Internistische Summer School **Klinik Survival**

Frankfurt/Main, 16.-17.10.2020

Landesärztekammer Hessen

www.klinik-survival.de

SICHER
durch die ersten
Weiterbildungs-
jahre!

Internist 2020 · 61:827–831

<https://doi.org/10.1007/s00108-020-00840-x>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Gemeinsam sind wir Arzt.

Redaktion

Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister, Wiesbaden (v. i. S. d. P.)

Korrespondenzadresse

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Schöne Aussicht 5

65193 Wiesbaden

Tel.: 0611 18133-0

Fax: 0611 18133-50

info@bdi.de | www.bdi.de

Folgen Sie uns auf

www.facebook.com/lhr.BDI

twitter.com/BDI_eV

Inhalt

828	Partnerschaft sieht anders aus
828	Spahn geht Bewertungsverfahren an
829	„Vorstandsmitglied des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)“ – wie klingt das für Sie?
830	Leopoldina wagt sich an Versorgungsstrukturen ran

Partnerschaft sieht anders aus

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gerade in Zeiten der Corona-Pandemie hatte der BDI das Gespräch mit dem Verband der privaten Krankenversicherung gesucht, um über mögliche Unterstützungsmaßnahmen der Ärzteschaft im Rahmen der Corona-Krise zu sprechen. Immerhin haben wir in Deutschland ein duales Krankenversicherungssystem und die Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Bereich

der gesetzlichen Krankenversicherung hatten doch einige Initiativen ergriffen. Hier hatte sich in der Ärzteschaft viel solidarisches Verhalten gezeigt.

Die KVen hatten sich neben anderem um Support und Schutzausrüstung bemüht – wenngleich dies in der Anfangsphase auch manchmal etwas spärlich ausfiel. Der Verband der privaten Krankenversicherer reklamiert im Gesundheitsversicherungssystem für sich, ein systemrelevanter Player zu sein. Während der Krise nahm die PKV dankend weiter die unabhängig vom Einkommen strömenden Beiträge an. Die gleichzeitige Zurückhaltung von Patienten für Praxis- und Krankenhausbehandlung reduzierte die Ausgaben und führte zu einer deutlichen Einnahmeverbesserung.

Zwar gab es dann vereinzelte Kontakte zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer, einschließlich finanzieller Förderung, insgesamt waren die seitens der PKV ergriffenen Maßnahmen aber sehr beschränkt

und für die einzelnen „Helden der Versorgung“ kein sichtbares Signal der Solidarität. Gerade aber die Ärzteschaft, die sich in den letzten Jahren bei der Diskussion um die Vereinheitlichung des Versicherungssystems in Deutschland klar zugunsten eines dualen Versicherungssystems positioniert hatte, wurde hier seitens der PKV quasi „im Regen“ stehen gelassen. Die Ärzteschaft hätte sich, nicht zuletzt auch in Anbetracht ihrer Un-

terstützung des PKV-Systems, ein anderes Zeichen gewünscht. Partnerschaft im Gesundheitswesen sieht jedenfalls anders aus.

Ihr

Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister
Präsident des BDI

Spahn geht Bewertungsverfahren an

Der Gesundheitsminister will mehr Tempo in die GBA-Verfahren bringen. Damit könnte auch die unterschiedliche Handhabung neuer Behandlungsmethoden in stationärer und ambulanter Versorgung ein Ende haben.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sollen künftig schneller in die Regelversorgung kommen. Um das zu erreichen, greift Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zum bewährten Mittel einer Verordnung.

Mit der „Methodenbewertungsverfahrensverordnung“ (MBVerf) soll das NUB-Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschleunigt und weiterentwickelt werden. Hier gab es in der

Vergangenheit aus verschiedenen Gründen berechtigte Kritik an der Arbeitsweise des GBA. Vermisst wurde u. a. die Einbindung von Berufsverbänden bei der Ersteinschätzung, eine eindeutige Definition der evidenzbasierten Medizin bei der Beschlussfassung und in den tragenden Gründen, vor allem aber die Berücksichtigung von Versorgungsnotwendigkeiten von Verfahren mit niedriger Evidenz.

» Für Praxen oft nicht nutzbar

Kritisiert wurde insbesondere die oft zu lange Verfahrensdauer, die dazu führen konnte, dass die Entscheidung zu einem Zeitpunkt getroffen wurde, wo die evaluierte Methode schon vom

medizinischen Fortschritt überholt worden war. Zusammen mit dem unterschiedlichen Leistungsrecht, nämlich dem Erlaubnisvorbehalt im ambulanten und dem Verbotsvorbehalt im stationären Sektor, führte dies dazu, dass sinnvolle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur im Krankenhaus zur Verfügung standen, obwohl sie auch hätten ambulant erbracht werden können. Der Verordnungsentwurf könnte tatsächlich zu einer qualitativ verbesserten ambulanten Versorgung führen. Eine Analyse des Entwurfs aus dem Hause Spahn:

§2Antrag: Die Antragstellung wurde nicht verändert. Sie bleibt den unparteiischen Mitgliedern des GBA, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dem Spitzenverband der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) oder den Vertretern der Krankenhäuser vorbehalten. Fachgesellschaften und Verbände können somit weiter nur über diese Personen und Körperschaften und über die Vertreter der Krankenhäuser Vorschläge einbringen. Deren Entscheidung, ob sie den Vorschlag zur Beratung übernehmen, ist dabei meist intransparent. Es wäre wünschenswert, wenn die Träger des GBA ihre Entscheidung und deren Gründe auch im Vorfeld transparent machen müssten.

Ob der Antrag beraten wird, soll der GBA laut Verordnungsentwurf dann binnen drei Monaten entscheiden.

§3Ankündigung der Bewertung und Einholung einer Ersteinschätzung: Die Annahme des Antrags und des Beratungsthemas muss umgehend veröffentlicht werden. Dabei dürfen auch weitere Sachverständige einschließlich der Verbände von Leistungserbringern Stellungnahmen abgeben. Sie haben dafür mindestens einen Monat Zeit.

§4 Ermittlung und Auswertung der vorliegenden Erkenntnisse: Sowohl für den Ausschuss selbst als auch für die eventuell beauftragten wissenschaftlichen Institutionen wie z. B. das Institut für

Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) muss spätestens nach einem Jahr der Bericht vorliegen. Dies gilt auch für die Präzisierung der Entscheidung nach den in der Verordnung beschriebenen Kriterien der evidenzbasierten Medizin.

§§ 5,6,7 Bewertung und Beschlussfassung: Der GBA erhält für seine Stellungnahme ebenfalls drei Monate Zeit. Die Frist läuft, nachdem der Bericht (siehe Paragraf 4) vorliegt. Bis zu diesem Punkt der Entscheidung sind somit maximal 18 Monate seit dem veröffentlichten Antrag vergangen, im Vergleich zu den bisherigen Regelungen, die einen Zeitrahmen von zwei Jahren vorsahen, insgesamt eine deutliche Verkürzung.

Der GBA hat vier Entscheidungsmöglichkeiten:

- Anerkennung der Methode.
- Hinweise auf das Potenzial als Behandlungsalternative. Sollte jedoch die hinreichende Evidenz dazu fehlen, kann eine Erprobungsrichtlinie nach Paragraf 137 e Abs. 1 und 2 SGB V veranlasst werden.
- Die Methode ist schädlich und/oder unwirksam.
- Aussetzen der Entscheidung für einen befristeten Zeitraum, da in naher Zukunft wissenschaftliche Ergebnisse zu erwarten sind, die eine Entscheidung ermöglichen.

Droht eine unzumutbare Verlängerung des Verfahrens durch die Entscheidungsmöglichkeiten, haben die unparteiischen Mitglieder nach weiteren sechs Monaten einen eigenen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Damit werden 36 Monate in der Regel in der Entscheidungspraxis nicht überschritten.

Bei der dann folgenden Beschlussfassung wird dem unterschiedlichen Leistungsrecht ambulant und stationär zusätzlich Rechnung getragen, bei der die stationäre Leistung solange erbringbar ist, wie eine negative Entscheidung im GBA nicht getroffen wurde. Nach Paragraf 7

Abs. 3 muss nach dem Entwurf nämlich entschieden werden, ob diese Praxis weiter erlaubt ist oder ob das Verfahren auch im Krankenhaus in Zukunft nicht mehr zur Verfügung stehen wird. Damit würden die Folgen des unterschiedlichen Leistungsrechtes reduziert, in dem auch unwirksame oder schädliche Verfahren in der Krankenhausversorgung nicht mehr zugelassen sind.

§8Tragende Gründe: Bei den tragenden Gründen des anschließenden GBA-Beschlusses muss die Versorgungsrealität genauso berücksichtigt werden, wie die Tatsache, dass alternative Behandlungsverfahren nicht zur

Verfügung stehen, damit die ambulante Versorgung nicht qualitativ gefährdet wird. Damit können z. B. diagnostische Verfahren, die für bestimmte sinnvolle Behandlungen erforderlich sind, trotz fehlender Evidenz vom Gemeinsamen Bundesausschuss positiv entschieden werden.

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Vorstandsmitglied des BDI

„Vorstandsmitglied des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)“ – wie klingt das für Sie?

Sie wollten schon immer die Zukunft Ihres Berufsverbandes maßgeblich mitgestalten? Jetzt gibt es die Chance dazu. Die Delegiertenversammlung des BDI wählt **am Samstag, den 12. September 2020, ab 9 Uhr**, den neuen Vorstand des BDI. Wir haben für Sie die wichtigsten Informationen zu unserem Vorstand zusammengefasst:

Der BDI-Vorstand besteht aus 14 Mitgliedern. Zehn von ihnen werden von der Delegiertenversammlung gewählt. Die weiteren Mitglieder des Vorstandes sind: ein*e durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. benannte Vertreter*in, der/die Sprecher*in der Sektionen und

Arbeitsgemeinschaften des BDI, die Sprecher*innen der Vorsitzenden der Landesverbände des BDI und schließlich ein Mitglied aus der Mitte unserer außerordentlichen Mitglieder (Assistenzärzte*innen in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Studenten*innen). Das BDI-Präsidium wird aus der Mitte des Vorstandes gewählt.

In erster Linie ist der Vorstand für alle grundsätzlichen Angelegenheiten des Berufsverbandes zuständig und bestimmt in seinen regelmäßigen Sitzungen insbesondere die Richtlinien für die Verbandsarbeit. Er vertritt die berufsständischen, fachlichen und auch wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder in poli-

tischen Diskussionen gegenüber Behörden und dem Gesetzgeber. Der Vorstand informiert zudem die Mitglieder regelmäßig über aktuelle Entwicklungen in allen für Internistinnen und Internisten relevanten Belangen. Neben dem Hauptanliegen der berufspolitischen Verbandsaktivitäten sind hin und wieder organisatorische Aufgaben zu erledigen wie die Planung von Veranstaltungen, z. B. des jährlichen Deutschen Internistentages (DIT) oder die Regelung verbandsinterner Belange.

Möchten Sie sich zur Wahl stellen oder kennen Sie einen engagierten Kandidaten? Reichen

Sie Ihre Wahlvorschläge bis spätestens **13. August 2020** bei der BDI-Geschäftsstelle (Wiesbaden) ein. Alle wichtigen Informationen zur Abgabe der Wahlvorschläge und der Teilnahme an der Wahl stehen Ihnen online zum Download unter www.bdi.de/vorstandswahl zur Verfügung. Die Mitarbeiter*innen der BDI-Geschäftsstelle können Sie bei Fragen gerne unter info@bdi.de kontaktieren.

Ihr Vorstandswahl 2020-Organisations-Team

(eb)

Leopoldina wagt sich an Versorgungsstrukturen ran

Welche Lehren sind aus der Corona-Pandemie zu ziehen? Und wie muss sich unser Gesundheitswesen verändern? Die Wissenschaftler der Leopoldina sehen hier künftig die Universitätsmedizin stärker im Fokus der Versorgung. Warum das kritisch ist.

Wiederholt hat sich in den letzten Jahren die „Leopoldina“ zur Situation im deutschen Gesundheitswesen geäußert. Dabei hatte man jedoch stets den Eindruck, dass nicht das gesamte deutsche Gesundheitswesen mit all seiner Komplexität im Blick stand, sondern die Akademie vielmehr eingeeignet von der Universitätsmedizin herdenkend ihre Einschätzungen und Forderungen abgegeben hat.

» Akademie existiert seit 1652

Die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina existiert bereits seit 1652 und ist damit nach eigenen Angaben die älteste ununterbrochen existierende naturwissenschaftlich-medizinische Akademie der Welt. Im Juli 2008 wurde sie zur Nationalen

Akademie der Wissenschaften ernannt und steht seitdem unter der Schirmherrschaft des Bundespräsidenten. Auch wenn sie sich unabhängig und dem Gemeinwohl gegenüber verpflichtet fühlt, erfolgt ihre Finanzierung aus Mitteln des Bundes sowie des Bundeslandes Sachsen-Anhalt, in dem sich ihr Hauptsitz befindet. Rund 1600 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus mehr als 30 Ländern sind in ihr organisiert.

Dies vorausgeschickt zu haben ist wichtig, um die nun veröffentlichte vierte „Ad-hoc-Stellungnahme zur Corona-Pandemie“ bewerten zu können. Hierin beschreibt die Akademie die aus ihrer Sicht notwendigen Schritte zur Wiederaufnahme der allgemeinen medizinischen Versorgung sowie Ideen zur langfristigen Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens. Während erst genanntes sich vornehmlich unter der Betrachtung der medizinischen/wissenschaftlichen Aspekte durchaus nachvollziehen lässt, fehlt es bei den Vorschlägen zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens doch maßgeblich an Substanz.

Es ist absolut richtig, nach den, mit der Corona-Pandemie einhergehenden behördlichen Einschränkungen, schnellstmöglich zu einem gewissen „Normalbetrieb“ im deutschen Gesundheitswesen zurückzukehren. Hierbei ist es insbesondere notwendig, den Patienten vor allem die Angst zu nehmen, sie würden sich im Krankenhaus oder in der Praxis einer erhöhten Infektionsgefahr aussetzen mit der Folge, dass die Patienten selbst bei akuten Beschwerden den Besuch einer Arztpraxis und/oder eines Krankenhauses meiden. Hierzu können sicher alle Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen beitragen, neben der Universitätsmedizin aber insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände und nicht zuletzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder die Politik selbst.

» Ambulante Medizin nicht vergessen!

Dazu gehört mit Sicherheit auch die Forderung, stärker zu akzentuieren und endlich den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie einzuführen. Dieser ist prädestiniert, die Patienten in solchen pandemischen Ausnahmesituationen zu versorgen.

Zu den berufspolitischen Überlegungen hinsichtlich der Neuorientierung des Gesundheitssystems sind die Forderungen nach einem stärker patientenorientierten, qualitätsgesicherten und weniger gewinnorientierten Gesundheitssystem und damit einhergehende Reformvorschläge vom Grundsatz her zu begrüßen. Insbesondere zur Weiterentwicklung des DRG-Systems hat sich der BDI bereits umfangreiche Gedanken gemacht, die im Herbst 2020 in einem Vorschlag zur Weiterentwicklung des DRG-Systems münden werden. Hierbei sind insbesondere Elemente zu berücksichtigen, die den Leistungsbezug, strukturelle Entwicklungen und Vorhaltekosten gleichermaßen berücksichtigen.

Solche Überlegungen stehen nur scheinbar im Widerspruch zum aktuellen System und können womöglich durch die Kombination verschiedener Finanzierungssysteme künftig für eine bessere Patientenversorgung genutzt werden.

Deutlich zu kritisieren sind die getroffenen Aussagen und Empfehlungen der Ad-hoc-Stellungnahme jedoch dahingehend, dass sie allesamt ohne Beleg durch Literaturnachweise oder Quellenangabe erfolgten. Demnach handelt es sich wohl eher um eine eminenzbasierte Stellungnahme, denn um eine wissenschaftlich/medizinisch fundierte Analyse. Die weit überwiegende Zahl der in Deutschland behandelten Covid-19-Infizierten wurde ambulant und in den fast 1300 an das DIVI-Intensivregister meldenden Krankenhäusern versorgt. Eine Fokussierung allein auf die Universitätsmedizin im Gesamtzusammenhang mit der Bewältigung der Pandemie ist damit eher als Herkunftstreu aus Sicht der Leopoldina-Autoren zu bezeichnen und bildet keinesfalls das deutsche Gesundheitswesen mit all seinen Akteuren angemessen ab. Insofern vermag man der Leopoldina zu empfehlen, zukünftig ihren Fokus auf medizinisch/wissenschaftliche Aspekte zu legen, anstatt mit berufspolitisch motivierten einseitigen Aussagen andere Akteure in der Patientenversorgung in Deutschland unberücksichtigt zu lassen und so zu brüskieren.

Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister

Präsident des BDI

Tilo Radau

Geschäftsführer des BDI

Intensivkurs

Stoffwechselerkrankungen / Endokrinologie

Madrid (ES)

15.–18.10.2020

JETZT
online anmelden:
bdi.de

im BDI → für Ärzt:innen in Weiterbildung
**KOSTEN-
FREI!**

→ **Schwerpunkte:** Neuentwicklungen lipidsenkender Medikamente • Romosozumab: Neuer Start in der Osteoporosetherapie • Intervallfasten: Fakes und Facts • Hormontherapie in der Menopause: Aktuelle Empfehlungen • Besonderheiten des Diabetes im Alter: Therapieziele und medikamentöse Therapie • Primärer Hyperparathyreoidismus: Diagnostik und Therapieoptionen • u. v. m.

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, München • Prof. Dr. med. Armin Steinmetz, München

Zertifizierung: Dieser Kurs wird mit vorauss. 20 Fortbildungspunkten (Kategorie A) von der Bayerischen Landesärztekammer zertifiziert sowie mit vorauss. 16 Credits von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin anerkannt.

Tagungsort:

Hotel Catalonia ATOCHA • Calle Atocha 81 • 28012 Madrid (ES)