

Neue Leistung für Patienten am Lebensende

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine neue Leistung in der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (HKP-RL) geschaffen: die Nr. 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“. Der Beschluss ist Ende November in Kraft getreten (<https://hausarzt.link/AtDN9>). Die 24a ist für Palliativpatienten gedacht, deren Symptome stark zunehmen und schwanken. Ärzte können sie verordnen, wenn nur die Symptomkontrolle gewährleistet, dass der Patient zuhause bleiben kann, und die anderen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht reichen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist damit ausgeschlossen.

Die Nr. 24a ist eine Komplexleistung, die die Symptomkontrolle und alle anderen nötigen behandlungspflegerischen Leistungen der HKP-RL umfasst. Daher kann man weitere behandlungspflegerische Leistungen nicht mehr verordnen. Die für



manche Leistungen festgelegten Dauern und Häufigkeiten entfallen für die Nr. 24a, sie gelten nur für das Verschreiben der Einzelleistung. Verordnungen gelten 14 Tage und können bedarfsabhängig auch über die ursprüngliche Lebenszeitprognose hinaus verlängert werden. Auf dem Muster 12 müssen Ärzte alle nötigen behandlungspflegerischen Maßnahmen angeben, die zu diesem Zeitpunkt bekannt sind. Dafür geben sie die verordnungsrelevanten Diagnosen und Maßnahmen an. (jvb)

US-Leitlinie: Hoher Blutdruck jetzt ab 130 mmHg

BLUTDRUCK	SYSTOLISCH (MMHG)	DIASTOLISCH (MMHG)	BEGLEITENDE RISIKOFAKTOREN	US-THERAPIEEMPFEHLUNG
normal	< 120 und	< 80		
erhöht	120-129 und	< 80		■ Lebensstiländerung
Hypertonie Stadium 1	130-139 oder	80-89	<ul style="list-style-type: none"> ■ keine manifeste kardiovaskuläre Erkrankung oder ■ kein erhöhtes Risiko für atherosklerot. Gefäßerkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lebensstiländerung (s.o.) und ■ Kontrolle nach 3-6 Monaten
	130-139 oder	80-89	<ul style="list-style-type: none"> ■ kardiovaskulär erkrankt oder ■ 10-Jahres-Risiko für atherosk. Gefäßerkrankungen > 10% 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lebensstiländerung und ■ 1 Blutdrucksenker
Hypertonie Stadium 2	≥ 140 oder	≥ 90		<ul style="list-style-type: none"> ■ Lebensstiländerung und ■ 2 Blutdrucksenker versch. Klassen



Künftig hat fast jeder zweite statt bisher jeder dritte US-Amerikaner hohen Blutdruck. Denn die American Heart Association (AHA) und das American College of Cardiology Guidelines (ACC) haben ihre Leitlinien zur Hypertonie aktualisiert. An Hypertonie leiden Patienten demnach nun ab 130mmHg (s. Tab). Die niedrigeren Zielwerte sollen dazu führen, dass Ärzte und Patienten einem erhöhten Blutdruck früher gegensteuern, besonders indem Betroffene ihren Lebensstil verändern. Dies soll einen weiteren Anstieg des Blutdrucks

verhindern, hoffen AHA und ACC. Die Senkung der Grenzwerte bedeutet aber auch, dass bei den meisten Patienten die medikamentöse Therapie ab einem Blutdruck von 130 statt 140 mmHg einsetzen wird. Wichtiger sei es, zunächst überhaupt alle Menschen mit einem Blutdruck über 140 mmHg zu behandeln, sagt Prof. Jean-François Chenot, Autor der DEGAM-S3-Leitlinie hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (s. Interview). Die Studien, auf die sich AHA und ACC stützen, können nicht einfach in

die Praxis übertragen werden, betont die DEGAM (s. Link). So sei der Blutdruck anders gemessen worden als in der Praxis. Neue Studien legten nahe, dass eine zu aggressive Blutdrucksenkung schaden kann. Zudem stehen AHA wie ESC oft wegen Interessenkonflikten in der Kritik. Für hiesige Hausarztpatienten sind die DEGAM-S3-Leitlinie oder die NVL Diabetes/KHK maßgeblich. (jvb)



„Wir müssen erstmal alle über 140 mmHg behandeln“

AHA und ACC haben den Zielblutdruckwert auf 130 mmHg gesenkt. Die DEGAM-S3-Leitlinie hält am Wert 140 mmHg fest. Warum?

Prof. Chenot: Die Amerikaner betonen den Nutzen der Therapie – weniger Herzinfarkte und Schlaganfälle auch bei Blutdruck unter 140 mmHg. Die Senkung des Zielwerts bedeutet, dass die Amerikaner eher bereit sind, medikamentös zu behandeln, auch wenn das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis in dieser Gruppe sehr niedrig ist. Das heißt, es werden mehr Menschen behandelt, damit überhaupt einer profitiert.

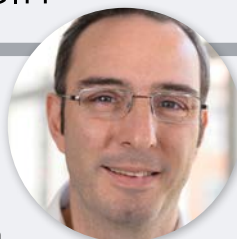
Die Amerikaner argumentieren, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache sind und oft zu Behinderungen führen. Das stimmt, aber wenn wir einen großen Teil der Bevölkerung therapieren, saugt das auch ärztliche Arbeitskraft und wirtschaftliche Ressourcen ab. Wichtiger wäre, erstmal alle Menschen mit einem Blutdruck über 140 zu behandeln, hier hätten wir einen viel höheren Benefit für die Bevölkerung. Davon sind wir noch weit entfernt.

Für die DEGAM-S3-Leitlinie haben wir auch den Schaden einer aggressiven Blutdrucksenkung betrachtet, zum Beispiel kann Ohnmacht oder Schwindel auftreten. Würde ein Patient daher unglücklich stürzen, hätte er verglichen mit dem kleinen Therapieeffekt einen großen Schaden. In der Vergangenheit hat man in Deutschland daher den Zielwert wieder von 130 auf 140 hochgesetzt. Damals hatten die ACCORD-Studie und andere Meta-Analysen ergeben, dass Menschen, die keine anderen kardiovaskulären Risikofaktoren haben, nicht von einer Blutdrucksenkung unter 140 profitieren.

Was raten Sie also deutschen Hausärzten?

Wir empfehlen, mit arriba das individuelle Risiko zu ermitteln. Anders als der PRO-CAM-Rechner oder das ESC-Risikotool kann arriba auch den Effekt von Therapiemaß-

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, Leiter Abteilung für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald



nahmen abschätzen. So kann man mit dem Patienten besprechen, ob er für die teils nur geringe Risikoreduktion die unerwünschten Wirkungen der Therapie in Kauf nehmen will oder nicht.

Die AHA betont auch die Lebensstiländerung.

Ja, das ist sehr positiv. Auch Patienten mit einem Blutdruck von 130 bis 139 sollten über den Effekt von regelmäßiger Bewegung, Rauchstopp oder gesunder Ernährung aufgeklärt werden. Einen gesunden Lebensstil kann man grundsätzlich empfehlen.

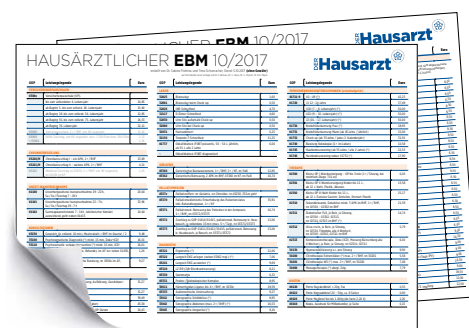
Meinen Sie, dass auch in Deutschland wieder das Ziel 130 kommen kann?

Ich weiß nicht, welche Meinung sich langfristig durchsetzt. Ich vermute, dass die deutschen Kardiologen sich der amerikanischen Position anschließen werden. Das wird es für Patienten nicht einfacher machen, wenn wir Hausärzte uns dagegen stemmen – aber die Evidenz für den Nutzen und den Schaden ist in einem Bereich, in dem ich es persönlich für schwierig halte, eine Medikation zu empfehlen. Dabei muss man erwähnen, dass die US-Leitlinienautoren dieses Mal keine Interessenkonflikte haben. (jvb)



LINK

Kurzfassung der DEGAM-S3-Leitlinie: <https://hausarzt.link/OaFRv>. Die DEGAM-Stellungnahme zur US-Leitlinie: <https://hausarzt.link/uXOFO>



Spicker-News schon bestellt?



Die Spickzettel mit den wichtigsten Ziffern aus EBM und GOÄ für die Hausarztpraxis erfreuen sich großer Beliebtheit. Die beiden Allgemeinmediziner Dr. Sabine Frohnes und Timo Schumacher erstellen die Spicker für „Der Hausarzt“. Ab jetzt können Sie sich kostenlos informieren lassen, wenn ein neuer Spickzettel erscheint!

Melden Sie sich dazu einfach und schnell mit Ihrer E-Mail-Adresse an unter: www.hausarzt.tools

Neue S3-Leitlinie Multimorbidität

Ende November hat die DEGAM die S3-Leitlinie Multimorbidität veröffentlicht. Der Meta-Algorithmus der Leitlinie hilft Hausärzten, ihr Vorgehen bei multimorbiden Patienten transparent zu machen. Er ist unabhängig von der einzelnen Erkrankung, kann aber mit ihr konkretisiert werden. Im Video erklären Prof. Martin Scherer und Dr. Hans-Otto Wagner die Besonderheiten: <https://hausarzt.link/6aHZk>. In „Der Hausarzt“ 01/18 stellen sie an einem Fall vor, wie Hausärzte die Leitlinie anwenden.