



### Aus der Vertreterversammlung der KV

Von Dr. Frank Stüven

**Für die eiligen Leserinnen und Leser: Neue KV Vize gewählt | KV Haus wird im Juli bezogen | KV SafeNet wird zur Pflicht | Notdienstreform ab Jahresende.**

#### Wer ein paar Details mehr möchte

**KV-Vize:** Die Vertreterversammlung hat bei zwei Enthaltungen Caroline Roos zur Nachfolgerin von Stephan Hofmeister gewählt. Wir wünschen Frau Roos Glück und Geschick in Ihrem Wirken und freuen uns auf die Zusammenarbeit. In der KBV wird sie bei Abstimmungen die Stimme der Hamburger Hausärzte sein.

**Ärztehaus:** Das KV Haus ist umzugsbereit, wenn auch nicht ganz fertig. Die Kosten liegen bei insgesamt 42 Millionen Euro „nur“ 2 Millionen über dem Plan. Die KV lädt schriftlich zur Einweihungsfeier am 2. September ein.

**Savenet:** Kontrovers wurde die Verpflichtung zu KV SafeNet diskutiert, am Ende aber mit deutlicher Mehrheit verabschiedet. Jeder Arzt, der bis zum 1. Juli 2018 nicht mit der von der Politik gewünschten „Informationstechnologie“ verknüpft ist, die auch „Versichertenstammdatenmanagement“ gewährleistet, bekommt 1 % weniger Honorar. Die technischen Details sind komplex, aber händelbar.

**Notdienst:** Wir haben in Hamburg kein Problem mit dem Notdienst, aber viele Patienten nutzen die Ambulanzen der Krankenhäuser falsch. Die Krankenhausgesellschaft hat viel Druck gemacht und die Politik davon überzeugt, dass die Notdienstversorgung nicht gut klappt. Jetzt wollen die Ambulanzen mehr Geld aus unserem Honorar, um Arbeit zu machen, wie wir besser leisten können.

Die KV Hamburg hat ein neues Notdienstkonzept mit verschiedenen Säulen erarbeitet. Über die bundeseinheitliche Nummer 116 117 kann jeder Hamburger rund um die Uhr Beratung bekommen, von 8 Uhr bis 24 Uhr durch eine Ärztin/Arzt. Diese können abschließend beraten, an die nächste Praxis verweisen, dort Termine direkt anbieten, den fahrenden Notdienst vorbeischieken oder im echten Notfall die Rettungskette in Gang setzen. Von Mitternacht bis 8 Uhr morgens bleibt der Notdienst wie bisher mit geschulten Mitarbeitern der KV plus fahrendem Notdienst. Die telefonisch beratenden Hausärzte bekommen eine Fallpauschale und sollen von 8-16 Uhr innerhalb von 30 Minuten zurückrufen. Nach 16 Uhr werden die Anrufe direkt zu den teilnehmenden Kollegen durchgestellt. Die KV erarbeitet jetzt die Details, so dass die Reform dann bis Ende des Jahres umgesetzt werden kann.

#### Nachlese: Die Hausärzte auf dem Ärztetag

von Dr. Detlef Niemann

250 Delegierte, davon neun aus Hamburg, tagten auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg: Zwei aus der HÄV-Fraktion, je einer der Liste PPP und der Ärzteopposition und fünf vom Marburger Bund. Die Kliniker sind weit in der Überzahl, in Hamburg sind nur noch etwa 20% der Ärzte niedergelassen. Die Meinungsbildung über mehr als 200 Anträge in vier Sitzungstagen gelang strukturiert und diszipliniert.



Und noch ausführlichere Hintergrundinfos und unsere Empfehlungen zum SafeNet finden Sie [hier](#)

Für Hausärzte zentral war der Beschlussantrag des BÄK- Vorstands-Vorstandes (TOP Ib 01): **Zukunftsperspektive der hausärztlichen Versorgung durch ein hausarztgeleitetes interprofessionelles Versorgungsteam**. Er beauftragt die BÄK, ein Konzept für ein hausarztgeleitetes interprofessionelles Versorgungsteam auszugestalten, das sich an folgenden Leitgedanken orientiert:

- Eine stärkere Ausrichtung der hausärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung des bisherigen Behandlungsspektrums, auf die Chronikerversorgung sowie auf Prävention und Rehabilitation
- Einbindung anderer Berufsgruppen in die Praxisteams in den Hausarztpraxen
- Regionale und sektorenübergreifenden Vernetzung der Versorgungsstrukturen
- Kooperation mit regionalen Strukturen der Gesundheits-, Pflege- und Sozialberatung
- Integration von E-Health- und telemedizinischer Strukturen
- Förderung der Gesundheitskompetenz der Patienten und ihres sozialen Umfeldes
- Anpassung der Vergütungsstruktur an die veränderte Versorgung.

Diese Kriterien folgen weitgehend den DEGAM-Zukunftspositionen.

Versuche gebietsärztlicher Delegierter, durch Änderungsanträge den Bezug auf die **hausärztliche** Versorgung durch die Formulierung ‚*ärztlich*‘ zu verwässern, wurden zurückgewiesen: Die Bedeutung der spezifisch hausärztlichen Versorgung wird von den Delegierten gewürdigt!

Hauptthema indes war **Digitalisierung im Gesundheitswesen** – mit einer klaren Botschaft: Nicht aussitzen, sondern aktiv mitgestalten! Medizinische Information per App und somatische Diagnostik durch multiple Sensoren kommen immer mehr in die Hände des Patienten, getriggert durch „ Convenience“ . Die Patienten wollen den Arzt, der die selbst erhobenen Daten seriös, individuell und vertraulich interpretiert: das nennt sich dann Digitalkompetenz. Das Behandeln bleibt weitgehend ärztliche Aufgabe. Leider wird durch hohe Bereitschaft der Patienten zum Daten-sharing dem Datenmissbrauch Tür und Tor geöffnet, der sich ggf. auch auf die Krankenversicherungsprämien auswirken kann. Datenschutz auf hohem technischem Niveau ist nötig und auch möglich.

Den **Ausschluss von Militärwaffeninvestments aus den Portfolios der ärztlichen Versorgungswerke** forderte ein Antrag unter anderem von Hamburger Delegierten (TOP Ib102), er wurde an den BÄK-Vorstand überwiesen. Bindend können die Versorgungswerke der Landesärztekammern nur von ihren jeweiligen Delegiertenversammlungen beauftragt werden.

Zudem gab es Sachstandsberichte zur **GOÄ neu**, die sich in der Bepreisungsphase befindet und zur **neuen Musterweiterbildungsordnung**, die mit Beschlüssen zum Erhalt des Allgemeinchirurgen sowie des Umweltmediziners weitgehend konsentiert ist: Inkrafttreten voraussichtlich 2018, spätestens 2019.

Alle Anträge und deren Bearbeitungsstatus können unter [www.120daet.baek.de](http://www.120daet.baek.de) im Wortlaut eingesehen werden.

## Stiefkind Datenschutz auf der Webseite

Im Februar 2016 ist ein neues Gesetz in Kraft getreten, das jedoch kaum beachtet wird. Eigentlich soll dieses helfen, Datenschutzverstöße im Netz besser zu verfolgen und Verbraucher vor unseriösen Unternehmen zu schützen. In der Praxis bedeutet es aber: Jeder Webseitenbetreiber ohne korrekte Datenschutzerklärung kann ab sofort abgemahnt werden. Jeder Seitenbetreiber, der personenbezogene Daten auf seiner Seite verarbeitet, muss ab sofort über eine korrekte und aktuelle Datenschutzerklärung verfügen, die all diese Punkte vollständig abdeckt. Sonst drohen empfindlich teure Abmahnungen.



**Den Mitgliedern unseres Verbandes haben wir diesem Newsletter einen Mustertext beigelegt, den sie – unbedingt in einer gesonderten Rubrik und zwingend getrennt vom**

**Impressum – in ihre Webseite einfügen können.**

## Wer betreut Famulanten?

Immer wieder fragen Studierende nach Famulaturplätzen in Hamburg. Sollten Sie in Ihrer Praxis den ärztlichen Nachwuchs von Beginn an begleiten wollen, bitte kurze Nachricht an die Geschäftsstelle.

## Neues aus dem Institut für Allgemeinmedizin des UKE: Über- und Unterversorgung: Kann man das messen?

von Dr. Hans-Hermann Dubben, Dr. Cathleen Muche-Borowski, Prof. Dr. Martin Scherer

Übersversorgung und letztlich auch Unterversorgung sollen durch Empfehlungen, ausgesuchte Praktiken nicht mehr oder seltener zu verwenden, reduziert werden. Um das Problem gezielt angehen zu können, muss man wissen, wo Über- und Unterversorgung existieren und wie man das eigentlich feststellen kann. Kurzum: Wie kann man das messen?

Der Sachverständigenrat (1) lieferte sinnvolle Meta-Definitionen von Über- und Unterversorgung. Die Definitionen sind allgemein gehalten und liefern daher keine direkt umsetzbaren Messanleitungen. Sie fordern ausdrücklich „spezifizierbare Maßnahmen“. Andererseits gibt es in der Literatur einige fachspezifische und messbare Definitionen, die sich aber nicht verallgemeinern lassen.

Derzeit ist es weit verbreitet, aus Versorgungsunterschieden, z.B. regionalen Unterschieden (2), auf Über- und Unterversorgung zu schließen. Dabei sollte man jedoch auf einen Trugschluss gefasst sein. Die Abbildung zeigt ein Beispiel, in dem Bedarf und Versorgung auf Bevölkerungsniveau gemessen wurden.

Bedarf	Kein Bedarf	Unterversorgt	Übersorgt	Adäquat versorgt
☺☺☺☺☺	☹☹☹☹☹	0 von 10	0 von 10	10 von 10
☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	2 von 10	2 von 10	6 von 10
☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	4 von 10	4 von 10	2 von 10
☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	5 von 10	5 von 10	0 von 10

Abbildung: Unterschiedliche Patientenallokation. Die blau unterlegten Patienten haben eine Behandlung erhalten. Weiteres s. Text. Abb. aus (3).

In der „Bevölkerung“ jeder Zeile gibt es 5 Personen mit Bedarf und 5 Personen ohne Bedarf; und es gibt 5 Behandlungen. Auf Bevölkerungsniveau sind die Anzahl der Bedarfe und die Anzahl der Behandlungen ausgewogen. Es scheint keine Über- oder Unterversorgung zu geben. Berücksichtigt man, wer im Einzelnen den Bedarf hatte und wer die Behandlung erhielt, variiert der Anteil der adäquat Versorgten je nach Zuordnung zwischen 100% und 0% (3).

Bemerkenswert ist ferner, dass es in der 2. bis 4. Zeile jeweils Menschen mit Bedarf und ohne Behandlung sowie Menschen ohne Bedarf und mit Behandlung gibt. Hier gibt es Unter- und Überbehandlung *gleichzeitig*; es findet Fehlallokation statt.

Es muss geklärt werden, wer im Einzelnen den Bedarf hat und wer die Behandlung erhält. Über- und Unterversorgung kann also nur auf Ebene der einzelnen Patienten quantifiziert werden, aber nicht auf Bevölkerungsniveau. Auf individueller Ebene muss folgendes geklärt sein: Was exakt ist ein Zustand, der eine Behandlung erfordert? Welche diagnostischen Maßnahmen sind zur Feststellung des Zustandes erforderlich? Welche therapeutischen Maßnahmen stehen zur Verfügung? Welchen Nutzen und Schaden bringen sie mit welcher Wahrscheinlichkeit mit sich?

Es gibt zahlreiche Faktoren, die im Verdacht stehen, Fehlversorgung zu fördern: Ökonomisierung des Gesundheitswesens, Profitmaximierung als Direktive der Gesundheitsindustrie, der Arztpraxen, Krankenhäuser sowie der Pharma- und Medizingerätehersteller, Defensivmedizin, fragwürdige Anreizstrukturen in der Forschung, die für Forschungsmüll (4) sorgen; irrationale Gesundheitsvorstellungen und Forderungen seitens der Patienten (5). Arzt, Forscher, Patient, Hersteller leben und arbeiten unter Zeitdruck, der bekanntlich Fehlleistungen fördert. Dies sind zum Teil belegte und weitgehend plausible Korrelationen. Um gezielt Über- und Unterversorgung abbauen zu können, ist die Kenntnis kausaler Zusammenhänge förderlich.

- Referenzen:** 1.) Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Verfügbar über <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=160> (Letzter Zugriff am 11.02.2017)
- 2.) Bertelsmann-Stiftung. Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. <https://faktencheck-gesundheit.de/> (11.02.2017).
- 3.) Dubben HH, Muche-Borowski C, Scherer M: Kann man Über- und Unterversorgung messen? Z AllgMed 2016; 92(10): 414-418.
- 4.) Ioannidis JPA, Greenland S, Hlatky MA et al.: Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. Lancet 2014; 383: 166–75.
- 5.) Berger M: The Era of Enlightenment Ends with the Golden Calf. Med Klin 2002; 97 (10): 629–34.

### Herausgeber | Vorstand:

Dr. Frank Stüven, Gregor Brinckmann (als Schriftführer V.i.S.d.P),

Redaktion: Nicole Bongard

Hausärzterverband Hamburg e.V. | Osterbekstr. 90 c  
22083 Hamburg | Telefon 040-69 70 24 77

[www.hausaerzterverband.de](http://www.hausaerzterverband.de)