

August 2024

Wie die Wissenschaft zum Patienten kommt

Nicht alles, was plausibel klingt, hilft tatsächlich.

Aus dieser Erfahrung entwickelte der kanadische Mediziner David Sackett in den 1960er-Jahren die ersten Konzepte einer wissenschaftlich fundierten Patientenversorgung. Die evidenzbasierte Medizin hat sich weltweit verbreitet. Doch im deutschen Gesundheitssystem könnte das beispiellos erfolgreiche Prinzip in die Defensive geraten.



Illustration: AOK

Inhalt

- 2 **Schwerpunkt**
Abschied von einem Erfolgsmodell
- 3 **Hintergrund und Presse**
Den Patientennutzen im Visier
Presseecho
- 4 **Markt und Meinung**
Verlust an Pflegekraft durch die PPR 2.0
Konsolidierung: Größere Kliniken sind optimistisch
Die meisten starten als Generalisten in den Beruf
Drei Fragen an ...
- 5 **Versorgung und Service**
Telemedizin könnte Lücken auf dem Land schließen
Unikliniken und GKV-SVplanen Modellvorhaben
Bundesrat und Bundestag für Widerspruchsregelung
Termine
Personalia
- 6 **Zahlen – Daten – Fakten**
Der lange Weg der Erkenntnis in die Versorgung

20,4%

der Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf koronare Herzkrankheit erhielten im Vorfeld ihrer diagnostischen Koronarangiografie eine leitliniengerechte Indikationsstellung. *Quelle: Enlight-KHK, 2023*

+ Größere Krankenhäuser blicken optimistisch auf die Entwicklungen im Klinikmarkt.

Seite 4

+ Kliniken und Kassen vereinbaren Modellvorhaben zur vollständigen Genomsequenzierung.

Seite 5

» Prävention und Therapie müssen auf wissenschaftlicher Evidenz basieren, nicht auf Vorgaben von Politik und Behörden.

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, zum Referentenentwurf für ein Gesundes-Herz-Gesetz Ende Juni

Abschied von einem Erfolgsmodell

Dass sich Medizin nicht auf Meinungen stützen sollte, sondern auf wissenschaftliche Belege, gilt im deutschen Gesundheitssystem als Konsens – sichergestellt durch Institutionen wie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der Therapien und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in die Versorgung trägt, und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das medizinische Behandlungen bewertet. Ein Auslaufmodell?

Für Vertragsarztpraxen, die gesetzlich Versicherte behandeln, bewertet der G-BA jede einzelne Methode, bevor sie zur Anwendung kommt – Krankenhäuser können hingegen behandeln, bis der G-BA eine Therapie ausschließt. Das Gremium ist jedoch für die Qualitätssicherung in Kliniken die zentrale Instanz: Auf wissenschaftlicher Basis entscheidet der G-BA über bundesweit verbindliche Vorgaben zu konkreten Leistungen, so etwa zur Personalausstattung. Zudem legt der G-BA die sogenannten Mindestmengen fest, also Fallzahlen, die die Häuser mindestens vorweisen müssen, wenn sie bestimmte komplexe Eingriffe durchführen wollen. Auch über die Inhalte der Qualitätsberichte der Kliniken entscheidet der G-BA.

Die Politik hadert mit der Wissenschaft

Mit seiner Arbeit macht sich der Ausschuss nicht nur Freunde. Zu den Kritikern zählen die Bundesländer, die G-BA-Regelungen regelmäßig als Eingriff in ihre Planungshoheit begreifen. So lässt der baden-württembergische Gesundheitsminister Manfred Lucha eine Verfassungsklage gegen die G-BA-Mindestmenge für

die Versorgung von Frühchen prüfen. Auf Bundesebene sorgte Gesundheitsminister Jens Spahn 2019 für Diskussionen, als er die umstrittene Fettabsaugung beim sogenannten Reiterhosen-Syndrom (Lipödem) per Verordnung zur Kassenleistung machte. Die G-BA-Beratungen dauerten zu lange, so der Vorwurf. Fest steht indes, dass das Gremium 90 Prozent seiner umfassenden Prüfungen fristgerecht zuende bringt.

Spahns Nachfolger Karl Lauterbach setzt den Kurs fort. So definierte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit dem Krankenhaus-Transparenzgesetz sogenannte Versorgungslevel für die Klinikstruktur, die die

vom G-BA entwickelten Notfallstufen außer Acht lassen. Zuletzt brachte das BMG Mediziner und Verbände mit dem Entwurf für ein Gesundes-Herz-Gesetz auf die Barrikaden: Ungeprüft sollen breit angelegte Screenings auf familiär erhöhte Cholesterinwerte eingeführt und Statine für Kinder ab zwölf Jahren zur Regelversorgung werden. Präventionskurse, die auf Lebensstiländerungen zielen, sollen zugunsten der Screenings und medikamentösen Therapie wegfallen.

Schlechte Aussichten für das Evidenzprinzip

Mit der geplanten Krankenhausreform dürfte evidenzbasierte Qualitätssicherung weiter an Bedeutung verlieren. Um die Qualitätskriterien und Strukturanforderungen an Leistungsgruppen zu entwickeln, die künftig der Krankenhausplanung auf Landesebene zugrunde liegen sollen, will das BMG einen neuen Ausschuss aus Bund und Ländern bilden, in dem die Mitglieder der Selbstverwaltung nur in beratender Funktion vertreten sind. Stationäre Qualitätssicherung durch den G-BA erscheint damit überholt.

Viele wissenschaftliche Erkenntnisse brauchen auch in Zeiten des Internets, weltweit zugänglicher Datenbanken und virtueller Konferenzen etliche Jahre, bis sie sich in der Fläche verbreiten. Ende der 1970er-Jahre dauerte es mehr als zehn Jahre, bis sich die platinhaltige Chemotherapie in der Behandlung von Hodenkrebs durchsetzte. Mindestens fünf Jahre brauchte auch Anfang der 2000er-Jahre die Verwendung der Arteria Mammaria in der Bypass-Chirurgie. Vor großen Herausforderungen steht derzeit die Genommedizin mit ihren hohen Anforderungen an Diagnostik und Therapie. Die Versorgung kann auf evidenzbasierte Medizin und eine Institution wie den G-BA nicht verzichten.

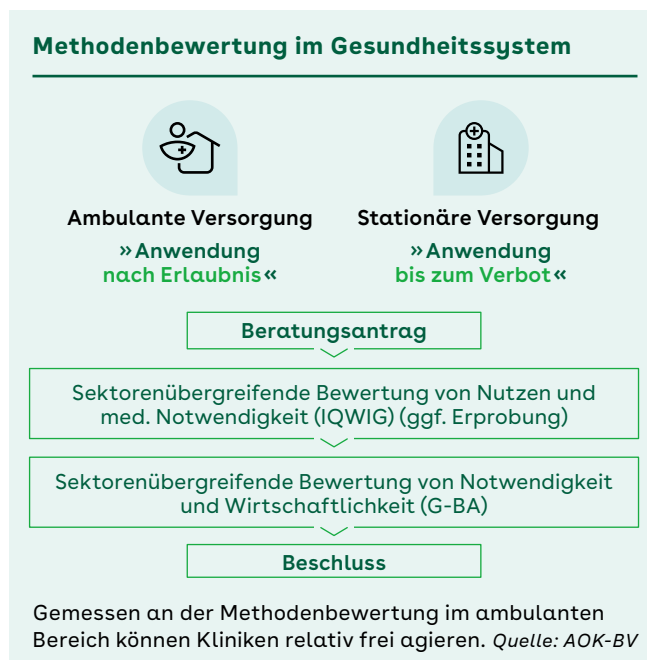


Illustration: AOK

Den Patientennutzen im Visier

Die Genommedizin hat ihr Potenzial für die Entwicklung von Therapien und Behandlungsoptionen heute in vielen Bereichen bewiesen – dank strikt wissenschaftlicher Methoden.



Prof. Dr. med. Rita Schmutzler,
Direktorin des Zentrums
Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
der Universitätsklinik Köln



Prof. Dr. med. Jürgen Wolf,
Ärztlicher Leiter des Centrums für
Integrierte Onkologie (CIO) an der Uniklinik
Köln und Sprecher des nNGM

Was die Genommedizin heute leistet, war noch vor wenigen Jahren kaum vorstellbar. Wir können heute präzise Vorhersagen für individuelle Risiken treffen. Die Wahrscheinlichkeit einer Hochrisiko-Patientin, an Krebs zu erkranken, ist achtmal höher als bei anderen Frauen. Wir wissen heute, was das für eine 25-jährige, und was es für eine 42-jährige Frau bedeutet. Wir können auch sagen, ob sie mit einem aggressiven oder einem weniger aggressiven Tumor rechnen muss – und daraufhin beraten. Das Besondere ist, dass Forschung und Diagnostik, Beratung und Versorgung hier eng miteinander verwoben sind. Dafür arbeiten zurzeit 23 universitäre Zentren mit 250 zertifizierten Brustzentren zusammen, die ihre Behandlungen dokumentieren, Ergebnisse evaluieren und immer bessere Versorgungskonzepte entwickeln.

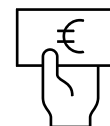
Anfangs war für uns ziemlich unklar, welche Maßnahmen wir Patientinnen mit hohen Risiken anbieten sollten. Inzwischen können wir gut abschätzen, wann ein engmaschiges Screening genügt und wann die vorsorgliche Entfernung von Brust und Eierstock geboten wäre. Um den Patientinnen die Entscheidung zu ermöglichen, haben wir spezielle Beratungskonzepte und Entscheidungshilfen entwickelt, die den medizinischen Kontext und die Lebenssituation der Betroffenen berücksichtigen. Denn hier müssen gesunde Menschen Entscheidungen treffen, die das ganze Leben halten sollen.

Das nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) Lungenkrebs zeigt eindrucksvoll, welchen Mehrwert eine (digital) vernetzte, evidenzgenerierende und evidenzbasierte Medizin schaffen kann. Seit 2018 bieten wir unseren Patienten eine harmonisierte, umfassende molekularpathologische Diagnostik mit klinischer Beratung und Zweitmeinung an. Die Ergebnisqualität des Modells wird fortlaufend extern evaluiert, seine Erfolge sind in nationalen Studien und renommierten internationalen Publikationen zu Real-World-Daten belegt.

Das Netzwerk zielt auf eine wissensgenerierende Versorgung durch kontinuierliche „Übersetzung“ neuer Erkenntnisse aus der Forschung in klinische Routine. Um die Verbreitung neuen Wissens unter allen Beteiligten zu gewährleisten, haben wir eine klare Arbeitsteilung zwischen den mittlerweile 29 Netzwerkzentren und ihren über 500 Netzwerkpartnern – Kliniken und Praxen – geschaffen. Die Patienten können meist in der Nähe ihres Wohnortes versorgt werden. Nur ihre Tumorproben und Daten „reisen“ im Netzwerk und in der digitalen nNGM-Infrastruktur umher. Auf dieser Basis generieren wir neue Real-World-Evidenz aus der Routineversorgung und übertragen sie zur Erprobung in die klinische Forschung. Gleichzeitig gelangen wissenschaftliche Erkenntnisse und Innovationen schneller zum Patienten – für ein längeres und besseres Leben mit Lungenkrebs.

Presseecho

100 Millionen Euro für Mindelheim



An der Klinik Mindelheim erfolgte der erste Spatenstich für einen modernen Funktionsneubau: Auf rund 14.000 Quadratmetern Geschossfläche sollen die Notaufnahme, die Ambulanz, die Endoskopie, die Radiologie, OP-Säle, Kreißsäle und die Küche Platz finden, teilte der Klinikverbund Allgäu mit. Der Neubau soll den regional wichtigen Standort Mindelheim langfristig stärken. Die Kosten betragen rund 102 Millionen Euro; 48 Millionen trägt der Landkreis Unterallgäu, 40 Millionen der Freistaat Bayern und 14 Millionen der Klinikverbund selbst.

Bayerischer Rundfunk, 17. Juli 2024

Baubeginn in Offenburg

In Offenburg haben die Bauarbeiten für das neue Krankenhaus begonnen. Die Kosten liegen bei 615 Millionen Euro. Offenburg bekomme ein Krankenhaus auf universitärem Niveau, sagte Landrat Frank Scherer. Das neue Klinikum wird über 700 Betten haben, auf einem der Dächer entsteht ein Hubschrauberlandeplatz. Pro Jahr sollen hier 200.000 Patientinnen und Patienten versorgt werden. Der Kreistag hatte 2018 beschlossen, dass es im Landkreis nur noch vier Krankenhäuser geben soll – in Offenburg, Lahr, Achern und Wolfach. Neben Offenburg werden auch in Lahr und Achern neue Kliniken gebaut.

SWR, 8. Juli 2024

Uniklinik Rostock macht Gewinn

Nach jahrelangen Problemen hat die Universitätsmedizin Rostock die Wende geschafft. Noch 2019 machte das Krankenhaus knapp 29 Millionen Euro Verlust. Bereits 2022 gab es einen Überschuss von 16,8 Millionen, 2023 von 11,5 Millionen Euro. Das alles ohne harten Sparkurs: In den vergangenen Jahren wurden 319 zusätzliche Vollzeitstellen geschaffen. Sparen konnte das Klinikum stattdessen beim Einkauf, etwa bei Medikamenten. Dafür habe sich Rostock mit anderen norddeutschen Unikliniken zu einer Einkaufsgemeinschaft zusammengeschlossen.

Ostsee-Zeitung, 28. Juni 2024

Verlust an Pflegekraft durch die PPR 2.0

Am 1. Juli 2024 ist die neue Pflegepersonalregelung PPR 2.0 in Kraft getreten. Seither müssen die Beschäftigten in Kliniken sowohl die gebotene als auch die reale personelle Besetzung ihrer Stationen dokumentieren, eine Aufgabe die erhebliche Ressourcen verschlingt. Wie aus einer Bundesratsdrucksache vom März diesen Jahres hervorgeht, wird die Einstufung der Patienten jährlich 5,7 Millionen Stunden in Anspruch nehmen – ein Zeitaufwand, der 3.670 pflegerischen Vollzeitstellen entspricht. Umgelegt auf die 322.689 Pflegekräfte, die derzeit auf den somatischen Stationen der bundesweit 1.225 Allgemeinen Krankenhäuser tätig sind, heißt das: Die PPR 2.0 bindet das pflegerische Personal von 13,9 Häusern mittlerer Größe.

→ bundestag.de

Etwa 3.670 Pflegekräfte für die Dokumentation



Die Dokumentation des Pflegeaufwandes mit der PPR 2.0 bindet das Pflegepersonal von 13,9 Kliniken mittlerer Größe. *Quelle: Bundestag, Destatis, eigene Berechnung*

Illustration: AOK

Konsolidierung: Größere Kliniken sind optimistisch

Trotz derzeit unbefriedigender Lage erwarten Führungskräfte in Kliniken mittel- bis langfristig wieder bessere Erträge. Das ergab eine Studie der Unternehmensberatung Roland Berger. Vor allem größere Einrichtungen sind optimistisch. Sie erwarten, von einer Umverteilung der Ressourcen im Zuge der Konsolidierung zu profitieren. Kleinere Häuser dagegen befürchten dauerhaft negative Ergebnisse. Ähnlich lautet die Prognose des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung: Mit der Umsetzung der Krankenhausreform sollte sich die finanzielle Lage der Kliniken verbessern, so die Autoren des Krankenhaus-Rating-Reports. Mit besseren Versorgungsstrukturen dürften drei von vier Kliniken bis 2030 wieder schwarze Zahlen schreiben.

→ rolandberger.com → rwi-essen.de

Die meisten starten als Generalisten in den Beruf

Drei Jahre nach Beginn des neuen Ausbildungskonzeptes kann die generalistische Pflegeausbildung ihre ersten Absolventen melden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) haben im Jahr 2023 rund 33.600 Personen die Ausbildung zum Pflegefachmann oder zur Pflegefachfrau abgeschlossen. Davon beließen es 99 Prozent beim generalistischen Abschluss. Nur 300 Auszubildende (1 Prozent) haben sich für den Schwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entschieden; 100 (0,3 Prozent) spezialisierten sich auf die Altenpflege.

→ destatis.de

Drei Fragen an ...



... **Armin Grau**,
Professor für Neurologie
und Mitglied des
Deutschen Bundestages
(Bündnis90/Die Grünen)

Der Bund muss für Qualität sorgen

Wie sehen Sie die aktuellen Entwicklungen in der Qualitätsregulierung der medizinischen Versorgung?

Mit den beiden großen Reformvorhaben – dem Krankenhausversorgungs-Verbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – gehen wir große Schritte in Richtung einer besseren medizinischen Versorgung. Bund und Länder sollen für die Klinikreform die Qualitätsvorgaben bei den Leistungsgruppen vereinbaren. Darüber hinaus bleibt die Selbstverwaltung für die Ausgestaltung der Qualitätssicherung zuständig.

Ist das KHVVG ein Schritt in die richtige Richtung?

Das KHVVG ist wichtig und notwendig. Künftig können Krankenhäuser nur die Leistungen erbringen, für die sie das notwendige Personal und die nötige Ausstattung vorhalten. Dazu werden einheitliche Leistungsgruppen definiert, die jeweils mit Anforderungen an Personal und Ausstattung hinterlegt sind. Ausnahmen sind nur für bedarfsnotwendige Häuser möglich. Die Leistungsgruppen werden regelmäßig überprüft und durch Bund und Länder weiterentwickelt. So erhalten Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort.

Hätte sich die Schlaganfallversorgung so gut entwickelt, wenn das BMG entschieden hätte?

Die Qualitätssicherung beim akuten Schlaganfall und insbesondere die Zertifizierung der Stroke Units kam sehr stark auf Initiative der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft zustande. Ich finde es wichtig, dass Fachgesellschaften im Bereich der Qualitätssicherung die Initiative ergreifen. Der Bund hat aber die Verantwortung für die Versorgungsqualität und muss Defiziten entgegenwirken.

Foto: Stefan Karminski

Telemedizin könnte Lücken auf dem Land schließen

Wo die geplante Krankenhausreform für längere Fahrtzeiten sorgt, könnten diese fast vollständig durch Telemedizin kompensiert werden. Das ergab eine Simulation des Software-Unternehmens Bindoc im Auftrag des Bosch Health Campus. So würden zwar nach Einführung der vorgesehenen Qualitätskriterien in Baden-Württemberg nur noch 93 – statt bisher 97 – Prozent aller Menschen eine Abteilung der Inneren Medizin binnen 30 Minuten erreichen. Durch die telemedizinische Anbindung von 16 Standorten ließe sich die Erreichbarkeit für die betroffenen Menschen in ländlichen Regionen jedoch fast vollständig kompensieren. Ähnliche Ergebnisse zeigte die Studie für die Chirurgie.

→ [bosch-health-campus.de](https://www.bosch-health-campus.de)

Unikliniken und GKV-SV planen Modellvorhaben

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) haben ein Modellvorhaben zur Genomsequenzierung vereinbart. Im Rahmen des Projektes können gesetzlich Versicherte mit seltenen Erkrankungen oder fortgeschrittener Krebserkrankungen zur Diagnostik und Therapiefindung eine vollständige Genomsequenzierung erhalten. An dem Projekt nehmen mehr als zwanzig Universitätskliniken teil, die ein spezielles Zulassungsverfahren durchlaufen haben. Die Projektbeteiligten erheben klinische und genomische Daten und verwenden diese für Diagnostik und Therapie, aber auch für die fortlaufende Evaluation der Behandlung.

→ [uniklinika.de](https://www.uniklinika.de)

Bundesrat und Bundestag für Widerspruchsregelung

Der Bundesrat hat eine neue Initiative zur Reform der Organspende beschlossen. Der Antrag zielt auf die Einführung der sogenannten Widerspruchsregelung. Zuvor hatten Abgeordnete des Bundestages ein ähnliches Konzept vorgestellt. Demnach sollten Verstorbene künftig als potenzielle Spender gelten, sofern sie der Entnahme von Organen nicht widersprochen haben. Unterdessen stellt das neue Organ- und Gewebespenderegister die Kliniken offenbar vor Probleme, teilte die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin mit. Kliniken sind nun bei Organentnahmen zur Registerabfrage verpflichtet, die elektronische Anbindung sei jedoch nicht zuverlässig gegeben.

→ [bundesrat.de](https://www.bundesrat.de) → [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de)

Termine

18./19.9.2024 Hamburg Gesundheitswirtschaftskongress

Neue Perspektiven für die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft

10./11.10.2024 München Europäischer Gesundheitskongress

Motto: „Eigeninitiative ist der Schlüssel zum Erfolg“

15./16.10.2024 Berlin Kassengipfel

Politische Rahmenbedingungen, Entwicklungen im Gesundheitsmarkt, Transformation

Personalia

Vera Lux führt den Berufsverband der Pflegeberufe



Foto: Susanne Schmidt-Domine

Vera Lux ist neue Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). Lux war bis Ende 2023 Pflegedirektorin an der Medizinischen Hochschule Hannover. Die Betriebswirtin und ausgebildete Kinderkrankenschwester ist pflegepolitisch in den vergangenen Jahren vor allem als Vorsitzende des Pfliegerats Niedersachsen hervorgetreten. Der DBfK ist der größte deutsche Berufsverband der Pflegeberufe. Ihre Vorgängerin Christel Bienstein hatte nicht mehr kandidiert.

schule Hannover. Die Betriebswirtin und ausgebildete Kinderkrankenschwester ist pflegepolitisch in den vergangenen Jahren vor allem als Vorsitzende des Pfliegerats Niedersachsen hervorgetreten. Der DBfK ist der größte deutsche Berufsverband der Pflegeberufe. Ihre Vorgängerin Christel Bienstein hatte nicht mehr kandidiert.

Dirk Köcher führt die Krankenhausdirektoren



Foto: axentis Lopata

Dirk Köcher ist neuer Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren (VKD). Der kaufmännische Direktor und Betriebsleiter des Städtischen Klinikums Dresden folgt auf Josef Düllings, der nach zwölf Jahren im Amt nicht wieder angetreten war. Köcher – Betriebswirt, Wirtschaftswissenschaftler und Gesundheitsökonom – arbeitete von 2009 bis 2022 an den Weißeritztal-Kliniken und wechselte 2022 nach Dresden. Er ist auch Vorsitzender der VKD-Landesgruppe Mitteldeutschland.

Dresden folgt auf Josef Düllings, der nach zwölf Jahren im Amt nicht wieder angetreten war. Köcher – Betriebswirt, Wirtschaftswissenschaftler und Gesundheitsökonom – arbeitete von 2009 bis 2022 an den Weißeritztal-Kliniken und wechselte 2022 nach Dresden. Er ist auch Vorsitzender der VKD-Landesgruppe Mitteldeutschland.

Jens Schick leitet die Initiative Qualitätsmedizin



Foto: Sana AG

Jens Schick ist neuer Vorstandspräsident der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Der Public-Health-Experte und promovierte Medizinerwissenschaftler gehört seit 2014 zum Vorstand der Sana-Kliniken Berlin-Brandenburg. Er übernimmt das Amt vom Ärztlichen Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin, Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp. Auf der Mitgliederversammlung hat der Verein auch seine Vorstandsstruktur erneuert. Jede der fünf Trägergruppen hat dort nun einen eigenen Repräsentanten.

2014 zum Vorstand der Sana-Kliniken Berlin-Brandenburg. Er übernimmt das Amt vom Ärztlichen Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin, Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp. Auf der Mitgliederversammlung hat der Verein auch seine Vorstandsstruktur erneuert. Jede der fünf Trägergruppen hat dort nun einen eigenen Repräsentanten.

Der lange Weg der Erkenntnis in die Versorgung

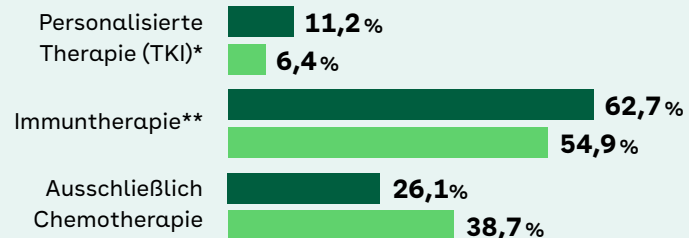
Medizinische Leitlinien, G-BA-Vorgaben und fachärztliche Fortbildungen sollen dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten stets nach dem aktuellen Stand des Wissens behandelt werden. Doch die Versorgung zeigt, dass Forschung und Therapie häufig nicht Hand in Hand gehen.

Lungenkrebs: Innovative Therapien sind in Netzwerken schneller etabliert

Bereits im Jahr 2009 wurden in Europa die ersten Wirkstoffe für die personalisierte Medizin bei fortgeschrittenem Lungenkrebs zugelassen. Seither folgten viele weitere Medikamente, die gezielt die Auswirkungen bestimmter Mutationen im Erbgut der Tumoren bekämpfen. Patientinnen und Patienten mit solchen Mutationen können mit diesen personalisierten Behandlungen deutlich länger überleben. Für alle anderen kann die Immuntherapie Vorteile haben. Mehr als zehn Jahre nach Einführung der personalisierten Medizin hinkt die Regelversorgung noch immer hinter der Versorgung im nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) zurück: Deutlich weniger Betroffene, die behandelt werden, erhalten die innovativen Arzneimittel, mehr dafür ausschließlich die klassische Chemotherapie.

Patienten im nNGM profitieren häufiger von personalisierter Medizin

● Patientengruppe nNGM (509) ● Patientengruppe Non-nNGM (7.213)



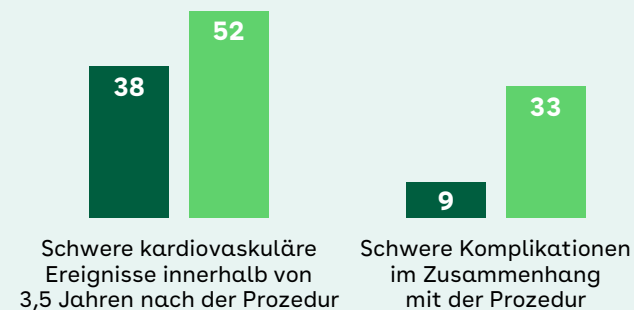
*Thyrosinkinase-Inhibitoren (TKI); **Mono-Immuntherapie, Immun-Chemotherapie

KHK: Übertherapie mit invasiven Methoden

Für die Diagnostik bei koronarer Herzkrankheit (KHK) zeigte die von der Charité initiierte Discharge-Studie 2022, dass bei mittlerer Wahrscheinlichkeit für eine KHK die Computertomografie des Herzens (Koronar-CT) zu besseren Ergebnissen führt als die bisherige (invasive) Methode, ein Linksherzkatheter (LHK). Sie ist vor allem mit weniger Komplikationen verbunden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Methode Anfang 2024 für die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland zugelassen. Während die Anzahl der LHK-Untersuchungen durch die Einführung des Koronar-CTs in Großbritannien zurückging, gab es in Dänemark eine hohe Zahl Koronar-CTs, ohne dass die Zahl der LHK zurückging - sie wird eher zusätzlich durchgeführt. Eine entsprechende Leistungsausweitung und Überversorgung befürchten Allgemeinmediziner auch in Deutschland.

Weniger Herzinfarkte und weniger Komplikationen bei Patienten mit Koronar-CT

● Patientengruppe mit Koronar-CT (1.808) ● Patientengruppe mit LHK (1.753)



Quellen: Kästner, Kron et al. (2024), Dewey (2022), DEGAM (2024)

Illustrationen: AOK; iStock.com/bsd studio

Impressum

Herausgeber: AOK-Bundesverband eG&R; Verantwortlich: Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes; Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft GmbH & Co. KG, 10178 Berlin, Rosenthaler Str. 31, kompart.de; Redakteurin: Anja Schnake; redaktionelle Mitarbeit: Annette Affhüppe; Grafik: Simone Voßwinkel; Job-Nr.: K.24.0215_4
Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: blickpunkt-klinik.de/datenschutz

„Blickpunkt Klinik“ kostenlos abonnieren

Fundierte Informationen aus dem Krankenhaus – hier können Sie ein Abo abschließen oder beenden:

➔ Newsletter abonnieren ➔ Newsletter abbestellen