

INHALT

- **Psychotherapie:**
Zu wenig praktische Erfahrungen in der künftigen Ausbildung
- Viel Geld für fragwürdige Apothekerleistungen
- Impfverweigerern drohen bis zu 2.500 Euro Strafe
- Kinder pflegebedürftiger Eltern entlasten
- Medizinische Dienste künftig eigenständig
- Jede zweite Klinikabrechnung fehlerhaft
- Organspende: Alternative zum Widerspruch
- Mehr Qualitäts-Wettbewerb zwischen Kassen
- Rabattverträge stabilisieren Beitragssatz
- Hintergrund: Lungenkrebs – Im Netzwerk besser versorgt

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
28. Mai 2019

■ Digitalisierung gewinnt weiter an Tempo

Der Referentenentwurf zum „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (DVG) stößt auf breite Unterstützung. Patienten sollen sich Gesundheits-Apps künftig wie Arzneimittel vom Arzt verschreiben lassen können, ihre Daten in absehbarer Zeit in einer elektronischen Patientenakte speichern lassen und telemedizinische Angebote wie Videosprechstunden leichter nutzen können. Der Vorstandsvorsitzende des **AOK-Bundesverbandes**, Martin Litsch, sprach von einem „echten Nutzen für die Versicherten“. Das DVG habe das Zeug dazu, die digitalen Innovationen im Gesundheitswesen zu fördern und die Vernetzung der Akteure voranzubringen. Der **BKK-Dachverband** lobte die Pläne als „mutigen Schritt“. Die digitale Versorgung der Versicherten werde „deutlich verbessert“, kommentierten die **Ersatzkassen** den Entwurf. Die **Innungskrankenkassen** betonten zusätzlich die „Chancen für eine verbesserte Präventionsarbeit.“ Digitalisierung per se sei kein Allheilmittel. Sie müsse die Arbeit der Praxen erleichtern und dürfe weder für zusätzliche Verunsicherung noch für ein Mehr an Arbeitsaufwand sorgen, erklärte die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**. Der Einsatz von Apps in der Versorgung könne sinnvoll sein. Der einzelne Arzt könne sich jedoch nicht „mit einer Flut verschiedener App-Produkte“ beschäftigen und müsse genau wissen, welche Kasse was erstattet.

Infos: www.aok-bv.de

■ Mehr Ärzte lösen nicht das Grundproblem

Zusammen mit den derzeit unbesetzten fast 3.500 Arztsitzen gibt es künftig 7.000 neue Niederlassungsmöglichkeiten für ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten. Die kürzlich beschlossene Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sieht unter anderem rund 1.500 neue Hausarztsitze und über 700 zusätzliche Sitze für Psychotherapeuten vor. Am 1. Juli tritt die neue Richtlinie in Kraft. „Vor allem die psychiatrische und neurologische sowie die haus- und kinderärztliche Versorgung wird deutlich verbessert“, lobte der Vorstandsvorsitzende des **AOK-Bundesverbandes**, Martin Litsch. Auch bei allen anderen Arztgruppen werde es Neuerungen geben. Das Grundproblem fehlender Ärzte und ungleicher Verteilung vorhandener Ärzte löse die neue Richtlinie jedoch nicht. Litsch plädierte vor allem für alternative ärztliche Organisationsformen und mehr Zusammenarbeit der medizinischen Berufsgruppen untereinander. Die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)** ist nicht zufrieden. Sie fordert 2.400 zusätzliche Sitze nur für sich und beruft sich auf ein Gutachten des GBA. Die Krankenkassen hätten die Schaffung weiterer Stellen verhindert, so der Vorwurf.

Infos: www.g-ba.de



jetzt **auch** als
digitales Magazin

Kostenfrei alle Inhalte der G+G lesen.
Jetzt anmelden und keine Ausgabe mehr verpassen.
Newsletter inklusive

www.gg-digital.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Psychotherapie: Zu wenig praktische Erfahrungen in der künftigen Ausbildung

Mit einem **Gesetzentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung** plant die Bundesregierung, die therapeutische Versorgung zu verbessern. Dem Gesetzentwurf zufolge wird Psychotherapie ein eigenständiges fünfjähriges Studienfach sein und mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung abgeschlossen. Nach bestandener Prüfung soll dann die Approbation unter der Berufsbezeichnung Psychotherapeut erteilt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung des Studiengangs wird in einer noch zu erarbeitenden Approbationsordnung geregelt. Der neue Studiengang soll erstmals zum Wintersemester 2020 angeboten werden. Studium und Approbationsurkunde allein sind allerdings aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die falschen Mittel um den Beruf des Psychotherapeuten attraktiver zu machen. Darüberhinaus sorgt sich der Verband um die Patientensicherheit. Anders als in der ärztlichen Ausbildung sei keine längere zusammenhängende Praxisphase in Form eines Praktischen Jahres vorgesehen, heißt es in der Stellungnahme des Verbands zum Referentenentwurf. Außerdem orientiere sich die vorgesehene künftige Struktur der Ausbildung zu stark an der der Ärzte. Der Zugang zum Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten werde bei gleichzeitiger Herabsetzung der Qualifikation erweitert.

Infos: www.aok-bv.de

■ Viel Geld für fragwürdige Apothekerleistungen

Mit dem im April vorgestellten **Referentenentwurf** eines „**Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheke**“ will die Bundesregierung die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken. So sollen etwa durch die Vergütung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen sowie durch eine bessere Honorierung von Nacht- und Notdiensten die Vor-Ort-Apotheken gezielt gefördert werden. Auch wenn der AOK-Bundesverband die Zielrichtung des Gesetzes begrüßt, sei die geplante Umsetzung in Teilen fragwürdig, heißt es in einer Stellungnahme des Verbands. So sei etwa völlig unklar und intransparent, was sich konkret hinter den „pharmazeutischen Dienstleistungen“ verberge, die künftig mit 150 Millionen Euro zusätzlich vergütet werden sollen. „Es besteht zwar grundsätzlich ein Interesse der Krankenkassen an einer Vereinbarung sinnvoller pharmazeutischer Dienstleistungen für die Patientinnen und Patienten“, heißt es in der Stellungnahme des Bundesverbandes. Um passgenaue Lösungen für Versorgungsdefizite vor Ort zu finden, „sollten diese regional und auf freiwilliger Basis zwischen den Vertragspartnern festgelegt werden und an den Erfahrungsschatz aus bestehenden Projekten anknüpfen.“

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



Foto: BMG/Schinkel

■ **Dr. Thomas Steffen** ist neuer beamteter Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium. Sein Vorgänger Lutz Stroppe ist in den einstweiligen Ruhestand gegangen. Steffen war bereits Staatssekretär im Bundesfinanzministerium unter dem Minister Wolfgang Schäuble (CDU).



Foto: AOK Nordost/Andrea Katheder

■ **Hans Joachim Fritzen** komplettiert den designierten neuen Vorstand der AOK Nordost. Im April wählte der Verwaltungsrat ihn zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden. Er wird die künftige Vorstandsvorsitzende Daniela Teichert unterstützen, die bereits im Dezember 2018 gewählt worden war. Die neuen Vorstände treten ihr Amt zum 1. Januar 2020 an.

■ Impfverweigerern drohen bis zu 2.500 Euro Strafe

Die Bundesregierung will die Masern-Impfraten in Deutschland deutlich steigern. Ab dem 1. März 2020 soll deshalb hierzulande für Kita- und Schulkinder eine Masern-Impfpflicht gelten. Das sieht der Referentenentwurf zum **Masernschutzgesetz** vor. Um die Zirkulation von Masern zu verhindern, seien Impfungen von mehr als 95 Prozent erforderlich, heißt es im Gesetzentwurf. Diese werden bislang nicht erreicht, wie das aktuelle **Epidemiologische Bulletin des Robert Koch-Instituts** (RKI) zeigt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kündigte an, die Pflicht zur Masern-Impfung mit Geldstrafen bis zu 2.500 Euro und dem Ausschluss vom Kita-Besuch durchzusetzen. SPD-Gesundheitsexperte und -Fraktionsvize Prof. Karl Lauterbach signalisierte bereits die Unterstützung des Koalitionspartners für die Gesetzesinitiative. Auch die Bundesärztekammer äußerte sich positiv zu den Plänen, mahnte aber zu Vernunft bei der Durchsetzung der berechtigten Ziele. Der Referentenentwurf soll dem Vernehmen nach noch vor der Sommerpause vom Kabinett beschlossen werden und der Bundestag bis Ende des Jahres zustimmen.

Infos: www.aok-bv.de

■ Kinder pflegebedürftiger Eltern entlasten

Wer Eltern hat, die für ihre pflegerische Betreuung Leistungen der Sozialhilfe erhalten, soll als Normalverdiener künftig keine Regressforderungen des Sozialamts mehr fürchten müssen. Das sehen laut Süddeutscher Zeitung neue Gesetzespläne von Bundessozialminister Hubertus Heil (SPD) vor. Es gebe noch keinen fertigen Gesetzentwurf, hieß es aus dem Ministerium, aber die Arbeit daran laufe. Mit dem Vorhaben wolle Heil eine Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag umsetzen. Bislang können Kinder und andere Angehörige vom Sozialamt aufgefordert werden, einen Teil der Kosten zu übernehmen, wenn ihre Eltern auf Sozialleistungen angewiesen sind, um etwa die Unterbringung in einem Pflegeheim zu gewährleisten. Der Freibetrag liegt derzeit bei monatlich 1.800 Euro für eine Einzelperson. Künftig soll dies erst ab einem Bruttoeinkommen von über 100.000 Euro im Jahr möglich sein. Vertreter der Kommunen sehen das neue Gesetzesvorhaben teilweise skeptisch, da die zusätzlichen Sozialausgaben für Pflegebedürftige ihre Kassen belasten werden.

Infos: www.sueddeutsche.de

KOMMENTAR

Jens Spahn mag es gern verpflichtend. Zunächst bei der Organspende, jetzt bei der Masernimpfung. Mögen bei der doppelten Widerspruchslösung Hinweise auf den Eingriff in Persönlichkeitsrechte berechtigt sein, so gilt dies bei der Masernimpfung nicht. Denn die individuelle Freiheit hat Grenzen. Das ist nicht neu, bleibt aber richtig. Wer sein Kind nicht impfen lässt, gefährdet wider besseren medizinischen Wissens nicht nur das eigene Kind, sondern die Gesundheit aller. Das ist nicht hinnehmbar. Und ja, solch unverantwortliches Handeln muss dann auch mit einer Strafe belegt werden. Niemand käme auf die Idee einen Raser in der Tempo-30-Zone ungeschoren davonkommen zu lassen, wenn und weil er mit seinem Verhalten Menschenleben gefährdet. (rbr)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Medizinische Dienste künftig eigenständig

Mit dem „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz“ will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die **Medizinischen Dienste der Krankenversicherung** von den Krankenkassen lösen. Laut Referentenentwurf wären sie künftig keine Arbeitsgemeinschaften der Kassen mehr. „Die MDK sollen unter Beibehaltung der föderalen Struktur einheitlich als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung MD geführt werden“, heißt es im Gesetzentwurf. Entsprechend soll auch der **Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen** (MDS) vom GKV-Spitzenverband losgelöst werden und als „MD Bund“ in Trägerschaft der 15 künftigen MD die Richtlinienkompetenz für die Aufgabenwahrnehmung der MD erhalten. Den MD-Verwaltungsräten sollen künftig neben sechs ehrenamtlichen Vertretern der Krankenkassen auch sechs Patientenvertreter sowie vier der Pflegeberufe und der Ärztekammern angehören. Hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte dürften nicht in die Verwaltungsräte gewählt werden. Mit dem MDK-Reformgesetz greift der Gesundheitsminister ein Vorhaben des Koalitionsvertrages auf, „die MDK zu stärken, ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge zu tragen“.

Infos: www.aok-bv.de

■ Jede zweite Klinikabrechnung fehlerhaft

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fordert Neuregelungen, um Fehler bei Krankenhausabrechnungen zu minimieren. 2017 sei mehr als jede zweite geprüfte Abrechnung falsch gewesen, so der GKV-Spitzenverband. Kliniken hätten 2,8 Milliarden Euro zurückzahlen müssen. Bisher zögen fehlerhafte Rechnungen allerdings keinerlei Konsequenzen nach sich – daher bedürfe es nun klarer gesetzlicher Regelungen, um notorische Falschabrechner zu bestrafen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sprach von „billiger Polemik“ und forderte ihrerseits eine schnelle Reform der Abrechnungsprüfungen. „Wir wollen, dass alle Krankenhausleistungen gut und fair vergütet werden. Das bedeutet aber auch, dass wir kein Geld für falsche Krankenhausabrechnungen ausgeben“, konterte Johann-Magnus von Stackelberg, Vorstandsvize des GKV-Spitzenverbandes. Unterdessen hat das Bundesgesundheitsministerium im Zuge des MDK-Reformgesetzes eine Neuregelung vorgelegt. Prüfquoten sollen helfen, die hohe Zahl der Prüfverfahren zu reduzieren. Das heißt, dass nicht mehr jede potenziell falsche Abrechnung überprüft werden soll. Der Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Kassen würde sich danach ausrichten, wie gut eine Klinik bisher abgerechnet hat. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch mehr Anreize für eine korrekte Abrechnung. Darüber hinaus ist künftig bei stationärer Krankenhausbehandlung eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

ZUR PERSON II



■ **Anna Steinbach**
leitet seit dem 1. Mai die Kommunikation beim Verband Pro Generika. Steinbach war sechs Jahre lang bei der BILD-Zeitung für Medizin- und Wissenschaftsthemen zuständig. Zuvor hatte sie fünf Jahre lang bei der Werbeagentur BBDO als Redaktionsleiterin für Kundenmagazine gearbeitet.



■ **Waldemar Radtke**,
Regionaldirektor der AOK Rheinland/Hamburg, ist jetzt auch Mitglied des Bundesvorstands der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG). Radtke ist auch Landesvorsitzender der ASG in Nordrhein-Westfalen.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ **Organspende: Alternative zum Widerspruch**

Eine Gruppe von Bundestagsabgeordneten um die Grünen-Vorsitzende Annelena Baerbock hat für das grundlegende Prinzip der Freiwilligkeit bei Organspenden geworben. Dies solle eine bewusste Entscheidung bleiben und weder erzwungen noch von der Gesellschaft erwartet werden, sagte die CDU-Gesundheitspolitikerin Karin Maag bei der Vorstellung des **fraktionsübergreifenden Entwurfs**. Er sieht verbindliche regelmäßige Befragungen der Bürger vor. Sie sollen Erklärungen zu ihrer Spendenbereitschaft beim Abholen von Ausweisen in ein Register eintragen können. Außerdem sollen Hausärzte Patienten bei Bedarf aktiv alle zwei Jahre über Organspende beraten. Die Parlamentarier bieten damit ein Gegenmodell **zur doppelten Widerspruchslösung** an, die eine ebenfalls fraktionsübergreifende Gruppe um Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) im April als Gesetzentwurf vorgestellt hatte.

Infos: www.aok.de

■ **Mehr Qualitätswettbewerb zwischen Krankenkassen**

Die Krankenkassen brauchen nach Ansicht der Grünen Anreize für eine bessere Versorgung der Patienten. Bisher finde Kassenwettbewerb fast nur über den Zusatzbeitrag sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt, heißt es in einem Antrag der Bundestagsfraktion. Gute Versorgung zahle sich für die Krankenkassen nicht aus. Darum seien Instrumente nötig, die die Kassen für gute Versorgung belohnen. Konkret fordern die Abgeordneten ein unabhängiges und qualitätsgesichertes Monitoring für einen Vergleich der Versorgungsleistung und -qualität. Zugleich sollte ein Gutachten über die Wirkung einzelner Anreize und Instrumente für die Kassen erstellt werden.

Infos: www.bundestag.de

■ **Sechs AOKs unter den zehn größten Krankenkassen**

Die regionale Verankerung der AOKs überzeugt immer mehr gesetzlich Versicherte. Die AOK-Gemeinschaft verzeichnete in den vergangenen Jahren einen kontinuierlichen Mitglieder- und Versichertenzuwachs. Aktuell stehen sechs AOKs auf der Liste der zehn größten Krankenkassen bundesweit. Dabei handelt es sich um die AOK Bayern, die AOK Baden-Württemberg und die AOK PLUS sowie die AOK Rheinland/Hamburg, die AOK NORDWEST und die AOK Niedersachsen. Seit 2010 legte die AOK-Gemeinschaft um fast zehn Prozent auf 26,5 Millionen Versicherte im Jahresschnitt 2018 zu. Die GKV insgesamt kommt auf ein Plus von etwas mehr als vier Prozent und 72,8 Millionen Versicherte im Jahresschnitt 2018.

Infos: www.aok-bv.de

Vorschau

G+G | 05/2019

Gesundheit und
Gesellschaft

Auf Visite mit Dr. KI

Präzisere Diagnosen, individualisierte Therapien, bessere Betreuung von Patienten: Künstliche Intelligenz kann Ärzte unterstützen – aber nicht ersetzen, erläutern Arno Elmer und Georg Marckmann.

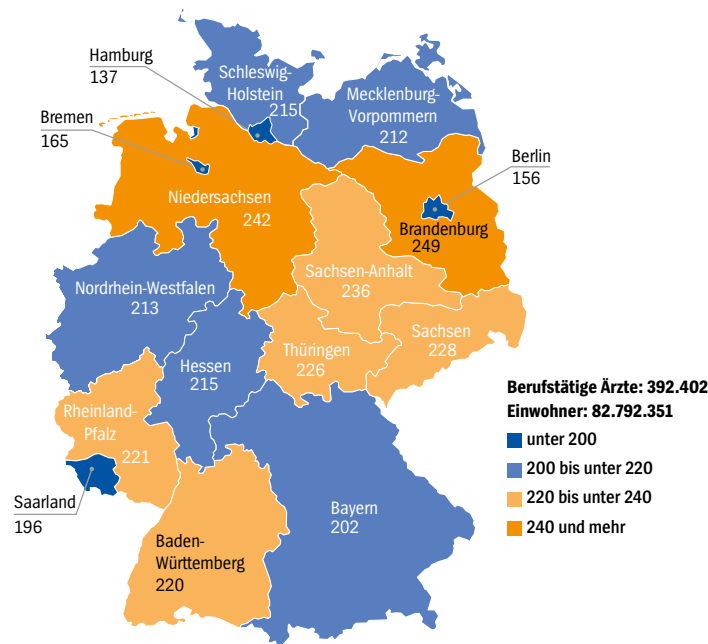
„Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen.“

Mithilfe von Künstlicher Intelligenz lässt sich die medizinische Versorgung verbessern, sagt Christiane Woopen. Die Vorsitzende des Europäischen Ethikrats benennt im G+G-Interview aber auch Risiken der Technologie.

Unsichtbar in Pakistan

Am östlichen Hindukusch leben Menschen mit einem körperlichen oder geistigen Handicap häufig im Verborgenen. Hilfe finden sie in wenigen Bildungszentren, berichtet Martina Merten.

Arztdichte: Wie viele Patienten ein Arzt versorgt



Quelle: Ärztestatistik 2018 Bundesärztekammer, Stand: 31.12.2018

Nie gab es so viele Ärzte in Deutschland wie Ende 2018. Ein Arzt versorgte im Schnitt 211 Einwohner. Zum Zeitpunkt der deutschen Einheit 1990 ging die Schere deutlich weiter auseinander. Damals kamen auf einen Arzt im Schnitt 335,4 Einwohner. Allerdings gibt es regional erhebliche Unterschiede. Für die Verteilung der Ärzte sind in erster Linie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) verantwortlich. In diesen Tagen trifft sich in Münster der Deutsche Ärztetag.

Infos: www.bundesaerztekammer.de

Rabattverträge stabilisieren Beitragssatz

Die Bundesregierung lehnt eine Abschaffung von Rabattverträgen im Arzneimittelmarkt ab. Die Verträge von Krankenkassen mit Pharmafirmen leisteten einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Stabilität und Versorgungssicherheit in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), heißt es in der **Antwort der Bundesregierung** auf eine Kleine Anfrage der AfD-Fraktion. Sie schafften Planungssicherheit sowohl für die Hersteller als auch für die jeweilige Kasse. So habe die GKV 2018 rund 4,4 Milliarden Euro eingespart – das entspricht einer Größenordnung von etwa 0,3 Beitragssatzpunkten. Mit der jüngsten Arzneimittelreform würden zudem die Anforderungen an Rabattverträge hinsichtlich einer sicheren Versorgung nochmals erhöht. Künftig werde beim Abschluss solcher Verträge nicht nur die Vielfalt der Anbieter, sondern auch die Sicherstellung der Versorgung berücksichtigt, so die Bundesregierung.

Infos: www.aok-bv.de

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

**■ Lungenkrebs:
Bessere Versorgung im Netzwerk**

Präzisionsmedizin kann bei einem Teil der Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs das Leben verlängern. Aber Diagnostik und Therapieentscheidungen sind komplex. Die AOK unterstützt die Vernetzung von onkologischen Spitzenzentren mit den behandelnden Ärzten und Kliniken. So bekommen Patienten heimatnah die bestmögliche Versorgung.

Lungenkrebs ist eine der häufigsten Krebserkrankungen und die häufigste Krebstodesursache. In Deutschland erkranken jährlich rund 56.000 Menschen an einem Lungenkarzinom. Die Diagnose wird in den meisten Fällen erst spät gestellt, eine komplette Tumorentfernung ist dann oft nicht mehr möglich. Für diese Patienten war die Chemotherapie über Jahrzehnte die einzig mögliche medikamentöse Therapie – allerdings mit eher unbefriedigender Wirksamkeit. Doch es gibt seit einigen Jahren einen echten Fortschritt.

„Bei einigen der Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs haben die Tumoren Veränderungen im Erbgut, die das Wachstum des Tumors anfeuern, sogenannte Treibermutationen“, erläutert Dr. Gerhard Schillinger, Arzt im AOK-Bundesverband. „Für die Hemmung dieser Treibermutationen gibt es seit einigen Jahren bei 15 bis 20 Prozent der Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs zugelassene Medikamente, weitere zehn Prozent können in Studien behandelt werden.“ Schillinger weiter: „Für die betroffenen Patienten mit solchen Treibermutationen hat die sogenannte personalisierte Medizin eine deutliche Verbesserung des Überlebens gebracht. So haben zum Beispiel Patienten mit Mutationen im Rezeptor für einen Wachstumsfaktor, dem EGF-Rezeptor einen Überlebensvorteil von ein bis zwei und in einigen Fällen bis zu fünf Jahren, wenn sie die zielgerichteten Medikamente erhalten.“

» Noch profitieren zu wenige Patienten

Anhand von Daten der Krankenkassen ist allerdings erkennbar, dass dieses stetig wachsende Wissen noch immer viel zu langsam bei den Patienten ankommt. Und von Patienten mit neu aufgetretenem mit Chemotherapie behandeltem Lungenkrebs erhalten demnach nur etwa 50 bis 70 Prozent die personalisierten Medikamente gegen EGF-Rezeptor-Mutationen, die zu erwarten wären – und dies zehn Jahre nach Zulassung dieser Medikamente. Bei den später hinzugekommenen Medikamenten gegen Lungenkrebs mit ALK-Fusionen und ROS1-Mutationen ist der Anteil den Erkenntnissen zufolge noch deutlich schlechter. Auch bei der Auswertung der vertragsärztlich durchgeführten molekulargenetischen Tests auf die Treibermutationen zeigt sich, dass nur ein sehr kleiner Teil der Patienten auf alle Mutationen untersucht wird, für die Medikamente zugelassen sind und zur Verfügung stehen.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

» AOKs kooperieren mit Netzwerken

Deshalb kooperieren AOKs nun mit onkologischen Spitzenzentren, die sich zum „nationalen Netzwerk Genomische Medizin“ (nNGM) zusammengeschlossen haben. In diesem bundesweiten Netzwerk arbeiten diese Spitzenzentren mit Krankenhäusern und onkologischen Praxen zusammen. Im Kern geht es in den Versorgungsverträgen der AOKs darum, dass Tumorproben von Patienten mittels hochmoderner molekularer Diagnostik von Experten an einem der onkologischen Spitzenzentren untersucht werden. Dabei ist, so Schillinger, die besonders hohe Qualität der molekulargenetischen Diagnostik entscheidend dafür, ob Patienten die optimale Therapie erhalten. Moderne Verfahren ermöglichen es zudem, mit einer einzigen Probe auf alle relevanten Mutationen zu untersuchen. Das erspart den Patienten dann oft eine weitere Probenentnahme und das damit verbundene Risiko. Anschließend beraten die Spezialisten für die personalisierte Lungenkrebsbehandlung aufgrund der molekularpathologischen Befunde die behandelnden Ärzte zur bestmöglichen Therapie.

Dass eine solche Netzwerkbildung funktioniert, hat das nationale Netzwerk Genomische Medizin an der Universität zu Köln in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg und weiteren Krankenkassen bereits bewiesen. Nun wird dieses Netzwerk bundesweit ausgerollt. Den Aufbau der hierfür notwendigen Strukturen hat die Deutsche Krebshilfe durch die Förderung des Projekts ermöglicht.

» Patienten nahe ihres Zuhauses behandeln

Mit dem Projekt wird erreicht, „dass die Patienten dort behandelt werden können, wo ihre Familien und Freunde sind“, so Schillinger weiter. Durch die Vernetzung ihrer Ärzte mit den Spitzenzentren ist nach seinen Worten auch in ländlichen Regionen eine optimale Therapie gewährleistet: „Patienten bekommen eine bestmögliche molekulare Diagnostik und eine Therapie gemäß der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse.“ Außerhalb von Zentren sei es für Ärzte, die ein breites Spektrum der Medizin abdecken müssen, oft kaum zu schaffen, „bei der rasanten Forschungsentwicklung im Bereich der Präzisionsmedizin von Lungenkrebs, immer alle aktuellen relevanten Publikationen zu überblicken“.

» In vielen Regionen gelebter Alltag

Für die Patienten bedeutet solch eine verbesserte Versorgung gewonnene Lebensjahre. Da die Behandlungsdaten erfasst werden, wird zudem dafür gesorgt, dass das Wissen für die beste mögliche Behandlung weiter zunimmt. Bisher haben die AOKs Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, NORDWEST und Rheinland/Hamburg mit dem Netzwerk Genomische Medizin einen Vertrag geschlossen, weitere AOKs wollen dem Vertrag demnächst beitreten. Kliniken und Vertragsärzte in der Nähe, die an dem Netzwerk als Netzwerkzentrum oder Netzwerkpartner teilnehmen, sind im Internet auf der Seite des nationalen Netzwerk Genomische Medizin zu finden.

Infos: www.nngm.de