aber keine taugliche Software zur Verfügung.

Außerdem erweitert das im Juli 2021 in Kraft getretene Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) die Möglichkeiten der sQS. Auf welche Änderungen müssen sich die KV-Mitglieder einstellen?

DIEL: Beispielsweise soll der G-BA bis Ende 2022 eine Richtlinie erarbeiten, die festlegt, wie die Ergebnisse der sQS-Auswertungen einrichtungsbezogen, das heißt auf Praxisebene versus Krankenhausebene, veröffentlicht werden. Die Patientinnen und Patienten sollen die Möglichkeit bekommen, sich darüber zu informieren, wie beispielsweise eine bestimmte Praxis in Hamburg im sQS-Verfahren abgeschnitten hat. Wir konnten immerhin erreichen, dass diese Ergebnisse risikoadjustiert dargestellt werden. Unsere grundsätzli-

in der Folge schwerer erkrankte Patienten nicht mehr versorgt würden, weil die Einrichtungen eine Veröffentlichung unterdurchschnittlicher sQS-Ergebnisse fürchten.

Was sieht das GVWG noch vor?

DIEL: Es wird eine 100-prozentige Dokumentationspflicht geben. Falls eine Einrichtung nicht alle geforderten Daten liefert, sind bislang unmittelbar Vergütungsabschläge vorgesehen. Außerdem sollen Patientenbefragungen als einzige Datenquelle in sQS-Verfahren genutzt werden können. Auch das halten wir für problematisch, denn Patientenbefragungen können wichtige Bereiche der messbaren Versorgungsqualität gar nicht erfassen. Aber es könnten ausschließlich auf dieser Grundlage Sanktionen erfolgen.

Provokant ausgedrückt könnte man sagen: Die sQS braucht eine Qualitätssicherung.

Obwohl die ersten Verfahren in Teilen gescheitert sind, soll die sQS nun bereits ausgeweitet werden. Welche neuen Verfahren sind in Vorbereitung?

DIEL: Das IQTIG entwickelt ein weiteres Verfahren für die ambulante Psychotherapie, was ja bereits zu heftigen Diskussionen geführt hat. In der Pipeline sind außerdem Verfahren zu Schizophrenie, Prostata-CA, Sepsis und Entlassmanagement aus dem Krankenhaus.

chen Bedenken hat der Gesetzgeber leider nicht aufgegriffen.

Was heißt „risikoadjustiert“?

DIEL: Man kann nicht alle Praxen miteinander vergleichen, ohne die Ergebnisse zu gewichten – und schon gar nicht eine x-beliebige Praxis mit einem x-beliebigen Krankenhaus. Man muss beispielsweise unbedingt berücksichtigen, ob eine Einrichtung schwierige Patienten behandelt oder leichte Fälle. Es wäre ja schrecklich, wenn

Wie könnte die sQS wieder auf Kurs gebracht werden?

DIEL: Bereits im Jahr 2012 hat die KBV das Gutachten „Machbarkeitsanalyse zur Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung“ in Auftrag gegeben. Darin wurden bereits viele Probleme aufgezeigt, die bis heute nicht gelöst sind. Die bisherigen Erfahrungen müssen sorgfältig evaluiert und offen diskutiert werden, um zu verhindern, dass dysfunktionale Systeme über die gesamte Vertragsärzteschaft ausgerollt werden. Provokant ausgedrückt könnte man sagen: Die sQS braucht eine Qualitätssicherung. ■

VON DR. TIM RISIUS

Optimierung der Zielvorgaben

Die Qualitätssicherung in der Kardiologie ist eine wertvolle Errungenschaft. Doch um praktikabel zu bleiben, muss das derzeitige Verfahren reduziert und teilweise neu justiert werden.



DR. TIM RISIUS

ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, arbeitet als Partner in der Kardiologischen Praxis Orchideenstieg in Alsterdorf und ist Vorsitzender der Fachkommission für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (sQS PCI) der Landesarbeitsgemeinschaft Hamburg.

Verfahren zur Behandlungsqualität gibt es in der Kardiologie schon seit Jahrzehnten. Dabei handelte es sich ursprünglich um Selbstinitiativen: Vertreter des Fachbereichs definierten Zielvorgaben, um die messbare Qualität einer Behandlung zu vereinheitlichen. Seit 2016 gibt es als erstes vom Gesetzgeber angestoßenes sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (sQS) ein Dokumentationsprogramm für die PCI und die Koronarangiographie.

Als ich mich Ende 2017 in einer Kardiologischen Praxis niederließ, kannte ich die Qualitäts-Dokumentation bereits aus dem Krankenhaus. Im Prinzip hat sich das System über die Jahre hinweg kaum verändert. Doch aus der freiwilligen Selbstinitiative ist eine Verpflichtung geworden. Und die Komplexität der Dokumentation hat zugenommen.

Für die Dokumentation einer PCI beispielsweise nutzen wir vier verschiedene Computer-Programme. Da gibt es zunächst eine radiologische Auswertungssoftware für die Bilder: Was haben wir gesehen? Was haben wir gemacht? Haben wir die

Stenose noch aus anderen Blickwinkeln angesehen? Wo haben wir einen Stent implantiert? Ist die Lage des Stents im Gefäß richtig, sind alle Stenosen behandelt? Gibt es eventuell noch eine Dissektion? Des Weiteren haben wir ein Auswertungsprogramm, mit dem wir den Arztbrief generieren. Dann brauchen wir die normale Praxissoftware, um

ein Strahlendosisstandard von 2.800 cGycm² für eine diagnostische Koronarangiographie und 5.500 cGycm² für eine Intervention.

Während man die Intervention durchführt, hat man diese Zielvorgaben im Hinterkopf. Ausnahmen sind natürlich möglich: Wenn der konkrete Fall es erforderlich macht, gibt es Abweichungen. Doch man

Wer vor allem einfache elektive Patienten behandelt, hat keinerlei Schwierigkeiten, die Zielvorgaben einzuhalten. Doch wenn man alte Patienten versorgt oder solche, die schon zwei Bypass-Operationen hinter sich haben, braucht man mehr Zeit, mehr Durchleuchtung und mehr Kontrastmittel. Eine Versorgungseinheit, die immer gute Qualitäts-Werte erzielen und nicht auffallen möchte, müsste schwierige Patienten eigentlich ablehnen und woanders hinschicken.

Eine direkte Rückmeldung auf ihre Qualitäts-Werte bekommen die Versorgungseinrichtungen nur, wenn es Auffälligkeiten gibt. Die Auswertung dauert ein halbes bis ein Jahr. Schriftliche Stellungnahmen müssen Kolleginnen oder Kollegen abgeben, wenn beispielsweise in ihrer Gruppe der Herzinfarkte überdurchschnittlich viele Patienten gestorben sind oder wenn ihr Kontrastmittelverbrauch besonders auffällig war.

Aus meiner Erfahrung als Mitglied der Fachkommission kann ich sagen: In den allermeisten Fällen können die Kolleginnen und Kollegen die Auffälligkeiten sehr gut und überzeugend erklären.

Manchmal jedoch kommen durch die Qualitätssicherung echte Mängel ans Licht. Beispielsweise haben wir Fälle in einem Katheterlabor begutachtet, dessen Anlage so alt war, dass dies zu auffälligen Werten führte. Die Stellungnahmen der Ärztinnen und Ärzte lasen sich zwischen den Zeilen beinahe wie Hilferufe; es gab keine andere Erklärung als die veraltete Technik. Aufgrund der unzureichenden Rechtfertigungen konnten wir erfolgreich Druck

So erzeugt man Abwehr gegen Programme, die ursprünglich aus der Ärzteschaft heraus entstanden sind.

die Prozedur zu verschlüsseln. Und schließlich beantworten wir noch den Fragenkatalog im Qualitätssicherungsprogramm. Manche Daten können von einem Programm ins andere übernommen werden. Dennoch dauert die meist von den MFA vorgenommene Daten-Eingabe insgesamt zwischen drei und – wenn es etwas komplizierter wird und man zum Beispiel zur Übertragung von längeren Nummern zwischen den Programmen wechseln muss – fünf Minuten. Das Nebeneinander so vieler Programme kostet unnötig Zeit. Man gewöhnt sich leider daran.

Im Qualitätssicherungsprogramm werden 30 bis 35 Qualitätsindikatoren abgefragt. Die meisten Kriterien sind sinnvoll – das ist meines Erachtens überhaupt keine Frage. Beim Herzkatheter geht es hauptsächlich um den Kontrastmittelverbrauch, die Strahlung, die Dauer der Prozedur, die Indikation. Die Kriterien sind im Lauf der Zeit strenger geworden. Vor 15 Jahren durfte man für eine Intervention viel länger durchleuchten. Heute gilt

wird stets darauf achten, die Ziele im Mittel zu erreichen. Und dieser Anreiz ist zweifellos ein großer Vorteil der Qualitätssicherung für die Patienten, für das Pflegepersonal und auch für die Ärztinnen und Ärzte selbst.

Die sQS macht die Versorgungseinrichtungen über die Sektorengrenze hinweg vergleichbar. Die Parameter bilden unter anderem die Routine der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ab: Ein Herzzentrum schneidet in der Regel besser ab als ein kleines Krankenhaus mit wenigen Betten, das seltener Prozeduren durchführt.

Andere Einflussfaktoren sind schwieriger aus den Daten herauszulesen: Eine Rolle kann beispielsweise spielen, dass in einer Klinik viele junge Kardiologen ausgebildet werden, die zu Anfang mehr Kontrastmittel und auch mehr Durchleuchtung brauchen. Das kann die Werte drücken.

Auch Praxen und Kliniken, die viele schwerere Fälle versorgen, können schlechter abschneiden.

auf die Geschäftsführung der Versorgungseinheit ausüben, um Gefahren von den Patienten und vom bedienenden Personal abzuwenden.

Wie können wir die Vorteile der sQS erhalten? Welche Fehlentwicklungen sollten wir vermeiden? Hier wären mehrere Punkte zu nennen:

- Der Zeitaufwand für die Dokumentation muss geringer werden. Ich schätze, dass etwa ein Drittel der abgefragten Qualitätsindikatoren überflüssig ist. Diese müssen entfernt werden.
- Stattdessen sollte man einige wenige Indikatoren hinzufügen, mit denen bestimmte schwere Fälle gekennzeichnet werden können. Wenn man beispielsweise gleich angeben könnte, dass man einen FFR-Katheter benutzen musste, ist klar: Das bedeutet größeren Aufwand. Man braucht mehr Zeit, mehr Durchleuchtung und mehr Kontrastmittel. Gäbe es die Möglichkeit, erschwerte Bedingungen gleich zu kennzeichnen, könnte man sich all die Rückfragen und Rechtfertigungen im Nachgang sparen.

- Eine Gesetzesänderung sieht vor, dass mit Vergütungsabschlägen bestraft wird, wer unvollständige QS-Dokumentationen übermittelt. So erzeugt man Abwehr gegen Programme, die ursprünglich aus der Ärzteschaft selbst heraus entstanden sind. Qualitätssicherung ist auf Akzeptanz angewiesen. Man sollte den Bogen nicht überspannen.

Die sQS ist sehr hilfreich, um bestimmte Aspekte von Qualität zu messen und durchzusetzen. Doch wir müssen sicherstellen, dass die Regelungen praktikabel bleiben und ihre inhaltliche Weiterentwicklung eng mit jenen Ärztinnen und Ärzten rückgekoppelt wird, die im Alltag damit arbeiten. ■



wir
regulieren
ihren

[puls • schlag]

/praxisberatung

so vielfältig ihr praxisalltag, so vielschichtig die vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei dinge wie das wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!

©markoagentur.de

KVH Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg

VON DR. KAI TOUSSAINT

Zurzeit läuft gar nichts

Der Versuch, ein sektorenübergreifendes QS-System für die Nierenersatztherapie zu etablieren, hat die Qualitätssicherung in den Dialyse-Praxen zum Erliegen gebracht.



DR. KAI TOUSSAINT

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, arbeitet im MVZ Nephrocare Hamburg-Barmbek und war Mitglied der überregionalen Dialyse-Kommission der Arbeitsgemeinschaft QS der Nord-KVen

Bevor im Januar 2020 das sQS NET (Sektorenübergreifende Qualitätssicherung Nierenersatztherapie) eingeführt wurde, hatten wir in der ambulanten Dialyse ein funktionierendes, allseits akzeptiertes Qualitätssicherungsverfahren.

Das ist vorbei. Der Versuch, das System noch besser, noch umfassender und noch perfekter zu machen, ist gescheitert.

Ich war bis Ende 2019 Mitglied der QS-Kommission Dialyse für Hamburg und Schleswig-Holstein. Wir haben die Arbeit von auffällig gewordenen Praxen begutachtet – und in einigen Fällen war es durchaus sinnvoll, über Qualitätsindikatoren ins Gespräch zu kommen.

Doch das Qualitätssicherungssystem für die ambulante Dialyse wurde abgeschafft und durch die sQS NET ersetzt. Die QS-Kommission wurde aufgelöst, Mitglieder eines geplanten Nachfolgegremiums noch nicht berufen. Wir können aktuell nicht sagen, ob die gute Arbeit in den Dialysepraxen in Hamburg und Schleswig-Holstein fortgeführt und welche Zielvorgaben erfüllt werden.

Es gibt im neuen System 15 Qualitätsindikatoren – darunter jene, die bereits im alten System gültig waren, aber auch einige neue, die dem Anspruch auf sektorenübergreifende Qualitätssicherung

geschuldet sind wie beispielsweise die Anmeldung zur Nierentransplantation. Die Dialyse-Praxen können hierzu Zahlenangaben machen, doch sie wissen nicht, welches Qualitätsziel erreicht werden soll.

Das ist ein beklagenswerter Zustand. Jede Praxis definiert nun für sich selbst Qualitätsziele, an denen sie sich orientiert. Doch das ist nicht Sinn der Sache. Wenn sich jeder selbst Qualitätsziele ausdenken muss, braucht man kein externes Qualitätssicherungsverfahren.

erhoben und eingetragen wurde. Die Korrektur macht viel Mühe, und der unnötige Arbeitsaufwand erschwert es, sich mit dem neuen System anzufreunden.

Das Grundprinzip eines Qualitätsmanagement-Systems, welches jede Arztpraxis vorhalten muss, ist der sogenannte „kontinuierliche Verbesserungsprozess“. Früher bekamen die Praxen eine Rückmeldung für die im Vorquartal gemeldeten Qualitätsparameter. Daraus konnten die Praxen im Sinne des

mehr auf ihre Datenlieferungen bekommen.

Der Versuch, ein übergreifendes Kontrollsystem für den stationären und ambulanten Bereich zu etablieren, hat die Qualitätssicherung zum Erliegen gebracht. Zurzeit läuft gar nichts. Dennoch werden bereits neue Pläne geschmiedet. Fünf weitere Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sind in Vorbereitung. Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sieht für den ambulanten Bereich eine 100-prozentige Dokumentationspflicht von Qualitätssicherungsdaten vor. Werden die Qualitätssicherungs-Dokumentationen unvollständig übermittelt, kann das mit Vergütungsabschlägen bestraft werden (§137 Abs. 2 SGB V). Auch Patientenbefragungen und eine Veröffentlichung von praxisbezogenen Kennzahlen sollen eingeführt werden.

Wird diesmal vor der Implementierung geprüft, ob die Abläufe funktionieren? Wird ermittelt, welchen zusätzlichen Zeitaufwand das in den Praxen kosten wird? Ist wissenschaftlich untersucht worden, ob die Maßnahmen tatsächlich einen Vorteil für die Versorgung der Patientinnen und Patienten bringen?

Ich würde dafür plädieren, die bei den ersten Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemachten Fehler sorgfältig aufzuarbeiten und daraus Schlüsse zu ziehen. Bevor über die Implementierung neuer Maßnahmen auch nur nachgedacht werden kann, müssen die bisher eingeführten Verfahren überarbeitet, verschlankt und zum Laufen gebracht werden. ■

Die Praxen laden die Daten hoch – und hören dann nichts mehr davon. Es ist eine Meldung in einen toten Raum.

Die Praxisverwaltungssystem-Anbieter haben die neuen Anforderungen zur Meldung von Qualitätssicherungsdaten nach sQS NET bereits Anfang 2020 eingearbeitet. Doch die Technik ist stellenweise – durch Vorgaben aus dem sQS NET – dysfunktional. Das ist bereits länger bekannt, wird aber nicht korrigiert.

Die Praxen sollen beispielsweise eine „Referenzdialyse“ durchführen und fünf Parameter melden: Albumin, Hämoglobin, Ferritin, Transferrinsättigung und CRP. Nun gibt es Patienten, bei denen der CRP-Wert kleiner als 0,3 mg/l ist. Das ist der kleinstmögliche vom Labor ausgewiesene Wert. Doch das Programm kennt nur Zahlen, ein Wert von „< 0,3“ wird als Text gewertet und gilt als Fehler. Auf diese Weise bekommt man jedes Quartal für ein Dutzend Patienten eine Fehlermeldung, obwohl der CRP-Wert korrekt

Plan-Do-Check-Act Maßnahmen zur Verbesserung ableiten und die eigene Arbeit objektiv bewerten. Doch diese Orientierung ist durch die Zerschlagung des bewährten Qualitätssicherungsverfahrens verloren gegangen.

Für die Jahre 2020 und 2021 müssen die Dialyse-Praxen ihre Qualitätsdaten nicht quartalsweise, sondern für das gesamte Jahr melden, um während der Pandemie entlastet zu werden.

Viele Praxen erledigen ihre Datenlieferungen dennoch quartalsweise, um nicht am Ende des Jahres vor der Aufgabe zu stehen, riesige Datenmengen strukturieren und auf einen Schlag liefern zu müssen. Die Praxen laden die Quartals-Daten also weiterhin hoch – und hören dann nichts mehr davon. Es ist eine Meldung in den toten Raum. Seit dem Start des neuen Systems haben die Praxen keinerlei Rückmeldung



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

Infocenter Tel: 22802-900

BLUTZUCKERTESTSTREIFEN

Können die Teststreifen zur Blutzuckermessung über den Sprechstundenbedarf bezogen werden?

Nein. Blutzuckerteststreifen (Glukoseteststreifen) können nicht über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. Die Kosten für die Teststreifen sind bereits in den abzurechnenden Gebührenordnungspositionen 32025 bzw. 32057 EBM enthalten. Diese Regelung gilt auch für den Einsatz der Teststreifen im Notdienst.

GRIPPESCHUTZIMPFUNG

Ich bin Allgemeinarzt. Haben sich die Abrechnungsziffern bezüglich der Gripeschutzimpfung geändert?

Nein, die Abrechnungsziffern sind gleich geblieben:
Influenza (Standardimpfung) – Personen über 60 Jahre: 89111
Influenza (Indikationsimpfung): 89112
Influenza - berufliche bzw. Reiseindikation nach §11 Abs.3: 89112Y



PSYCHOTHERAPIE

Kann ein Versicherter innerhalb von zwei Jahren nach Ende der letzten Therapie einen neuen Antrag stellen?

Ein Patient kann jederzeit einen Antrag auf Psychotherapie bei seiner Krankenkasse stellen. Die Entscheidung über die Bewilligung trifft allein die Krankenkasse. Innerhalb von zwei Jahren nach Ende der letzten Psychotherapie ist vorgesehen, dass der Antrag des Patienten auf eine Lang- oder Kurzzeittherapie mit einem Bericht des Therapeuten an einen Gutachter zur Prüfung übermittelt wird.

CORONA-SONDER-REGELUNGEN

Eine aktuelle Übersicht zu den gültigen Corona-Sonderregelungen finden Sie auf unserer Website:

<https://www.kvhh.net/de/praxis/abrechnung-and-honorar/abrechnungsnewsletter/corona.html>

EAU

Kann ich eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) bei Patienten ausstellen, die nicht gesetzlich versichert sind und als sonstiger Kostenträger gelten?

Bei Nicht-GKV-Patienten zeigt Ihr PVS Ihnen an, dass die digitale Übermittlung der AU-Daten an die Krankenkasse nicht möglich ist. Für diese Patienten kommt bis auf Weiteres das Ersatzverfahren zum Einsatz. Hierzu drucken Sie die Bescheinigungen für Krankenkasse, Arbeitgeber und Versicherte aus und geben diese dem Patienten oder der Patientin wie gewohnt mit.

TERMINSERVICESTELLE

Wie lange müssen die gemeldeten TSS-Termine für Patienten frei gehalten werden, bevor ich diese anderweitig vergeben darf?

Dies kann je Termin oder je Terminserie individuell festgelegt werden. Der Standardwert beträgt sieben Tage. Wenn der „Minimale Buchungsabstand“ nicht individuell angepasst wird, bedeutet das: Angebotene Termine, die eine Woche vor dem Termindatum noch nicht von der Terminservicestelle gebucht wurden, können von der Praxis anderweitig vergeben werden.

ELEKTRONISCHE

DOKUMENTATION

Ich bin Frauenärztin und habe eine Patientin, die als „sonstiger Kostenträger“ abgerechnet wird. Muss ich hier keine elektronische Dokumentation im Rahmen der Früherkennung von Zervixkarzinom machen?

Nein, bei der besonderen Personengruppe „sonstige Kostenträger“ handelt es sich um Versicherte, die sich nicht in einem regulären Versicherungsverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenkasse befinden. Somit muss eine Dokumentation für Patienten der besonderen Personengruppen nur in der PVS-Software und nicht im oKFE-Dokumentationsmodul durchgeführt werden. Diese verbleibt in der Praxis und wird nicht an die Datenannahmestelle der KV Hamburg versandt.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Christine Pöpke



Bessere Kodierunterstützung im PVS

Ab 2022 enthält die Praxissoftware neue Funktionen, die den Praxen bei der Verschlüsselung von Diagnosen helfen sollen.

Ab 2022 bekommen Praxen eine bessere Unterstützung durch ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) bei der Verschlüsselung von Diagnosen. Es werden keine neuen Kodierregeln eingeführt. Die zusätzlichen Funktionen sollen lediglich dabei helfen, die vorhandenen Regeln gut umzusetzen.

Eine neue Funktion im PVS ist der Kodier-Check. Er läuft im Hintergrund und wird zunächst bei einer Kodierung in den vier Diagnosebereichen Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen des Bluthochdrucks aktiviert – Krankheitsbildern mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung. Stellt der Kodier-Check Unstimmigkeiten fest, erhält die Ärztin oder der Arzt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Code vorhanden ist und bietet diesen direkt zur Auswahl an. Die Ärztin oder der Arzt kann den Code vom PVS ändern lassen oder auch ablehnen.

Bewährte Funktionen wie die Codesuche und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen sind ebenfalls Teil der Kodierunterstützung. Sie wurden überarbeitet und stehen weiter für alle Diagnosebereiche bereit. Neu ist, dass neben der ICD-10-GM künftig auch die dafür vom BfArM herausgegebene Verschlüsselungsanleitung im PVS enthalten ist.

Hintergrund der verbesserten Kodierunterstützung im PVS ist ein Auftrag aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG): Danach muss die KBV verbindliche Vorgaben zum Kodieren erstellen und einführen. Die neue Kodierunterstützung wird ab 2022 automatisch mit dem regulären Update in der jeweiligen Praxissoftware implementiert. ■

Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung
Tel: 22802 – 571/572

Nichtärztliche Praxisassistenten in Hausarztpraxen

Sonderregelung für die Ausbildung ist beendet

Weil während der Corona-Pandemie viele Ausbildungskurse zur Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPA) nur eingeschränkt stattfinden konnten, einigten sich die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) auf eine Sonderregelung: Die KVen konnten die Genehmigung für den Einsatz einer NäPA auch dann erteilen, wenn die Ausbildung bereits begonnen hatte und voraussichtlich bis 30. September 2021 abgeschlossen wäre. Unter diesen Voraussetzungen waren die delegationsfähigen Leistungen für NäPA bereits ab Ausbildungsbeginn berechnungsfähig.

Die Sonderregelung galt bis zum 30. September 2021 und wurde nicht verlängert. Für angehende NäPA, die ihre Ausbildung bis zu diesem Stichtag nicht abschließen konnten, sind die Leistungen nicht mehr berechnungsfähig – bis sie die Prüfung bestanden haben.

Mehr Zeit für die Refresher-Fortbildung

Eine andere Sonderregelung betrifft die sogenannte Refresher-Fortbildung (§ 7 Abs. 6 Anlage 8 BMV-Ä). Eigentlich müssen fertig ausgebildete NäPA der KV alle drei Jahre eine Refresher-Fortbildung nachweisen. Aufgrund der Pandemie steht den NäPA hierfür mehr Zeit zur Verfügung: Fällt das Ende der Drei-Jahres-Frist in den Zeitraum vom 1. Juli 2020 bis zum 30. September 2021, wird die Frist für den Nachweis der Refresher-Fortbildung um 15 Monate verlängert. ■

Ansprechpartner
Abteilung Genehmigung
Inga Beitz, Tel: 22802-451
Abteilung Qualitätssicherung
Anja Götsche, Tel: 22802-559
Lena Otto, Tel: 22802-781

Berechnungsfähigkeit der haus- und kinderärztlichen Chronikerpauschalen

Immer wieder beanstanden die Krankenkassen, dass Chronikerpauschalen zu Unrecht abgerechnet würden. Deshalb haben wir für Sie die wichtigsten Punkte zur Berechnungsfähigkeit der Chronikerpauschalen zusammengefasst.

Laut EBM-Abschnitt 3.2.2 bzw. 4.2.2 sind die Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222 bzw. bei Kinderärzten nach den Gebührenordnungspositionen 04220 bis 04222 berechnungsfähig, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Vorliegen von mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung (Diagnose einer chronischen Erkrankung nach ICD-10-GM)
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben (Beispiel: Der Arzt verzeichnet einen Arzt-Patienten-Kontakt im laufenden Quartal 4/2021 – und zuvor Arzt-Patienten-Kontakte in den Quartalen 1/2021 und 2/2021). In mindestens zwei dieser drei Quartale muss es sich um *persönliche* Arzt-Patienten-Kontakte handeln, wobei davon ein persönlicher Kontakte auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen kann. In einem Quartal darf es entsprechend auch ein *mittelbarer* Arzt-Patienten-Kontakt sein (z. B. telefonischer Kontakt zum Arzt).

Bei Neugeborenen (bis zum vollendeten 28. Lebenstag) und Säuglingen (Beginn des 29. Lebenstag bis zum vollendeten 12. Lebensmonat) kann die Chronikerpauschale auch ohne den Nachweis der kontinuierlichen Betreuung abgerechnet werden.

Chronikerpauschalen können auch nach einem Hausarztwechsel abgerechnet werden.

Als Nachweis der **zuvor erfolgten** kontinuierlichen Betreuung müssen sowohl der Name des bisherigen Hausarztes als auch die stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentiert werden. Dabei sind die Chronikerpauschalen zusätzlich mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen (GOP 03220H/04220H sowie 03221H/04221H).

Gleiches gilt im Falle einer Änderung der Betriebsstättennummer der Praxis, wobei hier entsprechend alle Chronikerpauschalen mit einem „H“ zu kennzeichnen sind, also auch bei den Patienten, die bereits vor Änderung der Betriebsstättennummer vom selben Hausarzt behandelt wurden.

Die Kennzeichnung mit dem Suffix „H“ ist in beiden Konstellationen für die ersten vier Quartale der Behandlung vorzunehmen, um etwaige Beanstandungen seitens der Krankenkassen zu vermeiden. ■

Ansprechpartner:
Abrechnungs-Sekretariat
Tel: 22802 -373 / -542



Neuregelung zur Berufshaftpflicht

Vertragsärztliche Leistungserbringer müssen dem Zulassungsausschuss nachweisen, dass sie ausreichend versichert sind.

MIT DEM „GESETZ ZUR WEITERENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG“ (GVWG) werden vertragsärztliche Leistungserbringer dazu verpflichtet, sich ausreichend gegen Haftpflichtversicherungsansprüche zu versichern – und diesen Versicherungsschutz gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen (§ 95e SGB V). Damit soll sichergestellt werden, dass Patienten eventuelle Haftpflichtversicherungsansprüche gegenüber den sie behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten geltend machen können.

Ärzte und Psychotherapeuten sind zwar aufgrund der jeweils einschlägigen Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder sowie der Berufsordnungen bereits zuvor verpflichtet gewesen, sich ausreichend gegen Haftpflichtversicherungsansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Da aber die Beibringung eines Versicherungsnachweises nur in wenigen Kammerbezirken vorgeschrieben und eine tatsächliche Überprüfung des Versicherungsschutzes in den überwiegenden Kammerbezirken bisher nur anlassbezogen bzw. stichprobenartig, nicht jedoch in einem standardisierten Verfahren stattfindet, sah sich der Gesetzgeber zu dieser Neuregelung des Vertragsarztrechts veranlasst.

1. WER IST ZUM NACHWEIS EINES BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNGSSCHUTZES VERPFLICHTET?

Die Verpflichtung zum Nachweis gilt für Vertragsärzte/-psychotherapeuten, Ermächtigte, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Sofern eine Trägergesellschaft mehrere MVZ betreibt, ist für jedes einzelne MVZ ein entsprechender Nachweis erforderlich. Die Vorlageverpflichtung gilt nicht für Institute bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen. Auch bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten oder bei Arbeitszeiterhöhungen von Angestellten ist das Einreichen eines Nachweises nicht erforderlich.

2. ZU WELCHEM ANLASS MUSS DER NACHWEIS ERBRACHT WERDEN?

Der Nachweis ist grundsätzlich bei Stellung eines Antrags auf Zulassung (auch Sonderbedarfszulassungen), auf Ermächtigung oder auf Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses zu erbringen.

Darüber hinaus sind alle Leistungserbringer, also auch diejenigen, die bereits vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung an der vertragsärztlichen Versorgung mitgewirkt haben, zur Vorlage eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsnachweises verpflichtet. Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses wird mithin die bei ihm zugelassenen Vertragsärzte/-psychotherapeuten, Ermächtigten, MVZ und BAG bis zum 20. Juli 2023 erstmals dazu auffordern, einen ausreichenden Nachweis vorzulegen.

Es wird gebeten, von einer eigenständigen Zusendung der entsprechenden Nachweise abzusehen. Die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses wird auf die betroffenen Leistungserbringer zukommen.

	Mindestversicherungssumme* für Personen-/ und Sachschäden PRO VERSICHERUNGSFALL	Maximale Begrenzung* für alle INNERHALB EINES JAHRES VERURSACHTEN SCHÄDEN
Vertragsärzte ohne Angestellte	3 Mio. €* 	Zweifacher Betrag* der Mindestversicherungssumme (d.h. bei 3 Mio. € Mindestversicherungssumme beträgt die maximale Begrenzung 6 Mio. €)
Ermächtigte Ärzte	Grundsätzlich wie bei Vertragsärzten ohne Angestellte (s.o.), aber sie müssen nur dann eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abschließen, wenn für sie nicht bereits ein anderweitiger Versicherungsschutz besteht (beispielsweise eine sie einschließende Berufshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers – ein entsprechender Nachweis ist vorzulegen).	
MVZ (unabhängig ob mit oder ohne Angestellte), BAG/ Vertragsärzte mit Angestellten (für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende ärztliche/psychotherapeutische Tätigkeit)	5 Mio. €* 	Dreifacher Betrag* der Mindestversicherungssumme (d.h. bei 5 Mio. € Mindestversicherungssumme beträgt die maximale Begrenzung 15 Mio. €)
* Die Festlegung höherer Mindestversicherungssummen ist möglich bis zum 20. Januar 2022 durch Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der jeweiligen Bundespsychotherapeuten-/ Bundes(zahn)ärztekammer und der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung, § 95e Abs. 2 S. 2 SGB V.		

3. WANN IST DER UMFANG EINER BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG AUSREICHEND?

Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz iSd. § 95e SGB V ist ausreichend, sofern das spezifische Haftungsrisiko des jeweiligen Vertragsarztes abgedeckt wird (hierbei sind u.a. die Facharztgruppe, das Leistungsspektrum, die Patientenlientel und ggf. die Hierarchiestufe zu berücksichtigen) und die in § 95e Abs. 2, Abs. 5 S. 3 SGB V benannten Mindestversicherungssummen nicht unterschritten werden.

4. WIE IST DER VERSICHERUNGSSCHUTZ NACHZUWEISEN?

Der Nachweis ist durch Vorlage einer Bescheinigung des Versicherers nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu führen. Beitragszahlungsbestätigungen oder Versicherungspolicen sind nicht ausreichend. ■



Neufassung und Erweiterung des Vertrags „VorsorgePlus“

Zum 1. Oktober 2021 wurde der bisherige Vertrag „VorsorgePlus“ überarbeitet. Neue Vertragspartnerin ist nun neben der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) und Hanseatischen Ersatzkasse (HEK) auch die Techniker Krankenkasse (TK).

Der Vertrag regelt unverändert, dass bei Patienten mit festgelegten chronischen Grunderkrankungen Früherkennungen auf bestimmte Komorbiditäten und Folgeerkrankungen sowie entsprechende Nachsorgeprogramme durchgeführt werden sollen. Nur die Versorgungsfelder wurden im Rahmen Neufassung grundlegend überarbeitet (siehe Kasten).

Die Vergütungshöhe beträgt unverändert 20 Euro pro Früherkennungs- bzw. Nachsorgeleistung. Die Nachsorgeleistung kann innerhalb von neun Quartalen bis zu achtmal abgerechnet werden.

Neu ist die Erweiterung des Vertrags um sogenannte Gesundheits-Apps. Hierbei handelt es

sich nicht um die Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen im Sinne des § 33a SGB V, sondern um kostenlose therapieunterstützende Apps, deren Nutzung der Arzt dem Patienten empfehlen kann.

Alle Ärzte und Versicherte, die bisher schon eingeschrieben waren, nehmen weiterhin am Vertrag teil. Teilnehmen können Ärzte, die überwiegend hausärztlich tätig sind. Diese erklären ihre Teilnahme gegenüber der KV Hamburg. Versicherte nehmen ebenfalls über eine Teilnahmeerklärung teil. Für die TK-Versicherten ist auch eine Online-Einschreibung mittels QR-Code möglich. ■

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802- 900

ALT Vertrag „VorsorgePlus“ bis 30.09.2021	NEU Vertrag „VorsorgePlus“ ab 01.10.2021
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD	
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)	
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer Arthrose des Hüft- und Kniegelenks
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von nephrologischen Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz
	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer COPD bei Asthma

Vertragstext im Internet: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/vertraege-der-kvh/vorsorgeplus.html>

Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte sowie Übersicht von Apps für das jeweilige Versorgungsfeld mit Erläuterung: <https://www.kvhh.net/de/praxis/formulare/formulare/vorsorge-plus-1.html>

Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln

Die Abteilung Praxisberatung erhält kontinuierlich Anfragen aus Arztpraxen zur Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln. Hier eine generelle Übersicht zu den wichtigsten Aspekten.

Laut §31 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln. Dies gilt für die Versorgung sowohl von akuten als auch von chronischen Wunden. Wie bei allen Leistungen zulasten der GKV muss das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet werden: Die Versorgung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§12 Abs. 1 SGB V). Es bestehen keine weiteren Einschränkungen des Leistungsrechts der GKV. Die Verordnung erfolgt auf Muster 16 ohne Angabe einer Diagnose.

Ausnahme: Zur Akutversorgung von Wunden in der Arztpraxis, bei Haus-/Heimbesuchen oder im Notdienst dürfen im Rahmen des Sprechstundenbedarfs nur bestimmte Verbandmittel-Gruppen angefordert werden.

Siehe Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung im Internet: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/vertraege-der-kvh/sprechstundenbedarf.html>

Für die Weiterversorgung werden dann die benötigten Verbandmittel auf Namen des Patienten verordnet.

Neuklassifizierung von Verbandmitteln: Übergangsfrist bis zum 2. Dezember 2023

Bisher können alle Produkte, die vom Hersteller als Medizinprodukt mit Unterkategorie „Verbandstoff/Pflaster“ auf den Markt gebracht wurden, zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden. Dies hat allerdings zur Folge, dass eine Fülle von Produkten verordnungsfähig ist, die nicht der herkömmlichen Definition eines Verbandmittels entsprechen. Um derartige Produkte zur Wundbehandlung von den klassischen Verbandmitteln abzugrenzen, ist der neue Abschnitt P der Arzneimittel-Richtlinie mit der dazugehörigen Anlage Va am 2. Dezember 2020 in Kraft getreten. Zukünftig sind dort Verbandmittel in drei Kategorien unterteilt: „eineindeutige Verbandmittel“, „Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften“ und „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“. In letzterer Kategorie werden beispielhaft Produkte/Produktgruppen gelistet, welche nicht verordnungsfähig sind. Es gilt allerdings eine Übergangsfrist bis zum 2. Dezember 2023. Bis zu dem Zeitpunkt haben Patienten weiterhin Anspruch auf Versorgung mit allen Verbandstoffen sowie mit sonstigen Produkten zur Wundbehandlung. ■

Weitere Informationen zu Verbandmitteln:
<https://www.kvhh.net/de/praxis/verordnung/verbandmittel.html>

Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung
Tel: 22802 – 571/572



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Blutdruckzielwerte für die Hypertoniebehandlung

SPRINT versus Cochrane und die Rolle der Blutdruckmessung

VON PROF. DR. INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Die Pressemeldung zum Abschlussbericht der SPRINT-Studie lässt keine Zweifel. Demnach hätte ein „aggressives Blutdruckmanagement“ mit systolischen Zielwerten von unter 120 mmHg „dramatische Effekte“. Im Vergleich zu systolischen Zielwerten von unter 140 mmHg würde nicht nur das Risiko für Herzerkrankungen, Schlaganfälle und die kardiovaskuläre Mortalität gesenkt, sondern auch die Lebenserwartung verlängert (1).

Wegen Überlegenheit der Intervention mit den tieferen Blutdruckzielwerten war die SPRINT-Studie nach 3,3 Jahren vorzeitig abgebrochen worden. Ursprünglich sollte sie 6 Jahre laufen. Die Hauptergebnisse von SPRINT wurden bereits 2015 im renommierten *New England Journal of Medicine* (NEJM) publiziert. Das NEJM veröffentlicht nun einen abschließenden Bericht

mit ergänzenden Analysen (2). Die ursprünglichen Kernaussagen von SPRINT ändern sich damit kaum. Tabelle 1 präsentiert einige wesentliche Ergebnisse aus der aktuellen Publikation. Entgegen der Pressemeldung (1) sind die Effekte auf Schlaganfälle allerdings nicht signifikant.

Die SPRINT-Studie wird seit ihrer Erstveröffentlichung intensiv diskutiert. Und die Diskussion dürfte nicht zu Ende sein, zumal ein Cochrane Review, der die SPRINT-Studie einschließt, zu anderen Schlussfolgerungen kommt (3). Tabelle 2 zeigt eine deutsche Übersetzung der Zusammenfassung der Ergebnisse des Cochrane Reviews. Nach Cochrane gibt es zwischen Standardzielwerten und niedrigeren Zielwerten keine Unterschiede in der Gesamtsterblichkeit, der kardiovaskulären Mortalität und der Gesamtheit der schweren adversen Ereignisse (sie schließen die kardiovaskulären Endpunkte mit ein). Die Gesamtheit der schweren adversen Ereignisse war auch in der SPRINT-Studie nicht signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen (Tabelle 1). Zumindest teilweise ist dies der Zunahme an schweren adversen Ereignissen geschuldet, die als typische unerwünschte Nebenwirkungen einer intensiven Blutdrucksenkung gelten (Tabelle 2 auf Seite 25). In SPRINT sind Hypotonien, Elektrolytstörungen und akute Nierenschädigungen/akutes Nierenversagen unter intensiver Blutdrucksenkung signifikant häufiger als unter Standardzielwerten (Tabelle 1). →

TABELLE 1:
SPRINT-STUDIE

Endauswertung für Studienphase (vorzeitiger Abbruch nach median 3,33 Jahren)
(übersetzt und leicht modifiziert nach Tabellen 1 und 3 aus Referenz 2)

	Ziel SBP <120 mmHg N=4678	Ziel SBP <140 mmHg N=4683	Hazard Ratio (95% CI)
Primärer kombinierter Endpunkt*	264 (5,6%)	354 (7,6%)	0.73 (0.63–0.86)
Sekundäre Endpunkte			
Myokardinfarkt	102 (2,2%)	140 (3,0%)	0.72 (0.56–0.93)
Akutes Koronarsyndrom	41 (0,9%)	42 (0,9%)	1.02 (0.66–1.57)
Schlaganfall	69 (1,5%)	78 (1,7%)	0.89 (0.64–1.23)
Herzversagen	68 (1,5%)	106 (2,3%)	0.63 (0.46–0.86)
Kardiovaskulärer Tod	41 (0,9%)	71 (1,5%)	0.58 (0.39–0.84)
Tod (alle Todesursachen)	163 (3,5%)	215 (4,6%)	0.75 (0.61–0.92)
Primärer Endpunkt oder Tod	370 (7,9%)	474 (10,1%)	0.77 (0.67–0.88)
Schwere adverse Ereignisse**			
Gesamt Ereignisse	1799 (38,5%)	1742 (37,2%)	1,04 (0,97–1,11)
Hypotonie	99 (2,1%)	58 (1,2%)	1,71 (1,24–2,38)
Synkope	97 (2,1%)	73 (1,6%)	1,33 (0,98–1,81)
Elektrolytstörung	138 (2,9%)	104 (2,2%)	1,33 (1,03–1,72)
Akute Nierenschädigung oder akutes Nierenversagen	193 (4,1%)	115 (2,5%)	1,69 (1,34–2,13)
Studienteilnehmer ohne chronische Niereninsuffizienz	N=3332	N=3345	
≥30% Reduktion der eGFR	148 (4,4%)	41 (1,2%)	3,67 (2,62–5,26)
Inzidente Albuminurie	142 (4,3%)	184 (5,5%)	0,77 (0,62–0,96)

* Erstmaliges Auftreten von Myokardinfarkt, akutes Koronarsyndrom ohne Infarkt, Schlaganfall, akute dekompensierte Herzinsuffizienz oder kardiovaskulärer Tod.

** Ein schweres adverse Ereignis war definiert als Ereignis, das zum Tod führte oder lebensbedrohlich war, das zu einer signifikanten oder bleibenden Beeinträchtigung führte oder zu einem Krankenhausaufenthalt oder diesen verlängerte oder ein bedeutsames medizinisches Ereignis, das die Untersucher als ein substanziel-

les Risiko oder Schaden für den Studienteilnehmer bewertet haben, einschließlich der durch die Intervention zu vermeidenden Endpunkte.

SBP: systolischer Blutdruck; **Hazard Ratio:** relatives Risiko unter Berücksichtigung unterschiedlicher Beobachtungszeiten; wenn das 95% CI die 1,00 einschließt, ist das Ergebnis nicht statistisch signifikant.



- Auch wenn die Pressemeldung zu SPRINT von dramatischen Effekten spricht, sind die absoluten Unterschiede zwischen den Gruppen eher gering, egal ob statistisch eindeutig oder grenzwertig signifikant. Der größte positive Effekt in der SPRINT-Studie betrifft den kombinierten kardiovaskulären Endpunkt mit einer Differenz von 2% über die Studiendauer von 3,3 Jahren (Tabelle 1). Der Cochrane Review findet den deutlichsten Effekt für die schweren adversen Nebenwirkungen mit einer Zunahme um absolut 3% über den Zeitraum von 3,7 Jahren (Tabelle 2).

DIE BLUTDRUCKMESSUNG ALS ACHILLESFERSE

Die SPRINT-Studie ist vor allem wegen der Methode der Blutdruckmessung kritisiert worden. Der Blutdruck wurde nach einer fünfminütigen Ruhephase drei Mal mit einem automatischen Gerät gemessen. Zudem sollte dies ohne Anwesenheit eines Arztes erfolgen, um den sogenannten Weißkitteleffekt zu vermeiden (2). Auf diese Weise werden deutlich niedrigere Messwerte erzielt als unter üblichen Praxisbedingungen. Unterschiedliche Blutdruckmessverfahren gelten als Hauptursache für die diskrepanten Ergebnisse der SPRINT-Studie. Das *arznei-telegramm* hat die Kontroverse um die Blutdruckmessung in SPRINT aufgearbeitet (4). Die Schlussfolgerung scheint gerechtfertigt, dass in der SPRINT-Studie die Kontrollgruppe wegen nicht vergleichbarer, ungewöhnlich niedrig gemessener Blutdruckwerte letztlich unzureichend behandelt wurde. SPRINT würde demnach lediglich den bereits etablierten Nutzen der Senkung des systolischen Blutdrucks auf Zielwerte von unter 140 mmHg (nach konventionellen Blutdruckmessverfahren) bestätigen.

EBM UND DIE PERSPEKTIVE DER PATIENTEN

An die Patienten richtet die Studienleiterin von SPRINT, Professorin Cora E. Lewis, folgende Empfehlung:

“The take-home message from SPRINT is to talk to your doctor about your blood pressure to determine a good goal for you based on your overall cardiovascular disease risk. Then work with your doctor to achieve that goal.” (1)

Diese Forderung deckt sich mit den Anliegen der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Bei präventiven Maßnahmen soll das individuelle kardiovaskuläre Risiko berücksichtigt und die Patienten in die Entscheidung im Sinne des informed shared decision making (ISDM) einbezogen werden. Voraussetzung wären korrekt durchgeführte Blutdruckmessungen in den Arztpraxen, die Schulung der Patienten in der Selbstmessung mit Anleitung zum Selbstmanagement (5) sowie die Umsetzung des Konzepts des ISDM (6,7).

Aktuell erfolgt in den Arztpraxen die Blutdruckmessung häufig nicht nach den Kriterien für eine standardisierte Messung. Auch ein strukturiertes Training der Patienten wird selten angeboten. Der Neglect einer korrekten Blutdruckmessung manifestiert sich ganz besonders in der medialen Darstellung. Sowohl auf Abbildungen in Printmedien als auch in Fernsehbeiträgen finden sich Beispiele einer krassen Missachtung der Vorgaben für eine verlässliche Blutdruckmessung. Im Extremfall platziert der Arzt die Blutdruckmanschette und sogar das Stethoskop über die Oberarmbekleidung des Patienten (beispielsweise: ARD-Fernsehsendung *PlusMinus* vom 25. September 2019; Thema Focus-Listen).

Die Umsetzung von ISDM bedarf eines zumindest basalen Verständnisses von Risikoinformationen (6,7). Langfristige Adhärenz zu den gemeinsam zwischen Arzt und Patient vereinbarten Behandlungszielen und Therapieverfahren erfordert zudem Aufklärung der Patienten zum persönlichen kardiovaskulären Risiko sowie den Vor- und Nachteilen der blutdrucksenkenden medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen. Strukturierte →

TABELLE 2:
COCHRANE REVIEW (REF. 3)

Niedrigere Zielwerte für den Blutdruck (BP) im Vergleich zu Standard BP-Zielwerten ($\leq 140/\leq 90$ mmHg) bei Erwachsenen mit Hypertonie im ambulanten Bereich.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus 11 RCTs (übersetzt und leicht modifiziert).

Ergebnisse	Relativer Effekt (95% CI)	Erwarteter absoluter Effekt* (95% CI)			Qualität der Evidenz (GRADE)	Was geschieht
		Studien- gruppe Standard BP Ziel- werte	Studien- gruppe niedri- gere BP Zielwerte	Differenz		
Gesamtmortalität Beobachtungszeit- raum: Mittel 3,7 Jahre N=38.688 (11 RCTs)	RR 0,95 (0,86 bis 1,05)	4,2%	4,0% (3,6 bis 4,4)	0,2% weniger (0,6 weniger bis 0,2 mehr)	++++ HOCH	Niedrigere BP Zielwerte reduzieren nicht die Mortalität.
Gesamtzahl der schwerwiegenden adversen Ereignisse N=18.165 (6 RCTs)	RR 1,04 (0,99 bis 1,08)	29,1%	30,3% (28,8 bis 31,4)	1,2% mehr (0,3 weniger bis 2,3 mehr)	+++ MODERAT (1)	Niedrigere BP Zielwerte reduzieren nicht die Gesamt- zahl der schwerwiegenden adversen Ereignisse.
Myokardinfarkt N=38.198 (8 RCTs)	RR 0,84 (0,73 bis 0,96)	2,5%	2,1% (1,9 bis 2,4)	0,4% weniger (0,7 weniger bis 0,1 weniger)	+++ NIEDRIG (1,2)	Niedrigere BP Zielwerte könnten Herzinfarkte etwas reduzieren.
Schlaganfall N=37.087 (7 RCTs)	RR 0,88 (0,77 bis 1,01)	2,5%	2,2% (1,9 bis 2,5)	0,3% weniger (0,6 weniger bis 0 weniger)	+++ NIEDRIG (1,2,4)	Es ist unsicher, ob niedrigere BP Zielwerte Schlaganfälle etwas reduzieren (überwiegend durch systoli- schen Zielwert).
Herzinsuffizienz N=15.859 (5 RCTs)	RR 0,75 (0,60 bis 0,92)	2,5%	1,9% (1,5 bis 2,3)	0,6% weniger	+++ NIEDRIG (1,2,3)	Niedrigere BP Zielwerte könn- ten Herzinsuffizienz etwas reduzieren.
Andere schwerwiegen- de adverse Ereignisse Beobachtungszeit- raum: Mittel 3,7 Jahre N=18.938 (6 RCTs)	RR 1,44 (1,32 bis 1,59)	6,8%	9,8% (9,0 bis 10,9)	3,0% mehr (2,2 mehr bis 4,1 mehr)	+++ NIEDRIG (1,3)	Niedrigere BP Zielwerte könn- ten andere schwerwiegende adverse Ereignisse erhöhen (ARI 3,0%).

*Das Risiko in der Interventionsgruppe (und sein 95% Konfidenzintervall) basiert auf dem angenommenen Risiko in der Vergleichsgruppe und dem relativen Effekt der Intervention (und des 95% CI).

BP: Blutdruck; N=Anzahl Studienteilnehmer; ARI: absolute Risikoerhöhung;
CI: Konfidenzintervall; RCT: randomisiert kontrollierte Studie; RR: Relatives Risiko;
GRADE: Working Group grades of evidence.

1 Informationen fehlen für mehrere Studien

2 Studien konnten nicht verblindet werden

3 Breites Konfidenzintervall

4 Effekte für systolische und diastolische Zielwerte waren heterogen.



→ Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramme wurden entwickelt und zur Implementierung in die Primärversorgung evaluiert (z.B. in Ref. 5). Auch Modelle zur Umsetzung von ISDM in der Hausarztpraxis liegen vor (6,7).

Eine Nationale S3-Versorgungsleitlinie zu Hypertonie soll 2022 fertiggestellt werden (8). Es bleibt abzu-

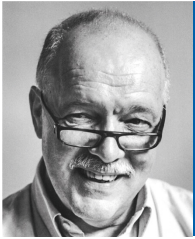
warten, wie sich die Leitliniengruppe zu den Methoden der Blutdruckmessung und den Zielwerten für die Hypertoniebehandlung positionieren wird. Aus Betroffenenperspektive ist vor allem zu hoffen, dass das Training in der Blutdruckselbstmessung und dem Selbstmanagement sowie das ISDM evidenzbasiert in der Leitlinie verankert werden. ■



**UNIV.-PROF. DR. MED.
INGRID MÜHLHAUSER**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 42838 3988

Literatur

- 1) The University of Alabama at Birmingham. UAB News. Study confirms: Controlling blood pressure is critically important in preventing heart disease and stroke. Pressemeldung vom 19. Mai 2021. Zugriff am 9. August 2021.
- 2) SPRINT Research Group, Lewis CE, Fine LJ, Beddhu S, Cheung AK et al. Final Report of a Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2021; 384: 1921-1930.
- 3) Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets in adults with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Dec 17;12(12):CD004349.
- 4) Arznei-telegramm. Im Blickpunkt. SPRINT-Studie zur intensiveren Blutdruckeinstellung ... weiterhin wichtige Fragen offen, erste Leitlinien angepasst. a-t 2017; 48: 111-113.
- 5) Uhlig K, Patel K, Ip S, Kitsios GD, Balk EM. Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2013; 159: 185-194.
- 6) Buhse S, Kuniss N, Liethmann K, Müller UA, Lehmann T, Mühlhauser I. Informed shared decision-making programme for patients with type 2 diabetes in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018 Dec 14;8(12):e024004.
- 7) Krones T, Keller H, Sönnichsen A, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2008; 6: 218-227.
- 8) Nationale Versorgungsleitlinie Hypertonie. AWMF. Zugriff am 12. August 2021.



Wahrheit

Kolumne von **Dr. Bernd Hontschik**, Chirurg in Frankfurt/Main

Mitten in dieser lauten und düsteren Coronazeit ist im Februar 2020 der weltbekannte Kinderonkologe und ehemalige Leiter der Universitätskinderklinik Tübingen, Dietrich Niethammer, im Alter von 80 Jahren verstorben. Erst sehr viel später habe ich das zufällig erfahren. Seine wissenschaftliche Leistung mit hunderten von Fachartikeln über die Knochenmarkstransplantation, die er mitentwickelt hat, ist überragend.

Aber in meiner Erinnerung wird er mir vor allem deswegen bleiben, weil er die Medizin verändert hat. Als ich vor über vierzig Jahren meine chirurgische Ausbildung an einem

tinnen und Patienten die Wahrheit vorzuenthalten.

Dann passierte etwas Schreckliches. Während einer Visite fragte ein Patient mit Magenkrebs den Chefarzt, wie denn seine Operation verlaufen sei. Der schaute in die Akte, sprach einige aufmunternde Worte und murmelte "extra muros" zu mir hin. Draußen sagte er, ich solle von "bösartigen Zellen" sprechen und dass der Tumor bei der Operation vollständig entfernt werden konnte – obwohl das Gegenteil der Fall war. Nach einer halben Stunde war die Visite vorbei und ich ging zu dem Patienten zurück. Das Zimmer war leer.

Jahren auf einer Tagung Dietrich Niethammer zuhören dürfen. Er eckte damals bei seinen kinderärztlichen Kollegen an, weil er leidenschaftlich dafür eintrat, Kindern und Jugendlichen die Wahrheit über ihre Erkrankung, auch über den Tod nicht zu verschweigen.

Er konnte uns zeigen, dass die vermeintliche „Rücksichtnahme“ nur dem Schutz der Erwachsenen dient, allerdings mit katastrophalen Folgen für die todkranken Kinder. Fast immer wussten die Kinder längst, wie es um sie stand, aber sie schwiegen, sie wollten die Erwachsenen schonen!

Mit erschütternden Fallgeschichten zeigte er, wie Unehrlichkeit den Kontakt zu den kranken Kindern und Jugendlichen stört und letztlich zerstört, wie diese sich immer mehr in sich selbst zurückziehen und einsam sterben müssen, ohne Halt in ihren Beziehungen.

Manchmal sind es die kleinen Veränderungen, die große Auswirkungen haben. Eine solche kleine Veränderung war der Umgang mit der Wahrheit in der Medizin.

Der hat sich geändert, weil es Ärzte gab wie Dietrich Niethammer. Er wird allen, die ihn kannten, als einfühlsamer und vorbildlicher Kinderarzt in Erinnerung bleiben, der sich gegen alle Widerstände dafür einsetzte, Kindern und Jugendlichen einen ehrlichen Umgang mit Krankheit und Tod zu ermöglichen. ■

Fast immer wussten die Kinder längst, wie es um sie stand, aber sie schwiegen, sie wollten die Erwachsenen schonen.

großen Frankfurter Krankenhaus begann, erfuhr ich gleich während einer der ersten Visiten von einer Regel in der Chirurgie, die man nicht verletzen durfte: Schwerkranken Patienten gab man keine Auskunft über ihre Diagnose, schon gar nicht über ihre womöglich schlechte Prognose. Man redete stattdessen drumherum, benutzte ungenaue Formulierungen oder sagte gleich direkt die Unwahrheit. Ich fand das damals ganz normal, sozusagen menschlich und gnädig, aber mit der Zeit fiel es mir immer schwerer, meinen Patien-

Das Fenster stand offen. Der Patient hatte sich aus dem 10. Stock gestürzt.

Ich war entsetzt, fühlte mich schuldig. Ich hatte den Patienten allein gelassen. Von da an bin ich gegen alle Regeln bei der Wahrheit geblieben, wenn Patientinnen und Patienten mich nach der Diagnose oder der Prognose gefragt haben, auch wenn mir das oft nicht leicht fiel. Denn die Wahrheit ist immer auch eine Chance, selbst wenn sie manchmal nur noch ganz klein ist. Gnädige Lügen gibt es nicht. Und dann habe ich vor fast zwanzig

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Bernd Hontschik und Dr. Matthias Soyka.



Leserbrief

KVH-Journal 10/2021

Schwerpunkt:

"KV Hamburg fordert Moratorium für die Gründung von Krankenhaus-MVZ"



Dank für die offenen Worte

Sehr geehrter Herr Plassmann, hiermit bedanke ich mich bei Ihnen sehr herzlich für Ihren Artikel "Auszeit" im *KVH-Journal*!

Ich bin wirklich zufrieden und begeistert, dass ich der KV Hamburg unter Ihrem Vorsitz angehören darf. Bin erst 2018 nach Hamburg gezogen, habe daher in meinem schon längeren Leben die KV in Baden-Württemberg kennengelernt sowie die in Bayern. Solch offene Worte hinsichtlich eines Missstandes ist mir von keiner KV bisher begegnet, ganz im Gegenteil.

Ich stamme bereits aus einem Elternhaus mit freier Praxis und werde meine auch weiterführen, solange ich mich dafür fit fühle.

Dr. Susanne Hartig,
psychotherapeutisch tätige Ärztin (TP)
in Hoheluft-West

SCHRITT FÜR SCHRITT IN EINE **BARRIEREFREIE** PRAXIS

Wie
barrierefrei
ist Ihre Praxis?
**Wir beraten Sie
kostenlos!**

Rund 126.000 Menschen in Hamburg haben eine Behinderung. Kommen Sie diesen Menschen entgegen - Schritt für Schritt.

Mit wenig Aufwand lassen sich große Effekte erzielen.

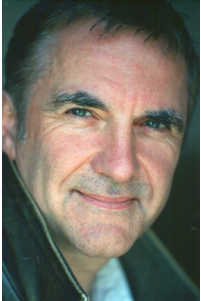
Wir beraten Sie gern und kostenlos.

Wir machen Ihre Pluspunkte sichtbar!

Alle Infos auch auf
kvhh.de/Barrierefreiheit



Die Beratung ist ein gemeinsamer Service der Patienten-Initiative e.V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Stanislaw Nawka**
Stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses
Hausärzte

Name: **Dr. med. Stanislaw Nawka**
Geburtsdatum: **16.6.1960**
Familienstand: **verheiratet**
Fachrichtung: **Facharzt für Allgemeinmedizin**
Weitere Ämter: **seit 1996 ehrenamtlich als Obdachlosenarzt tätig**
Hobbys: **Reisen und Fotografieren**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ich bin gern Arzt und sehe es als meine Berufung an.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Wer verbessern oder verändern will – der muss mitgestalten. Aktiv. Nicht nur meckern.

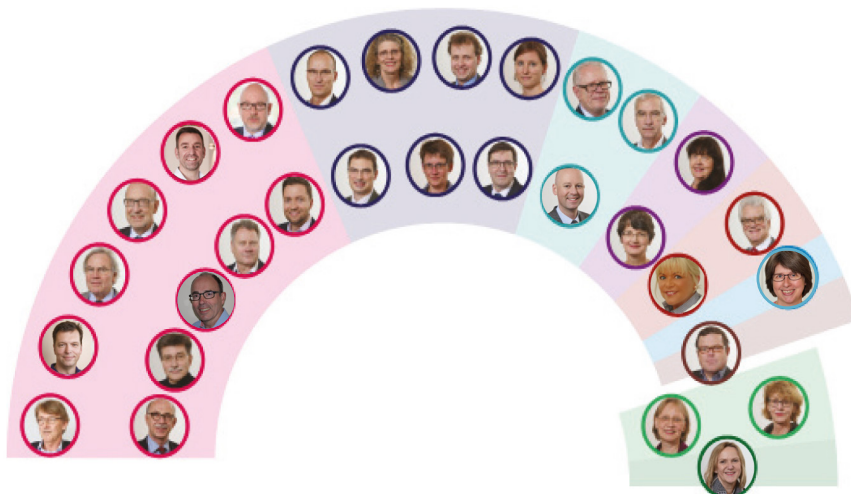
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Relevante Entscheidungen im Gesundheitswesen sollten sachlich und fachlich getroffen werden, nach Möglichkeit von kompetenten Menschen, durchdacht und sinnvoll.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Die Rolle des Hausarztes sollte aufgewertet werden. Manchmal denke ich, wir sind Dienstleister für andere Facharztgruppen.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ohne Corona-Einschränkungen zu leben. In die Antarktis fliegen.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**Do. 16. Dezember 2021 (19.30 Uhr)**

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

**ABGABE DER ABRECHNUNG****JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS****QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE****Terminsystem**
Mi. 10.11.2021**Basisseminar Beauftragte/r für**
Medizinproduktesicherheit nach
§6 MPBetreibV
Mi. 17.11.2021**Tatort Praxis**
Fr. 19.11.2021**Hygiene für Fortgeschrittene**
Mi. 1.12.2021Weitere Informationen finden Sie im
Internet: <https://www.kvhh.net/de/praxis/veranstaltungen.html>
Oder über QR-Code:Ansprechpartnerinnen:
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
Michael Bauer, Tel: 22802-388
Laura Goldmann, Tel: 22802-574
qualitaetsmanagement@kvhh.de**Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)***Kostenlos für KV-Mitglieder*

Das zweibändige Werk ist die erste Gesamtdarstellung der Geschichte der KV Hamburg von der Gründung 1919 bis in die Gegenwart. Die Autoren zeichnen die stürmischen Zwanzigerjahre, die »Gleichschaltung« unter nationalsozialistischer Herrschaft und den Wiederaufbau ab 1945 nach. In der Ära des sich entwickelnden Sozialstaats brachte die KV Hamburg eine Fülle von Reformprojekten auf den Weg – vom Ausbau des ärztlichen Notfalldienstes über die Konzeption der Praxisklinik Mümmelmannsberg bis hin zur Einrichtung von Schwerpunktpraxen.

KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.

E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Oder über QR-Code:



Ansprechpartnerin:
Bettina Rawald
Fortbildungsakademie
Tel: 202299-306
E-Mail: akademie@aekhh.de

QUALITÄTSSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Pillen, Packungen, Paragraphen
Aktuelles aus der Gesundheitspolitik
Referent: Walter Plassmann
6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 10.11.2021 (18 Uhr)
(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

Ort: Ärztehaus (siehe Aushang)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
Anmeldung bitte bis
zum 9.11.21 per E-Mail an:
praxis@neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ- JARESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 19.11.2021 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 13.5.2022 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 4.11.2022 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis
bei bis zu drei Teilnehmern
(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 10.11.2021 (15 - 20 Uhr)

Mi. 24.11.2021 (15 - 20 Uhr)

Fr. 10.12.2021 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 19.11.2021 (15 - 20 Uhr)

Fr. 26.11.2021 (15 - 20 Uhr)

Mi. 8.12.2021 (15 - 20 Uhr)

Fr. 17.12.2021 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Weitere Termine sind auf Anfrage möglich – zum Beispiel für bestimmte Berufsfachgruppen oder Einzel-Unternehmer/innen.

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis
Dr. Gerd Bandomer,
Tel: 278063-47, Fax: 278063-48
E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!

