

Aus dem Lehrbereich Allgemeinmedizin der Medizinischen
Klinik und Poliklinik IV

Direktor: Prof. Dr. Martin Reincke

Leiter des Lehrbereichs: Prof. Dr. med. Albert Standl

**Der Patient im ärztlichen Bereitschaftsdienst: Analyse von
Bereitschaftsdiensteinsätzen im Ballungsgebiet München
von Mai 2011 bis Dezember 2011**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von

Celine Briers

aus
Hamburg
2013

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Albert Standl

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Christian K. Lackner
Prof. Dr. Angela Schuh

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. med. Albrecht Stein

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser,
FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 12.12.2013

meiner Mutter gewidmet

Gliederung

1	Einleitung.....	6
1.1	Einführung in das Thema	6
1.2	Ambulante Versorgungsstrukturen in Notsituationen in München.....	7
1.3	Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in München	11
1.3.1	Entwicklung	11
1.3.2	Struktur und Ablauf	12
1.3.3	Rechtliche Grundlagen.....	18
1.4	Fragestellungen und Ziele.....	19
2	Material und Methoden	22
3	Ergebnisse.....	26
3.1	Vor dem Einsatz	26
3.1.1	Alters- und Geschlechterverteilung	26
3.1.2	Dringlichkeit des Einsatzes	29
3.1.3	Hausarztanbindung.....	30
3.1.4	Inanspruchnahme vorhergehender medizinischer Hilfeleistung vor dem Einsatz des Bereitschaftsarztes	31
3.2	Während des Einsatzes	33
3.2.1	Anteile der Diagnosegruppen.....	33
3.2.1.1	Diagnosegruppen der Mitarbeiter der kassenärztlichen Vereinigung.....	34
3.2.1.2	Diagnosegruppen des Bereitschaftsarztes	35
3.2.1.3	Diagnosegruppen nach Befragung des Patienten	36
3.2.2	Übereinstimmungen der Diagnosegruppen im Verlauf.....	36
3.2.3	Häufigste Diagnosen bzw. Symptome	39
3.3	Nach dem Einsatz	40
3.3.1	Weiterversorgung.....	40

3.3.2	Erfolgsbewertungen und Anregungen der Patienten	41
4	Diskussion und Interpretation.....	43
4.1	Alters- und Geschlechterverteilung	43
4.2	Dringlichkeit des Einsatzes.....	46
4.3	Hausarztanbindung.....	47
4.4	Inanspruchnahme vorübergehender medizinischer Hilfeleistung vor dem Einsatz des Bereitschaftsarztes	51
4.5	Anteile der Diagnosegruppen	53
4.6	Übereinstimmungen der Diagnosegruppen im Verlauf	55
4.6.1	Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen telefonischer Nachbefragung des Patienten und Bereitschaftsarzt	56
4.6.2	Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen Bereitschaftsarzt und den Mitarbeitern der KVB.....	57
4.7	Häufigste Diagnosen bzw. Symptome	58
4.8	Weiterversorgung	61
4.9	Erfolgsbewertungen und Anregungen der Patienten	64
4.10	Diskussion des statistischen Verfahrens	66
5	Zusammenfassung	68
6	Ausblick.....	70
	Literaturverzeichnis	73
	Abkürzungsverzeichnis	77
	Abbildungsverzeichnis	79
	Tabellenverzeichnis	80
	Anhang: Fragebogen für die telefonische Erhebung der Daten.....	81
	Danksagung.....	83

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Thema

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist mittlerweile eine der fest etablierten Organisationen in Deutschland. Die zügige ambulante Hilfe, welche von Vertragsärzten- und Ärztinnen geleistet wird, nimmt die Bevölkerung zahlreich in Anspruch (23). Bei den 72 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland geschieht dies jährlich etwa 3,9 Millionen Mal. Im Jahr 2011 betrug die Anzahl der Patientenvermittlungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes allein in München 104 987 (45). Sowohl das Patientenkollektiv als auch das Einsatzspektrum sind sehr vielfältig. Sei es eine fieberhafte Gastroenteritis in der Nacht oder eine Pneumonie eines chronisch kranken Patienten; nicht nur ein gesetzlich krankenversicherter Patient sondern auch ein Privatpatient erhält durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, welcher von Vertragsärzten- und Ärztinnen durchgeführt wird, jederzeit entsprechende Hilfe.

Die vorliegende Arbeit wird sich nach einem Überblick über die ambulanten Versorgungsstrukturen in „Notsituationen“ zunächst mit der Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in München Stadt (ausgenommen Landkreis München) beschäftigen. Nach Beschreibung des Aufbaus und der detaillierten Auswertung der deskriptiven Studie werden die Ergebnisse der Einsatzanalysen diskutiert und schließlich zusammengefasst dargestellt.

Es sei darauf hingewiesen, dass sich diese Arbeit bezüglich rechtlicher Grundlagen und Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auf das Bundesland Bayern und hierbei insbesondere der Stadt München stützt. Andere Bundesländer zeigen oftmals stark abweichende Regelungen in der Versorgung im ambulanten Sektor. Die gemeinsamen Grundlagen in allen Bundesländern für jene Versorgungsform basieren auf einer Pflichteinteilung der niedergelassenen Ärzte und resultieren aus der gesetzlichen Vorgabe zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung (5). Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit meist die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist hierbei selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

1.2 Ambulante Versorgungsstrukturen in Notsituationen in München

Der Begriff Notfall impliziert eine gewisse Dringlichkeit in der Behandlung von Patienten.

Doch was ist ein Notfall? Definitionsgemäß ist dies ein „akuter, lebensbedrohlicher Zustand durch Störung der Vitalfunktion oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigungen infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Vergiftung“ (8). Im eigentlichen Sinne ist dies das Einsatzspektrum der präklinischen und klinischen Notfallmedizin. Doch auch viele weitere Bereiche, wie etwa die hausärztliche Versorgung, sind mit Notfallsituationen konfrontiert.

Die persönliche Erfahrung in der Praxis zeigt, dass die Bezeichnung Notfall in der Gesellschaft kein eindeutig eingegrenzter Begriff ist und somit in vielerlei Situationen und Institutionen mit unterschiedlichster Bedeutung verwendet wird. Die hiermit assoziierten Begriffe wie Notarzt, Notdienstarzt, Bereitschaftsarzt und viele mehr, werden nicht nur in der Laiensprache oft als Synonym verwendet und führen zwangsläufig zu Verwirrung und Verwechslung [(5), (14)]. Der Begriff Notsituation scheint allgemeiner und schließt sowohl die lebensbedrohlichen, als auch die nicht lebensbedrohlichen Situationen mit ein und wird somit im Folgenden verwendet.

Das Angebot an medizinischer Versorgung rund um die Uhr inklusive Sonn- und Feiertags ist in Deutschland komplex. Für Patienten gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Möglichkeiten medizinische Hilfe in Notsituationen in Anspruch zu nehmen. Vor diesem Hintergrund wird im folgenden Abschnitt ein Überblick über die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten in München Stadt mitsamt offizieller Begrifflichkeiten und deren Synonymen gegeben.

Welche Möglichkeiten der Inanspruchnahme hat ein Patient in München in einer medizinischen Notsituation?

Notarzt und Rettungsdienst

Ein Notarzt ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, welcher bei vital bedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen verständigt wird. Es zeigt sich jedoch ein Wandel im Einsatzspektrum. Oftmals wird der Notarzt in die hausärztliche Versorgung

eingebunden, obwohl keine konkrete Notwendigkeit hierfür besteht. Das Rettungswesen lässt sich in Notfallrettung und Krankentransport einteilen.

Bei Ersterem kommt der Rettungswagen (RTW) mit nichtärztlichem Personal zum Einsatz. Ist eine Notarztversorgung notwendig, wird dieser entweder mit einem Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) separat zu jenem Einsatzort geschickt oder er rückt direkt mit dem Rettungswagen als Notarztwagen (NAW) aus.

Der Krankentransportwagen (KTW) übernimmt den Transport von Patienten in weniger akuten Situationen. Der qualifizierte Krankentransport wird teilweise unter dem Oberbegriff Rettungsdienst zusammengefasst (5). In der Laiensprache wird oftmals der Ausdruck Krankenwagen für alle im Rettungswesen eingesetzten Fahrzeuge verwendet.

In München wird die Notfallversorgung durch elf Notarztstandorte und diversen Rettungswachen sichergestellt. Von der Berufsfeuerwehr München (BF) werden fünf NAW und sechs NEF gestellt. Der Kindernotarztdienst, der Neugeborenennotarztdienst und zwei Rettungshubschrauber ergänzen als Spezialdienste das Rettungssystem [(18), (45)].

Folgende Tabelle zeigt die Notarztstandorte in München.

Tabelle 1 Notarztstandorte in München (33)

Standort	Rettungswache	zuständige Feuerwache
Chirurgische Klinik Innenstadt	RW Mitte	FW 1 - Hauptfeuerwache
Klinikum Großhadern	RW Südwest	FW 2 - Sendling
Chirurgische Klinik Dr. Rinecker	RW Süd	FW 3 - Westend
Städtisches Krankenhaus Schwabing	RW Nord	FW 4 - Schwabing
Freiwillige Feuerwehr Ottobrunn	RW Ottobrunn	FW 5 - Ramersdorf
Klinikum München Pasing	RW West	FW 6 - Pasing
Krankenhaus Dritter Orden	RW Nordwest	FW 3 / FW 7 - Milbertshofen
Helmholtz Zentrum	RW Neuherberg	FW 7 - Milbertshofen
Städtisches Krankenhaus Bogenhausen	RW Nordost	FW 8 - Föhring
Feuerwache 9	FW 9	FW 9 - Neuperlach
Feuerwache 10	FW 10	FW 10 - Riem Neue Messe

Krankenhaus und Notaufnahme

Der Patient kann sich hier selbstständig vorstellen oder wird stationär eingewiesen (Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung). Die Einweisung kann durch Haus-/und Fachärzte, durch den Rettungsdienst / Notarzt oder den Bereitschaftsarzt

erfolgen. In der Stadt München besitzen 18 Krankenhäuser eine 24-Stunden lang besetzte Notaufnahme (32). Synonyme für Notaufnahme sind Ambulanz, Notfallambulanz, Nothilfe, Rettungsstelle, Notfallaufnahme oder Notfallstation.

Hausnotruf

Dieses auf Telefontechnik basierte System verhilft hilfebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld zu einer Kontaktaufnahme mit einer entsprechenden Leitstelle. Diese erfragt über eine Freisprechanlage im Hause des Patienten die Situation und leitet entsprechende Hilfe ein. Hilfskräfte (meist entsprechende Pflegekräfte des Hausnotrufdienstes) können, über einen hinterlegten Wohnungsschlüssel auch bei Unfähigkeit zur Türöffnung, Zutritt in die Wohnung gewinnen. Gegebenenfalls kann nun weitere Hilfe angefordert werden. Betrieben werden die Hausnotrufsysteme meist von den großen Hilfsorganisationen in Deutschland (Malteser Hilfsdienst, Johanniter Unfallhilfe, Deutsches Rotes Kreuz, u.v.m.). Sie werden durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Synonyme für diese Form der Hilfeleistung sind hierbei Rufhilfe, Seniorenalarm und Heimnotruf.

Hausärztlicher Hausbesuch

Hierbei vereinbart der Patient, unabhängig von einer zentralen Koordinierungsstelle, mit „seinem“ Hausarzt einen Termin für einen Hausbesuch. Eine Studie der Universität Bern zeigte schon im Jahre 1976 einen Rückgang der Hausbesuche. Zudem wurde eine Abhängigkeit des Rückgangs zu dem jeweiligen Alter des Arztes gesehen. Die jüngere Ärztegeneration führte seltener Hausbesuche durch, als die ältere Generation. Des Weiteren zeigt es sich, dass Allgemeinmediziner deutlich häufiger Hausbesuche durchführten, als andere Fachärzte wie etwa Internisten und Pädiater. Schon damals wurden die volkswirtschaftlichen Folgen des Rückgangs des „Modells Hausbesuch“ diskutiert (19). Diese Form der ambulanten, teils palliativen, Versorgung lässt sich mit einem Rückgang der Hausbesuche schwerer vereinbaren. In der vorliegenden Arbeit wird unter anderem auch die Hausarztanbindung der Patienten im ärztlichen Bereitschaftsdienst untersucht.

Bereitschaftsdienstpraxis

Hierbei handelt es sich um Praxen, welche räumlich und personell unabhängig aufgebaut sind und meist in Kooperation mit einem Krankenhaus arbeiten (5). Patienten suchen diese zumeist selbstständig auf; teils werden sie aber auch mit einem KTW dorthin gebracht. In München befinden sich derzeit acht Bereitschaftspraxen, dessen Öffnungszeiten unterschiedlich und auch frequenzabhängig sind. Ein synonyme Begriff ist hierbei Notfallpraxis.

Die zentral gelegene Praxis Elisenhof wird von der kassenärztlichen Vereinigung betrieben und beinhaltet auch den fachärztlichen Bereitschaftsdienst, sodass neben der hausärztlichen auch eine fachspezifische Behandlung möglich ist. Die weiteren sieben Praxen befinden sich zumeist in Krankenhäusern und stehen in einem Kooperationsvertrag mit der kassenärztlichen Vereinigung, sodass dort auch telefonisch dahingehend vermittelt werden kann (45). Abbildung 1 zeigt die Verteilung in München.

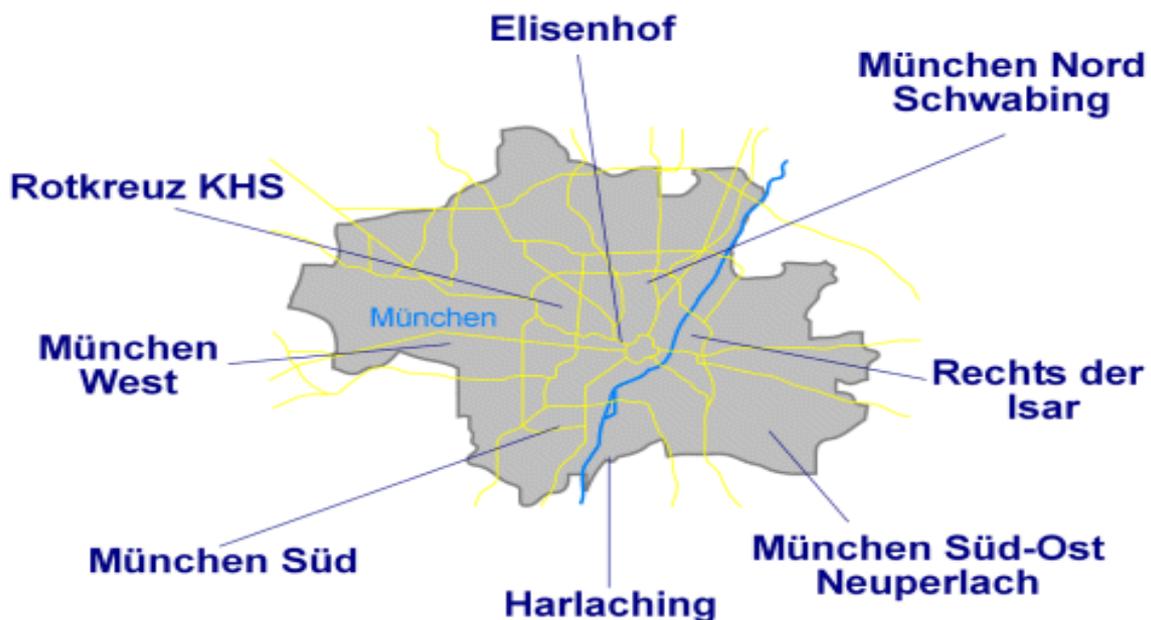


Abbildung 1 Standorte der Bereitschaftspraxen in München (36)

Privatärztlicher Notdienst - Hausbesuchsdienst

Hierbei handelt es sich um private ambulante Dienste, deren Ärzte die Hausbesuche durchführen. Jedoch sind dies keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und somit nur für Privatpatienten bzw. sonstige Selbstzahler relevant (29).

Geriatrischer Praxisverbund

In Deutschland werden rund 677 000 Menschen in Pflegeheimen versorgt (11). Um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung geriatrischer Patienten gerecht zu werden, gründeten Ärzte mit Unterstützung der kassenärztlichen Vereinigung im Jahre 2006 jene Praxisverbände (35). Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten schließen sich hierbei zusammen und übernehmen die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen. Neben regelmäßigen Visiten besteht eine geregelte Rufbereitschaft auch außerhalb der üblichen Sprechstunden, sodass der diensthabende Arzt zu Hilfe gerufen werden kann. Ärzte dieses Dienstes kennen zumeist partiell die Krankengeschichte der Patienten und können somit individuelle und kosteneffiziente Hilfe anbieten (34). Im Rahmen dieser Studie wurden zwar Patienten, welche in Pflegeheimen leben, nicht als Patientenkollektiv berücksichtigt, jedoch sei dieser wichtige Dienst im ambulanten Sektor dennoch erwähnt.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst - Hausbesuchsdienst

Vertragsärzte übernehmen in Schichtdiensten die Patientenversorgung im häuslichen Umfeld. Verwendete - teils veraltete - Synonyme sind ärztlicher Notdienst, Kassenärztlicher (KV) -Notdienst, Taxinotdienst, Notfalldienst, Notfallbereitschaftsdienst (27).

Jene Versorgungsform ist Gegenstand dieser Arbeit und wird im Folgenden detailliert behandelt.

1.3 Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in München

1.3.1 Entwicklung

Im Februar 1970 nahm der ärztliche Bereitschaftsdienst in München seine Tätigkeit auf. Damals noch unter der Bezeichnung „ärztlicher Notdienst“ wurden den diensthabenden Ärzten der zehn Notdienstbezirke in München die entsprechenden

Einsätze vermittelt. In dieser Zeit stand der Dienst für Patienten lediglich während der Sprechstundenfreien Zeiten zur Verfügung. Die telefonische Vermittlung erfolgte über die Rettungsleitstellen.

Seit 1974 ist der Dienst 24 Stunden ganzjährig erreichbar.

Am 15.01.2003 kam es zu einer umfassenden Neuorganisation. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist seither mit eigenen Einsatzzentralen im Einsatz. Die kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) koordiniert heute, nach einigen strukturellen Änderungen, die Vielzahl der Anrufe über zwei Vermittlungs- und Beratungszentralen (München und Bayreuth als Gedikom GmbH), welche bis vor Kurzem unter der bayernweiten Telefonnummer 01805 19 12 12 zu erreichen waren. Der Dienst ist weiterhin 24 Stunden ganzjährig – analog zum Rettungsdienst / Notarztsystem - im Einsatz [(4), (23)].

Im April des Jahres 2012 kam es zu einer weiteren Neuerung. Bundesweit ist der ärztliche Bereitschaftsdienst unter der einheitlichen Telefonnummer 116 117 zu erreichen. Die bisher unterschiedlichsten Telefonnummern der Bundesländer sind durch eine Einheitliche ersetzt worden (42).

1.3.2 Struktur und Ablauf

Die ambulante Versorgungsform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Hausbesuche) ist strukturell komplex aufgebaut. Viele Institutionen und Personen sind an der Umsetzung dieser flächendeckenden Dienstleistung beteiligt.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist eine hoheitliche Aufgabe, welche der Gesetzgeber den ärztlichen Einrichtungen, z.B. den Ärztekammern und insbesondere den kassenärztlichen Vereinigungen, übertragen hat (5). Die beiden letztgenannten Körperschaften des öffentlichen Rechts erstellen in Zusammenarbeit mit den aus dem Ärztekreis gewählten Vertretern eine gemeinsame Notfalldienstordnung, in der alle wesentlichen organisatorischen Belange für den Vollzug, wie etwa Zulassung, Zeiteinteilungen, Ablauf und vieles mehr, im Detail geregelt sind. Sie stehen nicht im Verhältnis der Subsidiarität zueinander, sondern arbeiten selbstständig im Rahmen der Abstimmung nebeneinander (9).

Für München sind die kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) und die Landesärztekammer Bayern (BLÄK) zuständig. Geschulte Mitarbeiter der KVB (häufig Rettungsassistenten, Rettungssanitäter und anderes medizinisch geschultes Personal) vermitteln die Einsätze an die jeweils diensthabenden Ärzte. Aber auch die sofortigen Vermittlungen an den Rettungsdienst / Notarzt oder eine rein telefonische Beratung sind bei entsprechenden Indikationen möglich (23).

Während einer Schicht ist der Arzt stets erreichbar und verweilt in der Praxis. In München werden überwiegend Hausärzte in den Dienst eingeteilt. Niedergelassene Fachärzte (z.B. niedergelassene Internisten) sind ebenfalls beteiligt. Zusätzlich arbeiten noch wenige weitere Fachärzte auf freiwilliger Basis z.B. Fachärzte für Anästhesie im ärztlichen Bereitschaftsdienst (45).

Kommt es zu einem Einsatz, wird der entsprechende Arzt verständigt und zu diesem ein, mit Funk ausgerüstetes, Taxi geschickt. Sobald der Taxifahrer die Praxis des Arztes erreicht hat, werden die entsprechenden Daten, welche von den Mitarbeitern der Einsatzzentrale der KVB telefonisch erfragt worden waren, auf das Display des Taxis übermittelt. Bei den Daten handelt es sich lediglich um den Namen, die Adresse und eine Zuordnung der anamnestisch angegebenen Krankheitsbilder in eine verschlüsselte Diagnosegruppe und die Dringlichkeitsstufe. Zusätzlich werden oftmals noch Zusatzdaten, wie z.B. Ansprechpartner, bei denen geläutet werden soll oder Hinweise wie etwa „lange Läuten“ bei Schwerhörigen u.a. übermittelt, um eine schnelle und reibungslose Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Tabelle 2 zeigt die Dringlichkeitsstufen im Detail.

Tabelle 2 Dringlichkeitsstufen

Stufe	Beschreibung
A	Unverzögerlicher Besuch erforderlich
B	Vorrangiger Besuch erforderlich
C	Besuch im Anschluss an die A- und B- Besuche

Bei besonders eiligen Fällen kann der Hinweis dazu kommen, dass eine Versorgung bei einem „C-Patient“ abgebrochen werden muss und nach einem „A-Einsatz“ fortgeführt wird.

Tabelle 3 Diagnoseverschlüsselungen der KV (44)

Codeziffern	Diagnosegruppen
0	Besondere Tätigkeit ohne eindeutige Zuordnung z.B. Haftfähigkeit
1	Herz – Kreislauf - Beschwerden
2	Atembeschwerden
3	Allergie-, Ausschlag, allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes
4	Neurologie / Apoplex
5	Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch
6	Grippe - Infekte
7	Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie
8	Alkohol - Drogen / Intoxikationen
9	Kind erkrankt
10	Leichenschau
11	Psychische / Psychiatrische Erkrankung
12	Urologische Erkrankungen / Katheter

Wie bereits erwähnt, wird der diensthabende Arzt von einem Taxi, welches teils speziell für diesen Dienst im Einsatz ist, von der Praxis abgeholt und dann zu dem erkrankten Patienten gefahren. In München wird hierfür ausschließlich das Taxisystem verwendet. Außerhalb Münchens und teils auch in anderen Städten ist der Einsatz mit dem Privatfahrzeug des Arztes üblich. In München besteht eine Kooperation mit dem Taxiunternehmen Isarfunk (45). Am Einsatzort wartet das Taxi dann auf den Arzt und nimmt eventuell neu eintreffende Einsätze entgegen.

Ein Bereitschaftsarzt kennt die Patienten nur in den seltensten Fällen. Die medizinischen Hilfs- und Heilmittel, welche durch den Arzt mitgeführt werden, sind in der Regel auf das Nötige beschränkt. In der Bereitschaftstasche befinden sich:

Materialien zur Wundversorgung, Blutdruckmanschette und Stethoskop, Blutzuckermessgerät, Reflexhammer, Ohrspiegeltrichter, Urinteststreifen, Materialien für parenterale Zugangswege und Medikamente in unterschiedlichen Darreichungsformen.

Teils wird der Inhalt jedoch nach dem Ermessen des Arztes erweitert oder eingeschränkt. Eine zusätzliche Reanimationstasche, welche vor allem Material für eine erweiterte Atemwegssicherung bietet, wird oftmals mitgeführt. (2). Zusätzlich werden diverse Formulare benötigt, wie beispielsweise Rezepte, Transportscheine, Krankenhauseinweisungen oder Leichenschauschein.

Der Arzt steht bei jedem Einsatz somit vor der besonderen Herausforderung einerseits mit wenigen diagnostischen Mitteln eine Verdachtsdiagnose zu stellen und mit geringen technischen Mitteln therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Gegebenenfalls werden weiterführende Therapien initiiert. Hierzu stehen ihm wiederum diverse Möglichkeiten zur Verfügung.

Da die Auswertung in dieser Arbeit unter anderem auch die Weiterbehandlung des Patienten nach dem Einsatz beleuchtet, wird nun ein Überblick über mögliche Verfahrensoptionen des Arztes am Einsatzort gegeben.

Patient verbleibt im häuslichen Umfeld: Im Anschluss an die Anamnese und Untersuchung kann der Bereitschaftsarzt bei Bedarf aktuell nötige Medikamente selbst verabreichen und/oder ein Rezept verschreiben, welches sich der Patient selbst in einer Apotheke beschaffen kann oder einen Dritten damit beauftragt. Idealerweise stellt sich der Patient zeitnah bei seinem zuständigen Haus- bzw. Facharzt vor, sodass dann weitergehende und spezifischere Maßnahmen eingeleitet werden können. Den Patienten wird dieses Vorgehen, teils auch schriftlich (z.B. mittels eines Stempels), vom Bereitschaftsarzt im Detail nahegelegt. Ein solches Vorgehen hat auch wesentliche forensische Bedeutung.

Stationäre Therapie bzw. Diagnostik: Lässt es die medizinische und/oder psychosoziale Situation am Einsatzort (mangelnde Versorgungsmöglichkeiten) nicht zu, dass der Patient zu Hause verbleibt, wird eine stationäre Einweisung in ein Krankenhaus verordnet. Aber auch, wenn die begrenzten diagnostischen Möglichkeiten des Bereitschaftsarztes nicht ausreichen um das Krankheitsbild differenziert zu erfassen, wird eine Verweisung an eine stationäre Einrichtung für eine „Abklärung“ notwendig, beispielsweise für bildgebende Verfahren. Neben dem privat durch den Patienten organisierten Transport (z.B. durch Familienangehörige oder mit Hilfe eines Taxis) in die entsprechende Klinik kann der Arzt vor Ort auch einen Krankentransportwagen (KTW) bestellen, welcher je nach Indikation und Situation den liegenden oder sitzenden Transport ermöglicht.

Rettungsdienst / Notarzt wird alarmiert: Handelt es sich um eine akut lebensbedrohliche Situation und/oder benötigt der Patient eine intensive Überwachung während des Transportes, alarmiert der Bereitschaftsarzt den Rettungsdienst mit dem entsprechenden Fachpersonal oder sogar zusätzlich den Notarzt. Dabei wird er sich zunächst, das heißt bis zum Eintreffen dieser „Versorgungspartner“ auf lebenserhaltende Maßnahmen beschränken.

Zuhilfenahme von spezifischen Diensten: In notwendigen Fällen kann der Bereitschaftsarzt auch auf diverse spezialisierte Dienste und Organisationen zurückgreifen. Als Beispiele hierfür wären der psychiatrische Krisendienst (24 Std. erreichbar), die Polizei, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), der Kriseninterventionsdienst und viele mehr zu nennen.

Todesfeststellung: Entweder stellt der Bereitschaftsarzt selbst primär den Tod des Patienten fest oder wird sekundär (z.B. durch den Notarzt) zur sogenannten endgültigen Leichenschau bei schon ärztlich festgestelltem Todeseintritt gerufen. Nach Ausstellung der Todesbescheinigung wird der Leichnam an das Bestattungsinstitut oder im Falle von ungeklärtem oder unnatürlichem Tod der Rechtsmedizin bzw. Polizei übergeben (2).

Vertragsärzte werden in den jeweiligen Bezirken zu so genannten Bereitschaftsdienstgruppen zusammengeschlossen und sind somit in einem Bezirk durchwechselnd in Schichten tätig. In Bayern ergeben sich im Jahr 2007 insgesamt 747 Dienstbereiche (4). Der KVB-Bereich ist in sieben Regierungsbezirke und München (Stadt und Land) eingeteilt. München Stadt unterteilt sich wiederum aktuell in acht Bezirke (Bereitschaftsdienstgruppen). Diese KV-Bezirke stimmen jedoch nicht gänzlich mit den geographischen Stadtteilgrenzen überein, sondern berücksichtigen unter anderem als wichtige Kriterien die Patienten- und Arztdichte im jeweiligen Bezirk, sowie die entsprechende Entfernung zu den potentiellen Patienten.

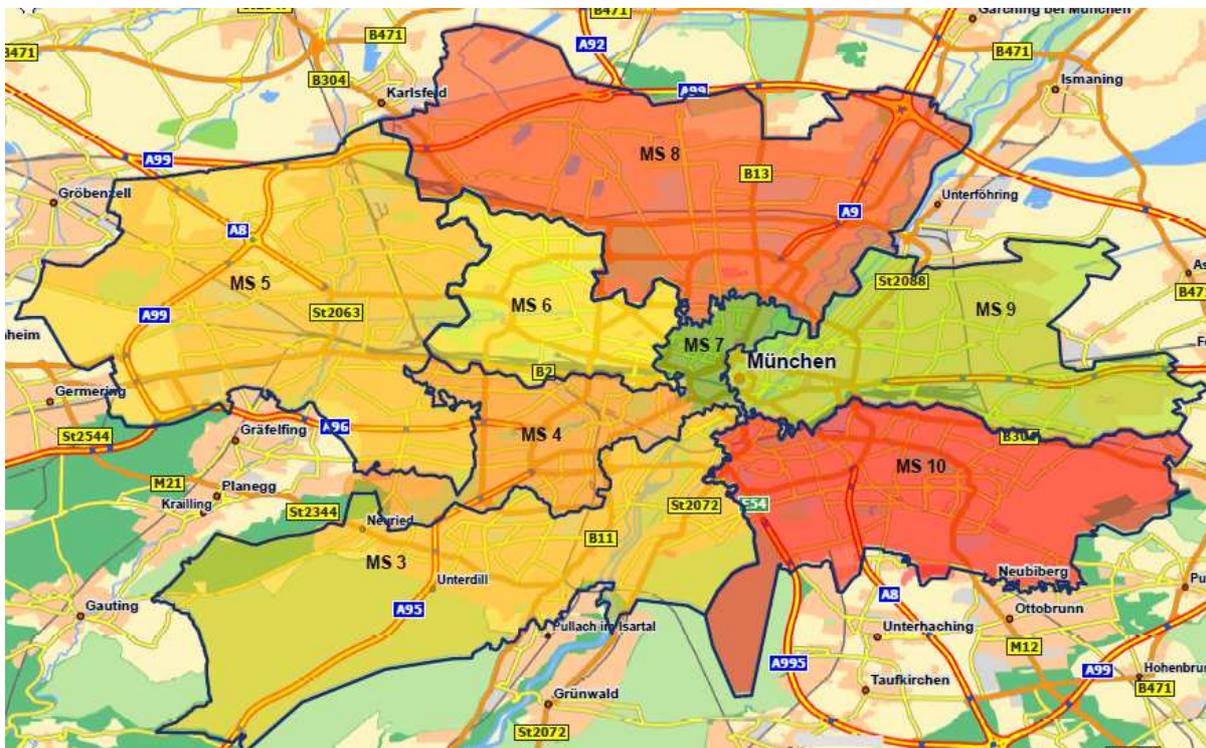


Abbildung 2 Bereitschaftsdienstbezirke in München (Stadt) (44)

Insgesamt sind 1259 Ärzte im Bereitschaftsdienst in München Stadt tätig (Stand 3.5.2011). In einem Bezirk bzw. einer Bereitschaftsdienstgruppe ist lediglich ein Arzt für eine bestimmte Schicht im Einsatz. In München sind dies somit grundsätzlich acht Ärzte zur selben Zeit (45), welche für die 1 392 494 (Stand Mai 2011) Einwohner in München die ambulante hausärztliche Versorgung sicherstellen (37). Dabei wird jedoch der jeweiligen aktuellen Situation Rechnung getragen. Das heißt, dass in den Sommermonaten zumeist nur fünf Ärzte und den Wintermonaten acht Bereitschafts-

ärzte tätig sind. Zu Zeiten eines hohen Patientenaufkommens (z.B. Grippewelle, Weihnachtsfeiertage) werden weitere Ärzte oftmals auch kurzfristig von der Einsatzzentrale angesprochen, um als zusätzliche Behandler zu helfen, längere Wartezeiten zu verhindern.

1.3.3 Rechtliche Grundlagen

Grundlage jeglicher gesetzlicher Bestimmungen und subsidiärer Regelungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst ist die Gewährleistung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach §72 SGB V (Sicherstellungsauftrag). In Absatz 1 heißt es: „Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.“ Die Sicherstellung ist jedoch nicht nur auf die Zeiten beschränkt, zu denen Ärzte üblicherweise Sprechstunden abhalten; sie umfasst nach § 75 Abs.1 Satz 2 SGB V auch die „Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten“.

Satz 1 besagt: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.“ [(6), (9)].

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern zählt die Begriffe Sicherstellungsauftrag und Gewährleistungsauftrag in ihrer Internetpräsenz zu ihren Kernaufgaben (30).

Die Pflicht zur Teilnahme des Arztes am ärztlichen Bereitschaftsdienst folgt aus der Zulassung als Vertragsarzt.

Nach § 1 Absatz 4 BDO nehmen folgende Ärzte am ärztlichen Bereitschaftsdienst teil:

Praktische Ärzte, Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte und die hausärztlich tätigen Internisten. Wie zuvor erwähnt, sind in München fast ausschließlich diese Ärzte im Einsatz. Für die übrigen Fachärzte, welche außerhalb Münchens tätig sind, gibt es einige Gruppen, welche nach Absatz 5 von der Verpflichtung ausgeschlossen sind. Beispiele hierfür wären Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Humangenetik, Neurochirurgie und andere.

Es handelt sich hierbei um eine gemeinsame Aufgabe diverser Fachrichtungen, welche an der Sicherstellung der medizinischen ambulanten Versorgung der Bevölkerung beteiligt sind. In ländlichen Regionen Bayerns bestehen teils völlig andere Regelungen. Hier werden Ärzte aller Fachgruppen für den Bereitschaftsdienst herangezogen.

Die Versorgungsangebote nach § 6 BDO und der in § 73 SGB V bezeichneten Umfang der Versorgung umfassen die medizinische Behandlung (Hausbesuch, Therapie in einer Bereitschaftspraxis) und die telefonische Beratung.

Ein Arzt kann sich vom Dienst nur dann ganz, teilweise oder vorübergehend befreien lassen, wenn schwerwiegende Gründe dies rechtfertigen. Detaillierte Angaben zu diesem Verfahren regelt § 5 der Bereitschaftsdienstordnung der kassenärztlichen Vereinigung [(6), (9)].

Auch eine kurzfristige oder dauerhafte Vertretung für den ärztlichen Bereitschaftsdienst ist unter Beachtung bestimmter Voraussetzungen, welche teils KV-spezifisch sind, grundsätzlich möglich. Auch ein hohes Alter des Vertragsarztes kann dazu führen, dass er oder sie nicht mehr am Bereitschaftsdienst teilnehmen muss (2).

1.4 Fragestellungen und Ziele

Im weiten Spektrum der sogenannten „Notfallmedizin“ steht Notärzten und Bereitschaftsärzten eine Vielzahl entsprechender Literatur zur Verfügung. Das Augenmerk bisheriger statistischer Studien lag vor allem auf den demographischen Daten und der Diagnosehäufigkeiten der Patienten. Es wurden wenige statistische Auswertungen über weitergehende Untersuchungen, insbesondere dem vollständigen Verlauf eines Einsatzes, im Bereich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes veröffentlicht.

Gabriele Albert beschäftigte sich 1992 in ihrer Inaugural-Dissertation mit dem Titel „Analyse des ärztlichen Notdienstes anhand eines Vergleiches von Notdienzeinsätzen im Stadtbezirk 617 und im Landbezirk 613 des Landkreises Würzburg“ insbesondere mit den medizinischen und soziologischen Unterschieden in der Versorgungssituation der Stadt- und Landbevölkerung (26).

Tilo Reinholz analysierte im Rahmen seiner Inaugural-Dissertation von 1974 Fälle des ärztlichen Notdienstes im Stadtbereich München. Besonderes Augenmerk wurde hier auf den Zeitpunkt und die Häufigkeiten der Beanspruchung des Bereitschaftsdienstes, Diagnosen, Alter, Geschlecht und sozialer Status gelegt.

2007 wurde von Gerlinde Staffa eine umfangreiche Dissertation, basierend auf ihren Untersuchungen in den Jahren 1996 bis 1997 in Hamburg, zur Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, verfasst. Mögliche Gründe für die Inanspruchnahme der Patienten wurden von verschiedensten Facetten beleuchtet. Auch die Fehlanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Hamburg war analysiert worden. Des Weiteren erfasste die Autorin die Arbeitsbedingungen an den jeweiligen Einsatzorten.

Die meisten Studien stellen eine gewisse Momentaufnahme dar und gehen weniger auf die Situation des Patienten im Verlauf ein. In der Versorgungsforschung hat jedoch gerade eine solche Betrachtungsweise eine wichtige Bedeutung.

Es stellt sich somit die Frage: Wer ist der Bereitschaftsdienst-Patient und wie handelt er vor und nach dem Einsatz? Welche Diagnosen ergeben sich im Verlauf?

Die folgende Arbeit wird sich weniger fachlich medizinisch als gezielter mit dem Längsschnitt durch die Einsätze beschäftigen. Neben Darstellung der demographischen Daten der Patienten und deren Hausarztanbindung, erfolgt die Erfassung der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen vor dem Eintreffen des Bereitschaftsarztes. Des Weiteren werden die Handlungen und Bewertungen des Patienten nach dem Bereitschaftseinsatz dargestellt. Außerdem wird sich eingehend dem Thema der Diagnosestellung gewidmet.

Der Standpunkt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes inmitten des Gesundheitssystems wird hiermit definiert. Im Folgenden bietet Abbildung 3 eine Übersicht, welche Punkte über die Einsätze hinweg erfasst werden.

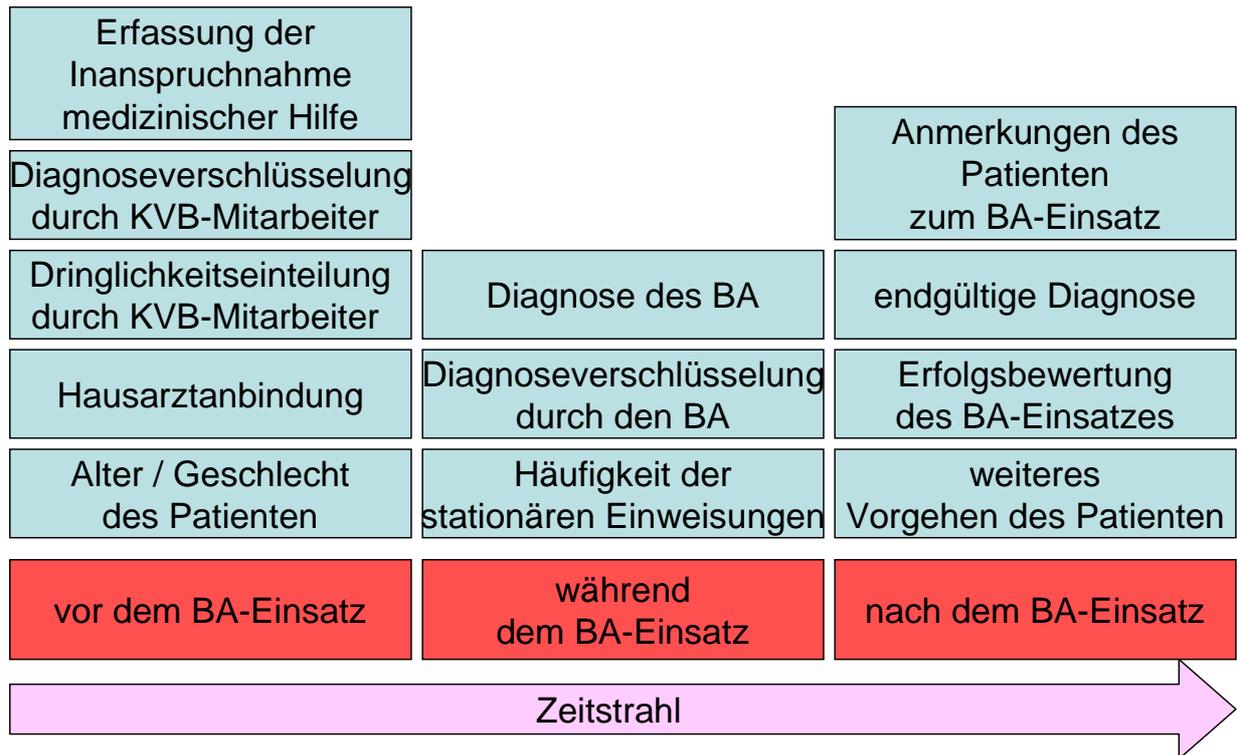


Abbildung 3 Übersicht über erfasste Daten in der Studie

2 Material und Methoden

Bei der vorliegenden Dissertation handelt es sich um eine deskriptive Analyse, welche im Zeitraum von Mai 2011 bis Dezember 2011 in München durchgeführt wurde. Insgesamt sieben Ärzte aus vier Praxen, welche im Bereitschaftsdienst tätig sind, lieferten die Daten der Patienten aus den drei Untersuchungsbezirken III, IV und X. Bei den Praxen handelt es sich um Lehrarztpraxen der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Autorin erhielt die Kontaktdaten der Praxen durch ihren betreuenden Doktorvater. Dieser steht mit den mitwirkenden Bereitschaftsärzten in langjährigem Kontakt und bat um Beteiligung an der vorliegenden Studie. Nach Zusage des jeweiligen Praxisinhabers hierzu, wurden die Bereitschaftsärzte vor Studienbeginn über ihr Vorgehen mitsamt der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien von der Autorin aufgeklärt.

Zu den Einschlusskriterien gehörten Patienten, welche im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im oben genannten Zeitraum von einem Bereitschaftsarzt aufgesucht wurden und ihre mündliche Einwilligung zu einer späteren Befragung durch die Autorin äußerten. Ein weiteres Kriterium war eine ausreichende kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten für eine spätere Telefonbefragung im Anschluss an den Einsatz. Handelte es sich bei den Patienten um Kinder oder Patienten, welchen eine adäquate Kommunikation am Telefon nicht möglich ist, wurden diese dennoch in die Studie einbezogen, wenn nahestehende Personen zum Zeitpunkt des ärztlichen Einsatzes vor Ort waren und einer Befragung anstelle des Patienten zustimmten.

Zu den Ausschlusskriterien gehörten Patienten, welche sich dauerhaft in einer Institution befinden. Hierbei sind vor allem die Alten- und Pflegeheime zu nennen. Aber auch Wohnheime für Behinderte oder psychisch kranke Patienten und Behindertenwerkstätten sind hierbei als Beispiel anzuführen. Dieser Entschluss wurde aufgrund datenschutzrechtlicher Gründe und der daraus resultierenden erschwerten Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt der Befragung gefasst. Gleiches gilt auch für Einsätze, in welchen der Bereitschaftsarzt die Gewähr- bzw. Haftfähigkeit eines Patienten auf Polizeiinspektionen beurteilte. Weitere

Ausschlusskriterien für die Erfassung waren Patienten in alkoholisiertem oder intoxikiertem Zustand.

Nach Aufklärung aller Beteiligten wurde mit der Datengewinnung und -auswertung in folgendem Ablauf begonnen.

Im Rahmen eines für die Studie relevanten Bereitschaftsdiensteinsatzes wurde der entsprechende Patient vom Bereitschaftsarzt über die Studie bzw. Promotionsarbeit aufgeklärt und gefragt, ob eine spätere telefonische Befragung möglich wäre. Nach Zustimmung wurde die Telefonnummer auf dem jeweiligen Notfall-/Vertretungsschein notiert und dieser für die Auswertung gesammelt. Frühestens zehn Tage nach dem jeweiligen Einsatz wurde die telefonische Nachbefragung durch die Autorin anhand eines vorher mit dem Betreuer der Doktorarbeit festgelegten Fragebogens durchgeführt. Dieser längere zeitliche Abstand zwischen Arztkontakt und Anruf erhöhte die Chancen auf ein Antreffen jener Patienten, welche aufgrund ihrer Beschwerden zunächst in eine Klinik eingewiesen worden waren. Gegebenenfalls kam es auch zu einer noch späteren Kontaktaufnahme.

Insgesamt wurden auf diese Weise 503 Notfall-/Vertretungsscheine eingeholt. Die Fallzahl in der vorliegenden Studie beträgt allerdings 300. Der Autorin wurden also primär deutlich mehr Behandlungsscheine durch die Bereitschaftsärzte zur Auswertung überlassen, als die schließlich 300 tatsächlich ausgewerteten Behandlungsfälle. Dies hatte diverse Gründe.

147 Patienten waren zu verschiedensten Tageszeiten nicht erreichbar und konnten deshalb nicht in die Studie einbezogen werden. Des Weiteren gab es 23 Fälle bei denen sich die notierte Telefonnummer als falsch erwies. Ein weiterer Grund war, dass Patienten, welche während des Einsatzes einer telefonischen Befragung zustimmten, sich im eigentlichen späteren Telefonkontakt doch gegen eine Befragung aussprachen (21 Fälle). Vier Patienten verstarben nach dem Einsatz. Der zugehörige Notfall-/Vertretungsschein wurde nach Feststellung hierüber im Telefongespräch nicht für die Auswertungen verwendet. Acht Fälle wurden als sonstige Gründe bezeichnet. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Patienten, bei denen die Deutschkenntnisse für das Telefongespräch nicht ausreichten oder der Patient sich im Rahmen einer Demenzerkrankung nicht an den Einsatz erinnern konnte. Folgendes Flussdiagramm zeigt die Entstehung der Daten im Detail.

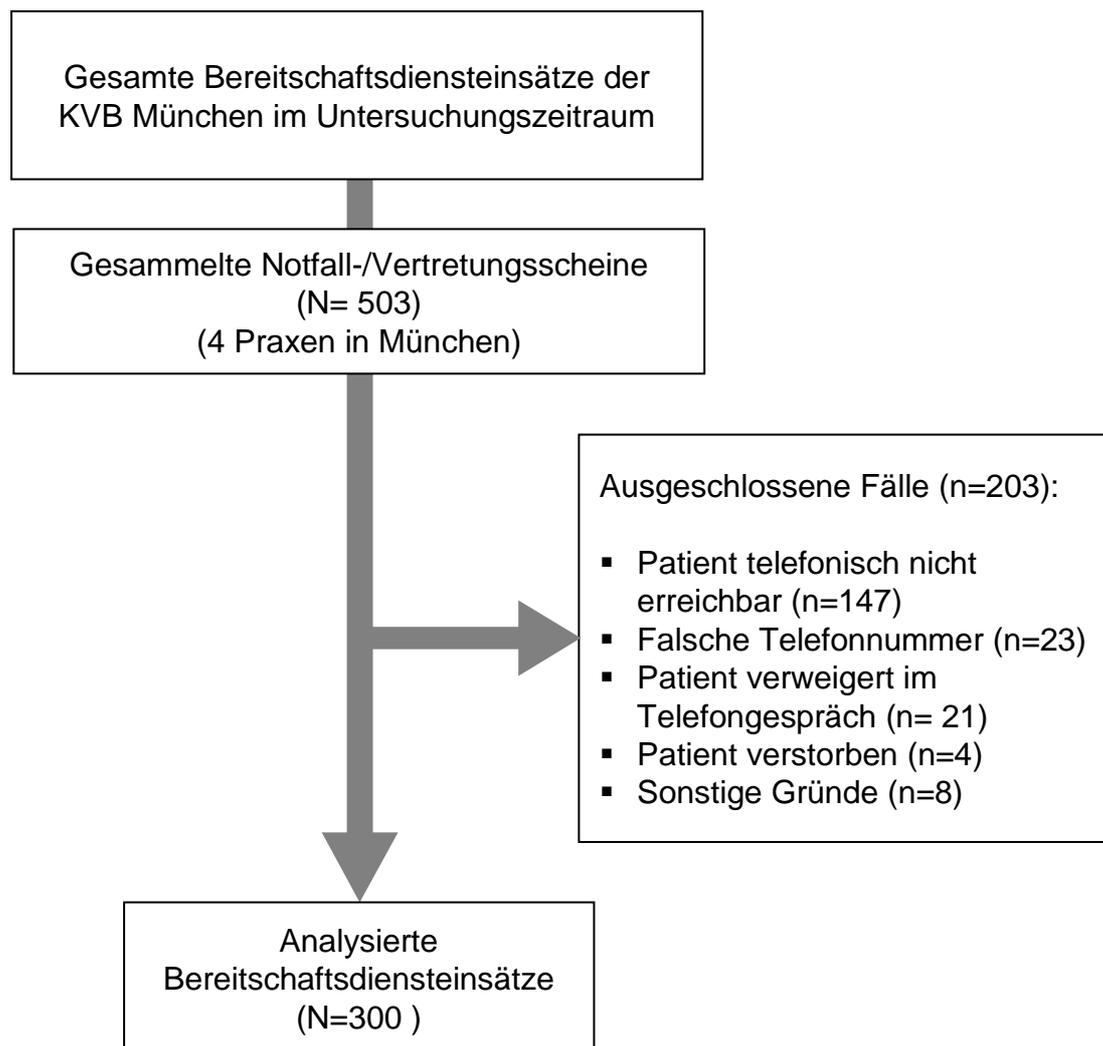


Abbildung 4 Flussdiagramm zur Datenerfassung

Im Zeitraum zwischen Mai und Dezember 2011 verliefen das Einholen der Scheine durch die Bereitschaftsärzte und die telefonische Nachbefragung durch die Autorin kontinuierlich parallel ab.

Alle Daten der Studie wurden teils durch die Antworten der Patienten, die telefonisch erhoben wurden und teils durch die Informationen auf den Notfall-/Vertretungsscheinen gewonnen. Die während des Einsatzes durch den Bereitschaftsarzt notierte Verdachtsdiagnose bzw. Symptomatik des Patienten, wurde im Anschluss in Diagnosegruppen eingeteilt. Hierfür wurde dieselbe Einteilung verwendet, wie sie durch die kassenärztliche Vereinigung vorgegeben ist. Mit den endgültigen Diagnosen bzw. Symptomenkomplexen der Patienten nach der telefonischen Nach-

befragung wurde auf dieselbe Weise verfahren, sodass eine Vergleichbarkeit möglich war und die Auswertung der Diagnosengruppen vor, während und nach dem Einsatz realisiert werden konnte.

Schließlich erfolgte die Dateneingabe, Datenauswertung und Darstellung in tabellarischer und graphischer Form mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Microsoft Excel 7.0.

Sämtliche Daten der Patienten wurden vertraulich behandelt und zu keinem Zeitpunkt an Dritte weitergereicht. Patientennamen wurden durch eine interne Studiennummer ersetzt, sodass die Anonymität der Patienten stets gewahrt war.

3 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Auswertung in graphischer und tabellarischer Form präsentiert.

3.1 Vor dem Einsatz

Dieser Teilabschnitt zeigt die Ergebnisse der Auswertung der demographischen Daten des Patienten, seiner Hausarztanbindung und der medizinischen Vorbehandlung vor dem Eintreffen des Bereitschaftsarztes am Einsatzort. Die Ergebnisse der prozentualen Verteilung aller eingegangenen Dringlichkeitsstufen, anhand welcher der Bereitschaftsarzt den Vorrang der verschiedenen Einsätze kategorisiert, werden ebenfalls in einem Diagramm dargestellt.

3.1.1 Alters- und Geschlechterverteilung

Abbildung 5 zeigt, dass jede Altersgruppe im oben genannten Untersuchungszeitraum den ärztlichen Bereitschaftsdienst in München in Anspruch genommen hat. Diese wurden analog der Bevölkerungsstatistik des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung eingeteilt. Somit ergeben sich fünf Altersgruppen. Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 5 Jahre) wurden in einer Gruppe zusammengefasst. Diese machten lediglich 0,3% der Patienten aus. Die Gruppe der 6 bis 14 jährigen repräsentiert die Gruppe der Kinder, welche den Dienst in nur 0,7% der Fälle in Anspruch nahmen. Fast jeder fünfte Patient, nämlich 19,3% aller 300 Patienten, waren zwischen 15 und 44 Jahre alt. Eine geringfügig höhere Inanspruchnahme zeigten die Patienten des höheren Erwachsenenalters zwischen 45 bis 65 Jahren mit 23,7%. 56% aller Patienten waren mindestens 65 Jahre alt.

Der Altersdurchschnitt aller 300 erfassten Patienten beträgt 64,1 Jahre.

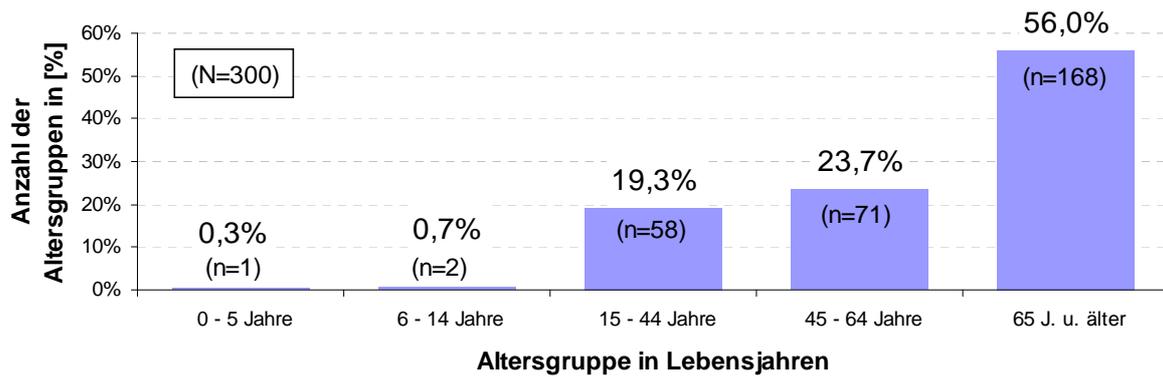


Abbildung 5 Altersgruppen der Patienten

Der Anteil der weiblichen Patienten, welche den Bereitschaftsdienst in Anspruch nahmen, ist mit 63,7% höher als der Anteil der männlichen Patienten mit 36,3%.

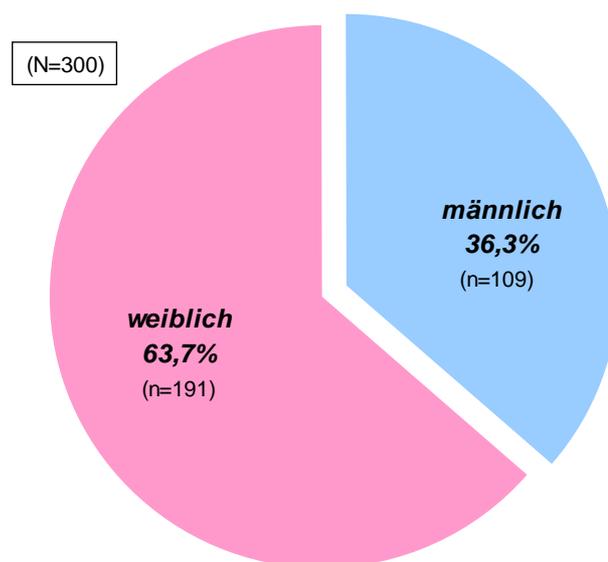


Abbildung 6 Geschlechterverteilung

Betrachtet man in Abbildung 7 die Geschlechterverteilung nach Altersgruppen, zeigt sich, dass auch innerhalb der Gruppen der Anteil an weiblichen Patienten höher liegt. Mit jeweils 13,7% in der Gruppe des jungen und höheren Erwachsenenalters liegt der Anteil der weiblichen Patienten über den 5,7% bzw. 10% der männlichen Patienten in denselben Altersgruppen. In der Gruppe der mindestens 65 jährigen Patienten zeigt sich eine Diskrepanz in der Inanspruchnahme zwischen 36,3%

weiblichen Patienten und 19,7% männlichen Patienten. In der Gruppe der 0 bis 5 jährigen und den 6 bis 14 jährigen nahmen ausschließlich männliche Patienten den Bereitschaftsdienst in Anspruch, sodass in den beiden jüngsten Gruppen 0% Mädchen verzeichnet wurden.

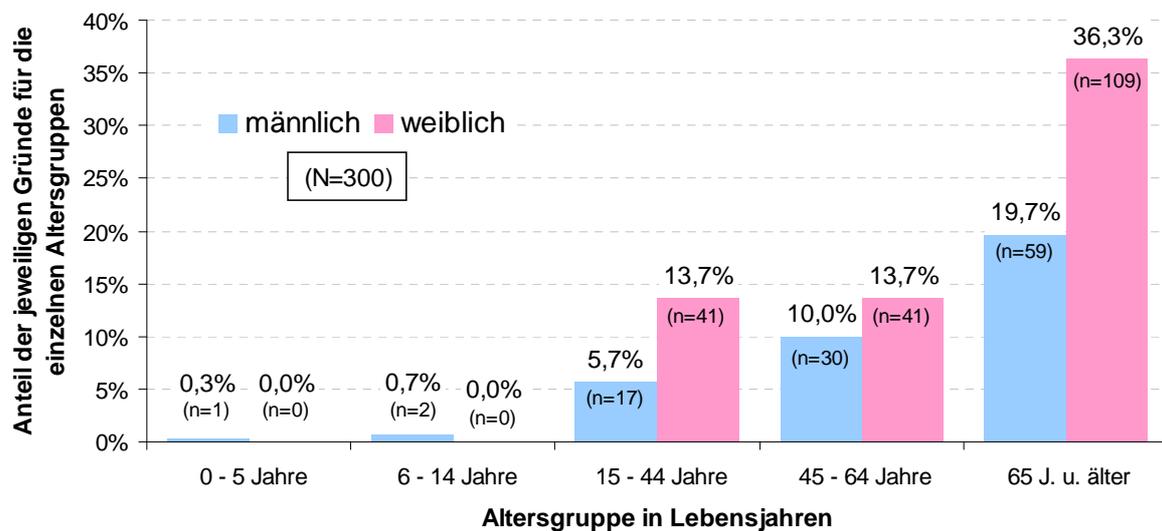


Abbildung 7 Geschlecht nach Altersgruppen der Patienten

3.1.2 Dringlichkeit des Einsatzes

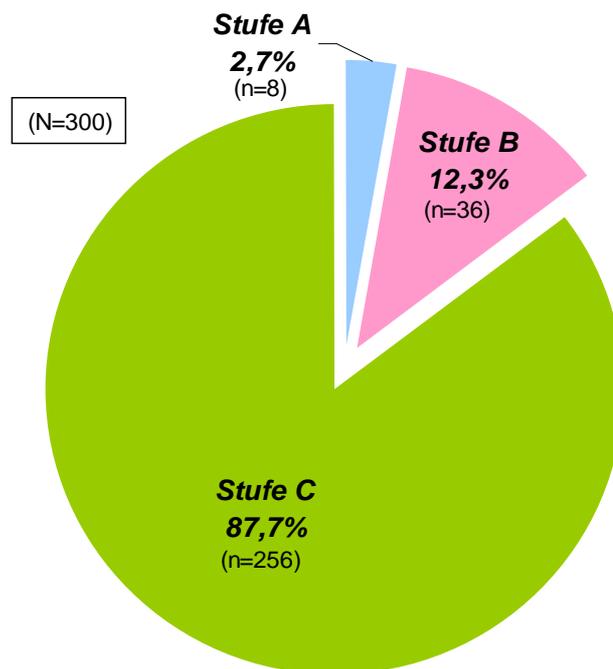


Abbildung 8 Häufigkeit der vergebenen Dringlichkeitsstufen

Tabelle 4 Einweisungshäufigkeit nach Dringlichkeitsstufe (N=300)

Dringlichkeitsstufe	Anzahl der Patienten	Anzahl spätere Einweisung durch den Bereitschafts-arzt	Anteil [%]
A	8	4	50%
B	36	13	36%
C	256	58	23%

In 87,7% der Fälle wurde den Bereitschaftsärzten der Einsatz mit der Meldung „Dringlichkeitsstufe C“ vermittelt. Diese konnten somit die Einsätze zumeist der Reihe nach (örtliche Nähe) versorgen und mussten in 12,3% der Fälle für Stufe B- bzw. in nur 2,7% der Fälle für Stufe A- Einsätze auf diese ausweichen, da diese zeitlichen Vorrang haben (Abbildung 7). Des Weiteren zeigt Tabelle 4, dass mit abnehmender Dringlichkeit des Einsatzes die Einweisungshäufigkeit in eine Klinik durch den Bereitschaftsdienst sinkt (von 50% bei Stufe A zu 23% bei Stufe B).

3.1.3 Hausarztanbindung

Mit 95,7% gab ein Großteil der Patienten an, eine Hausarztanbindung zu haben. Jedoch gaben auf Nachfrage nur 71,4% der Patienten an, hierbei in regelmäßiger Betreuung zu sein.

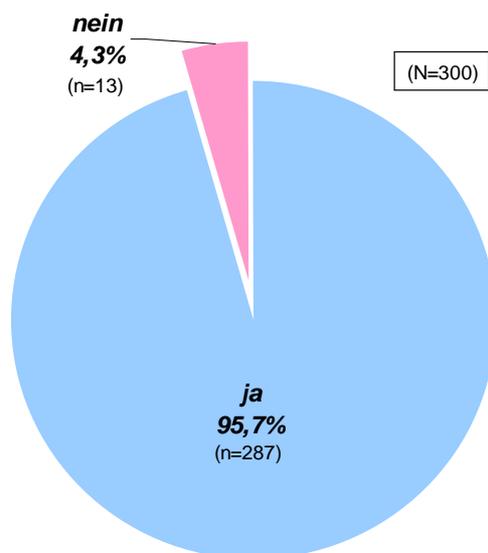


Abbildung 9 Vorhandensein eines Hausarztes

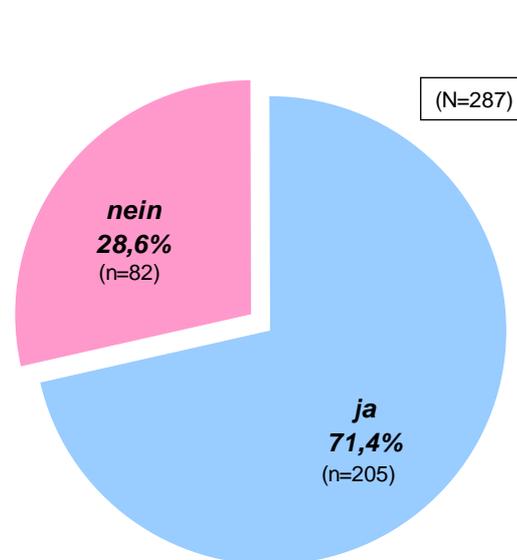


Abbildung 10 Regelmäßigkeit des Hausarztbesuches

Um die Beweggründe für die Nichtinanspruchnahme des Hausarztes in der „Notsituation“ herauszufinden, wurden jene 287 Patienten (95,7%), welche eine Hausarztanbindung angegeben hatten, dahingehend befragt.

Die Gründe hierfür sind in Abbildung 11 dargestellt. 65,5% der Patienten gaben an, ihren Hausarzt nicht erreicht zu haben. Die zweitgrößte Gruppe, ist mit 24% jene Patientengruppe, welche angab, dass es ihnen aufgrund der vorhandenen Beschwerden nicht möglich war den Hausarzt persönlich aufzusuchen. 5,9% gaben an, dass der jeweilige Hausarzt keine Hausbesuche durchführe und somit der ärztliche Bereitschaftsdienst angefordert worden sei. 2,8% nennen als Hauptgrund die schnellere Verfügbarkeit des Bereitschaftsarztes als des Hausarztes. In 1,7% der Fälle gab es anderweitige Gründe, welche unter der Gruppe „Sonstige“ verfasst wurden.

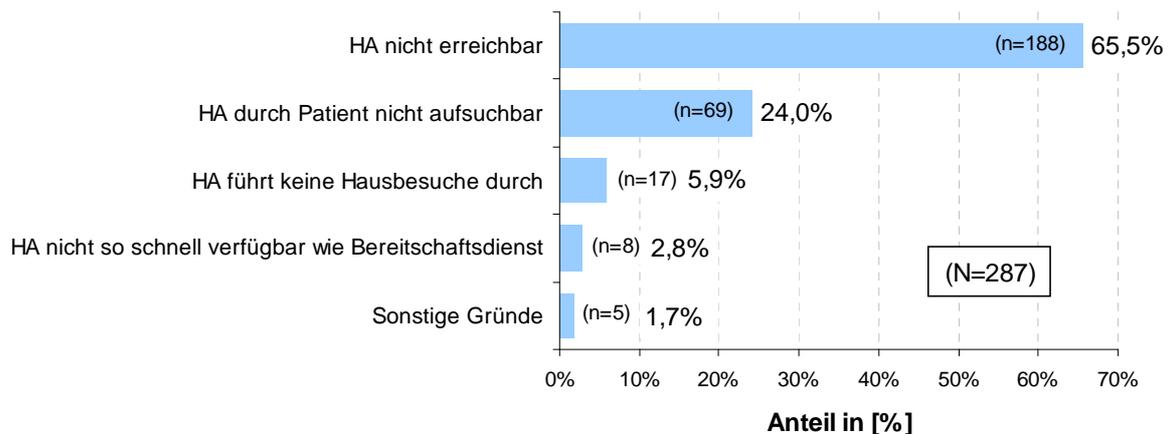


Abbildung 11 Gründe für eine Nichtinanspruchnahme des Hausarztes

3.1.4 Inanspruchnahme vorhergehender medizinischer Hilfeleistung vor dem Einsatz des Bereitschaftsarztes

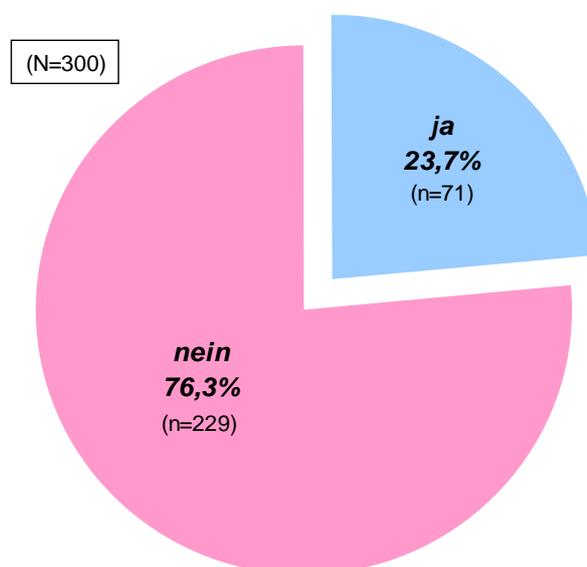


Abbildung 12 Bestehen vorhergehender medizinischer Hilfeleistung

76,3% der Patienten hatten vor dem Eintreffen des Bereitschaftsarztes keine medizinische Hilfeleistung aufgrund der aktuellen, akuten Beschwerden erhalten. Der Bereitschaftsarzt stellte somit zumeist den Erstkontakt für die Akutsituation dar. Die restlichen 23,7% hatten zuvor aufgrund der gleichen Beschwerden eine medizinische

Behandlung erhalten, bevor sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst kontaktierten. Abbildung 13 stellt die Arten der vorhergehenden medizinischen Hilfeleistung dar.

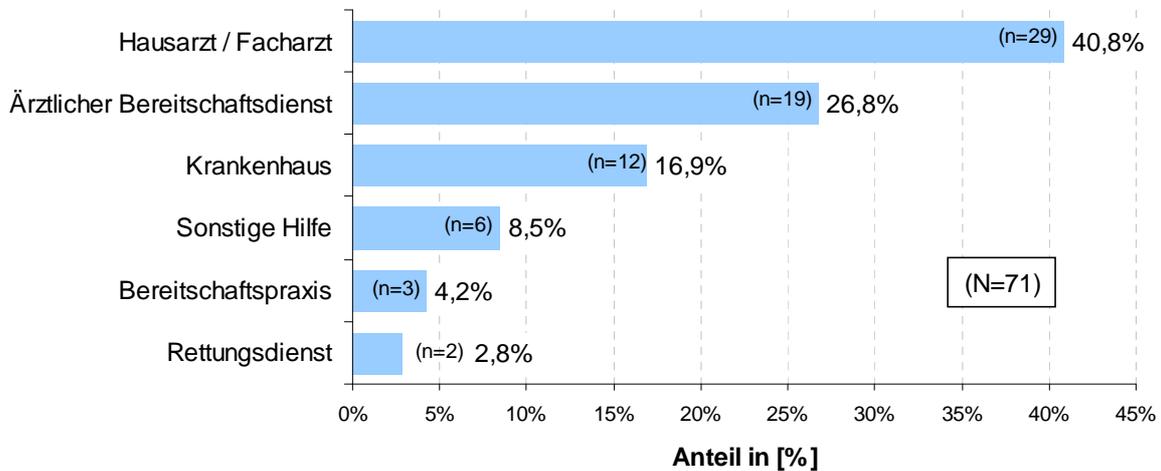


Abbildung 13 Arten der vorhergehenden medizinischen Hilfeleistung

Es zeigt sich, dass 40,8% dieser Patientengruppe zuvor eine haus- bzw. fachärztliche Behandlung in Anspruch nahmen, die Fortführung bzw. Betreuung in der späteren Akutsituation jedoch aus bereits genannten subjektiven Gründen nicht erfolgte. 26,8% gaben an, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst im Rahmen jener Beschwerdesymptomatik kurz zuvor schon Hilfe leistete und durch Progredienz, Persistenz oder erneutes Auftreten der Beschwerden, der Entschluss des Patienten zu einer erneuten ärztlichen Kontaktaufnahme gefasst wurde. Eine zuvor erfolgte stationäre oder ambulante Krankenhausbehandlung lag bei 16,9% der Patienten vor. 4,2% der Patienten, welche sich zuvor in einer Bereitschaftspraxis behandeln ließen, benötigen im Anschluss daran zusätzlich die Hilfe des „fahrenden“ Bereitschaftsarztes. In lediglich 2,8% der Fälle war zuvor der Rettungsdienst / Notarzt vor dem Bereitschaftsdienst vor Ort gewesen. Die medizinisch geleistete Hilfe konnte in 8,5% der Fälle unter der Kategorie „Sonstige Hilfe“ zusammengefasst werden (Bsp. Physiotherapeut im Freundes- oder Verwandtenkreis, telefonische Beratung durch Heilpraktiker).

3.2 Während des Einsatzes

Dieser Teilabschnitt legt das entscheidende Augenmerk auf die Diagnosestellung. Zum einen werden die ermittelten prozentualen Anteile der Diagnosegruppen der diagnosestellenden Instanzen dargestellt und erläutert. Zum anderen die Übereinstimmungen der Diagnosevergabe im Verlauf des Einsatzes (vor, während und nach dem Einsatz). Des Weiteren werden die vier häufigsten Diagnosen bzw. Symptome, welche durch den Bereitschaftsarzt gestellt wurden, aufgezeigt. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der häufig verwendete Begriff „Diagnose“ im Rahmen dieser Arbeit auch „Symptom“ bedeuten kann. Die Bereitschaftsärzte notierten auf den Notfall-/Vertretungsscheinen oftmals lediglich die Leitsymptome der Patienten und diese sind korrekterweise nicht immer als Diagnose zu bezeichnen.

3.2.1 Anteile der Diagnosegruppen

Abbildung 14 zeigt die Einteilung in die Diagnosengruppen vor, während und nach dem Einsatz. Im grünen Balken wird der Anteil der Diagnosegruppen dargestellt, in welche die Mitarbeiter der Einsatzzentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der kassenärztlichen Vereinigung einteilten. Die blau markierten Balken stellen den prozentualen Anteil der Diagnosegruppen dar, welche von den einzelnen Bereitschaftsärzten ermittelt wurden. Der rot markierte Balken stellt die Diagnosengruppen nach telefonischer Patientenbefragung dar. Gewissermaßen die „endgültige“ Diagnose, welche sich im Verlauf ermitteln ließ.

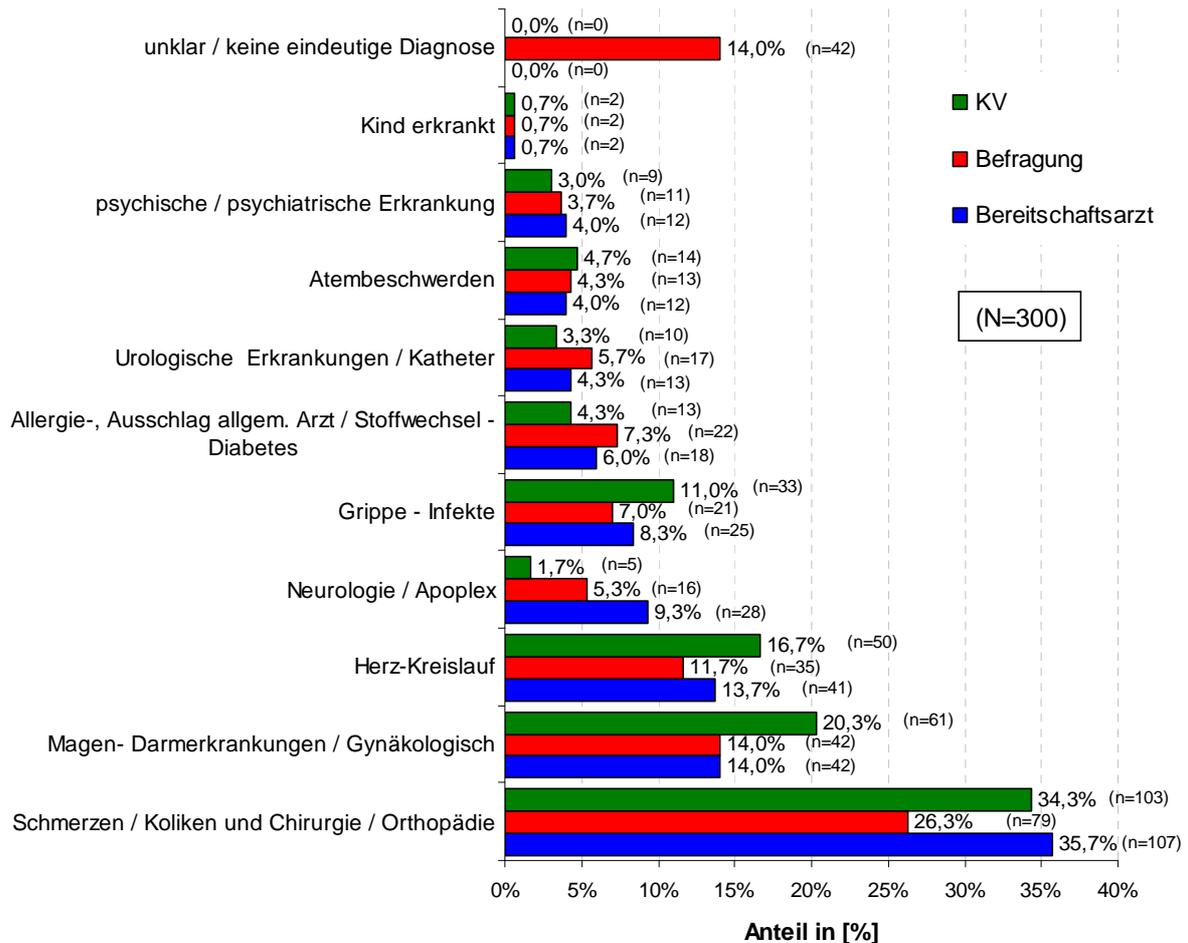


Abbildung 14 Anteil der Diagnosegruppen

3.2.1.1 Diagnosegruppen der Mitarbeiter der kassenärztlichen Vereinigung

Es zeigte sich, dass die Mitarbeiter in der Einsatzzentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes die Patienten mit 34,3% am häufigsten in die Diagnosegruppe „Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie“ einteilten. In 20,3% der Fälle wurde in die Gruppe „Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch“ eingeteilt. 16,7% der Fälle wurden in den Bereich „Herz-Kreislauf“ kategorisiert. In 11% der Fälle entschieden sich die Mitarbeiter der KV für die Einteilung in die Gruppe „Grippe - Infekte“. Die restlichen Gruppen lagen bei 4,7% („Atembeschwerden“) oder weniger. Diese Einteilung erfolgte aufgrund telefonischer Informationen durch den Patienten

selbst, seiner Angehörigen oder Pflegedienstmitarbeiter u.v.m. Einige Patienten wandten sich auch per Fax an die Zentrale.

3.2.1.2 Diagnosegruppen des Bereitschaftsarztes

Es zeigt sich, dass der Bereitschaftsarzt ebenfalls solche Diagnosen stellte, welche am häufigsten in die Gruppe „Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie“ (35,7%) eingeteilt werden konnten. In 14% der Fälle konnte eine Diagnose in der Gruppe „Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch“ gefolgt von 13,7% in der Kategorie „Herz-Kreislauf“ gestellt werden. In 9,3% der Fälle diagnostizierte der Bereitschaftsarzt eine neurologische Erkrankung und in 8,3% grippale Beschwerden. Die Gruppe „Allergie-, Ausschlag allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes“ kam in 6% der Fälle vor. In die Gruppen „Atembeschwerden“ und „psychische / psychiatrische Erkrankung“ wurde in 4% der Fälle eingeteilt. Urologische Erkrankungen bildeten neben den Erkrankungen von Kindern (0,7%) eine eher kleine Diagnosegruppe mit 4,3%.

Tabelle 5 zeigt die Anteile der Diagnosegruppen des Bereitschaftsarztes mit allen erfassten Einzeldiagnosen bzw. Symptomenkomplexen.

Tabelle 5 Diagnosegruppen des Bereitschaftsarztes mit Einzeldiagnosen

Diagnosegruppe	Anteil	Zugehörige Einzeldiagnosen / symptome
Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie	35,7%	Abdominalkolik, akutes Abdomen, Appendizitis, Arthrose Schulter, Arthrose Sprunggelenk, HWS-Syndrom, BWS-Syndrom, HWS-BWS-Syndrom, Ausschluss Schädelverletzung, Ausschluss Fraktur, Blutung, Blutung gingival, Coxarthrose, Cubitalarthrose, Genitalschmerzen, Gichtanfall, Infektion der Cholezystektomie-Narbe, Ischialgie, Myogelosen, ISG-Syndrom, Knieverletzung, Kopfschmerzen, Lumbago, Lumboischialgie, LWS-Syndrom, Myalgie, Oberarm-Syndrom, Pankreatitis, Polyarthrose, Proktalgie, rektale Blutung, Rippenkontusion, Schmerzen Abdomen, Schmerzen nach Beckenfraktur, Schmerzen nach OP, Schmerzen nach Tumor-OP, Sprunggelenksfraktur, Sternokostalsyndrom, subakutes Abdomen, Tumorleiden, unklares Abdomen
Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch	14,0%	AZ-Verschlechterung bei Niereninsuffizienz, AZ-Verschlechterung bei Übelkeit und Erbrechen, Diarrhö, Divertikulitis, Enteritis, Erbrechen, Gastroenteritis, Obstipation, Ösophagusspasmus, Refluxösophagitis, Übelkeit, V.a. Colitis ulcerosa

Herz – Kreislauf - Beschwerden	13,7%	Absolute Arrhythmie, Anämie, Epistaxis, Exsikkose, Herzinsuffizienz, Hypertonus, Hypotonie, Kollaps, Kreislaufschwäche, Myokardinfarkt, periphere arterielle Verschlusskrankheit, pektanginöse Beschwerden, Schwindel, Tachykardie, Thrombose
Neurologie / Apoplex	9,3%	Akute Tremorverstärkung bei Morbus Parkinson, Ausschluss TIA, Morbus Meniere, Meningitis, Migräne, SAB, Schwindel, Parästhesien, Sensibilitätsstörung
Grippe - Infekte	8,3%	Akuter Atemwegsinfekt, Infekt, Angina tonsillaris, Bronchitis, grippaler Infekt, Myokarditis, Otitis media, Tonsillitis
Allergie-, Ausschlag allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes	6,0%	Allergische Reaktion, Arzneimittelunverträglichkeit, Ekzem, entgleister Diabetes mellitus, Erysipel, Herpes zoster, Hypoglykämie, Insektenstich, Masern, Schilddrüsenüberfunktion, Urtikaria, Verruca vulgaris, Zeckenbiss
Urologische Erkrankungen / Katheter	4,3%	Blasenkatheterfehlage, Harninkontinenz, Harnsperre, Harnwegsinfekt, Katheterinfektion, Nephrolithiasis, Nierenkolik, Urolithiasis, Zystitis
Atembeschwerden	4,0%	COPD, Dyspnoe, Pneumonie
Psychische / Psychiatrische Erkrankung	4,0%	Angstzustände, Depression, Panikattacke, paranoide Psychose, psychische Dekompensation, Unruhezustand
Kind erkrankt	0,7%	Infekt, subakutes Abdomen

3.2.1.3 Diagnosegruppen nach Befragung des Patienten

Auch die „endgültige Diagnose“ des Patienten lässt sich am häufigsten in die Diagnosegruppe „Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie“ einteilen. Der Anteil beträgt hier 26,3%. In derselben absteigenden Reihenfolge wie zuvor werden die Diagnosegruppen „Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch“ an zweiter Stelle mit 14% und die Erkrankungen im Bereich „Herz-Kreislauf“ an dritter Stelle mit 11,7% verzeichnet. In 7,3% ergab sich nach dem Einsatz des Arztes eine Diagnose im Bereich „Allergie, Ausschlag allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes“. Bei 14% der Patienten konnte die „endgültige Diagnose“ in der telefonischen Befragung nicht verifiziert werden. Die restlichen Gruppen lagen bei 7% („Grippe - Infekte“) oder niedriger.

3.2.2 Übereinstimmungen der Diagnosegruppen im Verlauf

Im Folgenden werden die Ergebnisse von zwei Vergleichen aufgezeigt. Zum Einen wird verglichen, zu welchem Anteil die Diagnosegruppen auf Basis der Diagnose des Bereitschaftsarztes mit denen der „endgültigen Diagnose“ nach telefonischer

Nachbefragung des Patienten übereinstimmen (Abbildung 15). Zum Anderen wird dargestellt, wie groß der Anteil der Übereinstimmung zwischen der Diagnose des Bereitschaftsarztes und der telefonisch erhobenen Arbeitsdiagnose der Mitarbeiter der Einsatzzentrale der KVB ist (Abbildung 16).

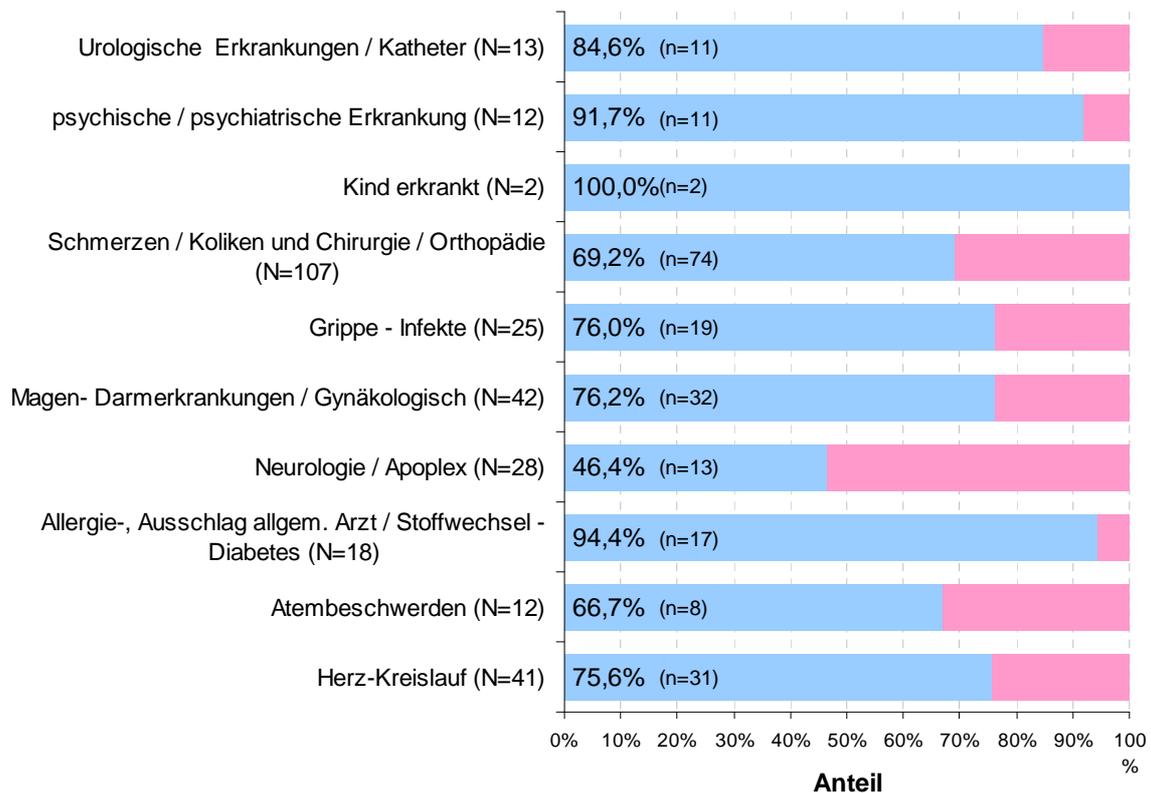


Abbildung 15 Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen telefonischer Nachbefragung des Patienten und Bereitschaftsarzt

Der erste Vergleich zeigt, neben der vollständigen Übereinstimmung in der Gruppe „Kind erkrankt“, mit 94,4% die größte Übereinstimmung in der Gruppe „Allergie-, Ausschlag allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes“. In der Kategorie „psychische / psychiatrische Erkrankung“ zeigt sich ebenfalls eine hohe Übereinstimmung von 91,7%. Bei den urologischen Erkrankungen beträgt jener Grad 84,6%.

Die größte Diskrepanz von 53,6% zeigt die Einteilung in die Gruppe „Neurologie / Apoplex“. Die restlichen Diagnosegruppen zeigen eine Übereinstimmung im Bereich von 66,7% im Bereich „Atembeschwerden“ bis 76,2 % in der Kategorie „Magen-

Darmerkrankungen / Gynäkologisch“. Die Gruppen „Herz-Kreislauf“ (75,6%) und „Grippe - Infekte“ (76%) zeigen nahezu den gleichen Übereinstimmungsgrad.

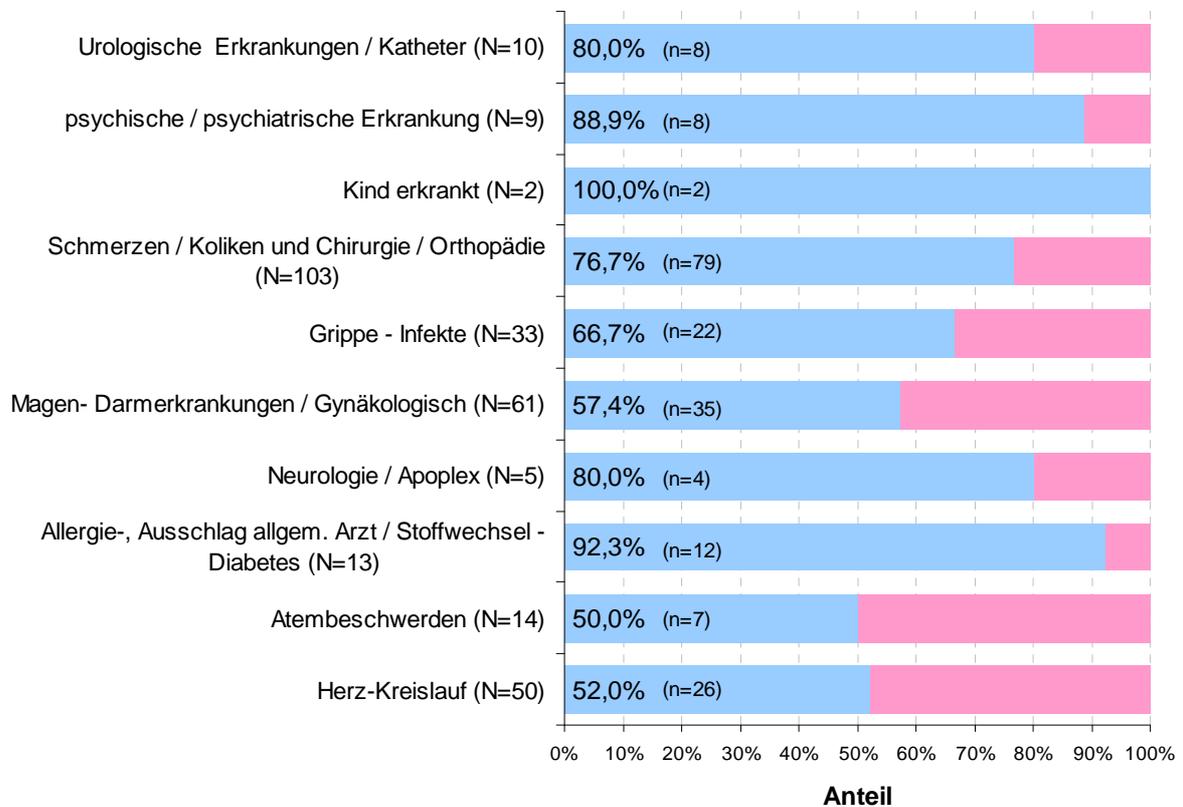


Abbildung 16 Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen Bereitschaftsarzt und den Mitarbeitern der KVB

Auch im Vergleich der Diagnosestellung zwischen „Telefondiagnostik“ der Mitarbeiter in der Einsatzzentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV und Bereitschaftsarzt zeigt sich, neben der vollständigen Übereinstimmung in der Gruppe „Kind erkrankt“, in der Gruppe „Allergie-, Ausschlag allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes“ die größte Übereinstimmung mit 92,3%. An zweiter Stelle mit 88,9% die Diagnosegruppe „psychische / psychiatrische Erkrankung“, gefolgt von den Bereichen „Neurologie / Apoplex“ und „Urologische Erkrankungen / Katheter“ mit 80%. Geringere Übereinstimmungen von 50% und 52% lassen sich in den Bereichen „Atembeschwerden“ und „Herz-Kreislauf“ verzeichnen. Aber auch die Gruppe „Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch“ zeigt mit 57,4% eine eher geringe Übereinstimmung.

3.2.3 Häufigste Diagnosen bzw. Symptome

Abbildung 17 zeigt die vier häufigsten Diagnosen bzw. Symptome aus allen Erfassten nach dem Befund des Bereitschaftsarztes. Zusammengefasst ergeben diese einen Prozentsatz von 37,4% aller Einsätze.

In 14% aller Einsätze klagten die Patienten über Beschwerden im Bereich der unteren Wirbelsäule. 9,7% zeigten gastroenteritische Beschwerden. 7,7% der 300 Patienten gaben Schmerzen im Bereich des Abdomens an. Die Diagnose Hypertonie war in 6% aller Einsätze vertreten. Tabelle 6 zeigt eine detaillierte Darstellung der vier häufigsten Diagnosen / Symptome.

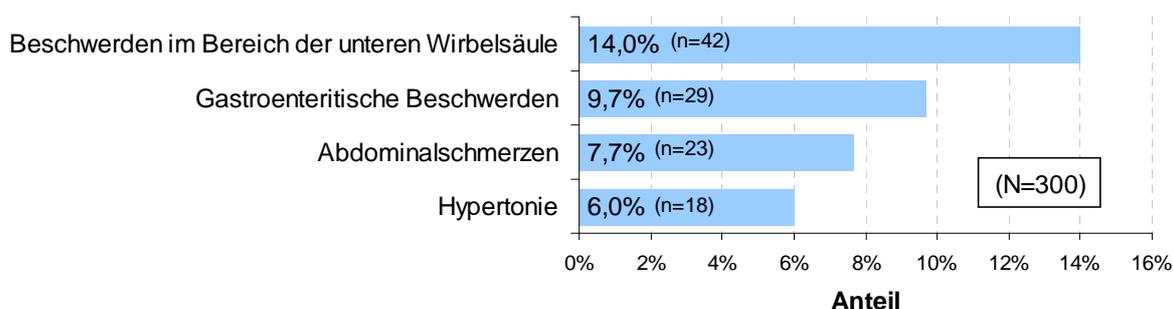


Abbildung 17 Anteil der vier häufigsten Diagnosen / Symptome nach Befund des Bereitschaftsarztes

Tabelle 6 Detaillierte Auflistung der vier häufigsten Diagnosen / Symptome (43) (N=300)

Diagnosen / Symptome	Anteil	Detaillierte Diagnosen / Symptome (ICD-10 Schlüssel)
Beschwerden im Bereich der unteren Wirbelsäule	14,0%	ISG-Syndrom , Lumbago (M54.5), Lumboischialgie (M54.4), Ischialgie (M54.4)
Gastroenteritische Beschwerden	9,7%	Enteritis (K52.9), Diarrhö (K52.9), Gastroenteritis (A09.0)

Abdominalschmerzen	7,7%	Akutes Abdomen (R10.0), Appendizitis (K35.8), Schmerzen Abdomen (R10.4), Abdominalkolik (R10.4), subakutes / unklares Abdomen (R10.4)
Hypertonie	6,0%	Hypertonus (R03.0)

3.3 Nach dem Einsatz

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse über die Analyse der Weiterbehandlung des Patienten und dessen Erfolgsbewertung nach dem Bereitschaftsdiensteinsatz dargestellt.

3.3.1 Weiterversorgung

Die weiterführenden medizinischen Hilfeleistungen wurden explizit nur auf jene Beschwerden bezogen, welche zu dem jeweiligen Bereitschaftsdiensteinsatz geführt hatten. Das heißt, dass anschließende Behandlungen oder diagnostische Verfahren aufgrund anderer Beschwerden in den nächsten Tagen nach dem Einsatz nicht berücksichtigt worden waren. Nur wenn die Patienten wegen der Symptomatik, welche sie im Bereitschaftseinsatz zeigten, weitere medizinische Hilfe in Anspruch nahmen, wurde dies erfasst, ansonsten in die Kategorie „Keine weitere medizinische Behandlung“ aufgenommen.

Wie aus der Abbildung 18 ersichtlich ist, begaben sich 41,7% aller erfassten Patienten nach dem Bereitschaftsdiensteinsatz in weitere haus- bzw. fachärztliche Behandlung bzw. Diagnostik. 25% der Patienten wurden direkt vom Bereitschaftsarzt für eine stationäre Behandlung oder weiterführende Diagnostik eingewiesen. 19% begaben sich in keine weitere medizinische Behandlung nach dem Einsatz. Von 5,7% der Patienten wurde nochmals der Bereitschaftsdienst in Anspruch genommen. 4,7% der Patienten entschlossen sich im Anschluss für eine selbstständige Vorstellung im Krankenhaus ohne eine zuvor erfolgte Einweisung durch den Arzt. Bei 2% der Fälle wurde im Nachhinein durch den Patienten der Rettungsdienst alarmiert. Die wenigsten Patienten, nämlich 1,7%, nahmen die Versorgung der Bereitschaftspraxis im Anschluss an den Einsatz in Anspruch.

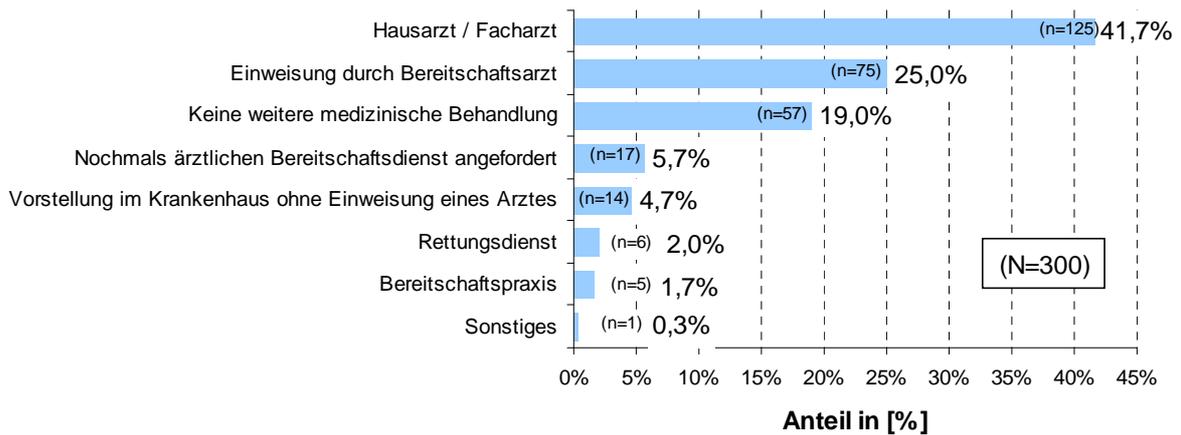


Abbildung 18 Art der medizinischen Weiterversorgung

3.3.2 Erfolgsbewertungen und Anregungen der Patienten

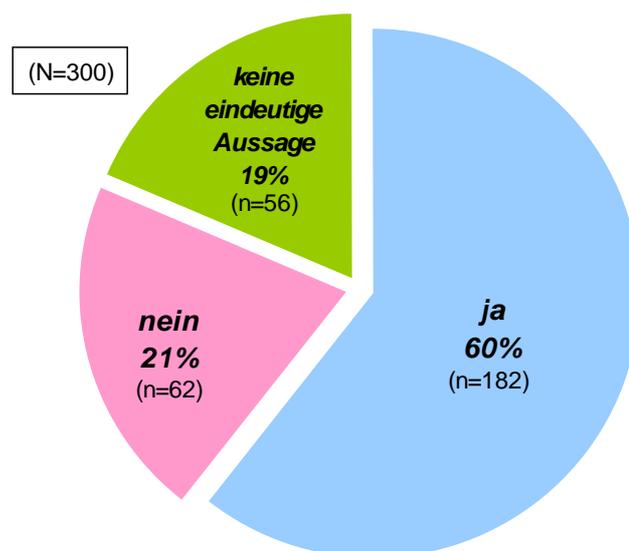


Abbildung 19 Subjektive Besserung der Symptomatik / Situation

Die Patienten antworteten auf die Frage, ob der Einsatz des Bereitschaftsarztes zu einer Besserung der Beschwerden bzw. der Situation führte in 60% mit „Ja“. 21% verneinten jene Frage. 19% der Patienten konnten keine eindeutige Aussage bezüglich einer Besserung der Beschwerden bzw. der Situation treffen. Hiermit ist gemeint, dass der Patient die Frage weder klar mit „Ja“ noch mit „Nein“ beantworten konnte. Beispiele für wörtliche Zitate waren etwa „...ein bisschen besser...“ oder „...hat schon etwas geholfen, aber ich hatte trotzdem noch ein paar Beschwerden.“.

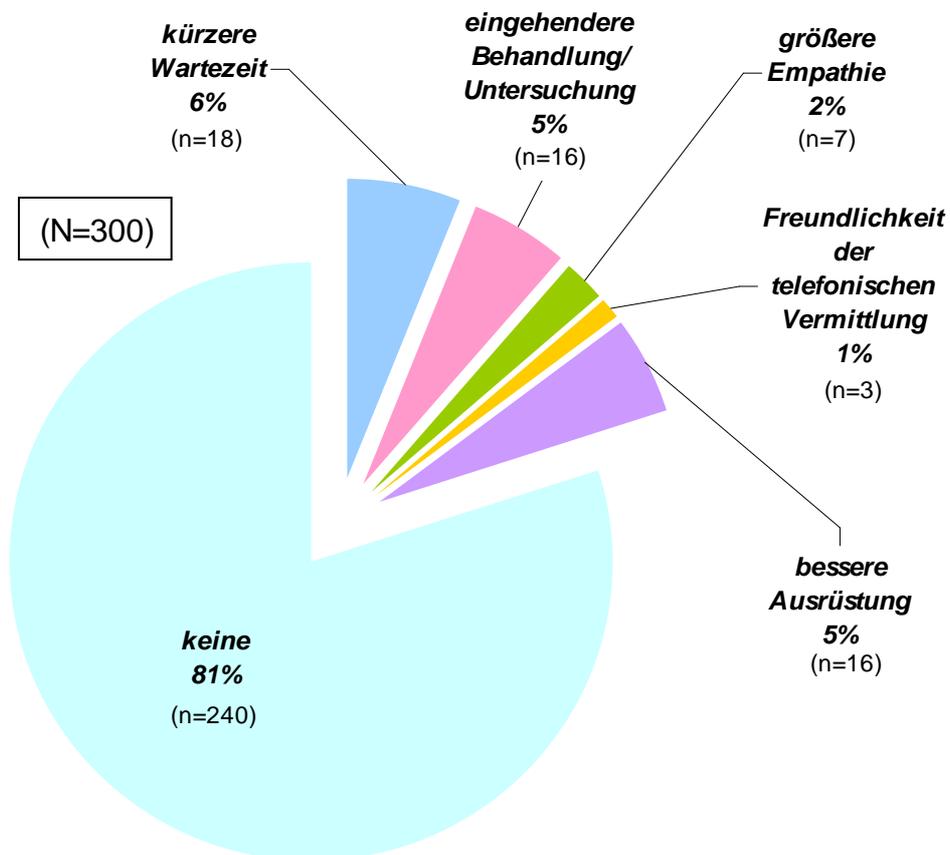


Abbildung 20 Anregungen / Wünsche der Patienten bezüglich des Einsatzes

In der offen gestellten Frage, ob Wünsche oder Anregungen bezüglich des Einsatzes bestünden und wenn ja welche dies wären, gaben 81% der Patienten an keine zu haben. 6% wünschten sich kürzere Wartezeiten bis zum Eintreffen des Bereitschaftsarztes und 5% eine eingehendere Behandlung bzw. Untersuchung. Ebenfalls 5% wünschten sich eine bessere bzw. größere Ausrüstung des Bereitschaftsarztes. 2% regten eine größere Empathie des Arztes an (46).

4 Diskussion und Interpretation

Nach Darstellung und Erläuterung der Ergebnisse werden diese nun im folgenden Abschnitt interpretiert und diskutiert. Hierzu werden unter anderem Vergleiche zu anderen Studien gezogen. Mögliche Ursachen und Hintergründe, welche zu den Ergebnissen dieser Studie führten, werden beleuchtet.

4.1 Alters- und Geschlechterverteilung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes vom Lebensalter des Patienten abhängt.

Es besteht ein linearer Zusammenhang: Je älter die Altersgruppe der Patienten, desto höher ist die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Eine mögliche Erklärung für diese Tatsache ist die höhere Anzahl an multimorbiden Patienten in der Bevölkerung in höherem Lebensalter. Die Zunahme von chronischen Erkrankungen im Alter entsteht einerseits aus der Kumulation von Risiken über den Lebensverlauf, als auch andererseits aufgrund von altersphysiologischen Veränderungen. Da chronische Krankheiten in der Regel persistent sind und oftmals zu Folgeerkrankungen führen, steigt die Wahrscheinlichkeit für mehrere, chronische Erkrankungen. Diese Multimorbidität wiederum birgt die Gefahr der zusätzlichen psychischen Komorbidität und der Einschränkung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Selbstständigkeit (12), sodass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von akuten Beschwerden mit dem Lebensalter steigt.

Des Weiteren ist die Zahl der Einpersonenhaushalte in München sehr hoch. Der Anteil liegt bei ca. 52% und hiervon haben wiederum 39% der Alleinlebenden das sechzigste Lebensjahr schon vollendet (38). Der daraus resultierende Mangel an Unterstützung und Beistand durch Familienmitglieder oder Bekannte könnte ebenfalls ein Einflussfaktor für die höhere Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes im Alter sein. Allerdings scheint die sogenannte „multilokale Mehrgenerationenfamilie“, wie sie in der Gesundheitsberichterstattung 2009 betitelt wird, recht stabil zu sein. Über 90% der Eltern gibt an, dass das nächstwohnende Kind in

einem Radius von 2 Stunden oder näher vom elterlichen Haushalt lebt. Ein großer Teil (über 85%) gibt an, ein- oder mehrmals wöchentlich Kontakt zu haben. Es zeigt sich, dass ein reger Kontakt und Austausch besteht, auch wenn die Familien mit mehreren Generationen nicht mehr „unter einem Dach“ leben. Dies scheint zunächst der zuvor aufgestellten These, dass die Einpersonenhaushalte einen Einfluss auf die höhere Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes haben, zu widersprechen. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass die Form der multilokal angesiedelten familiären Kontakte tatsächlich einen positiven Einfluss auf eine geringere Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes hat. Diese Form der Familienverteilung mag für die Unterstützung in der Haushaltsführung und Ähnliches hilfreich sein, allerdings ist in medizinischen „Akutsituationen“ die unmittelbare, direkte Hilfestellung bzw. der Beistand entscheidend und somit selten durch multilokal angesiedelte Verwandte zu bewerkstelligen (12). Jedoch kommt es häufig vor, dass nicht beim Kranken anwesende Familienangehörige sich direkt telefonisch an die Zentrale des Bereitschaftsdienstes wenden und dort um einen Hausbesuch bitten.

Sehr gering ist die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes durch Kinder (1% bis 14 Jahre). Ein Grund hierfür ist zumeist die gezielte telefonische Verweisung der Bereitschaftsdienstzentrale auf die Bereitschaftspraxen mit pädiatrischer Versorgung (Klinikum Harlaching und Klinikum Schwabing). Des Weiteren ist der Transport von Kindern zu einem Arzt deutlich einfacher als der von Erwachsenen, sodass Eltern ihre Kinder oftmals selbstständig in die Bereitschaftspraxis oder in ein Krankenhaus bringen. Eine Besonderheit bei den erfassten Kindereinsätzen ist, dass hierbei nicht in unterschiedliche Diagnosegruppen eingeteilt wird. Das heißt, dass jegliche Beschwerden eines Kindes unter der Kategorie „Kind erkrankt“ zusammengefasst werden.

In den Ergebnissen dieser Studie war der Anteil der Inanspruchnahme von weiblichen Patienten mit 63,7% auffallend hoch.

Eine mögliche Ursache hierfür könnte in der höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern liegen. Nach Berechnungen des Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung liegt die Lebenserwartung nach der aktuellen Sterbetafel von 2008/2010 für neugeborene Mädchen bei 83,0 Jahren und für neugeborene Jungen bei 78,1 Jahren. Die höhere Lebenserwartung der Frauen lässt sich durchweg bis in die ersten Erhebungen der Sterbetafeln im Jahre 1891/1900 verfolgen. Es zeigt sich,

dass nach aktuellem Stand 65-jährige Frauen statistisch gesehen weitere 20,7 Lebensjahre und 65-jährige Männer weitere 17,6 Lebensjahre vor sich haben (39).

Im Mai 2011 (Beginn der Datenerhebung dieser Studie) lebten 105 202 Männer im Alter von mindestens 65 Jahren in München. Die Zahl der Frauen in derselben Altersgruppe hingegen betrug 142 798 (44). Es besteht somit per se eine erheblich höhere statistische Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau die Hilfe des ärztlichen Bereitschaftsdienstes benötigt.

Betrachtet man das Konsultationsverhalten von Frauen, zeigt sich eine höhere Anzahl von Arztkonsultationen als bei Männern. In einer deutschlandweit durchgeführten Kohortenstudie, in welcher 10 241 Frauen von 18 bis 65 Jahren befragt wurden, ergaben sich folgende Ergebnisse.

Auf die Frage wie häufig im vorangegangenen Jahr ein Arzt / eine Ärztin aufgesucht wurde, gaben 12,5% an dies 12-mal getan zu haben. Außerdem zeigte sich, dass die Anzahl der Konsultationen mit dem Alter anstieg. In der Gruppe der über 60-jährigen Patientinnen (n=954) gaben 19,7% an mehr als 12-mal im Jahr einen Arzt / eine Ärztin aufzusuchen. (7). Interessant ist auch, dass Männer ihren Gesundheitszustand insgesamt als etwas besser beschreiben als Frauen dies tun. In den Ergebnissen des telefonischen Gesundheitssurveys zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen des Robert Koch-Instituts wird diese Tatsache vor allem in der Altersgruppe „über 65-Jahre“ deutlich (24). Die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes kann einen maßgeblichen Einfluss auf die Häufigkeit der Arzt- und somit auch Bereitschaftsarztkonsultationen haben.

In der zuvor erwähnten Studie im ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hamburg zeigt sich in den Ergebnissen ebenfalls ein höherer Anteil der weiblichen Patienten mit 59% (28). Auch in den Auswertungen der Dissertation von Tilo Reinholz war im Jahre 1970 ein höherer Frauenanteil von 56,6% feststellbar (27). Im Jahre 1983 konnte die Doktorandin Gabriele Albert in ihrer Analyse des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in einem Stadtbezirk in Würzburg einen ebenfalls höheren Anteil von 56% an weiblichen Patienten verzeichnen (26).

4.2 Dringlichkeit des Einsatzes

Die Tatsache, dass knapp 88% der Einsätze zunächst mit der Dringlichkeitsstufe C betitelt wurden, zeigt, dass es zumeist eine klare Abgrenzung zum Rettungsdienst- bzw. Notarztsystem gibt. Der Arzt hat somit in der Regel Zeit seine Einsätze nacheinander „abzuarbeiten“. Um die Einteilung in die jeweiligen Dringlichkeitsstufen zu verifizieren und interpretieren kann im Nachhinein lediglich ein Bezug zu einer stationären Einweisung des Patienten hergestellt werden. Jene Tatsache würde auf dem Gedanken beruhen, dass die Stufe A- Patienten „morbider“ seien und somit eine Krankenhauseinweisung häufiger vorkäme. Dies bestätigt sich auch in den Ergebnissen dieser Studie. Je dringlicher der Einsatz vermittelt wurde, desto häufiger ist der prozentuale Anteil der stationären Einweisung. Die „Stufe A- Patienten“ wurden in 50% der Fälle ins Krankenhaus eingewiesen. Die „Stufe C- Patienten“ lediglich in 23%.

Jedoch sollte betont sein, dass eine korrekte Einteilung in eine Dringlichkeitsstufe und auch die nachträgliche objektive Beurteilung dessen nicht gänzlich realisierbar ist, da dieser Vorgang diversen Einflüssen unterliegt. Einer könnte die Möglichkeit der Einflussnahme des Patienten sein. Beispielsweise äußerten einige Patienten in der Nachbefragung, dass sie dem Mitarbeiter der Einsatzzentrale der KV über starke Schmerzen berichteten. In der orientierenden, allerdings wiederum subjektiven Betrachtung der Autorin viel auf, dass diese jedoch teilweise in unterschiedliche Dringlichkeitsstufen eingeteilt wurden. Das Vorgehen unterliegt somit den subjektiven Einflüssen sowohl von Patienten- als auch von Mitarbeiterseite, welche die telefonisch geäußerten Beschwerden einordnen müssen. Selbst rein objektive Fakten, wie die Einweisungshäufigkeit durch den Bereitschaftsarzt, lassen keine absolut valide Beurteilung zu, da diese nicht nur von der Dringlichkeitsstufe abhängt.

Es stellt sich somit die Frage, ob jene differenzierte Einteilung in Dringlichkeitsstufen überhaupt von Nöten ist.

Die Einteilung in die Stufe A ist per se Nahe an der „Grenze“ zum Rettungsdienst / Notarzteinsatz und die Dringlichkeitsstufe B wurde lediglich in 12,3% der Fälle vergeben. Ein Zweistufensystem, welches in „dringlich“ und „weniger dringlich“ unterscheidet, wäre für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, zumindest nach den Daten dieser Studie, wohl ausreichend.

4.3 Hausarztanbindung

Wie zuvor in der Graphik dargestellt wurde, zeigt sich eine sehr hohe Hausarztanbindung der Patienten von 95,7%. Ähnliche Zahlen zeigen auch die Ergebnisse aus Studien des Robert Koch-Instituts aus dem Jahre 2004 (24). Die Bezeichnung „Anbindung“ muss in diesem Kontext allerdings differenziert betrachtet werden. Dies kann bedeuten, dass Patienten lediglich einen Hausarzt wissen, welcher sporadisch bei Beschwerden aufgesucht werden kann oder es besteht ein langjähriger Kontakt mit jedoch seltenen Konsultationen. Zumindest kann eine gewisse Form der tatsächlichen Anbindung bei 71,4% der Patienten angenommen werden, da diese den regelmäßigen Kontakt angaben. Dennoch scheint jene Anbindung nicht für die Hilfe in der jeweiligen akuten Beschwerdesituation ausgereicht zu haben. Was sind mögliche Erklärungen?

Die meisten Patienten (65,5%) gaben an, ihren Hausarzt nicht erreichen zu können. Gründe hierfür waren beispielsweise die sprechstundenfreie Zeit oder die Urlaubszeit der Praxis.

24% der Patienten gaben an, ihren Hausarzt aufgrund ihres Beschwerdebildes nicht aufsuchen zu können, beispielsweise aufgrund von Multimorbidität oder Schmerzen, welche die Mobilität einschränkten. Für diese Ergebnisse werden im Folgenden einige Gedankenmodelle aufgezeigt.

Betrachtet man die Interaktion zwischen Arzt und Patient näher, könnte man, kritisch betrachtet, den Patienten unterstellen, dass sie bei Beschwerden sofort auf die schnelle Hilfe eines Arztes zurückgreifen, ohne beispielsweise auf die Sprechzeiten des Arztes zu warten. In der telefonischen Befragung der Patienten war es jedoch nicht möglich, diesen Zusammenhang, beispielsweise durch die Analyse des Zeitraums zwischen Beschwerdebeginn und Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, im Detail zu erfassen, denn diverse Patienten zeigten bezüglich der gestellten Fragen eine gewisse Skepsis. Da eingehend auf die Hausarztanbindung und die Gründe der Inanspruchnahme hin befragt wurde, konnte beobachtet werden, dass die Patienten hier schon eine merkliche Verteidigungsposition annahmen, welche erst durch eingehende Erklärung wieder überwunden werden konnte. Zwar ist dies eine subjektive Bewertung, aber einige Aussagen wie etwa: „Wieso? Hätte ich nicht anrufen sollen, mir ging es echt richtig schlecht.“ oder „Mein Gott mein

Hausarzt war halt nicht da, was soll ich denn da machen?“ oder „ Er hatte gerade Sprechstunde, da kann er doch nicht sofort zu mir kommen“ zeigen, dass eine weitere „Hinterfragung“ der Inanspruchnahme unangebracht und erfolglos gewesen wäre. Letztendlich ist es schwierig, jenen Zusammenhang objektiv zu erfassen.

Es besteht allerdings in der heutigen Zeit mit Sicherheit eine gewisse Selbstverständlichkeit bzw. Normalität für sofortige externe medizinische Hilfe. Dies kann wiederum, soziologisch betrachtet, mit der Entwicklung der Gesellschaft hin zu Einzelhaushalten und weg von den klassischen Familienformen zusammenhängen. Wenn die Hilfe im Familienverband in den Hintergrund rückt und bei jeglichen Beschwerden externe, gerade zur Verfügung stehende Professionen zu Rate gezogen werden, könnte dies einen Einfluss auf die Quantität der Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes haben. Monika Wilken beschreibt im Rahmen ihrer Institutionsanalyse zum Thema „Arzt und Patient“ eine Differenzierung der Bereiche, wie etwa die Pflege Angehöriger oder die Kindererziehung, zu eigenen Subsystemen, welche zum Teil von der Familie abgekoppelt werden. Blickt man zurück zu Zeiten der Industrialisierung begann schon damals die Verschiebung des Arbeits- und Lebensalltags aus der häuslichen Gemeinschaft heraus. Die Selbstversorgung der Gemeinschaften wurde, von den Städten ausgehend, zurückgedrängt (10). Dieser Zusammenhang zeigt sich auch in der Untersuchung von Gabriele Albert aus dem Jahre 1992 in Würzburg. Sie analysierte den ärztlichen Bereitschaftsdienst und verglich hierbei einen Landbezirk und einen Stadtbezirk von Würzburg. Es zeigte sich, dass die zuvor durch Angehörige selbstständig durchgeführten Therapieversuche des Landbezirkes von der Anzahl höher waren als die des Stadtbezirks (32,8% versus 21,6%). Zuvor erfasste sie auch, dass im Landbezirk eine höhere Anzahl von Großfamilien leben (26).

Betrachtet man die Interaktionen zwischen Arzt und Patient aus sozioökonomischer Sicht, kann man diese Beziehung auch als Dienstleistung bezeichnen. Dienstleistungen sind nichtproduktive, professionalisierte Dienste von Akteuren, die im Austausch für eine Gegenleistung geleistet werden (10). Allein das Wissen über die Möglichkeiten einer qualitativ hochwertigen und schnellen Dienstleistung, wie es der ärztliche Bereitschaftsdienst bietet, könnte die Selbsthilfekompetenz der Patienten teilweise untergraben. Ein wichtiger beleuchteter Punkt in der Analyse der ärztlichen Dienstleistung von Monika Wilken, ist die Wichtigkeit der 24-Stunden-Bereitstellung

von Sicherheit für die Situation des Patienten, der seine Lage als Bedrohung einstuft. Ein Zitat aus jener Arbeit, in welcher Interviews von Ärzten und Patienten in München durchgeführt wurden, ist: „Also ich hab das Problem, dass ich mir manchmal sage, ich kann es nicht abschätzen, wie gravierend die Krankheit ist, und da will ich auf Nummer sicher gehen [...] ich kann es nicht einschätzen, ist es jetzt was Schlimmes oder nicht“ (10). Zwar beziehen sich die Interviews inhaltlich nicht direkt auf die Konsultationen im ärztlichen Bereitschaftsdienst, lassen sich aber durchaus hierauf übertragen. Das heißt, allein die Abklärung bzw. der Ausschluss einer ernstzunehmenden Erkrankung oder, übertragen auf die Situation im ärztlichen Bereitschaftsdienst, das Wissen, dass sich aus der bestehenden Situation vermutlich kein schwerer Verlauf entwickeln kann, könnte einen Einfluss auf die Inanspruchnahme derselben haben. Vermutlich wird diese Handlung nicht bewusst vom Patienten vollzogen, sondern ergibt sich aus dem Gefühl der Angst und Unsicherheit in der akuten Situation, welche, wie oben erwähnt, wahrscheinlich mit der demographischen bzw. soziologischen Entwicklung in Städten und vor allem Großstädten, wie etwa München, korreliert.

In 5,9% der Fälle gaben Patienten an, dass ihr Hausarzt keine Hausbesuche durchführe und deshalb der ärztliche Bereitschaftsdienst angefordert wurde. Die Interpretation dieses Sachverhaltes erscheint an dieser Stelle schwierig, zumal das Arztrecht ausdrücklich ein generelles Ablehnen von Hausbesuchen verbietet (13). Wie es allerdings zu dieser Meinung der Patienten kam und ob der Hausarzt tatsächlich den Hausbesuch ablehnte, lässt sich nicht nachvollziehen.

Folgende mögliche Gründe könnten allerdings zu einem „Scheitern“ des Hausbesuches führen. Viele Patienten haben beispielsweise einen Hausarzt, welcher in einem weit entfernten Stadtteil liegt. Außerdem führen manche Hausärzte ihre Hausbesuche nur an festen Tagen in der Woche durch und teilen dies den Patienten telefonisch mit, dass ein Besuch beispielsweise erst in ein bis zwei Tagen möglich wäre. Des Weiteren befinden sich viele jüngere Patienten ausschließlich in fachärztlicher Behandlung (z.B. Facharzt für Orthopädie oder Gynäkologie), welche häufiger einen Hausbesuch ablehnen oder an den ärztlichen Bereitschaftsdienst verweisen. Aber auch die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes bestellen oftmals den ärztlichen Bereitschaftsdienst direkt, da der Hausarzt nicht so schnell für einen Hausbesuch verfügbar ist, allerdings eine eilige Untersuchung nötig ist (z.B.

bei Zustand nach Sturz). Hierbei kann und möchte der Mitarbeiter des Pflegedienstes teilweise nicht länger vor Ort warten.

Als Hauptgrund für die bevorzugte Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes vor dem Hausarzt gaben 2,8% der Patienten dessen schnellere Verfügbarkeit an. Auch wenn es durchaus im Rahmen des Bereitschaftseinsatzes zu längeren Wartezeiten kommen kann, ist dieser wohl zumeist schneller beim Patienten. Ein Hausarzt würde in weniger dringlichen Fällen zunächst die Sprechstunde beenden und im Anschluss daran den Patienten im häuslichen Umfeld aufsuchen. Diese Form der Inanspruchnahme ist allerdings nicht im Sinne des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, denn dieser sollte den Hausarzt nicht ersetzen oder gar mit ihm konkurrieren. Erst wenn ein Hausarzt tatsächlich nicht innerhalb einer angemessenen Zeit verfügbar ist, sollte der Bereitschaftsarzt hierfür vorübergehend medizinische Hilfe leisten.

Insgesamt zeigt sich, dass die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in München nicht mit der Anbindung an einen Hausarzt zusammenhängt.

Die zahlreichen Gründe hierfür lassen sich allerdings schwer objektivieren. Im Rahmen dieser Studie wurde in gewisser Weise die Interaktion zwischen Arzt und Patient kritisch beleuchtet. Ziel dieser Arbeit ist es nicht, die Einsatzzahlen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu verringern, allerdings sind einige Gedankenanstöße und eine differenzierte Betrachtung des Einsatzspektrums wichtig. Für Hausärzte leistet diese Arbeit vielleicht einen kleinen Beitrag um die Ergebnisse ihrer medizinischen Behandlung aus anderer Perspektive zu betrachten. Der Gedanke „In welchen Situationen kontaktiert mein Patient mich nicht und welche Gründe gibt es hierfür?“, ist für die klinische Tätigkeit durchaus relevant. Dies gilt vor allem auch für die in Kapitel 4.7 genauer betrachteten Diagnosen und Symptome der Patienten im Bereitschaftsdiensteinsatz.

Eine Weiterführung dieser Thematik lässt sich mit der Diskussion des folgenden Unterpunktes vollziehen.

4.4 Inanspruchnahme vorhergehender medizinischer Hilfeleistung vor dem Einsatz des Bereitschaftsarztes

Es zeigt sich, dass die Patienten in 76% der Fälle zuvor keine anderweitige, medizinische Hilfe in Anspruch nahmen.

Hieraus könnte man schließen, dass die Patienten ihre Situation häufiger als akut bewerteten, da sie zuvor in nur 24% anderweitige Hilfe beanspruchten.

Hierbei handelt es sich meist um die Hilfe des Hausarztes (40,8%). Die Frage an den Patienten nach vorheriger Hilfe bezog sich explizit auf dieselben Beschwerden, welche im Rahmen des Einsatzes geäußert wurden. Die meisten Patienten wurden beispielsweise aufgrund von lumbalen Schmerzen schon mit Analgetika behandelt oder sind bei einer bestehenden, chronischen Bronchitis zuvor beim Hausarzt vorstellig geworden, jedoch reichte jene Therapie für die akute Verschlechterung oder prolongiert belastende Situation nicht aus.

An zweiter Stelle mit 26,8% der Patienten, die anderweitige Hilfe beanspruchten, gaben die etwa 19 Patienten an, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst kurz zuvor schon einmal vor Ort war (teilweise wenige Stunden vorher). Diese Tatsache kann allerdings auf zwei Gründe zurückzuführen sein. Zum einen kam es nach der ersten Behandlung zu einer Verschlechterung oder Persistenz der Beschwerden und der Patient entschloss sich nochmals den Bereitschaftsarzt zu kontaktieren oder dieser „vereinbarte“ bei seinem ersten Besuch nochmals einen Termin innerhalb seiner Schicht, falls sich keine Besserung der Beschwerden einstellte. Das heißt, der Arzt entschloss sich zu einer Therapie mit dem Wissen bzw. Ziel nochmals eine weitere Therapieoption zu einem späteren Zeitpunkt anzuwenden. Diese Differenzierung zwischen „echtem“ zweiten Einsatz oder der „aufgeteilten“ Therapie in einer Schicht ließ sich allerdings telefonisch nicht klar erfassen, da die meisten Patienten dies nicht explizit unterscheiden konnten. Nicht zuletzt ist der „geplante“ zweite Besuch aus haftungsrechtlicher Sicht oftmals sinnvoll.

16,9% der Patienten, die anderweitige Hilfe beanspruchten, waren zuvor in stationärer Behandlung. Der ärztliche Bereitschaftsdienst war anschließend entweder wegen derselben Beschwerden, welche zu einem Krankenhausaufenthalt führten oder wegen den Folgen des stationären Aufenthaltes, beispielsweise Schmerzen

nach operativen Eingriffen, im Einsatz. Einen möglichen Einfluss könnte die allseits diskutierte Verkürzung der Krankenhausverweildauer sein. In den Jahren 1994 bis 2010 hat sich die durchschnittliche Verweildauer von 11,8 auf 7,9 Tage verkürzt (40). Drastische Bezeichnungen wie „bloody discharge“ (=„blutige Verlegung“) zeigen, dass dieses Thema, welches im Rahmen der Einführung des DRG - Systems im Jahre 2003/2004 aufkam, einer kritischen Betrachtung bezüglich der Verkürzung der Krankenhausverweildauern bedarf. Intensive Forschung bezüglich des Einflusses des DRG- Systems auf die hausärztliche Tätigkeit betreibt das Institut für Hausarztmedizin in der Schweiz. Signifikante Ergebnisse über den Einfluss des Systems auf die hausärztliche Tätigkeit liegen jedoch noch nicht vor. Jedoch berichten die Ärzte dort über eine höhere Anfrage an Hausbesuchen [(15), (21)]. Bezogen auf diese Arbeit könnte es bedeuten, dass eine „frühere“ Entlassung eines Patienten in die ambulante Behandlung einen gewissen Einfluss auf die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes haben könnte. Hierbei sind nicht zwingend Komplikationen oder Nebenwirkungen der stationären Therapie gemeint, welche beispielsweise zu Nachblutungen, Infektionen oder Schmerzen führen. Die Patienten könnten neben der physisch fortgeschrittenen Genesung eine Unsicherheit und Hilflosigkeit im häuslichen Umfeld verspüren, insbesondere wenn es im Rahmen des stationären Aufenthaltes zu einer Erstdiagnose kam und eventuell sogar der Umgang mit neuen medizinischen Hilfsmitteln, beispielsweise eines Blasendauerkatheters oder Subkutanspritzen, erlernt werden muss. Dies wiederum kann, wie bereits zuvor diskutiert, einen Einfluss auf die Konsultation eines Arztes, in diesem Falle den ärztlichen Bereitschaftsdienst, haben.

Die tatsächlichen Gründe für eine Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes, trotz vorheriger medizinischer Versorgung, lassen sich nicht klar verifizieren, sondern eher mutmaßen. Wie schon zuvor erwähnt, gibt es eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die dazu führen, dass ein Patient den ärztlichen Bereitschaftsdienst anfordert. Allerdings ist in den meisten Fällen dieser Studie der ärztliche Bereitschaftsdienst der erste Ansprechpartner gewesen.

4.5 Anteile der Diagnosegruppen

Um Daten miteinander vergleichen zu können oder eine schnelle Übersicht über einen Sachverhalt zu erlangen, werden in der Medizin häufig Diagnose- bzw. Symptomgruppen gebildet. Beispielsweise im Bereich der präklinischen Notfallmedizin oder in den internationalen Klassifikationen der Krankheiten (ICD). Als Vorlage für diese Arbeit diente die ohnehin bestehende Einteilung in Diagnosegruppen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der kassenärztlichen Vereinigung. Die durch den Bereitschaftsarzt gestellte Diagnose bzw. der beschriebene Symptomkomplex wurde im Nachhinein durch die Autorin in die genannten Kategorien eingeteilt. Ebenso ist mit der „endgültigen“ Diagnose, welche der Patient in der telefonischen Befragung äußerte, verfahren worden. Jene Vorgehensweise ist jedoch kritisch zu betrachten. Die Einteilung in die verschiedenen Diagnosegruppen kann eine gewisse Unschärfe mit sich bringen.

Im Erstkontakt des Patienten mit der Zentrale des Bereitschaftsdienstes bearbeiten verschiedene Disponenten die eintreffenden Anrufe. Es besteht somit die Wahrscheinlichkeit, dass sich nicht jeder bei Schilderung der Beschwerden der Patienten für dieselbe Kategorie entscheidet, insbesondere, wenn der Patient einen umfangreichen Symptomkomplex schildert. Die Entscheidung für die Einteilung in die jeweilige Diagnosegruppe kann, ähnlich wie die zuvor beschriebenen Einteilungen in die verschiedenen Dringlichkeitsstufen, somit unterschiedlich ausfallen. Ein Beispiel verdeutlicht diesen Sachverhalt.

Eine Patientin äußert sich über Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule und des Abdomens. Auf Nachfrage antwortet sie, dass die Beschwerden seit einigen Tagen bestünden, sie sei pflegebedürftig und sei seit Kurzem mit einem Blasendauerkatheter versorgt. Es wird deutlich, dass sowohl die Einteilung in die Gruppe „Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch“, „Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie“ oder auch „Urologische Erkrankungen / Katheter“ möglich ist.

Dies gilt auch für die Schilderung des Patienten in der Nachbefragung. Konnten keine eindeutigen Diagnosen oder Symptome genannt werden, wurden diese Informationen hier allerdings in die Gruppe „unklar / keine eindeutige Diagnose“ eingeteilt. Jene Gruppe wurde in dieser Studie hinzugefügt und existiert in der vorgegebenen Einteilung durch die KV nicht.

Die Einteilung der Diagnosen / Symptome, welche durch den Bereitschaftsarzt gestellt wurden, gestaltete sich hingegen recht eindeutig, da aus den Notfall-/Vertretungsscheinen klare Diagnosen / Symptome zu entnehmen waren.

Durch genaue Befragung der Patienten und eine hohe Fallzahl an untersuchten Einsätzen wurde versucht diesen Gegebenheiten entgegenzuwirken, jedoch sollte der Zusammenhang in der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie berücksichtigt werden.

Insgesamt wird deutlich, dass die Gruppen „Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie“, „Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch“ und „Herz-Kreislauf“ in absteigender Reihenfolge von allen Akteuren am häufigsten diagnostiziert wurden. Diese recht allgemein gefassten Gruppen schließen eine Vielzahl von Diagnosen / Symptomen / Krankheiten mit ein. Auf die detaillierten Diagnosen wird in Kapitel 4.7 eingegangen.

Es zeigt sich, dass Patienten sehr häufig wegen Schmerzen den Bereitschaftsdienst anfordern. Meist sind diese im Abdomen oder im Bereich der Wirbelsäule lokalisiert. Beschwerden des Verdauungssystems scheinen ebenfalls einen hohen Leidensdruck zu verursachen. Aus der Studie von Gabriele Albert über den ärztlichen Bereitschaftsdienst ist ersichtlich, dass die häufigsten Diagnosen im untersuchten Stadtgebiet von Würzburg Erkrankungen des Verdauungssystems waren (26). In den Auswertungen von Gerlinde Staffa in Hamburg im Jahre 1996-1997 zeigt sich allerdings, dass diese dort lediglich an vierter Stelle waren (15% der Einsätze) (28).

In die Gruppe „Herz-Kreislauf“ wird lediglich im Bereich von 11,7% (nach telefonischer Befragung) bis 16,7% (durch die Mitarbeiter der Einsatzzentrale der KV) eingeteilt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Deutschland allerdings die Haupttodesursache (41). Des Weiteren sind diverse Diagnosen, welche Beschwerden im Bereich des Herz-Kreislaufsystems verursachen, als „Volkskrankheiten“ zu bezeichnen und kommen somit in der Gesellschaft häufig vor. Beispiele wären Adipositas, Diabetes mellitus und die arterielle Hypertonie. Somit hätte man in der Diagnosegruppe „Herz-Kreislauf“ einen höheren Anteil der Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erwarten können. Eine mögliche Ursache hierfür könnte die Übernahme der Versorgung dieser Erkrankungsfälle durch den Rettungsdienst /Notarzt sein. Akute Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems, wie etwa

pektanginöse Beschwerden, Atemnot oder Synkopen werden häufiger durch den Rettungsdienst versorgt oder durch Notärzte behandelt, da akut eine vitale Bedrohung des Patienten vorliegen könnte. Die meisten Patienten verständigen in solchen Fällen entweder primär den Rettungsdienst / Notarzt oder die Einsatzzentrale der KV vermittelt diesen bei entsprechender Symptomschilderung sofort weiter.

Zu der Personen- bzw. Diagnosegruppe mit psychiatrischen Diagnosen ist folgende Anmerkung nötig. Der geringe Anteil an psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen ist in dieser Studie (der Bereitschaftsarzt diagnostizierte in 4% der Fälle eine psychiatrische Diagnose) nur bedingt aussagekräftig. Die meisten Patienten mit Beschwerden in diesem Bereich erfüllten die Einschlusskriterien dieser Studie nicht, sodass diese Notfall-/Vertretungsscheine selten von den Bereitschaftsärzten für die Studie eingeholt wurden. Für jene wenigen Fälle, welche die Einschlusskriterien doch erfüllten, wurde die Diagnosegruppe „psychische / psychiatrische Erkrankung“ beibehalten.

4.6 Übereinstimmungen der Diagnosegruppen im Verlauf

Größtenteils zeigen sich hohe Übereinstimmungen der Diagnosegruppen. Es wurden allerdings auch Fälle verzeichnet, in welchen der Patient im Verlauf in drei verschiedene Diagnosegruppen eingeordnet werden konnte. Ein eindrückliches und interessantes Beispiel hierfür lieferte ein Patient, welcher aufgrund einer akuten Lumbago den Bereitschaftsdienst verständigte. Der Bereitschaftsarzt äußerte den Verdacht einer akuten Nierenkolik. Im Anschluss berichtete der Patient in der telefonischen Befragung über eine Herpes zoster Neuralgie, dessen charakteristische Vesikel sich erst nach dem Einsatz ausbildeten.

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der beiden Vergleichsgruppen diskutiert.

4.6.1 Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen telefonischer Nachbefragung des Patienten und Bereitschaftsarzt

Insgesamt ist festzustellen, dass eine hohe Übereinstimmung zwischen der Diagnose des Bereitschaftsarztes und der „endgültigen Diagnose“ des Patienten besteht. Bis auf die Gruppe „Neurologie / Apoplex“ liegt der Grad der Übereinstimmung bei mindestens 66,7%.

Auffallend hoch ist die Übereinstimmung in der Gruppe „Allergie-, Ausschlag allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes“ (94,4%). Dies scheint zunächst einleuchtend, da Effloreszenzen eine Blickdiagnose darstellen und somit von allen Diagnostikern eindeutig in jene Gruppe zugeordnet werden können. Allerdings werden auch Patienten mit Stoffwechselerkrankungen, wie etwa Diabetes mellitus, in dieser Diagnosegruppe abgebildet. Die Beschwerden dieser Patientengruppe sind teilweise nicht eindeutig zu erfassen. Beispielsweise kann ein Patient mit einem hypoglykämisch entgleisten Diabetes mellitus eine Vielzahl von Beschwerden äußern, welche die richtige Diagnose am Einsatzort oftmals erschweren. Hierbei können Symptome wie Tachykardie, Unruhezustand und Kaltschweißigkeit durchaus zu einer anderen Diagnose und somit Diagnosegruppe führen.

Aber auch die Diagnostik der psychiatrischen Erkrankungen zeigt eine hohe Übereinstimmung, obwohl psychiatrische Krankheitsbilder vor Ort durchaus verkannt werden können. Krankheitsbilder wie etwa die Depression oder eine Panikattacke können verschiedenste physische Symptome wie etwa Schwindel, Tachykardie, pektanginöse Beschwerden u.v.m. zeigen und somit in anderer Diagnosegruppe klassifiziert werden. Trotz dieser Heterogenität an klinischen Bildern ist die Übereinstimmung sehr hoch.

Innerhalb der eher internistisch geprägten Diagnosegruppen wie etwa „Herz-Kreislauf“, „Magen- Darmerkrankungen / Gynäkologisch“, „Grippe - Infekte“ und „Atembeschwerden“ liegen die prozentualen Anteile der Übereinstimmung in einem relativ engen Bereich zwischen 66,7% und 76,2%. In diesen Bereichen scheint es häufiger Überschneidungen der Fachdisziplinen zu geben, da beispielsweise Symptome der einen Gruppe die der anderen sehr ähneln können. Ein Beispiel wäre die Gruppierung eines Hustens in „Grippe - Infekte“ oder in die Gruppe „Atembeschwerden“ bei einem Husten im Rahmen einer exazerbierten COPD.

Auffallend ist jedoch auch, dass fast jeder zweite Patient (46,4%) mit einer neurologischen Diagnose durch den Bereitschaftsarzt im Nachhinein eine Diagnose aus einer anderen Diagnosegruppe äußerte. Hierbei sei allerdings angemerkt, dass das häufig geäußerte Symptom „Schwindel“ (Gruppe „Neurologie / Apoplex“) in der Nachbefragung oftmals zu der Diagnosegruppe „unklar / keine eindeutige Diagnose“ führte. Im Rahmen der Diagnostik des Leitsymptoms Schwindel zeigt allein die Vielzahl an diagnostischen Maßnahmen aus diversen Fachdisziplinen (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Innere Medizin u.a.), welche breites Spektrum an Ursachen für jenes Symptom möglich sind. Diese Tatsache könnte ein Grund für die große Diskrepanz zwischen Diagnose des Bereitschaftsarztes und der später gestellten Diagnose des Patienten sein.

4.6.2 Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen Bereitschaftsarzt und den Mitarbeitern der KVB

Betrachtet man nun die Übereinstimmungen der Diagnosegruppen zwischen Bereitschaftsarzt und den Disponenten in der Einsatzzentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, fällt auf, dass diese nicht so groß ist, wie die der vorherigen Vergleichsgruppe. Hier ist ebenfalls zu erkennen, dass die Fachdisziplinen, ausgenommen das weite Feld der internistischen Bereiche, wie etwa die psychiatrischen Fälle, die urologischen Fälle und die Gruppe „Allergie-, Ausschlag allgem. Arzt / Stoffwechsel - Diabetes“ eine häufige Übereinstimmung zeigen (größer 80%). Aber auch die Gruppe „Neurologie / Apoplex“ zeigt hier eine Übereinstimmung von 80%. Es scheinen in der telefonischen Befragung allerdings die eher internistischen geprägten Fachdisziplinen, wie zuvor erwähnt, gewissermaßen zu verschmelzen. Die Übereinstimmungen zwischen KV und Bereitschaftsarzt liegen hier bei lediglich 50% bis höchstens 66,7%. Es wird deutlich, dass die körperliche Untersuchung durch den Bereitschaftsarzt entscheidend ist, um zwischen den einzelnen Diagnosegruppen zu unterscheiden zu können.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die vorherige Mitteilung der Diagnose-Verschlüsselung an den Bereitschaftsarzt durch den Disponenten der Bereitschaftsdienstzentrale in vielen Fällen eine grobe Orientierung geben kann, in welcher Diagnosegruppe der nächste Patient primär zuzuordnen sein könnte und welche

Situation der Arzt in etwa erwarten kann. Jedoch ist die Aussagekraft in den einzelnen „internistischen“ Fällen eher gering. Dementsprechend erscheint eine zusammenfassende Betitelung jener Fälle sinnvoll.

4.7 Häufigste Diagnosen bzw. Symptome

Betrachtet man die Diagnosen und Symptome der Patienten im Einzelnen, fällt auf, dass der Bereitschaftsarzt häufig Beschwerden der unteren Lendenwirbelsäule verzeichnet (14%). Dies zeigt sich auch in folgender Studie bzw. Statistik.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland untersuchte im Auftrag der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die häufigsten Diagnosen bzw. Behandlungsanlässe in Arztpraxen. Es zeigte sich, dass „Rückenschmerzen“ mit 15,5% an dritter Stelle der häufigsten Diagnosen steht. Die Studie erfasste 450 Praxen und ca. 600 000 Patienten. Fast jeder zehnte Arbeitsunfähigkeitstag in Deutschland sei auf Rückenprobleme zurückzuführen (31). Laut der Techniker Krankenkasse entfielen im vergangenen Jahr 9,3% aller Fehlzeiten auf Rückenbeschwerden (25). Es lassen sich einige Gründe eruieren, welche zu einer so hohen Anzahl von Patienten mit Rückenschmerzen führen.

Laut orthopädischer Fachliteratur ist die Intervertebralregion meist Ausgangspunkt degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen. Mit etwa zwei Drittel dieser Erkrankungen tritt das Lumbalsyndrom am häufigsten auf. Beschränkt sich die Beschwerdesymptomatik auf die entsprechende Wirbelsäulenregion spricht man von einem lokalen Lumbalsyndrom bzw. Lumbago. Bei radikulärer oder pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Extremitäten wird dies als Lumboischialgie bezeichnet. Die Ätiologie ist hierbei multifaktoriell bedingt. Der aufrechte Gang, die mangelnde Bewegung, genetische Faktoren, die Gewebsqualität, sowie übermäßige statisch-mechanische Belastungen führen bei den gefäßlosen bradytrophischen Bandscheiben zu Degenerationen. Des Weiteren liegt eine anatomische Besonderheit der Lendenwirbelsäule vor. Die Neuroforamina mit den austretenden Spinalnerven befinden sich auf Höhe der Bandscheiben. Somit haben degenerative Veränderungen unmittelbare Auswirkungen auf diese Nerven. Typische Untersuchungsbefunde bei Lumbago sind hierbei, der lumbal lokalisierte Schmerz und die Fehlhaltung mit Verspannung der lumbalen Rückenstreckmuskulatur im Stehen. Bei einer Lumboischialgie werden

Schmerzen und Hypästhesien im betroffenen Segment angegeben und betreffen typischerweise zu Beginn den proximalen Bereich ehe sie sich im weiteren Verlauf nach distal erstrecken. (1).

Fast jeder zehnte Patient des ärztlichen Bereitschaftsdienstes beklagt gastroenteritische Beschwerden. Hiermit sind Nausea, Emesis, Diarrhö und oft auch Fieber gemeint. Die Komplikationen einer Gastroenteritis sind unter anderem Dehydratation, Elektrolytverlust und orthostatische Kreislaufsstörung bis hin zu einem Kollaps. Vor allem ältere Menschen und Kinder sind rasch von einer Dehydratation und den entsprechenden Folgen betroffen. Der hohe Leidensdruck führt häufig zu einer Alarmierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit der Hoffnung auf eine schnelle Symptomlinderung.

In Deutschland kam es im Zeitraum von Mai bis Juli 2011 zu einer sogenannten EHEC-Epidemie. Eine Infektion mit dem enterohämorrhagischen Bakterium *Escherichia coli* führt zu dem Leitsymptom der blutigen Diarrhö. Es wurden teils schwere Verläufe beobachtet, sodass Patienten auf Intensivstationen behandelt werden mussten. Insgesamt wurden 855 Erkrankungen an HUS (hämolytisch urämisches Syndrom) und 2 987 Fälle von akuter Gastroenteritis übermittelt. Als Infektionsvehikel konnten Sprossen identifiziert werden, nach dessen Vertriebsstopp keine Erkrankungshäufungen mehr auftraten. Betroffen waren vor allem erwachsene Frauen in den fünf nördlichsten deutschen Bundesländern (20). Die Information und Aufklärung über diese Infektion erfolgte stark medienwirksam. Diese Epidemie begann fast zeitgleich mit den Erfassungen der Patienten für die vorliegende Studie im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Im Rahmen dieser Studie konnte in den Befragungen jedoch kein EHEC-Patient identifiziert werden. Jedoch äußerten einige Patienten im Telefongespräch ihre Sorge über eine mögliche Infektion. Somit ist nicht auszuschließen, dass die EHEC-Epidemie und die damit verbundene Angst des Patienten einen Einfluss auf die hohe Anzahl der Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Rahmen von gastroenteritischen Beschwerden hatten.

Mit 7,7% stellen Abdominalschmerzen die dritthäufigste Einzeldiagnose bzw. das dritthäufigste Symptom dieser Studie dar. Hierunter wurden sowohl das unklare, das subakute, das akute Abdomen und die Abdominalkolik subsumiert. Durch die verschiedenen Begrifflichkeiten ist schon erkennbar wie heterogen sich die Intensität der Beschwerden im Bereich des Abdomens äußern kann. Des Weiteren kommen

hierbei diverse Differentialdiagnosen in Betracht. Dies könnte mitunter ein Grund sein, weshalb sich die Bereitschaftsärzte in diesem Bereich selten für eine konkretere Diagnose festlegten, wie etwa der Verdacht auf eine akute Appendizitis. Für die spezifische Diagnostik sind hier u.a. bildgebende Verfahren, allen voran die Abdomensonographie, und laborchemische Untersuchungen, notwendig. Erwähnt sei, dass sich das Beschwerdebild „Abdominalschmerzen“ klinisch mit den zuvor erläuterten gastroenteritischen Beschwerden oft überschneiden kann. Die Einteilung und Unterscheidung der Krankheitsbilder wurde allerdings leitsymptomorientiert durchgeführt. Standen etwa Nausea, Emesis und Diarrhö im Vordergrund der Symptomatik des Patienten, wurden diese als gastroenteritische Beschwerden gewertet, auch wenn diese oftmals begleitend zu Abdominalschmerzen bestehen und umgekehrt.

An erster Stelle der zuvor vorgestellten Studie des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung steht die Diagnose „essentielle (primäre) Hypertonie“ mit 32,6% (25). In den westlichen Industrienationen liegt die Prävalenz der arteriellen Hypertonie bei ca. 25% (3). Es wäre somit zu erwarten, dass jene Diagnose auch im Rahmen des Bereitschaftsdiensteinsatzes sehr häufig gestellt wird. Betrachtet man die Ergebnisse dieser Studie, steht sie zwar an vierter Stelle, jedoch wurde die Diagnose vom Bereitschaftsarzt nur in lediglich 6% der Fälle gestellt. Im Verhältnis zur Prävalenz dieser Erkrankung erscheint dieses Ergebnis eher niedrig. Hieraus könnte man schließen, dass zwar ein großer Teil der Bevölkerung unter einer arteriellen Hypertonie leidet, diese Erkrankung wiederum eher selten akute hypertone Entgleisungen verursacht. Das heißt, der Patient ist hausärztlich zumeist gut versorgt oder verfügt über gute Copingstrategien, um auftretende Beschwerden zu lindern. Wie in vorherigen Beispielen schon erwähnt, stellen auch die hypertensive Krise, welche mit Blutdruckwerten größer 230/130 mmHg ohne Symptome und der hypertensive Notfall, welcher mit denselben Blutdruckwerten mit Symptomen eines akuten Organschadens definiert ist (3), eher das Einsatzspektrum des Rettungsdienstes / Notarztes dar.

4.8 Weiterversorgung

Besonders interessant ist es, die Ergebnisse dieses Teils der Studie zu betrachten, da im Regelfall die weitere Versorgung und der weitere Zustand des Patienten nach einem Einsatz nicht erfasst werden. Abgesehen von der durch ihn selbst veranlassten stationären Einweisung, erfährt ein Bereitschaftsarzt selten, wie ein Patient später gehandelt hat. Nach einem Bereitschaftsarzteinsatz hatten die Patienten, wie bereits im allgemeinen Teil dieser Studie aufgezeigt wurde, eine Vielzahl an Möglichkeiten, weitere medizinische Hilfe im gesamten Feld des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. Die gänzliche Erfassung der „Wege“ des Patienten durch das Gesundheitssystem ist aus diversen Gründen recht schwierig. Diese Arbeit konnte aber zumindest einen Teil hiervon beleuchten, insbesondere die Zeiten nach einem Bereitschaftsdiensteinsatz.

Es zeigt sich, dass 41,7% der Patienten nach dem Einsatz in Kontakt mit ihrem Hausarzt oder einem weiteren Facharzt traten. Wie zuvor erwähnt, wurde dieses Vorgehen den meisten Patienten im Rahmen des Einsatzes nahegelegt.

Die Rolle des Hausarztes und in gewisser Weise auch dessen Wandel im Gesundheitssystem wird allseits diskutiert. Begriffe wie „der Lotse im System“ oder die „gatekeeper-Funktion“ machen deutlich, dass der Hausarzt eine besondere Stellung im weiten Feld der Gesundheitsversorgung inne hat. Für die Gestaltung der sogenannten hausarztzentrierten Versorgung wurde mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahre 2004 der Paragraph 73b im SGB V eingeführt. Dieser stellt die gesetzliche Grundlage für Hausarztmodelle dar, welche Patienten mit ihrem Hausarzt eingehen können. Das Wesentliche ist hierbei, dass Patienten vor Konsultation eines Facharztes eine Überweisung des jeweiligen Hausarztes grundsätzlich benötigen, sodass dieser neben der eigenständig durchgeführten Diagnostik und Therapie die Informationen über den Patienten „sammelt“ und gezielt andere Fachdisziplinen zu Rate zieht bzw. in die Therapie involviert. Im Rahmen solcher Verträge wird die Rolle des Hausarztes als „der Lotse im System“ gestärkt bzw. unterstützt. Die Umsetzung dieses Modells in Deutschland gestaltet sich allerdings schwierig und steht nicht zuletzt von verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem in Diskussion (17).

Jedoch sollte, unabhängig von den praktischen Umsetzungen und politischen Diskussionen über die Funktion des Hausarztes, der Grundgedanke beibehalten werden. Um eine patientengerechte und effiziente Arbeit zu leisten, ist es verständlich, dass der Hausarzt jegliche Information des Patienten über dessen Behandlungen benötigt. Er ist gewissermaßen der erste Ansprechpartner für medizinische, aber auch psychosoziale Belange. Man kann diese gesamte Thematik nun auch auf das Thema dieser Studie und hierbei insbesondere auf das Vorgehen des Patienten nach einem Bereitschaftsdiensteinsatz übertragen. Ist die Konsultation des Hausarztes aufgrund einer Akutsituation nicht möglich, sollte dieser entsprechend im Anschluss informiert werden. Denn für die Weiterbehandlung und die eventuelle weiterführende Diagnostik ist das Wissen des Hausarztes um die stattgehabte Erkrankungssituation des Patienten und die primär durchgeführte Akuttherapie unabdingbar. Ein Hausarzt kann durch die Kenntnisnahme hierüber die eigene Therapie evaluieren und gegebenenfalls variieren bzw. den Patienten für eventuelle zukünftige Notsituationen gezielter anleiten und beraten. Viele Patienten dieser Studie begaben sich auch erfreulicherweise in die weitere hausärztliche und teils auch fachärztliche Behandlung.

25% der Patienten konnten dies zunächst nicht realisieren, da sie für eine stationäre Behandlung bzw. weiterführende Diagnostik direkt vom Bereitschaftsarzt in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Dieser Anteil ist als relativ hoch anzusehen. In den Ergebnissen der Studie über den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hamburg zeigt sich eine Einweisung von 8% (n=41) der Patienten. Gänzlich vergleichbar mit den Ergebnissen dieser Arbeit ist dies jedoch nicht, da in jener Studie für etwa dieselbe Anzahl von Patienten (n=44) eine spätere Einweisung in Betracht gezogen wurde. Diese Fälle wurden allerdings nicht mehr weiter untersucht (28). Auch die Ergebnisse der Analyse von Bereitschaftsdienstfällen aus dem Jahre 1983 in Würzburg zeigen mit ca. 10% eine deutlich geringe Einweisungshäufigkeit (26). Insgesamt scheint die Zahl der stationären Einweisungen gestiegen zu sein. Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich allerdings nicht der Grund für eine Einweisung eruieren. Wie zuvor im allgemeinen Teil dieser Arbeit bereits erwähnt, kann eine tatsächliche medizinische bzw. psychosoziale Indikation vorliegen und/oder die diagnostischen Möglichkeiten reichen für den entsprechenden Fall nicht aus. Ob in den vorliegenden

Fällen eher die stationäre „Abklärung“ bzw. die medizinischen oder psychosozialen Indikationen zu den stationären Einweisungen führten, wurde nicht untersucht.

In 19% der Fälle kann man davon ausgehen, dass der Bereitschaftsarzt kurativ tätig war oder Symptome soweit lindern konnte, sodass die Patienten eine weitergehende Behandlung als nicht notwendig erachteten. In diesen Fällen war der Bereitschaftsarzt der einzige behandelnde Arzt, ohne dass der Hausarzt oder weitere Fachärzte später hinzugezogen wurden. Diese Einsätze können als erfolgreich gewertet werden, da die Patienten anschließend keine weitere medizinische Hilfen benötigten, jedoch sollten hierbei wieder die Vorteile der Involvierung des Hausarztes erwähnt sein. Es zeigt sich somit aber auch, dass fast jeder fünfte Patient seinen Hausarzt nicht zeitnah über den Bereitschaftsdiensteinsatz in Kenntnis setzt.

Bei 5,7% (n=17) der Patienten war der nächste medizinische Kontakt abermals der ärztliche Bereitschaftsdienst. Dieser Punkt wurde gewissermaßen „aus der entgegengesetzten Sicht“ im Rahmen der Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens vor dem Bereitschaftsdiensteinsatz (Kapitel 4.4.) bereits erläutert. Es ergibt nach dem Einsatz also eine nahezu gleiche Anzahl an Patienten (n=19), welche zuvor den Kontakt zu einem Bereitschaftsarzt angaben. Man kann also davon ausgehen, dass etwa zwölf Prozent der Patienten den ärztlichen Bereitschaftsdienst zweimal wegen derselben Beschwerden in Anspruch nehmen.

4,7% der Patienten stellen sich ohne eine schriftliche Einweisung im Anschluss an den Bereitschaftsdiensteinsatz selbstständig in einem Krankenhaus vor. Wie zu erwarten, gaben die meisten hierbei an, dass es nach dem Einsatz nicht oder allenfalls zu einer geringfügigen Besserung der Beschwerden bzw. Situation kam. Hierbei war die Behandlung offensichtlich nicht ausreichend, d.h. es kam nicht zu einer länger andauernden Besserung. Diese Patientengruppe äußerte allerdings nicht häufiger Anregungen und Wünsche, als dies andere taten. Sie waren also dennoch zufrieden mit dem Einsatz.

In 2% (n=6) der Fälle wurde der Rettungsdienst / Notarzt alarmiert. Hierbei wurde bei drei Patienten der Rettungsdienst / Notarzt direkt vom Bereitschaftsarzt alarmiert. Wiederum drei Patienten alarmierten den Rettungsdienst / Notarzt im Anschluss an den Bereitschaftsdiensteinsatz selbstständig. Hierbei muss davon ausgegangen

werden, dass die Beschwerden sich trotz Diagnostik und Therapie des Bereitschaftsarztes akut verschlechterten, sodass der Patient keinen anderen Ausweg sah und seine Situation, dann zumindest subjektiv, als Notfall interpretierte.

Lediglich 1,7 % der Patienten begaben sich in die Behandlung der ärztlichen Bereitschaftspraxis. Die Patienten scheinen sich hier vorzugsweise primär, ohne eine vorherige Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, vorzustellen. Wird im Erstkontakt mit dem Patienten von dem jeweiligen Disponenten der Einsatzzentrale der KV eine Vorstellung in der Bereitschaftspraxis als möglich angesehen, wird dies den Patienten primär angeraten. Das heißt, es findet telefonisch schon eine Selektion statt, sodass dann entweder die Hilfe des Bereitschaftsarztes im häuslichen Umfeld ausreicht oder weitere zuvor erwähnte Optionen der Weiterbehandlung vollzogen werden.

4.9 Erfolgsbewertungen und Anregungen der Patienten

Vorab sei erwähnt, dass dieser Abschnitt der Arbeit die subjektive Bewertung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch den Patienten darstellt. Für die Objektivierung eines Erfolges von Einsätzen wären eine Vielzahl an medizinischen Daten und die detaillierte Betrachtung des Werdegangs des Patienten von Nöten. Beispielsweise durch Erfassung von objektiven Daten, wie etwa die Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder klinische Messgrößen. In dieser deskriptiven Studie wurde jedoch das Augenmerk auf die Besserung des subjektiven Empfindens gelegt. Hiernach können die meisten Bereitschaftsdiensteinsätze in dieser Studie als erfolgreich bezeichnet werden, da 60% der Patienten eine Besserung der Symptomatik bzw. der Situation angaben.

Zur Erfassung von Anregungen und Wünschen der Patienten bezüglich des Einsatzes wurde die offene Fragenform gewählt. Die Antworten wurden erst im Nachhinein durch die Autorin in die zuvor vorgestellten Kategorien zusammengefasst. Auch hier kann man im Allgemeinen von der Zufriedenheit der Patienten ausgehen, da 81% keinerlei Anregungen oder Wünsche äußerten.

6% wünschten sich allerdings kürzere Wartezeiten bis zu dem Eintreffen des Bereitschaftsarztes zum Einsatzort. Wie zuvor dargestellt, wurden die meisten

Patienten durch die KV in die Dringlichkeitsstufe C eingeordnet. In manchen Fällen kam es daher dazu, dass Patienten bis zu mehrere Stunden Wartezeit aufbringen mussten. Verständlich ist hierbei der Wunsch nach schnellerer Hilfe. Wie und ob diesem Wunsch der Patienten in Zukunft besser entsprochen werden kann, soll und kann in diesem Rahmen allerdings nicht diskutiert werden.

5% hätten sich eine intensivere Untersuchung bzw. Behandlung des Arztes gewünscht. Unter diesem Punkt wurden sowohl der Wunsch des Patienten nach einer längeren Verweildauer des Arztes am Einsatzort, als auch die Kritik an einer lediglich grob orientierenden körperlichen Untersuchung zusammengefasst. Berücksichtigt man den Punkt zuvor, erkennt man, dass sich die meisten Anregungen der Patienten auf zeitliche Thematiken beziehen. Dieses Ergebnis spiegelt scheinbar den allgemeinen Unmut der Patienten im gesamten Gesundheitswesen wider. Eine Analyse des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen im Jahre 2008 kam zu dem Ergebnis, dass es den Ärzten in Deutschland für ihre Patienten an Zeit fehlt. Die ärztlichen Gesprächszeiten sind in der Bundesrepublik pro Patient um 30 Prozent kürzer als im europäischen Durchschnitt (22). Der Wunsch der Patienten bezüglich dieses Themas ist, wenn auch in geringer Anzahl, im ärztlichen Bereitschaftsdienst gegenwärtig.

Wiederum 5 % der Patienten äußerten Wünsche im Bereich der Ausrüstung des Arztes. Hierbei ist nicht die Qualität der Hilfs- und Heilmittel als vielmehr die Auswahl und Quantität gemeint. Eine Patientin bemängelte beispielsweise, dass der Arzt keine Zeckenzange mit sich führte.

Lediglich sechs Patienten erwähnten Verbesserungswünsche im empathischen Verhalten des Arztes und drei Patienten in der Freundlichkeit der telefonischen Beratung und Vermittlung durch die Einsatzzentrale der KV.

Insgesamt lässt sich aus den Daten dieser Studie eine sehr hohe Zufriedenheit der Patienten mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst feststellen.

4.10 Diskussion des statistischen Verfahrens

In der vorliegenden Studie wurde eine deskriptive Analyse durchgeführt. Diese hat vor allem das Ziel erfasstes Datenmaterial zu ordnen, übersichtlich darzustellen und Zusammenhänge zu beschreiben. Dies wurde durch diverse Grafiken und die Darstellung der zeitlichen Abfolge durch die Bereitschaftsdienstesätze hindurch umgesetzt.

Betrachtet man die Itemgüte des angewendeten Fragebogens lassen sich keine Verletzungen der drei Hauptgütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität erkennen.

Der Fragebogen wurde in Interviewform angewendet und ließ somit bei Unklarheiten bezüglich der Antworten eine direkte Nachfrage im Telefongespräch zu. Dies und die meist geschlossene Frageform mit den festgelegten Antwortmöglichkeiten minimierten das Risiko für eine subjektive Interpretation der Antworten des Patienten durch die Autorin. Lediglich die Frage nach den Anregungen und Wünschen des Patienten bezüglich des Einsatzes ließ eine gewisse Interpretation durch die offen gestellte Frageform zu. Des Weiteren wurden die Patienten ausschließlich durch die Autorin befragt. Die Objektivität ist somit gegeben.

Die Reliabilität des Fragebogens ist ebenfalls nicht verletzt, da im Allgemeinen exakte Sachverhalte (z.B. Hausarztanbindung - ja oder nein?) abgefragt wurden. Der Grad der Ungenauigkeit ist insgesamt somit als gering anzusehen. Lediglich die Frage nach der regelmäßigen Hausarztanbindung ließ eine gewisse Interpretation des Patienten zu. Während der telefonischen Befragung wurde deutlich, dass einige Patienten unterschiedliche Ansichten bezüglich Regelmäßigkeit hatten. Eine vorherige klare Definition, welche beispielsweise eine bestimmte zeitliche Abfolge erklärt, würde dies verhindern.

Da in der vorliegenden Analyse reale Konstrukte (z.B. konkrete Handlungen des Patienten nach dem Einsatz) im Gegensatz zu latenten Konstrukten (wie z.B. Messungen der Intelligenz) gemessen wurden, ist auch die Validität als nicht eingeschränkt zu bewerten.

Insgesamt ist noch die Repräsentativität der vorliegenden Studie zu betrachten. Die Analyse wurde in drei großen Bezirken, welche sich vom Osten zum Westen Münchens erstrecken, durchgeführt. Der Zeitraum von acht Monaten, in welchen die

Datenerhebung durchgeführt wurde, schließt alle vier Jahreszeiten mit ein und minimiert somit die Wahrscheinlichkeit der falsch hohen Erfassung bestimmter saisonaler Krankheitsbeschwerden. Die Fälle wurden von verschiedenen Ärzten aus verschiedenen Praxen ausgewählt. Es wurde somit auf eine Varietät in der Datenerfassung geachtet. Insgesamt kann man daher die Ergebnisse der Analyse als beispielhaft für die Stadt München beschreiben.

5 Zusammenfassung

Es wurde eine deskriptive Analyse von insgesamt 300 Einsätzen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in München im Zeitraum von Mai 2011 bis Dezember 2011 durchgeführt. Die Daten stammen einerseits von den Informationen der durch sieben Bereitschaftsärzte aus vier Praxen gesammelten Notfall-/Vertretungsscheinen und von der anschließenden telefonischen Befragung der Patienten nach dem Bereitschaftsdiensteinsatz andererseits.

Zusammengefasst lassen sich folgende Ergebnisse durch die Auswertung der Daten erheben.

1. Bezüglich der demographischen Daten zeigt sich, dass der Großteil der Patienten, welche den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch nehmen, weiblich ist (63,7%). Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen Alter und der Inanspruchnahme des Dienstes. Der Altersdurchschnitt aller erfassten Patienten liegt bei 64,1 Jahren.
2. Die meisten Patienten geben eine regelmäßige Hausarztanbindung an (71,4%). Die Konsultation des Hausarztes in der entsprechenden Notsituation lässt sich nach Angaben des Patienten meist nicht realisieren. Der Hauptgrund hierfür ist das Nichterreichen des Hausarztes, beispielsweise aufgrund dessen sprechstundenfreier Zeit. Des Weiteren ist vielen Patienten eine persönliche Vorstellung beim Hausarzt, wegen der körperlichen Einschränkungen im Rahmen der akuten Beschwerden, nicht möglich.
3. Die Einsätze werden von der kassenärztlichen Vereinigung zum größten Teil (87,7%) als nicht dringend (Stufe C) gewertet. Es zeigt sich ein linearer Zusammenhang zwischen Höhe der Dringlichkeitsstufe und der Anzahl der stationären Einweisung durch den Bereitschaftsarzt.
4. Etwa ein Viertel der Patienten nimmt vor dem Eintreffen des Bereitschaftsarztes medizinische Hilfe in Anspruch. In diesen Fällen ist dies zumeist der Haus- bzw. Facharzt. Etwa 12% der Patienten nehmen den Bereitschaftsdienst zweimal in Anspruch.

5. Bei allen diagnosestellenden Akteuren, nämlich Mitarbeiter der Einsatzzentrale der KV, Bereitschaftsarzt und die „endgültige Diagnose“ nach Befragung des Patienten, ergibt sich am Häufigsten eine Diagnose, welche in die Gruppen „Schmerzen / Koliken und Chirurgie / Orthopädie“ oder „Magen-Darmerkrankungen / Gynäkologisch“ eingeteilt wurden.
6. Die Übereinstimmungen der unter 5. genannten Diagnosesteller sind zumeist groß. Das Vergleichspaar Bereitschaftsarzt und „endgültige Diagnose“ zeigt eine höhere Übereinstimmung, als die von Bereitschaftsarzt und KV. In beiden Vergleichen zeigen sich vor allem in den internistisch geprägten Diagnosegruppen die größten Diskrepanzen.
7. Die häufigsten Einzeldiagnosen bzw. Symptome sind Beschwerden der unteren Wirbelsäule (14%) und gastroenteritische Beschwerden (9,7%). An dritter und vierter Stelle sind die abdominellen Schmerzen und die Hypertonie zu verzeichnen. Gemeinsam machen diese einen Anteil von 37,4% an allen erfassten 300 Einsätzen aus.
8. Die meisten Patienten werten den Bereitschaftsdiensteinsatz als erfolgreich, da es zu einer Besserung der Symptomatik bzw. der Situation kam (60%). Nach offen gestellter Frage, äußern die wenigsten Patienten Anregungen oder Wünsche bezüglich des Bereitschaftseinsatzes (81%). Wenn Anregungen geäußert werden, beziehen sich diese zumeist auf den Wunsch einer kürzeren Wartezeit bis zum Eintreffen des Bereitschaftsarztes (6%).

Eine kurze zusammenfassende Beschreibung eines statistisch gesehen durchschnittlichen Einsatzes im ärztlichen Bereitschaftsdienst lässt sich in folgender beispielhaften Kurzgeschichte anschaulich darstellen:

Eine 64 jährige Patientin, welche in regelmäßiger hausärztlicher Behandlung steht, ruft aufgrund akut einsetzender lumbaler Schmerzen, ohne die vorherige Inanspruchnahme von weiterer medizinischer Hilfe, den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ihren Hausarzt kann sie nicht erreichen, da dieser gerade keine Sprechstunde hat. Die Mitarbeiter der Einsatzzentrale der KV übermitteln dem Bereitschaftsarzt die Dringlichkeitsstufe C und die Diagnosegruppe sieben, sodass dieser nach Beendigung des vorherigen Einsatzes zu der Patientin fährt. Nach Anamnese und

körperlicher Untersuchung notiert der Bereitschaftsarzt auf dem Notfall-/Vertretungsschein die Diagnose bzw. das Symptom „akute Lumbago“. Nach analgetischer bzw. antiphlogistischer Therapie verbleibt die Patientin im häuslichen Umfeld und sucht trotz deutlicher Beschwerdelinderung zeitnah ihren Haus- bzw. Facharzt auf. Anregungen oder Wünsche bezüglich des Bereitschaftsdiensteinsatzes äußert sie keine.

6 Ausblick

In medizinischen Fachkreisen wird stetig über Veränderungen und die Existenz des ärztlichen Bereitschaftsdienstes diskutiert. Abschließend wird nun eine kritische Auseinandersetzung mit einem Ausschnitt von aktuellen Themen im ärztlichen Bereitschaftsdienst, unter Einbezug der Erkenntnisse dieser Studie, gegeben.

Eines der Diskussionspunkte im Bereich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sind die Bereitschaftsdienstzeiten und hierbei insbesondere die Möglichkeit der Verringerung dieser. Beispielsweise wird ein Wegfall der Dienstzeiten während der gewöhnlichen ärztlichen Sprechzeiten in Erwägung gezogen. Ein anderer Punkt ist die Diskussion über eine Abschaffung des Taxisystems im Bereich München Stadt, sodass die eventuell kostengünstigere Variante mit Privatfahrzeugen der Ärzte genutzt wird, wie dies in ländlichen Gebieten praktiziert wird (ca. 1 Mio. Euro jährlich für das Taxisystem). Teilweise werden sogar Diskussionen über grundsätzliche Themen, wie etwa die Notwendigkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auch unter Bezugnahme auf die Unterschiede in ländlichen und städtischen medizinischen Strukturen, geführt (16).

Die Ergebnisse dieser Studie können lediglich einen kleinen Beitrag bzw. Denkanstoß im Rahmen dieser Überlegungen leisten. Denn zur Bestimmung des tatsächlichen quantitativen Bedarfs des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu bestimmten Wochenzeiten und die Auswirkungen von diversen Umstrukturierungen, wären gesonderte Studien mit dahingehend gezielten Fragestellungen notwendig.

In dieser Studie zeigten sich Hinweise, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst nicht zwingend nur in Abwesenheit des Hausarztes in Anspruch genommen wird, sondern

beispielsweise auch aus Gründen der schnelleren Verfügbarkeit in dringlichen Situationen. Zwar soll der Bereitschaftsarzt, wie zuvor deutlich hervorgehoben, nicht den Hausarzt ersetzen, allerdings kann dieser auch in Sprechzeiten dadurch entlastet werden. Ein zügiger Hausbesuch, der teils nötig ist, stört selbstverständlich den laufenden Praxisbetrieb. Eine mögliche Folge, die hierbei bedacht werden sollte, ist der eventuell daraus resultierende Anstieg der Rettungsdienst- bzw. Notarzteinsätze, welche der Hausarzt in seiner überlasteten Situation während dem Praxisbetrieb vielleicht verstärkt veranlasst. Aber auch von Seiten der Patienten kommt es, mit Blick auf die Ergebnisse dieser Studie, zu einer Inanspruchnahme von Rettungsdiensteinsätzen bzw. stationären Behandlungen, wenn der Hausarzt nicht zeitnah einen Hausbesuch leisten kann. Dies sollte in die Überlegungen, bezogen auf die Verringerung der Bereitschaftsdienstzeiten, miteinbezogen werden.

Bezüglich des Taxisystems sollte selbstverständlich die erschwerte Parksituation, welche in größeren Städten besteht, bedacht werden. Schließlich zeigen die Ergebnisse dieser Studie teilweise eine Unzufriedenheit auf Grund von Wartezeiten im Einsatz. Dieser Umstand könnte sich vermutlich durch die angestrebte Veränderung verschlechtern, zumal in München Stadt zum Großteil kostenpflichtige Parkplätze vorgehalten werden und selbst diese nicht in Fülle zur Verfügung stehen. Verzögerungen des Einsatzes mitsamt diversen Konsequenzen sind hierbei durchaus denkbar.

Die Ergebnisse dieser Studien zeigen weiter, dass stationäre Einweisungen durch die Präsenz des ärztlichen Bereitschaftsarztes vor Ort vermutlich verhindert werden können. Schließlich wird lediglich jeder vierte Patient stationär eingewiesen. Ohne die schnelle medizinische Versorgung durch den Bereitschaftsarzt wäre die Anzahl der eigenständigen Patientenvorstellungen in stationären Einrichtungen bzw. die Alarmierung des Rettungsdienstes / Notarztes mit großer Wahrscheinlichkeit höher. Die Kosten wären somit höher als der Einsatz eines Bereitschaftsarztes. Betrachtet man die Zahlen im Rahmen der Weiterbehandlung der Patienten, so begaben sich 41,7% der Patienten dieser Studie nach dem Bereitschaftsdiensteinsatz in die haus- bzw. fachärztliche Behandlung und 19% benötigten keine weitere medizinische Versorgung im Anschluss. Es ist insgesamt also davon auszugehen, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst Kosten im Gesundheitswesen einsparen kann. Selbstverständlich sind hierfür stetig weitere Optimierungen nötig. Neben den

ökonomischen Gesichtspunkten zeigen sich auch weitere Vorteile. Nach Erkenntnissen dieser Studie äußerten die Patienten bzw. deren Angehörige schließlich eine hohe Zufriedenheit mit dieser Form der ambulanten Leistung. Ein Wegfall scheint somit für die meisten Menschen undenkbar.

Insgesamt ist erkennbar, dass ein stetiger Versuch der Veränderung, Verbesserung und Anpassung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an gesellschaftliche und ökonomische Bedürfnisse besteht. Eine umfangreiche Umstellung zeigte sich schließlich schon während der Datenerfassung in dieser Studie, als die bundesweit einheitliche Telefonnummer eingeführt wurde. Es bleibt abzuwarten, welche Veränderungen sich in Zukunft in diesem dynamischen System durchsetzen werden.

Diese vorliegende Studie zeigt den Status quo des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Jahre 2011: Eine fest etablierte, professionelle Institution im Gesundheitswesen, von der viele Patienten und diverse Akteure in diesem System profitieren.

Literaturverzeichnis

Bücher:

- (1) Grifka J & Kuster M (2011): Orthopädie und Unfallchirurgie. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. S. 435 – 436, 440
- (2) Hermann M & Quellmann T (2009): Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst. 3. Auflage. München: Urban & Fischer. S. 12 – 15
- (3) Herold G & Mitarbeiter (2010): Innere Medizin. Köln. S. 289
- (4) Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2008): Ärztliche Versorgung aus einer Hand. München. S. 5 – 7, 24
- (5) König C, Üner B & Pajonk F G (2009): Der kassenärztliche Notdienst. In: Madler C, Jauch K W, Werdan K, Siegrist J & Pajonk F G Hrsg. Akutmedizin - Die ersten 24 Stunden. Das NAW-Buch. 4. Auflage. München: Urban & Fischer. S. 4, 101 - 105
- (6) Laufs A & Kern BR (2010): Handbuch des Arztrechts. 5. Auflage. München: Beck Verlag. S. 83 – 84, 197 – 199
- (7) Schultz-Zehden B (2005): Lust, Leid und Lebensqualität von Frauen heute. Ergebnisse der deutschen Kohortenstudie zur Frauengesundheit. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag. S.4, 26
- (8) VERLAG Walter de Gruyter (Hrsg.) (2004). Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter. S. 1293
- (9) Wenner U (2008): Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform. München: Beck Verlag. S. 188 – 191
- (10) Wilken, M (2010): Arzt und Patient. Die Dienstleistung zwischen Hausarzt und Patient im deutschen Gesundheitssystem – eine handlungsfundierte Institutionsanalyse. München und Mering: Rainer Hampp Verlag. S.51 - 52, 175 - 176

Fachzeitschriften:

- (11) Bär J (2010): Kassenärztliche Vereinigung Bayerns: Zu Hause medizinisch gut versorgt. In: Profund. Heft 10. S. 12
- (12) Böhm K, Tesch-Römer C & Ziese T (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Eine gemeinsame Veröffentlichung des statistischen Bundesamtes, des deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Berlin. S. 117
- (13) Jürgen C (2008): Patient bittet um Hausbesuch. Im Zweifel immer fahren. In: Der Allgemeinarzt. Heft 14. S. 26 - 27
- (14) Heskamp C (2008): Zur Not immer bereit: Zur Klarstellung: Bereitschaftsdienst ist nicht Rettungsdienst. In: Niedersächsisches Ärzteblatt. Heft 8. S. 64
- (15) Jencio A (2010): Erfahrungen eines deutschen Hausarztes mit DRG. In: Primary Care. Nr. 17. S. 329
- (16) Stein A (2012): Leserbrief zu „Neue Strukturen im Bereitschaftsdienst“ In: KVB Forum. Nr. 6. S. 26
- (17) Korzilius H (2012): Hausarztzentrierte Versorgung: Minister auf Lernbesuch. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 6. S.237 - 238
- (18) Landeshauptstadt München. Kreisverwaltungsreferat. Branddirektion (2011): Jahrespressekonferenz - Bilanz 2010. S. 5
- (19) Meyer M, Heidecker - Frölich B, Flury B & Abelin T (1976): Gesundheitliche Versorgung: Hausbesuche in der ärztlichen Praxis. In: Sozial- und Präventivmedizin. Band 21. Nummer 4. S. 161 - 162
- (20) Robert Koch-Institut (2011): Abschließende Darstellung und Bewertung der epidemiologischen Erkenntnisse im EHEC O104:H4 Ausbruch, Deutschland 2011. Berlin. S. 2
- (21) Rosemann T, Huber C A (2010): Die DRG und die Hausarztmedizin – Chancen oder Risiko für die Hausarztpraxis als „Medical Home“?. In: Primary Care. Nr. 17. S. 337 – 338
- (22) Sawicki P & Nasser M (2008): German health care: A bit of Bismarck plus more science. In: British medical journal.

- (23) Zdrenka G (2010): Der ärztliche Bereitschaftsdienst in Bayern: Eine Übersicht über die Arbeit der Vermittlungs- und Beratungszentralen der Kassenärztlichen Vereinigung. In: Notfall- und Rettungsmedizin. Heft 2. S. 114 – 118
- (24) Ziese T, Kohler M (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. S. 27
- (25) Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2010): Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Deutschland, 2010 In: http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld03/doc/0319_2010.xls Berlin.

Dissertationen:

- (26) Albert G (1992): Analyse des ärztlichen Notdienstes anhand eines Vergleiches von Notdiensteinsätzen im Stadtbezirk 617 und im Landbezirk 613 des Landkreises Würzburg [Dissertation]. Würzburg: Julius-Maximilians-Universität. S. 57, 29
- (27) Reinholz T (1974): Analyse von Fällen des ärztlichen Notdienstes an Wochenenden im Stadtbereich München [Dissertation]. München: Ludwig-Maximilians-Universität. S. 2,5,56
- (28) Staffa G (2007): Analyse der Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notfalldienstes in einem Hamburger Notfallbezirk im Zeitraum August 1996 bis 1997 [Dissertation]. Hamburg: Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. S.13, 54

Internetseiten:

- (29) http://www.muenchen.de/Stadtleben/Gesundheit_Umwelt/Notdienste_Hilfe/Medizinische_Notdienste/3637/index.html
- (30) <http://www.kvb.de/de/ueber-uns/unsere-aufgaben.html>
- (31) <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49460>. Rückenprobleme bei jedem Dritten stressbedingt.

- (32) <http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/de/19/proxy/dkv/Treffer.html>
- (33) <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Kreisverwaltungsreferat/Branddirektion-Muenchen/Rettungsdienst/Notarzdienst.html>
- (34) <http://www.kvb.de/de/praxis/praxisfuehrung/neue-versorgungsformen/pflegeheimversorgung/geriatischer-praxisverbund.html>
- (35) http://www.kvb.de/fileadmin/data/dokumente/2_Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-Flyer_GPV.pdf
- (36) <http://www.bereitschaftspraxen.de/>
- (37) <http://www.mstatistik-muenchen.de/datamon/datamon.jsp?thema=C01>
- (38) https://www.statistik.bayern.de/presse/archiv/2011/179_2011.php
- (39) https://www.statistik.bayern.de/presse/archiv/2011/261_2011.php
- (40) http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=49717594&nummer=519&p_sprache=D&p_indsp=302&p_aid=94516402
- (41) <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/SterbefaelleInsgesamt.html?nn=50808>
- (42) <http://www.116117info.de/html/>
- (43) <http://www.icd-code.de/>

Sonstige Literaturquellen:

- (44) E-mail vom statistischen Amt München von Sven Nöldner: „Daten Dissertation“, stat.amt@muenchen.de am 12.12.2011
- (45) E-mail von kassenärztlicher Vereinigung München von Reno Thoß: „Dissertation ärztlicher Bereitschaftsdienst“, Reno.Thoss@KVB.de am 09.04.2012
- (46) E-mail vom Institut für Medizinische Informatik Biometrie Epidemiologie von Dr. K.J. Schotten: „Dissertation“, scho@ibe.med.uni-muenchen.de am 20.11.2012

Abkürzungsverzeichnis

AZ	–	Allgemeinzustand
BA	–	Bereitschaftsarzt / -ärztin
BDO	–	Bereitschaftsdienstordnung
BF	–	Berufsfeuerwehr
BLÄK	–	Bayerische Landesärztekammer
bzw.	–	beziehungsweise
COPD	–	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (deutsch: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
DRG	–	Diagnosis Related Groups (deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen)
FW	–	Feuerwache
Gedikom	–	Gesundheitsdienstleistungen Kommunikation
HUS	–	Hämolytisch urämisches Syndrom
ISG	–	Iliosakralgelenk
ICD-10	–	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
KBV	–	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV / KVB	–	Kassenärztliche Vereinigung (Bayerns)
KTW	–	Krankentransportwagen
Mio	–	Million
MS	–	München Stadt
mmHg	–	Millimeter Quecksilbersäule
n	–	Absolute Häufigkeit bzw. Anzahl
N	–	Bezugsfallzahl

NAW	–	Notarzwagen
NEF	–	Notarzteinsatzfahrzeug
RW	–	Rettungswache
RTW	–	Rettungswagen
SGB	–	Sozialgesetzbuch
u.a.	–	und andere(s), unter anderem
usw.	–	und so weiter
u.v.m	–	und viele mehr

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Standorte der Bereitschaftspraxen in München (36).....	10
Abbildung 2 Bereitschaftsdienstbezirke in München (Stadt)	17
Abbildung 3 Übersicht über erfasste Daten in der Studie	21
Abbildung 4 Flussdiagramm zur Datenerfassung	24
Abbildung 5 Altersgruppen der Patienten	27
Abbildung 6 Geschlechterverteilung	27
Abbildung 7 Geschlecht nach Altersgruppen der Patienten	28
Abbildung 8 Häufigkeit der vergebenen Dringlichkeitsstufen.....	29
Abbildung 9 Vorhandensein eines Hausarztes	30
Abbildung 10 Regelmäßigkeit des Hausarztbesuches	30
Abbildung 11 Gründe für eine Nichtinanspruchnahme des Hausarztes	31
Abbildung 12 Bestehen vorhergehender medizinischer Hilfeleistung	31
Abbildung 13 Arten der vorhergehenden medizinischen Hilfeleistung.....	32
Abbildung 14 Anteil der Diagnosegruppen	34
Abbildung 15 Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen telefonischer Nachbefragung des Patienten und Bereitschaftsarzt.....	37
Abbildung 16 Übereinstimmung der Diagnosegruppen zwischen Bereitschaftsarzt und den Mitarbeitern der KVB.....	38
Abbildung 17 Anteil der vier häufigsten Diagnosen / Symptome nach Befund des Bereitschaftsarztes	39
Abbildung 18 Art der medizinischen Weiterversorgung	41
Abbildung 19 Subjektive Besserung der Symptomatik / Situation	41
Abbildung 20 Anregungen / Wünsche der Patienten bezüglich des Einsatzes.....	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Notarztstandorte in München (33).....	8
Tabelle 2 Dringlichkeitsstufen.....	13
Tabelle 3 Diagnoseverschlüsselungen der KV (44).....	14
Tabelle 4 Einweisungshäufigkeit nach Dringlichkeitsstufe (N=300).....	29
Tabelle 5 Diagnosegruppen des Bereitschaftsarztes mit Einzeldiagnosen	35
Tabelle 6 Detaillierte Auflistung der vier häufigsten Diagnosen / Symptome (43) (N=300)	39

Anhang: Fragebogen für die telefonische Erhebung der Daten

1. Haben Sie einen Hausarzt?

- a. Ja
- b. Nein

2. Wenn ja: Sind Sie dort in regelmäßiger Behandlung?

- a. Ja
- b. Nein

3. Weshalb konnten bzw. wollten Sie die Hilfe des Hausarztes nicht in Anspruch nehmen?

- a. HA führt keine Hausbesuche durch
- b. HA nicht erreichbar (keine Sprechzeit, Urlaub)
- c. HA durch Patient nicht aufsuchbar
- d. HA für Hausbesuch nicht so schnell verfügbar wie Bereitschaftsdienst
- e. Sonstige Gründe

4. Hatten Sie vor dem Eintreffen des Bereitschaftsarztes bereits medizinische Hilfeleistungen für die aktuellen Beschwerden in Anspruch genommen?

- a. Ja
- b. Nein

5. Wenn ja, welche?

- a. Rettungsdienst
- b. Krankenhaus
- c. Hausarzt / Facharzt
- d. Bereitschaftspraxis
- e. Ärztlicher Bereitschaftsdienst war schon vor Ort

f. Sonstige Hilfe

6. Zu welcher weiteren medizinischen Behandlung/Versorgung kam es?

- a. Keine weitere medizinische Behandlung
- b. Hausarzt / Facharzt
- c. Bereitschaftspraxis
- d. Nochmals ärztlichen Bereitschaftsdienst angefordert
- e. Krankenhausbesuch, wenn ja
- f. eingewiesen
- g. selbst gegangen
- h. Rettungsdienst
- i. Sonstiges

7. Welche Diagnose ergab sich letztendlich bei Ihnen?

8. Kam es durch die Maßnahmen des Bereitschaftsarztes zu einer Besserung der Symptomatik bzw. Situation?

- a. Ja
- b. Nein
- c. Keine eindeutige Aussage

9. Welche Anregungen bzw. Wünsche würden Sie bezüglich des Einsatzes äußern?

Danksagung

Herrn Prof. Dr. A. Standl möchte ich für die freundliche Überlassung des hochinteressanten Themas danken. Besonders danken möchte ich auch für die Freiheit, die mir für die Ausgestaltung dieser Studie gewährt wurde.

Mein besonderer Dank gilt auch meinem Betreuer Herrn Dr. A. Stein, welcher mir bei der Planung, Durchführung (insbesondere durch die Erfassung zahlreicher Patienten) und Auswertung dieser Arbeit sehr geholfen hat. Außerdem konnte ich von seinem kompetenten Rat und seiner langjährigen Erfahrung im ärztlichen Bereitschaftsdienst sehr profitieren.

Ebenfalls danken möchte ich Herrn Dr. I. Khmayyes, Frau Dr. U. Röttger und Frau Dr. C. Storr, Herrn Prof. Dr. H.J. Willerding und Herrn Dr. B. Heckert, welche im Rahmen ihrer Bereitschaftsdiensteinsätze die relevanten Patienten für diese Studie aufnahmen und somit einen entscheidenden Beitrag zur Datenerfassung leisteten.

Des Weiteren danke ich den freundlichen, zuverlässigen Praxisteams von Herrn Prof. Dr. A. Standl und Herrn Dr. A. Stein, welche für mich das Sammeln der zahlreichen Notfall-/Vertretungsscheine koordinierten und zur Auswertung überließen.

Den Mitarbeitern der KVB Herrn Zdenka und Herrn Thoß möchte ich für die zahlreichen Informationen über die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in München danken. Diverse übersichtliche Abbildungen und Daten machten die Arbeit informativ und anschaulich.

Herrn Dr. K.J. Schotten danke ich für die schnelle Hilfe und Beurteilung dieser Arbeit hinsichtlich statistischer Thematiken.

Außerdem danke ich meiner Familie und hierbei insbesondere meinem Mann Oliver für die tatkräftige Unterstützung in vielen computertechnischen Belangen.