

Aus der Abteilung Allgemeinmedizin
der Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf
Direktor: Univers.Prof.Dr.med. Harald Abholz
vormals Prof.Dr.med. Peter Helmich

Ambulante Notfallpraxis
als gebietsübergreifender, zentraler, einziger Notfalldienst
(Fahrdienstbereich)
in einer Großstadt

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von:
Marc Peter Hilgers

2001

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
gez.: Prof. Dr. Häussinger
Dekan

Referent: Prof. Dr. P. Helmich
Koreferent: PD Dr. P. Wehling

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	3
1.1. Termini im kassenärztlichen Notdienst	7
1.2. Rechtliche Grundlagen	9
1.3. Andere Organisationsformen	10
1.4. Vorläufer der Notfallpraxis in Düsseldorf	13
2.0. Die Notfallpraxis Erkrather Straße	14
2.1. Organisation	15
2.2. Dienstformen	15
2.2.1. Fachspezifischer Dienst	15
2.2.2. Telefondienst	16
2.3. Fahrdienst und Kommunikationswege	17
2.4. Zusammensetzung der diensttuenden Ärzteschaft nach Fachrichtungen	18
3.0. Ziel der Arbeit	19
4.0. Methode der Datenerfassung	19
5.0. Ergebnisse	21
5.1. Gesamtkollektiv	21
5.2. Wochentags 19:00 bis 07:00 Uhr	37
5.3. Mittwochnachmittags 13:00 bis 19:00 Uhr	42
5.4. Wochenende 7:00 bis 20:00 Uhr (Samstag, Sonntag und Feiertage)	47
5.5. Wochenende 20:00 bis 7:00 Uhr (Samstag, Sonntag und Feiertage)	52
6.0. Diskussion	57
6.1. Gesamtkollektiv	57
6.2. Gegenüberstellung TAG- zu NACHT-Einheiten	70
6.3. Qualität der Notfallversorgung	78
7.0. Zusammenfassung	81
8.0. Literaturverzeichnis	83
9.0. Anhang	86
9.1. Notfallverordnung der KV und ÄK Nordrhein	86
9.2. Erfassungsbogen A	89
9.3. Erfassungsbogen B	90
10.0. Lebenslauf	91
11.0. Danksagung	92

1.0. Einleitung

„Die Einrichtung des Notfalldienstes bezweckt, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung auch während der sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen. Ein funktionsfähiger Notfalldienst ist für die Volksgesundheit ebenso wie für die Gesundheit jedes einzelnen Bürgers von größter, ja lebenswichtiger Bedeutung.“

Bundesverwaltungsgericht 12.12.1972

Mit dem Notfalldienst, auch Bereitschaftsdienst niedergelassener Ärzte genannt, sind Ärzte wie Patienten vielerorts nicht mehr zufrieden. Für die niedergelassenen Kollegen ist er eine häufige und zusätzliche Belastung. Die Patienten finden es oft umständlich herauszufinden, wer aktuell Dienst hat. Also war der Weg zum nächstgelegenen Krankenhaus das Mittel der ersten Wahl. Als Reaktion darauf begann man Anfang der 90er Jahre Notfallpraxen zu gründen. In den letzten Jahren wurden diese auch am/ im Krankenhaus angesiedelt.

Gegner dieser Notfallpraxen argumentieren, es sei ein enormer Aufwand, dessen Investition nicht gerechtfertigt sei. Die am Notdienst Teilnehmenden hätten ja eigene, durchaus sehr umfangreich ausgestattete Praxen. (31)

Als Pendant dazu wurde in einigen Kreisen eine zentrale, ISDN gesteuerte Telefonanlage installiert.

Gegner dieses Systems bemängeln, dass modernste Technik bei der Weiterleitung eines Notrufs nicht automatisch ein verbessertes System oder gar eine verbesserte Versorgung gewährleisten. Inwieweit eine fachspezifisch eingerichtete Praxis ausreicht, um eine fachfremde Erkrankung suffizient und fachgerecht zu therapieren, wird in Frage gestellt. (33)

Nach der Entstehung von Notfallpraxen ergab die Analyse der Patientenströme, dass der hohe Rückgang der Patientenzahlen in den Polikliniken bzw. Klinikambulanzen fast ausschließlich auf das Wegbleiben von Patienten mit allgemeinmedizinischen Beschwerden zurückzuführen war. (65)

Die Bereitschaftspraxis hat offenbar keine, wie befürchtet wurde, zusätzliche Nachfrage ausgelöst, da der Rückgang der Patientenzahl in der Poliklinik in etwa der Zahl der in der Bereitschaftspraxis behandelten Patienten entspricht. (65)

20% der Patienten, die eine Poliklinik-Ambulanz aufsuchten, hätten einen niedergelassenen Arzt oder den Hausarzt aufgesucht, WENN SIE IHN ERREICHT HÄTTEN. (65)

Der ambulante ärztliche Notdienst, früher auch „Sonntags- und Bereitschaftsdienst“, hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte auf regionaler Ebene entwickelt. Ziel der Ergänzung der Präsenzpflcht, die davon ausgeht, dass der Arzt gegebenenfalls auch abends und nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung steht, ist die Erlaubnis zur zeitweisen Abwesenheit und Erholungszeit für niedergelassene Ärzte. Eine permanente „Verfügbarkeit“ stellt eine der Grundanforderungen an die „freien Berufe“ dar, zu denen sich der ärztliche Beruf zählt. Wichtig ist, dass die Einrichtung eines lokalen Notfalldienstes den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung für die Behandlung der von ihm betreuten Patienten zu sorgen, entbindet, zumindest in dem Umfang, wie es der jeweilige Krankheitszustand erfordert. (14)

Wichtig gerade für das zum Teil falsche Verständnis des Notfalldienstes ist, dass er nur die ambulante Versorgung in dringenden Fällen außerhalb der Sprechstundenzeiten sicherstellen soll. Deshalb ist man auch von dem früher ausschließlich und heute zum Teil synonym verwandten Begriff des „Bereitschaftsdienstes“ abgewichen, um diese Trennung zu verdeutlichen.

Der Notfalldienst ist nicht als dritte Säule der Versorgung zu sehen; er soll kein dauerhaftes Verhältnis zwischen Arzt und Patient nach sich ziehen; er ist nicht zur beliebigen Inanspruchnahme ohne ersichtlichen Anlass, sondern ohne Ausnahme für unaufschiebbare, lebenserhaltende Maßnahmen installiert worden. (54), (48)

Der Rettungsdienst arbeitet eng mit dem Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte zusammen, ist jedoch scharf von ihm getrennt. Während der Notfalldienst eine bereits bestehende ambulante Therapiemaßnahme übergangsweise fortsetzt oder eine dringend notwendige ambulante Behandlung einleitet, wird der Rettungsdienst mit all seinen Facetten tätig, wenn der Patient einer dringenden Krankenhausbehandlung bei schweren Erkrankungen und nach Unfällen bedarf.

(15)

Geschichtlich gesehen gab es erste Ansätze des Notfalldienstes bereits Anfang des letzten Jahrhunderts. In der Rheinprovinz gab es einige Städte (Barmen, Essen, Lennep, Ratingen, Remscheid, Wermelskirchen), die einen sogenannten Sonntagsdienst einrichteten, um so die Niedergelassenen von der üblichen abgehaltenen Sonntags- und Feiertagssprechstunde zu befreien. Gleichzeitig begannen erste Bestrebungen, einen flächendeckenden Notfalldienst einzurichten. Wie auch bei den Änderungen von heute verlief diese Anstrengung nicht ohne

Widerspruch. Der Vorsitzende des Ärztevereines RBZ Düsseldorf, Pfalz, der für die flächendeckende Notfallversorgung bei Aufhebung der Sonn- und Feiertagssprechstunde plädierte, beklagte die „Bequemlichkeit und Selbstsucht, ja Rücksichtslosigkeit des Publikums im Verein mit Konkurrenzneid und Konkurrenzfurcht der Ärzte“. (16)

Während in den Anfängen des letzten Jahrhunderts sich die Ärzte lokal um kollegiale Vertretungen in den sprechstundenfreien Zeiten kümmerten, schalteten sich im Laufe der Zeit Institutionen des Staates und der Standesvertretungen regelnd ein. Im Zweiten Weltkrieg kam dieses System allerdings durch wachsenden „Personalmangel“ zum Erliegen. (17)

Nach dem Kriege (1945) fühlten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen (durch den Sicherstellungsauftrag) und Ärztekammern (durch die Heilberufskammergesetze) für die Regelung des Notfalldienstes zuständig. Durch die Doppelverantwortlichkeit beider Institutionen arbeiten die beiden Körperschaften seit Mitte der 60er Jahre eng zusammen. Rein rechtlich herrscht eine Kompetenzgemengelage. Die Notfalldienstordnung von 1972, wortgleich von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung verabschiedet, war somit die erste „gemeinsame“ für Nordrhein. Nun wurde für Großstädte ab 100.000 Einwohner ein Notfalldienst am Mittwochnachmittag und am Wochenende obligat. In kleineren Orten oder Landkreisen blieb es beim bis dahin bestehenden System, dass die Wochenenden und Feiertage über einen Notfalldienst versorgt wurden, sowie „im Bedarfsfalle“ die Mittwochnachmittage. In der Region Nordrhein besteht seit 1994 eine einheitliche Regelung, dass an allen Tagen nachts, an Mittwochnachmittagen, am Wochenende, allen gesetzlichen Feiertagen (auch Heiligabend und Sylvester), sowie am Rosenmontag der Notfalldienst die ambulante Versorgung sicherstellt.

Im Jahre 1991 kam es zu einer wichtigen strukturellen Änderung der gemeinsamen Notfalldienstordnung. Die bisher geltende Vorschrift, der Notfalldienst sei aus der eigenen Praxis heraus durchzuführen, wurde durch die Option, ihn in Notfallpraxen abzuleisten, ergänzt. Auf Vorschlag des damaligen Vize- und heutigem Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Hoppe, wurde eine weitere Alternative erwogen, die mittlerweile in einigen Regionen praktiziert wird. Niedergelassenen Ärzten, die am Notfalldienst teilnehmen, sollte dessen Durchführung innerhalb von Krankenhäusern unter Nutzung deren Einrichtungen ermöglicht werden.

Die Pflicht zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für alle niedergelassenen Fachärzte. Nur in ihrer Sprechstundentätigkeit sind sie auf ihr jeweiliges Fachgebiet beschränkt. Alle am Notfalldienst teilnehmenden Ärzte müssen in der Lage sein, Sofortmaßnahmen bei allen Leiden oder Krankheiten einzuleiten, bzw. den Patienten in ein Krankenhaus einzuweisen. (48) Durch die Weiterbildungspflicht für den Notfalldienst (§3 Heilberufsgesetz) wird dies gefördert und durch die (gerade im Gebiet der KV Nordrhein) Angebote der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung unterstützt, in welchen ein Schwerpunkt auf die Notfallmedizin gelegt wird.

Besondere „Notfallringe“ (Facharzttringe) waren nach dem Kriege mit zunehmender Dichte der ambulanten fachärztlichen Versorgung entstanden. Von den anfänglichen Ringen blieben nach einer Vorstandsentscheidung im Jahre 1975 nur noch wenige (HNO-, Augen-, Kinder- und Nervenärzte etc.) übrig. Die bis dahin eigenständigen anderen fachärztlichen Notdienste gingen wieder im allgemeinen Notfalldienst auf, was zu einer deutlichen Entlastung der am Notfalldienst teilnehmenden Ärzte führte. Als weitere Möglichkeit der Notfallversorgung steht den Patienten auch die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser zur Verfügung. Diese wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt. Durch die Einrichtung zentraler Notfallpraxen sind die Zahlen der sogenannten „Selbsteinweiser“ zurückgegangen. Die Patienten nutzen nun offensichtlich eher den Notfalldienst als Anlaufstelle.

Während eine zunehmende Verzahnung zwischen Notfalldienst und Notdienst zu verzeichnen ist, klaffen die beiden Versorgungssysteme auf anderer Seite noch immer weit auseinander. Die Arztnotrufzentralen (o.ä.), verantwortlich für den Notfalldienst, sind bundeseinheitlich unter der Rufnummer 19292 zu erreichen. Alle Versuche, den Rettungsdienst auch unter einer einheitlichen Telefonnummer zu koordinieren, sind bislang gescheitert.

Die in den letzten Jahren vorzugsweise in Ballungszentren organisierten Privatärztlichen Notfalldienste bieten Notfallbehandlungen gegen entsprechendes Privathonorar. Somit treten sie in Konkurrenz zu dem kassenärztlichen Notfalldienst. Diese Organisationen versprechen die schnellere und ausführlichere Betreuung, nicht nur für Privatpatienten. Eine erfolgte Behandlung soll von dem Patienten privat bezahlt werden und die Rechnung dann seiner Krankenkasse zur Erstattung vorgelegt werden. Nach Prüfung der rechtlichen Sachlage solcher Konkurrenz,

reagierten die Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Versprechen, den eigenen Notfalldienst zu optimieren.

(67)

1.1. Termini im kassenärztlichen Notdienst

Im Folgenden wird der Begriff des Arztes oder des Patienten als Gattungsbegriff in der männlichen Form benutzt. Selbstverständlich sind auch Ärztinnen und Patientinnen gemeint.

Im Bereich der Notfallmedizin kommt es zu doppeldeutigen Bezeichnungen, die eine eindeutige Definition erfordern. Zum Beispiel „der Notarzt“: Nach Lüttgen (49) ist der Begriff des Notarztes oder auch des Notarztdienstes nur im Rahmen des Rettungsdienstes zu verwenden, so dass Verwechslungen mit dem ärztlichen Bereitschafts- oder dem kassenärztlichen Notfalldienst vermieden werden sollen.

Notfall

Gemäß DIN 13050 stellt der Notfall ein Ereignis dar, welches durch eine akute Lebensbedrohung bestimmt wird und eine sofortige, unverzügliche Hilfeleistung erfordert.

Notfallpatient

Die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer legen eindeutig fest: Notfallpatienten sind „Verletzte oder Erkrankte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten.“ (56)

Im kassenärztlichen Bereich dagegen ist ein Notfallpatient derjenige, welcher außerhalb der Sprechstundenzeiten Hilfe beansprucht bzw. benötigt.

Notsituation

Eine Notfallsituation liegt immer dann vor, wenn aufgrund einer Erkrankung ärztliche Hilfe in Kürze erforderlich ist, ohne dass unmittelbare Lebensgefahr besteht. (56)

Notarztdienst

Hierunter subsumiert man den Bereitschaftsdienst von Ärzten, zumeist Krankenhausärzten, die völlig (zum Teil im Rahmen ihres Krankenhausdienstplanes) im Rettungswesen, der Rettungskaskade, integriert sind. Diese Notärzte arbeiten von Notarzteinsatzfahrzeugen [NEF] (meist im „Rendezvous-System“), Notarztwagen [NAW], oder aus Rettungshubschraubern [RTH] mit den Trägern des Rettungsdienstes (z.B. Feuerwehr, Rotes Kreuz, Johanniter) und den Krankenhäusern zusammen.

„Rendez-vous-System“ bezeichnet die Organisationsform, in welcher der Notarzt mit dem NEF, einem entsprechend ausgestattetem PKW, direkt zum Einsatzort gefahren wird und dort mit dem Rettungswagen [RTW] zusammentrifft.

Ärztlicher Notfalldienst

Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages ist der Notfalldienst ein von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eingerichteter Dienst zur ambulanten ärztlichen Betreuung Erkrankter, Verletzter und sonstiger Hilfebedürftiger außerhalb der üblichen Sprechzeiten. An Wochenenden, in der Nacht und am Mittwochnachmittag stellt der ärztliche Notdienst die niedergelassenen Ärzte von ihrer Präsenzpflicht frei, wobei ein in Notfällen erreichbarer Arzt ihn vertritt.

Diese Dienste entstanden nach dem Zweiten Weltkrieg Anfang der 50er Jahre in großen städtischen Ballungszentren, wie z.B. Berlin. Im weiteren Verlauf wurde dieses Modell mehr und mehr auch in den ländlichen Regionen eingerichtet.

Die aktuelle Fassung der gemeinsamen Notdienstverordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein ist im Anhang abgedruckt.

Notfallarzt

Der Notfallarzt ist in erster Linie Ansprechpartner der Patienten (anstelle des abwesenden behandelnden (Haus-) Arztes) in den Situationen, in denen eine Behandlung bis zu dessen Rückkehr nicht aufgeschoben werden kann. Dem Notfallarzt stehen in der Regel nur geringe medizinisch-technische Hilfsmittel zur Verfügung.

Diese Definition muss im Sinne der Patientenwirklichkeit verstanden werden; es werden folglich häufig „Notfälle“ versorgt, die aus medizinischer Sicht keine sind.

1.2. Rechtliche Grundlagen

Ein in eigener Praxis niedergelassener Arzt hat Präsenzpflicht, das heißt, er ist für die Betreuung seiner Patienten und für die ärztliche Hilfe während der Praxiszeiten und auch im Notfall verantwortlich. Für jeden niedergelassenen Arzt ist die Teilnahme am Notfall-/ Bereitschaftsdienst obligatorisch. Jeder Arzt ist Pflichtmitglied in seiner berufsständigen Selbstverwaltung, der Landesärztekammer. Besitzt er darüber hinaus die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit, so ist er auch Mitglied der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV). Beide Organisationen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und durch gesetzliche und vertragliche Bindungen verpflichtet, Notfalldienste einzurichten.

Es kommt zu einer Aufgabenüberschneidung insofern, als den Ärztekammern die Überwachung und Erfüllung der Berufspflichten aller Ärzte obliegt, während die Verpflichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich gegenüber den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen bzw. den zu diesen Kassen zugelassenen Ärzten (Kassenärzte, heute Vertragsärzte genannt) bestehen.

Die Landes- bzw. Bezirksärztekammern gründen ihre Zuständigkeit und die von ihnen erlassenen Verordnungen auf §20 der Berufsordnung für deutsche Ärzte.

(1)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllen ihren Versorgungsauftrag am Patienten gemäß Reichsversicherungsordnung (RVO) und Bundesmantelvertrag (BMV). §368 Abs.1 RVO berechtigt und verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, die kassenärztliche ambulante Versorgung sicherzustellen. In §6 Absatz 6 BMV wird näher erläutert: „Die Kassenärztliche Vereinigung stellt für Tage, an denen die Sprechstunden im allgemeinen ausfallen, eine ausreichende Versorgung für dringende Fälle sicher.“ (40)

Die in dieser Arbeit untersuchte Notfallpraxis liegt im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein.

Hier greift speziell der §5 Absatz 4 der „Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein“.

Spontane Hilfeleistungspflicht

Die spontane Hilfeleistungspflicht im Unglücksfall (auch im medizinischen Notfall) im Sinne des §323c des Strafgesetzbuches besteht für jeden ohne Ansehen der

Person. Die unterlassene Hilfeleistung ist unter Strafe gestellt. Für den Arzt (und schon für den Medizinstudenten) stellt sich die Hilfeleistungspflicht im Besonderen. Er muss, kommt er z.B. als erster zu einem Unglücksort oder wird als Nächsterreichbarer hinzugerufen, die ihm in dieser Situation mögliche beste und wirksame ärztliche Hilfe leisten. (70; 55; 47; 29; 02)

Der Arzt im Rettungsdienst unterscheidet sich vom Notdienstarzt sowohl durch den Arbeitsanfall wie auch durch die geforderte Qualifikation. So gestattet der Fachkundenachweis „Arzt im Rettungsdienst“ die Teilnahme am Rettungsdienst, die Zulassung zur Niederlassung bedeutet eine automatische Teilnahme am Notfalldienst. Stehen beim Notarzt in erster Linie lebensrettende Maßnahmen im Vordergrund (10 – 50%), so stellt sich beim Notfallarzt ein anderes Bild dar. Beim Notfallarzt ist der Erfolg des ärztlichen Handelns nicht immer sofort an einer Zustandsänderung des Patienten zu erkennen. Hier betragen die „echten Notfälle“ nur 5 – 10% (59)

Für den Notfalldienst muss der Begriff des Notfalls und des Notfallarztes eher durch die Definition der Notsituation ersetzt werden, da für den Patienten der Notfall nicht nur bei einer schweren Erkrankung vorliegt, sondern auch dann, wenn z.B. Angehörige den Besuch des Arztes für erforderlich halten. Ob es sich dabei um Situationen handelt, die vom Arzt als Bagatelldfall, als Befindungsstörung oder ob eine psychische oder soziale Notsituation entstanden ist, allemal erlebt sich der Patient subjektiv in Not. Es kommt jedoch auch zu Anforderungen von Besuchen des Notdienstarztes, die eher auf Anspruchsdenken oder Bequemlichkeit als auf eine objektivierbare Notfallsituation hinweisen. (58)

1.3. Andere Organisationsformen

Beispiel 1: Bereitschaftspraxis München-Bogenhausen

So, wie sich in der vorgelegten Arbeit die Düsseldorfer zentrale Notfallpraxis entwickelt hat, so gibt es alternative Möglichkeiten, Organisationsstrukturen und Konzepte, den ärztlichen Notfalldienst zu gestalten. Wie *Schmidt, K.(60)* in seiner Beobachtung über die Bereitschaftspraxis München-Bogenhausen darstellte, findet sich dort ein Modell durch Verzahnung des Bereitschaftsdienstes von

niedergelassenen Ärzten mit dem der Krankenhausärzte. Das Prinzip ist, innerhalb der vorgegebenen Möglichkeiten (z.B. Ausstattung eines Krankenhauses), möglichst viele davon profitieren zu lassen und gleichzeitig Kosten zu dämpfen. Die Bereitschaftspraxis befindet sich in den Räumen des Klinikums der TU München rechts der Isar. Die dem Modell angeschlossenen Hausärzte halten die Praxis zu den üblichen Notfallzeiten geöffnet. Über 90% der Notfallpatienten können direkt von den anwesenden Ärzten behandelt werden, ca. 5% werden in den Stockwerken über der Praxis vom Klinikpersonal behandelt. Andererseits werden Patienten mit leichteren Anliegen vom Klinikpersonal an die Bereitschaftspraxis weiterverwiesen. (60)

Beispiel 2: Privatärztlicher Notdienst (bundesweit bes. in Großstädten tätig)

Das Dienstleistungsunternehmen, „Privatärztlicher Notdienst GmbH“ hat es sich zur Aufgabe gemacht „einen qualitativ hochwertigen und zuverlässigen Notarzt-Service“ anzubieten. Das Unternehmen sieht sich als Alternative des Kassenärztlichen Notfalldienstes. Die Leistungen werden mit den Patienten abgerechnet, die diese dann bei der Krankenkasse einreichen können. Dies ist insofern nur eingeschränkt legal, da die wenigsten der freiwillig gesetzlich Krankenversicherten die Form der Kostenerstattung gewählt haben. Dann wäre die privatärztliche Leistung nach GOÄ (und nicht über den Notfallpool) zu honorieren, aber auch nur, wenn ebendiese Leistung im Voraus beantragt worden ist. Dies ist (gerade im Hinblick auf einen Notfall) aufgrund der daraus resultierenden Planbarkeit der Leistung nicht mit einem Notfalldienst zu vergleichen. Die Tatsache, dass einzelne Krankenkassen diesen Notdienst zugunsten ihrer Mitglieder dennoch finanzieren, ist nicht rechtskonform und wird vermutlich einen ähnlichen Verlauf wie die Akupunktur-Abrechnungs-Debatte nehmen, in der einzelne Krankenkassen die Behandlung bei zuvor erfolgloser schulmedizinischer Therapieversuche, trotz Gerichtsbeschluss bezuschussen, andere diese komplett ablehnen.

Beispiel 3: Notdienstgemeinschaft „Ringtausch“

Das „Ringtausch-System“ ist eines der älteren Notfallarzt-Organisationssysteme. Diese, häufig in weniger dicht besiedelten Gebieten anzutreffende Struktur, beruht auf der rotierenden Präsenz eines niedergelassenen Arztes, unabhängig von dessen Fachrichtung, gemäß des Dienstplanes der beteiligten Praxen. Hier erstreckt sich die Dienstzeit häufig noch über 36 Stunden.

Eine modernere Abwandlung dieses Systems findet sich z.B. im

Beispiel 4: ISDN-Modell des Landkreises Viersen

Hier wählt der Hilfesuchende über eine zentrale Telefonnummer einen ISDN-Anschluss. Dieser leitet automatisch den Anrufer an den jeweils aktuellen Notdienstarzt weiter, der von seiner eigenen Praxis aus mit dem eigenen Auto zu den Patienten fährt. Der Durchmesser des zu versorgenden Gebietes beträgt etwa 50 Kilometer. Was bedeutet, dass im extremsten Falle der Notfallarzt 50km zurückzulegen hätte, ehe er bei dem zu behandelnden Patienten einträte. Dies stellt einen erheblichen Nachteil der Notfallversorgung gerade ländlicher Gebiete dar. Das Kollektiv der an dem Notdienst teilnehmenden umfasst 25 fach- und hausärztlich tätige Ärzte. Ausnahme bilden alleine die Augen- und HNO-Ärzte, die, da sie belegärztlich tätig sind, einen eigenen, gebietspezifischen Dienst stellen. Die Jahresdienstbelastung besteht etwa aus 20 Diensten pro teilnehmendem Kollegen. Die Kosten für den ISDN-Anschluß werden auf die am Notdienst beteiligten Ärzte umgelegt (ca. DM 70,- pro Jahr und Praxis).

(Quelle: persönliche Mitteilung des koordinierenden Arztes)

Beispiel 5: Satelliten-System

Diese Organisationsform findet sich meist nur in Großstädten. Hier wird der Anrufer nach der Registrierung mit einer der lokalen Arztnotrufzentralen im jeweiligen Orts-/ Stadtteil kombiniert und von dieser zurückgerufen. Die Arztrufzentralen werden durch Praxisgemeinschaften der Stadtregion gebildet und finanziert. Jeweils zwei Pool-Ärzte sind festangestellt, von denen einer im „Fahrdienst“ und einer im „Sitzdienst“ arbeitet.

Beispiel 6: Anlaufpraxis Kiel

Am Städtischen Krankenhaus Kiel findet sich ein der Notfallpraxis angelehntes System der Notdienstversorgung. Ähnlich der Bereitschaftspraxis Bogenhausen, befinden sich hier die Diensträume innerhalb einer Klinik. In vier Behandlungsräumen und einem Anmeldebereich des Städtischen Krankenhauses wurden im ersten Quartal 2000 etwa 4000 Patienten behandelt. Der Notfalldienst wird aus einem Pool von 23 Pädiatern und 65 Allgemeinärzten gestellt. 20 Arzthelferinnen unterstützen anhand eines eigenen Dienstplanes die Notdienstärzte. Die Dienstbereitschaft erstreckt sich an Wochentagen (Montag, Dienstag, Donnerstag) von 19:00 bis 23:00 Uhr, Mittwochs schon ab 17:00. An den Wochenenden öffnet die Anlaufpraxis

morgens um 9:00 Uhr. Die teilnehmenden Ärzte erhalten DM 100,- pro Stunde. Im Gegensatz zu der Notfallpraxis Düsseldorf, ist in Kiel die Rettungsleitstelle nicht innerhalb der Räumlichkeiten der Anlaufpraxis untergebracht, noch besteht eine Koordination mit dem Fahrdienst. (61)

Beispiel 7: KV München

In Bahnhofsnähe gelegen, findet sich in München die erste Notfallpraxis der Stadt seit November 1996. Hier finden sich Räumlichkeiten für Allgemeinärzte und Internisten, Kinderärzte, Augen-, Frauen- und HNO-Arzt. Neben Funktionsdiagnostikräumen stehen auch zwei septische OP-Räume zur Verfügung. Je nach Bedarfslage, versieht nur ein Arzt der jeweiligen Fachgruppe den Notdienst. Er verdient ca. 56,- DM pro Stunde. Die Öffnungszeiten beginnen jeweils nach den „normalen“ Sprechstundenzeiten und enden um 01:00 Uhr in der Nacht. Hausbesuche erfolgen 24 Stunden lang durch Allgemeinärzte, Internisten und Psychiater. (12)

Beispiel 8: Stuttgarter Notfallpraxis

Hier wird der Notfalldienst gemeinsam von niedergelassenen Kollegen und Krankenhausärzten in einer, im Krankenhaus integrierten Einrichtung sichergestellt. Bis 02:00 Uhr sind ein Allgemeinarzt oder Internist und ein Chirurg oder Orthopäde sprechbereit, bis 07:00 Uhr übernimmt dann ein einzelner Arzt den Notfalldienst. In diesem Modell ist eher von einer Anlaufpraxis zu sprechen, da ein Fahrdienst ausgeklammert ist. (11)

1.4. Vorläufer der „Notfallpraxis Erkratherstraße“ in Düsseldorf

Vor Entstehen der Notfallpraxis bestand in Düsseldorf ein allgemeiner ärztlicher Notdienst. Aufgeteilt in 22 Notdienstbezirke leisteten Ärzte aller Fachrichtungen eines Bezirks den gemeinsamen Notdienst von ihren Praxen aus. Zum einen wurden die Patienten zu Hause besucht, zum anderen kamen die Patienten in die Praxen.

Die Dienstzeiten der Notfallärzte waren: am Wochenende von 08:00 Uhr morgens, bis am nächsten Tag um 08:00 Uhr. Wochentags dauerte der Dienst von 20:00 Uhr bis zur Praxisöffnung am darauf folgenden Tag.

Bedingt durch diese Organisationsform hatten die diensttuenden Ärzte stets das gesamte Spektrum medizinischer Notfälle abzudecken, unabhängig von der eigenen Fachrichtung.

Da dies offensichtlich nicht als die optimale Versorgung der Patienten erlebt wurde, umgingen die Patienten immer häufiger den ambulanten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und stellten sich in den Ambulanzen der Düsseldorfer Kliniken vor. Die Ärzte, die dort Stationsdienste und Nachtdienste versahen, mussten nun auch für die Notfallversorgung tätig werden. Zum Beispiel versorgte eine Düsseldorfer Kinderklinik in den Wintermonaten von Freitagabend bis Montagmorgen bis zu 300 kleine Patienten. (67)

Im Juni 1992 gelang es Dr.med Friedhelm Streckert (†), dem damaligen Vorsitzenden der KV-Kreisstelle Düsseldorf, nach langen Verhandlungen mit Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer Nordrhein, eine gebietsübergreifende Notdienstambulanz einzurichten.

2.0. Die Notfallpraxis Erkrather Straße (NFP)

Am 1.Juli 1992 nahm die neu eingerichtete „Notfallpraxis Erkrather Straße“ als Modellversuch „Notdienst Düsseldorfer Ärzte e.V.“ ihre Arbeit auf.

Da nach der damaligen Notdienstordnung von Ärztekammer und KV-Nordrhein die Ärzte dem Verein nur freiwillig beitreten konnten, war zu Beginn eine Zweigleisigkeit der Versorgung in Düsseldorf etabliert.

Noch vor dem Starttermin am 1.7.92 hatten sich schon über 80% der niedergelassenen Düsseldorfer Ärzte für die Teilnahme innerhalb des Vereines entschieden (zum 1. Juli waren es sogar 90%) und versahen ab sofort ihren Notdienst aus den Räumen der NFP heraus bzw. in diesen. Die restlichen 10% absolvierten ihren Dienst wie bisher in den eigenen Praxen.

2.1. Organisation

Der Verein „Notdienst Düsseldorfer Ärzte e.V.“ wird von einem, von der Kassenärztlichen Vereinigung unabhängigen 4köpfigen Vorstand und einem Beirat durch die Obleute der verschiedenen Fachrichtungen geführt bzw. organisiert.

Der mittlerweile (1/99) auf 98% der Düsseldorfer Vertragsärzte angewachsene Verein richtete auf der Erkrather Straße in Düsseldorf eine Notfallpraxis mit anfänglich 300 qm, mittlerweile 600qm ein.

Eine hauptamtliche Geschäftsführerin und drei Halbtagskräfte für die täglichen Verwaltungsarbeiten und ca. 65 Arzthelfer/-innen für den laufenden Notdienst sind in der Notfallpraxis beschäftigt. Die Arbeit der Arzthelfer/-innen wurden über die Regelung des 630 DM-Gesetzes für ca. 26 Stunden im Monat honoriert.

Finanziert wird die Notfallpraxis über eine 25%-Abgabe von jedem Notfallschein an den Verein. Das heißt, 75% des KV-Honorars für die erbrachte Leistung erhält der Notdienstarzt.

Seit Februar 1998 arbeiten, erstmals in Deutschland, Ärzte und Zahnärzte in einer gemeinsamen Notfallpraxis zusammen. Im ersten Monat wurden im zahnärztlichen Notdienst schon über 500 Patienten behandelt.

Zum Vergleich: im selben Monat wurden 2416 Patienten im Fahrdienst besucht, 6695 Patienten suchten Hilfe in der Notfallpraxis. Im Laufe der Jahre 1993 bis 1999 steigerte sich die Anzahl der behandelten Patienten von Fahr- und Sitzdienst von 92.212 (1993) auf 102.690 (1999) pro Jahr. *(Quelle: interne Daten der NFP)*

2.2. Dienstformen

Es werden dreierlei ärztliche Notdienste angeboten:

- fachspezifischer Dienst in den Räumen der Notfallpraxis
- Telefonberatungsdienst, ebenfalls in den Räumen der Notfallpraxis
- Fahrdienst für Hausbesuche

2.2.1. Fachspezifischer Dienst

Die fachspezifische ambulante Versorgung erfolgt durch jeweils einen Vertreter der folgenden Arztgruppen:

- Allgemeinärzte oder Internisten
- Chirurgen oder Orthopäden
- Pädiater
- Ophthalmologen
- Neurologen, Psychiater
- (nur an Samstagen, Sonn- und Feiertagen) zusätzlich Gynäkologen
- <- Zahnärzte>

Die Zuteilung zu den Diensten erfolgt durch die KV gemäß Anzahl der Ärzte in den einzelnen Gebieten.

Die Ambulanz ist zu folgenden Zeiten geöffnet:

Werktags von 20:00 bis 24:00 Uhr

Mittwochs schon ab 14:00 Uhr

Samstag, Sonn- und Feiertags von 08:00 bis 24:00 Uhr

Von 24:00 Uhr bis zum Morgen wird eine Notfallversorgung durch eine ärztliche Dienstbereitschaft (Allgemeinarzt oder Internist) sichergestellt.

Der mögliche Verdienst aus einem Wochenend-Dienst a 16h beläuft sich beispielsweise für einen Internisten, je nach GKV-Leistungen, nach Abzug der 25% auf etwa 1.000 DM.

2.2.2. Telefondienst

Im sogenannten „Telefondienst“, der ein Service-Dienst ist, beraten die Telefon-Notfallärzte in der Notfallpraxis anrufende Patienten. Diese Ärzte arbeiten separat von Sitz- und Fahrdienst. Dabei stehen häufig Fragen der Einnahme von Arzneimitteln im Vordergrund. Dieser Dienst muss von allen niedergelassenen Ärzten abgeleistet werden, ungeachtet ihrer Fachrichtung. Die Zahl der anrufenden Patienten innerhalb eines Dienstes (8:00 bis 24:00 Uhr am Wochenende) ist eher gering. So kommt es häufig (nach Aussagen der diensttuenden Ärzte) zu nur einem bis fünf Telefonkontakten. Da der Anrufer seine Daten von der Versicherten-Karte eigentlich mitteilen muss, kommt es nicht selten zu keinem Verdienst (falsche Angaben oder gar keine). Dieser Dienst ist die unbeliebteste aller Dienstformen. Häufig vertreten gerade hier Berufsanfänger die niedergelassenen Kollegen. Von den Vertretenen wird meist ein zusätzlicher Obolus als Ausgleich an den Vertreter gezahlt.

2.2.3. Fahrdienst und Kommunikationswege

Neben dem fachspezifischen Dienst in den Praxisräumen der Notfallpraxis gibt es einen allgemeinen Fahrdienst, der in erster Linie von Allgemeinärzten und hausärztlich tätigen Internisten versehen wird.

Dienstzeiten des Fahrdienstes:

Werktags 19:00 bis 07:00 Uhr

Mittwochs schon ab 13:00 Uhr

Samstags, Sonn- und Feiertags 07:00 bis 07:00 Uhr

Die Einkünfte aus einem 12-Stunden-Fahrdienst belaufen sich im statistischen Jahresmittel (1998), nach Abzug der 25%-Abgabe an die Notfallpraxis, auf ca. 1.100 DM.

Der Fahrdienst ist mit Taxen unterwegs, welche von der Notfallpraxis mitsamt Fahrer gemietet werden und auch äußerlich als Notfallarzt-Taxen erkennbar sind.

Diese Fahrzeuge werden von der Arztnotrufzentrale, die innerhalb der NFP stationiert ist, geleitet, für die im Rahmen des Sicherstellungsauftrags gemäß § 75 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V, die Kassenärztliche Vereinigung, Kreisstelle Düsseldorf, zuständig ist. Je nach Tageszeit sind bis zu 5 Fahrzeuge mit Notfallärzten im Stadtgebiet unterwegs.

Im Notfall ruft der Patient über die Telefonnummer 19292 (eine bundeseinheitliche Telefonnummer) die Arztnotrufzentrale an. Dort wird in einem kurzen Gespräch geklärt, ob ein Notfall vorliegt, ob der Patient in die Notfallpraxis kommen kann, oder ob ein Rettungsdienst informiert werden muss. Wird ein Fahrdienst angefordert, so erfolgt die Benachrichtigung über das jeder Taxe mitgegebene Handy, über welches der Fahrer bzw. der Notfallarzt in ständigem Kontakt mit der Notrufzentrale steht.

Die Verdienstmöglichkeiten:

Der mögliche Verdienst aus einem Wochenend-Dienst im Fachspezifischen Dienst á 16 Stunden beläuft sich etwa auf DM 1.000 (Innere Medizin).

Im Telefon-Service-Dienst sind aufgrund der hohen Variabilität und der oben genannten Gründe keine Verdienstangaben möglich. (s.o.)

Nach Abzug der 25%-Abgabe beträgt der Verdienst des Fahrdienstarztes aus einem 12 Stunden Fahrdienst DM 1.100.

2.3. Zusammensetzung der Ärzteschaft aus Fachrichtungen

Die hausärztlich tätigen Internisten stellen nach den Allgemeinärzten den Hauptpfeiler der Ärzteschaft. Somit wird der größte Teil des Notfall-Fahrdienstes auch von diesen Fachrichtungen beigetragen. Die Düsseldorfer Ärzteschaft setzte sich 1999 wie folgt zusammen:

Tabelle 1

Fachrichtung	niedergelassene Ärzte (n = 2.456)	Anteil in %
Allgemein-/ Praktische Ärzte	554	22,56
Anästhesisten	55	2,24
Augenärzte	103	4,19
Chirurgen	75	3,05
fachärztlich tätige Kinderärzte	1	0,04
Gynäkologen	223	9,08
hausärztlich tätige Internisten	360	14,66
hausärztlich tätige Kinderärzte	108	4,4
Hautärzte	69	2,81
HNO	90	3,66
Laborärzte	14	0,57
Lungenärzte	16	0,65
MKG-Chirurgen	16	0,65
Nervenärzte	102	4,15
Neurochirurgen	3	0,12
Nuklearmediziner	1	0,04
Orthopäden	111	4,52
Pathologen	9	0,37
Psychotherapeuten	88	3,58
Radiologen	51	2,08
spezialisierte Internisten	57	2,5
Urologen	51	2,08
sonstige Ärzte	235	9,570
Krankenhäuser	64	2,61

(Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 1999)

3.0. Ziel der Arbeit

Die vorgelegte Arbeit untersucht die Strukturen und Organisationsabläufe der kassenärztlichen Notfallversorgung der Stadt Düsseldorf. Diese stellt seit Entstehen der zentralen Notfallpraxis eine Besonderheit dar, da sich hier erstmals ein ambulanter „Sitzdienst“ mit einem „Fahrdienst“ organisiert. Als qualitätsförderndes Merkmal wird besonders die gebietsübergreifende Zusammensetzung der diensttuenden Ärzte betont. Der Schwerpunkt der Arbeit ist dem Fahrdienst gewidmet, welcher dem Hausbesuch des niedergelassenen Arztes im klassischen Notfalldienst noch am ehesten entspricht. Der Sitzdienst soll in einer anderen Dissertation untersucht werden.

4.0. Methode der Datenerfassung im Fahrdienst:

Die Arbeit basiert auf den teilnehmenden Beobachtungen des Autors am Fahrdienst der Notfallpraxis Düsseldorf, welche zwischen Februar 1997 bis Februar 1999 stattfanden.

Vor Beginn der Erhebung wurden vom Autor zwei Erfassungsbögen entworfen. Es wurde durch den ersten Bogen (A) die Möglichkeit zur Erfassung folgender Daten gegeben: der Fachbereich des Arztes, die Region Düsseldorfs, aus welcher der Ruf erfolgte, die Anmeldung, das Alter und Geschlecht des Patienten, die Versicherung des Patienten, die Beschwerden, die Untersuchung und Intervention, und zuletzt die vorläufige Diagnose. Ein weiterer Erfassungsbogen, der die Anzahl der Anrufer den möglichen Reaktionen der Arztnotrufzentrale gegenüberstellen sollte, kam aufgrund der Überlastung in der Notrufzentrale nicht zum Einsatz (B).

Die Dienstzeiten des Fahrdienstes wurden in vier Gruppen eingeteilt. Innerhalb jeder dieser vier Gruppen wurde jeweils fünfmal begleitend beobachtet und dokumentiert.

- 1) Wochentage (19 – 8 Uhr)
- 2) Mittwoch-Nachmittage (13 – 19 Uhr)
- 3) Wochenenden tagsüber (7 – 20 Uhr)
- 4) Wochenenden nachts (20 – 8 Uhr)

Der Beobachtungszeitraum wurde bewusst groß gewählt, um saisonal auftretende Einzelgeschehen (z.B. Grippe oder Heuschnupfen) zwar mit zu erfassen, eine Datenverzerrung hierdurch jedoch zu vermeiden.

Die während der Untersuchung erhobenen Daten wurden jeweils auf dem Wege von Patient zu Patient während der Fahrt im Taxi in die Erhebungsbögen eingetragen.

Im Bereich der Beschwerden und Diagnosen wurde bewusst auf eine detaillierte Ausführung verzichtet. Die Patienten bzw. deren Angehörige äußerten telefonisch meist eher Symptome bzw. Symptombeschreibungen, seltener konkrete Angaben zu nosologisch definierten Krankheiten. Diese Laienschilderungen wurden von den zwar erfahrenen, jedoch auch Laien der Arztnotrufzentrale durch Anrufe an den Notfallarzt auf dessen Mobiltelefon übermittelt und als Fall einem Fachgebiet zugeordnet. In erster Linie beschreibt die Einteilung der Symptome nach Fachgebieten die Erwartungshaltung des Notfallarztes vor dem Besuch im Hause des Patienten. Bei den Diagnosen wurde ähnlich verfahren. Durch die Größe des Beobachtungszeitraums war die Varianz der vorläufigen Diagnosen recht groß und zum Teil wurde ein Symptomenkomplex als vorläufige Diagnose angegeben. So wurden dann, ähnlich der Beschwerden am Telefon, die Diagnose-Angaben Fachbereichen der Medizin zugeordnet, auch um überschaubare Ergebnisse zu erlangen, die eine Häufigkeitsverteilung erlaubten.

Exemplarisch entfallen auf die Diagnosegruppe: „gastroenterologisch“ folgende, einzeln aufgeführte Einträge:

- Gastroenteritis, Pancreatitis, Gallenkolik, Gastritis, Colon-Carzinom, Virusenteritis, Enteritis, Obstipation, Gallensteine, gastrointestinaler Infekt, Tenesmen (T.ani.), Ulcus ventrikuli, akute Appendicitis, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Z.n. Eradicationstherapie.

Zum Teil wurden diese Einträge ergänzt, wie z.B. „Gastritis nach Medikamenteneinnahme“ oder noch präziser: „Gastritis nach Einnahme von X mg ASS“

Bedingt durch die Vielfalt der Verschlüsselungen und Übersetzungen der primären Angaben der Patienten bzw. der ärztlichen Benennungen, macht eine detailliertere Häufigkeitsangabe mit zu kleinen Gruppen wenig Sinn und führt zu keiner weiteren Erkenntnis.

5. Ergebnisse

5.1. Gesamtkollektiv

Im untersuchten Zeitraum wurde auf den vom Untersucher begleiteten Fahrten ein Kollektiv von n= 240 Patienten besucht.

Von diesen 240 Patienten riefen 75 an Wochentagen abends, 73 an Wochenenden über Nacht, 51 an Wochenenden über Tag und 41 an Mittwochnachmittagen den Notfallarzt (Absolutwerte)

Tabelle 2

Gruppe	Anzahl (n=240)	in Prozent
Wochentags 19 – 8 Uhr	75	31,25
Mittwochnachmittags 13 – 19 Uhr	41	17,08
Wochenende 7 – 20 Uhr	51	21,25
Wochenende 20 – 8 Uhr	73	30,42

5.1.1. Beschwerde-Symptomatik am Telefon angegeben

Die von den Patienten/ Angehörigen angegebene Beschwerdesymptomatik wurde fachärztlichen Gebieten zugeteilt.

Das Patientenkollektiv rief aufgrund nachfolgender, am Telefon geäußerter Beschwerden die Notrufzentrale an.

Nach Häufigkeiten geordnet ergibt sich folgende Aufteilung:

Tabelle 3

Beschwerden am Telefon	n=240	Prozent
neurologisch	52	21,67
gastrointestinal	49	20,42
allgemein (=nicht gebietsärztlich zuzuordnen)	39	16,25
pulmologisch	28	11,67
kardiologisch	27	11,25
orthopädisch	18	7,5
psychiatrisch	9	3,75
urologisch/ nephrologisch	7	2,92
gynäkologisch	4	1,67
dermatologisch	3	1,25
ophthalmologisch	2	0,83
chirurgisch	1	0,42
HNO	1	0,42

Wie in der Diskussion erläutert, wurden durch die Patienten oft Symptome gravierend dargestellt, wohl auch, um eine schnellere Hilfe zu erhalten.

Die neurologischen Beschwerden wurden vorwiegend durch folgende Laienangaben charakterisiert: Kopfschmerzen, Kribbelgefühl, Krämpfe, Schwindel, Schlaganfall, Lähmung, Sprachstörung. Sie stellen mit 52 der geschilderten Symptome die häufigsten Beschwerdebilder.

Dichtauf (50) folgt die Gruppe der gastrointestinalen Beschwerdebilder. Hinter diesem Komplex verbergen sich Schilderungen der Anrufer, wie z.B. Bauchschmerzen, Reißen, Durchfall, Wasserstühle, Blut im Stuhl, Magenschmerzen, Brechreiz, Brechdurchfall, Blähbauch, Übelkeit.

Allgemeine Beschwerden wie z.B. das klassische „Unwohlsein“, „nicht gut gehen“, „Unpässlichkeit“ oder auch Angabe „Fieber“ und „Müdigkeit“ stellen Platz drei.

5.1.2. Geschlechterverteilung

Die Geschlechterverteilung zeigt ein deutliches Überwiegen der weiblichen Patienten, die mit 152 Anrufern (63,3%) fast zwei Drittel des Gesamtkollektivs ausmachten. Dem gegenüber standen nur 88 (36,67%) männliche Notfallpatienten.

5.1.3. Kassenverteilung

Bei der Unterteilung der Patienten nach Versicherer-/ Leistungsträger sind die Ortskrankenkassen klar vor den Ersatzkassen vertreten.

Tabelle 4

Versicherungsträger	n=240	in Prozent
Ortskrankenkassen	108	45
Ersatzkassen	59	24,58
Betriebskrankenkasse	39	16,25
Innungskasse	11	4,58
Landwirtschaftskasse	1	0,42
Privatversicherte	12	5
Sozialamt	10	4,17

5.1.4. Altersverteilung

Die Verteilung auf Altersklassen zeigt zwei Gipfel in den Gruppen der 41 – 50jährigen, sowie bei den 61 – 70jährigen Patienten. Die Gruppen der 19 – 30jährigen und die der 71 – 80jährigen zeigen im Vergleich fast gleiche Häufigkeiten.

Tabelle 5

Altersgruppe	Anzahl n=240	in Prozent
0-5	6	2,5
6 bis 18	14	5,83
19-30	35	14,58
31-40	33	13,75
41-50	36	15
51-60	32	13,33
61-70	36	15
71-80	31	12,92
81-90	13	5,42
91-100	4	1,67

5.1.5. Interventionen

Bei den ärztlichen Interventionen steht die Verordnung von Medikamenten mit 94 (=33,57%) eindeutig an erster Stelle. Die intramuskulären Injektionen sind bei den Notfallbesuchen noch immer sehr häufig und stellen die zweithäufigste Intervention dar. So wurde diese Interventionsmöglichkeit bei 53 (=18,93%) Patienten gewählt. Eine Einweisung ins Krankenhaus findet sich als dritthäufigste Leistung, die orale Medikation vor Ort bereits auf Platz vier.

Tabelle 6

Intervention	Anzahl (n=280)	in Prozent
Rp.	94	33,57
i.m.-Injektion	53	18,93
Einweisung	36	12,86
orale Medikation	35	12,5
i.v.-Injektion	33	11,79
Beratung	20	7,14
Fachweiterbehandlung	3	1,07
Suppositorien	3	1,07
s.c.-Injektion	2	0,71
Totenbescheinigung	1	0,36

Die Einweisungen erfolgten wegen:

Tabelle 6

akute Appendicitis (1x)	Meningitis (1x)
Alkoholzug (5x)	Myocardinfarkt (4x)
Anorexia nervosa (1x)	Nephrolithiasis (1x)
apoplektischer Insult (5x)	Oberschenkelhalsfraktur (2x)
COPD, Pharyngolanryngitis (1x)	Platzwunde (2x)
DD Hinterwandinfarkt, Angina pectoris (1x)	unklares Abdomen (2x)
Extrauterin gravidität (2x)	V.a. Myocardinfarkt (1x)
Gallensteine (1x)	V.a. Rippenfraktur (1x)
Herzinsuffizienz (1x)	Wespenstich (1x)
hochfieberhafter Infekt, Z.n. Reitunfall (1x)	Z.n. Nahrungskarenz > 1 Woche (1x)
Lungenödem(1x)	

Injektionssubstanzen:

Tabelle 7

i.m.-Injektionssubstanzen	Anzahl	i.v.-Injektionssubstanzen	Anzahl
Diclofenac	13	Theophyllin	9
Botylscopolaminbromid	11	Corticoid.	5
Diazepam	10	Acetylsalicylsäure	4
Corticoid	7	Botylscopolaminbromid	4
Metoclopramid	6	Furosemid	4
Dimenhydrinat	3	Metoclopramid	4
Piroxicam	3	Clemastin	2
Tramadol	3	Morphin	2
Flunitrazepam	1	Tramadol	2
Fluspirilen	1	Biperiden	1
Haloperidol	1	Calcium	1
Protaminsulfat	1	Diazepam	1
		Dimenhydrinat	1
		Elektrolytlösung	1
		Neuraminsulfat	1
		Piroxicam	1
		Promethazin	1
		Vitamin B-Komplex	1

s.c.-Injektionssubstanzen	Anzahl
Terbutalin	1
Tramadol	1

5.1.6. Untersuchungen

Bei den Untersuchungstechniken wurden die Blutdruckmessung nach Riva-Rocchi zusammen mit der Pulszählung an der A.radialis mit Abstand am häufigsten eingesetzt. Die Auskultation von Herz und Lunge folgt (um fast die Hälfte geringer) auf den Plätzen drei und vier. Ein (wenigstens grober) Ganzkörperstatus wird in den seltensten Fällen erhoben. Dies ist zum Teil auf die besondere Situation im Notdienst zurückzuführen, wo zumeist symptomorientiert untersucht wird. In den wenigen Fällen, wo ein Gesamtkörperstatus erstellt wurde, wurde dies durch die exakte Einzelauflistung der Interventionen nicht erfasst, da sich ein Gesamtkörperstatus aus vielen der aufgelisteten Punkte zusammensetzt und diese Punkte einzeln während der Durchführung aufgeschrieben wurden.

Tabelle 8

Untersuchungen	Anzahl (n=791)	in Prozent
Blutdruckmessung	190	24,02
Herzfrequenzmessung	180	22,76
Auskultation Pulmo	97	12,26
Auskultation Cor	86	10,87
Inspection	52	6,57
Palpation Abdomen	52	6,57
Auskultation Abdomen	51	6,45
Nervenaustrittspunkte	15	1,90
neurolog. Untersuchung	12	1,52
Percussion Nierenlager	10	1,26
Temperaturmessung	9	1,14
ausschließlich Anamnese	8	1,01
Palpation Lymphknoten	6	0,76
EKG	4	0,51
Palpation LWS	3	0,38
telef. Anamnese	3	0,38
Blutzuckermessung	2	0,25
Percussion Pulmo	2	0,25
DMS	1	0,13
Otoskopie	1	0,13
Palpation Oberschenkel	1	0,13
Palpation Unterschenkel	1	0,13
Palpation Hüfte	1	0,13
rektale Palpation	1	0,13
<i>bekanntere Pat.</i>	3	0,38

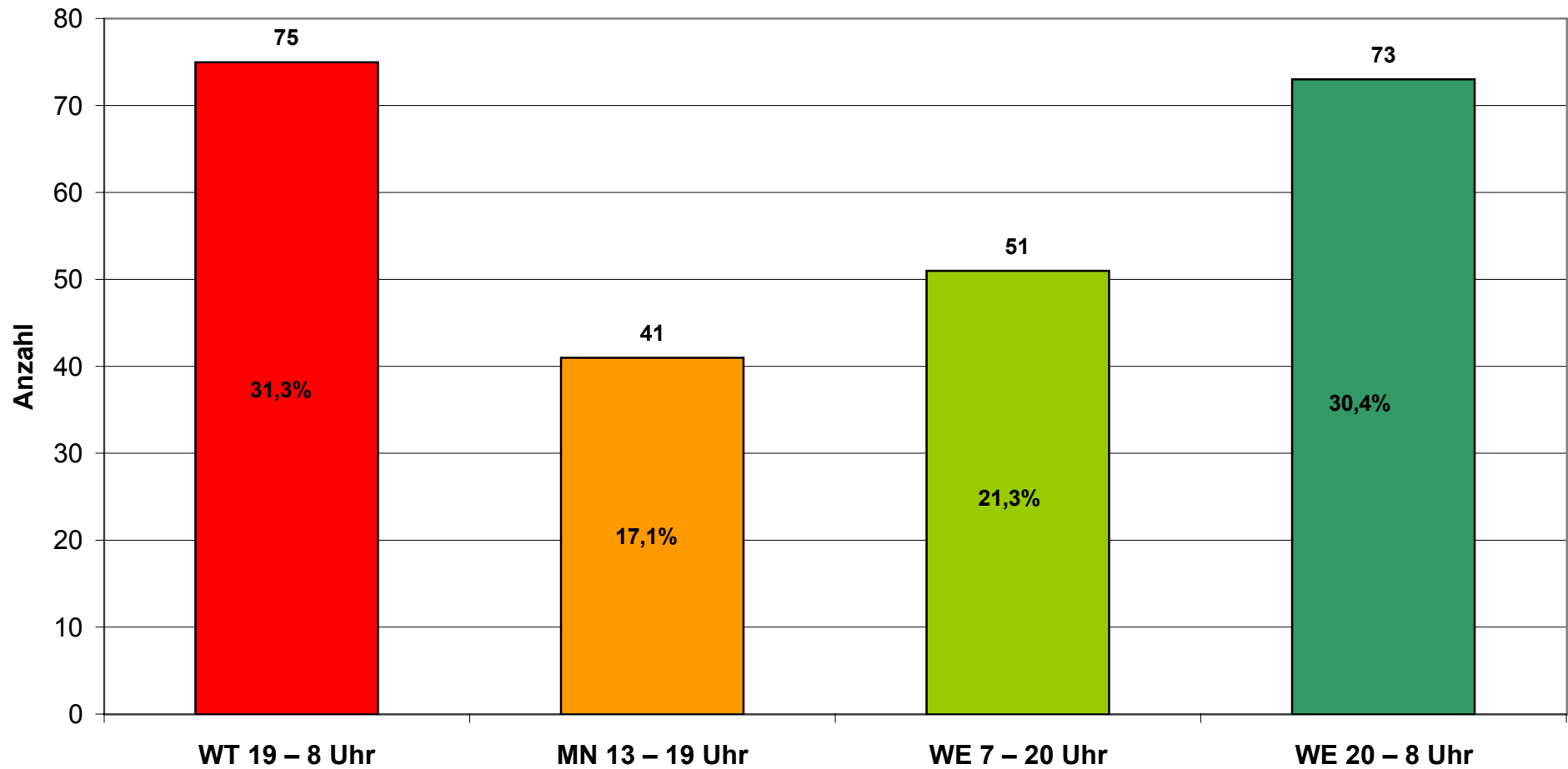
5.1.7. vorläufige Diagnosen

Bei den Diagnosehäufigkeiten stehen die Atemwegserkrankungen (20,16%) vor den gastrointestinalen Erkrankungen (16,67%) und den kardiologischen Beschwerdebildern (11,63%). Die Angaben wurden entweder direkt von den Abrechnungsscheinen übernommen oder mündlich durch den Notdienstarzt dem Autor mitgeteilt. Es wurde im Einvernehmen mit den Notdienstärzten „*vorläufige Diagnosen*“ genannt, da es sich im Notdienst meist um eine „Arbeitshypothese“ und nicht um eine verifizierte, harte Diagnose handelt.

Tabelle 9

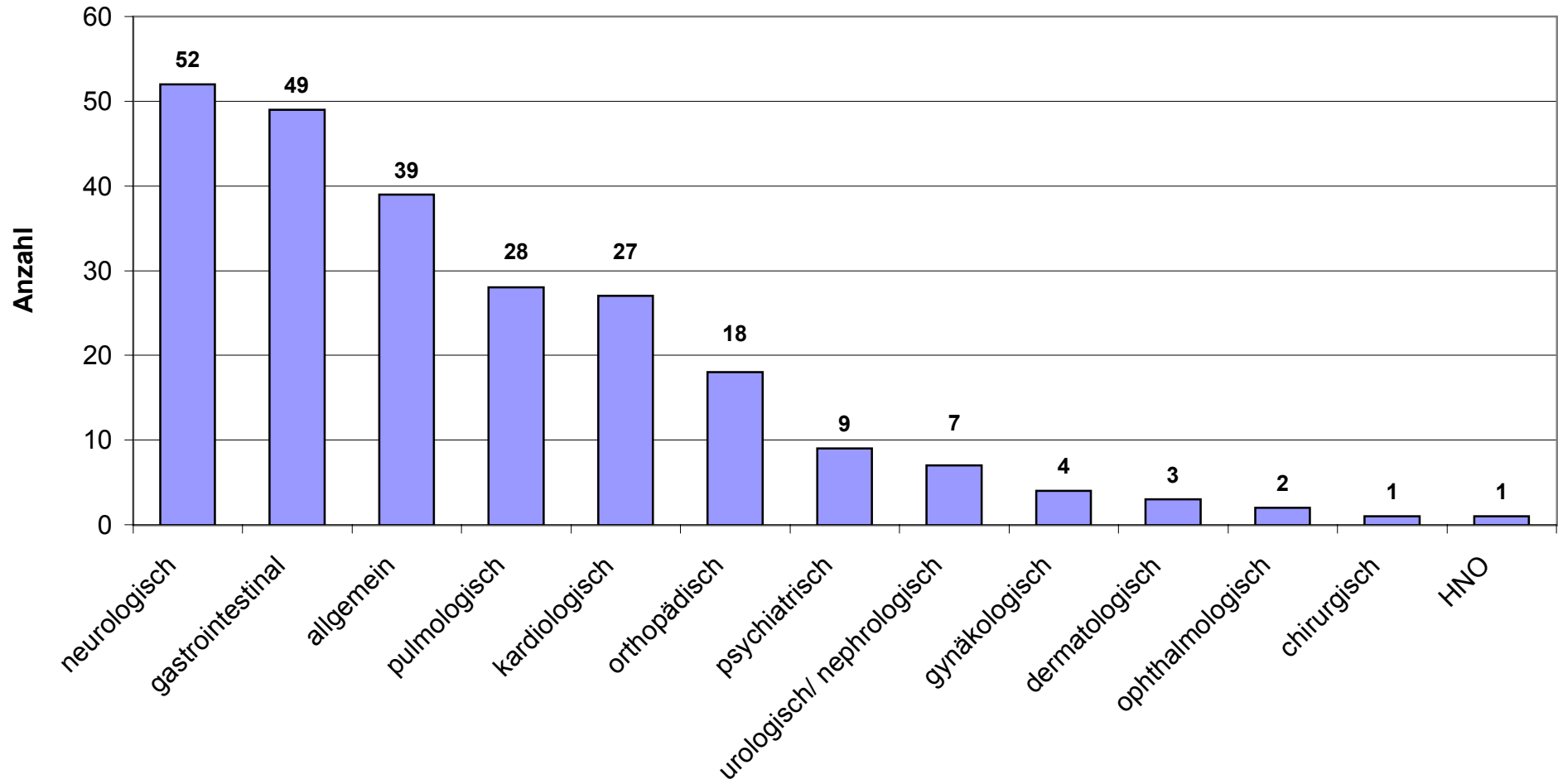
vorläufige Diagnose	Anzahl (n=258)	in Prozent
Atemwegserkrankung	52	20,16
gastrointestinal	43	16,67
kardiologisch	30	11,63
psychisch-psychiatrisch-psychosozial	25	9,69
neurologisch	23	8,91
orthopädisch	23	8,91
HNO	11	4,26
dermatologisch	10	3,88
angiologisch	9	3,49
urologisch / nephrologisch	9	3,49
Karzinom-/ Folgen (bekannte)	6	2,32
gynäkologisch	6	2,32
chirurgisch	6	2,32
Stoffwechselerkrankungen	2	0,78
Fieber unklarer Gen.	1	0,39
kieferchirurgisch	1	0,39
Fehlinfo	1	0,39

Differenzierung der Anruferzahlen nach Anrufzeiten N=240

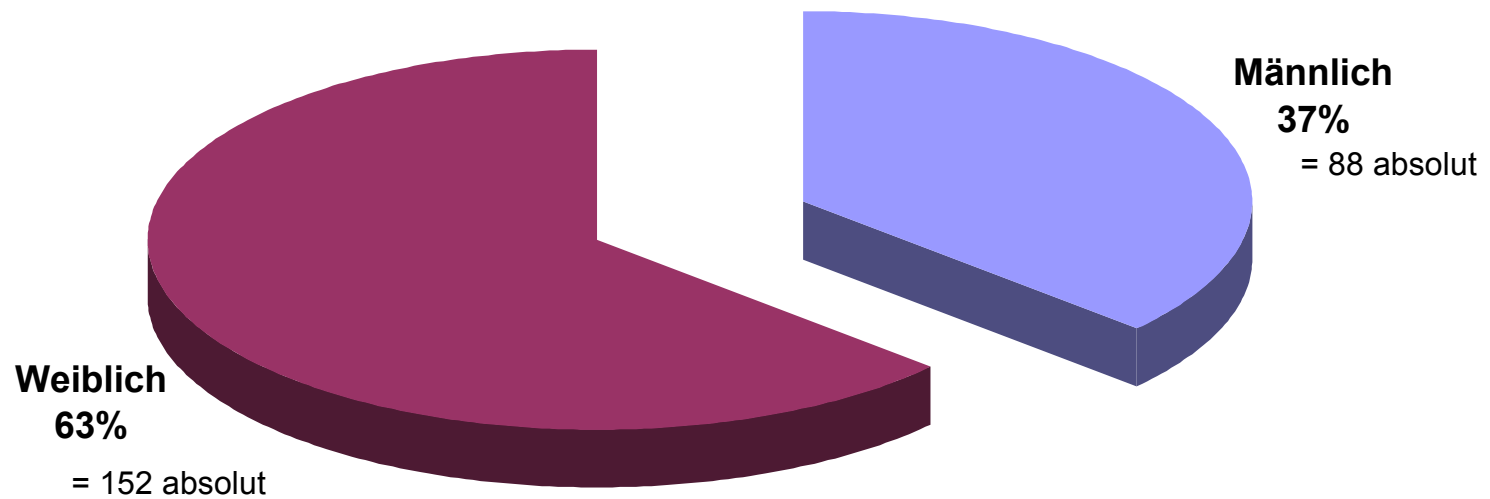


Beschwerden am Telefon

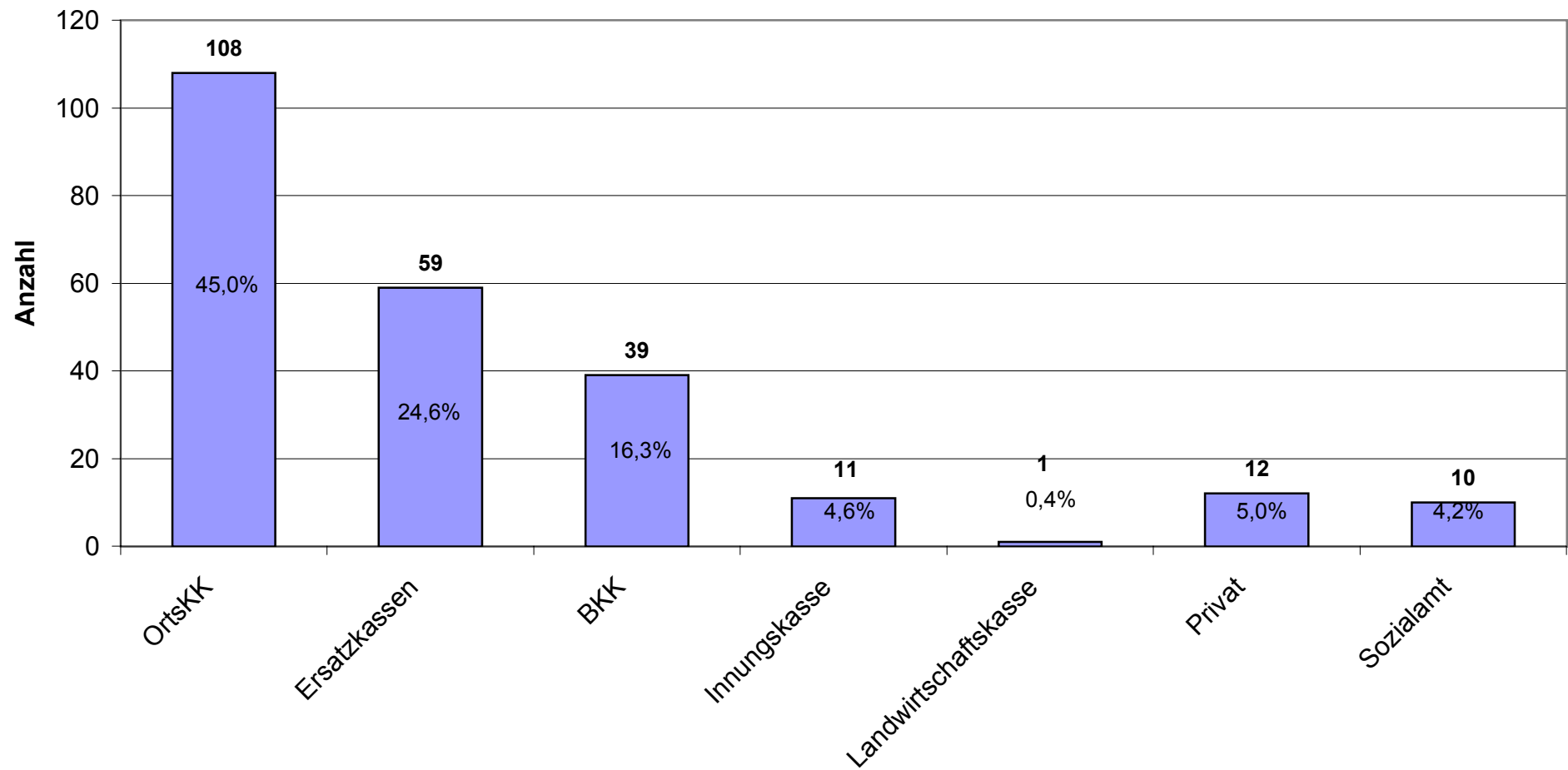
Absolute Zahl (n=240)



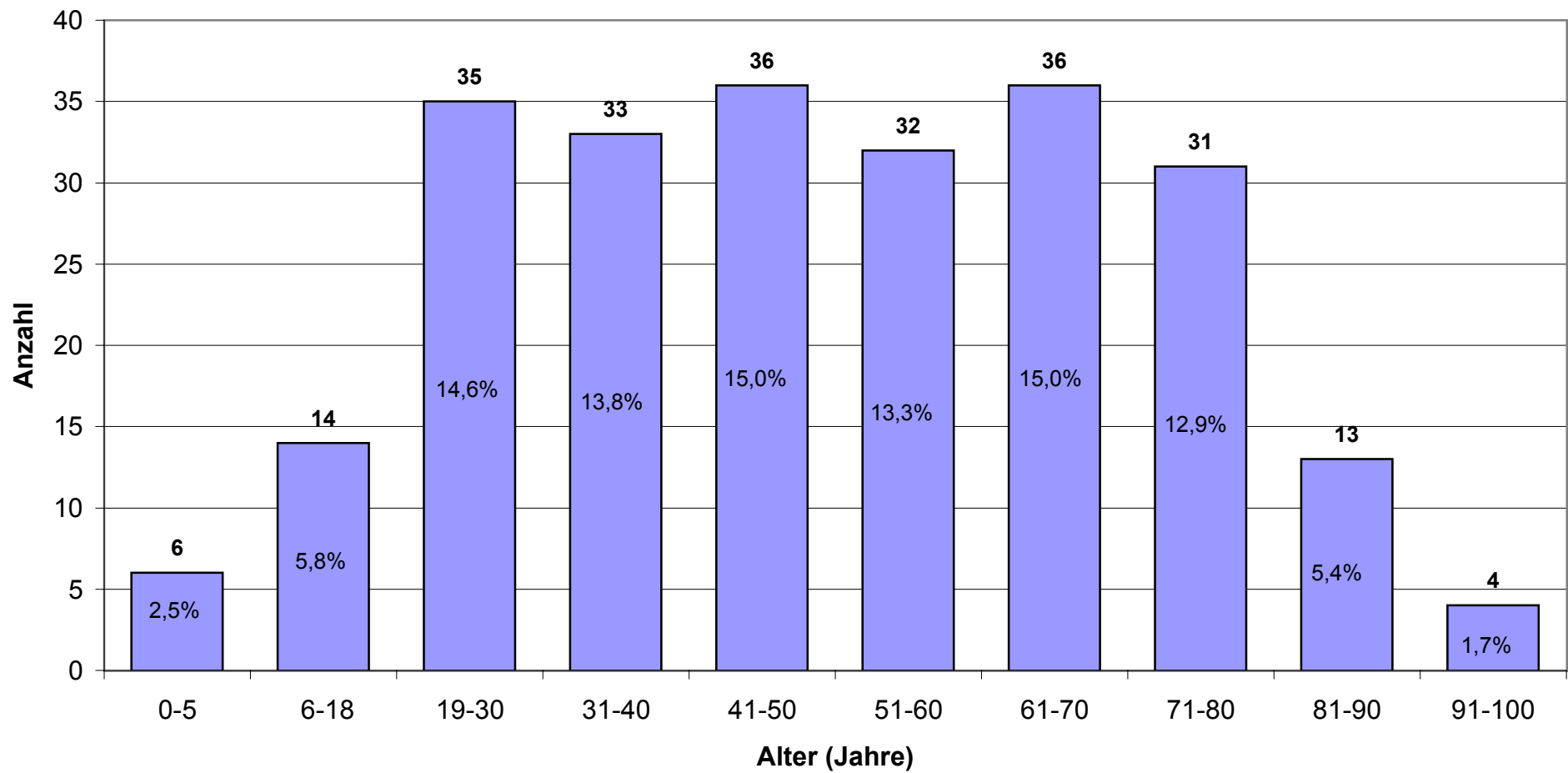
Geschlechterverteilung Gesamtkollektiv N=240



Gesamtverteilung nach Art des Versicherungsträgers N=240

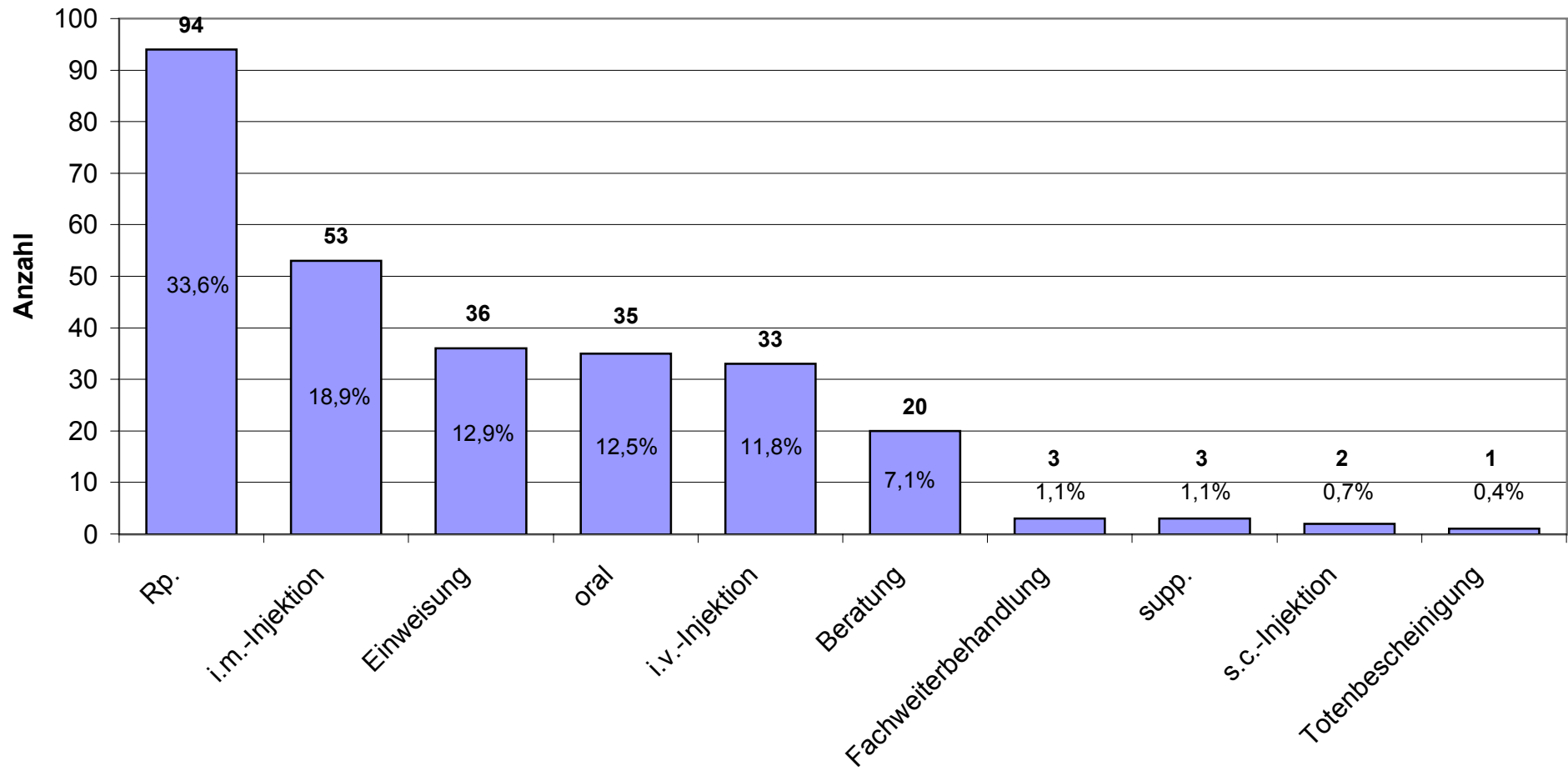


Altersverteilung Gesamtkollektiv N=240

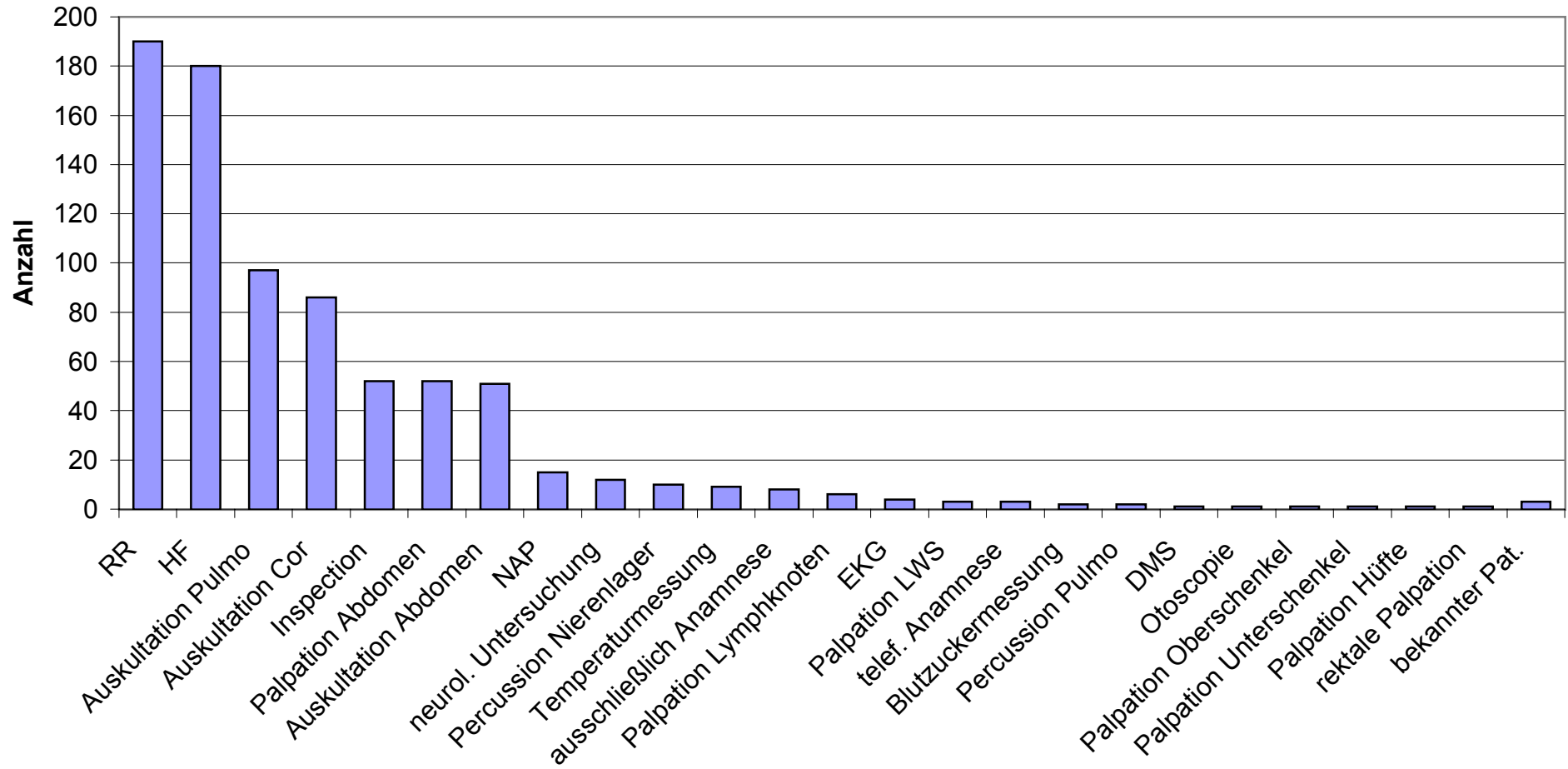


Graphik 6
5.1.5 Interventionen

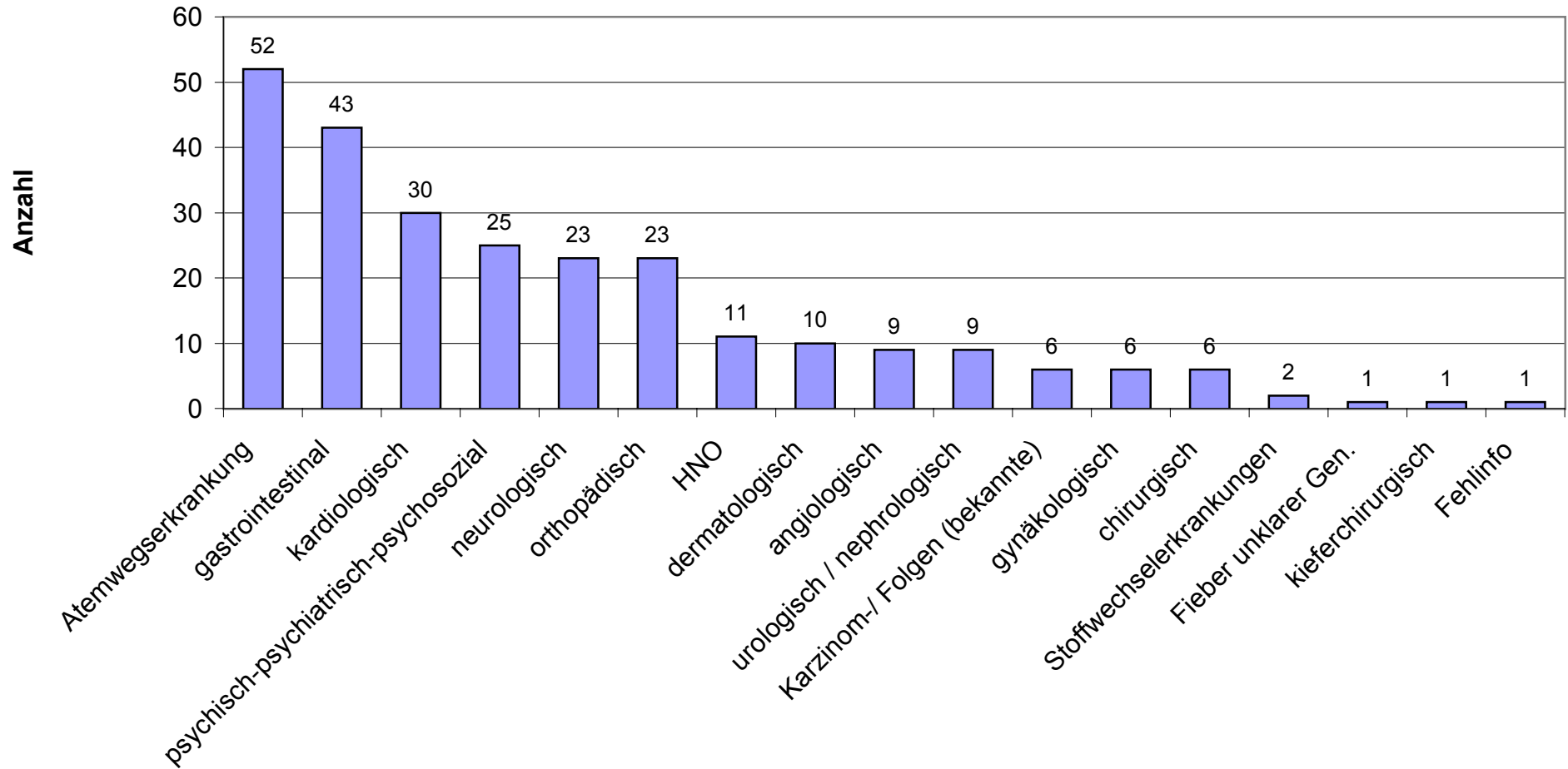
Interventionen Gesamtkollektiv N=280



Untersuchungen Gesamtkollektiv N=791



Vorläufige Diagnosen Gesamtkollektiv N=258



5.2. Wochentags 19 - 8:00 Uhr

5.2.1. Beschwerden am Telefon

Die Anrufer (n=75), die sich an Wochentagen nachts meldeten, klagten zumeist über gastrointestinale Beschwerden (22,67%). Dichtauf folgen neurologische (z.B. Kopfschmerzen), allgemeine (z.B. Unwohlsein, Fieber) und atemwegsabhängige Beschwerden (z.B. Husten) mit je 17,33%.

Tabelle 10

Beschwerden am Telefon	absolut (n=75)	in Prozent
gastrointestinal	17	22,67
neurologisch	13	17,33
allgemein	13	17,33
pulmonologisch	13	17,33
orthopädisch	6	8
kardiologisch	5	6,67
psychiatrisch	3	4
uro-/ nephrologisch	3	4
gynäkologisch	2	2,67

5.2.2. Geschlechtsverteilung

Mit 48 von 75 Anrufern stellen die weiblichen Patienten wieder fast zwei Drittel der Patienten.

Tabelle 11

Geschlecht	absolut n=75	in Prozent
m	27	36
w	48	64

5.2.3. Kassenverteilung

Tabelle 12

Versicherungsträger	absolut n=75	in Prozent
Ortskrankenkassen	37	49,33
Betriebskrankenkassen	15	20
Ersatzkassen	12	16
Innungskasse	3	4
Landwirtschaftskasse	1	1,33
Sozialamt	4	5,33
Privatversicherte	3	4

5.2.4. Altersverteilung

Ein deutlicher Gipfel in der Altersverteilung findet sich in der Altersgruppe der 51 – 60jährigen(21,33%). Zusammen mit den 61 – 70jährigen stellen sie mehr als ein Drittel aller Anrufer (36,33%).

Tabelle 13

Altersgruppe	absolut n=75	in Prozent
0-5	2	2,67
6 bis 18	6	8
19-30	9	12
31-40	7	9,33
41-50	8	10,67
51-60	16	21,33
61-70	12	16
71-80	10	13,33
81-90	5	6,67
91-100	0	0

5.2.5. Intervention

Die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln stellt mit Abstand die häufigste (34,09%) Intervention bei den Hausbesuchen dar. Die intramuskulären (meist intraglutealen) Injektionen finden sich an zweiter Stelle (25%), immerhin noch mit einem Viertel aller Tätigkeiten. Neben den Injektionen wurden auch einzelne Tabletten oder Suppositorien verabreicht.

Tabelle 14

Intervention	Anzahl (n=88) in Prozent	
Rp	30	34,09
i.m.-Injektion	22	25
Einweisung	10	11,36
i.v.-Injektion	9	10,23
oral	9	10,23
Beratung	5	5,68
supp.	2	2,27
s.c.-Injektion	1	1,14

Tabelle 15

Einweisungsdiagnosen Wochentags (n=10) :

apoplectischer Insult (2x)	hochfieberhafter Infekt, Z.n. Reitunfall (1x)
Alkoholentzugsdelir (1x)	Oberschenkelhalsfraktur (1x)
Gallensteine (1x)	Myocardinfarkt (1x)
DD Hinterwandinfarkt, Angina pectoris (1x)	Lungenödem (1x)
Eigengefährdung durch Entzug (1x)	

5.2.6. Untersuchung

Bei den Untersuchungen ist auffällig, dass zwar die Blutdruckmessung nach Riva Rocchi mit 24,12% die häufigste Methode der Untersuchung war, die Pulsmessung jedoch nicht ebenso häufig durchgeführt wurde.

Tabelle 16

Untersuchungen	absolut n=288	in Prozent
Blutdruckmessung	55	24,12
Pulsmessung	50	21,93
Auskultation Pulmo	38	16,67
Auskultation Cor	32	14,04
Auskultation Abdomen	13	5,7
Palpation Abdomen	12	5,26
Inspection loco typico	11	4,82
Percussion Nierenlager	3	1,32
ausführliche Telefonanamnese	3	1,32
bekannter Patient	3	1,32
neurologische Untersuchung	2	0,88
Temperaturmessung	2	0,88
Palpation Lymphknoten	1	0,44
EKG	1	0,44
Prüfung von Durchblutung, Motorik, Sensibilität	1	0,44
Otoscopie	1	0,44

5.2.7. vorläufige Diagnose

Bei den vorläufigen Diagnosen liegen die Atemwegserkrankungen mit annähernd einem Drittel (26,9%) aller Erkrankungen klar an erster Stelle, die gastrointestinalen Erkrankungen folgen erst auf Platz zwei mit 19,2%.

Tabelle 17

vorläufige Diagnosen	Anzahl (n=75)	in Prozent
Atemwegserkrankung	21	26,9
gastrointestinal	15	19,2
neurologisch	8	10,3
psychisch	7	8,97
orthopädisch	7	8,97
kardiologisch	5	6,41
Durchblutungsstörungen	5	6,41
nephrologisch/ urologisch	3	3,85
Karzinom/-Folgen	3	3,85
HNO	2	2,56
gynäkologisch	1	1,28
Stoffwechselstörung	1	1,28

5.3. Mittwochnachmittags 13 - 19:00 Uhr

5.3.1. Beschwerden am Telefon

An einem der „klassischen“ Notfalldiensttage zeigte sich das Feld der geäußerten Beschwerden ausgewogen. Mit jeweils 17,07% der 41 Anrufer sind die Bereiche der Atemwegsbeschwerden, kardiologische, gastrointestinale und neurologische Probleme die häufigsten.

Tabelle 18

Beschwerden am Telefon	Anzahl (n= 41)	in Prozent
neurologisch	7	17,07
kardiologisch	7	17,07
gastro-intestinal	7	17,07
Atemwege/Pulmo	7	17,07
allgemein	5	12,2
psychiatrisch	3	7,32
orthopädisch	2	4,88
chirurgisch	1	2,44
uro-/ nephrologisch	1	2,44
dermatologisch	1	2,44

5.3.2. Geschlechtsverteilung

Bei der Übersicht über männliche, bzw. weibliche Anrufer liegen die weiblichen mit fast zwei Dritteln (73,17%) wieder deutlich.

Tabelle 19

Geschlecht	Anzahl (n= 41)	in Prozent
m	11	26,83
w	30	73,17

5.3.3. Kassenverteilung

Tabelle 20

Versicherungsträger	Anzahl (n=41)	in Prozent
AOK	18	43,91
Ersatzkassen	10	24,39
Betriebskrankenkasse	7	17,07
Innungskrankenkasse	2	4,88
Privat Versicherte	2	4,88
Sozialamt	2	4,88

5.3.4. Altersverteilung

In der Altersstatistik der Mittwochnachmittage stellt die Gruppe der 61 – 90jährigen mit 21 von 41 (=51,22%) über die Hälfte der Patienten.

Tabelle 21

Altersgruppe	Anzahl (n=41)	in Prozent
0-5	2	4,88
6 bis 18	1	2,44
19-30	3	7,32
31-40	6	14,63
41-50	3	7,32
51-60	1	2,44
61-70	7	17,07
71-80	7	17,07
81-90	7	17,07
91-100	4	9,76

5.3.5. Intervention

Die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln, sowie die intramuskulären Injektionen auf den ersten beiden Plätzen der Häufigkeit stellten mit 48,98% annähernd in der Hälfte der Fälle die Intervention der Wahl dar.

Tabelle 22

Intervention	Anzahl (n=49)	in Prozent
Rp	13	26,53
i.m.	11	22,45
i.v.	9	18,37
oral	8	16,33
Einweisung	5	10,20
Fachweiterbehandlung	2	4,08
s.c.	1	2,04

Tabelle 23

Einweisungsdiagnosen Mittwochnachmittags:

V.a. Myocardinfarkt (1x)	Alkoholabhängigkeit (Suizidgefahr) (1x)
unklares Abdomen (2x)	Myocardinfarkt (1x)

5.3.6. Untersuchung

Bei den angewandten Untersuchungstechniken finden sich die unblutige Blutdruckmessung (27,13%), die Pulsmessung(24,81%) mit Abstand vor den Auskultationen (14,73% bzw. 11,63%) von Lunge und Herz.

Tabelle 24

Untersuchungen	Anzahl (n=129)	in Prozent
RR	35	27,13
Pulsmessung	32	24,81
Auskultation Pulmo	19	14,73
Auskultation Cor	15	11,63
Auskultation Abdomen	8	6,2
Palpation Abdomen	6	4,65
Inspection	6	4,65
Percussion Nierenlager	2	1,55
Blutzuckermessung	2	1,55
Palpatio Lymphknoten	1	0,78
neurologische Untersuchung	1	0,78
Palpation Hüfte	1	0,78
Temperaturmessung	1	0,78

5.3.7. vorläufige Diagnose

Die Diagnosen aus dem Bereich der Kardiologie stellen zusammen mit den Atemwegserkrankungen und den gastrointestinalen Diagnosen über 50% der vorläufigen Diagnosen (52,08%).

Tabelle 25

vorläufige Diagnose	Anzahl (n=48)	in Prozent
kardiologisch	11	22,92
Atemwegserkrankung	8	16,67
gastrointestinal	6	12,5
orthopädisch	5	10,42
psychisch	4	8,33
neurologisch	3	6,25
gynäkologisch	2	4,17
chirurgisch	2	4,17
HNO	1	2,08
Stoffwechsel	1	2,08
Karzinom/-Folgen	1	2,08
nephrologisch/ urologisch	1	2,08
Durchblutungsstörung	1	2,08
dermatologisch	1	2,08
Fehlinfo	1	2,08

5.4. Wochenende 7 - 20:00 Uhr (Samstag, Sonntag und Feiertage)

5.4.1. Beschwerden am Telefon

Die geäußerten Symptome an den Wochenend-Tagen sind geprägt durch den neurologischen Formenkreis(27,45%). Die allgemeinen und die gastrointestinalen Beschwerden werden an zweiter Stelle (je 19,61%) genannt.

Tabelle 26

Beschwerden am Telefon	absolut n= 51	in Prozent
neurologisch	14	27,45
gastro-intestinal	10	19,61
allgemein	10	19,61
kardiologisch	7	13,73
orthopädisch	5	9,8
Atemwege/Pulmo	3	5,88
psychiatrisch	1	1,96
HNO	1	1,96

5.4.2. Geschlechtsverteilung

Auch an Wochenenden waren es doppelt so viele weibliche wie männliche Anrufer.

Tabelle 27

Geschlecht	absolut n= 51	in Prozent
m	16	31,37
w	35	68,63

5.4.3. Kassenverteilung

Tabelle 28

Versicherungsträger	absolut n=51	in Prozent
AOK	21	41,18
Ersatzkassen	16	31,37
Betriebskassen	6	11,76
Innung	2	3,92
Privat	4	7,84
Sozialamt	2	3,92

5.4.4. Altersverteilung

Die Altersstruktur der Notfallpatienten hat einen Gipfel in der Gruppe der 31 bis 60jährigen (zusammen 56,87%).

Tabelle 29

Altersgruppe	absolut n= 51	in Prozent
0-5	1	1,96
6 bis 18	2	3,92
19-30	9	17,65
31-40	12	23,53
41-50	10	19,61
51-60	7	13,73
61-70	6	11,76
71-80	3	5,88
81-90	1	1,96
91-100	0	0

5.4.5. Intervention

Die Verordnung von Medikamenten/ Hilfsmitteln stellt vor der intramuskulären Injektion und der Einweisung die häufigste Intervention an den „Wochenend-Tagen“ dar.

Tabelle 30

Intervention	absolut (n=60)	in Prozent
Rp	23	38,33
i.m.-Injektion	9	15
Einweisung	9	15
Beratung	8	13,33
oral	7	11,67
i.v.-Injektion	4	6,67

Tabelle 31

Einweisungsdiagnosen Wochenende 7 – 20:

Herzinfarkt (2x)	Alkoholentzug (1x)
Platzwunde (1x)	Apoplex (1x)
Z.n. Nahrungskarenz > 1 Woche (1x)	Wespenstich in der Zunge (1x)
Verdacht auf Rippenfraktur (1x)	akute Appendicitis (1x)

5.4.6. Untersuchung

Neben Blutdruckmessung und Pulskontrolle ist die Erhebung der Auskultationsbefunde von Herz und Lunge mit Abstand die häufigsten Untersuchung.

Tabelle 32

Untersuchungen	absolut (n=172)	in Prozent
RR	35	20,35
Pulsmessung	33	19,19
Auskultation Cor	23	13,37
Auskultation Pulmo	23	13,37
Inspection	16	9,3
Palpation Abdomen	11	6,4
Auskultation Abdomen	10	5,81
NAP	8	4,65
Palpation Lymphknoten	3	1,74
EKG	3	1,74
Percussion Pulmo	2	1,16
neurologische Untersuchung	2	1,16
Temperaturmessung	1	0,58
Palpation LWS	1	0,58
rektale Palpation	1	0,58

5.4.7. vorläufige Diagnose

Atemwegserkrankungen vor gastrointestinalen und neurologischen Erkrankungen sind in dieser Gruppe die am häufigsten gestellten (vorläufigen) Diagnosen.

Tabelle 33

vorläufige Diagnosen	Anzahl (n=56)	in Prozent
Atemwegserkrankungen	11	19,64
gastrointestinal	9	16,07
neurologisch	8	14,29
kardiologisch	5	8,93
HNO	5	8,93
psychisch	5	8,93
chirurgisch	4	7,14
Karzinom/-Folgen	2	3,57
orthopädisch	2	3,57
kieferchirurgisch	1	1,79
gynäkologisch	1	1,79
Durchblutungsstörung	1	1,79
Fieber unklarer Genese	1	1,79
dermatologisch	1	1,79

5.5. Wochenende 20 - 08:00 Uhr (Samstag, Sonntag und Feiertage)

5.5.1. Beschwerden am Telefon

In den Nächten der Wochenenden lagen bei den geklagten Beschwerden die neurologischen Symptome vor den gastrointestinalen und den allgemeinen Problemen.

Tabelle 34

Beschwerden am Telefon	absolut n=73	in Prozent
neurologisch	18	24,66
gastro-intestinal	15	20,55
allgemein	11	15,07
kardiologisch	8	10,96
Atemwege/Pulmo	5	6,85
orthopädisch	5	6,85
uro-/ nephrologisch	3	4,11
psychisch	2	2,74
dermatologisch	2	2,74
gynäkologisch	2	2,74
ophthalmologisch	1	1,37
HNO	1	1,37

5.5.2. Geschlechtsverteilung

Mit nur fünf weiblichen Anrufern mehr, ist erstmals eine nahezu ausgewogene Verteilung auf die Geschlechter zu finden.

Tabelle 35

Geschlecht	absolut n= 73	in Prozent
m	34	46,58
w	39	53,42

5.5.3. Kassenverteilung

Tabelle 36

Versicherungsträger	absolut n=73	in Prozent
AOK	32	43,84
Betriebskrankenkasse	11	15,07
Ersatzkassen	21	28,77
Sozialamt	2	2,74
Innungskrankenkasse	4	5,48
Privat Versicherte	3	4,11

5.5.4. Altersverteilung

Die Alterverteilung der Patienten zeigt mehrere Gipfel: die größte Gruppe stellen die 41 bis 50jährigen(20,55%), dicht gefolgt von den 19 bis 30jährigen(19,18%). Die 61 bis 80jährigen sind ebenfalls stark vertreten. Kinder bis 5 Jahren wurden in geringem Umfange behandelt.

Tabelle 37

Altersgruppe	absolut n= 73	in Prozent
0-5	1	1,37
6 bis 18	5	6,85
19-30	14	19,18
31-40	8	10,96
41-50	15	20,55
51-60	8	10,96
61-70	11	15,07
71-80	11	15,07
81-90	0	0
91-100	0	0

5.5.5. Intervention

Neben der Verordnung von Medikamenten findet sich in den „Nächten“ der Wochenendgruppe die Einweisung in Krankenhäuser schon auf Platz zwei der Häufigkeit. Die Verabreichung von Medikamenten intravenös, intramuskulär und per os ist gleichstark und dritthäufigste Intervention.

Tabelle 38

Intervention	absolut (n=83)	in Prozent
Rp.	28	33,73
Einweisung	12	14,46
i.v.-Injektion	11	13,25
i.m.-Injektion	11	13,25
oral	11	13,25
Beratung	6	7,23
Überweisung	1	1,20
Todesfeststellung	1	1,20
Anamnese (ausschließlich)	1	1,20
supp.	1	1,20

Tabelle 39

Einweisungsdiagnosen Wochenende 20 – 8:

Apoplex (2x)	Meningitis (1x)
Extrateringravidität (2x)	Nephrolithiasis (1x)
COPD, Pharyngolanryngitis (1x)	Herzinsuffizienz (1x)
Prädelir (1x)	Schenkelhalsfraktur (1x)
Infarkt (1x)	Anorexia nervosa (1x)

5.5.6. Untersuchung

Die Spitze der angewendeten Untersuchungstechniken wird durch die unblutige Riva-Rocci-Messung und die Pulsmessung gleichstark gebildet (je 24,81%). Mit weitem Abstand folgt die Palpation des Abdomens (8,78%).

Tabelle 40

Untersuchungen	absolut n=262	in Prozent
RR	65	24,81
Pulsmessung	65	24,81
Palpation Abdomen	23	8,78
Auskultation Abdomen	20	7,63
Inspection loco typico	19	7,25
Auskultation Pulmo	17	6,49
Auskultation Cor	16	6,11
Anamnese (ausschließlich)	8	3,05
neurologische Untersuchung	7	2,67
NAP	7	2,67
Percussion Nierenlager	5	1,91
Temperaturmessung	5	1,91
Palpation LWS	2	0,76
Palpation Lymphknoten	1	0,38
Palpation Oberschenkel	1	0,38
Palpation Unterschenkel	1	0,38

5.5.7. vorläufige Diagnose

Die Gruppe der gastrointestinalen Erkrankungen (18,75%) liegt vor der der Atemwegserkrankung (15%) und den orthopädischen Diagnosen (11,25%) auf Platz eins.

Tabelle 41

vorläufige Diagnosen	Anzahl (n=80)	in Prozent
gastrointestinal	15	18,75
Atemwegserkrankung	12	15
orthopädisch	9	11,25
kardiologisch	9	11,25
psychisch	9	11,25
dermatologisch	8	10
neurologisch	6	7,5
nephrologisch/ urologisch	5	6,25
HNO	3	3,75
gynäkologisch	2	2,5
Durchblutungsstörung	2	2,5

6.0 Diskussion

6.1. Gesamtkollektiv

Die Diagnosenstellung und die damit verbundene Zuordnung eines Symptoms zu einem medizinischen Fachgebiet folgt im Notfalldienst eigenen Regeln. Mehr als sonst gilt hier der Begriff der Diagnose als Arbeitshypothese (39). Der häufig benutzte Begriff der „Blickdiagnose“ hat im Notfalldienst durchaus seine Berechtigung. Da der Patient nicht umfassend diagnostiziert und therapiert werden kann und soll, ist vielmehr die Zeit bis zu einer normalen hausärztlichen Behandlung durch geeignete Maßnahmen zur Besserung und Linderung zu überbrücken.(49)

Interessant erscheint eine Gegenüberstellung der Beschwerdehäufigkeiten mit den vorläufigen Diagnosen. Die Einordnung des Symptoms „Kopfschmerz“ in das neurologische Fachgebiet erklärt die hohe Stellung dieses Spezialgebietes innerhalb der geschilderten Beschwerden.

Den am Telefon gegenüber der Notrufzentrale geäußerten Beschwerden stehen nicht nur mehr, sondern in ihrer Verteilung auch ganz andere Krankheitsbilder gegenüber. Dieses „Mehr“ an Diagnosen lässt sich leicht durch zum Teil vorbestehende Krankheiten erklären, die nur der Genauigkeit wegen in die Erfassung mit aufgenommen wurden. Die Notfallpatienten bzw. die Anrufer nannten auch häufig das Symptom, welches ihnen in dem jeweiligen Augenblick die größten Probleme bereitete. Ein Beispiel dafür ist der häufig genannte Kopfschmerz (neurologisch), der sich bei der Visite z.B. als ein Infekt der oberen Atemwege mit starkem Hustenreiz entpuppte. Durch Husten verursachte Kopfschmerzen belasteten den Patienten jedoch am meisten. Dies erklärt die Diskrepanz zwischen geschilderten Beschwerden und vorläufigen Diagnosen am ehesten. Eine Gefahr besteht darin, dass nicht erfragte Dinge, wie z.B. Gewichtsverlust und Teerstuhl von den Laien nicht berichtet werden. Dies geschieht weder bei der Anmeldung noch beim Besuch des Notfallarztes. Deshalb gehört das sinnhafte, umfassende Abfragen von möglichen von möglichen Leitsymptomen bei jedem Notfallpatienten zur ärztlichen Kompetenz und „ärztlichen Kunst“.

Tabelle 42

Beschwerden am Telefon	Anzahl (n=240)	in Prozent
neurologisch	52	21,67
gastrointestinal	49	20,42
allgemein	39	16,25
pulmologisch	28	11,67
kardiologisch	27	11,25
orthopädisch	18	7,5
psychiatrisch	9	3,75
urologisch/ nephrologisch	7	2,92
gynäkologisch	4	1,67
dermatologisch	3	1,25
ophthalmologisch	2	0,83
chirurgisch	1	0,42
HNO	1	0,42

vorläufige Diagnose	Anzahl (n=258)	in Prozent
Atemwegserkrankung	52	20,16
gastrointestinal	43	16,67
Kardiologisch	30	11,63
psychisch	25	9,69
neurologisch	23	8,91
orthopädisch	23	8,91
HNO	11	4,26
dermatologisch	10	3,88
angiologisch	9	3,49
urologisch / nephrologisch	9	3,49
Karzinom-/ Folgen (bekannte)	6	2,32
gynäkologisch	6	2,32
chirurgisch	6	2,32
Stoffwechselerkrankungen	2	0,78
Fehlinfo	1	0,39
Fieber unklarer Genese	1	0,39
Kieferchirurgisch	1	0,39

Auffällig war, dass häufig eine stärkere Beschreibung der Beschwerden am Telefon verwendet wurde als tatsächlich vorlag. Eine Interpretationsmöglichkeit wäre sicherlich die Tatsache, dass Beschwerden durch die Patienten individuell in verschiedener Schwere wahrgenommen wurden. Nicht zu bestreiten ist jedoch, dass die Anrufer, in der Hoffnung auf einen schnelleren Besuch, ihre Beschwerden gerne aggravierend beschreiben und nach dem Rat der Arztnotrufzentrale, einen NRW zu rufen, abgewiegelt: „so schlimm ist es ja doch nicht“. Tatsächlich ergab der Besuch des Notdienstärztes als vorläufige Diagnose eine Gastritis.

Des Weiteren war beeindruckend, dass zum Teil die Angehörigen die Situation des Erkrankten als schwerer einschätzten oder eingeschätzt haben wollten als der Patient selbst. Dies mag zum einen auf eine erhöhte Besorgnis zurückzuführen sein, wie zum Beispiel im Falle eines pädiatrischen Patienten oder eines frisch verheirateten Paares. Es gab jedoch auch Situationen, in denen sich Behandler und Autor nicht des Gefühls erwehren konnten, der Betroffene solle in ein Krankenhaus „abgeschoben“ werden. Die zeitliche Koinzidenz mit Feiertagen oder dem Beginn

von Schulferien erhärtete diese Vermutung, so dass hier (auch um keinen bösen Willen unterstellen zu müssen, welcher nicht Bestandteil dieser Untersuchung sein sollte), eher ein sozial-pflegerisches Problem als ein medizinischer Notfall zugrunde gelegt werden kann.

Der Druck, welcher in beiden Situationen auf dem Notfallarzt lastet, sollte nicht unterschätzt werden und ist eher typisch für den Notfalldienst. Wie eingangs schon erwähnt, muss sich der Notfallarzt auf eine Art „Blickdiagnose“, ohne auf weiterführende (apparative) Diagnostik zurückgreifen zu können, verlassen. Womit sich wieder zeigt, welche hohe Anforderungen an einen Notfallarzt gestellt werden und welche großes Wissen und Erfahrung er haben sollte, um kompetent seinen Dienst zu versehen.

So wählt der eine oder andere die für ihn selbst ungefährlichere, nicht belastende Entscheidung und gibt dem Drängen nach und stellt eine Krankenhauseinweisung aus. Auffällig in diesem Zusammenhang war ein Fall, in dem der Fahrdienst zu einem Patienten mit „Brustschmerz“ gerufen wurde. Der Notfallarzt injizierte, nach Untersuchung und Anamnese, Diazepam und Tramadolol in den linken M. triceps brachii, um dann doch den Patienten mit der Einweisungsdiagnose „frischer (ablaufender) Myocardinfarkt“ in die nächstgelegene Klinik einzuweisen. Ob der Kollege in diesem Fall dem Drängen von Angehörigen nachgab oder nicht, sei dahingestellt; es zeigt sich jedoch, dass die Kompetenz des ärztlichen Handelns nicht bei allen im Notfalldienst Arbeitenden vorausgesetzt werden kann, aber muss.

Unglücklicherweise führen gerade solche Begebenheiten, obschon Einzelfälle, zu einem negativen Bild des ärztlichen Notfalldienstes bei allen beteiligten Personen. Die Patienten/ Angehörigen erleben einen unsicheren/ beeinflussbaren Arzt, die Krankenhaus-/ Notdienstärzte übernehmen Patienten, die fehlerhaft vorbehandelt oder ohne klare Indikation eingewiesen werden, und die Notfalldienstärzte selber müssen mit dem Gefühl der Überforderung arbeiten. Zudem stellt sich für die Notfallärzte noch ein weiteres Problem, nämlich das der Zeitnot und dem damit verbundenen Mangel an Dokumentation. Diese erschöpft sich in der begründenden Diagnose für die abrechenbaren Leistungen.. Vom eigentlichen Behandlungsverlauf fehlt jede Dokumentation (außer den Aufzeichnungen anlässlich dieser Arbeit), was zum Beispiel im Falle eines Rechtsstreites entscheidende Bedeutung hätte, so dass auch eine Angst vor Strafe immer „mitfährt“. (25)

Viele der anderen Beschwerdebilder wurden nicht zutreffend erfasst bzw. nicht eindeutig geschildert. Eine Problematik in der „Telefondiagnose“ besteht schon bei dem Symptom: „Schulterschmerz links“. Zum einen kann es sich um ein orthopädisches, zum anderen um ein kardiologisches oder gar neurologisches Symptom handeln. Trotz der Erfahrung der zum Großteil langjährigen, wenn auch nicht unbedingt medizinisch vorgebildeten, Mitarbeiter in der Telefonzentrale, sind einige Anrufer nicht in der Lage, nähere Auskünfte zu geben. Bei „Brustschmerz“ kann es sich um einen Zustand nach Angina pectoris - Anfall handeln oder wie geschehen, um eine Mastitis bei Mamma lactans.

Bei den Untersuchungen war erstaunlich, dass ein (wenigstens grober) Gesamtkörperstatus nur sehr selten (< 1%) erhoben wurde. Meistens wurde gezielt symptomorientiert nach den geschilderten Beschwerden und nicht der Vollständigkeit halber untersucht. Eine ausschließlich durchgeführte Anamnese ohne weitere Untersuchung konnte immerhin in 8 Fällen eine Diagnose erbringen. Die selten (1,14%) durchgeführte Temperaturmessung erfolgte ausschließlich oral. Wurde auf die Frage: „Haben Sie Fieber?“ mit „Nein“ geantwortet, wurde die Temperatur auch nicht gemessen. Nach Prof. Helmich gilt: „Fieber kann man nicht fühlen oder erfragen, nur messen“. Das vier Mal durchgeführte EKG bestand aus einem kleinen, weniger als einem Taschenbuch großen Gerät mit drei kleinen Elektroden an der Unterseite, welches direkt auf der linken Brust aufgesetzt wurde. Über die Aussagekraft dieser Untersuchung fand der Autor keine eindeutige wissenschaftlich belegte Aussage.

Wie bei ALBERT (27) lag die Anzahl der traumatologischen Notfälle sehr niedrig. Bei BONORDEN (30) jedoch fanden sich in über einem Fünftel der Fälle traumatologische Notfälle. Diese Untersuchung bezog sich jedoch auf ländliche Gebiete, wo vermutlich der Notfallarzt noch eher als der Notarztwagen gerufen wird.

Ein besonderes Problem im Notfalldienst stellten die Mehrfachanrufer dar. Zum Teil wurde von einem Patienten bis zu fünf Mal in einer Beobachtungseinheit (ein Tag) der Notfallarzt gerufen. Da es sich häufig um dieselben Personen an unterschiedlichen Terminen handelte, wurden diese Besuche stets mit in die Beobachtung aufgenommen.

Bei der Kassenverteilung lagen die Ergebnisse durchweg außerhalb der von den Statistischen Ämtern erhobenen Zahlen. Allein die Reihenfolge der Kassen innerhalb der Übersicht blieb, mit Ausnahme des Überwiegen der Ersatzkassen im Landes-/ Bundesdurchschnitt.

die gleiche. Die überwiegende Mehrheit war bei den Ortskrankenkassen versichert. Die Sekundärkassen lagen dahinter. Außerhalb, weil von den amtlichen Statistiken nicht erfasst, lagen die über das Sozialamt oder privat versicherten Patienten.

Tabelle 43

Versicherungsträger	eigene Untersuchung	%	BRD (in 1.000)	%	NRW	%
AOK	108	45	12971	36,22	3338017	30,74
Ersatzkassen	59	25	14980	41,83	4218786	38,85
Betriebskrankenkasse	39	16	3655	10,21	1450746	13,36
Innungskrankenkasse	11	4,6	2680	7,48	992870	9,14
Landwirtschaftliche Krankenkasse	1	0,4	320	0,89	96098	0,9
Sozialamt Versicherte	10	4,2				
Privat Versicherte	12	5				
	240	100	35810		10858312	

Die Geschlechterverteilung deckt sich in weiten Zügen mit den Erfassungen und Statistiken der amtlichen Stellen und ähnlich gelagerten Studien (3,4,5,27,32,34,36,44,57,62,63). Auffallend ist nur die Gruppe der Wochenend-Nächte, in denen der Männer-Anteil im Vergleich zu den anderen Gruppen extrem hoch liegt und fast die Zahl der weiblichen Patienten erreicht.

Tabelle 44

Wochenende 20 – 8 Uhr	Anzahl	Prozent
w	39	53,42%
m	34	46,58%

Tabelle 45

Gesamtkollektiv	Anzahl	Prozent
w	152	63,33%
m	88	36,66%

Besondere Erwähnung verdient hier das deutliche Überwiegen der weiblichen Patienten, ohne dass dafür spezifisch gynäkologischen Erkrankungen verantwortlich zu machen sind. Anders als bei ALBERT (27) wurden diese jedoch nicht vorab eliminiert. Bei DUJMOVIC (32) fanden sich dagegen 50,2% weibliche und 49,8% männliche Patienten. Bei EMMEL (34) liegt der Anteil der weiblichen Patienten gar bei über 56 Prozent. Auch im Rahmen der täglichen Sprechstunden erscheinen Frauen häufiger als Männer. Eine Begründung für diese Diskrepanz bleibt spekulativ und eine plausible Erklärung ist dem Autor nicht möglich. Trotz intensiver Nachforschung blieb es dem Autor verwehrt, verlässliche Zahlen darüber zu erhalten und so bleibt diese Beobachtung ohne Belege.

Während sich bei ALBERT (27) ein signifikantes Überwiegen, bei SCHWOLOW (54) und OSSMANN (57) ein leichtes Überwiegen der Patienten über 67 Jahren zeigten, konnte im vorliegenden Beobachtungszeitraum kein deutlicher Überhang festgestellt werden. ALBERT (27) stellte des weiteren eine eindeutige Überrepräsentanz der Kinder unter 6 Jahren fest, im eigenen Untersuchung lag die relative Anzahl der Kinder unter 6 Jahren nur bei 2,5 Prozent (zweitniedrigster Wert), woraus sich schließen lässt, dass für diese (durch die Eltern) eine andere Notfallversorgung gewählt wird. Aus Beobachtungen zeigte sich, dass diese kleinen Patienten von den Eltern meist in die Notfall-Praxis gebracht wurden um dort vom Pädiater behandelt zu werden. Dort stellt diese Altersgruppe einen der größten Anteile des Patientenaufkommens. So sieht ein diensthabender Pädiater bis zu 30 Patienten während eines Samstag-Dienstes. Davon stellen die Kinder unter 6 Jahren fast 85%.

Tabelle 46

Alters- gruppe	Eigene Untersuchung Absolutwerte	%	NRW Absolutwerte	%	D Absolutwerte	%
0-5	6	2,5	1150269	6,4	4806963	5,86
6 bis 18	14	5,8	2540521	14,13	11969332	14,59
19-30	35	14,6	2784963	15,5	12776508	15,57
31-40	33	13,7	3026238	16,84	13904596	16,94
41-50	36	15	2404305	13,38	11149510	13,59
51-60	32	13	2299317	12,8	10623328	12,95
61-70	36	15	1950943	10,85	8593521	10,47
71-80	31	12,9			5448067	6,64
81-90	13	5,4			2465890	3,01
91-100	4	1,7	1817931(>71J)	10,11	319664	0,39
Summe	240		17974487		82057379	

Erwartungsgemäß ist die Verordnung von Medikamenten die häufigste Leistung im ärztlichen Notfalldienst. Was überraschte, war die häufige intramuskuläre Injektion, welche noch vor der oralen oder intravenösen Medikation lag. Die Frage der Indikation zur intramuskulären Injektion sei an dieser Stelle gestellt. Die Häufigkeit überrascht, gibt es doch viele orale Präparate, die annähernd gleichschnell wirken. Wie die Tabelle 7 (Seite 34) bereits zeigte, liegt Diclofenac bei den intramuskulären Medikamenten auf Platz eins. Gerade bei diesem Wirkstoff erscheint eine intramuskuläre Gabe nicht indiziert, da eine orale Gabe die gleiche Wirkung zeigt und weniger Risiken hat. Sollte die Ursache der allgemeinen-„i.m.-Injektionen“ in einem gewünscht raschen Wirkungseintritt zu suchen sein, wäre eine intravenöse Injektion vorzuziehen, diese wird jedoch vergleichsweise selten benutzt. Am ehesten erklärbar wird die hohe Anzahl zum einen durch eine hohe Erwartungshaltung der Patienten „eine Spritze vom Notarzt“ zu erhalten, zum anderen auch traditionell begründet als ehemals häufiges Interventionsmittel der Wahl als „bezahlte Einzelleistung“.

Die Einweisungen ins Krankenhaus liegen, obwohl hier auf Platz drei der Häufigkeit, im Vergleich zu anderen Untersuchungen, recht niedrig. So finden sich bei ALBERT 13,8% (27), bei MOHR (53) sogar 15,5% und bei BONORDEN (30) finden

sich immerhin noch 13,2% (19; 43; 22). Die Einweisungen betrafen zum überwiegenden Teil Myocardinfarkte (bzw. Verdachte) oder Alkoholprobleme (u.ä.). Die niedrige Zahl der Einweisungen wird nicht zuletzt durch die hohe Qualität der Untersucher erklärbar. (s.o.)

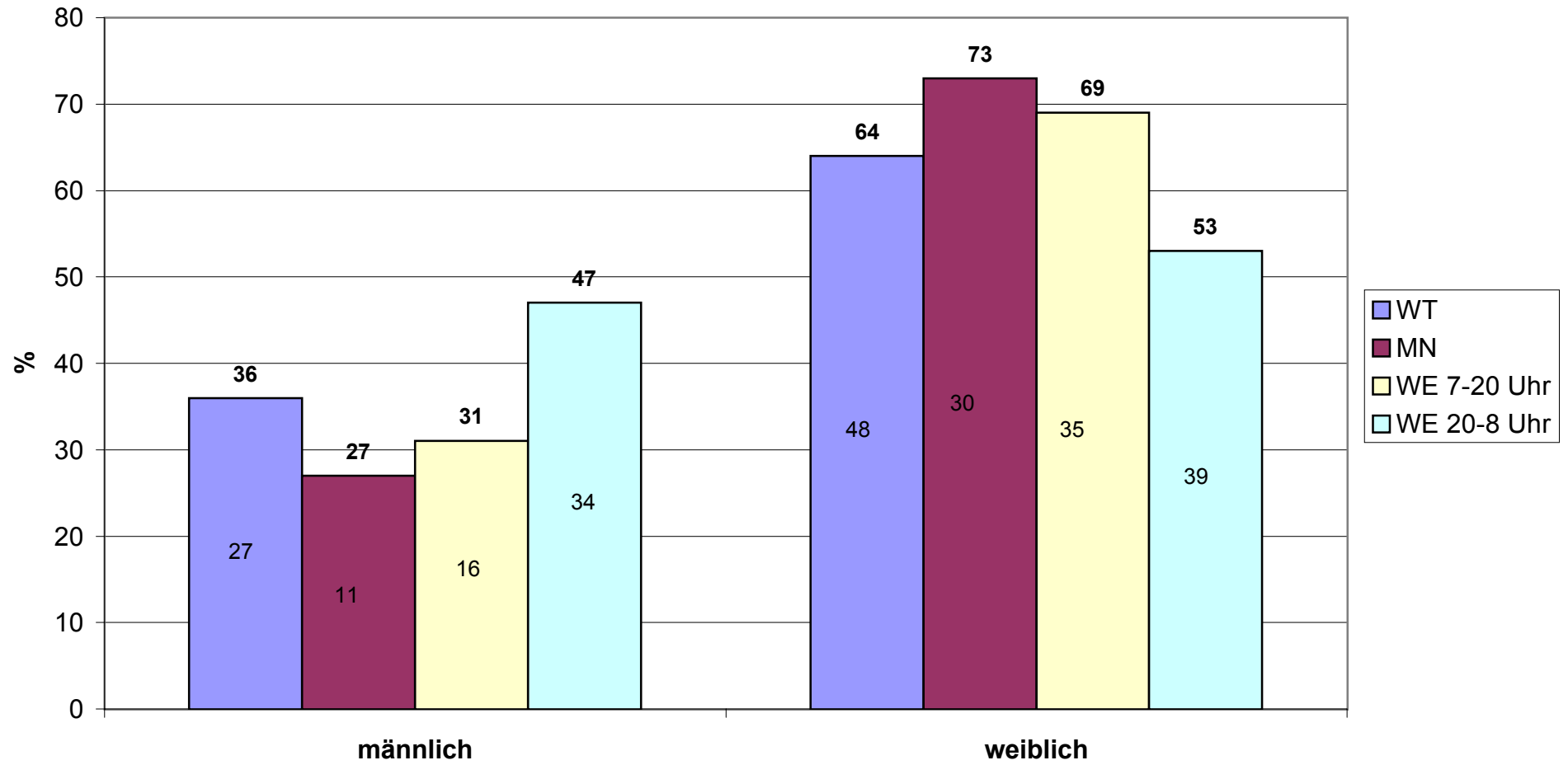
Der Punkt „Beratung“ bestand meist in einem beruhigenden Gespräch, bzw. in sozialen Kontakten. Leider sahen die Patienten in diesen Fällen in der Person des Notfallarztes einen „abrufbaren Gesprächspartner“, was ein häufiges Problem im ärztlichen Notfalldienst darstellt, wie die Notfallärzte berichteten. Besonders belastend für diese seien die Mehrfachanrufer in dieser Kategorie. Dies betrifft Patienten, welche zwar ein bekanntes medizinisches Problem haben, deren Haupt-Anrufgrund jedoch der soziale Kontakt ist. Auch hier ist die Kompetenz des Notfallarztes in besonderer Weise gefordert, muss er doch bei jedem einzelnen Anruf abschätzen und entscheiden, ob ein Notfall im medizinischen Sinne vorliegt.

Die Anzahl der Patienten an Wochenenden war insgesamt 124, die Zahl der Anrufer innerhalb der Woche 116. Damit sind zwar, wie bei ALBERT (27) mehr Behandlungsfälle am Wochenende, jedoch ist der Unterschied nicht so deutlich, wie durch Voruntersuchungen zu erwarten. Gründe hierfür sind nicht erkennbar.

Anlässlich der Besuche in den Wohnungen der Patienten konnten neben den erhobenen Daten noch andere Bereiche beobachtet werden, die nur der Vollständigkeit halber mit Erwähnung finden. So war der Umgang mit den Patienten von Arzt zu Arzt sehr unterschiedlich. Während der eine den Patienten einfühlsam und dessen (subjektiver) Notsituation angepasst ansprach und behandelte, machte der andere dem Hilfesuchenden gegenüber keinen Hehl aus seinem Unmut über den Dienst. Interessanterweise kam letzteres gerade auch bei Vertretungsärzten vor, die ja eigentlich „freiwillig“ diesen Dienst verrichteten.

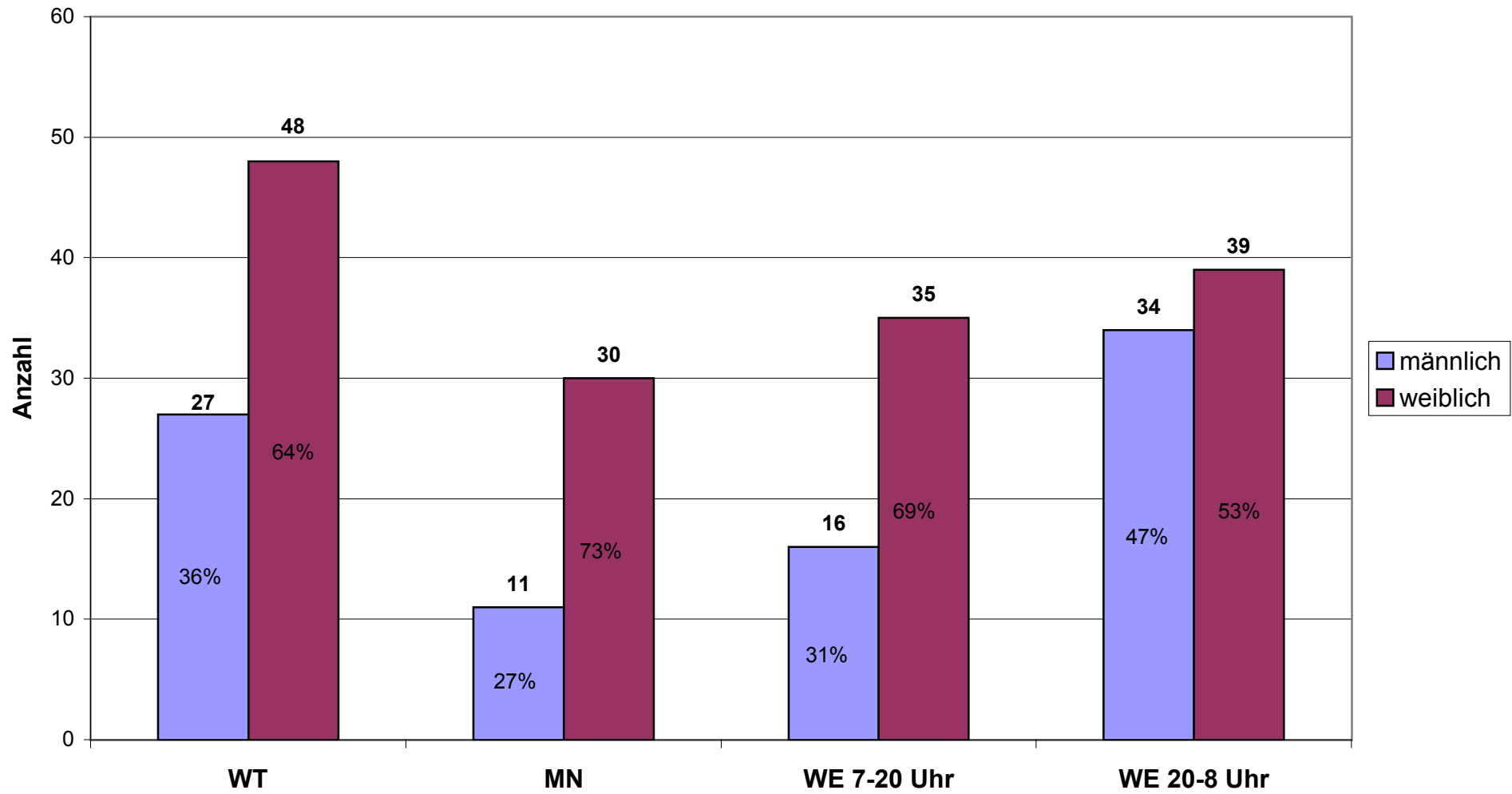
Ein Vergleich der Daten der Notfallpraxis mit denen eines Privatärztlichen Notdienstes, welcher sicherlich interessant gewesen wäre, konnte leider nicht erfolgen, da ein Zugang zu dessen Daten verwehrt wurde.

Vergleich der Gruppen innerhalb der Geschlechterverteilung

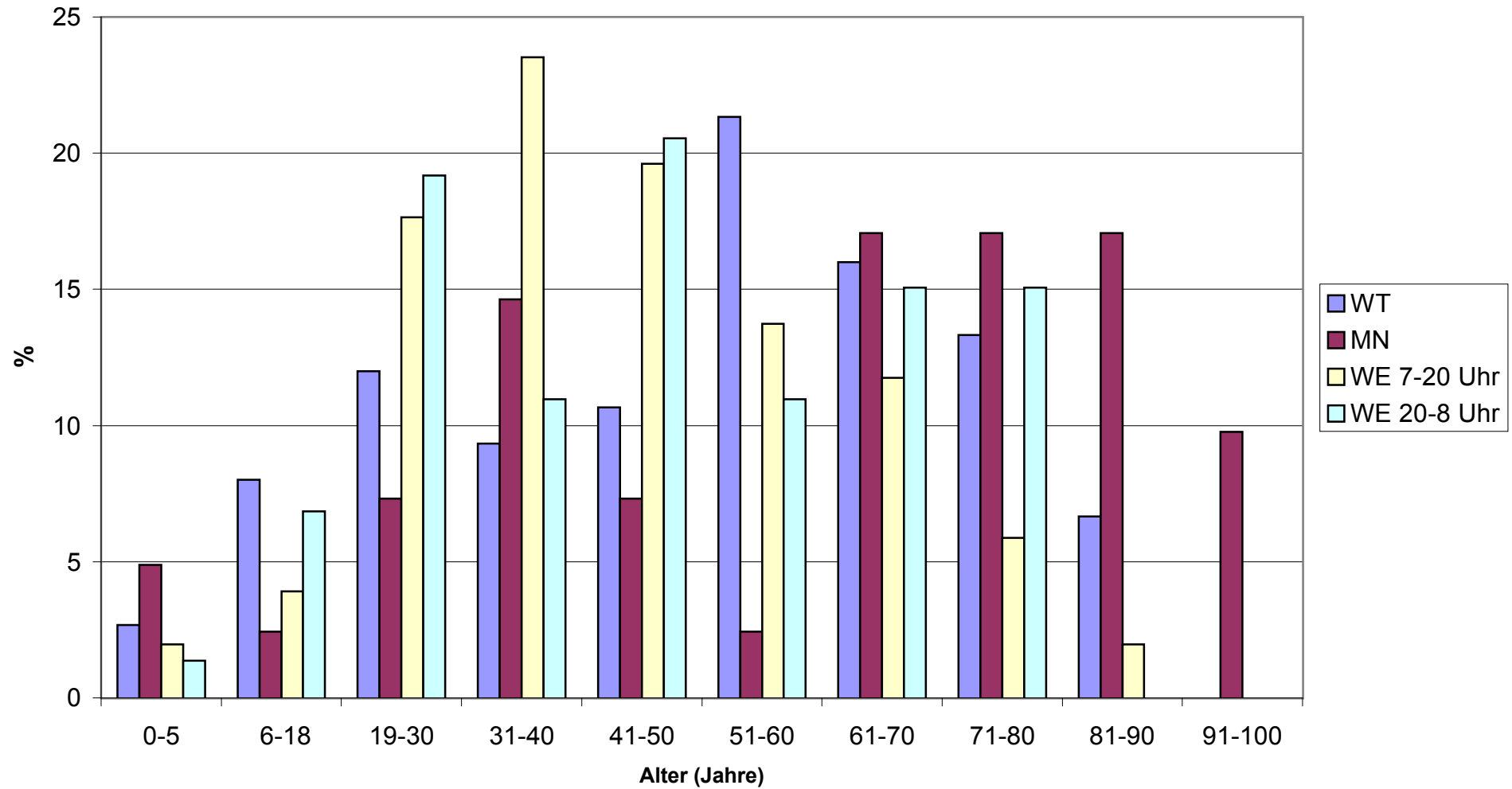


Graphik 10
Geschlechter innerhalb der Gruppen

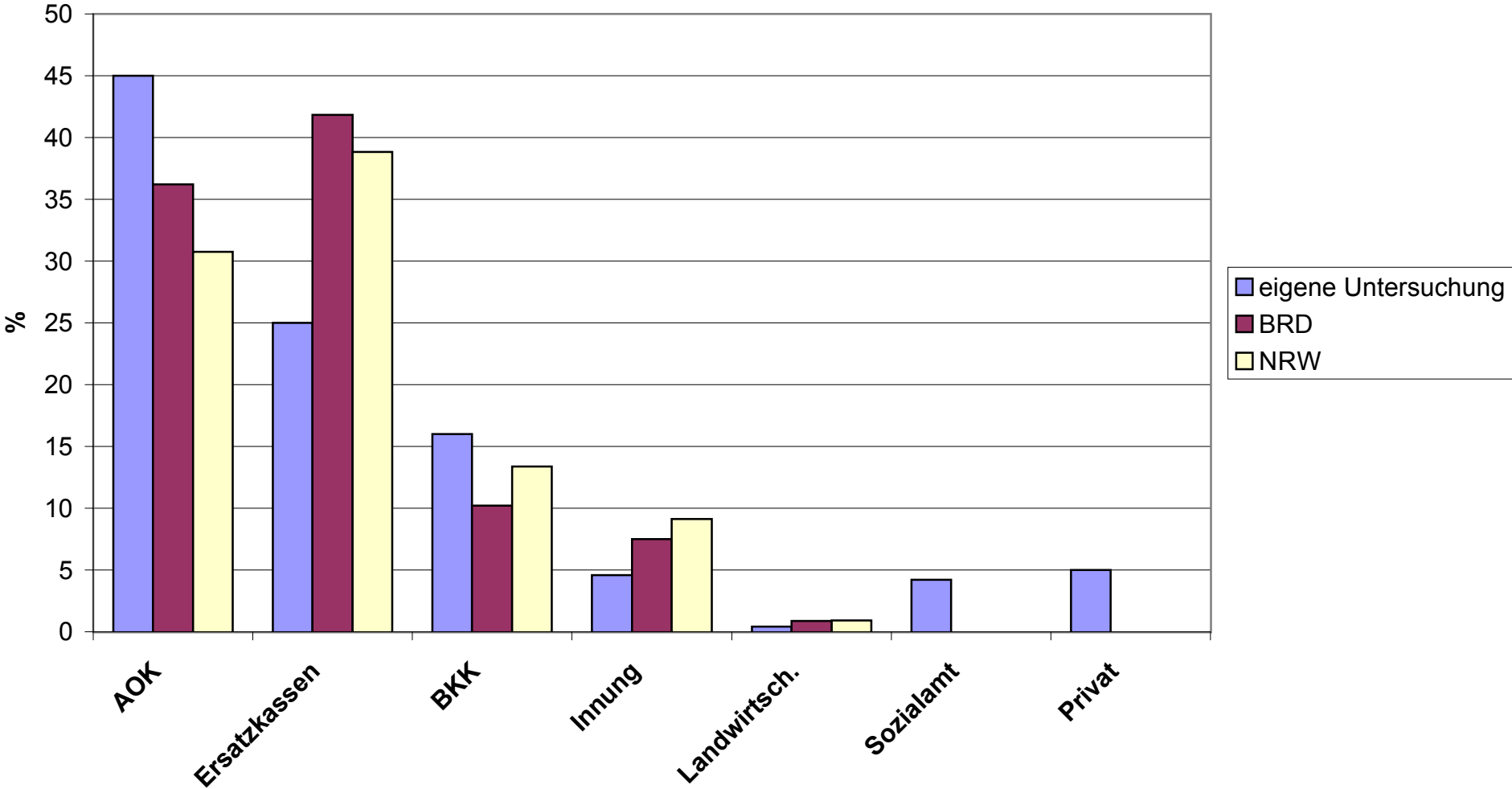
Vergleich Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppen



Altersverteilung im Vergleich der verschiedenen Gruppen

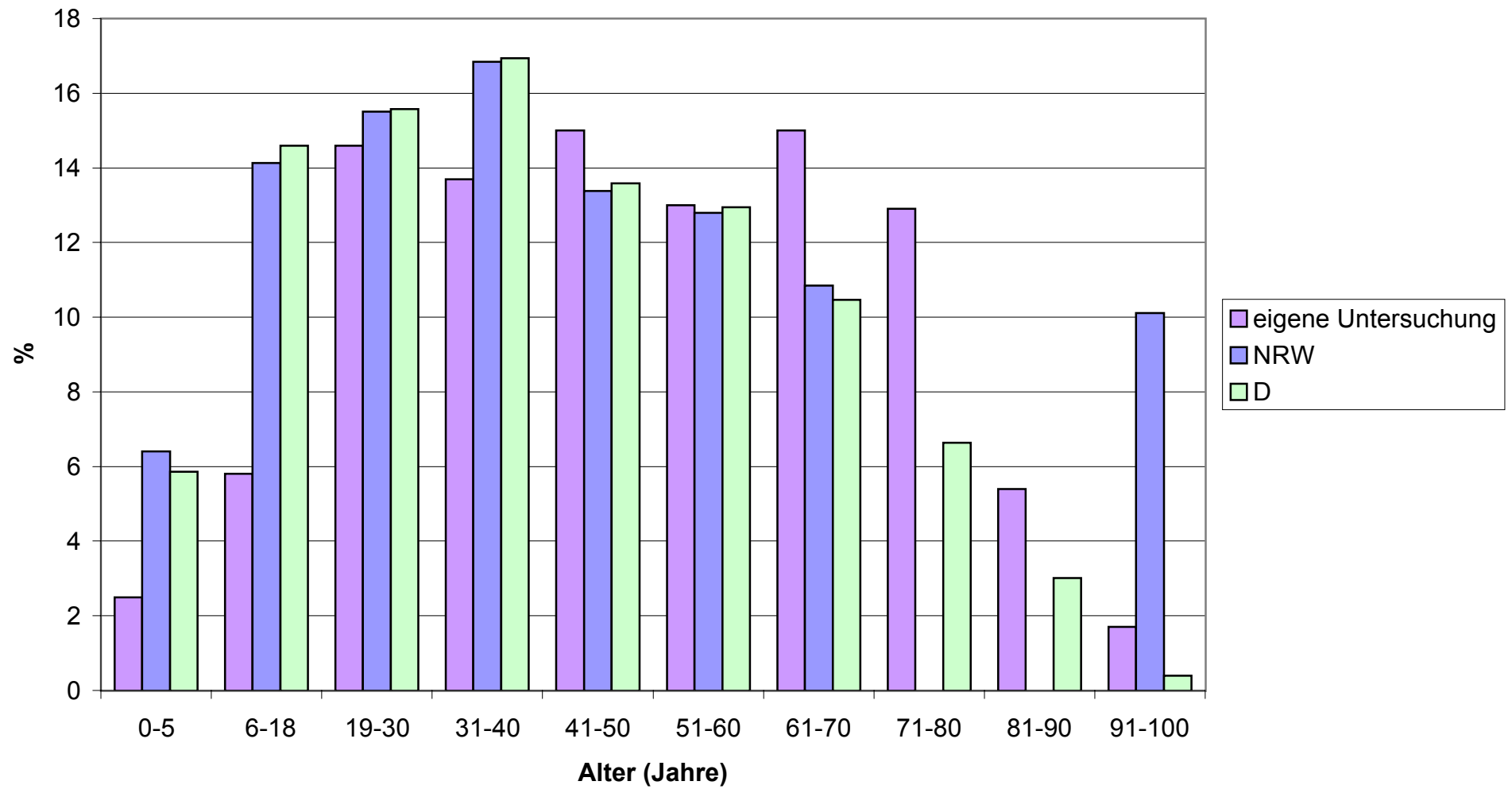


Kassen im Vergleich der Literaturquellen



Graphik 13
Altersverteilung in den Quellen

Vergleich der Altersverteilung



**6.2. Gegenüberstellung der TAG-Einsätze
(Wochenende 7 – 20 Uhr und Mittwochnachmittag 13 – 19 Uhr)
zu den NACHT-Einsätzen
(Wochenende 20 – 8 Uhr und Wochentags 19 – 8 Uhr)**

Gesamtanrufer

Die Zahl der Anrufer / Patienten lag in den Einsätzen der Nacht deutlich höher als bei den TAG-Diensten, so finden sich nur 38,33% (=92) TAG-Patienten (Wochenende 7 - 20 und Mittwochnachmittags) in den Nächten jedoch 148 Patienten (entsprechend 61,67%). Von jeher wurde die Dunkelheit von den Menschen als eher bedrohlich empfunden, als der Tag. So erscheinen auch Symptome und Beschwerden nachts gravierender als am Tage.

Geschlechterverteilung

Der Frauenanteil liegt in der NACHT-Gruppe nicht ganz so eindeutig über den Männern, wie es bei den TAG-Einsätzen der Fall ist. So stehen tagsüber 27 (29,35%) männlichen Patienten 65 (70,65%) weibliche gegenüber, bei den nächtlichen Besuchen sind es 61 Männer (=41,22%) und 87 Frauen (=58,78%), die aufgesucht wurden.

Alter

Bei der Altersverteilung zeigt sich im Vergleich zwischen den TAG-Einsätzen (Wochenende 7h–20h und Mittwochnachmittags) und den NACHT-Einsätzen (Wochenende 20h–8h und Wochentags), dass die älteren Patienten sich seltener in der Nacht melden. Zum Beispiel rief in den Wochenend-Nächten kein Patient über 80 Jahren an, wohingegen an den Mittwochnachmittagen alle Alterstufen auftraten. In diesem Zusammenhang war anlässlich der Besuche erkennbar, dass sich gerade die älteren Patienten häufig dafür entschuldigten, den Notfallarzt gerufen zu haben. Dies geschah besonders nachts und stellt eine mögliche Erklärung für die im Vergleich geringere Stärke in der Altersverteilung dar.

Intervention

Liegen die Einweisungen ins Krankenhaus, ob per RTW oder Taxi tagsüber (Wochenende 7h–20h und Mittwochnachmittags) nur auf Platz 3, bzw. 4 der Interventionen, so steigt die Häufigkeit in der Nacht an (Wochentags Platz drei und Wochenende 20h – 8h sogar auf Platz zwei).

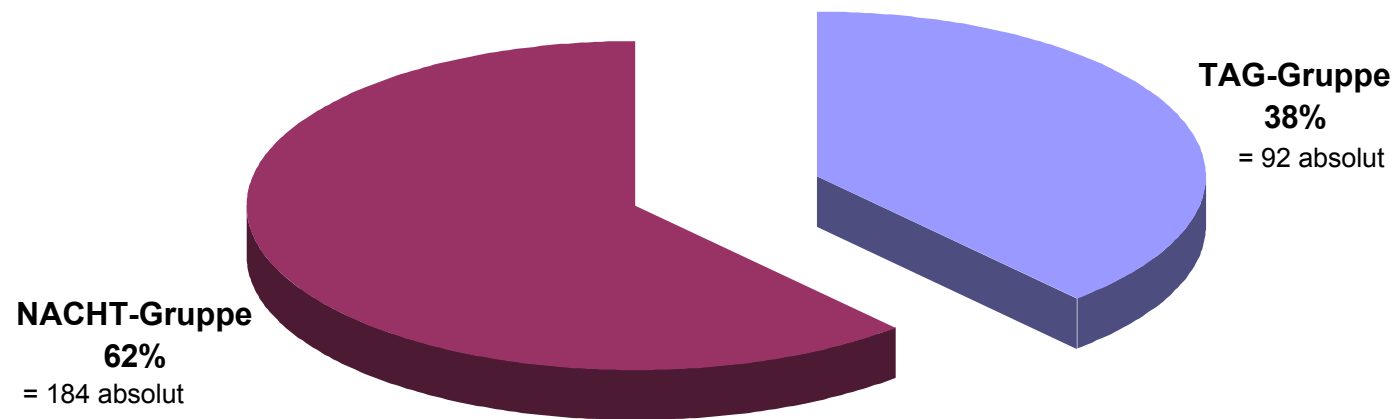
Unter dem Punkt der Interventionen findet sich der Begriff der „Beratung“. Hierbei ist das Besondere, ja häufig ausschließliche Gespräch zwischen Notfallarzt und Patient gemeint. Festzustellen war, dass tagsüber (Mittwochnachmittags und Wochenende 7h–20h) weniger Beratungsgespräche geführt wurden, als nachts (Mittwochnachmittags + Wochenende 20h – 8h).

Ein Erklärungsansatz für beide Punkte wäre, dass die subjektive und objektive Notfallsituation in der Nacht dramatischer eingeschätzt wird als tagsüber und so mehr Einweisungen bzw. Behandlungen erfolgen, da diese kurzfristige Erfolge versprechen.

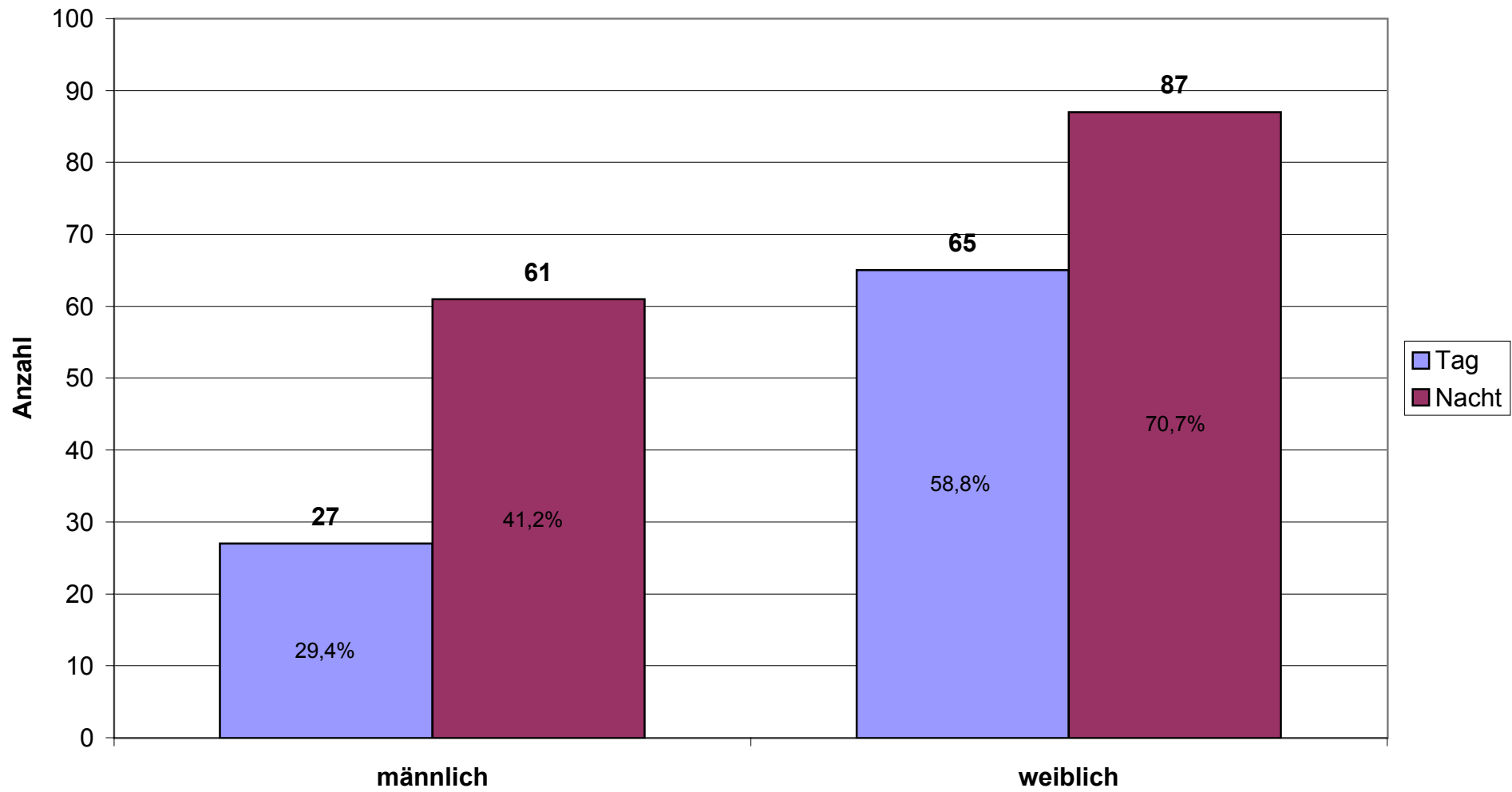
vorläufige Diagnosen

Da die Diagnosen über einen größeren Zeitraum erhoben wurden, wäre eine detaillierte Gegenüberstellung zwischen TAG und NACHT wenig ergiebig. Der Vollständigkeit halber wurde dies im Diagramm (Graphik 19) zusammengefasst.

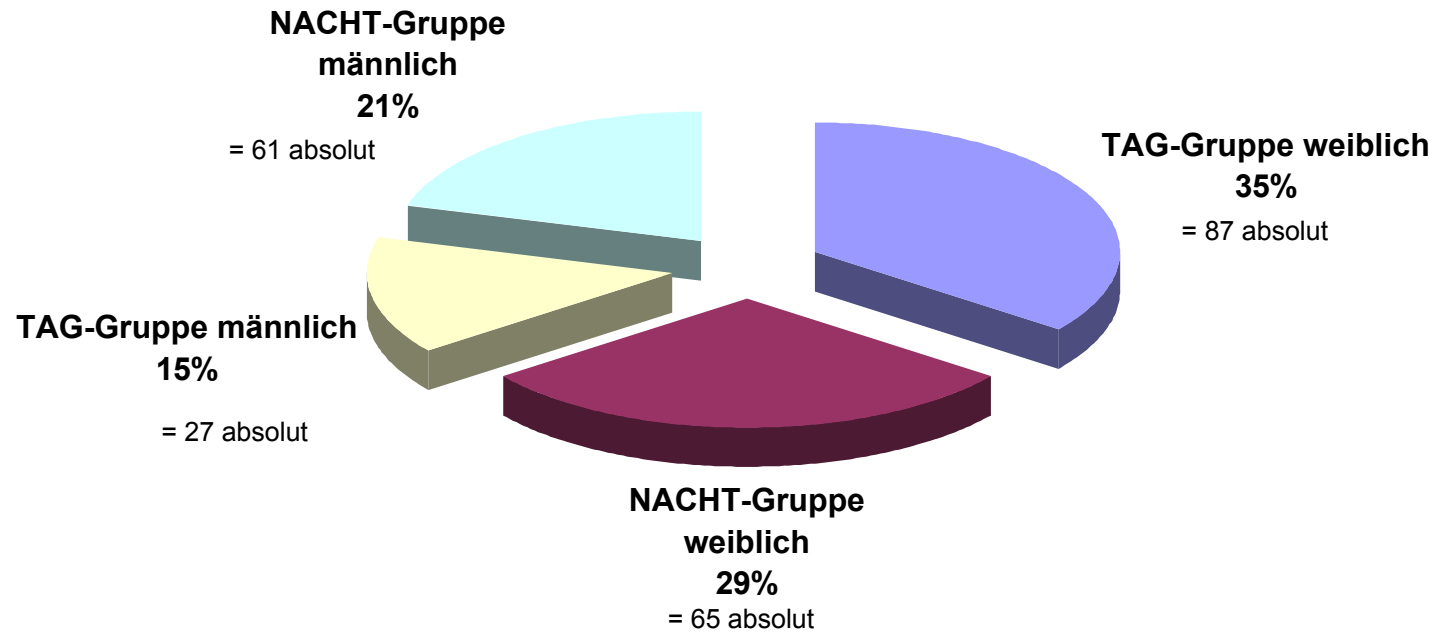
Vergleich Anrufer TAG- / NACHT-Gruppe



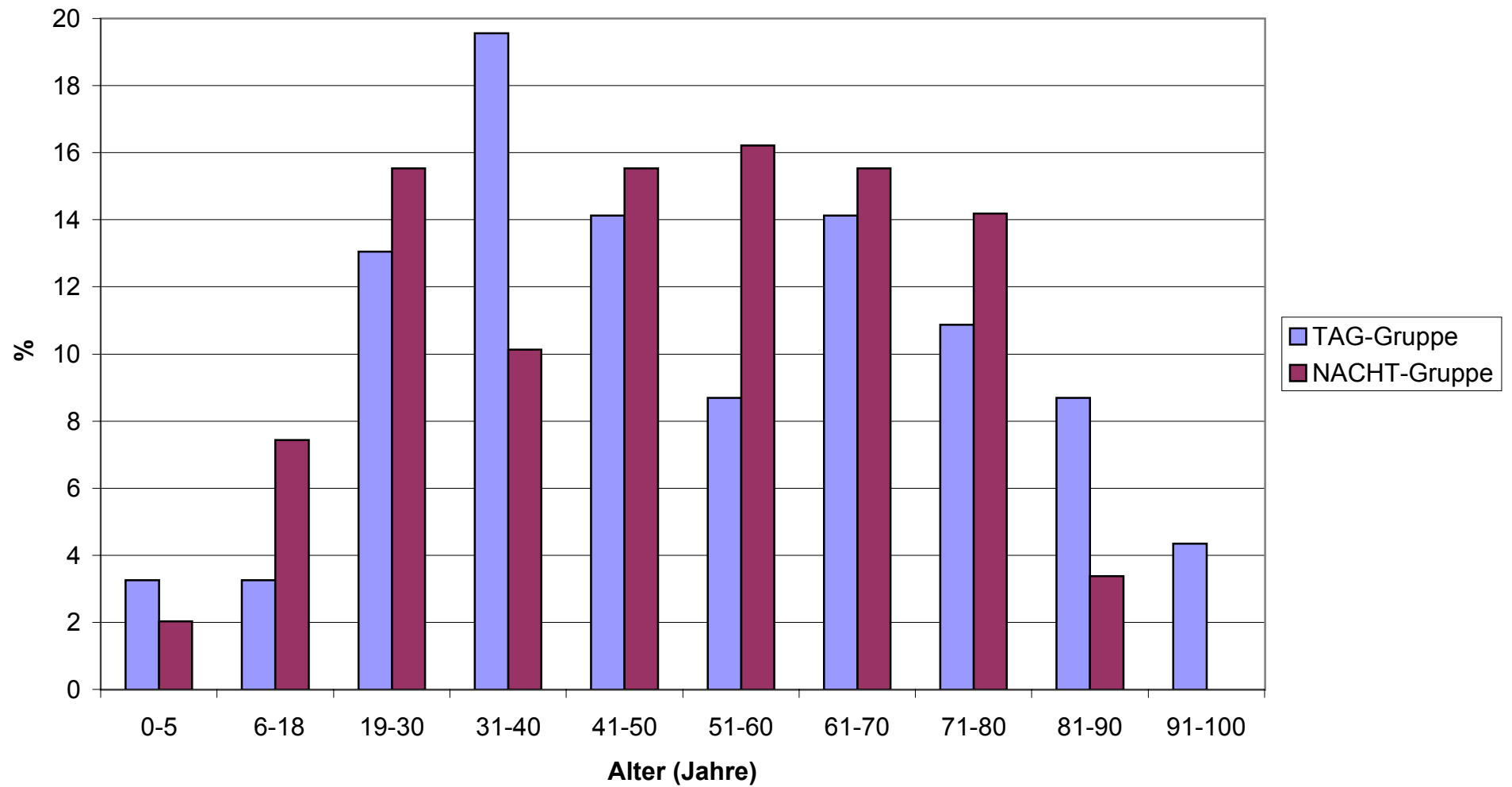
Geschlechtervergleich TAG- / NACHT-Gruppe



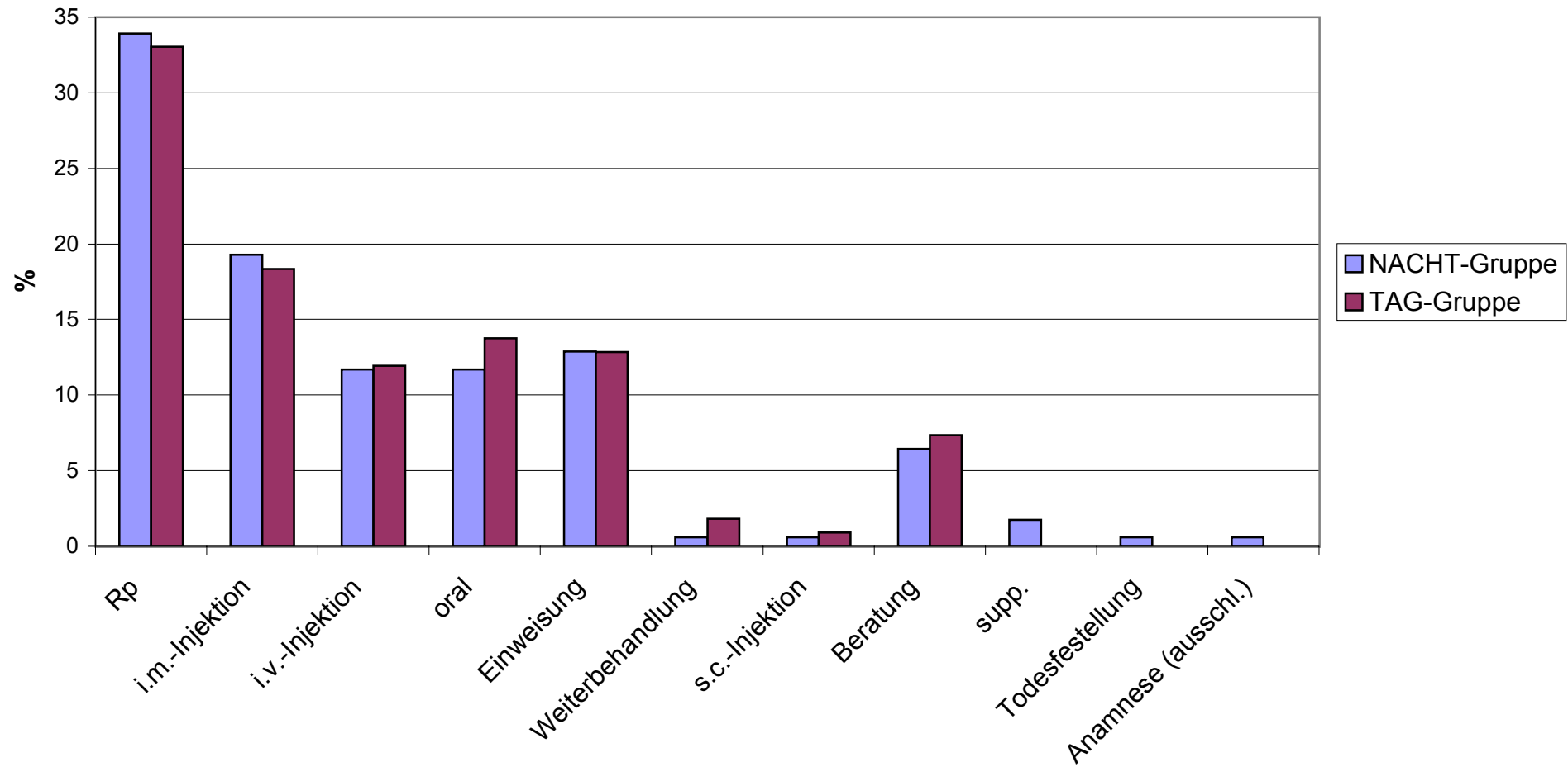
Geschlechteraufteilung innerhalb der TAG- / NACHT-Gruppe



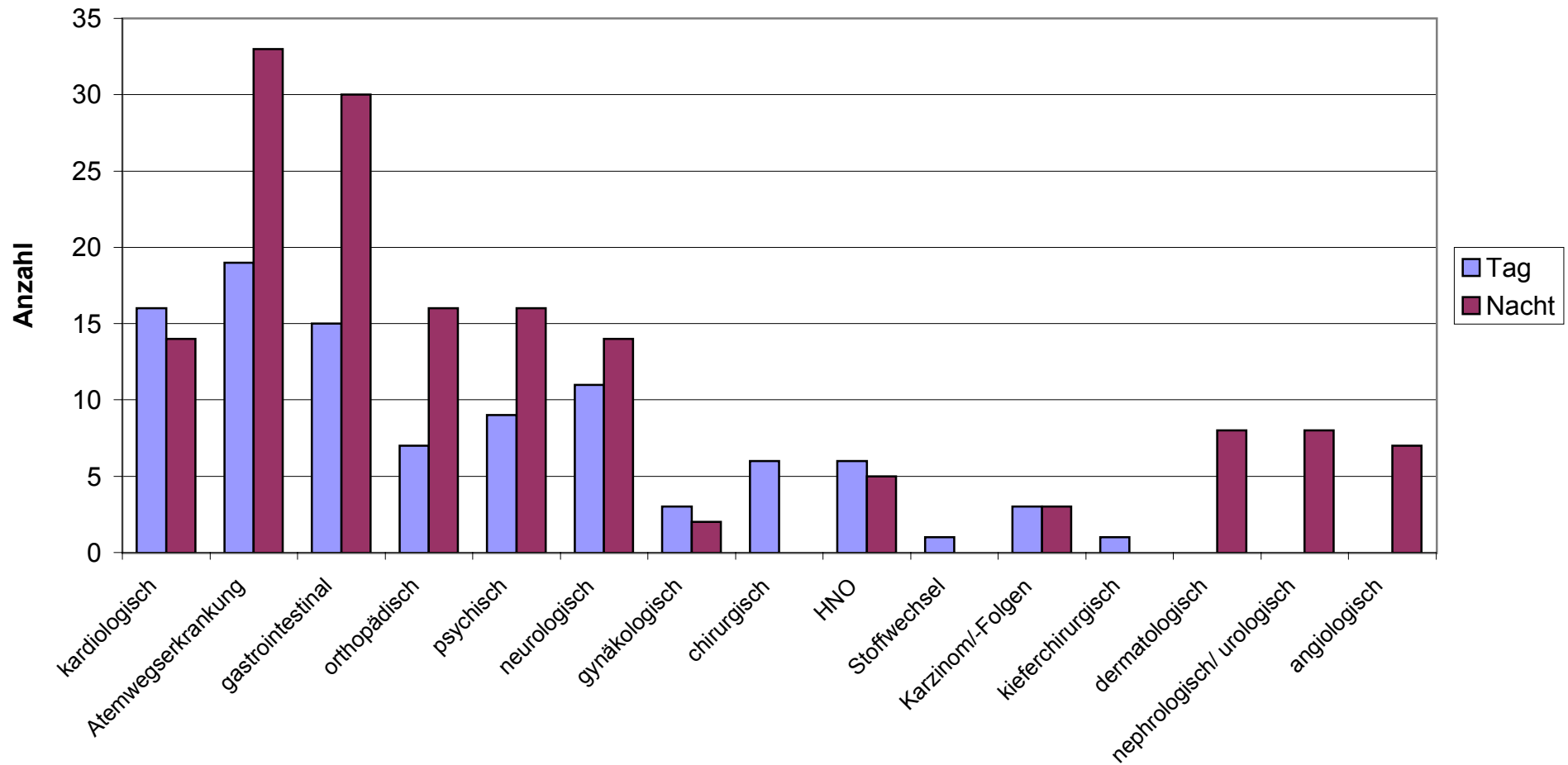
Altersverteilung auf TAG-/ NACHT-Gruppen



Gegenüberstellung der Interventionen TAG-/ NACHT-Gruppe



Gegenüberstellung vorl. Diagnosen TAG-/ NACHT-Gruppe



6.3. Qualität der Notfallversorgung

Das Sozialgesetzbuch schreibt den Vertragsärzten die Bildung von Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben vor. Zu deren Aufgaben gehört der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung. Im Rahmen des Gewährleistungsauftrages wird die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen geregelt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Pflicht, für eine ordnungsgemäße Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung zu sorgen, die den gesetzlichen und vertraglichen Ansprüchen entspricht (46). Welche Qualität hat diese Versorgung? Ist sie noch zeitgemäß und ausreichend? Die vorliegende Dissertation konnte nur einen Bereich der aktuellen Problematik aufzeigen. Eine Schwierigkeit innerhalb der vorliegenden Arbeit war, dass der Doktorand die Qualität der Versorgung nicht beurteilen kann und soll, sondern nur ein hochqualifizierter Gebietsarzt. Es konnte jedoch auch vom Autor festgestellt werden, dass es an gebietsübergreifend handelnden Gebietsärzten mangelte.

Wie höchstrichterlich bestätigt, muss jeder Gebietsarzt im Notdienst mit allen ihm präsentierten Anforderungen und Krankheitsbildern zurecht kommen. Dabei berufen sich diese Gerichtsentscheide zumeist auf ein Urteil der 70er Jahre.

Zitat: Die entfernte Möglichkeit in eine ausweglose Lage zu geraten, bildet keinen Befreiungsgrund... (BVerwG 1.Senat, Az: I B 4.71, 14.06.1972)

Es wird vorausgesetzt, dass sich Ärzte, die eine eigene Praxis haben, permanent auf dem aktuellsten Wissensstand befinden und, wie durch besagtes Urteil festgeschrieben, auch fachfremdes Wissen zur Notfallversorgung präsent haben. Die Entscheidungsfindung der Richter lässt sich nur schwerlich nachvollziehen. So scheint es, als sei dieses Urteil ohne eingehende Kenntnis der Sachlage gesprochen worden, ansonsten wäre das Resultat, die billigende Inkaufnahme einer unqualifizierten und den Patienten gefährdenden Notfallversorgung per se paradox. Eine mittlerweile in 42 Fachgebiete aufgeteilte, hochspezialisierte Medizin, deren Mitglieder sich immer weiter von dem gemeinsamen Wissen aller Mediziner entfernen, können einen Fachbereich, wie die Notfallversorgung ihn darstellt, nicht adäquat ausfüllen. Von einem 43. Spezialgebiet der Medizin zu sprechen, wäre wohl zur Zeit noch voreilig, jedoch sollte auch diese Alternative als Lösungsansatz weiterhin in den entsprechenden Gremien diskutiert werden. Für den langjährig

niedergelassenen Spezialisten stellt die Entscheidung der Richter (jeder Facharzt muss jedes Notfallproblem effizient und sinnvoll behandeln können) ein großes Problem dar. Wie bereits vom Gesetzgeber 1972 erkannt, liegt *„ein weiteres Abgrenzungsmerkmal für die Heranziehung von Fachärzten zum allgemeinen Notfalldienst (...) etwa in der Dauer ihrer fachärztlichen Tätigkeit (...). Erfahrungsgemäß sind das allgemeine Medizinische Grundwissen und die Praxis auf allgemein-medizinischem Gebiet nach längerer fachärztlicher Tätigkeit nicht mehr so nahe und gegenwärtig, wie in den ersten Berufsjahren.“* BVerwG Az. I C 30.69

Andererseits wird jedoch von einem niedergelassenen Neurologen erwartet, 15 Jahre nach der Approbation das Spektrum der Inneren Medizin permanent präsent zu haben (22,23). Eine Möglichkeit diese Anforderungen (auch fachfremdes Wissen präsent zu haben) innerhalb der Praxiszeiten zu erfüllen, ist die Pflichterfüllung zur Fortbildung für den Notfalldienst; für die außerhalb der Sprechstunden liegenden Zeiten kann eine Präsenz gebietsübergreifender Kompetenzen in einer qualitätsgesicherten Notfallpraxis den Aufgaben des Sicherstellungsauftrages gerecht werden. Wie sich im Laufe der Zeit zeigte, hat dieses Konzept der Notfallpraxen erhebliche Vorteile für den hilfeschenden Patienten oder dessen Angehörigen. Aber wie bereits dargelegt, gibt es auch andere Lösungen mit dem einen oder anderen Vorteil, die sich etabliert haben. Es ist plausibel, dass nicht alle Konzepte gleiche Qualität bieten; also müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesärztekammern gemeinsam ein optimiertes, verbindliches Modell erarbeiten und bundesweit einsetzen. Vieles spricht heute dafür, dass die fachärztlich besetzte, gebietsübergreifende Notfallpraxis, vielleicht in einem Krankenhaus der Grundversorgung angesiedelt, das von der Bevölkerung erwartete Konzept der Zukunft darstellt. Jedoch finden sich nicht nur strukturelle Probleme im Thema „Notfalldienst“. Ein kaum beachtetes, tiefersitzendes Defizit ist folgendes:

Im Augenblick gibt es in der Bundesrepublik Deutschland neben der Weiterbildungsprüfung keine Qualifikationskontrolle für niedergelassene Ärzte. Ganz besonders auffällig zeigt sich das im Notfalldienst. Allein die Zusatzqualifikation „Arzt im Rettungsdienst“ ist eine in dieser Hinsicht erwartete Voraussetzung. Dies trifft jedoch nur auf die Kollegen zu, welche in das Vertreterregister der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung aufgenommen werden möchten, nicht jedoch für bereits niedergelassene Ärzte. Aber auch die Vertretungsärzte können ohne diese Zusatzqualifikation Dienst tun. So reicht es aus, wenn die Hälfte der

Weiterbildungszeit absolviert wurde (im „günstigsten“ Fall nach dem AiP erreichbar), um einen Dienst zugewiesen zu bekommen. Dies erscheint sehr fragwürdig. Der „Arzt im Rettungsdienst“ zielt jedoch, wie der Name schon anzeigt, in erster Linie auf eine Tätigkeit im Rettungsdienst mit all dessen (technischen) Möglichkeiten ab. Im Rahmen des Kassenärztlichen Notfalldienstes wird eine vergleichbare Situation vorerst nicht kommen. Nicht zuletzt aus diesem Grunde findet ja eine Unterscheidung in Notfalldienst und Rettungsdienst statt. Natürlich ist es sinnvoll für einen Arzt, die Notfallhandgriffe und eventuell sogar ein Megacode-Training absolviert zu haben, aber reicht das einmal erlernte Wissen für den Rest des Arztseins? Noch dazu, wo dies nicht einmal Voraussetzung ist? Natürlich ist es besser als nichts, und so ist es einerseits als erfreulich zu vermelden, dass sich viele niedergelassene Gebietsärzte von jungen Kollegen vertreten lassen, die diese Ausbildung genossen haben. Auf der anderen Seite muss man auch sagen, dass Berufsanfänger oder auch „erfolglose“ Ärzte so ihr Einkommen erhöhen. Dem steht ganz eindeutig das Recht des Patienten entgegen, jederzeit einen qualifizierten ärztlichen Ansprechpartner für sein aktuelles Gesundheitsproblem zu finden. Ein Vorschlag, der auch innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern mitunter heiß diskutiert wird, sind gut bezahlte Vertragsärzte, die mit entsprechender Qualifikation und Zertifizierung hauptberuflich den Notfalldienst versehen.

Aber Optimierungsbedarf besteht nicht alleine auf Seiten der Notfallärzte. Auch von Seiten der behandelnden, niedergelassenen Kollegen (die ja interessanterweise auch eigentlich Notfallärzte sein sollten und die mitunter schlechten Vor-Ort-Verhältnisse kennen müssten) könnten Verbesserungen in der Versorgung der Patienten erfolgen. So wäre eine wirkungsvolle (und sehr kostengünstige) Möglichkeit, den akut oder chronisch Kranken eine Information des Behandlers auszuhändigen, welche den Notfallärzten die wichtigsten Informationen über den Patienten geben könnte. Dies würde wahrscheinlich neben der verbesserten sachlichen Information auch Kosten einsparen helfen.

7.0. Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Arbeit wurde eine begleitende, dokumentierende Untersuchung des Fahrdienstes der Notfallpraxis Erkrather Strasse Düsseldorf durchgeführt.

In dem Beobachtungszeitraum der Jahre 1997 bis 1999 wurde an insgesamt 21 Dienststeinheiten ein Kollektiv von 240 Patienten besucht.

Von den 240 Patienten riefen 75 an Wochentagen abends, 73 an Wochenenden über Nacht, 51 an Wochenenden über Tag und 41 an Mittwochnachmittagen den Notfallarzt.

Die Besuchten waren 152 weibliche und 88 männliche Patienten, die in der Mehrzahl im Alter von 19 – 80 Jahren waren (insgesamt 203 von 240).

Mit mehr als der Hälfte (140 von insgesamt 240), der am Telefon geschilderten Beschwerden stellen neurologische, gastrointestinale und allgemeine Symptome.

Dem gegenüber stellen die Atemwegserkrankungen, zusammen mit gastrointestinalen, kardiologischen und psychiatrischen Notfällen bei den vorläufig gestellten Diagnosen den größten Anteil.

Wie während der Planung der Arbeit erwartet, wurde in Laufe der Untersuchung eine große Bandbreite der verschiedensten Diagnosen gestellt. So bedurften neben harmlosen Erkrankungen, wie beispielsweise Erkältung und Durchfall, auch akut lebensbedrohende und schwierige Erkrankungen, wie die Extrauterin gravidität oder die Meningitis, der Behandlung.

Die Verordnung von Medikamenten ist zusammen mit der intramuskulären (meist intraglutealen) Injektion die überwiegende ärztliche Intervention bei Aufsuchen und Behandlung des Notfallpatienten. In Ausnahmefällen wurde der Notarzt bzw. das nächstgelegene Krankenhaus hinzugezogen.

Die Sinnhaftigkeit eines durch Allgemeinärzte / hausärztlich tätige Internisten besetzten Notfall-Fahrdienstes steht häufig in der öffentlichen und fachlichen Diskussion. Wie diese Arbeit nachweist, wird auch in einer fachärztlich gebietsübergreifenden Großstadt-Bereitschaftspraxis die Mehrzahl der diensttuenden Ärzte im Fahrdienst von Allgemein- und internistischer Medizin gestellt. So erscheint es für alle Seiten (Patient, „Hausarzt“, Spezialist) sinnvoll, wenn sich derjenige mit dem Patienten befasst, der mit einem solchen unausgelesenen Patientenkollektiv regelhafte berufliche Erfahrung einbringt. Wenn sich ein seit Jahren

niedergelassener, hochspezialisierter Kollege auf sein „Allgemeinmedizinisches-Allgemeinwissen“ besinnen muss, wird das Ergebnis häufig nicht optimal sein. Ein Hausarzt kann die sich ihm tagtäglich bietenden Symptome deuten und angemessen handeln. Wenn er an seine Grenzen stößt oder sich der Diagnose unsicher ist, wird er, wie in seiner Praxis auch, den Patienten an einen Spezialisten weiterleiten oder diesen hinzuziehen. Diese Reihenfolge erscheint auch rationeller bzw. ökonomischer. Dem Grundsatz: „Häufiges häufig“ folgend, sind die wahren Exoten und atypischen Krankheitsverläufe und -bilder, die einem Spezialisten zugeführt werden müssen, im Notfalleinsatz eher eine Rarität.

Die Tendenz der Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern weg von reinen Notfallpraxen und hin zur Integration der kassenärztlichen Notfallversorgung in ein Krankenhaus, ist aktueller denn je. Es wäre ein großer Schritt hin zur qualitätsfördernden Vereinheitlichung bestehender Strukturen. Vielleicht wäre langfristig so die direkte Verknüpfung von Notfalldienst und Rettungsdienst möglich. Allerdings, und das sollte hier noch einmal deutlich gesagt werden, ist ein Notfallfahrdienst, wie er in der vorliegenden Arbeit behandelt wurde, durch die Einbindung des Sitzdienstes in Krankenhäuser nicht zu ersetzen. Eine Visitierung akut erkrankter Patienten in deren Wohnung stellt eine wichtige Säule in der kassenärztlichen Notfallversorgung dar.

Die in Aus- und Weiterbildung gelehrt Ganzkörperuntersuchung vor einer Diagnosestellung und einer Therapie wird von den diensttuenden Ärzten nur selten durchgeführt. Im Regelfalle informierten sich die Ärzte durch eine symptombezogene Detailuntersuchung, was offensichtlich für die notfallmäßige Beurteilung der aktuellen Patientensituation genügte und dem knappen Zeitbudget für den einzelnen Patienten gerecht wird.

Es ist anzunehmen, dass die diensttuenden Ärzte unterschiedliche Qualifikationen für die notfallmäßige Versorgung des unausgelesenen Patientenkollektivs dieser Notfallpraxis haben; somit werden die Patienten mit unterschiedlicher Qualität im Notfall versorgt. Es erscheint notwendig und im Sinne einer qualitätsgesicherten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, wenn für die Fahr-Dienste der „Notfallpraxis Erkrather-Strasse“ für ihre spezifische, hauptberufliche Aufgabe wenige Ärzte/Ärztinnen qualifiziert und zertifiziert werden. Bei einem möglichen Verdienst von DM 15.000 im Monat wären solche Ärzte wahrscheinlich zu finden.

8.0. Literaturverzeichnis

	Autor	Titel	Stelle
01		Richtlinien für den Notfalldienst	Deutsches Ärzteblatt 29, (1978), 1681 – 1684
02		Strafgesetzbuch	Beck-Verlag
03		Statistisches Jahrbuch NRW 1998	Landesamt für Statistik
04		Statistisches Jahrbuch Deutschland 1998	Statistisches Bundesamt
05		Landesdatenbank NRW	
06		Übersicht über gesetzliche Krankenversicherung	Bundesministerium für Gesundheit
07		Heilberufsgesetz	
08		Bundemanteltarifvertrag Ärzte (BMV)	DÄV Köln
09		Reichsversicherungsordnung §368, Abs. 1 Fassung vom 15.Dez. 1924	RGBL. 1, S. 768
10		Verzeichnis der Deutschen Industrienormen	
11		Notfallpraxis im Krankenhaus	Dtsch.Ärzteblatt 93, Heft 17 (1996)
12		KV München jetzt mit eigener Notfallpraxis	Dtsch.Ärzteblatt 93, Heft 48 (1996)
13			§24 Abs.6 Berufordnung
14		Musterberufsordnung §24 Abs. 3	(DÄ Nr.7) (1996)
15		Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft, 97 Deutscher Ärztetag 1994	Dtsch. Ärzteblatt Nr. 24, Beiheft 1994
16			Rhein. Ärztekorrespondenz (1907), S.77
17			Ärzteblatt f. Rheinland (1941), S.185
18		Kasseler Kommentar zum Arztrecht	§75, SgBV, Band 27, BSgE 33, 165
19		BVerwG 1.Senat	Az. I C 30.69, 12.12.1972
20		NJW	1973, (576 – 579)
21		BVerwG 1.Senat	Az: I B 4.71 14.06.1972
22		BVerwG 1.Senat	Az. I B 41.65 19.01.1966
23		ÄBerufsordnung	§17
24			DMW 1966 (1169)
25			MMW-Fortschr.Med 43 Nr. 10 2001
26	Ahnefeld, F.W.	Die Aufgaben des Arztes im Rettungswesen	Anästhesie und Intensivmedizin 21, 233 (1980)
27	Albert, C.	Der Notfall-Fahrdienst Hannover	Inaug.Diss.
28	Barlet, J.	Der Hausbesuch im Notfalldienst am Beispiel einer Großstadt	Der Praktische Arzt 21: 2083 – 2093 (1984)
29	Berg, S.	Spezielle Rechtsfragen im Notarzt- und Rettungsdienst	Nds. Ärzteblatt 24 (1984)

30	Bonorden, S. et al	Indikationen zum Hausbesuch – Erfahrungen des organisierten Notdienstes eines ländlich strukturierten Gebietes	MMW 125: 529 – 530 (1983)
31	Dauth, S.	Notfalldienst: Über Computer und Handy direkt zum Arzt	Dtsch.Ärztblatt 93, Heft 3 (1996)
32	Dujmovic, M Kähny, K.H.	Der ärztliche Notdienst an Feiertagen und Wochenenden	Inaug.Diss.
33	Edelmann, M Schweins, M	Notfalldienst: Notfallpraxen sind ein eindeutiger Erfolg	Dtsch.Ärztblatt 93, Heft 13 (1996)
34	Emmel, W.	Analysen von ärztlichen Notdienstfällen im IV.Quartal 1970 im Stadtbereich München	Inaug.Diss., München (1974)
35	Flachsbar, F.	Wie kommt der Allgemeinarzt zur Diagnose	Dt.Ärzteblatt 85: C-1976-1978 (1988)
36	Freytag, M.H.	Ärztlicher Notfalldienst in einer Landgemeinde	Inaug. Diss., Köln (1984)
37	Glöser, S.	Notfallpraxis im Marienhospital Stuttgart: Weniger Einweisungen ins Krankenhaus	Dtsch.Ärztblatt 95, Heft 9 (1998)
38	Glöser, S.	Vernetzte Versorgungsstrukturen: „Nicht mehr der Einzelkämpfer“	Dtsch.Ärztblatt 95, Heft 50 (1998)
39	Hartmann, F.	Begriff und Funktion der Diagnose	MMW (1972), 4, 26-117
40	Häußler, S	Die kassenärztliche Tätigkeit	Springer (1980)
41	Häussler, S.	Der Bereitschaftsdienst der Kassenärzte an Sonn – und Feiertagen	Dt.Ärzteblatt 62: 1556 – 1557 (1965)
42	Heiss, E.		MMW-Fortschr.Med 43 Nr. 10/2001
43	Helmich, P.	Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung	Springer (1991)
44	Hestermann, D.	Analyse des ärztlichen Notfalldienstes	Inaug.Diss. (1992)
45	Kassenärztliche Vereinigung	Honorarabteilung	
46	Kochem, M.	Allgemeinmedizin und Familien Medizin	Hippokrates-Verlag (1998)
47	Laufs, A.	Arztrecht	NJW-Schriftenreihe, Beck-Verlag (1978)
48	Laufs, A. Uhlenbruck, H.	Handbuch des Arztrechts	(1992)
49	Lüttgen	Die Beziehungen der Träger des Rettungsdienstes und der rettungsdienstlichen Organisationen zum Notarzt	Anaesthesiologie und Intensivmedizin 4, 80, 95 - 95
50	Martens, H.-H.	Zum ärztlichen Notfalldienst	NJW, (1970), 12, 494-499
51	Meyer, R.L.	Literatursammlung Allgemeinmedizin	Heft 13

52	Mohr, C., Bonorden, S., Glück, S.	Indikationen zu Hausbesuchen im organisierten Notdienst	Notfallmedizin 7: 1032 – 1036 (1981)
53	Mohr, C.P.	Der Notdienst, z.B. in Bonn	Rheinisches Ärzteblatt (1983), 13, 669 -670
54	Narr, H.	Ärztl. Berufsrecht	(1989)
55	Narr, H.	Ärztl. Berufsrecht	Dtsch. Ärzteverlag, (1977)
56	Oehler, H.	Das Bayrische Gesetz über den Ret- tungsdienst	Bay. Verwaltungsblatt 4/5 (1974)
57	Oßmann, Ch.,	Aufgabe, Umfang und Probleme des ärztl. Notfalldienstes ...	Inaug.Diss. (1972)
58	Pillau, H.	Weshalb brauchen wir einen Not- dienst?	Münchn. med. Wschr. 131 (1989)
59	Popovic, M	Streit um den Notfallpatienten	Dt.Ärzteblatt, ärztl. Mittei- lungen, Sonderdruck 81 (1984)
60	Schmidt, K.	Hausärzte machen Bereitschaftsdienst in der Klinik	ZFA (1999)
61	Schnack, D.	Kann der Patient noch laufen? Dann gehört er in die Notfallpraxis!	Ärztezeitung Nr.86, (11.5.2000)
62	Schwarz, T.	Der ärztliche Notfalldienst der Stadt Mainz	Inaug. Diss.
63	Schwolow, K.	Das Klientel einer allgemeinmed. Stadtrand-Praxis ...	Inaug.Diss. (1979)
64	Sefrin, P.	Notärzte und Kassenärzte: Kollisionen verhindern	MMW 131: 26 – 29 (1989)
65	Siess, M Schmittziel, L	Münchner Projekt weckt Zuversicht	Dtsch.Ärztblatt 96, Heft 10 (1999)
66	Sturm, E.	Hausarzt und Patient	Lehrbuch der Allgemeinmedizin, Schlütersche Hannover 91 – 101 (1982)
67	Thörner, G.W. + Wirtz, P.	Der ärztliche Notdienst in Düsseldorf	der Kinderarzt 6/98
68	Tönies, H.	Der Hausbesuch des Allgemeinarztes	Hippokrates Stuttgart, (1981)
69	Vogt,G.	Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel	Dtsch. Ärzteverlag (1998)
70	Weißbauer, W.	Rettungs- und Notfallmedizin – Jur.Aspekte	Fortschr.Med. 99: 890 – 893 (1981)
71	Welsch, K.H., Prokscha, G.W., Konzert- Wenzel, J., Bauer, H. Eibl, G.	10 Jahre Notarztdienst in München	MMW (1976), 18, 579 -586

9.0 Anhang

9.1 Notfalldienstordnung

Gemeinsame Notfalldienstordnung der Ärztammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

§ 1 Teilnahme

- 1) Niedergelassene und in niedergelassenen Praxen angestellte Ärzte mit Ausnahme der Aus- und Weiterbildungsassistenten sind nach Maßgabe ihres Beschäftigungsumfanges zur Teilnahme an dem gemeinsam von der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein organisierten ärztlichen Notfalldienst verpflichtet. Dies gilt auch für Ärzte, die nur privatärztlich tätig sind. Die zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst verpflichteten Ärzte haben sich für den Notfalldienst fortzubilden.
- 2) Der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt hat den Notfalldienst grundsätzlich persönlich zu leisten. Der Vertragsarzt kann sich von einem anderen Arzt, der entweder Vertragsarzt, Arzt mit einem erfolgreichen Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet oder der in das Vertreterverzeichnis gemäß §5 Abs.2 aufgenommen worden ist, vertreten lassen. Der Vertreter darf sich nicht von einem weiteren Kollegen vertreten lassen. Dies gilt entsprechend für privatärztlich niedergelassenen Ärzte.
- 3) Der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt hat sich zu vergewissern, dass die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind und hat die für den Notfalldienst zuständige Stelle zu benachrichtigen.

§2 Befreiung

- 1) Auf Antrag kann ein Arzt aus schwerwiegenden Gründen ganz, teilweise oder auch vorübergehend bis zu einem Jahr vom Notfalldienst befreit werden, wenn seine Arbeitskraft erheblich eingeschränkt ist. Das gilt insbesondere:
 1. bei Krankheit oder körperlicher Behinderung
 2. bei besonders belastender familiären Pflichten

3. bei Teilnahme an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung
4. für Ärztinnen während ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung
5. für Ärztinnen und Ärzte über 65 Jahre.

Ein schwerwiegender Grund liegt in der Regel nicht vor, wenn eine regelmäßige Praxistätigkeit aufrechterhalten wird.

- 2) Beim Nachweis besonderer Gründe kann die Freistellung gemäß Abs.2 für bestimmte Zeiten ausgesprochen werden.
- 3) Die Freistellung vom Notfalldienst gemäß Abs.1 kann mit der Maßgabe ausgesprochen werden, dass der betreffende Arzt zu einer ärztlichen Tätigkeit anderer Art im Rahmen des organisierten Notfalldienstes verpflichtet wird. Als solche kommen in Betracht:
 - a) Bereitschaftsdienst für Notfalldienstleistungen in den Räumen der eigenen Praxis oder an einer dazu von der Ärztekammer Nordrhein oder Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vorgesehenen Stelle
 - b) Dienst in einer Arztnotrufzentrale;
 - c) Bereitschaft zur konsiliarischen Unterstützung des Notdienstarztes

§3 Notfalldienstausschuß

- 1) Auf Kreisstellenebene richten Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung einen gemeinsamen Notfalldienstausschuß ein.
- 2) Der Ausschuss besteht aus vier Mitgliedern. Mitglieder sind die Vorsitzenden der Kreisstelle von Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer Nordrhein sowie je ein von jeder Körperschaft bestelltes weiteres Mitglied.
- 3) Der gemeinsame Notfalldienstausschuß prüft die Aufnahme in das Vertreterverzeichnis sowie den Ausschluss von der Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst.

§4 Ausschluss

- 1) Bei Ungeeignetheit für eine qualifizierte Durchführung des ärztlichen Notfalldienstes kann der Arzt vom Notfalldienst ausgeschlossen werden.

- 2) Ungeeignet zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst ist, wer fachlich und/oder persönlich nicht die Gewähr für eine ordnungsgemäße und qualifizierte Durchführung des ärztlichen Notfalldienstes bietet oder wenn Gründe vorliegen, die den Arzt als Vertragsarzt ungeeignet erscheinen lassen.
- 3) Über den Ausschluss entscheidet bei Vertragsärzten der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, bei Privatärzten der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein nach Anhörung des gesamten Notdienstausschusses.

§5 Vertreterverzeichnis

- 1) Die Kreisstellen der Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein richten ein Vertreterverzeichnis ein, auf das die Ärzte, die vertreten werden möchten, grundsätzlich Zugriff nehmen müssen, wenn sie keinen Vertreter nach §1 Abs.2 Satz 2 der Gemeinsamen Notdienstordnung benennen können.
- 2) Jeder Vertragsarzt oder jeder weiterbildete Arzt, der nicht nach §4 Abs.2 ungeeignet ist, wird auf Antrag in das Vertreterverzeichnis aufgenommen.
- 3) In das Vertreterverzeichnis können die Kollegen aufgenommen werden, die die Gewähr für einen qualifizierten Notfalldienst bieten, insbesondere wenn ein oder mehrere Kriterien erfüllt sind:
 - a) Absolvieren der Hälfte der Weiterbildungszeit
 - b) Nachweis der Fachkunde Rettungsdienst gemäß Rettungsdienstgesetz
 - c) Fortbildung.

§6 Verfahren

- 1) Die Kreisstellen der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung stellen gemeinsam die Pläne über den Notfalldiensteinsatz der Ärzte auf. Sie können sich hierbei der Unterstützung der Ob- leute bedienen.
- 2) Über die Heranziehung zum Notfalldienst, wie über die Anträge auf Befreiung entscheiden:
 - a) bei Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (ordentliche und außerordentliche Mitglieder) die örtlich zuständige Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach Anhörung der Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein;

b) bei allen übrigen Ärzten die örtlich zuständige Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein nach Anhörung der Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Sie kann die sofortige Vollziehung ihrer Entscheidung anordnen.

- 3) Die Heranziehung zum Notfalldienst erfolgt durch die Übersendung des Notdienstplanes, mit dem der Arzt zum Notfalldienst eingeteilt wird. Jeder zur Teilnahme verpflichtete Arzt, der den Notdienstplan nicht erhalten hat, hat sich spätestens zwei Wochen vor Beginn eines Quartals bei der Kreisstelle darüber zu informieren, wann er im folgenden Quartal zum Notdienst eingeteilt ist und hat den Notdienstplan anzufordern.
- 4) Gegen die Kreisstellenentscheidung, die dem betroffenen Arzt bekanntzugeben ist, steht diesem der Widerspruch zu, über den, sofern ihm die Kreisstelle nicht abhilft:
 - a) bei Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach Anhörung des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein,
 - b) bei allen übrigen Ärzten der Präsident der Ärztekammer Nordrhein nach Anhörung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein bzw. der vom ihm beauftragten Stelle entscheidet.

§7 Notfalldienstzeiten

- 1) Die Notfalldienstzeiten werden wie folgt festgelegt: täglich in der Nacht von 19:00 bis 07:00 Uhr, an Mittwochnachmittagen von 13:00 bis 17:00 Uhr, an Sonnabenden, Sonntagen gesetzlichen Feiertagen, am 24.12., 31.12. und am Rosenmontag von 07:00 bis 19:00. Die vorgegebenen Zeiten können von den Kreisstellen um eine Stunde abgeändert werden.
- 2) Die Notfalldienstzeiten gelten auch für fachspezifische Notdienste.
- 3) Abweichend von Abs.1 können für Modellversuche abweichende Notfalldienstzeiten zugelassen werden.

§8 Tätigkeitsort

- 1) Die Heranziehung zum Notfalldienst erfolgt für den Notfallbezirk, in dem die Praxis liegt.
- 2) Der Notfalldienst ist grundsätzlich von der Praxis aus wahrzunehmen. Die zuständige Kreisstelle kann Ausnahmen zulassen. Der

zum Notfalldienst eingeteilte Arzt oder sein Vertreter müssen im Notfalldienstbezirk zur Verfügung stehen und erreichbar sein. Bei Bestehen einer Notfallpraxis gemäß §6 Abs.1 Satz2 sind die zum Notfalldienst herangezogenen Ärzte verpflichtet, den Notfalldienst in der Notfallpraxis zu versehen.

- 3) Über die Notwendigkeit eines Hausbesuches entscheidet der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen.
- 4) Soweit die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung oder die Gleichbehandlung der zum Notfalldienst verpflichteten Ärzte dies erfordert, ist abweichend von der Regelung in Abs.1 eine Heranziehung zum Notfalldienst auch in einem anderen Notfalldienstbezirk derselben oder einer angrenzenden Kreisstelle (vgl. §6 Abs.4) zulässig.

§9 Organisation des Notfalldienstes

- 1) Die Vorstände der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein stellen für die einzelnen Kreise in Zusammenarbeit mit den Kreisstellen Organisationspläne auf, die für die Kreisstellen verbindlich sind. Sie beschließen auf Vorschlag der Kreisstellen über die Einrichtung von Notfallpraxen. In den Organisationsplänen kann auch die Verpflichtung zur Benützung eines Transportmittels geregelt werden.
- 2) Bei der Festlegung der Notfalldienstbezirke und ggf. bei der Einrichtung fachgebietsbezogener Notfalldienste sind die regionalen Besonderheiten, insbesondere die Zahl der teilnehmenden Ärzte, die Bevölkerungszahl, die topographischen Verhältnisse und Verkehrsverbindungen angemessen zu berücksichtigen.
- 3) Falls die örtlichen Verhältnisse es gestatten, können für bestimmte Fachgebiete eigene Notfalldienste eingerichtet werden. Gemäß § 4 Abs.2 gelten für fachspezifische Notfalldienste die Notfallzeiten des §4 Abs.1.
- 4) Soweit eine Notwendigkeit besteht, könne im Benehmen mit den Kreisstellen mehrere Kreise zu einem Notfalldienstbezirk zusammengeschlossen werden oder kreisübergreifende Notfalldienstbezirke gebildet werden.

§10 Vergütung der ärztlichen Leistung

Der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt berechnet die von ihm ausgeführten ärztlichen Leistungen nach den jeweils geltenden Vergütungsregelungen. Die Zahlung weitergehender Entschädigungen (z.B. eine Abgeltung für ärztliche Bereitschaft im Rahmen des Notfalldienstes) bleibt einer besonderen Beschlussfassung vorbehalten. Sofern dem einzelnen Arzt das Transportmittel kostenfrei zur Verfügung steht, wird die von den Versicherungsträgern gezahlte Wegpauschale bzw. das Wegegeld einbehalten und zur Deckung der Notfalldienstkosten verwendet.

§11 Außergewöhnliche Situationen

Bei einer Epidemie oder bei Vorliegen sonstiger außergewöhnlicher Umstände kann von den vorbestehenden Bestimmungen abgewichen werden. Die Vorstände der Kreisstellen beider Körperschaften werden ermächtigt, für die Dauer der außergewöhnlichen Situation die geeigneten Maßnahmen zu treffen. Es können in diesem Fall auch freigestellte Ärzte zum Notfalldienst (ggf. zur Bereitschaft hierzu) verpflichtet werden.

§12 Kosten des Notfalldienstes

Die Kosten der Organisation und Durchführung des Notfalldienstes trägt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Sie sind in den Haushaltsplänen auszuweisen und von der Vertreterversammlung zu genehmigen. Defizite tragen die zum Notfalldienst verpflichteten Ärzte.

§13 Inkrafttreten

Die Gemeinsame Notfalldienstordnung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein tritt am 01.04.1995 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Gemeinsame Notfalldienstordnung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 17.12.1977 (Rheinisches Ärzteblatt 1977, S. 1149), geändert am 05.05.1990 (Rheinisches Ärzteblatt 1991, S.551), außer Kraft.

Ausgefertigt: Düsseldorf, den 23.11.1998
 Ärztekammer Nordrhein

Prof.Dr.Jörg-Dietrich Hoppe
 - Präsident -

9.2 Erfassungsbogen A

Datum: _____

Fragebogen für den Hausbesuch

Fachbereich des Arztes: _____

Anforderung für:

Kasse:



Alter: J.

AOK	SeeK	BKK
IKK	LKK	BKn
VdAK	Privat	Sozial

Wochentag: 19 - 7	Wochenende 20-7
Wochenende 7-20	Mittwochnachmittag 13-19

Mitglied	Familienangehöriger
----------	---------------------

Einsatz:

- geklagte Beschwerden: _____

- ärztliche Interventionen:

Untersuchung: _____

Verordnung von:- Medikamenten: _____

- sonstiges: : _____

Veranlaßte Leistungen: _____

(Einweisung, _____

sofortige spezielle _____

Untersuchung, u.ä.) _____

Anmeldung als: _____

Gynäkologisch	HNO	Internistisch	Ophthalmologisch	
Psychiatrisch	Pädiatrisch	Chirurgisch	Neurologisch	Urologisch

vorläufige Diagnose: _____

Datum: _____

9.3 Erfassungsbogen B

Anrufe										Einsatz		kein Einsatz, weil			
										sofort	nach Besuchsfolge	kein Notfall	kein Notfall nach tel. Rückfrage	NAW-Einsatz	kommt in Praxis
	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19						
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29						
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39						
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49						
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59						
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69						
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79						
80	81	82	83	84	85	86	87	88	89						
90	91	92	93	94	95	96	97	98	99						
100	101	102	103	104	105	106	107	108	109						
110	111	112	113	114	115	116	117	118	119						
120	121	122	123	124	125	126	127	128	129						
130	131	132	133	134	135	136	137	138	139						
140	141	142	143	144	145	146	147	148	149						
150	151	152	153	154	155	156	157	158	159						
160	161	162	163	164	165	166	167	168	169						
170	171	172	173	174	175	176	177	178	179						
180	181	182	183	184	185	186	187	188	189						
190	191	192	193	194	195	196	197	198	199						
200	201	202	203	204	205	206	207	208	209						
210	211	212	213	214	215	216	217	218	219						
220	221	222	223	224	225	226	227	228	229						
230	231	232	233	234	235	236	237	238	239						
240	241	242	243	244	245	246	247	248	249						

gesamte Anrufe des Tages: _____

Marc Peter Hilgers
Spichernstraße 4
40476 Düsseldorf

Lebenslauf

Am
17.April 1968 wurde ich, Marc Peter Hilgers, als Kind von
Josef Ulrich Hilgers († 15.12.1982) und
Hildegund Hilgers, geb. Berger,
in Remscheid geboren

von

1974 bis 1978 Besuch der Gemeinschafts-Grundschule Hückeswagen

1978 bis 1987 Besuch des St.Angela-Gymnasiums Wipperfürth

05.06.1987 Allgemeine Hochschulreife

1987 bis 1988 Wehrdienst

1988 bis 1989 Wintersemester: Studium der Rechtswissenschaften an der
Universität zu Köln

1989 bis 1997 Sommersemester: Wechsel zum Studium der Humanmedizin
an die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

25.08.1994 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

05.09.1996 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

26.11.1997 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

01.07.1999 Approbation als Arzt

Düsseldorf, den 17.04.2001


(Marc Peter Hilgers)

11.0 Danksagung

Herrn Prof. Dr.med. Helmich als Betreuer der Arbeit danke ich sowohl für die interessante Themenstellung als auch für seine engagierte Betreuung. Er war jederzeit allen Problemen gegenüber aufgeschlossen und hat meine Arbeit unterstützt.

Bei Herrn PD Dr.med. Wehling bedanke ich mich für die Diskussion bei Detailfragen.

Mein Dank gilt auch dem Vorstand der Notfallpraxis Erkratherstrasse sowie den „Fahrdienst-Leistenden“ Kollegen, ohne deren Kooperation diese Arbeit nicht hätte entstehen können,

sowie Frau Dorith Schindler in der Geschäftsstelle der Notfallpraxis für die Unterstützung und Logistik bei der Datenerfassung.

Eine ambulante Notfallpraxis

als gebietsübergreifender, zentraler, einziger Notfalldienst (Fahrdienstbereich) in einer Großstadt

vorgelegt von Marc Peter Hilgers

In der vorliegenden Arbeit wurde die Versorgungsstruktur einer gesamtstädtischen, flächendeckenden Notfallversorgung untersucht. Besondere Beachtung fand die Zusammensetzung des Patientenkollektivs sowie eine Analyse der Diagnostik und therapeutischen Interventionen.

Die Arbeit basiert auf den teilnehmenden Beobachtungen des Autors am Fahrdienst der Notfallpraxis Düsseldorf an 21 Besuchseinheiten innerhalb von zwei Jahren. Dabei wurden insgesamt 240 Patienten besucht. Die Dienstzeiten des Fahrdienstes wurden in vier Gruppen eingeteilt. Innerhalb jeder dieser vier Gruppen wurde jeweils fünfmal begleitend beobachtet und dokumentiert. Der Beobachtungszeitraum wurde bewusst groß gewählt, um saisonal auftretende Einzelgeschehen (z.B. Grippe oder Heuschnupfen) zwar mit zu erfassen, eine Datenverzerrung hierdurch jedoch zu vermeiden. Erhoben wurden jeweils folgende Daten: Fachbereich des Arztes, die Region Düsseldorfs, aus welcher der Ruf erfolgte, die Anmeldung, das Alter und Geschlecht des Patienten, die Versicherung, die Beschwerden, die Untersuchung und Intervention und zuletzt die vorläufige Diagnose. Die geschilderten Beschwerden der Patienten wurden, ebenso wie die vorläufigen Diagnosen, Fachgebieten zugeordnet.

Von diesen 240 Patienten riefen 75 an Wochentagen abends, 73 an Wochenenden über Nacht, 51 an Wochenenden über Tag und 41 an Mittwochnachmittagen den Notfallarzt. Die neurologischen Beschwerden stellten vor den gastrointestinalen Symptomen die häufigsten Beschwerdebilder. In der Geschlechterverteilung zeigte sich ein deutliches Überwiegen der weiblichen Patienten, die 63,3% des Gesamtkollektivs ausmachten. Bei der Altersstruktur zeigten sich zwei Gipfel in den Gruppen der 41 – 50jährigen sowie bei den 61 – 70jährigen. Die Verordnung von Medikamenten steht mit 33,57% eindeutig an erster Stelle der ärztlichen Interventionen, vor den intramuskulären Injektionen. Die am häufigsten eingesetzte Untersuchungstechnik war die Blutdruckmessung nach Riva-Rocchi zusammen mit der Pulszählung an der A.radialis. Ein (wenigstens grober) Ganzkörperstatus wurde in den seltensten Fällen (< 1 %) erhoben. Bei den vorläufigen Diagnosen stehen die Atemwegserkrankungen (20,16%) vor den gastrointestinalen Erkrankungen (16,67%) und den kardiologischen Beschwerdebildern (11,63%).

Die aufsuchende Besuchstätigkeit akut erkrankter Patienten in deren Wohnung stellt eine wichtige Säule in der kassenärztlichen Notfallversorgung dar. Der Patient hat das Recht, jederzeit einen qualifizierten ärztlichen Ansprechpartner für sein aktuelles Gesundheitsproblem finden zu können. Wie diese Arbeit zeigt, wird auch in einer fachärztlich gebietsübergreifenden Großstadt-Bereitschaftspraxis die Mehrzahl der diensttuenden Ärzte im Fahrdienst von Allgemeinärzten/innen und Internisten/innen gestellt. In der überwiegenden Zahl der Besuche erwiesen sich die Beschwerden der Patienten als allgemeine Erkrankungen, die keines Spezialisten bedurften. Im Interesse einer steigenden Qualität der Notfallversorgung erscheint es daher für alle Seiten (Patient, „Hausarzt“, Spezialist) sinnvoll, wenn sich derjenige mit dem Patienten im Notfall befasst, der für solch unausgelesenes Patientenkollektiv regelhafte berufliche Erfahrung einbringt, nämlich der Allgemeinarzt/ allgemeinärztlich tätige Internist. Eine mögliche Alternative wäre ein hauptberuflich angestellter Notfallarzt, der neben den entsprechenden Qualifizierungen auch die nötigen Zertifizierungen nachweisen könnte. Aus der Sicht des Autors ist das Konzept der in dieser Arbeit behandelten Notfallpraxis „Erkratherstrasse“ eine wesentliche Qualitätsverbesserung der notfallmäßigen Versorgung der Bevölkerung in Düsseldorf im Vergleich zu den vorher etablierten organisierten Notfalldiensten.

