

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
Direktor: Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

**Analyse der Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notfalldienstes in
einem Hamburger Notfalldienstbezirk im Zeitraum
August 1996 bis August 1997**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Gerlinde Staffa

aus Hamburg

Oktober 2007

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 23.05.2008

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, die/der Vorsitzende/r: Prof. Dr. H. van den Bussche

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. A. Trojan

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: PD Dr. H. Schulz

Analyse der Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notfalldienstes in einem ausgewählten Hamburger Notfalldienstbezirk

1	Einleitung	1
1.1	Einführung in das Thema	1
1.2	Notfallversorgung in Hamburg	5
1.2.1	Krankenhäuser und Ambulanzen	5
1.2.2	Notarzt- und Rettungswagen	5
1.2.3	Ärztlicher Notfalldienst der KV-Hamburg	6
1.2.3.1	Organisation	6
1.2.3.2	Kosten	8
1.3	Stand der Forschung	8
1.4	Fragestellung und Ziele der Arbeit	21
2	Methodik	23
2.1	Stichprobe	23
2.2	Untersuchungsgebiet	23
2.3	Aufbau des Erhebungsbogens	26
2.4	Datenverschlüsselung	28
2.5	Datenauswertung	28
2.6	Methodenkritik	28
2.6.1	Methodenwahl	28
2.6.2	Befragungs- und Beobachtungssituation	29
2.6.3	Kategorisierung	30
2.6.4	Fehlende Daten	30
2.6.5	Subjektivität	30
2.6.6	Diagnosen	31
3	Ergebnisse	32
3.1	Demographische Daten	32
3.1.1	Alters- und Geschlechterverteilung	32
3.1.1.1	Vergleich von Untersuchungsgebiet und Grundgesamtheit	32
3.1.1.2	Vergleich der Untersuchungsdaten mit Daten der ambulanten medizinischen Versorgung	34
3.1.2	Wohnsituation	36
3.1.3	Herkunft der Patienten	38
3.1.4	Bildungsstand	39
3.2	Medizinische Daten	42
3.2.1	Diagnosen	42
3.2.1.1	Diagnosehäufigkeiten	42
3.2.1.2	Diagnosegruppen	43
3.2.1.3	Eindeutigkeit der Diagnose	46
3.2.2	Befinden des Patienten bei Inanspruchnahme des Notfalldienstes	46
3.2.2.1	Gesundheitszustand	46
3.2.2.2	Beginn der Symptome	48
3.2.2.3	Stadium der Erkrankung	49
3.2.2.4	Schweregrad der Erkrankung	50
3.2.2.5	Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes	51
3.2.2.6	Schmerzen	51
3.2.2.7	Beunruhigung	52
3.2.2.8	Beunruhigung in Abhängigkeit zum Schweregrad der Erkrankung	53

3.2.3 Einweisungen	54
3.2.3.1 Einweisungshäufigkeit	54
3.2.3.2 Wege der Einweisung	55
3.2.3.3 Gründe für die Einweisung	55
3.2.4 Medikation.....	56
3.2.4.1 Verabreichte Medikamente	57
3.2.4.2 Häufigkeiten der verordneten Medikamente	60
3.2.4.3 Applikation	62
3.2.4.4 Medikamentöse Versorgung	62
3.2.5 Ärztliche Vor- und Weiterbehandlung	63
3.2.5.1 Hausärztlicher Betreuung.....	63
3.2.5.2 Sonstige ärztliche Betreuung	63
3.3 Einsatzdaten zur Notfallsituation	65
3.3.1 Einsatzstatus	65
3.3.2 Einsatzdauer	66
3.3.3 Zugänglichkeit des Einsatzortes	66
3.3.4 Wartezeit	68
3.4 Wahrnehmung der Notfallsituation durch die Autorin	69
3.4.1 Arbeitsbedingungen.....	69
3.4.2 Selbsthilfekompetenz des Patienten	70
3.4.3 Soziale Situation des Patienten in der Notfallsituation	71
3.4.3.1 Kommunikation	71
3.4.3.2 Soziale Unterstützung	74
3.4.3.3 Soziale Unterstützung nach Altersklassen	76
3.4.4 Arzt-Patienten-Verhältnis	77
3.4.4.1 Diskrepanzen bei Medikation und ärztlichen Empfehlungen	77
3.4.4.2 Wichtigkeit ärztlicher Maßnahme.....	78
3.4.4.3 Kontaktzufriedenheit.....	79
3.5 Beurteilung der Inanspruchnahme des Notdienstes	81
3.5.1 Angemessenheit der Inanspruchnahme	81
3.5.2 Begründung zweifelhafter Anforderungen.....	81
3.5.3 Dringlichkeit zweifelhafter Anforderungen	83
3.5.4 Zweifelhafte Anforderungen und der Beginn der Symptome	83
3.5.5 Herkunft der Patienten und zweifelhafte Anforderungen	84
3.5.6 Soziale Unterstützung der Patienten und zweifelhafte Anforderungen	85
3.5.7 Beunruhigung der Patienten bei zweifelhaften Anforderungen	86
3.6 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	87
4 Diskussion.....	89
4.1 Kontext.....	89
4.2 Patientendaten, Diagnose und Therapie	91
4.2.1 Altersstruktur	91
4.2.2 Geschlecht	92
4.2.3 Herkunftsland	93
4.2.4 Diagnosen	94
4.2.5 Therapie.....	96
4.2.6 Einweisungen	99
4.3 Inanspruchnahme und mögliche Gründe	103
4.3.1 Personengruppen	103
4.3.1.1 Frauen	103
4.3.1.2 Familien mit Kindern	104

4.3.1.3 Ältere Menschen	106
4.3.1.4 Patienten ausländischer Herkunft	108
4.3.2 Gesundheitszustand.....	111
4.3.3 Soziale Situation und Unterstützung der Patienten	112
4.3.4 Selbsthilfekompetenz und Beunruhigung	115
4.4 Fragliche Inanspruchnahme	117
4.4.1 Umfang	117
4.4.2 Faktoren.....	118
4.4.2.1 Anspruchsdenken	117
4.4.2.2 Hausärztliche Anbindung und ambulante Notfallversorgung.....	120
4.4.2.3 Psycho-Soziale Aspekte.....	122
4.5 Qualifikation und Arbeitsbedingungen des KV-Arztes im Notfalldienst.....	124
4.5.1 Qualifikation	124
4.5.2 Arbeitsbedingungen	125
4.6 Schlussfolgerungen und Ausblick.....	126
 5 Zusammenfassung	 130
 6 Literaturverzeichnis	 132
 7 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	 135
 Lebenslauf.....	 138
 Danksagung	 142
 Erklärung	
 Anhang	
Fragebogen	

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Thema

Der kassenärztliche Notfalldienst (ND) ist im Rahmen des Sicherstellungsauftrages (StGB V, § 75) eingerichtet worden. Auf diese Weise soll der einzelne Hausarzt, der demnach eine 24-Stunden-Versorgung der Patienten für Notfallsituationen gewährleisten muss, außerhalb der allgemein üblichen Sprechstundenzeiten entlastet werden.

Noch vor 30 bis 35 Jahren wurde diese Anforderung weitgehend von dem einzelnen Hausarzt/-ärztin¹ erfüllt. Diese Ärzte mussten eine Daueransprechbarkeit und Rufbereitschaft, ggf. mit Hausbesuch, über 24 Stunden am Tag gewährleisten. Mit Beginn der 70er Jahre wurden, anfangs in den Großstädten und im Verlauf auch in den kleineren Städten, Notfalldienste eingerichtet, die die Präsenzpflcht der Hausärzte dadurch erleichterten, dass organisierte Vertretungsdienste eingerichtet wurden. So konnten die Ärzte letztlich mehr Freizeit in Anspruch nehmen.

Die Organisation des Notfalldienstes wird im städtischen Bereich meist von der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) übernommen, im ländlichen Bereich auch heute noch oft von den Kollegen selbst organisiert.

Im Verlauf von mehr als drei Jahrzehnten wurde im Rahmen der notfallmedizinischen Versorgung vieles konsolidiert und perfektioniert. Diese Strukturen sind im heutigen Kontext des Strukturwandels des Gesundheitssystems weiteren notwendigen Veränderungen ausgesetzt. So gibt es seit einigen Jahren, wiederum beginnend in den größeren Städten, ärztliche Organisationsstrukturen, die versuchen die Versorgungsfrage außerhalb der Sprechstundenzeiten losgelöst von der Direktive der jeweiligen KV umzusetzen.

Derzeit decken die organisierten Notfalldienste im städtischen Raum den größten Teil der 168 Wochenstunden ab. Bei Zugrundelegen einer normalen Sprechstundenzeit bzw. einer telefonischen Erreichbarkeit des jeweiligen Hausarztes über sechs bis acht Stunden am Tag werden zwei Drittel des Tages von dem Notfalldienst übernommen.

¹ Nachfolgend wird für alle Personen durchweg die männliche Schreibweise gewählt. Selbstverständlich sind alle weiblichen Personen mit eingeschlossen.

Seit der Gründung der Notfalldienstzentrale der KV in Hamburg im Jahre 1968 bis zum Jahresbeginn 2002 wurden dort mehr als fünf Millionen Anrufe verzeichnet. Die Anzahl der Besuche, die durch den Taxi-Notfalldienst wahrgenommen werden, liegt bei ca. 140.000 pro Jahr.²

Juristisch wird nach *Rendenbach* vom Notfalldienst keine umfassende optimale Versorgung erwartet. „Es genügt die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit den typischen Mitteln des niedergelassenen Arztes.“³ Die Terminologie, die für diese Dienste bundesweit verwendet wird, ist allerdings vielfältig und verwirrend, die Abgrenzung zum Notarztdienst schwierig. So werden die kassenärztlichen Dienste als Notdienst, Notfalldienst oder Bereitschaftsdienst bezeichnet. In der Bevölkerung vermischen sich diese häufig, nicht zuletzt durch Medienserien hervorgerufen, mit Begriffen wie Rettungsarzt, Blaulichtarzt, Notarzt.⁴ Eine 1991 erlassene höchst-richterliche Entscheidung „..begrenzt den Notfalldienst auf die ambulante ärztliche Versorgung bei dringenden Behandlungsfällen, in den Zeiträumen, in denen die in freier Praxis niedergelassenen Ärzte keine Sprechstunde abhalten. Der Notarztdienst hingegen ist Bestandteil des Rettungsdienstes und hat die Aufgabe, durch notfallmedizinisch ausgebildete Ärzte den Notfallpatienten ärztliche Hilfe zukommen zu lassen.“⁵

An dieser Stelle ist eine Definition der Begriffe „echter Notfall“ und „Not(fall)situationen“ erforderlich. Ein echter Notfall ist immer dann gegeben, wenn Lebensgefahr besteht oder schwere Einschränkungen der Gesundheit zu erwarten sind, die sofortiges ärztliches Handeln erfordern. Die Hilfe ist innerhalb von wenigen Minuten erforderlich. In diesen Fällen ist der Notarzt zuständig, der eine spezielle Weiterbildung in Notfallmedizin und präklinischer Intensivmedizin hat und direkt auf das komplette Rettungssystem zurückgreifen kann.

Von einer „Notfallsituation“ wird hingegen gesprochen, wenn eine Erkrankung in Kürze ärztliche Hilfe erfordert, ohne dass jedoch unmittelbare Lebensgefahr besteht.

² Allmeling, KO, Wedekind HP (1994): Ärztlicher Notdienst Hamburg (ÄNH). In: Hamburger Ärzteblatt (HÄB), 9, S. 363.

³ Rendenbach, U (1995): Ärztliches Handeln im Wochenenddienst. Juristische Grundlagen des Notfalldienstes. In: ZFA, 71 S. 48.

⁴ Sefrin, P (1995): Notfallrettung und kassenärztlicher Notfalldienst aus ärztlicher Sicht. In: Notfallmedizin 21, S. 217.

⁵ Zitiert nach Sefrin, 1995, S. 217.

Auch diese Notfallversorgung stellt grundsätzlich Anforderungen an die Qualifikation des Notfallarztes, wenn auch andere als die, die bei dem Notarzt an erster Stelle stehen.

Die Ärzte im KV-Notfalldienst müssen meist schnell, ohne nennenswerte medizinisch-technische Hilfsmittel eine (Verdachts-)Diagnose stellen und Entscheidungen treffen. Dem Diensthabenden im Notfalldienst fehlen meist wichtige Informationen zur Anamnese des Patienten, da er sein Gegenüber in den seltensten Fällen kennt und nicht, wie der Hausarzt, auf die „erlebte Anamnese“ zurückgreifen kann. Neben der Fähigkeit des Erfassens der rein medizinischen Fakten wird auch seine psycho-soziale und kommunikative Kompetenz gefordert. Er sollte in der Lage sein, in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit auch etwas zu erfahren zu dem psycho-sozialen Kontext des Patienten, da in den meisten Behandlungssituationen eine (richtige) Entscheidungsfindung nur unter Einbeziehung dieser Faktoren möglich erscheint.

Sieht man einmal von den besonderen Anforderungen an die medizinische Ausbildung der in der Notfallversorgung tätigen Ärzte ab, befinden sie sich darüber hinaus in einem Spannungsverhältnis, das durch die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens hervorgerufen worden ist und ständig Verstärkung erfährt.

Seit dem Einzug des wirtschaftlichen Wettbewerbs in das Gesundheitswesen ist der Dienstleistungsgedanke in die Arzt-Patienten-Beziehung eingekehrt. Es gibt „Leistungsanbieter“, die ein ökonomisches Interesse an ihren „Käufern“ haben. Krankenkassen werben um den rentablen Patienten mit hohem Einkommen und geringem Krankheitsrisiko, Ärzte sind an Art und Höhe ihrer Honorierung interessiert und Patienten erwarten einen umfassenden Service für ihre steigenden Krankenkassenbeiträge.

Dass die versuchte Übertragung der Marktgesetze auf den Bereich der medizinischen Versorgung äußerst riskant ist, kann an dieser Stelle nicht ausführlich geschildert werden. Es sei hier nur erwähnt, dass Gesundheit kein käufliches Gut ist, dass auf Krankheit nicht wie auf andere Konsumgüter verzichtet werden kann und dass die Arzt-Patienten-Beziehung, trotz der Entwicklung zu mehr Gleichberechtigung und Partnerschaftlichkeit, noch immer

eine sehr asymmetrische ist.⁶ Dennoch müssen alle Beteiligten ihre Position innerhalb dieser Rahmenbedingungen finden.

Der Patient, der den kassenärztlichen Notfalldienst in Anspruch nimmt, nutzt eine Dienstleistung, für die er, nach seinem Verständnis, durch die Entrichtung seiner Krankenkassenbeiträge bezahlt hat. Der Arzt leistet einen Dienst, zu dem er als niedergelassener Arzt einerseits verpflichtet ist, für den er aber, je nach erbrachter Leistung bei dem jeweiligen Notfallpatienten, auch bezahlt wird.

Nun sehen sich Ärzte im Notfalldienst mit der Tatsache konfrontiert, dass die Indikation eines Hausbesuchs bei einer Vielzahl ihrer Einsätze aus medizinischer Sicht zumindest als „fraglich“ einzustufen ist. Insbesondere in der Pädiatrie heißt es, sei die Arztschwelle „außerordentlich tief“⁷. In der Fachpresse werden in diesem Zusammenhang das wachsende Anspruchsdenken der Patienten und die voreilig in Anspruch genommene „zu luxuriöse Hilfe“⁸ kritisiert. Als mögliche Ursachen für dieses Patientenverhalten nennt *Rendenbach* u. a. spektakuläre Medienberichte über die Missachtung von Erstsymptomen wie Schmerzen und Fieber, die dazu führen, dass einfache Erkrankungen als Notfall interpretiert werden.⁹

Der kassenärztliche Notfalldienst wird möglicherweise des Öfteren als Ersatz oder Fortsetzung der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der Sprechstunden betrachtet. Nicht die akut notwendige medizinische Versorgung scheint im Vordergrund zu stehen, vielmehr das Bedürfnis einiger Patienten, psychosoziale Krisen abzuwehren oder Einsamkeit auszugleichen.

Vor dem Hintergrund dieses Spannungsverhältnisses zwischen dem Handeln im Sinne des Dienstleistungsgedankens und dem offenbar wachsenden Anspruchsdenken der Patienten, untersucht diese Arbeit die spezifischen Umstände, die zur Inanspruchnahme des ärztlichen Notfalldienstes führen.

⁶ Deppe, HU (1996): Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen. Beiträge zur Gesundheitspolitik, Frankfurt a. M., S. 10.

⁷ Grete, W (1986): Der Hausarzt als Notfallarzt. In: *Therapeutische Umschau*, Bd. 43/8, S. 632.

⁸ Pillau, H (1985): Behandlung des außerklinischen Notfalles durch den Allgemeinarzt. In: *MMW* 127/24, S. 624.

⁹ Rendenbach, U (1998): *Ärztlicher Notfalldienst: Ein praktischer Leitfaden*, 3. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 3.

Dazu wird im Folgenden die Organisation der Notfallversorgung der Stadt Hamburg skizziert und der Stand der Forschung zu dem Bereich Notfalldienste dargelegt. Anschließend werden die Fragestellungen für diese Untersuchung formuliert. Nach einer kurzen Vorstellung der Methode werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert.

1.2 Notfallversorgung in Hamburg

1.2.1 Krankenhäuser und Ambulanzen

Insgesamt werden im Jahr 2000 in Hamburg 48 Krankenhäuser betrieben. Davon sind elf öffentlich, 22 freigemeinnützig und fünfzehn privat. Von den öffentlichen Krankenhäusern beteiligen sich lediglich die klinische Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts und das Bundeswehrkrankenhaus nicht an der Notfallversorgung. In der Hälfte der freigemeinnützigen Krankenhäuser stehen Ambulanzen zur Verfügung. Die Öffnungszeiten der Ambulanzen variieren. Die privaten Häuser sind ausnahmslos nicht an der Notfallversorgung beteiligt.¹⁰

1.2.2 Notarzt- und Rettungswagen

Notarzt- und Rettungswagen unterscheiden sich von Krankenwagen in der Art ihrer Ausstattung, der Profession und Ausbildung ihrer Besatzung, dem Grad ihrer Einsatzbereitschaft und letztendlich in den Kosten, die eine Inanspruchnahme verursacht. Während ein Notarztwagen immer mit einem Arzt besetzt ist, hat der Rettungswagen speziell ausgebildete Rettungssanitäter an Bord. Ein Arzt kann bei Bedarf angefordert werden. Krankenwagen, die von zahlreichen gemeinnützigen privaten Institutionen betrieben werden, übernehmen weniger dringende Krankentransporte, wie geplante Verlegungen oder Streckentransporte, und sind nicht zwingend mit geschultem Personal besetzt. Es ist allerdings möglich, dass ein Arzt den Krankentransport begleitet. Notarztwagen müssen innerhalb von fünf bis zehn Minuten, Rettungswagen innerhalb von zwanzig Minuten am Einsatzort sein können, für Krankenwagen ist ein Zeitlimit von neunzig Minuten zulässig.

¹⁰ http://www.hamburg.de/Behoerden/BAGS/Krankenhaus/krankenha../krankenhaus_alle.htm, 12.09.2000.

1.2.3 Ärztlicher Notfalldienst der KV-Hamburg

1.2.3.1 Organisation

Die KV-Hamburg (KVH) ist für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst in dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg zuständig. Sofern ein Patient nicht weiter als zwei Kilometer von der Landesgrenze entfernt wohnt, werden auch diese Randgebiete mit versorgt.¹¹

Die Organisation der Versorgung teilt sich in folgende Bereiche auf:

¹¹ Nachfolgende Schilderungen basieren auf KVH (Hrsg.): Organisation des ärztlichen Notfalldienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Hamburg 1995

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen die Einsätze des Ärztlichen Hausbesuchsdienstes mit Taxen. Für den ambulanten Notfalldienst ist Hamburg in fünfzehn Notfalldienstbezirke eingeteilt. (s. Abb. 1). In der Notfalldienstzentrale im Hause der KVH stehen unter der Rufnummer 22 80 22 zwanzig Amtsleitungen für Anrufe zur Verfügung. Die Mitarbeiter kommen überwiegend aus medizinischen Berufen. Sie erhalten spezielle Schulungen für Diagnosen bei Säuglingen und Kleinkindern und allgemeine Anleitungen, um eine gezielte Abfrage und Einordnung der Symptome am Telefon gewährleisten zu können. Über Funk werden die Besuchsanforderungen an die diensthabenden Ärzte bzw. Fahrer in den Taxen weitergegeben. Von den etwa 500 Ärzten für den Funktaxi-Dienst sind etwa 85 Prozent niedergelassene Kassenärzte und fünfzehn Prozent Krankenhausärzte.

1.2.3.2 Kosten

Die Kosten der Organisation des Funktaxi-Dienstes wurden 1995 mit ca. 1,5 Millionen D-Mark im Jahr angegeben.¹² Trotz mehrfacher mündlicher und schriftlicher Anfragen bei der KV-Hamburg ist es der Verfasserin leider nicht gelungen detailliertere Angaben zu diesem Thema zu erhalten.

1.3 Stand der Forschung

Zwar nahm die Stadt Hamburg bereits im Jahre 1850 einen von Pferden gezogenen Krankentransportwagen, der über eine besondere Ausstattung verfügte, in Betrieb¹³, bis zur Einführung organisierter Notfalldienste vergingen allerdings noch einmal etwas mehr als hundert Jahre.

Erst seit den 1970er Jahren finden sich wissenschaftliche Untersuchungen zu dem Thema Notdienste und Notfallversorgung in Deutschland. Von den früheren Arbeiten, die überwiegend aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum stammen, soll hier nur die Arbeit von *Clyne*¹⁴ erwähnt werden. Seine Analysen und Erkenntnisse, die sich in weiten Teilen mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der speziellen Kommunikationsform in Notsituationen

¹² KVH, 1995.

¹³ Hesse, 1956, zitiert nach Blum G: Eine Untersuchung über die Notfälle im Bereich der Rettungswache Nideggen und die ärztliche Beteiligung. (1987), Med. Dissertation, Universität Marburg., S. 2.

¹⁴ Clyne, MB (1964): Der Anruf bei Nacht. Eine psychologische Untersuchung aus der ärztlichen Praxis. Bern- Stuttgart.

beschäftigen, erhalten in der gegenwärtigen Diskussion eine bemerkenswerte Aktualität. So spricht er von „Täuschungssituationen“, in denen der Arzt scheinbar unter „einem Vorwand“ gerufen worden sei, und er erwähnt bereits das Phänomen, dass die Ängste Angehöriger häufig weit größer sind, als der Grad der Erkrankung des Patienten es berechtigt erscheinen ließ.¹⁵

Der Versuch, die deutschsprachige Literatur systematisch zu vergleichen, hat in erster Linie die oben erwähnten begrifflichen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Notdienst, Notfall, Notfalldienst und ähnlichen Bezeichnungen zu überwinden. Hinzu kommt, dass die jeweiligen Untersuchungsgebiete, Großstädte und ländliche Regionen, sowie die stark variierenden Untersuchungszeiträume nur eingeschränkt vergleichbar und von sehr unterschiedlicher Aussagekraft sind.

Auffällig ist, dass sich die Mehrzahl der Arbeiten mit den sogenannten harten Faktoren befasst. Es werden überwiegend die Fragen diskutiert, die sich auf die rein medizinischen Fakten wie Diagnosen, Medikation und Einweisungen beziehen. Nur wenige Arbeiten befassen sich mit den weichen Faktoren, d. h., nur selten werden das familiäre und soziale Umfeld des Patienten untersucht oder psycho-soziale Aspekte berücksichtigt. Selbst der Schweregrad der Erkrankung, die zum Notruf geführt hat, wird nicht in allen Untersuchungen festgehalten. Die Frage, ob es sich um vermeidbare Rufe gehandelt hat oder gar um Missbrauch, wird in einzelnen Arbeiten erwähnt, aber nicht ausführlich diskutiert.

In der ersten der folgenden Tabellen sind chronologisch die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen aufgeführt, die vergleichbare Notdienstorganisationsformen zum Thema haben. Die zweite Tabelle umfasst weitere Untersuchungen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin, die thematisch angrenzende Aspekte betrachten sowie Studien aus anderen Ländern.

¹⁵ Clyne, 1964, S. 62ff.

Tab. 2: Vergleichbare Studien zum Thema Notfalldienste

Autor	Unters. Zeitraum und Ort	Stichprobe	häufigste Diagnosegruppen oder Diagnosen	Schweregrad bzw. Beurteilung der Inanspruchnahme (wenn untersucht)	Besonderheiten der Altersverteilung	Geschlechterverteilung	Besonderheiten
Barlet	1975 – 1977 München	720 Fälle / Notfallscheine	22,9% Atmung 19,8% Kreislauf 17,2% Verdauung	nicht explizit untersucht	Schwerpunkt bei Kindern bis 10 Jahre; ca. 1/7 aller Besuche	w 56,8% m 43,2%	nur 2,8% chirurgische Einsätze, vermutlich weil örtliche Klinikambulanzen aufgesucht werden
Mohr, Bonorden, Glück	1979 – 1980 Bezirk Düren	946 Fälle	Fälle (nominal): 70 grippaler Infekt 50 Gastroenteritis/ Obstipation 40 HWS/LWS Syndrom 40 Angina tonsillaris 39 Weichteilverletzungen ohne Naht	4,6% vitale Indikation 27,8% absolute 35,6% relative 32,5% fragliche	die über 60-Jährigen überwogen leicht	keine Angaben	bei fünf Fällen wurde der Rettungshubschrauber nachgefordert; 125 Patienten wurden hospitalisiert;
Schwarz	1982 Mainz	364 von 15.053 Einsätzen, die als vital bedrohlich eingestuft wurden	Fälle (nominal) 125 Ohnmacht unklarer Genese 69 Verdacht auf Herzinfarkt 35 Angina pectoris 31 Dyspnoe	5,5% Bagatellfälle 15,3% Todesfälle	Kinder bis 9 Jahre und über 60-Jährige überproportional	w 43,7% m 56,3%	22,5 gute Wohnlage je 38,5 % mittlere und einfache Wohnlage
Werner	1982 Mainz	1125	Fälle (nominal) 104 fieberhft. Infekt 69 Tonsillitis 65 Gastroenteritis 47 Bauchschmerzen o.n.A.	1,7% vital bedrohlich 14,6% dringend behandlungsbedürftig 83,7% Routinefall	13,6% Kinder vom ersten bis einschl. neunten Lebensjahr überproportional, ebenso die Patienten, die älter als 60 Jahre waren	w 54,1% m 45,9%	deutlich mehr Notrufe aus einfacher Wohnlage

Tab. 2: Vergleichbare Studien zum Thema Notfalldienste

Autor	Unters. Zeitraum und Ort	Stichprobe	häufigste Diagnosegruppen oder Diagnosen	Schweregrad bzw. Beurteilung der Inanspruchnahme (wenn untersucht)	Besonderheiten der Altersverteilung	Geschlechterverteilung	Besonderheiten
Hestermann	1981 – 1985 Erftkreis/Gemeinde Liblar	1287	Fälle (nominal) 313 Inf. d. ob. Luftwege 79 Inf. Gastroenterocol. 56 Otitis media 55 Hautwunde	weitaus überwiegend nicht vital bedrohlich	Kinder überrepräsentiert	w 53% m 47%	keine häufiger Inanspruchnahme durch ältere Patienten, nächtliche Rufe häufig gravierendere Diagnosen aus den Bereichen seelische Störungen und Störungen des Kreislaufsystems
Freytag	1984	1200	24,4% fieberhafter Erkältungskrankheiten 19,6% grippale Viruserkrankungen 16,4% eitrige Tonsillitis 8,2% Herzrhythmusstörungen	80% gerechtfertigt 8% ungerechtfertigt 12% ohne Angabe	3,6% jünger als 1 Jahr, hoher Anteil von 40-49-Jährigen, vermutet wird als Grund „die Angst vor dem Herzinfarkt“	w 54% m 46%	unerwartet hoher Anteil an Nachtbesuchen, auffallend erhöhte Multimorbidität für Jungen
Albert, C.	1985 Hannover	6028 Fälle	44,6% Allgemeinmedizin 12,9% gastroenterologisch 8,5% neurologisch	1,5% schwere Erkrankungen 13,3% mittel 84% leicht	deutliches Überwiegen der Kinder bis 5 und Älterer über 66 Jahren	w 55,3% m 44,7 signifikantes Überwiegen der weibl. Patienten	signifikant häufigere Inanspruchnahme der ausländischen Patienten

Tab. 2: Vergleichbare Studien zum Thema Notfalldienste

Autor	Unters. Zeitraum und Ort	Stichprobe	häufigste Diagnosegruppen oder Diagnosen	Schweregrad bzw. Beurteilung der Inanspruchnahme (wenn untersucht)	Besonderheiten der Altersverteilung	Geschlechterverteilung	Besonderheiten
Reinicke	1985/86 Barsinghausen	398	10,8% akute Infekte der oberen Luftwege 5% Rückenschmerzen 5% hysterische und hypochondrische Störungen 4,5% offene Wunden	1,5% Todesfälle 1% Lebensgefahr 15,1% schwer 53,8% mittel 26,9% leicht 1,8% Aufrechterhaltung der Hausarzttherapie	die unter 12-Jährigen, 15-17-Jährigen und die über 65-Jährigen in Relation zur Bevölkerung stärker vertreten	w 53,8% m 46,2%	2/3 der Patienten hätten die reguläre Sprechstunde aufsuchen können oder waren nicht behandlungsbedürftig; bei 67,8% der Patienten konnten psychosoziale Begleitumstände als Rufmotiv ausgemacht werden.
Blum	1987 Nideggen	863 Einsätze der Rettungswache, davon 618 RTW 245 KTW	Einweisungsdiagnosen: 23% Herzerkrankungen 12% Kopfverletzungen 9,8% neurol. Erkrankungen 8,3% obere Extremitäten	7,3% akute Vitalgefährdung 16,5% keine bis mäßig schwere Verletzung, werden als Fehleinsatz bewertet	die Gruppen der 15 bis 25-Jährigen und 65-77-Jährigen besonders stark vertreten	w 44,7% m 55,3%	
Träder	1988-1991 Lübeck	898 Hausbesuche im Bereitschaftsdienst	45,9% Innere 18,4% Neurol./Psych. 12,6% Chirg../Orthop. 11,6% HNO	11,9% lebensbedrohlich 53,3% ernsthaft krank 32,6% leicht krank 2,1% Bagatellen	gleichmäßige Verteilung, leichtes Überwiegen der über 60-Jährigen	w 58,8% m 41,2%	rel. Häufung der neurol.-psychiatr. Krankheitsbilder, vermtl. aufgrund psych. Dekompensationen etwa 10% Krankenhauseinweisungen

Tab. 2: Vergleichbare Studien zum Thema Notfalldienste

Autor	Unters. Zeitraum und Ort	Stichprobe	häufigste Diagnosegruppen oder Diagnosen	Schweregrad bzw. Beurteilung der Inanspruchnahme (wenn untersucht)	Besonderheiten der Altersverteilung	Geschlechterverteilung	Besonderheiten
Albert, G.	1992 Vergleich von Stadt- und Landbezirk Würzburg	je 125	Fälle im Stadtbezirk: 30 Verdauungssystem 29 Atemwege 23 Herz-Kreislauf Fälle im Landbezirk: 26 Bewegungsapparat 23 Atemwege 18 Verdauungssystem	Stadtbezirk: 40,0% dringend erforderlich 47,5% erforderlich 7,5% erforderlich, aber hätte auch in der Notfallpraxis behandelt werden können 5% medizinisch keine Indikation Landbezirk: 26,1% dringend notwendig 53,1% notwendig 13,5% hätten auch in die Praxis kommen können 7,3% medizinisch überflüssig	Stadtbezirk: Gipfel der Verteilung bei den 21-30-Jährigen und den 71-80-Jährigen Landbezirk: vor allem Säuglinge bis zu 5 Jahren, Jugendliche von 11-20 Jahren und die 31-40-Jährigen	Stadtbezirk w 56% m 44% Landbezirk: w 55,2% m 44,8%	deutlich mehr Anforderungen von Hausbesuchen im Stadtbezirk, vermutlich aufgrund des Gefühls der Vereinsamung vieler älterer Patienten und Allein-stehender
Lukas	1997 Flensburg besondere Berücksichtigung der Einweisungen	805 Einsätze	19,1% Atmungssystem 12,7% Kreislaufsystem 12,0% psychische und Verhaltensstörungen 10,1% Bewegungsapparat	keine Analyse	die Altersgruppe bis 5 Jahre und über 70 Jahre überwiegen im Vergleich mit den Einwohnerdaten relativ	w 59% m 41%	11,5% Einweisungen, davon die Hälfte in die Innere Abteilung, ein Drittel in die Chirurgische, zahlreiche Einweisungen aus sozialen Gründen erforderlich

Tab. 2: Vergleichbare Studien zum Thema Notfalldienste

Autor	Unters. Zeitraum und Ort	Stichprobe	häufigste Diagnosegruppen oder Diagnosen	Schweregrad bzw. Beurteilung der Inanspruchnahme (wenn untersucht)	Besonderheiten der Altersverteilung	Geschlechterverteilung	Besonderheiten
Machens und Ullmann	I/2001-I/2003	Prätest: statistische Auswertung von 100 Notdienst-scheinen	keine Angaben	44% überflüssig (davon je die Hälfte reine Versorgungswünsche bzw. klar vermeidbare Akutfälle)	7% Kinder unter 18 Jahren 43% über 65-Jährige	w 68% m 32%	25% Ausländer 10% Privatpatienten 8% Sozialhilfeempf.; auffallend hoher Anteil von schwerwiegenden Akutfällen bei den Ausländern

Fast alle Untersuchungen der Tabelle 2 beziehen sich auf Arzt/Patientenkontakte während des Notfalldienstes, ambulant in der eigenen Praxis, in der Notfallpraxis oder im Rahmen der Hausbesuchsanforderungen. Ein großer Teil der Einsätze wurde retrospektiv ausgewertet anhand von Dokumentationsbögen oder Abrechnungsscheinen. Zwei Arbeiten sind Untersuchungen im Rahmen des Rettungsdienstes, teils mit Notarzteinsatz.

Die Mehrzahl der Arbeiten bezieht sich auf die reproduzierbaren, harten Fakten wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Art der Erkrankungen, Diagnosehäufigkeit. Einige Autoren nehmen eine Einteilung nach Schweregrad der Erkrankung vor und bewerten die Inanspruchnahme. Die Herkunft der Patienten wird meist nur in deutsche und ausländische unterschieden.

Bei den Notfalleinsätzen überwiegen die Fünfjährigen und die 60 bis 65-Jährigen. Frauen sind meist überrepräsentiert. Bei den unter 10-Jährigen dominieren jedoch die Anforderungen männlicher Patienten. Bei den RTW- und Notarztwageneinsätzen überwiegen jedoch die männlichen Erwachsenen im mittleren Lebensalter zwischen 35 und 50 Jahren.

Die meisten Erkrankungen im Rahmen der Notfalldienste werden als leicht klassifiziert, es findet sich nur ein geringer Teil mit vitaler Indikation.

Eine Arbeit nennt ein deutliches Überwiegen der Inanspruchnahme durch ausländische Patienten, eine andere beschreibt ein signifikantes Überwiegen von Patienten aus einfacher Wohnlage, eine weitere Studie findet keine Differenz zwischen einfacher und mittlerer Wohnlage.

Mehrere Studien gehen zumindest kurz auf die psycho-soziale Situation der Patienten ein, bleiben aber bei der Interpretation spekulativ, nennen Einsamkeit als mögliche Ursache, insbesondere im städtischen Raum, und beschreiben in diesem Kontext eine höhere Zahl der Einweisungen.

Tab. 3: Untersuchungen aus dem Bereich allgemein und Notfallmedizin mit thematisch angrenzenden Aspekten

Autor	Untersuchungszeitraum und Ort	Stichprobe	Fragestellung/Titel	für vorliegende Untersuchung relevante Ergebnisse
Wegscheider	1980 Graz, Österreich	15205 Hausbesuche von 117 Ärzten	Mit welchen Erkrankungen hat der praktische Arzt bei einem Notruf zu rechnen	Die Gesamthäufigkeiten nach Krankheitsgruppen: - grippale Infekte 17,3% - Erkrankungen des Verdauungsapparates 17,0% - Erkrankungen der Atmungsorgane 15,5% Ursachen für einen Hilferuf: Schmerzen, Blutungen, fieberhafte Zustände, organische, funktionelle oder psychische Alterationen im weitesten Sinne, einschließlich Bewusstseinsstörungen, Angstzustände, neurovegetative Störungen und dergleichen, Erliegen oder Beeinträchtigung von lebenswichtigen Funktionen.
EVaS Studie	Zwei 6-wöchige Erhebungszeiträume Nov-Dez 1981 und Feb-Apr 1982, Teile des Bundesgebietes	10 % der niedergelassenen Ärzte im Untersuchungsgebiet (n=969), die nach einem detaillierten Stichprobenverfahren über ausgewählte Patienten zu berichten hatten.	Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.	Aus dieser Studie wurden für die vorliegende Untersuchung Vergleichszahlen zu den demographischen Faktoren und zur Diagnoseverteilung herangezogen. U. a. nehmen die Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates den zweiten Rang im städtischen Bereich und den dritten Rang im ländlichen Bereich ein.
Bellon et al	1985 – 1991 Centro de salud Zaidin Sur ; Grenada, Health Centre	Befragung von 236 frequent attenders (FA) als Kontrollgruppe 420 normal user (NU)	psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care	Psychosoziale Bedingungen als Hauptfaktor assoziiert mit dem Status der häufigen Inanspruchnahme, verstärkt durch familiäre Probleme, ernsthafte physische Erkrankungen. Wenn die psychosozialen Bedingungen familienorientiert verbessert werden, reduziert sich die hohe Rate der häufigen Inanspruchnahme

Tab. 3: Untersuchungen aus dem Bereich allgemein und Notfallmedizin mit thematisch angrenzenden Aspekten

Autor	Untersuchungs- zeitraum und Ort	Stichprobe	Fragestellung/Titel	für vorliegende Untersuchung relevante Ergebnisse
Hasse Karlsson et al,	1. Nov. 1989 – 28. Feb. 1990 Departement of Psychiatry, University of Turku, Finnland	1000 Patienten einer städtischen primary health care unit, davon 67 FA	Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care	Berücksichtigt wurden physische und psychiatrische Erkrankungen, aktuelle Beschwerden, soziodemographische Faktoren, psychosoziale Situation, Stressfaktoren, Lebenszufriedenheit, bisherige Erfahrungen, Krankheitsgeschichte, psychiatr. Vorbehandlung.
Wyke et al	Langzeitstudie in West-Schottland, hier Daten aus den Jahren 1995/96		Frequent attendance, socioeconomic status and burden of ill health	Es ergibt sich kein signifikanter Hinweis dafür, dass Faktoren wie Geschlecht, Armut, Einsamkeit oder mangelnde soziale Unterstützung eine höhere Inanspruchnahme bedingen. In erster Linie bestimmte der Faktor des Krankseins die Nutzung der allgemeinmedizinischen Leistung. Wie weit andererseits die Häufigkeit und die Schwere einer Erkrankung in einer engen Korrelation mit dem soziökonomischen Hintergrund stehen, wird in der Studie nicht untersucht. Die Untersucher weisen zum Abschluss darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen den soziökonomischen Bedingungen der anfordernden Patienten und einer gehäuften Inanspruchnahme nicht bewiesen, aber andererseits auch damit nicht ausgeschlossen werden kann.
Bartels	1995	312 psychiatrische Notfälle von 3387 Notarztwageneinsätzen im Landkreis Schaumburg	Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst	- psychiatrische Notfälle stellen mit 9,2% die dritthäufigste Einsatzursache dar - 62,5 % waren männlichen Geschlechts - die Gruppe der 30-39-Jährigen stellte den größten Anteil - häufigste Verdachtsdiagnose lautete Alkoholintoxikation bzw. -abusus - akute Suizidalität wurde bei 19.2% festgestellt - 18 Patienten verstarben durch Suizid

Tab. 3: Untersuchungen aus dem Bereich allgemein und Notfallmedizin mit thematisch angrenzenden Aspekten

Autor	Untersuchungs- zeitraum und Ort	Stichprobe	Fragestellung/Titel	für vorliegende Untersuchung relevante Ergebnisse
Bondo Christensen	1998 Research Unit for General Practise, Uni- versity of Aarhus	1997 Dänemark	Comparison of data before and after re- form. Out of hour service in Denmark. Evaluation five years after reform.	Durch die eingeführte qualifizierte telefonische Beratung kam es zu einer auffälligen Reduzierung der Hausbesuche von 46 auf 18 Prozent.
Wettstein, A. und Peters, M.	April – Juli 1998 Stadtärztli- cher Dienst, Zürich	230 allein Lebende im gesamten Stadtbezirk Zürich; 68% 18 - 44 Jahre 10% 45 – 64 Jahre 22% älter als 64 Jahre Basisdaten zur Spi- texplanung bei Grippe- pandemie (Spitex: staatlich organisier- ter Verein zur Sicherung der ambulanten Gesundheits- und Krankenpflege)	Tragfähigkeit der sozialen Netze von Einpersonenhaushalten bei akuter Krank- heit.	Die große Mehrheit der allein Lebenden hat wider alle Erwar- tungen ein ausgedehntes und in den meisten Situationen auch für Hilfsbeziehungen tragfähiges soziales Netz aufzuweisen.

Tab. 3: Untersuchungen aus dem Bereich allgemein und Notfallmedizin mit thematisch angrenzenden Aspekten

Autor	Untersuchungs- zeitraum und Ort	Stichprobe	Fragestellung/Titel	für vorliegende Untersuchung relevante Ergebnisse
Hager	1998 Kleinstadt nördliches Niedersachsen	345 Krankenhauseinweisungen einer Hausarztpraxis	Hausärztliche Diagnostik und Krankenhauseinweisungen	- das zugrunde liegende gesundheitliche Problem des Patienten beeinflusst die Treffsicherheit der Einweisungsbezeichnung wesentlich - dringliche Einweisungen werden meist in einer diagnostisch ungeklärten Situation gefällt - die Treffsicherheit der diagnostischen Überlegungen des einweisenden Arztes dürfte ein Maß für den diagnostischen Nutzen der Anamnese und der unmittelbaren Untersuchung bei dem jeweiligen Krankheitsbild darstellen - die dringliche Entscheidung zur Einweisung wird offenbar im Wesentlichen auf der Grundlage von Überlegungen zur Prognose der jeweiligen Gesundheitsstörung gefällt
BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung	2000 – 2005 bundesweit	Förderung diverser Projekte mit unterschiedlicher Fragestellung im Rahmen der Versorgungsforschung	1. Phase: Behandlungsvariationen in Deutschland, 2. Versorgungsverläufe bei multimorbiden Patienten 3. Patienten mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems	Ergebnisse u. a. - klassische Vielnutzer gibt es nicht - niedriges Einkommen - hohe Krankheitskosten - Zuwanderung und Notfallambulanzen – ein wachsendes Problemfeld - Zahl der Arztbesuche hängt nicht nur von der Gesundheit ab
Jeffrey Jackson et al	2001 Maryland	250 zufällig ausgewählte Erwachsene in einer Ambulanz der Primärversorgung	je mehr Beschwerden ein Patient hat desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für eine seelische Störungen	Bei einem Drittel der Patienten die wegen körperlicher Beschwerden in die Praxis kommen, besteht zusätzlich eine psychische Störung, die häufig noch nicht erkannt ist. Prädiktoren wie Stress, multiple Symptome und ein negatives Gesundheitsbild können dem Hausarzt anzeigen, bei welchen Patienten gezielte Suche nach psychischen Erkrankungen angebracht ist.

Tab. 3: Untersuchungen aus dem Bereich allgemein und Notfallmedizin mit thematisch angrenzenden Aspekten

Autor	Untersuchungs- zeitraum und Ort	Stichprobe	Fragestellung/Titel	für vorliegende Untersuchung relevante Ergebnisse
Laxmaihan Manchikanti et al	2002 Pain Physicians	20 gesunde Probanden, 100 chronisch Schmerzkrankte wurden mit Hilfe des Millon Clinical Inventory III psychologisch analysiert	psychische Komorbidität chronisch Schmerzkranker	chronisch Schmerzkrankte leiden häufiger an generalisierten Angsterkrankungen (40 vs 14), an Somatisierungsstörungen (26 vs 0 Prozent) und Depressionen (22 Prozent vs 4 Prozent)
Thümmeler, C	2002 im Raum Bens- heim	Querschnittsstudie 2853 Patienten unselektiert	Senioren verändern das Einsatzspektrum bei Notarzteinsätzen. Konsequenz für die Aus- und Weiterbildung der Notärzte.	Zunahme hoch betagter Patienten mit chronischen Erkrankungen. Jeder zweite notärztlich betreute Patient ist 65 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter der Population betrug 56 Jahre. Bei der Morbiditätsstatistik dominieren chronische Krankheitsbilder.

Die in dieser Tabelle erfassten Untersuchungen beziehen sich einerseits auf den vermuteten Zusammenhang der Inanspruchnahme mit psycho-sozialen Faktoren, die Häufigkeit von psychiatrischen Erkrankungen im Notfall- und Rettungsdienst, der Komorbidität von somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen und nennt andererseits breit angelegte Studien, die von der Autorin herangezogen wurden, um unter anderem Vergleichsdaten zur allgemeinmedizinischen Versorgung zu erhalten. Dies gilt z. B. für die EVaS Studie zur ambulanten Versorgung. Als aktuelle, 2005 veröffentlichte Studie liegen die ersten Ergebnisse der abgeschlossenen Projekte der ersten Förderphase zur Versorgungsforschung vor, gefördert vom BMBF und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen.

Eine gehäufte Inanspruchnahme aus psychosozialen Gründen wird in allen genannten Untersuchungen vermutet, in einigen mit Zahlen belegt. In einer Studie aus Schottland konnte kein signifikanter Hinweis gefunden werden, dass bio-psychosoziale Faktoren eine höhere Anforderungsrate bedingen. Allerdings weisen die Autoren zum Schluss der Studie darauf hin, dass der Zusammenhang mit ihrer Untersuchung nicht ausgeschlossen ist, die Vermutung weiterhin nahe liege, allerdings nur eine weitere Studie eventuell einen Beweis herstellen könne. Interessant ist eine Studie aus Zürich, die anders als vermutet zeigt, dass weiterhin auch im großstädtischen Bereich für einen erfreulich großen Anteil der Menschen, die in Einpersonenhaushalten leben, im akuten Erkrankungsfall ein tragfähiges soziales Netz besteht. Einige Untersuchungen versuchen einen Ausblick darauf zu geben, mit welchen Interventionen der gehäuften Inanspruchnahme möglicherweise begegnet werden kann.

1.4 Fragestellungen und Ziele der Arbeit

Während es also zu einigen Aspekten der Notdienstversorgung eine Reihe von Untersuchungen gibt, die auch im Großen und Ganzen zu vergleichbaren Ergebnissen kommen, so sind andere Aspekte, vor allem solche, die sich schwer objektiv messen lassen, nur unzureichend untersucht.

Ziel dieser Arbeit ist es, die wesentlichen Faktoren und Umstände zu identifizieren, die zu einer Inanspruchnahme des Kassenärztlichen Notfalldienstes mit dem Taxi führen. Eine mögliche Fehlinanspruchnahme wird hierbei besonders berücksichtigt. Zudem werden

Besonderheiten der ärztlichen Arbeitsbedingungen in der Notdienstsituation detaillierter betrachtet.

Fragestellungen im Einzelnen:

1. Inanspruchnahmeverhalten und mögliche Gründe

- Betrachtung von Diagnosen, Therapie und Einweisungshäufigkeiten
- Welche Personengruppen nehmen den ND gehäuft in Anspruch?
- Wie ist der gesundheitliche Zustand von Patienten, die den Notdienst anfordern?
- Wie ist die soziale Situation und soziale Unterstützung der Patienten?
- Wie stark sind die Selbsthilfekompetenzen einerseits und Beunruhigung von Patienten und Angehörigen andererseits ausgeprägt?
- Wie ist die hausärztliche Betreuung vor der Inanspruchnahme?
- Wie repräsentativ ist die Untersuchungspopulation?

2. Häufigkeit und Umstände von Fehlinanspruchnahme

- In welchem Umfang ist von einer Fehlinanspruchnahme des ND auszugehen?
- Welche Faktoren oder Umstände sind gehäuft mit einer Fehlinanspruchnahme assoziiert?

3. Qualifikationen und Arbeitsbedingungen der KV-Notfallärzte

- Welche Qualifikationen benötigt ein Arzt im KV-Notfalldienst?
- Welche Arbeitsbedingungen findet der Arzt im KV-Notfalldienst vor?

2 Methodik

Die Verfasserin dokumentierte über einen Zeitraum von dreizehn Monaten alle von ihr geleisteten Notfalleinsätze im Rahmen des kassenärztlichen Hausbesuchsdienstes. Die Dokumentation erfolgte auf einem zuvor von ihr erarbeiteten Fragebogen.

Die umfassende Darstellung des Datenmaterials wird durch einige Fallbeispiele ergänzt. In dem abschließenden Kommentar wird versucht Ideen aufzuzeigen, die sich aus der zugrunde liegenden Arbeit entwickelt haben und die möglicherweise Ausblicke und Anregungen geben können für die weitere Organisation und Durchführung des Notfalldienstes.

2.1 Stichprobe

Für die vorliegende Arbeit wurden 539 von der Verfasserin absolvierte Einsätze im KV-Notfalldienst zwischen August 1996 bis August 1997 mit Hilfe eines Fragebogens dokumentiert. Die Autorin, die seit 1996 als Ärztin für Allgemeinmedizin niedergelassen ist, ist drei Jahre (1996 – 1999) im Ärztlichen Notfalldienst Hamburg im Bezirk Eimsbüttel, der die Stadtteile Schnelsen, Niendorf und Eidelstedt umfasst, tätig gewesen. Die Notdienste wurden in unregelmäßigen Abständen, bevorzugt an den Wochenenden und vor oder an Feiertagen gefahren. Die einzelnen Einsätze wurden von der Leitstelle der KV zugeteilt, die Verfasserin hatte darauf keinen Einfluss. So handelt es sich zwar um ein zufälliges Auswahlverfahren der Patienten, die Wahl der Dienstage schließt allerdings eine Betrachtung der Anforderungsverteilung auf die Wochentage aus.

2.2 Untersuchungsgebiet

Die KVH unterteilt Hamburg in fünfzehn Notfalldienstbezirke. Diese Einteilung erfolgte geographisch, nach Ein- und Ausfallstraßen, und berücksichtigt die Auslastung der jeweiligen Ärzte, also die Häufigkeit der Einsätze in bestimmten Stadtgebieten. Im Wesentlichen dienen die Stadtteilgrenzen der Orientierung, jedoch sind die Bezirke nicht identisch mit den Ortsamtsbezirken der Meldebehörde.

FREIE UND HANSESTADT HAMBURG

NOTFALLDIENST-BEZIRKSEINTEILUNG

15 Notfalldienstbezirke



Abb. 1: Notfalldienstbezirke in Hamburg

Der Notfalldienstbezirk 3 umfasst die Stadtteile Schnelsen, Niendorf und Eidelstedt im Nordwesten Hamburgs, die zum Einwohnermeldeamt Eimsbüttel zählen. Die drei Stadtteile entsprechen dem Notfallbezirk 3. Es wurden z. T. auch Einsätze in angrenzenden Stadtteilen gefahren, in den Bezirken 4, 5 und seltener bzw. nur einmalig in 1, 6, 9 und 11. Grundsätzlich ist zu Dienstbeginn festgelegt, in welchem Bezirk der Notfalldienst gefahren wird. Bei niedergelassenen Ärzten entspricht dieser meist der Lage der Praxis. Die Untersucherin ist mit ihrer Praxis in Schnelsen niedergelassen, entsprechend dem Notfallbezirk 3. Die Fahrten in anderen Notfallbezirken kommen dadurch zustande, dass in den Nachtstunden ab ein Uhr zwei Bezirke zusammengefasst werden. Damit ist in der Zeit bis sieben Uhr nur ein Arzt zuständig für zwei Notfallbezirke. Im Untersuchungsgebiet entspricht dies dem Bezirk 5.

Zu Verschiebungen kommt es aber auch, wenn in einem Bezirk sehr viele Besuchsanforderungen anfallen, der Kollege des Nachbarbezirks dagegen frei ist. In diesem Fall wird über die Leitstelle der vakante Kollege zur Unterstützung hinzu gezogen.

An Sonn- und Feiertagen und an Tagen, an denen mit vermehrten Anforderungen zu rechnen ist (z. B. in Zeiten gehäufter Grippeerkrankungen in den Wintermonaten), gibt es zusätzlich für mehrere Bezirke überlappend einen Reservedienst. Auch dieser Faktor führt dazu, dass in diese vorliegende Studie nicht nur Patienten aus dem Stammbezirk 3 aufgenommen wurden. In Bezug auf statistische Auswertungen demographischer Daten wird dieser Tatsache entsprechend Rechnung getragen.

1996 lebten in den drei Stadtteilen Schnelsen, Niendorf, Eidelstedt 5,5 Prozent der Hamburger Gesamtbevölkerung von 1,7 Millionen Einwohnern. Das Untersuchungsgebiet liegt im Nord-Westen von Hamburg und grenzt an Schleswig-Holstein. Die sozial-demographischen Strukturen der drei Stadtteile weichen in einigen, für die Studie nicht unwesentlichen, Punkten voneinander ab. Diese Unterschiede sollen in der folgenden tabellarischen Übersicht anhand ausgewählter Daten transparenter gemacht werden.

	Niendorf	Schnelsen	Eidelstedt	Stadt Hamburg
Bevölkerung 2001	39.445	27.662	29.970	1.710.932
Einpersonenhaushalte in % der Haushalte 1999	41%	35%	42%	48%
Wohnungen in 1- oder 2-Familienhäusern 1996	35%	41%	16%	20,5% ²⁰⁰¹
Haushalte mit Kindern in % der Haushalte 1999	20%	27%	21%	19%
durchschnittliche Wohnungsgröße in m² 2001	78,5	80	70,4	71,1
Sozialwohnungen in % der Wohnungen insge- samt 2001	12%	18%	30%	18%
Arbeitslose 2002	4%	5%	7%	7%
Sozialhilfeempfänger in % der Bevölkerun- gen 2001	3%	6%	8%	7%
niedergelassene Ärzte 2001	68	34	36	3351
Straftaten je 1000 der Bevölkerung 2001	82	75	121	186

Tab. 4: Stadtteilprofile im Vergleich zur Stadt Hamburg

2.3 Aufbau des Erhebungsbogens

Es wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, der direkt nach dem Besuch von der Autorin ausgefüllt wurde. So konnten Informationen überwiegend dem Arzt-Patienten-Gespräch entnommen werden, sie resultieren sowohl aus den Ergebnissen körperlicher Untersuchungen als auch aus Beobachtungen der Autorin. Es wurden also Daten erhoben, die ohnehin bei einem Notfalleinsatz anfallen. Folglich konnte eine langwierige Befragung der Patienten, die in einer Notfallsituation nicht möglich oder unangebracht erscheint, vermieden

werden. Eine sorgfältige Skalierung und Definition der Merkmalsausprägungen im Vorwege diente der Objektivierung und wissenschaftlichen Aufbereitung des Datenmaterials. Der Erhebungsbogen (Anhang 1) umfasst 44 Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und einigen offenen Fragestellungen, die in fünf Bereiche gegliedert sind:

Zum Einsatz

Hier sind konkrete Einsatzdaten wie Tag, Uhrzeit, Dauer, Dringlichkeit und Wartezeiten erfasst. Darüber hinaus dokumentierte die Autorin die Wohnsituation der Patienten und Einzelheiten der Zugänglichkeit der Wohnung, des sozialen Status und der jeweiligen Arbeitsbedingungen vor Ort.

Zum Patienten und seinen Angehörigen

Die hier dokumentierten Daten geben Auskunft über Alter und Geschlecht der Patienten, deren Kommunikationsfähigkeiten, Herkunftsland und Bildungsstand. Außerdem wurde in diesem Fragekomplex festgehalten, ob andere Personen anwesend waren und wie die soziale Unterstützung der Patienten einzuschätzen war.

Zum Problem des Patienten

Dieser Bereich umfasst alle Daten, die Gesundheitszustand und Diagnose betreffen. Es wurden Beeinträchtigungen des Allgemeinzustands, der Schweregrad der Krankheit, das Fortschreiten der Krankheit und der Beginn der Symptome festgehalten. Ergänzend finden sich Aussagen zu dem Grad der Schmerzen, der Beunruhigung des Patienten und anderer Anwesender.

Zu den ärztlichen Maßnahmen

Neben detaillierten Angaben zur Medikation und Einweisungen wurden hier auch Daten erfasst, die auf Diskrepanzen im Arzt-Patienten-Verhältnis schließen lassen. So gibt die Autorin ihre eigene Zufriedenheit mit dem Besuch an und schätzt die vermutete Zufriedenheit der Patienten ein.

Zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Abschließend wurde auf dem Fragebogen vermerkt, ob der Patient über einen Hausarzt verfügt und welcher Fachrichtung dieser angehört, wie häufig der KV-Dienst in der Ver-

gangenheit bereits in Anspruch genommen wurde und ob aus ärztlicher Sicht die Inanspruchnahme für den konkreten Fall angemessen war.

Knapp die Hälfte aller Fragen erfassen sogenannte „weiche“ Daten mittels subjektiver Einschätzung der Autorin. Die Merkmalsausprägungen der Antwortskalen wurden im Vorwege möglichst exakt definiert. Jeder Skalenwert von eins bis vier wurde mit einer präzisen Definition hinterlegt. Diese teilweise sehr ausführlichen Definitionen werden im Rahmen der Präsentation der jeweiligen Ergebnisse vorgestellt.

2.4 Datenverschlüsselung

Sämtliche Daten wurden anonym erhoben. Es bestand zu keinem Zeitpunkt eine Verbindung zu den Daten der Einsatzleitzentrale, die eine Identifizierung ermöglicht hätte. Die Diagnosen wurden im Klartext notiert und nachträglich nach ICD 10 kodiert.

2.5 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Computerstatistikprogramm Statview, die Darstellung mit Microsoft Excel Version 7.0. Für Korrelationsberechnungen wurden je nach Art der Daten Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney n-Test bzw. Konskal-Walli angewendet.

2.6 Methodenkritik

2.6.1 Methodenwahl

Mit dem Fokus auf den „weichen“ Daten und der gewählten Methodik begibt sich diese Arbeit in einen Bereich der medizinischen Forschung, der einiger Kritik ausgesetzt ist. Forschungsarbeiten im Fachgebiet der Allgemeinmedizin sind zum einen im Vergleich zu anderen Fachgebieten unterrepräsentiert, zum anderen haftet ihnen häufig der Makel an nicht wissenschaftlich zu sein oder es wird behauptet, „... dass es kein Forschungsgebiet gibt, auf dem Allgemeinärzte Experten sind.“¹⁶ Hinzu kommt, dass die wissenschaftlich „harten“ Daten der biomedizinischen Forschung weitaus medien- und öffentlichkeitswirksamer sind.

¹⁶ Kochen, MM (1992): Forschung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen, MM (Hrsg.) (1992): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S. 519.

Kritiker dieser Entwicklung, wie der klinische Epidemiologe *Feinstein* warnen davor, die vermeintlich „weichen“ Informationen wie Schmerz, Unwohlsein, Stress, Angst, Freude und Sorge, die für jeden Arzt notwendig sind, um individuelle Entscheidungen treffen zu können, zu vernachlässigen. „The symptoms and personal problems of patients are often ignored or disdained because the information is not regarded as worthy of „scientific“ attention.“¹⁷ Derartige Informationen in der Forschung vollständig unberücksichtigt zu lassen widerspricht nicht zuletzt der medizinischen Notwendigkeit, eine ausführliche Anamnese zu erheben. Das Ignorieren dieser Daten führt außerdem dazu, dass Art und Ausprägung von Symptomen, chronometrische Daten, das Fortschreiten einer Krankheit oder der funktionelle Status keine Berücksichtigung finden und möglicherweise die Diagnosestellung beeinträchtigen.

Zugegebenermaßen sind solche Informationen schwer zu beobachten und objektiv darstellbar. Sie entstammen u. a. nicht standardisierten Gesprächen und subjektiven Überlegungen und sind aus diesem Grunde immer mit dem Makel „nicht wissenschaftlich“ versehen und der wissenschaftlichen Gemeinschaft bzw. dem interessierten Arzt nur schwer zur Verfügung zu stellen. Um dieses Manko zu beheben und den Daten wissenschaftliche Akzeptanz zu ermöglichen wurden Skalen entwickelt, die die Beobachtung konsistent und nachvollziehbar machen

2.6.2 Befragungs- und Beobachtungssituation

Es lag in der Natur der Sache und an den Umständen der Datenerhebung, dass diese z. T. unter großem Zeitdruck geschehen musste. Diese Situation war insbesondere dann gegeben, wenn die Einsätze schnell aufeinander folgten. Ebenso spielten andere Stressfaktoren eine ungünstige Rolle, z. B. wenn es sich um lebensbedrohliche Situationen handelte. Wie die Ergebnisse allerdings zeigen, zählte nur ein geringer Teil der Einsätze zu den echten Notfällen, so dass davon auszugehen ist, dass diese ungünstigen Beeinflussungen marginal sind.

¹⁷ Feinstein, AR (1983): An Additional Basis Science for Clinical Medicine: 1. The Constraining Fundamental Paradigms. In: *Annals of Internal Medicine*, 99, S. 393.

2.6.3 Kategorisierung

An wenigen Stellen wurde in der Auswertungsphase von zuvor festgelegten Kategorien abgewichen. Es handelte sich meist um Kategorisierungen, die sich in der Praxis als schwer differenzierbar herausstellten oder in der Realität als ungenau empfunden wurden. Dies ist in den jeweils einleitenden Sätzen zur Beschreibung der Skalierung beschrieben.

2.6.4 Fehlende Daten

Trotz großer Sorgfalt führten z. T. die Umstände des Besuchs dazu, dass einige Daten nicht erhoben werden konnten. Gründe für fehlende Daten sind u. a. schwere Notfälle, die keine Zeit ließen für Nachfragen oder genauere Beobachtungen seitens der Autorin, oder gravierende Verständigungsprobleme aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse oder weil der Krankheitszustand des Patienten eine Verständigung nicht zuließ. Ebenfalls zu nennen sind hier zeitliche Engpässe, wenn zwei Anforderungen sehr schnell aufeinander folgten und wenig Zeit verblieb, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Einige Daten fehlen, weil Patienten zu bestimmten Sachverhalten, z. B. Beginn der Symptome oder eingeleitete Selbsthilfemaßnahmen, keine präzisen bzw. nur widersprüchliche Angaben machen konnten.

Für die einzelnen Berechnungen wird die jeweilige Grundgesamtheit n angegeben, so dass es regelmäßig ersichtlich ist, wenn Daten fehlen.

2.6.5 Subjektivität

Die Untersucherin ist sich der Subjektivität der vorliegenden Studie bewusst, die allein schon dadurch entsteht, dass die Daten nur durch eine Ärztin im Verlauf eines begrenzten Zeitraumes von dreizehn Monaten erhoben wurden. Möglicherweise wären andere Ergebnisse zu verzeichnen, wenn an der Studie mehrere Hausärzte teilgenommen hätten, Männer und Frauen, oder wenn die Untersuchung nicht nur weitgehend in einem Notfallbezirk durchgeführt worden wäre, sondern andere Bezirke mit deutlichen demographischen Unterschieden zum Untersuchungsbezirk mit untersucht worden wären und die Zeitspanne der Untersuchung eine deutlich größere wäre. Und nicht zuletzt war die Untersucherin zu Beginn der Studie erst seit vier Monaten in eigener Praxis als Hausärztin niedergelassen.

Auch hier ist anzunehmen, dass die Interpretation der Daten bei einer langjährigen Teilnahme am Kassenärztlichen Notfalldienst eine andere sein könnte. Es soll jedoch an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Autorin die Notfalldienste dieser Studie begonnen hat mit einer fast zwölfjährigen Klinikzeit im Hintergrund.

2.6.6 Diagnosen

In der vorliegenden Untersuchung wird der Begriff „Diagnose“ im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauchs angewendet. Die Autorin ist sich bewusst, dass somit nicht die Nomenklatur angewendet wird, die nach Braun inzwischen in weiten Teilen der allgemeinmedizinischen Theoriediskussion Gültigkeit hat. Danach wird der Begriff Diagnose nur angewendet, wenn einem Fall nach ausführlicher Diagnostik und wissenschaftlichem Standard exakt der entsprechende Krankheitsbegriff zugeordnet werden kann. Alle anderen Fälle werden unter dem Begriff Klassifizierung aufgeführt.¹⁸ Danach sind nur etwa zehn Prozent der Beratungsergebnisse bei dem unausgelesenen Krankengut einer Allgemeinpraxis einer Diagnose im Sinne des exakten wissenschaftlichen Krankheitsbegriffes zuzuordnen. Unter den Bedingungen der Notfallmedizin dürften die o. g. zehn Prozent noch deutlich unterschritten werden.

Andererseits wird auf dem kassenärztlichen Abrechnungsschein eine Diagnose, zumindest eine Verdachtsdiagnose, gefordert; inzwischen nicht mehr als Wortdiagnose, sondern verschlüsselt nach ICD 10. Nicht zu vergessen ist, dass auch der Patient gerne einen Begriff, eine „Diagnose“ hört, unter dem er oder sie die Befindlichkeitsstörung oder Krankheit einordnen kann. Der gewählte Diagnosebegriff steht mit aller oben beschriebenen Ungenauigkeit als Fallbeschreibung, die sich orientiert an Symptomen, an anamnestisch erfahrenen Situationen, oft nur als Verdachtsdiagnose und als wichtiger Leitfaden zum Erkennen eines abwendbar gefährlichen Verlaufs bzw. der Möglichkeit des abwartenden Offenlassens.¹⁹ Es wurden nur die für den ND relevanten Diagnosen ausgewertet.

¹⁸ Braun, RN, Mader, FH, Danninger H (1990): Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Handlungsanweisungen für den Hausarzt. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 17 und Mader, FH, Weißgerber, H (1993): Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik und Therapie. Mit Fragen zur Facharztprüfung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 19.

¹⁹ Rendenbach, 1998., S. 19.

3 Ergebnisse

3.1 Demographische Daten

In diesem Kapitel werden in tabellarischer und graphischer Form die Ergebnisse dargestellt. Darüber hinaus werden die für einen Vergleich mit der Grundgesamtheit wesentlichen demographischen Daten des statistischen Landesamtes und der Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (*EVaS-Studie*) dargestellt.

3.1.1 Alters- und Geschlechterverteilung

3.1.1.1 Vergleich von Untersuchungsgebiet und Grundgesamtheit

Für den Vergleich werden nur die Patienten aus dem Bezirk 3, der zum Meldebezirk Eimsbüttel zählt, heran gezogen. Von den insgesamt 539 Patienten wohnten 485 im Bezirk 3, das entspricht 90 Prozent der Gesamtfälle. Davon waren 288 weiblichen und 197 männlichen Geschlechts. Dies entspricht einer Aufteilung von 59 Prozent Frauen zu 41 Prozent Männern.

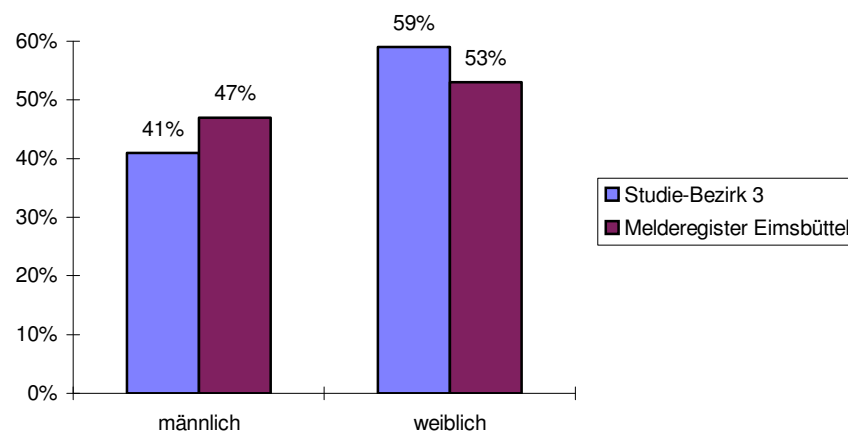


Abb. 2: Vergleich der Geschlechterverteilung von Bezirk 3 mit Melderegister

In den drei untersuchten Stadtteilen lebten 1996 insgesamt 94.338 Menschen. Davon waren 53 Prozent weiblichen und 47 Prozent männlichen Geschlechts.²⁰ Der Anteil der weiblichen Patienten ist in der vorliegenden Studie leicht überrepräsentiert, verglichen mit den

entsprechenden Daten des Melderegisters des Untersuchungsgebietes. Die Altersverteilung in der Studie wurde verglichen mit den prozentualen Anteilen der jeweiligen Altersklasse an der Gesamtheit der Bevölkerung der ausgewählten Stadtteile.²¹

Wie die folgende Abbildung zeigt, nahmen drei Gruppen den KV-Notdienst überproportional in Anspruch, zum einen die Altersklasse der unter zehnjährigen Kinder, die 60- bis unter 75-Jährigen und die Patienten, die älter als 75 Jahre waren. Besonders die Letztgenannten sind in der Studie deutlich häufiger vertreten, als es ihrem Anteil an der Bevölkerung im Untersuchungsgebiet entspricht.

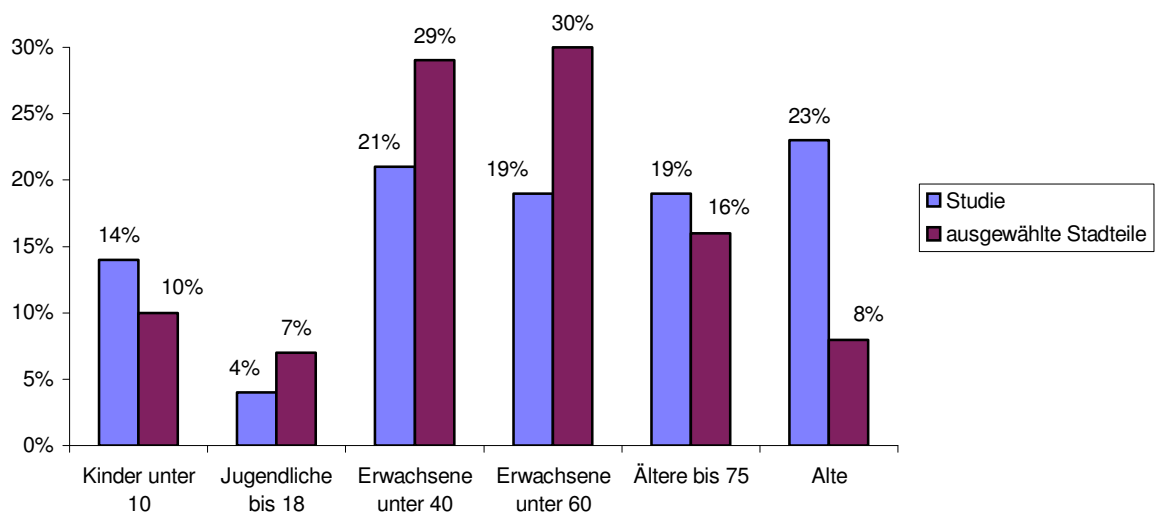


Abb. 3: Altersvergleich Studie zur Bevölkerung des Untersuchungsgebietes

Die Erwachsenen zwischen 41 und 60 Jahren haben den Notdienst hingegen weit weniger in Anspruch genommen, als es der Bevölkerungsanteil erwarten lässt, ebenso die Gruppe der zehn bis 40-Jährigen.

Eine genauere Analyse der Gruppe der Kinder zeigt, dass 55 Prozent der Kinder unter vier Jahre alt waren und dreizehn Prozent sogar jünger als ein Jahr.

²⁰ Statistisches Landesamt der FH Hamburg (1997), Bevölkerung nach Alter und Geschlecht am 31.12.1996, S.11f.

²¹ Statistisches Landesamt, 1997.

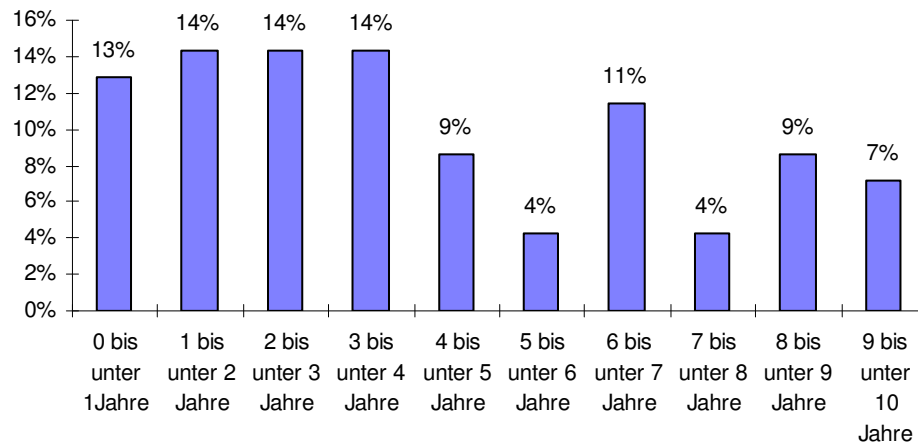


Abb. 4: Altersverteilung der Kinder unter 10 Jahren (n=70)

Von den Kindern unter zehn Jahren waren 47 Prozent weiblichen Geschlechts und 53 Prozent männlich. Somit stellten die Mädchen unter zehn Jahren 11 Prozent aller weiblichen Patienten, die Jungen unter zehn Jahren immerhin 17 Prozent aller männlichen Patienten.

3.1.1.2 Vergleich der Untersuchungsdaten mit Daten der bundesweiten ambulanten medizinischen Versorgung

Um eine Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten zur übrigen hausärztlichen Versorgung herstellen zu können, wurde die 1989 veröffentlichte EVaS-Studie herangezogen, die die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland analysierte. Neben zahlreichen anderen Ergebnissen werden die persönlichen Patientenkontakte nach Geschlecht und Altersklassen dokumentiert.²²

²² Zu den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten zählen in der EvaS-Studie Arzt-Patienten-Kontakte in der Praxis, persönliche Kontakte von Angehörigen mit dem Arzt in der Praxis, persönliche Arzt-Patienten-Kontakte bei Hausbesuchen, Patienten-Praxis-Kontakte, telefonische Arzt-Patienten-Kontakte, telefonische Arztkontakte mit Angehörigen und telefonische Kontakte des Patienten mit der Praxis. Vgl. EVaS-Studie, (1989) Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (Hrsg.): Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Wissenschaftliche Reihe, Bd 39.1, Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1989., S. 47.

Im Vergleich zur EVaS-Studie ergibt sich folgendes Bild für die Inanspruchnahme nach Geschlecht:

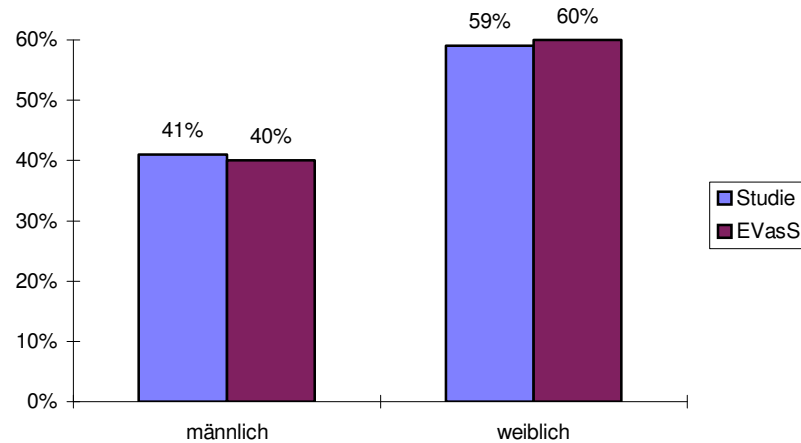


Abb. 5: Vergleich der Geschlechterverteilung, Studie und EVaS

Es ist zu erkennen, dass die Inanspruchnahme nach Geschlecht der Untersuchungspopulation nur um ein Prozent von der Verteilung in der allgemeinen ambulanten medizinischen Versorgung abweichen.

Auch im Vergleich der Altersverteilung mit den Daten der EVaS-Studie fällt auf, dass die Gruppe der über 75-Jährigen in der vorliegenden Studie den Kontakt zum KV-Notdienst, im Verhältnis zu ihren üblichen Arztkontakten, außergewöhnlich häufig in Anspruch genommen hat.

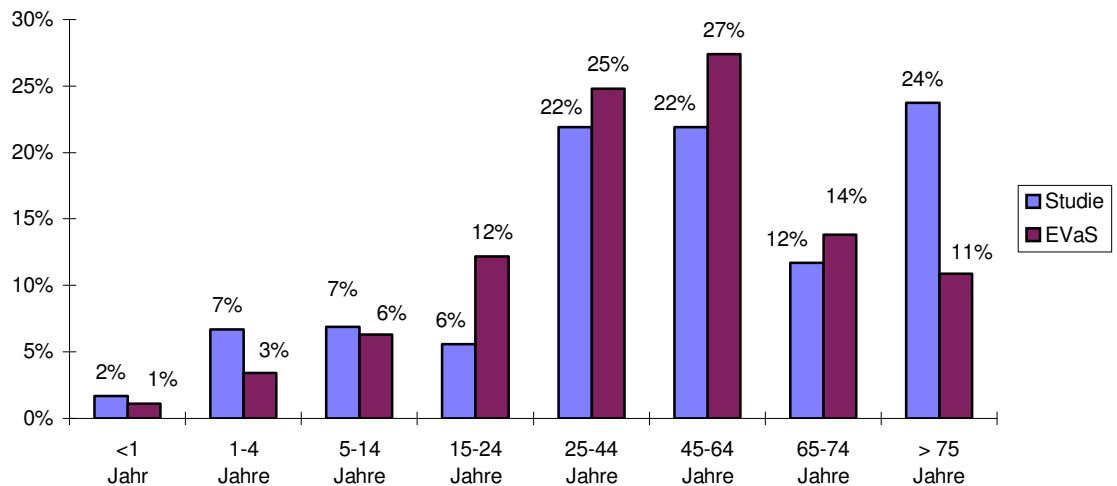


Abb. 6: Vergleich der Altersverteilung, Studie zu den persönlichen Patientenkontakten lt. EVaS

Ein ähnliches Bild zeigen die jüngsten Patienten in der Auswertung der vorliegenden Studie. Auch für die Kinder unter vier Jahren wurde im Vergleich zu ihren üblichen Kinderarztkontakten verhältnismäßig häufig der Notdienst gerufen.

Patienten zwischen fünfzehn und 64 Jahren haben vergleichsweise weniger Notdienstkontakte. In den Gruppen der 25 bis 74-Jährigen sind die Abweichungen zwischen der vorliegenden Studie und den Ergebnissen der EVaS-Studie gering.

3.1.2 Wohnsituation

Mehr als die Hälfte der Patienten (51,4 Prozent) wohnten in einem Mehrfamilienhaus. Der Anteil von 25,8 Prozent der Einfamilienhausbewohner ist entsprechend der Bebauung des Untersuchungsgebietes zum Hamburger Gesamtgebiet (20,5 Prozent) relativ hoch. (s. Stadtteilprofile)

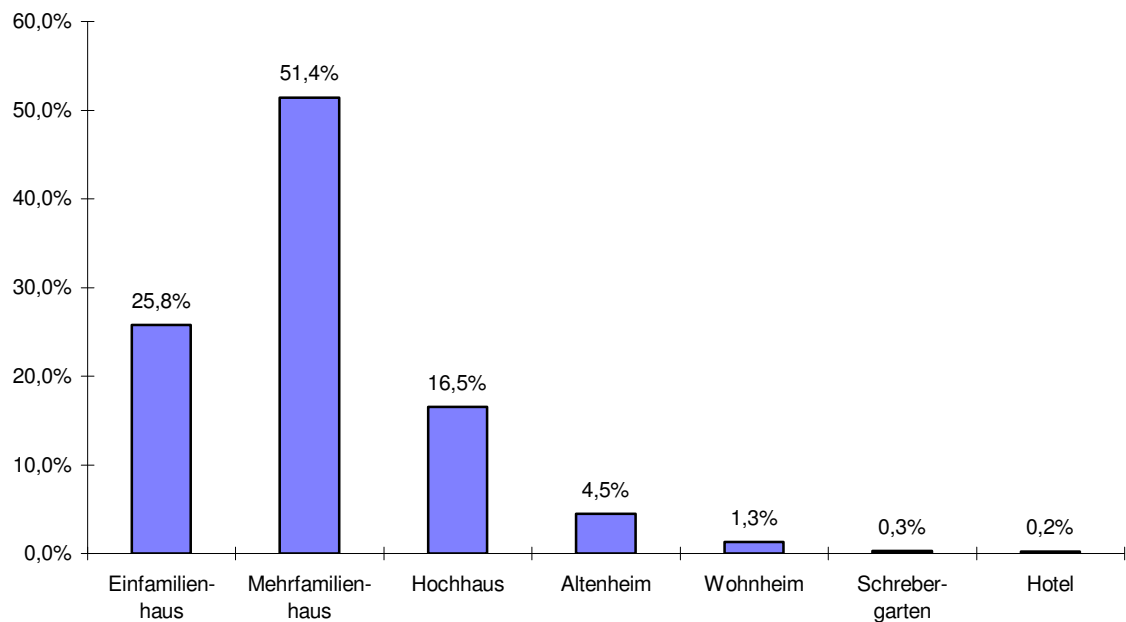


Abb. 7: Unterkunft der Patienten (n=539)²³

Ergänzend wurde die Wohnsituation eingeschätzt, als ein möglicher Indikator für die soziale Schicht des Patienten. Die ursprüngliche Definition der vierstufigen Skala reicht von ärmlichen Wohnverhältnissen und der Unterbringung in Wohnheimen bis zu Wohnsituationen, die deutlich Wohlstand ausdrückten.

Die Einstufung „ärmlich“ wurde durch „verwahrlost“ ersetzt, da die Unterschiede in sozial schwachen Haushalten gravierend sind. So wurden Haushalte, die zwar ein sehr geringes Einkommen vermuten ließen, als geordnet, aber nicht wohlhabend eingestuft, wenn es sich um in üblicher Form gepflegte Haushalte handelte, die eine geregelte Teilnahme am sozialen Leben vermuten ließen. Wenn es sich um Wohnungen handelte, die eindeutig ungepflegt waren und Anzeichen sozialer Isolation ihrer Bewohner vermuten ließen, wurde die Wohnsituation als verwahrlost eingeschätzt.

²³ Um die Hamburger Besonderheit der Schrebergärten und die Unterbringung in Wohnheimen und Hotels darstellen zu können, wurde die prozentuale Auswertung hier um die Zehntel ergänzt.

Handelte es sich um Unterkünfte in guter Wohnlage, wurden deren Bewohner dem „Mittelstand“ zugerechnet. Hier ist anzumerken, dass es häufig eine deutliche Diskrepanz zwischen Wohnlage und Wohnung gab. So wurden in vermeintlich schlechter Wohnlage z. T. Wohnungen vorgefunden, die eindeutig zum „Mittelstand“ gezählt werden können. Es ergibt sich folgende Verteilung:

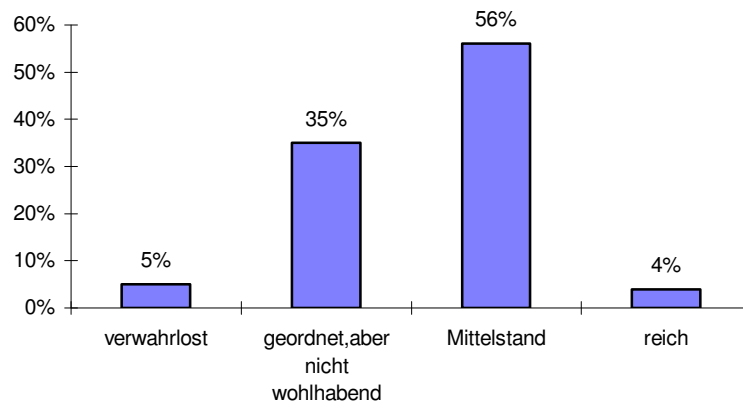


Abb. 8: Soziale Wohnsituation der Patienten (n=538)

Mehr als die Hälfte der Wohnsituationen konnten dem Mittelstand zugeordnet werden. Mit 35 Prozent gab es eine große Gruppe von Patienten, die zwar in geordneten Verhältnissen leben, aber mit deutlich knappen Mitteln wirtschaften müssen. In fünf Prozent der Fälle wurde eine eindeutig verwahrloste Wohnsituation vermerkt. Lediglich bei 4,2 Prozent der Besuche wurde eine Wohnsituation vorgefunden, die eindeutig Wohlstand ausdrückte.

3.1.3 Herkunft der Patienten

Die Untersuchungspopulation im Bezirk 3 war zu 84 Prozent deutscher und zu 16 Prozent ausländischer Herkunft. Das entspricht den Daten der Hamburger Gesamtbevölkerung.

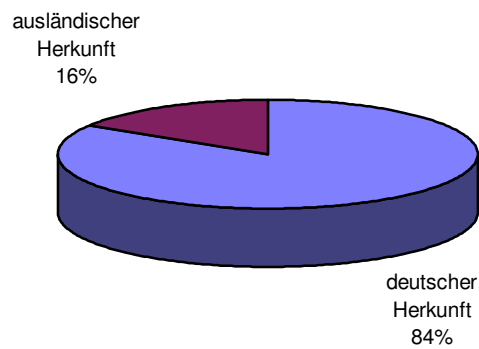


Abb. 9: Herkunft der Patienten (n=536)

Der Anteil der Patienten ausländischer Herkunft lag mit 16 Prozent jedoch über dem jeweiligen Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in den untersuchten Stadtteilen.

Stadtteil	Anteil der ausländischen Bevölkerung
Niendorf	7%
Schnelsen	13%
Eidelstedt	12%

Tab. 5: Anteil ausländischer Bevölkerung im Untersuchungsgebiet²⁴

Im gesamten Bezirk Eimsbüttel, zu dem das Untersuchungsgebiet zählt, lag der Anteil der ausländischen Bevölkerung mit 15 Prozent ebenfalls etwas niedriger als in der Studie.

²⁴ Statistisches Landesamt der FH Hamburg (1997): Ausländische Bevölkerung in Hamburg am 31.12.1996, S.12f.

Insgesamt konnten knapp 30 verschiedene Herkunftsländer unterschieden werden. Die größte Gruppe kam mit 23 Prozent aus der Türkei, zehn Prozent aus dem Iran und jeweils sieben Prozent aus Italien und Polen. Diese Verteilung weicht erheblich von der Rangfolge der Bevölkerungsgruppen nach Staatsangehörigkeit im Bezirk Eimsbüttel ab. Zwar bilden die Personen türkischer Herkunft auch hier die stärkste Gruppe, jedoch nur mit 16 Prozent von insgesamt 35 836 Menschen ausländischer Herkunft in Eimsbüttel. Die zweitgrößte Gruppe der Länder Ex-Jugoslawiens ist in der Studie mit sieben Prozent gegenüber zehn Prozent im Bezirk Eimsbüttel schwächer repräsentiert. Ein tabellarischer Vergleich der stärksten Gruppen verdeutlicht diese Abweichungen:

Bevölkerungsgruppen	Anteil der ausländischen Bevölkerung in Eimsbüttel lt. Melderegister	Anteil der Patienten ausländischer Herkunft in der Studie, Bezirk 3
Türkei	16%	23%
Ehem. Jugoslawien	10%	7%
Iran	7%	10%
Polen	5%	7%

Tab. 6: Rangfolge der ausländischen Bevölkerungsanteile nach Melderegister

3.1.4 Bildungsstand

Die Auswertung für die Ermittlung des Bildungsstands umfasst insgesamt 531 Patienten, in acht Fällen wurden keine Angaben festgehalten. Die Bewertung des Bildungsstands erfolgte wiederum vierstufig.

Es handelt sich um eine subjektive Einschätzung des Bildungsstands durch die Autorin anhand von Beruf, falls bekannt, von Sprache und Intellekt sowie der Auffassungsgabe. Handelte es sich um Kinder, wurde eine Einschätzung der Eltern vorgenommen.

Den niedrigsten Wert erhielten Patienten, die sehr offensichtlich über eine geringe Bildung und einen geringen Sprachschatz verfügten. In den beiden mittleren Stufen wurde eine eher geringe Bildung von einer mittleren Bildung abgegrenzt. Von einer eindeutig hohen Bildung wurde ausgegangen, wenn eine sehr gute Auffassungsgabe und eine elaborierte Sprache deutlich wurden und ein Hochschulabschluss bekannt war oder angenommen werden konnte.

Auf mangelnde Sprachkenntnisse der Patienten aus anderen Herkunftsländern wurde Rücksicht genommen, so dass in diesen Fällen bewusst versucht wurde das Merkmal geringer Sprachschatz nicht überzubewerten.

90 Prozent der Patienten wurden den Merkmalsausprägungen zwei und drei zugeordnet. Lediglich zwei Prozent der Untersuchungsgruppe verfügten demnach über einen offensichtlich geringen Bildungsstand und acht Prozent über einen hohen. Es ist anzumerken, dass seitens der Autorin deutlich Hemmungen zu überwinden waren, Patienten einen sehr geringen Bildungsstand zuzuweisen, so dass die Gruppen der Werte zwei und drei sehr häufig gewählt wurden.

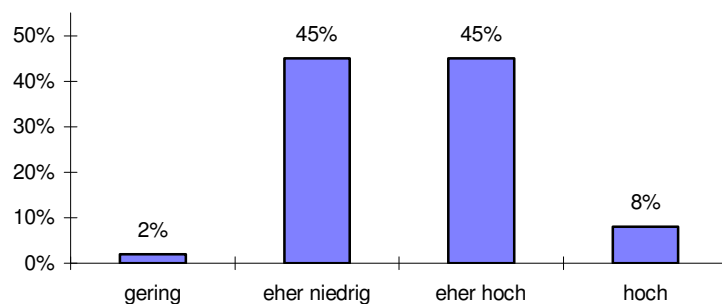


Abb. 10: Gesamtauswertung Bildungsstand (n=521)

Zwischen den Geschlechtern ist keine unterschiedliche Ausprägung des Merkmals Bildungsstand festzustellen. Sowohl männliche als auch weibliche Patienten erreichen einen Mittelwert von 2,6.

3.2 Medizinische Daten

In diesem Kapitel werden die Diagnosehäufigkeiten und -gruppen sowie Einzelheiten der Medikation und Einweisungshäufigkeit dargestellt. Darüber hinaus werden Daten ausgewertet, die die Situation des Notfallpatienten zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des KV-Dienstes umfassend beschreiben.

3.2.1 Diagnosen

3.2.1.1 Diagnosehäufigkeiten

Bei 539 Fällen wurden 138 Einzeldiagnosen als Primärdiagnosen aufgeführt. In 114 Fällen wurde eine zweite Diagnose vermerkt, die zum Zeitpunkt der Protokollierung für die aktuelle Inanspruchnahme des KV-Dienstes relevant erschien. Erkrankungen im Bereich der unteren Wirbelsäule waren mit 57 Einsätzen der häufigste Grund für die Inanspruchnahme des Notdienstes. Der fieberhafte Virusinfekt war mit 28 Fällen die zweithäufigste Diagnose, gefolgt von der Gastroenteritis mit 26 Fällen. Die folgende Tabelle stellt eine Rangfolge der Häufigkeiten der Einzeldiagnosen dar:

Rang	Diagnose	Nominal	Prozentual (n = 539)
1	Lumboischialgie, Lumbalgie,	57	11%
2	fieberhafter Virusinfekt	28	5%
3	Gastroenteritis	26	5%
4	Angina tonsillaris	22	4%
5	Erregungszustand, reaktiv.	15	3%
6	Sinusitis/Sinobronchitis	13	2%
7	Migräneanfall	13	2%

Tab. 7: Diagnosehäufigkeit (n=539)

3.2.1.2 Diagnosegruppen

Die einzelnen Diagnosen wurden zum einen anhand des ICD 10 und zudem nach eigener Zuordnung zu Diagnosegruppen zusammengefasst.

Da die Zuordnung der genannten Einzeldiagnosen nach der ICD 10 Klassifikation sich oft als schwierig erwies und aus Sicht der Autorin manchmal nicht sinnvoll erschien, wird für die folgende Darstellung auf die selbst gewählte Zusammenfassung nach Diagnosegruppen zurückgegriffen.

Mit 146 Nennungen waren die Erkrankungen der oberen Luftwege der häufigste Grund für die Inanspruchnahme des Notfalldienstes; gefolgt von 97 Fällen aus dem orthopädisch-chirurgischen Formenkreis, dabei zum großen Teil die Wirbelsäule betreffende Erkrankungen. An dritter Stelle lagen mit 87 Fällen die Erkrankungen mit einem neurologisch-psychiatrischen Hintergrund und an vierter Stelle, mit 78 Fällen, Erkrankungen des Verdauungssystems.

In der weiteren Rangfolge finden sich die Herz-Kreislaufkrankungen mit 50 Fällen. Es gab 36 Fälle aus dem gynäkologisch/urologischen Bereich, sowie 15 Patienten mit einer dermatologischen Erkrankung. Unter den vier Prozent, die in der Graphik den sonstigen Diagnosen zugeordnet sind, waren sieben Patienten mit chronischen Schmerzen, sechs Patienten mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden als Ursache für das Hinzuziehen des Notfalldienstes, fünf Patienten mit der eindeutigen Diagnose Windpocken und je eine Einzeldiagnose Intoxikation, Zahnwurzelentzündung, Präfinalstadium. In drei Fälle musste der Tod festgestellt und bescheinigt werden.

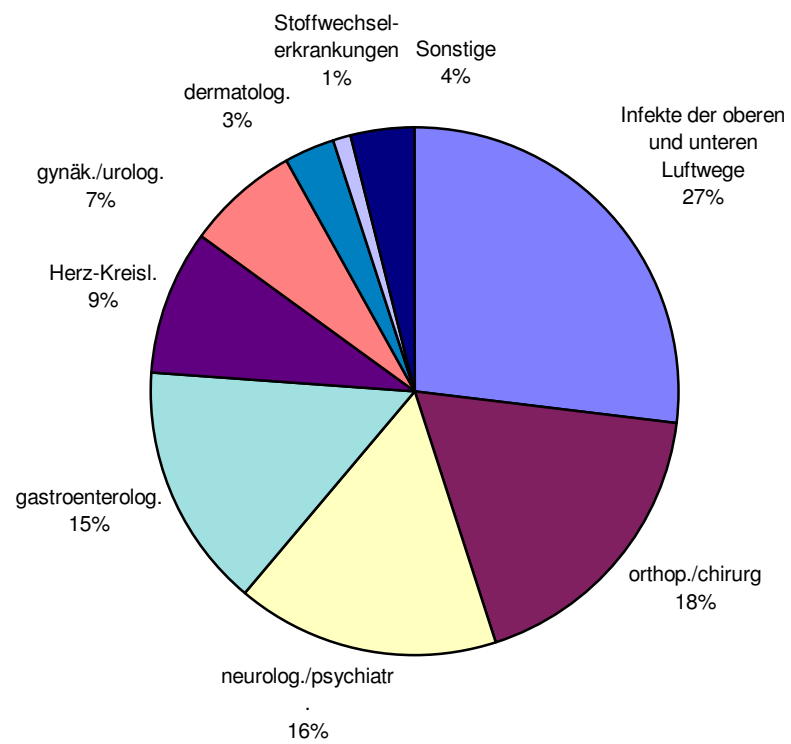


Abb. 11: Diagnosegruppen nach Häufigkeiten (n=539)

Für die Untersuchung wurden folgende Diagnosegruppen definiert:

Diagnosegruppe nach Häufigkeiten	Anzahl	%	Einzeldiagnosen
Erkrankungen der oberen Luftwege	146	28%	Pharyngitis, Sinusitis, Angina tonsillaris, Otitis media, Sialadenitis, Otagie bei Tubenkatarrh, Hörsturz, Epistaxis; Infektexazerbation bei COLD, akute Bronchitis, spast. Bronchitis, Asthmaanfall, Pneumonie/Broncho-Pneumonie, Thoraxschmerzen bei Husten, fieberhafte Virusinfekte
orthopädisch/chirurgisch	97	18%	LWS-Syndrom, SIG-Syndrom, Ischialgie, BWS- und HWS-Syndrom, Schiefhals; Arthralgien, Myalgie, Zerrungen, OSG-Fraktur, Femur-Fraktur, Rippenfraktur, Schulterreckgelenksprengung, Hundebissverletzung, feuchte Gangrän
neurologisch/ psychiatrisch	87	16%	neurologisch: Migräne, unklare Cephalgie, Zosterneuralgie, unkl. Schwindel, cerebraler Krampfanfall, Somnolenz, TIA, Re-Insult, medikamenteninduzierte extrapyramidale Störung; psychiatrisch: große Gruppe Erregungs-/Unruhezustand, Angst- /Panikattacken, leichtere bis mittel gradig depress. Verstimmung, eine sehr schwere Depression, Reaktion auf akute Belastung, psychotische und/oder paranoide Reaktionen
Gastroenterologie	78	15%	Gastroenteritis, unklare Bauchschmerzen, akutes Abdomen, Gastritis/Refluxösophagitis, unklare Übelkeit, unklares Erbrechen, obere gastrointestinale Blutung, Gallenkolik, Sphinkterspasmus, Obstipation, Dyspepsie, Meteorismus
Herz-Kreislaufferkrankungen	50	9%	Myocardinfarkt, Angina-Pectoris-Symptomatik, unklare Brustschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Herzrasen, Lungenembolie, Herzinsuffizienz, hypertone Dysregulation, hypotone Dysregulation, Exsiccose, unklarer Schwächezustand
Urologie/Gynäkologie	36	7%	Nierenkolik, Pyelonephritis, Zystitis, Urethritis, Harnverhalt, Hodentorsion, unklare Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhoe, Adnexitis, Mammaabszess
Dermatologie	15	3%	Erysipel, Neurodermitis, unklare allergische Hautreaktionen, allergisches Exanthem nach Penicillin Einnahme, Insektenstich, Herpes zoster
Stoffwechsel	6	1%	hyoglykämisches Coma, Hypoglykämie, Hyperglykämie, Gichtanfall
Sonstiges	24	4%	chronische Schmerzen, Tumorleiden, Windpocken, Intoxikation, Zahnwurzelentzündung, Präfinalstadium, Tod

Tab. 8: Diagnosegruppen

3.2.1.3 Eindeutigkeit der Diagnose

Die Diagnosesicherheit wurde ebenfalls anhand einer vierstufigen Skala ermittelt. In 36 Prozent der Fälle war die Diagnose eindeutig zu stellen. In diesen Fällen waren alle typischen Merkmale der Erkrankung anzutreffen. Bei 42 Prozent der Patienten fehlte eines der typischen Merkmale der Erkrankung, die Diagnose diente aber als sichere Arbeitshypothese.

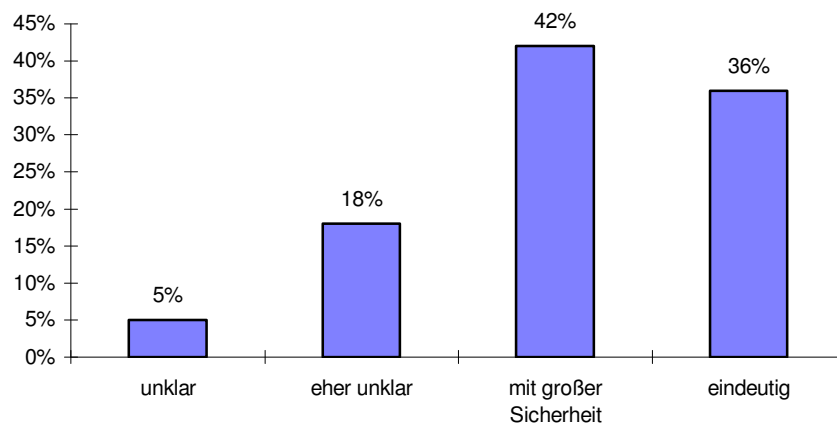


Abb. 12: Diagnosesicherheit (n=538)

Es verbleiben ein knappes Viertel der Fälle, in denen die Diagnose eher unklar oder nur mit geringer Sicherheit gestellt werden konnte. Die Bewertung eher unklar erfolgte, wenn verschiedene Differentialdiagnosen möglich waren und die Arbeitshypothese unsicher war. In den unklaren Situationen konnte lediglich die Bedrohlichkeit abgeschätzt werden.

3.2.2 Befinden des Patienten bei Inanspruchnahme des Notfalldienstes

3.2.2.1 Gesundheitszustand

Zu Beginn des Notfallbesuchs wurde der grundsätzliche Gesundheitszustand des Patienten, ohne Berücksichtigung der aktuellen Erkrankung sowohl biologisch als auch psychosozial eingeschätzt.

Die Beurteilung des biologischen Gesundheitszustandes wies 46 Prozent der Patienten als ganz gesund und ohne chronische Erkrankungen aus. Weitere 35 Prozent verfügten über

einen leicht beeinträchtigten Gesundheitszustand, z.B. durch häufige banale Erkrankungen, Dauermedikation bei leichter chronischer Erkrankung, wie z.B. gut eingestellter Bluthochdruck oder Pollinosis.

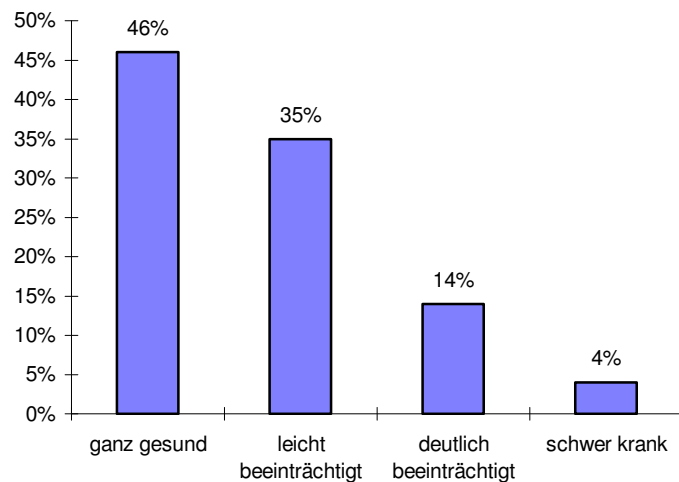


Abb. 13: biologischer Gesundheitszustand (n=535)

Bei 14 Prozent der Patienten war der Gesundheitszustand deutlich beeinträchtigt, d.h. es lagen eine oder mehrere Grunderkrankungen vor, die nicht lebensbedrohlich waren aber die Lebensqualität erheblich einschränken, wie z. B. Diabetes mellitus mit Komplikationen. Vier Prozent der Patienten waren, ohne Berücksichtigung des aktuellen Notfalls, schwer erkrankt, d. h. multimorbide oder präfinal. Die Beurteilung des psychosozialen Gesundheitszustandes ergab ein ähnliches Bild. 56 Prozent der Patienten ließen auf einen ganz gesunden und seelisch stabilen Zustand schließen. Knapp ein Drittel der Stichprobe war hinsichtlich ihres psychosozialen Gesundheitszustands, z. B. durch Psychosomatose oder Neurose, leicht beeinträchtigt.

Jeder zehnte Patient ließ Symptome oder Störungen erkennen, die auf einen deutlich beeinträchtigten psychosozialen Gesundheitszustand schließen ließen und die Lebensqualität dauerhaft beeinflussen, wie z. B. Depression oder Angststörung. Drei Prozent der Patienten waren psycho-sozial schwer krank, z. B. schwer psychotisch, standen unter Psychopharmakatherapie und hatten entsprechend teilweise langzeitige stationäre Behandlungen hinter sich.

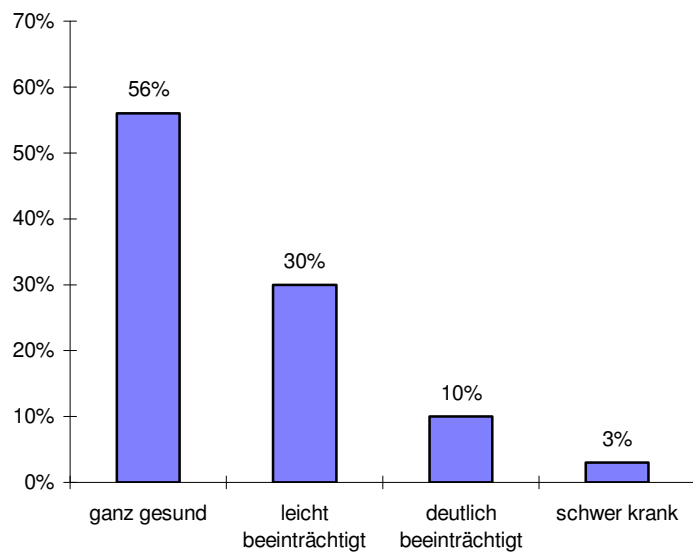


Abb. 14: psychosozialer Gesundheitszustand (n=528)

3.2.2.2 Beginn der Symptome

Die Autorin befragte die Patienten nach dem Zeitpunkt des Beginns der Symptome. Fast ein Viertel der Befragten gaben an, zwischen zwei und sechs Stunden seien seit Einsetzen der Symptome vergangen. Eine Gruppe von Patienten, die mit sechzehn Prozent dritt größte Gruppe, bemerkte die Symptome, die zur Anforderung des Notdienstes führten, bereits vor mehr als einer Woche. Zu diesen Patienten zählten überwiegend die chronisch kranken Patienten.

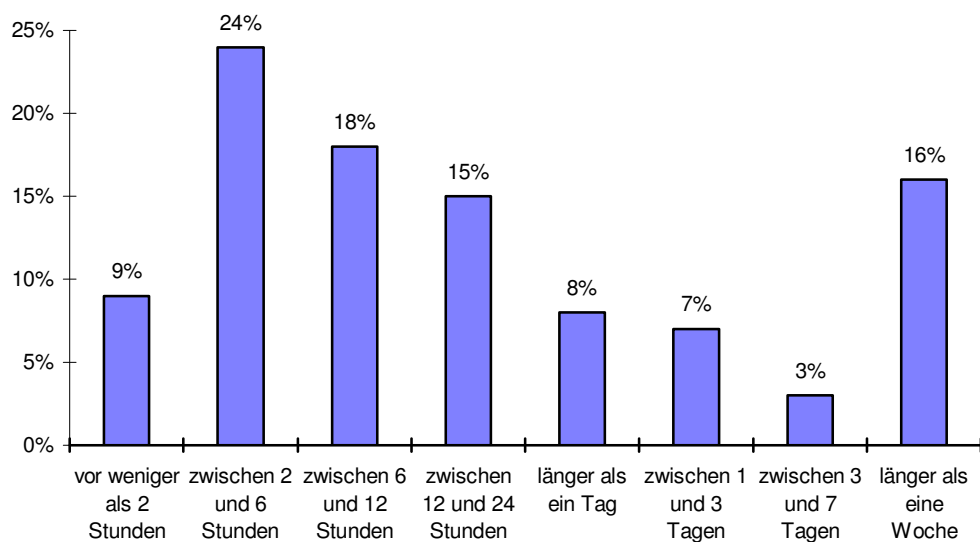


Abb. 15: Beginn der Symptome vor Eintreffen der KV-Ärztin (n=532)

3.2.2.3 Stadium der Erkrankung

Zur genaueren Einschätzung des Anlasses der Anforderung des KV-Dienstes in der konkreten Situation beurteilte die Autorin das Stadium der Erkrankung bei Eintreffen. Sie unterschied akute und subakute Krankheitsbilder anhand von Zeitdauer und Vorbehandlung. So stufte sie z. B. Rückenschmerzen, die seit Tagen bestanden und die bereits Grund für einen Arztbesuch gewesen waren, als subakut ein. Bestanden sie erst seit einem Tag oder kürzer, galten sie als akut. Außerdem hielt sie fest, ob es sich um eine Exazerbation einer bereits diagnostizierten Grunderkrankung handelte. Hier ordnete sie Blutdruckentgleisungen bei behandeltem Hypertonus oder Hypoglykämie bei Diabetes mellitus ein. Von diesen Exazerbationen wurden die chronischen Erkrankungen, die ohne erkennbare Verschlechterung Anlass für die Inanspruchnahme des Notdienstes gaben, noch einmal unterschieden.

Mit 56 Prozent waren die akuten Erkrankungen in der Mehrheit der Fälle der Auslöser für eine Inanspruchnahme des Notdienstes. 97 Patienten klagten über eine Verschlechterung einer Erkrankung. Bei vierzehn Prozent der Patienten handelte es sich um ein subakutes Stadium einer mehr oder minder schweren Erkrankung. Immerhin elf Prozent der Besuche galten chronisch Kranken.

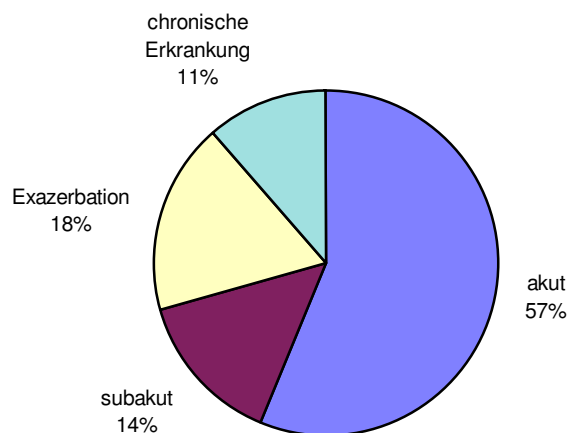


Abb. 16: Krankheitsstadium bei Eintreffen des KV-Notdienstes (n=532)

3.2.2.4 Schweregrad der Erkrankung

Um den Gesundheitszustand der Patienten und ihre Motive für die Anforderung des KV-Notdienstes darstellen zu können, beurteilte die Autorin den jeweiligen Schweregrad des aktuellen, zur Anforderung führenden Problems. Diese Einschätzung erfolgte vor allem unter dem Aspekt der Gesundheitsgefährdung und der Behandlungsbedürftigkeit.

Lediglich in sechs Prozent der Fälle wurde die Erkrankung als schwer, d. h. potentiell lebensbedrohlich, eingestuft und bedurfte einer unverzüglichen Behandlung. Bei einem knappen Viertel der Fälle lagen ernsthafte, eher schwere Erkrankungen mit Behandlungsbedarf vor. In der Hälfte der Fälle handelte es sich um möglicherweise gefährliche Krankheiten, die ärztlich abgeklärt und behandelt werden sollten, oder um selbst limitierende Erkrankungen, die den Patienten stark beeinträchtigten und von daher behandlungsbedürftig gewesen sind.

Schließlich zählten 23 Prozent zu den eindeutig leichten, selbst limitierenden Erkrankungen, die zwar symptomatisch behandelt werden können, aber nicht unbedingt müssen.

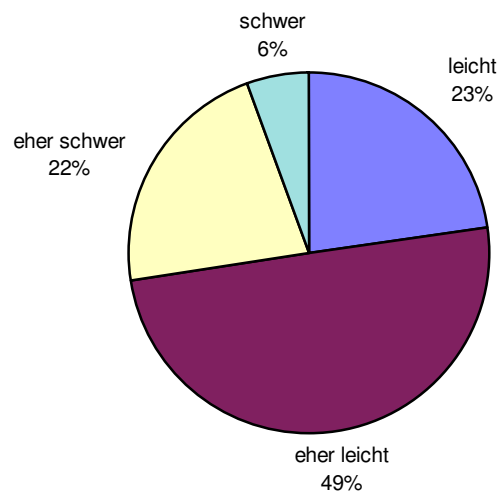


Abb. 17: Schweregrad der Erkrankung (n=536)

3.2.2.5 Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes

Ergänzend zur ärztlichen Beurteilung des Stadiums und des Schweregrads der Erkrankung schätzte die Autorin die Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes in der konkreten Notdienst-Situation ein.

Erwartungsgemäß sind die Abweichungen von den Ergebnissen des Krankheitsstadiums gering. Es wurde ebenfalls in sechs Prozent der Fälle eine starke Beeinträchtigung des Allgemeinzustands festgestellt. Ein Viertel der Patienten war durch die Erkrankung erheblich beeinträchtigt. Bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten war die Beeinträchtigung gering und in siebzehn Prozent der Fälle war keine Reduktion des Allgemeinzustands feststellbar.

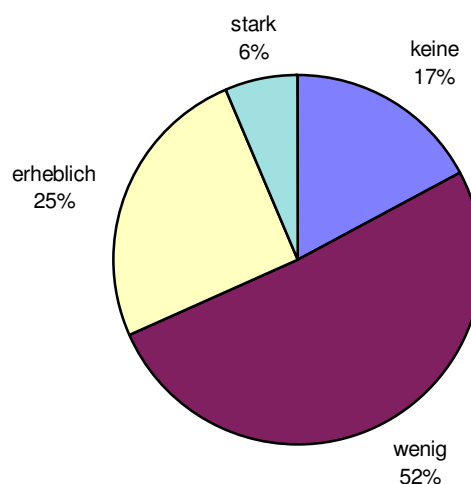


Abb. 18: Beeinträchtigung des Allgemeinzustands (n=536)

3.2.2.6 Schmerzen

Vier Prozent der Patienten litten unter stärksten Schmerzen und 22 Prozent beklagten starke Schmerzen, die als schmerzmittelpflichtig anzusehen waren. 28 Prozent der Patienten gaben an, leichte Schmerzen zu verspüren, die aber gut zu ertragen waren. Eine große Gruppe von 36 Prozent hatte keine Schmerzen beim Eintreffen der Notärztin

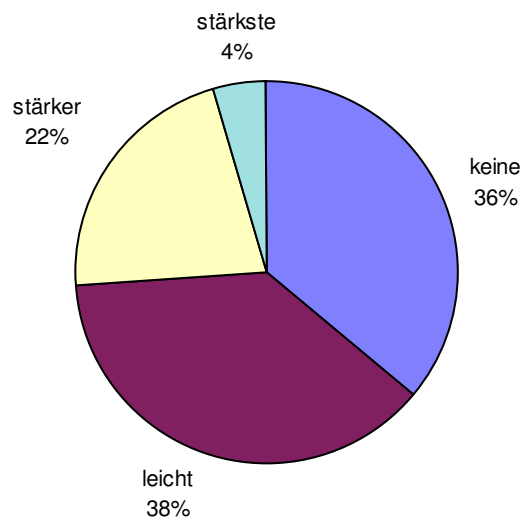


Abb. 19: Schmerzen bei Eintreffen der KV-Ärztin (n=531)

3.2.2.7 Beunruhigung

Ähnlich wie die Schmerztoleranz variiert die Beunruhigung der Patienten über ihren Gesundheitszustand stark voneinander. War der Patient gelassen und machte sich wenig Sorgen, lag keine Beunruhigung vor. Eine weitere Gruppe der Patienten war leicht beunruhigt bzw. ängstlich und wurde als eher gering beunruhigt eingestuft. Eine dritte Gruppe bildeten erheblich oder eher stark beunruhigte Patienten. Davon wurden noch einmal abgegrenzt Patienten, die völlig aufgeregt waren, sich große Sorgen machten oder Todesangst ausstanden. Diese Skala wurde auch für die Einschätzung der Befindlichkeit anderer Anwesender angewendet.

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist es auch von Interesse, ob die Beunruhigung anderer anwesender Personen abweicht von der Beunruhigung des Patienten und ausschlaggebend für die Inanspruchnahme des Notdienstes war.

Die folgenden Darstellungen zeigen, dass etwa gleich große Gruppen von Patienten und Anwesenden nicht, gering, eher stark oder stark beunruhigt sind.

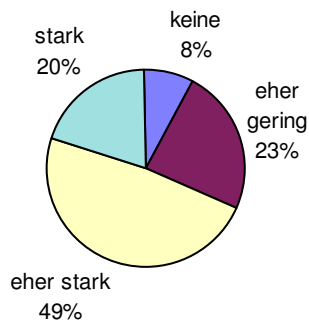


Abb. 20: Beunruhigung Patient (n = 504)

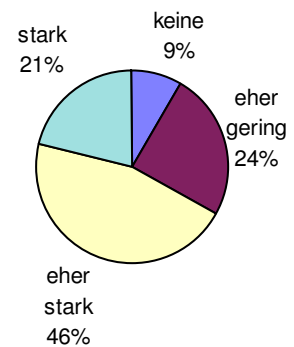


Abb. 21: Beunruhigung andere (n= 422)

Aussagekräftiger sind jedoch die Zahlen eines direkten Vergleichs einzelner Besuche. Diese Auswertung ergibt, dass in 42 Prozent die Beunruhigung anderer Anwesender der Beunruhigung des Patienten entspricht. In einem Viertel der Situationen war die Beunruhigung anderer jedoch größer als die des Patienten. In 33 Prozent der Fälle war es umgekehrt, d. h. der Patient zeigte eine stärkere Beunruhigung als die Anwesenden.

3.2.2.8 Beunruhigung in Abhängigkeit zum Schweregrad der Erkrankung

Für die Beunruhigung der Patienten in Abhängigkeit zum Schweregrad ihrer Erkrankung ließen sich folgende Häufigkeiten feststellen:

Beunruhigung	leichte Erkrankung	eher leichte Erkrankung	eher schwere Erkrankung	schwere Erkrankung	Schweregrad (Summe)
keine	20	14	8	2	44
eher gering	44	49	25	5	123
eher stark	44	142	41	4	231
stark	6	47	39	14	106
Gesamt	114	252	113	25	504

Tab. 9: Beunruhigung der Patienten im Verhältnis zum Schweregrad der Erkrankung (n=504)

Der Grad der Beunruhigung der Patienten steigt nicht proportional zum Schweregrad der Krankheit. So waren z. B. von der größten Gruppe von 252 (50 Prozent) Patienten mit einer eher leichten Erkrankung 49 (19 Prozent) eher gering beunruhigt. 142 Patienten dieser Gruppe hingegen, das entspricht 56 Prozent, zeigten eine eher starke Beunruhigung und 47 Patienten (19 Prozent) waren sogar stark beunruhigt.

3.2.3 Einweisungen

3.2.3.1 Einweisungshäufigkeit

Bei der gesamten Untersuchungsgruppe von 539 Patienten kam es in 41 Fällen zu einer Krankenhauseinweisung, das entspricht 8 Prozent der Stichprobe. Weitere zehn Patienten verweigerten zum Besuchszeitpunkt die Einweisung. Bei 44 Patienten wurde eine mögliche Einweisung zu einem späteren Zeitpunkt in Betracht gezogen. Diese Fälle wurden in der Studie nicht weiter aufgeschlüsselt. So liegen keine Angaben vor, wie viele Patienten schließlich doch ins Krankenhaus gegangen sind.

In einigen Fällen hinterließ die Autorin ein Einweisungsformular vor Ort. Dies geschah, wenn eine spätere, aber dennoch im Verlauf der nächsten Stunden aus ärztlicher Sicht wahrscheinliche Einweisung zu erwarten war.

Meist wurde jedoch auf die Option eines Zweitbesuchs verwiesen. Es betraf Patienten, bei denen eine Therapie entsprechend der Verdachts-Diagnose begonnen wurde und ein abwartendes Offenhalten der Krankenhauseinweisung gerechtfertigt erschien, wenn z. B. von einer Gallen-/ Nierenkolik auszugehen war, eine entsprechende Therapie eingeleitet war und das weitere Vorgehen vom Verlauf abhing.

3.2.3.2 Wege der Einweisung

Eine Krankenhauseinweisung erfolgte entweder mit dem Rettungswagen, mit oder ohne ärztliche Begleitung oder mit dem Krankenwagen. Darüber hinaus, in minder schweren Fällen, stand die Einweisung per Taxi/PKW zur Disposition.

Von den insgesamt 41 Einweisungen begleitete die Autorin acht Fälle (20 Prozent) selbst im Rettungswagen. 10 Prozent der Einweisungen erfolgten im RTW ohne ärztliche Begleitung.

Mehr als die Hälfte der Patienten gelangten mit dem Krankenwagen in das nächste Krankenhaus und acht Patienten konnten mit dem PKW oder einem Taxi transportiert werden.

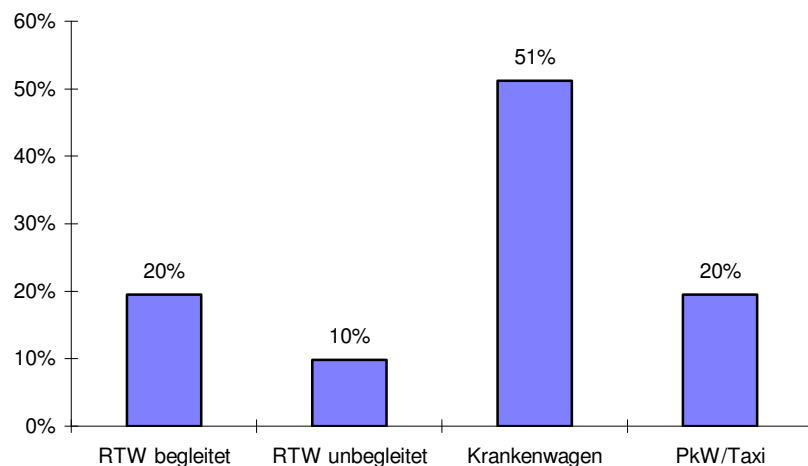


Abb. 22: Wege der Einweisung (n = 41)²⁵

3.2.3.4 Gründe für die Einweisung

Neben den 41 tatsächlich eingewiesenen Patienten war in weiteren 44 Fällen eine mögliche spätere Einweisung indiziert. Von den zehn Personen, die die Einweisung beim ersten Kontakt verweigerten, willigten zwei beim zweiten Besuch ein. In 70 von diesen insgesamt 95 Fällen wurden die Gründe für die avisierte Einweisung festgehalten. Mit 56 Prozent war in deutlich mehr als der Hälfte der Fälle eine weitere diagnostische Abklärung, die mit den Mitteln der KV-Ärztin nicht erbracht werden konnte, der Anlass. Bei 37 Prozent dieser Patienten war eine stationäre Therapie eindeutig medizinisch indiziert. Sieben Prozent der Patienten waren aufgrund ihres psycho-sozialen Zustands von der tatsächlichen oder möglichen Einweisung betroffen.

²⁵ Durch Rundung entstehen hier 101 Prozent, RTW begleitet und PkW/Taxi sind jeweils 19,5 Prozent.

Diese Bewertung erfolgte bei mangelnder psycho-sozialer Unterstützung bei grundsätzlich nicht stationär behandlungsbedürftiger Erkrankung, z. B. wenn die Angehörigen durch die Pflege überfordert waren oder keine Pflegeperson zur Verfügung stand und der Patient in diesem Zustand nicht weiter in der Wohnung bleiben konnte.

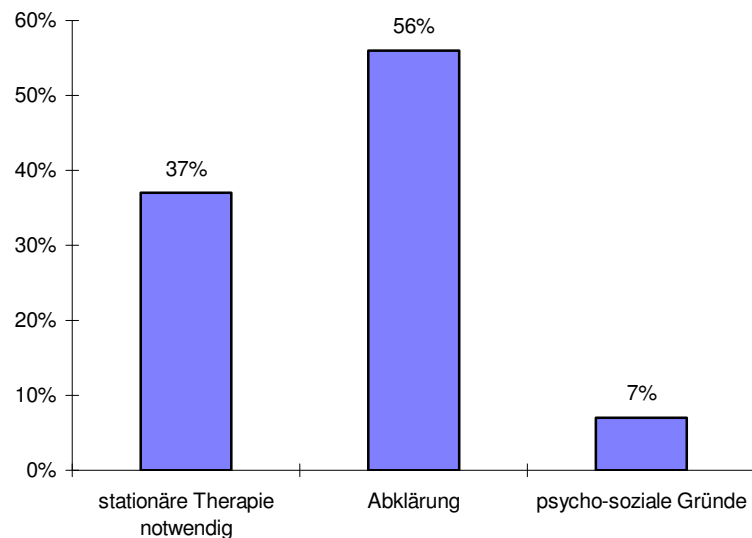


Abb. 23: Gründe für erfolgte und empfohlene Einweisung (n=70)

3.2.4 Medikation

3.2.4.1 Verabreichte Medikamente

Hier sind die Medikamente aufgelistet, die die Autorin größtenteils in der Arzttasche dabei hatte oder die über Rezept verordnet wurden.

Tab. 10: Häufig verabreichte Medikamente

Medikamentengruppe	Medikamente	Darreichungsform
Analgetica	Paracetamol Acetylsalizylsäure NSAR: Diclofenac Ibuprofen Piroxicam ²⁶ Tramadol Novaminsulfon ²⁷ Morphin	Tabletten, Saft, Suppositorien Tabl., i. v. Tabl., Supp. Tabl., Supp. i. m. Tabl., Tropfen, i. v./i. m. Tabl., Tropfen, Supp. Tabl., Granulat, i. v. bzw. selten s. c.
Magenthera – peutica	H2-Blocker Omeprazol Metoclopramid Dimenhydrinat Scopalminbutylbromid	Tabl., i. v. Tabl. Tabl., Tropfen, Supp., i. v. Saft, Tabl., Supp., i. v. Tabl., Supp., i. v./i. m.
Psychopharmaka	Diazepam ²⁸ Tetrazepam Haloperidol Promethazin ²⁹ Triflupromazin Fluspirilen (Imap) ³⁰	Tropfen, Tabl., i. v. Tabl. Tropfen, i. v./i. m. Tropfen, i. v. Tabl. i. .m.
Kreislauftherapeutica	Nifedipin ACE-Hemmer Glycerolnitrat	Tropfen, Kapseln s. l. Tabl., s. l. Spray, s. l.
Diureticum	Furosemid	Tabl., i. v.
Antiasthmatica	Theophyllin β-Sympathicomimeticum, Bronchospasmolyticum: Salbutamol Bricanyl	i. v. Dosieraerosol selten, s. c.
Antihistaminica	Clemastin Dimetindenmaleat	i. v. Tropfen, Tabl., i. v.

²⁶ Wenn sich situativ aufgrund des Wunsches des Patienten eine Injektion nicht umgehen ließ: Der Wunsch nach der “Wunderspritze”.

²⁷ Nicht als i. v. Injektion bei beschriebenen seltenen, aber gefährlichen Nebenwirkungen bei parenteraler Applikation.

²⁸ Überlappende Indikationsbereiche, Diazepam wurde in 50 Prozent der Anwendungen als Muskelrelaxans eingesetzt, in den anderen Fällen zur Beruhigung und Sedierung.

²⁹ Überlappende Indikationsbereiche: Anwendung von Promethazin teils zur Sedierung, teils als Antiemetikum.

³⁰ Auf dringenden Wunsch und Leidensdruck einer Patientin, Medikament war vorrätig.

Tab. 10: Häufig verabreichte Medikamente

Medikamentengruppe	Medikamente	Darreichungsform
	Cetirizin	Tabl.
Antibiotica	Penicillin, Makrolide, Cotrimoxazol, Doxycyclin, Cephalosporin, Gyrasehemmer	Tabl., Granulat und Saft
Glucocorticoide	Betamethason Dexamethason Prednisolon	Dosieraerosol i. m./i. a./i. v. Tabl.,
Mucolytica	Ambroxol, Azetylzystein	Saft, Brausetabletten
Infusion	Ringer Lösung Glucose Lösung 20%	i. v. i. v.
therapeutische Lokalanästhesie (TLA)	Lidocain 19%	i. c. / s. c / i. m.
Homöopathica	diverse	Tropfen, Globuli

Bei der oft angewendeten therapeutischen Lokalanästhesie (tiefe Infiltration am Schmerzpunkt oder quaddeln) wurde Lidocain 1% verwendet. Mehrmals wurden Homöopathica empfohlen, insbesondere bei Kindern und schwangeren Patientinnen. Der hohe Anteil der Psychopharmaka erklärt sich durch die Überlappung der Indikationsbereiche. Dies gilt im Wesentlichen für das Diazepam, welches zu 50 Prozent als Muskelrelaxans eingesetzt wurde. Benzodiazepine wurden nur in kleiner Dosierung aus der Arzttasche abgegeben.

Bei den Magentherapeutika fällt auf, dass die Protonenpumpenhemmer (im Folgenden PPI) nur einen geringen Teil einnehmen. Dies hängt mit dem frühen Erhebungszeitraum zusammen (1996 – 1999). Damals wurden die H2-Blocker noch deutlich häufiger eingesetzt. Heute hat sich das Verhältnis deutlich verschoben zugunsten der PPI bei nachgewiesener stärkerer Wirkpotenz im Indikationsbereich. Andererseits steht ein PPI zur intravenösen Anwendung in der ambulanten Medizin auch heute noch nicht zur Verfügung. In der vorliegenden Untersuchung wurde der H2-Blocker in acht von zwölf Anwendungen intravenös verabreicht.

Wenn die Entscheidungen zur Krankenhauseinweisung getroffen wurde und prästationär Medikamentenbedarf bestand, wurde immer ein peripher venöser Zugang gelegt, meist mit Substitution einer Ringer- oder physiologischen Kochsalzlösung, abhängig von Flüssigkeitsbedarf und Art des Weitertransportes mit PKW, Krankenwagen, Rettungswagen, begleitet oder nicht begleitet.

Darüber hinaus wurden weitere Medikamente verordnet, die jedoch sehr selten zum Einsatz kamen.

Tab. 11: Zusätzliche, selten verordnete Medikamente

Medikamentengruppe	Medikamente	Darreichungsform
Virustaticum	Aciclovir	Tabl.
β-Blocker	Metoprolol ³¹	Tabl.
Digitalis	Digoxin ³²	i.v.
Antitussiva	Codein und Sedotussin	Tropfen
Anticholinergicum	Akineton	i. v
Antidiarrhoika	Perenterol u. Loperamid	Tabl., Kapseln
Impfung	Tetanusvakzine	i. m.
Placebo		Tabl.

Es wurden mehrmals abschwellende Nasentropfen und Klistiere verordnet. Einmal wurde eine Glukoselösung zu trinken gegeben und oft auf lokale Anwendungen hingewiesen. Immer wieder erfolgte der Hinweis auf die Notwendigkeit ausreichend zu trinken. Dreimal sah sich die Autorin veranlasst ein Placebo zu geben.

³¹ bei vorbestehender Medikation

³² bei vorbestehender Medikation

3.2.4.2 Häufigkeiten der verordneten Medikamente

Insgesamt wurden 447 Patienten Medikamente verabreicht, dies entspricht 83 Prozent der Untersuchungsgruppe. 50 Patienten wurde ein zweites Medikament gegeben, das entspricht neun Prozent der Untersuchungsgruppe.

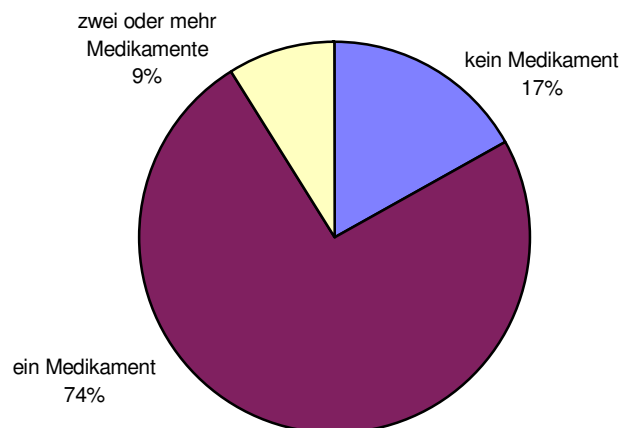


Abb. 24: Häufigkeit der Medikamentengabe, Erst- und Zweit-Medikament (n=539)

Ein in seltenen Fällen verordnetes drittes Medikament wird in der Auflistung nicht berücksichtigt. Die Rangfolge der sechs häufig eingesetzten Medikamentengruppen wie folgt:

Medikamentengruppe	absolute Häufigkeit
Analgetica	258
Psychopharmaka	146
Magentherapeutika	138
Antibiotika	75
TLA	42
Kreislauftherapeutika	28

Tab. 12: Rangfolge der häufigsten Medikamentengruppen

Die Analgetika sind die Medikamentengruppe, die am häufigsten eingesetzt wurde, gefolgt von der Gruppe der Psychopharmaka und der Magentherapeutika.

Im Folgenden werden diese Gruppen nach Medikamenten aufgeschlüsselt, die Anzahl der Anwendungen angegeben sowie die jeweils gewählte Applikationsform und Häufigkeit.

Analgetika	Häufigkeit	Applikation	Häufigkeit der Applikationsform
Paracetamol	100	p. o. Supp.	55 45
Diclofenac	70	p. o. Supp.	41 29
Tramadol	54	p. o. Supp. i. v. i. m.	14 13 15 12
ASS	18	p. o. i. v.	4 14
Morphin	11	p. o. i. v.	1 10
Ibuprofen	8	p. o. Supp.	6 2
Piroxicam	4	i. m.	4
Novaminsulfon	3	p. o. Supp.	1 2

Tab. 13: Häufigkeiten verabreichter Analgetika und Applikationsformen

Die Tabelle zeigt, dass die einfachen Analgetika wie Paracetamol, ASS und Ibuprofen in etwa gleich häufig (46 Prozent) zur Anwendung kamen wie die mittelstark wirksamen Medikamente Diclofenac, Piroxicam, Tramadol und Novaminsulfon (50%). Lediglich vier Prozent der Analgetikagaben waren starke Morphine.

Psychopharmaka	Häufigkeit	Applikation	Häufigkeit der Applikationsform
Diazepam	120	p. o. Supp. i. v.	110 2 8
Promethazin	17	p. o. i. v.	14 3
Tetrazepam	4	p. o.	4
Haloperidol	2	p. o. i. m.	1 1
Triflupromazin	2	Supp.	2

Tab. 14: Häufigkeiten verabreichter Psychopharmaka und Applikationsformen

Magentherapeutika	Häufigkeit	Applikation	Häufigkeit der Applikationsform
MCP	60	p. o. Supp. i. v.	12 5 43
Butylscopolamin	49	p. o. Supp. i. v.	15 9 25
Dimenhydrinat	13	p. o. Supp. i. v.	1 9 3
H2-Antagonisten	12	p. o. i. v.	4 8
Omeprazol	4	p. o.	4

Tab. 15: Häufigkeiten verabreichter Magentherapeutika und Applikationsformen

3.2.4.3 Applikation

Die häufigste Applikationsform war die per orale Gabe eines Medikamentes, gefolgt von der intravenösen Injektion und Suppositorien. Die intramuskuläre Injektion wurde nur zwölf Mal gewählt. Bei dieser Zählweise wurde die Injektion im Rahmen der therapeutischen Lokalanästhesie nicht mit einbezogen, die meist an den Schmerzpunkten, je nach Lokalisation in unterschiedlicher Tiefe erfolgte, seltener als subcutane Infiltrationsbehandlung.

3.2.4.4 Medikamentöse Versorgung

Der größte Anteil der Medikamente konnte aus der Arzttasche gegeben werden. Bei dem ersten Medikament war dies in 83 Prozent der Fall. 36 (8%) mal wurde ein Rezept ausgestellt und in 40 Fällen, das entspricht neun Prozent, war das Medikament im Haushalt der Patienten vorhanden.

Bei dem Zweit-Medikament ist die Verteilung etwas anders. Hier wurden nur 14 Prozent aus dem Vorrat der Arzttasche abgedeckt, zwölf Rezepte wurden ausgestellt (24%) und 62 Prozent der Zweit-Medikamente waren vorhanden.

3.2.5 Ärztliche Vor- und Weiterbehandlung

3.2.5.1 Hausärztliche Betreuung

Sollen die Motive untersucht werden, die zur Inanspruchnahme des KV-Notdienstes geführt haben, liegt ein Blick auf die hausärztliche Versorgung der Patienten nah. Es wurde festgestellt, ob überhaupt ein Hausarzt zur Verfügung steht und welcher Fachrichtung er angehört, und es wurde nach sonstigen ärztlichen Betreuungsverhältnissen gefragt.

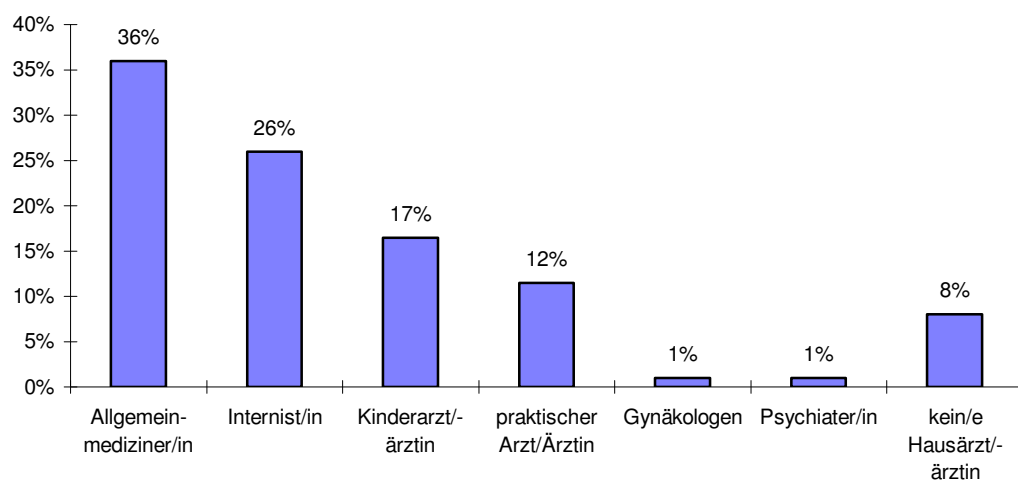


Abb. 25 : Vorhandensein eines Hausarztes (n=397)

Acht Prozent der befragten Patienten gab an, keinen Hausarzt zu haben. Mit 36 Prozent wurde am häufigsten ein Hausarzt der Fachrichtung Allgemeinmedizin benannt. Es folgten die Internisten, Kinderärzte und die praktischen Ärzte. Lediglich zwei Prozent der Patienten gaben Ärzte anderer Fachrichtungen als ihren Hausarzt an.

3.2.5.2 Sonstige ärztliche Betreuung

Fehlte die hausärztliche Betreuung, wurde nach sonstigen Arten ärztlicher Betreuung gefragt. Die Angaben von 63 Patienten sind nach der Häufigkeit ihrer Nennung aufgeführt.

Art der sonstigen ärztlichen Betreuung	Anteil der Patienten
in orthopädischer Behandlung	21%
erst kürzlich aus dem Krankenhaus entlassen	10%
in neurologischer Behandlung	10%
in onkologischer Behandlung	5%
in chirurgischer Behandlung	5%
Krankenhauseinweisung seit Wochen vorgesehen	5%
in urologischer Behandlung	5%
Sonstige (<4 Prozent; u. a. andere Fachärzte, Dialysepatient, stat. Abklärung geplant, unzureichende hausärztl. Betreuung)	34%

Tab. 16: Arten sonstiger ärztlicher Betreuung (n=63)

Überwiegend wurde die Betreuung durch nicht hausärztliche Fachärzte, insbesondere der orthopädischen Fachrichtung, als sonstige Form der ärztlichen Betreuung genannt. Aber auch Beschwerden nach einer kürzlich erfolgten Entlassung aus dem Krankenhaus führten zur Inanspruchnahme des KV-Dienstes. Darüber hinaus gab es Patienten, deren Krankenhauseinweisung seit Wochen vorgesehen war und bis zu dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme aus unterschiedlichen Gründen noch nicht umgesetzt worden war.

3.3 Einsatzdaten zur Notfallsituation

3.3.1 Einsatzstatus

Die in der Einsatzleitzentrale der KV eingehenden Anforderungen werden mit einer Angabe zur Dringlichkeit versehen. Diese Klassifizierung sieht vor, dass ein normaler Einsatz innerhalb von 1 ½ Stunden stattfindet, diese Anforderungen sind ohne Dringlichkeitsvermerk. Die Anforderungen mit dem Vermerk dringend sollen innerhalb von 30 Minuten aufgesucht werden. Ein „Vorzieher“ bedeutet, dass der KV-Arzt innerhalb von 40 Minuten vor Ort sein soll. Darüber hinaus wurde von der Autorin vermerkt, ob es sich um einen Zweitbesuch in derselben Schicht oder innerhalb von 24 Stunden handelte.

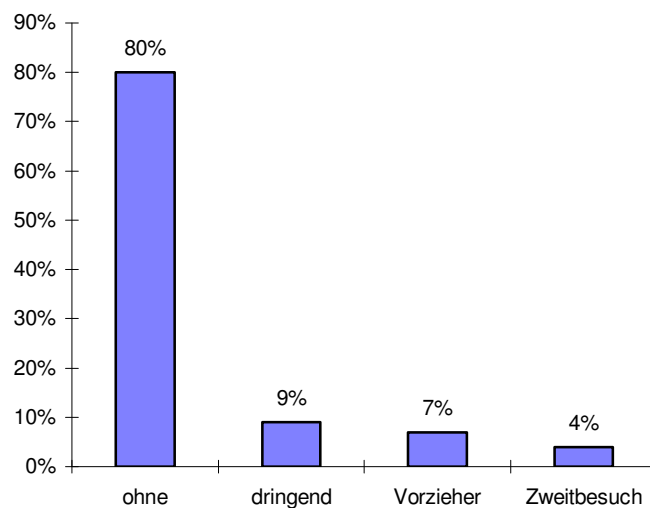


Abb. 26: Dringlichkeitsvermerk entsprechend der KV-Klassifizierung (n=538)

431 Anforderungen (80 Prozent), die in der Leitzentrale eingingen und für diese Untersuchung dokumentiert wurden, waren ohne Angabe eines Dringlichkeitsvermerks. Von den verbleibenden zwanzig Prozent wurden neun Prozent als dringend eingestuft und sieben Prozent zählten zu den sogenannten Vorziehern. Vier Prozent der Patienten forderten bereits zum zweiten mal in derselben Schicht den KV-Notdienst an oder waren bereits in der vorangegangenen Schicht von dem zuvor diensthabenden Kollegen behandelt worden.

3.3.2 Einsatzdauer

Als Einsatzdauer wurde für diese Untersuchung die Zeit zwischen der Ankunft und Abfahrt des Taxis an der angegebenen Adresse definiert. Diese Zeitspanne beinhaltet Wege der Autorin die Wohnung des Patienten aufzufinden. Diese Daten werden ergänzt durch die weiter unten beschriebenen Informationen über die Zugänglichkeit des Einsatzortes.

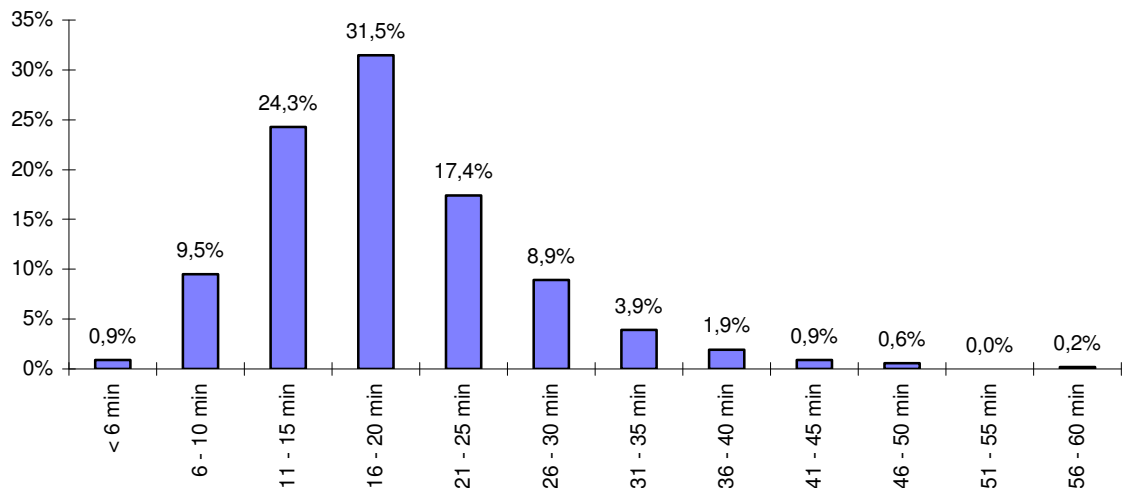


Abb. 27: Einsatzdauer inklusive Wegezeit der Ärztin (n=539)

Ein knappes Drittel der Patienten wurde zwischen 16 und 20 Minuten behandelt, die Hälfte der Patienten 18 Minuten (Median 18.0) oder kürzer. 24,3 Prozent der Besuche konnten in elf bis fünfzehn Minuten abgeklärt werden. Bei 40 Patienten betrug die Einsatzdauer mehr als eine halbe Stunde. Die kürzesten Einsätze waren nach weniger als 6 Minuten beendet. Ein Einsatz dauerte fast eine Stunde. Die durchschnittliche Einsatzdauer anhand des arithmetischen Mittels lag bei 19,1 Minuten.

3.3.3 Zugänglichkeit des Einsatzortes

Diese Daten wurden in die Untersuchung aufgenommen, weil ein Arzt im Notfalldienst nicht selten mit der prekären Situation konfrontiert ist, dass die Adresse wichtiger Zusätze entbehrt, Namen nicht an den Klingelschildern stehen, schlechte Beleuchtung das Auffinden der Wohnung erschwert oder notwendige Wegbeschreibungen in unübersichtlichen

Wohngebieten nicht vorhanden sind³³. Die Ursachen für diese Versäumnisse oder Unvollständigkeit konnten hier nicht weiter untersucht werden. Es ist zu vermuten, dass einerseits die Patienten sich der Problematik, ihre Wohnung zu finden, nicht bewusst sind, andererseits können durchaus Übermittlungsfehler auf dem Weg über die Leitzentrale und fehlendes Nachfragen bei undeutlichen Angaben der Patienten in Frage kommen.

Als problemlos galt das Auffinden der Wohnung, wenn die Hausnummer vorhanden und beleuchtet war, der Weg zur Haustür nicht im Dunkeln lag, die Klingel beleuchtet und der Name auf der Klingel mit dem, der gemeldet worden war, übereinstimmte. Zudem wurde der Ärztin umgehend geöffnet, ein vorhandener Fahrstuhl funktionierte und die Wohnung konnte in dem Haus ohne langes Suchen gefunden werden.

Die zweite Kategorie bildeten Fälle, in denen ein oder zwei der oben aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt waren, sich die Wegezeit dadurch aber nicht verlängerte. Erschwerte Zugänglichkeit lag vor, wenn eine oder mehrere Bedingungen nicht erfüllt waren und deshalb Zeit verloren ging. Trat beim Auffinden der Wohnung ein relevanter Zeitverlust ein oder musste sogar bei der Zentrale nachgefragt werden, galt der Einsatzort als sehr unzugänglich.

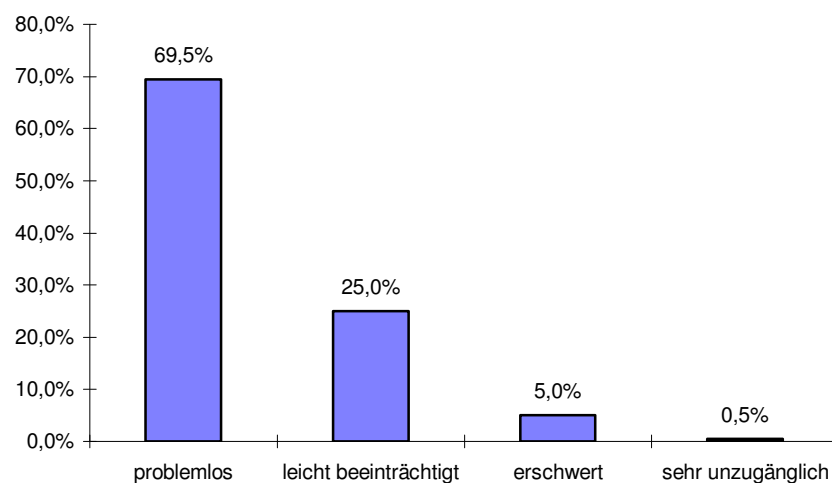


Abb. 28: Zugänglichkeit des Einsatzortes (n=536)

³³ Eine Besonderheit des Untersuchungsgebietes ist die Vielzahl von Schrebergartenkolonien in Hamburg Eimsbüttel, die z. T. als fester Wohnsitz anerkannt sind. Das Auffinden der Lauben, die durchweg schlecht beleuchtet sind und häufig unsystematisch oder gar nicht nummeriert, ist für Ortsunkundige eine wahre Herausforderung.

In 375 Fällen (69,5 Prozent) war die Wohnung des Patienten ohne Probleme auffindbar. Immerhin 133 mal (25 Prozent) fehlten ein oder zwei der oben erwähnten Kriterien, aber es entstand kein nennenswerter Zeitverlust. Bei 27 Einsätzen, also für jeden zwanzigsten Patienten, ging Zeit verloren, weil eine oder mehrere der Bedingungen nicht erfüllt waren.

Für die Einsatzorte, deren Zugänglichkeit mindestens erschwert war, wurden die Gründe gesondert erhoben. In 39 Prozent dieser Einsätze erwies es sich als schwierig das Haus ausfindig zu machen, z. B. aufgrund schlechter Beleuchtung oder unübersichtlicher Wegeführungen. In 31 Prozent waren die Namensschilder an der Klingel unleserlich, der angegebene Name stimmte nicht mit der Beschriftung überein oder die Klingel war defekt. In einem knappen Viertel der Fälle bestanden Probleme, die Wohnung innerhalb des Hauses auf Anhieb ausfindig zu machen. In jedem zehnten Fall waren lange Phasen, bevor die Haustür geöffnet wurde, für eine zeitliche Verzögerung verantwortlich.

3.3.4 Wartezeit

Als Wartezeit ist die Zeit definiert, die zwischen Auftragsannahme durch den Fahrer und Ankunft der Autorin beim Patienten verging. Diese Zeit entspricht aufgrund von Verzögerungen zwischen der telefonischen Aufnahme und der Weitergabe an den Fahrer nicht den realen Wartezeiten der Patienten. Die Daten wurden den Dokumentationsformularen der Fahrer entnommen.

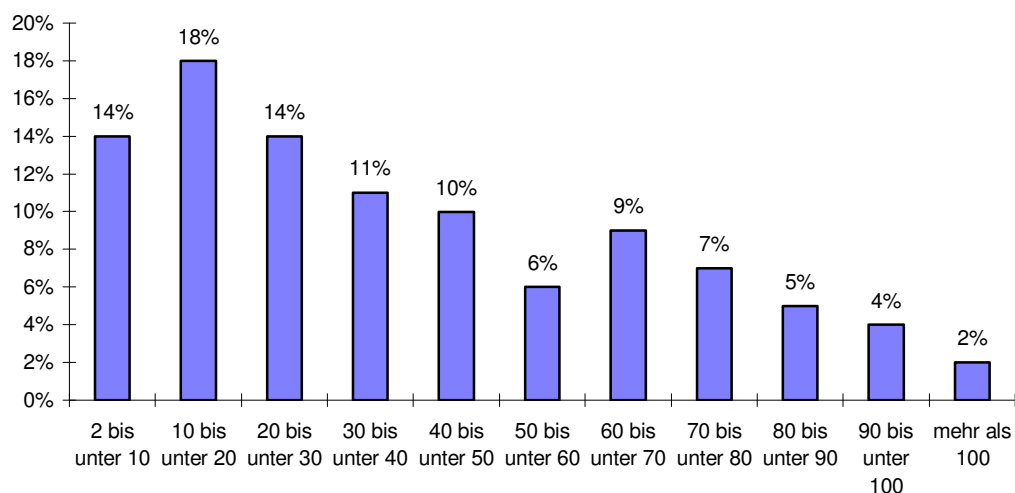


Abb. 29: Wartezeit in Minuten (n=533)

Der Median der Wartezeit liegt bei 34 Minuten. Die Hälfte der Patienten musste also 34 Minuten oder weniger auf das Erscheinen der Notdienstärztin warten. Die größte Gruppe der Patienten, mit 18 Prozent fast jeder fünfte, wartete zwischen zehn und 20 Minuten auf die ärztliche Hilfeleistung. 14 Prozent, das sind 72 Patienten, mussten lediglich zwischen zwei und zehn Minuten warten.

27 Prozent der Patienten mussten länger als eine Stunde auf die Ärztin warten. Insgesamt konnten 94 Prozent der Einsätze innerhalb der geforderten maximalen Wartezeit von 90 Minuten absolviert werden.

3.4 Wahrnehmung der Notfallsituation durch die Autorin

3.4.1 Arbeitsbedingungen

Die Autorin kategorisierte auch die Arbeitsbedingungen, die sie am Einsatzort vorfand. Sie stufte die Arbeitsbedingungen als gut ein, wenn die Befragung und Untersuchung des Patienten bei ausreichender Beleuchtung stattfinden konnte, ein Sitzplatz am Patientenlager vorhanden war und der Patient in einer akzeptablen Arbeitshöhe, also nicht auf dem Boden, lag. Die Schreibarbeiten konnten an einem Tisch ausgeführt werden, es gab eine Möglichkeit zum Händewaschen und ein frisches Handtuch.

Die Bewertung zufriedenstellend erfolgte, wenn eine der genannten Bedingungen nicht oder nur nach Einfordern der Autorin gegeben war, die Arbeitsbedingungen insgesamt aber zufriedenstellend waren. Wenn die Arbeitsbedingungen zu wünschen übrig ließen, also mehrere Bedingungen nicht erfüllt waren, wurde die Bewertung eingeschränkt vergeben. Behinderten die schlechten Arbeitsbedingungen die Autorin in der Ausführung ihrer Tätigkeit, lagen widrige Arbeitsbedingungen vor.

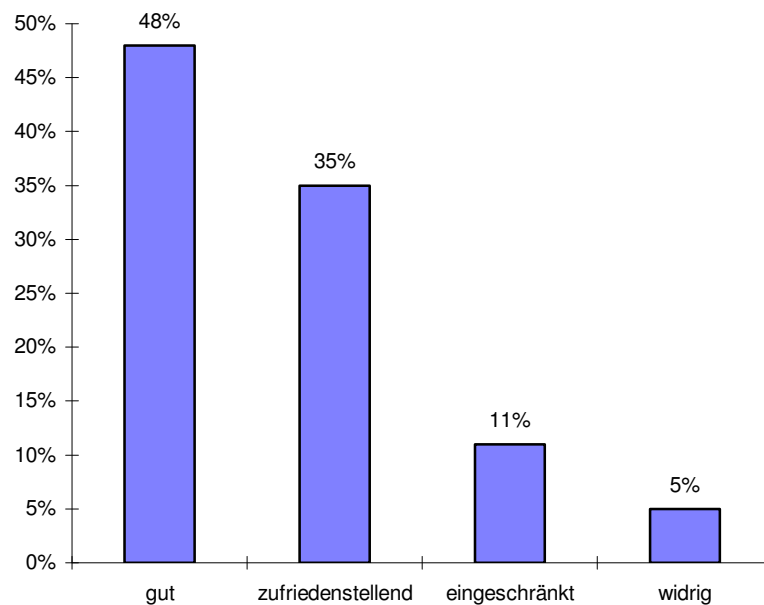


Abb. 30: Arbeitsbedingungen (n=537)

In nahezu der Hälfte der Einsätze gab es keine Beanstandungen bezüglich der Arbeitsbedingungen. Weitere 188 Einsätze (35 Prozent) waren zufriedenstellend, d. h. es wurde lediglich eine der genannten Bedingungen nicht erfüllt. In elf Prozent der Fälle musste die Versorgung der Patienten unter sehr eingeschränkten Arbeitsbedingungen stattfinden. Bei jedem zwanzigsten Einsatz behinderten widrige Arbeitsumstände die Arbeit der Autorin und beeinträchtigten somit eine optimale Versorgung des Patienten.

3.4.2 Selbsthilfekompetenz des Patienten

Nicht unwesentlich für die Beurteilung der Notwendigkeit der Inanspruchnahme des Notdienstes ist die Selbsthilfekompetenz des Patienten. Mit dieser Fragestellung beurteilt die Autorin die Maßnahmen, die bis zu ihrem Eintreffen von dem Patienten selbst oder von Angehörigen durchgeführt worden waren.

Sinnvoll gehandelt hat der Patient, wenn z. B. Wadenwickel bei hohem Fieber angelegt wurden oder einem fieberndem Kind Paracetamol Zäpfchen verabreicht wurden. Der Patient zeigte gute eigene Ansätze, wenn beispielsweise bereits Schmerzmittel eingenommen wurden, aber in viel zu geringer Menge. Eine weitere Patientengruppe hatte nichts derglei-

chen getan vor Eintreffen der Autorin. Die letzte Kategorie fasst die Fälle zusammen, in denen etwas Falsches getan worden war, z. B. Kindern Aspirin verabreicht wurde.

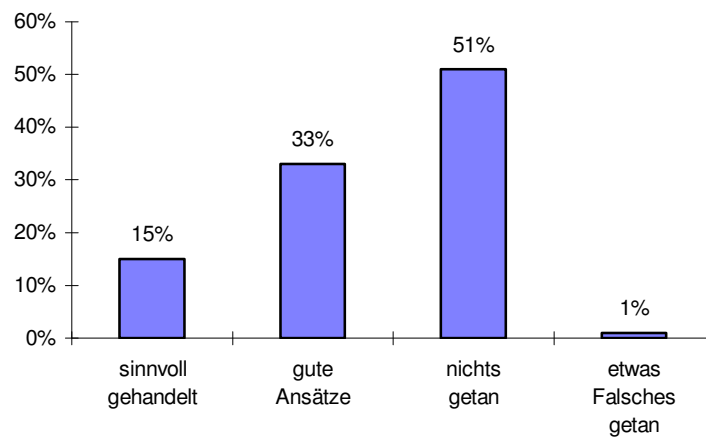


Abb. 31: Selbsthilfekompetenz der Patienten (n=505)

Mehr als die Hälfte der Patienten hatten gar nichts getan um ihre Beschwerden zu lindern, bevor die Autorin eintraf. Etwa ein Drittel der Patienten zeigte gute eigene Ansätze, war sich lediglich über die angemessene Dauer oder Quantität eingesetzter Medikamente oder Therapieversuche nicht im Klaren. 15 Prozent der Patienten hatte sinnvoll gehandelt. Lediglich ein Prozent der Patienten hatte etwas Falsches getan.

3.4.3 Soziale Situation des Patienten in der Notfallsituation

3.4.3.1 Kommunikation

Um die soziale Situation des Patienten hinsichtlich der grundlegenden Kommunikationsmöglichkeiten eingehender beurteilen zu können, wurden vier Fragestellungen berücksichtigt.

Zuerst erfolgte eine Beurteilung der Deutschkenntnisse des Patienten ohne Berücksichtigung einer eventuell anwesenden Person, die übersetzen konnte. Die erste Gruppe bildeten Patienten, die keine oder fast keine deutschen Sprachkenntnisse hatten. Es erfolgte eine Abstufung über stark eingeschränkte und wenig beeinträchtigte Kommunikationsmöglichkeiten. Schließlich gab es Patienten, deren Deutschkenntnisse perfekt oder sehr gut waren,

und somit keinerlei Beeinträchtigung der Kommunikation aufgrund der Sprachkenntnisse bestand.

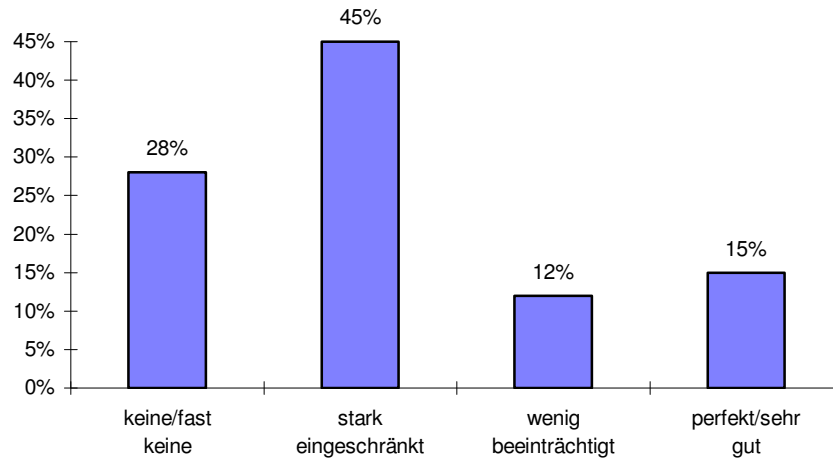


Abb. 32 Kommunikationsmöglichkeit aufgrund der Deutschkenntnisse von Patienten ausländischer Herkunft (n=93)

In 73 Prozent aller Fälle war die Verständigung mit den Patienten auf dem direkten Wege aufgrund fehlender Sprachkenntnisse mindestens stark eingeschränkt oder nahezu unmöglich. Ein gutes Viertel der Patienten ausländischer Herkunft verfügte über so gute deutsche Sprachkenntnisse, dass der Arzt-Patienten-Kontakt auf dieser Ebene nur wenig bzw. überhaupt nicht beeinträchtigt wurde.

Neben diesen Schwierigkeiten, die allein auf unterschiedliche Sprachen zurückzuführen sind, wurden die Störungen in der Kommunikation dokumentiert, die durch körperliche Ursachen hervorgerufen wurden. Die Einstufung erfolgte in vier Kategorien. Abgegrenzt wurden die Kategorien keine Einschränkungen der Verständigung von geringen, deutlichen und erheblichen Einschränkungen, beispielsweise durch Schwerhörigkeit, Wortfindungsstörungen oder einen schlechten Allgemeinzustand.

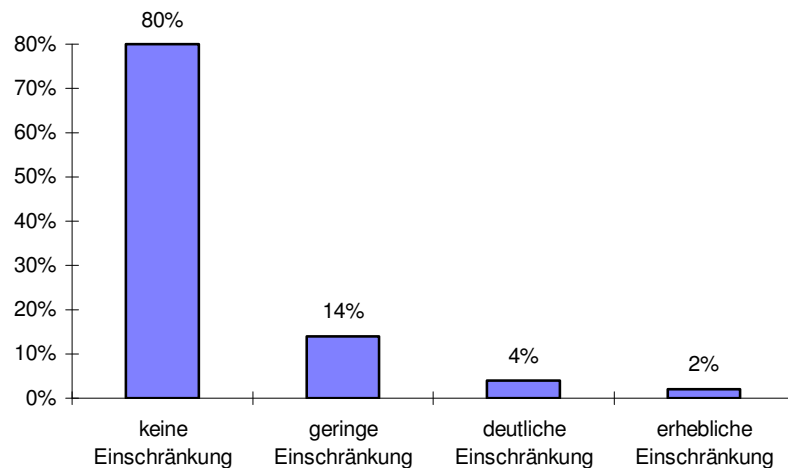


Abb. 33: Kommunikationsstörungen durch gestörtes Sprechen und/oder Hören (n=523)

In 80 Prozent der Fälle bestanden keinerlei Einschränkungen der Verständigung aufgrund körperlicher Ursachen. Von den verbleibenden Fällen wurden lediglich bei dreizehn Patienten erhebliche Einschränkungen in der Verständigung dokumentiert.

Obwohl weder körperliche noch sprachliche Hindernisse zu überwinden waren, kam es in einigen Fällen zu einem gestörten Arzt-Patienten-Kontakt. Die Autorin dokumentierte hier z. B. Verständigungsprobleme mit betrunkenen Patienten oder Psychotikern oder starke Kontaktstörungen, die nicht genauer definiert werden konnten. Auch Situationen, in denen der Patient aus einem anderen Kulturkreis stammt und Symptomschilderungen benutzte, die der Autorin nichts sagten, sind hier versammelt.

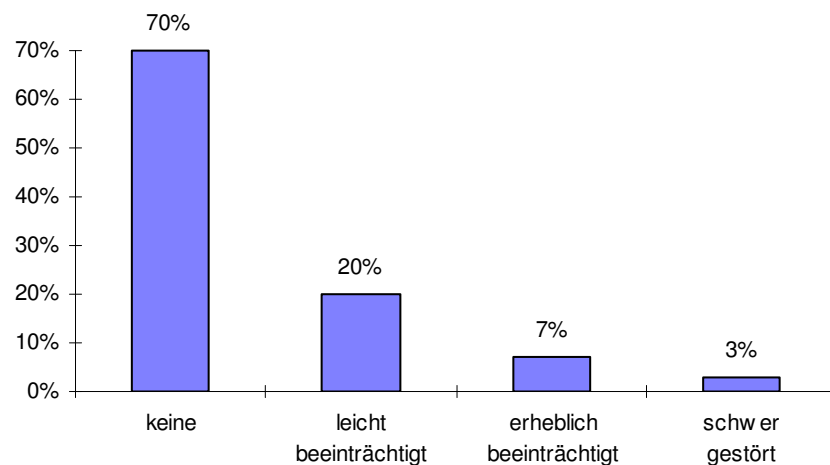


Abb. 34: Kontaktstörungen aus sonstigen Gründen (n=530)

In 90 Prozent der Fälle war keine bzw. nur eine geringe Kontaktstörung festzustellen. Bei den verbleibenden 53 Patienten war der Arzt-Patienten-Kontakt jedoch aus einem der o. a. Gründen zumindest so stark beeinträchtigt, dass die Arbeit der Autorin und die Diagnostik behindert wurden.

Schließlich wurde die Verständigung mit den Patienten unter Berücksichtigung eines Dolmetschers oder einer anderen anwesenden Hilfsperson beurteilt. Zur ersten Kategorie zählten alle Patientenbesuche, bei denen die Verständigung mit einer so definierten Hilfe ohne Einschränkung möglich war und alle relevanten Informationen erfragt werden konnten. Die dennoch verbleibenden Störungen wurden abgestuft den Kategorien geringe, erhebliche und starke Kommunikationsstörungen zugeordnet.

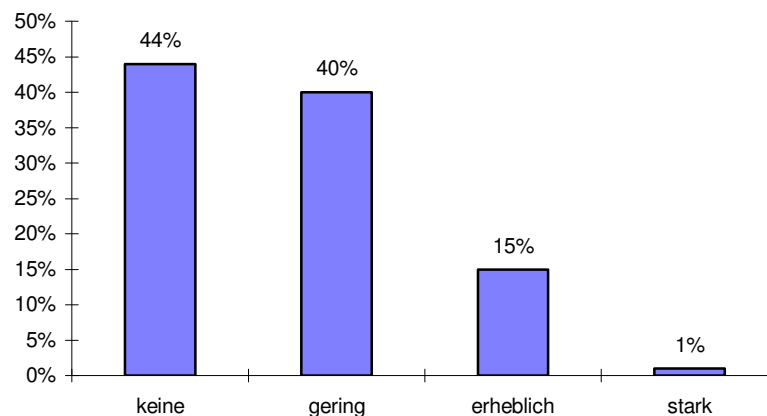


Abb. 35: Kommunikationsstörungen trotz Hilfsperson (n= 96)

Bei dieser Betrachtung gelten 84 Prozent der Fälle als unproblematisch, d. h. die Verständigung mit dem Patienten war mit Hilfe einer anderen anwesenden Person sehr gut möglich bzw. es gab nur geringe Einschränkungen. Immerhin fünfzehn Prozent der Patienten war auch mit Hilfe einer dolmetschenden oder ansonsten Auskunft gebenden Person schwieriger zu behandeln. In zwei Fällen war die Verständigung trotzdem nicht ausreichend möglich.

3.4.3.2 Soziale Unterstützung

Der Grad der sozialen Unterstützung des Patienten wurde beobachtet, um einschätzen zu können, in welchem Maße der Patient in der konkreten Situation auf ein soziales Netz ver-

trauen konnte, d. h., ob er zuverlässige Hilfe hatte, ob er ggf. ins Krankenhaus gebracht werden konnte oder ob Medikamente aus der Apotheke besorgt werden konnten. Es wurde auch beurteilt, ob eine notwendige Pflege gewährleistet war und ob Hilfe bereits früher als der Arzt angefordert worden war.

Waren alle diese Voraussetzungen offensichtlich erfüllt, galt die soziale Unterstützung als sehr gut. Konnte eine der oben aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt werden, erfolgte die Einstufung leicht beeinträchtigt. Eine weitere Kategorie fasst die Fälle zusammen, in denen nur unzureichende Hilfe durch Angehörige oder Bekannte festgestellt werden konnte, die Versorgung nicht gewährleistet war bzw. die vorhandene Hilfe insuffizient war. Wenn keine Hilfe durch persönliche Kontakte oder professionelles Pflegepersonal vorhanden war, wurde die vierte Kategorie gewählt.

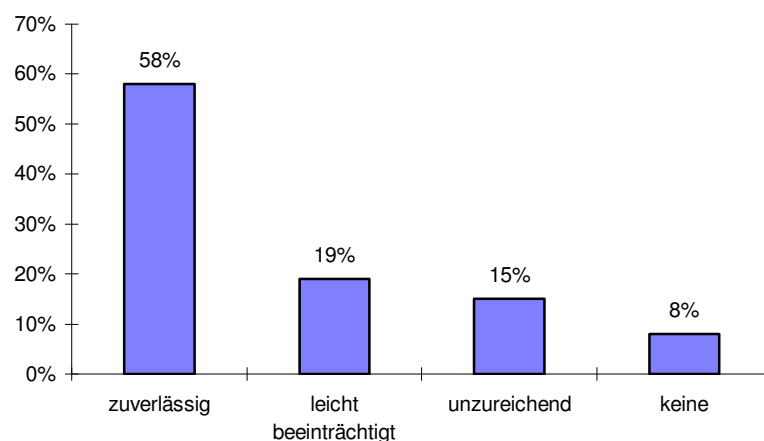


Abb. 36: Soziale Unterstützung (n= 533)

Immerhin acht Prozent der Patienten waren von einer Situation mangelnder sozialer Einbindung betroffen und verfügten über keine entsprechende Unterstützung in der Notfallsituation. Fünfzehn Prozent der Patienten konnten sich lediglich auf unzureichende Hilfe durch Angehörige oder Bekannte verlassen. In knapp jedem fünften Fall musste die soziale Unterstützung als leicht beeinträchtigt beurteilt werden. Mit 312 Patienten konnten sich jedoch fast 58 Prozent auf eine zuverlässige soziale Einbindung verlassen.

3.4.3.3 Soziale Unterstützung nach Altersklassen

Für die Diskussion der Fragestellung, die einen Zusammenhang zwischen mangelhafter sozialer Unterstützung, insbesondere bei älteren Menschen, und der Anforderung des Notdienstes vermutet, wurde eine Häufigkeitsverteilung für die soziale Unterstützung getrennt nach Altersklassen vorgenommen.

Dargestellt sind die Fälle, in denen die soziale Unterstützung gänzlich fehlte oder als insuffizient bzw. unzureichend eingeschätzt wurde.

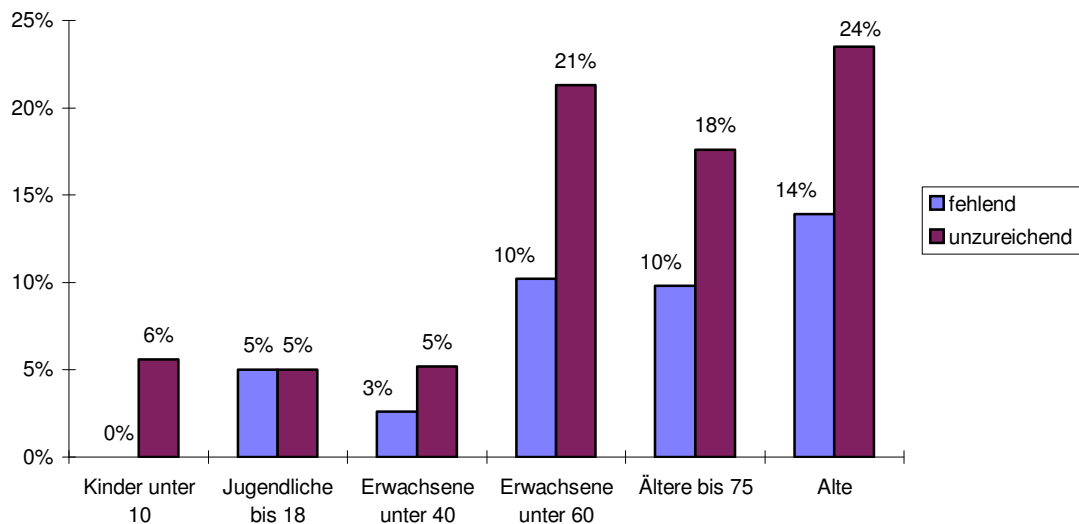


Abb. 37: fehlende und unzureichende soziale Unterstützung nach Altersklassen (n=533)

Bei Kindern unter 10 Jahren konnte in keinem Fall eine gänzlich fehlende, sehr wohl aber in 6 Prozent eine unzureichende soziale Unterstützung in der konkreten Notfallsituation festgestellt werden. Bemerkenswert ist, dass mehr Jugendliche als Erwachsene unter 40 keinerlei Unterstützung hatten.

Deutlich ist der Anstieg der unzureichenden oder insuffizienten Unterstützung ab 40 Jahren. Es werden Werte bis 24 Prozent erreicht. Der Patientenanteil, der gänzlich auf diesen Beistand verzichten muss, wächst in diesen Gruppen ebenfalls sprunghaft, erreicht aber höchsten 14 Prozent in der Gruppe der Alten.

Alte Menschen ab 75 Jahren stellen mit 38 Prozent die eindeutig größte Gruppe der unzureichend bzw. gar nicht Unterstützten in der Krankheitssituation.

3.4.4 Arzt-Patienten-Verhältnis

3.4.4.1 Diskrepanzen bei Medikation und ärztlichen Empfehlungen

Um das vielschichtige Arzt-Patienten-Verhältnis beurteilen zu können, untersuchte die Autorin drei Aspekte. Der erste Schritt zeigt auf, ob es bei der Verabreichung von Medikamenten oder der ärztlichen Empfehlung eindeutige Diskrepanzen zwischen der Autorin und den Patienten in der Notfallsituation gab. Für diese Fragestellung wurden acht mögliche Diskrepanzen definiert und gesondert ausgewertet.

Diskrepanz	Prozentualer Anteil (n = 81)
Ärztin will Krankenhauseinweisung, Patient nicht	23%
Patient will Krankenhauseinweisung, Ärztin nicht	20%
Patient erhält Spritze, obwohl Ärztin es nicht für indiziert hält	17%
Patient erhält keine Spritze, obwohl gewünscht	14%
Patient/Angehörige/r will Antibiotika	9%
Patient will ein bestimmtes Medikament	6%
Angehörige/r will Krankenhauseinweisung, Ärztin nicht	5%
Sonstige	5%
Patient will zum Röntgen	1%

Tab. 17: Diskrepanzen bei Medikation zwischen Arzt und Patient (n=81)

In 81 Fällen, das entspricht fünfzehn Prozent der Gesamtfälle, kam es zu Diskrepanzen bei der Medikation und dem weiteren Prozedere. Insbesondere den Umgang mit der Verabreichung von Spritzen und Krankenhauseinweisungen beurteilten Ärztin und Patienten unterschiedlich. 58 Prozent der Patienten hatten bestimmte Vorstellungen von der Medikation bzw. dem weiteren Behandlungsverlauf. Sie wünschten Spritzen, die nicht indiziert waren,

bestimmte Medikamente, Röntgenuntersuchungen oder die Einweisung ins Krankenhaus. Hinzu kommen neun Prozent, in denen der Patient oder Angehörige Antibiotika forderten. Bei fünf Prozent der Besuche wünschten die Angehörigen eine Einweisung des Patienten, die die Ärztin nicht für indiziert hielt. Demgegenüber standen 19 Patienten (23 Prozent), die eine indizierte Einweisung verweigerten.

3.4.4.2 Wichtigkeit ärztlicher Maßnahmen

Die Frage nach der Wichtigkeit ärztlicher Maßnahmen sollte klären, welche Bedeutung die Autorin den möglichen (nicht zwangsläufig den tatsächlich erfolgten) Maßnahmen zuschrieb. Sie beurteilte die Verabreichung von Medikamenten, die Beratung und die Beruhigung der Patienten. Es wurde unterschieden in alle nicht wichtigen Maßnahmen, wünschenswerte aber verzichtbare Maßnahmen, wichtige und sehr wichtige Maßnahmen.

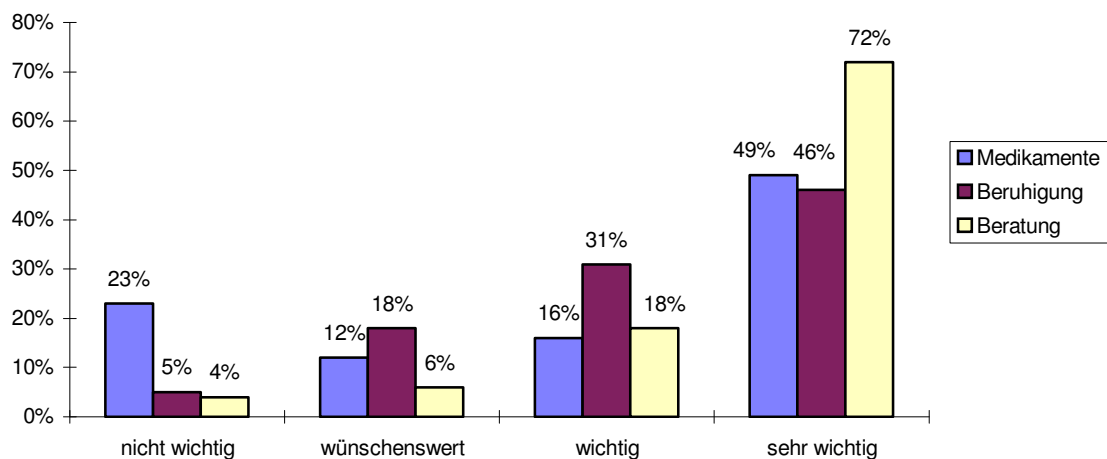


Abb. 38: Wichtigkeit ärztlicher Maßnahmen (n=532)

Die Verabreichung von Medikamenten war die ärztliche Maßnahme, die mit insgesamt 35 Prozent am häufigsten als wünschenswert, aber verzichtbar oder nicht wichtig eingestuft wurde. Andererseits sah die Autorin in fast der Hälfte der Behandlungsfälle eine Medikation als sehr wichtig und ohne Einschränkung notwendig an.

Mit 90 Prozent wurde die Notwendigkeit der ärztlichen Beratung als wichtig bzw. zu einem größeren Anteil sogar als sehr wichtig eingeschätzt. Damit lag die Wichtigkeit der Beratung deutlich über der Wichtigkeit der Medikamentengabe.

Der Aspekt der Beruhigung durch die Ärztin stand nach ihrer Ansicht ebenfalls über der Notwendigkeit der Medikamentengabe. In 77 Prozent der Fälle wurde die ärztliche Beruhigung als wichtig bzw. sehr wichtig empfunden. Dem gegenüber standen 65 Prozent der Fälle, in denen die Medikamentengabe als wichtig bzw. sehr wichtig eingestuft wurde.

Eine Bewertung der ärztlichen Maßnahme aus Sicht der Patienten wurde nicht abgefragt. Es wurde jedoch versucht, sich diesem Aspekt durch eine Beurteilung der Patienten Zufriedenheit zu nähern.

3.4.4.3 Kontaktzufriedenheit

Abschließend beurteilte die Autorin die Zufriedenheit mit dem Arzt-Patienten-Kontakt. In den ungünstigsten Fällen kam es zum offenen Dissens und es bestand eine Unzufriedenheit mit wesentlichen Punkten des Besuchs. In der zweiten Kategorie sind die Besuche verzeichnet, bei denen am Ende eine Unzufriedenheit bestehen blieb. In der dritten Kategorie sind Fälle, in denen es einen Dissens über die Wichtigkeit der Maßnahmen gab, aber ein tragbarer Kompromiss gefunden werden konnte oder der Patient überzeugt wurde. Die vierte Gruppe bildeten die Besuche, bei denen die wichtigen Maßnahmen durchgeführt werden konnten und die Kommunikation gut war.

In dieser Bewertung schlägt sich auch die Einschätzung der Autorin nieder, ob sie einen vertretbaren, sinnvollen und notwendigen Hausbesuch machte oder ob die Anforderung des Hausbesuchs eher unter nicht notwendig oder nur bedingt vertretbar fällt.

Die deutliche Mehrheit der Besuche war sehr zufriedenstellend. Bei gut einem Fünftel war es notwendig, Patienten von einer therapeutischen Maßnahme oder dem ärztlichen Rat zu überzeugen und einen Kompromiss zu finden. Zwölf Prozent der Patienten verließ die Ärztin mit einem bleibenden Gefühl der Unzufriedenheit. Bei fünf Prozent der Besuche kam es zu einem offenen Dissens, der nicht abschließend geklärt werden konnte.

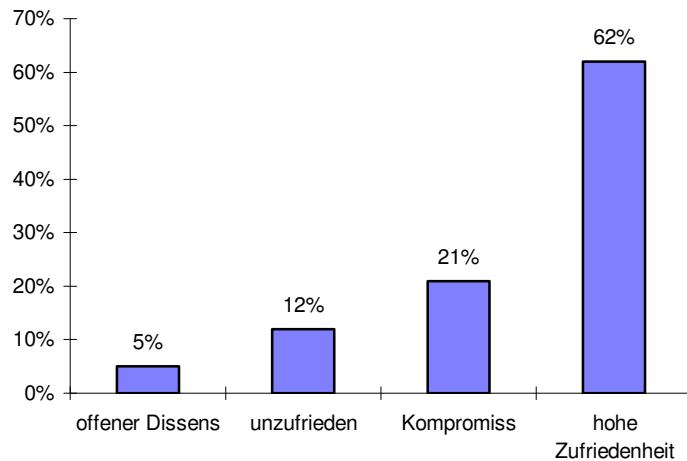


Abb. 39: Zufriedenheit der Ärztin mit Besuch (n=535)

Anhand derselben Kategorien schätzte die Autorin die Zufriedenheit der Patienten mit dem Besuch ein.

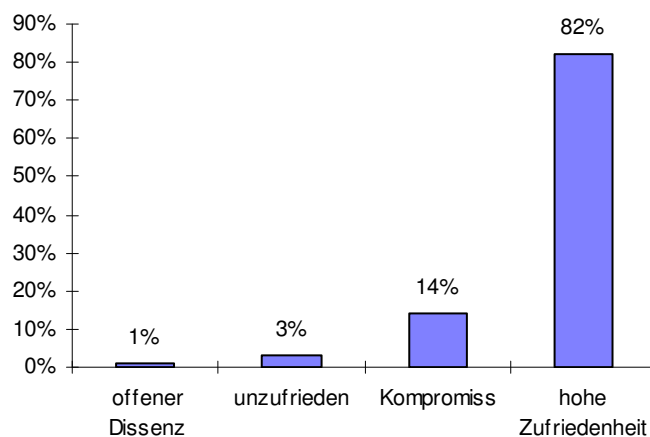


Abb. 40: Zufriedenheit der Patienten mit dem Besuch (n=525)

Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Arztbesuch wurde insgesamt höher eingeschätzt als die der Ärztin. Die Ursachen dafür liegen z. T. in dem Anspruchsverhalten der Patienten bzw. deren Bedürfnissen nach Rat und Unterstützung, die in den Augen der Autorin allerdings bereits Ursache für einen nicht unbedingt gerechtfertigten Einsatz waren. Diese Diskrepanz wird in der Diskussion ausführlicher betrachtet.

3.5 Beurteilung der Inanspruchnahme des Notdienstes

3.5.1 Angemessenheit der Inanspruchnahme

Für die abschließende Beurteilung der Autorin, ob die Anforderung des KV-Besuchs dem Gesundheitszustand des Patienten angemessen war, wurden verschiedene Aspekte der vorangegangenen Fragestellungen betrachtet. Im Vordergrund stand die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit. Es wurden allerdings auch psycho-soziale Faktoren mit einbezogen. Als voll und ganz angemessen galten Anforderungen, die durch ihre medizinische Notwendigkeit ohne Einschränkungen berechtigt waren. Die nächste Kategorie umfasst Anforderungen, die unter günstigen Umständen hätten vermieden werden können, aber im Grunde berechtigt waren. Zur dritten Kategorie zählen die Anforderungen, die als zweifelhaft gelten durften. Wenn die Anforderung aus medizinischer und psycho-sozialer Sicht eindeutig nicht angemessen war, wurde sie der Kategorie Missbrauch zugeordnet.

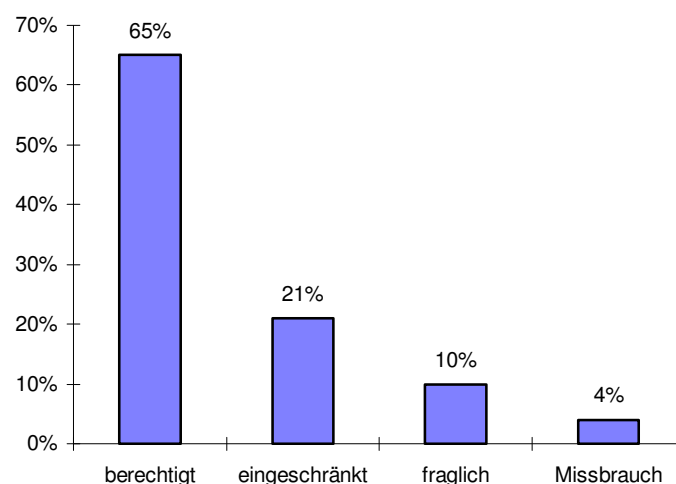


Abb. 41: Angemessenheit der Anforderung des KV-Notfalldienstes (n=534)

Insgesamt dokumentierte die Autorin 186 Fälle, die zumindest zweifelhaft waren oder sogar als Missbrauch eingestuft werden konnten.

3.5.2 Begründungen zweifelhafter Anforderungen

Die Hausbesuche, in denen die Anforderung zumindest zweifelhaft war, wurden unter mehreren Aspekten differenzierter ausgewertet.

In 170 von insgesamt 186 Fällen nahm die Autorin auf, aus welchen Gründen sie die Anforderung als zweifelhaft einstufte.

Begründungen	abs. Häufigkeit	% Anteil (n=170)
Patient hätte am folgenden Tag Hausarzt aufsuchen können	28	16,5%
Patient hätte vorher Hausarzt aufsuchen können	23	13,5%
hohes Anspruchsdenken, KV-Dienst als verlängerte Sprechzeit	23	13,5%
überwiegend (psycho-)soziale Ursachen	19	11,2%
keine Selbsthilferessourcen	16	9,4%
sehr niedrige Schmerztoleranz	10	5,9%
sinnvolle Behandlung schon eingeleitet durch Kinderarzt o. ä.	9	5,3%
aus ärztlicher Sicht banale Beeinträchtigung	8	4,7%
chronische Erkrankung ohne eindeutige Exazerbation	7	4,1%
Patient hatte andere Fachärzte bereits konsultiert	6	3,5%
unzureichende Bereitstellung von Bedarfsmedikation	6	3,5%
wg. ähnlicher Symptome gerade aus dem Krankenhaus entlassen	4	2,4%
wg. gleicher Symptome beim Hausarzt, unzufrieden	3	1,8%
Familienbesuch	3	1,8%
Sonstige	5	2,9%

Tab.18: Begründungen für aus Sicht der Ärztin zweifelhafte Anforderungen

Hervorzuheben sind hier die 51 Patienten, die aus Sicht der Autorin ihren Hausarzt am Tag zuvor oder am folgenden Tag hätten aufsuchen können. Diese Gruppe stellte immerhin 30 Prozent der zweifelhaften Anforderungen. Hinzu kamen 13,5 Prozent, die eindeutig signalisierten, dass sie den ärztlichen Notdienst als eine verlängerte Sprechstunde betrachteten. In der Diskussion wird auf diese Anspruchshaltung differenzierter eingegangen. Ebenso werden die Patienten, die offensichtlich allein aus psycho-sozialen Ursachen den Notdienst

in Anspruch nahmen (11,2 Prozent) oder die nicht über ausreichend Selbsthilfekompetenz (9,4 Prozent) verfügten, näher untersucht.

3.5.3 Dringlichkeit zweifelhafter Anforderungen

Untersucht wurde auch, welchen Einsatzstatus die zweifelhaften Anforderungen ursprünglich hatten. Dabei zeigte sich, dass die Autorin von 430 Einsätzen, die ohne einen Einsatzvermerk von der Zentrale weitergeleitet worden waren, 40 Prozent als zweifelhaft einstufte. Diese 170 Patienten entsprechen 91,4 Prozent der insgesamt 186 als zweifelhaft eingestuften Anforderungen.

Es waren aber auch 23 Prozent der Zweitbesuche und sieben von 48 ursprünglich dringenden Einsätzen (15 Prozent) aus medizinischer Sicht zweifelhaft. Am niedrigsten ist die Quote mit elf Prozent bei den Vorziehern.

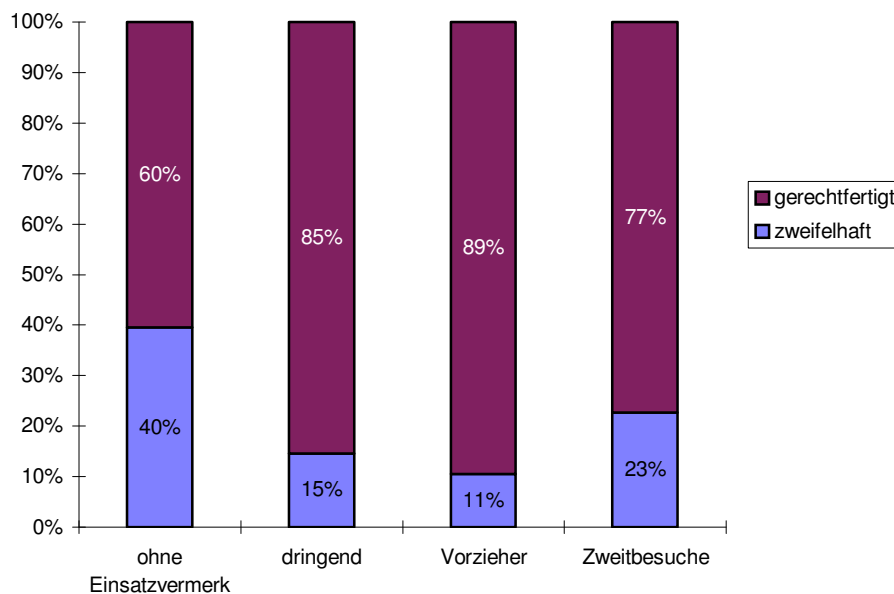


Abb. 41 : Zweifelhafte Einsätze (n=186) in den Einsatzstatusgruppen (n=538)

3.5.4 Zweifelhafte Anforderungen und der Beginn der Symptome

Bemerkenswert ist auch die Analyse der zweifelhaften Anforderungen hinsichtlich der Dauer der Symptome. Der weitaus größte Anteil mit fast 30 Prozent der als zweifelhaft

eingestuft. Besuche finden sich bei den Patienten, die bereits seit mehr als einer Woche die zur Einsatzanforderung führenden Symptome bemerkten.

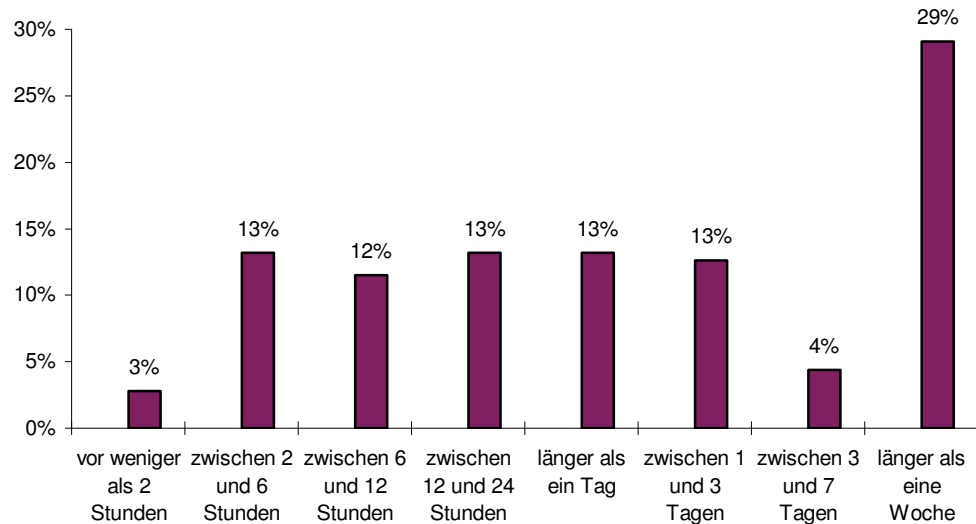


Abb. 42: Verteilung der zweifelhaften Anforderungen nach dem Beginn der Symptome (n=186)

Der mit 3 Prozent geringste Anteil zweifelhafter Anforderungen entfiel auf Patienten, die erst seit weniger als zwei Stunden Symptome zu beklagen hatten. Die Gruppen, die seit zwei Stunden bis zu drei Tagen Symptome zu beklagen hatten, sind mit zwölf bis 13 Prozent etwa gleich stark besetzt. Knapp ein Drittel der Patienten hatten die Symptome vor mehr als einer Woche bemerkt.

3.5.5 Herkunft der Patienten und zweifelhafte Anforderungen

Um ein möglicherweise unterschiedliches Anforderungsverhalten von Patienten deutscher und ausländischer Herkunft beurteilen zu können, wurden die zweifelhaften Anforderungen nach der Herkunft der Patienten untersucht.

Es zeigte sich, dass die Patienten ausländischer Herkunft mit 38 Prozent geringfügig häufiger als zweifelhaft bewertete Hausbesuche anforderten als die Patienten deutscher Herkunft. Dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant ($p=0,47$)

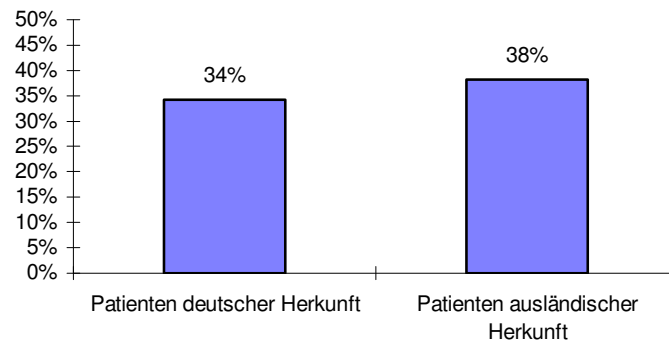


Abb. 43: Zweifelhafte Anforderung nach Herkunft (n=186)

3.5.6 Soziale Unterstützung und zweifelhafte Anforderungen

Es erfolgte die Auswertung, inwiefern die Intensität sozialer Unterstützung Einfluss hat auf den Umgang mit der Anforderung eines Hausbesuches. Es hat sich gezeigt, dass die Patienten, die über keinerlei soziale Unterstützung verfügten, deutlich häufiger aus zweifelhaften Gründen den Notfalldienst in Anspruch nahmen.

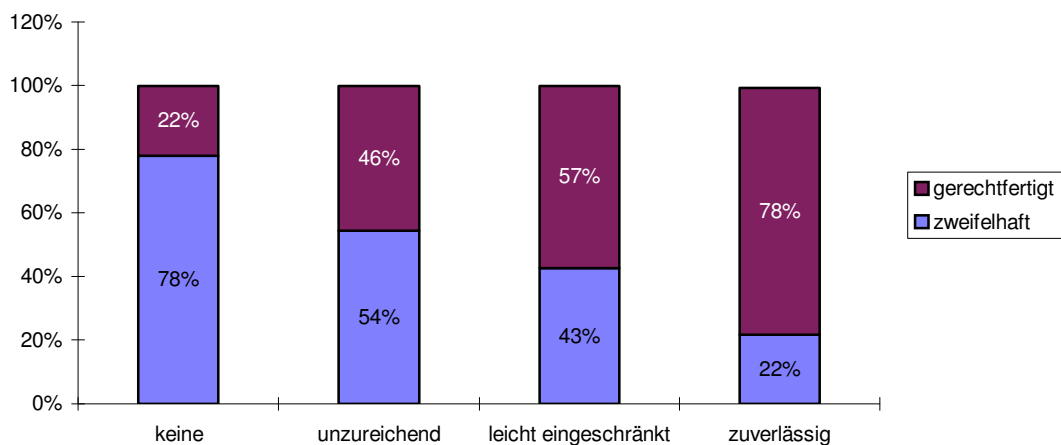


Abb. 44: Anteil zweifelhafter Anforderungen bei unterschiedlicher sozialer Unterstützung

Je besser die soziale Unterstützung ausgeprägt war, desto seltener hatte die Autorin den Eindruck, es handle sich um zweifelhafte Einsätze. Diese Wahrnehmung wird durch die statistische Signifikanzprüfung von $p < 0,001$ bestätigt.

3.5.7 Beunruhigung der Patienten bei zweifelhaften Anforderungen

Die Autorin untersuchte auch den Zusammenhang zwischen der Beunruhigung der Patienten und der Berechtigung des Einsatzes aus medizinischer Sicht. Es stellte sich heraus, dass die Einsätze bei 49 Prozent der Patienten, die keine Beunruhigung zeigten, als zweifelhaft eingeschätzt wurden. Mit 45 Prozent ähnlich hoch war diese Quote bei den lediglich gering beunruhigten Patienten. Von den Einsätzen bei eher stark beunruhigten Patienten zählten noch 35 Prozent zu den zweifelhaften Anforderungen und bei den stark beunruhigten Patienten beurteilte die Ärztin die medizinische Notwendigkeit in 15 Prozent der Fälle als zweifelhaft.

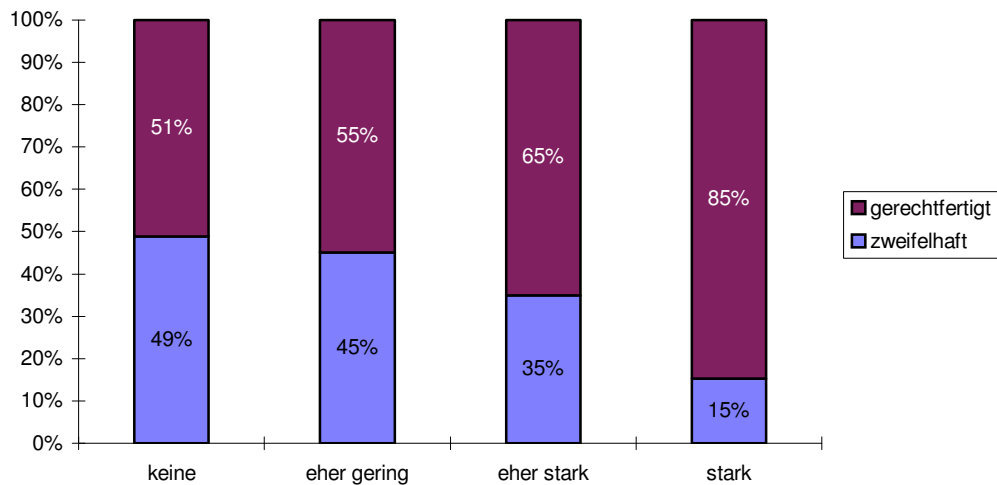


Abb. 45: Anteil zweifelhafter Einsätze nach Beunruhigung der Patienten (n=504)

3.6 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

In Bezug auf die Alters- und Geschlechtsverteilung entsprechen die Untersuchungsergebnisse überwiegend den Daten der allgemeinmedizinischen ambulanten Versorgung. Ältere Menschen, Kinder und Frauen nehmen den KV-Notfalldienst stärker in Anspruch als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht. Der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund lag deutlich über dem Anteil der Wohnbevölkerung des Untersuchungsgebietes. Die Auswertung von Wohnsituation und Bildungsstand ordnet die Mehrheit der Patienten sowohl einer mittleren Wohnlage, als auch einem mittleren Bildungsstand zu.

Die häufigste Einzeldiagnose war mit elf Prozent die Lumbalgie. Bei den Diagnosegruppen standen die Erkrankungen der oberen Luftwege mit 28 Prozent an erster Stelle, gefolgt von Erkrankungen aus dem orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet mit 18 Prozent. 16 Prozent der Diagnosen kamen aus dem neurologisch-psychiatrischen Bereich. 42 Prozent der Diagnosen konnten mit großer Sicherheit gestellt werden.

Etwa die Hälfte der Patienten war biologisch und psycho-sozial beim Eintreffen der Ärztin völlig gesund. Nur vier Prozent waren biologisch schwer krank, weitere drei Prozent waren psychisch schwer erkrankt. 57 Prozent der Anforderungen betrafen eine akute Erkrankung, jedoch nur sechs Prozent erwiesen sich als schwere Erkrankung. Vier Prozent der Patienten klagten über stärkste Schmerzen, 36 Prozent gaben an, völlig schmerzfrei zu sein. 41 der 539 besuchten Patienten wurden direkt eingewiesen. In der Häufigkeitsverteilung der Medikamentengabe stehen Analgetika an erster Stelle, gefolgt von Psychopharmaka und Magentherapeutika. Acht Prozent der Patienten gaben an, keinen Hausarzt zu haben.

80 Prozent der Anforderungen wurden ohne Einsatzvermerk an die Ärztin weitergeleitet, neun Prozent waren mit einem dringenden Vermerk versehen. 94 Prozent der Besuche konnten innerhalb der geforderten maximalen Wartezeit von 90 Minuten angetreten werden. Der Median der Wartezeit lag bei 34 Minuten. Mehr als die Hälfte der Patienten hatte bis zum Eintreffen der Ärztin nichts getan, um die Beschwerden zu lindern.

Aufgrund mangelnder deutscher Sprachkenntnisse war die direkte Kommunikation mit Patienten ausländischer Herkunft in 73 Prozent der Fälle mindestens stark eingeschränkt, wenn nicht gar unmöglich. Kommunikations- und Kontaktstörungen aufgrund anderer Ur-

sachen führten in weniger als zehn Prozent der Fälle zu deutlichen Beeinträchtigungen. Bei 16 Patienten blieben die Kommunikationsstörungen trotz anwesender Hilfsperson erheblich. 58 Prozent der Patienten konnten sich auf eine zuverlässige soziale Unterstützung in der Notsituation verlassen. In acht Prozent der Fälle fehlte diese vollständig. Ab 40 Jahren steigt der Anteil der Patienten, bei denen eine unzureichende oder fehlende soziale Unterstützung festgestellt wurde.

In 15 Prozent der Gesamtfälle kam es zu Diskrepanzen zwischen Ärztin und Patient bezüglich Medikation oder weiterem Procedere. Bei der Beurteilung der Wichtigkeit der ärztlichen Maßnahmen stand die Beratung bei den meisten Besuchen deutlich im Vordergrund. In etwa der Hälfte der Fälle waren Medikamentengabe und Beruhigung sehr wichtig. Die deutliche Mehrheit der Besuche war sowohl aus ärztlicher als auch aus Sicht der Patienten sehr zufrieden stellend.

Die Ergebnisse zur Beurteilung der Inanspruchnahme sind ausführlich Thema der Diskussion.

4 Diskussion

4.1 Kontext

Bevor im Folgenden auf den Hausbesuch im Rahmen des kassenärztlichen Notfalldienstes eingegangen wird, soll hier kurz ein Hinweis auf das Fach Allgemeinmedizin erfolgen, in dessen Kontext der in der Studie untersuchte Hausbesuch anzusiedeln ist.

Die weitaus größte Zahl der normalen Hausbesuche wird von Allgemeinmedizinerinnen, Praktischen Ärzten und hausärztlich tätigen Internisten erbracht. Aus der Fülle der Definitionen, die es für die Beschreibung des Faches Allgemeinmedizin gibt, wählt die Autorin die Definition von *Abholz*:

„Allgemeinmedizin ist die Akut- und Langzeitbetreuung und Behandlung von gesunden und kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen, unabhängig von Alter und Geschlecht, unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt.“³⁴

Diese Definition erscheint der Autorin passend, wenn im Folgenden versucht wird, eine Bewertung und Interpretation der Hausbesuchsanforderungen im Notfalldienst zu treffen.

In keiner anderen medizinischen Fachdisziplin hat die Mitberücksichtigung des gesamtgesundheitlichen Aspektes im Kontext der psycho-sozialen Situation des Patienten mehr Rechtfertigung und unabdingbare Notwendigkeit als in der Allgemeinmedizin.

Die Klientel der Notfallmedizin entspricht zu einem großen Teil der Klientel der Allgemeinmedizin. Bereits 1978 weist *Hamm* darauf hin, dass 70 Prozent der außerklinischen Notfälle durch Allgemeinärzte versorgt werden. Er ordnet dabei etwa 20 Prozent akut lebensgefährlichen und 80 Prozent weniger gefährlichen Verläufen zu.³⁵

³⁴ Abholz, HH (2000): Allgemeinmedizin – Gibt es ein einheitliches Fach, was wir in Lehre und Weiterbildung vermitteln? In: ZfA 2000; 76: S. 285f.

³⁵ Hamm, H (1978): Die Betreuung des Notfalls in der Allgemeinpraxis. in: Therapiewoche, H. 28, 1978, S. 809f.

Jede/r Hausärztin/arzt kann jederzeit mit einem Notfallgeschehen in der Praxis oder bei einem Hausbesuch konfrontiert werden. Die Frequenz der Häufigkeit eines Notfallgeschehens kann hierbei von Praxis zu Praxis sehr unterschiedlich sein. Darauf weist *Drees* 1998 in seiner Dissertation hin. Er zeigt in seiner Untersuchung auf, dass individuelle Faktoren, wie die Erreichbarkeit des Praxisinhabers bzw. seine aktive Teilnahme am Notdienst, dabei eine große Rolle spielen.³⁶

Die Einrichtung des Notfalldienstes bedeutete nicht die Verlängerung der hausärztlichen Tätigkeit über die allgemeinen Sprechstundenzeiten hinaus. Die Untersuchungen des Notfalldienstes der vergangenen Jahre kommen allerdings fast ausnahmslos zu dem Ergebnis, dass es sich nur bei einer geringen Anzahl der Einsätze um lebensbedrohliche Erkrankungen handelt. So bezeichnen *Albert/Tryba*³⁷, *Mohr, Bonorden, Glück*³⁸, *Freytag*³⁹ und *Hestermann*⁴⁰ lediglich zwischen 1,9 und 5,4 Prozent der Einsätze als vital bedrohlich. In diesen Studien wird durchgehend der grippale Infekt bzw. Infekte der Atemwege als häufigste Diagnose benannt. Lediglich *Träder*⁴¹ spricht von 50 Prozent internistischen Fällen und ordnete zwei Drittel aller Einsätze seiner Untersuchung den ernsthaften und teilweise lebensbedrohlichen Krankheiten zu.

In der fachlichen Diskussion taucht immer wieder die Frage auf, ob der Notfalldienst seiner Aufgabe entsprechend genutzt wird oder ob die häufige Inanspruchnahme bei leichten Erkrankungen zu leichtfertig erfolgt und möglicherweise in größerer Anzahl als Missbrauch bezeichnet werden kann.⁴²

Vorliegende Untersuchungen anderer Autoren befassen sich mit den Organisationsformen, Diagnosefindung und -häufigkeiten, Anforderungen an die Notfallärzte, dem Einsatz bestimmter Medikamente oder dem Anteil der Krankenhauseinweisungen im Notdienst. Zwar wird in einigen dieser Arbeiten auf möglichen Missbrauch hingewiesen oder zumin-

³⁶ Drees, JH (1998): Zur Güte allgemeinärztlicher Entscheidungsfindung im Vergleich zur klinischen Diagnose. Ein Beitrag zur Qualität ärztlicher Verrichtungen. Med. Dissertation, Universität Mainz.. S 62.

³⁷ Tryba M, Albert, C, Haehn KD (1985): Der ärztliche Notfallfahrdienst in der Stadt Hannover. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, 13/85, S. 25f.

³⁸ Mohr CP, Bonorden S, Glück S (1983): Indikationen zu Hausbesuchen. In: MMW 125/24, S.529.

³⁹ Freytag, MH, (1984): Ärztlicher Notdienst. Med. Dissertation, Universität Köln, S. 57ff.

⁴⁰ Hestermann, D (1992): Analyse des ärztlichen Notfalldienstes unter Anwendung eines dafür entwickelten Diagnoseschlüssels. Med. Dissertation. Universität Bonn., 49ff.

⁴¹ Träder, JM (1994): Notdienst Lübecker Ärzte. In: ZFA 70, S. 626.

⁴² Pillau, 1985, S. 58.

dest Zweifel an der Notwendigkeit der Einsätze geäußert, doch nur wenige Studien, wie die *Reinickes*⁴³, fragen nach den Gründen für dieses Patientenverhalten.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit genau dieser Fragestellung: Warum rufen die Patienten den Notfalldienst? Welche Motivation führt zur Anforderung? Ist es das „sich sehr krank Fühlen“, sind es Schmerzen, Beunruhigung, Alleinsein? Gibt es Hinweise auf ein ausgeprägt bequemes Verhalten unter der notfallärztlichen Klientel? Gibt es Anhaltspunkte für ein schnelles Abgeben der Verantwortung und wie sieht es mit den Selbsthilfestrategien oder überbordenden Versorgungsansprüchen aus. Es wird der Frage nachgegangen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der Anforderung und dem biologisch-psychischen und sozialen Kontext, der den Notfalldienst in Anspruch nehmenden Patienten.

4.2 Patienten, Diagnose und Therapie

4.2.1 Altersstruktur

Die Betrachtung der Altersstruktur zeigt, dass Kinder unter zehn Jahren mit 14 Prozent der untersuchten Notfälle häufiger vertreten waren als es ihrem Bevölkerungsanteil von zehn Prozent entsprach. 64 Prozent der Kinder waren zudem jünger als fünf Jahre.

Sofern die Altersstruktur näher untersucht wurde, bestätigen die vorliegenden Vergleichsuntersuchungen die starke Inanspruchnahme dieser Altersgruppe. Lediglich *Träder*⁴⁴ beschreibt, dass die jüngeren Patienten im Lübecker Bereitschaftsdienst im Vergleich zur Bevölkerung unterdurchschnittlich vertreten waren. *Albert G*⁴⁵ findet im Vergleich der Klientel von Stadt- und Landbezirk nur im Landbezirk eine starke Gruppe von Kindern. Die *EVaS-Studie*⁴⁶ beschreibt die überproportionale Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen durch Kinder dieser Altersgruppe ebenfalls.

Die Gruppen der Erwachsenen unter vierzig und von 41 bis 60 Jahren waren deutlich schwächer vertreten als in der Bevölkerung. Auch dieses Ergebnis korrespondiert mit an-

⁴³ Reinicke, KP (1988): Warum konsultieren Patienten den Notarzt? Med. Dissertation, Universität Hannover.

⁴⁴ Träder, 1994, S. 625.

⁴⁵ Albert, G (1992): Analyse des ärztlichen Notdienstes anhand eines Vergleichs von Notdiensteinsätzen im Stadtbezirk 617 und im Landbezirk 613 des Landkreises Würzburg. Med. Dissertation, Würzburg, S. 14.

⁴⁶ EVaS, 1989, S. 94ff.

deren Untersuchungen. Eine Ausnahme beschreibt *Freytag*⁴⁷, die einen hohen Anteil der 40 bis 49-jährigen verzeichnet und vermutet, dass die Angst vor dem Herzinfarkt in dieser Altersgruppe dafür der Grund sein könnte.

Die Gruppe der 60 bis 77-jährigen und noch deutlicher die Patienten, die älter als 75 sind, nahmen den Notfalldienst deutlich häufiger in Anspruch als es ihrem Anteil an der Bevölkerung im Untersuchungsgebiet entspricht. Die Gruppe der über 75-jährigen übertrifft um mehr als zehn Prozent die üblichen Arztkontakte dieser Altersgruppe entsprechend der *EVaS-Studie*.

Auch *Reinicke*⁴⁸, *Alber C*⁴⁹ und *Lukas*⁵⁰ dokumentieren eine höhere Inanspruchnahme der über 65-Jährigen im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil. Hingegen entsprach die Fallzahl der über 60-Jährigen bei *Hestermann*⁵¹ dem Bevölkerungsanteil. *Freytag*⁵² fand ebenfalls keine Überrepräsentiertheit dieser Altersgruppe.

4.2.2 Geschlecht

Der Notfalldienst wurde im Untersuchungszeitraum zu 59 Prozent von Frauen in Anspruch genommen. Im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil im Untersuchungsgebiet von 52,6 Prozent waren die weiblichen Patienten wie erwartet leicht überrepräsentiert. Damit liegen die Ergebnisse sehr nah an denen der *EVaS-Studie*⁵³, die den prozentualen Anteil der persönlichen Arztkontakte mit 59,82 Prozent für Frauen ausweist.

Das Überwiegen weiblicher Patienten im Notfalldienst wird durchgängig beschrieben. So bestätigt *Freytag*⁵⁴, dass die weiblichen Patienten um acht Prozent, bei einem leicht größeren Anteil der Männer an der Gesamtbevölkerung des untersuchten Gebiets, überwogen. Ebenso beschreibt *C. Albert*⁵⁵ ein signifikantes Überwiegen weiblicher Patienten in Bezug

⁴⁷ Freytag, 1984, S.35.

⁴⁸ Reinicke, 1988, S. 112.

⁴⁹ Albert C (1984): Der Notfallfahrtdienst Hannover. Med. Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover, S. 32.

⁵⁰ Lukas, H (2000): Der kassenärztliche Notfalldienst. Eine Analyse von sieben Jahren Nachtdienst unter besonderer Berücksichtigung der stationären Einweisungen. Med. Diss., Universität Hamburg, S. 52.

⁵¹ Hestermann, 1992, S. 33.

⁵² Freytag, 1984, S. 36.

⁵³ EVaS, 1989, S. 50.

⁵⁴ Freytag, 1984, S. 24.

⁵⁵ Albert, C, 1984, S. 119.

auf die Gesamtbevölkerung und weist darauf hin, dass dies nicht durch eine Häufung gynäkologischer Erkrankungen zustande kommt, da diese aus der Betrachtung eliminiert wurden. *Hestermann*⁵⁶ kommt zwar ebenfalls zu einem höheren Frauenanteil, dieser entspricht jedoch der Geschlechterverteilung des Untersuchungsgebietes. *Barlet*⁵⁷ bestätigt die Tendenz, gibt jedoch kein Verhältnis zur Gesamtbevölkerung an.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass Studien, die sich auf die „echten Notfälle“, also vor allem den Einsatz von Rettungsdiensten, konzentrieren, zu einem umgekehrten Geschlechterverhältnis kommen. So kommt *Blum*⁵⁸ in seiner Untersuchung der Notfälle der Rettungswache Nideggen auf 55,3 Prozent männlicher Patienten, bei der Beteiligung an Verkehrsunfällen sogar auf 66,2 Prozent männlicher Klienten.

4.2.3 Herkunftsland

Es waren 16 Prozent der Patienten ausländischer Herkunft. Diese Zahl übersteigt den Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung im gesamten Untersuchungsgebiet nur leicht. Insgesamt konnten 30 verschiedene Herkunftsländer identifiziert werden. Auffällig ist jedoch, dass der Anteil der Patienten türkischer Herkunft mit 23 Prozent den Bevölkerungsanteil um sechs Prozent übersteigt. Die Gründe hierfür werden innerhalb der Diskussion des Nutzungsverhaltens des KV-Dienstes im Folgenden noch näher untersucht.

Nur wenige vergleichbare Studien haben die Herkunft der Patienten ausgewertet. So analysiert *Albert C*⁵⁹ eine signifikant häufigere Inanspruchnahme des Notdienstes durch Patienten ausländischer Staatsangehörigkeit. Er nennt einen Patientenanteil von 13,6 Prozent gegenüber 9,6 Prozent Bevölkerungsanteil. Ebenso kommt ein Prätest über das Nutzungsverhalten des ärztlichen Notdienstes von *Machens* und *Ullmann*⁶⁰ zu dem Ergebnis, dass 25 Prozent der Anforderungen von ausländischen Patienten getätigt wurden, bei einem

⁵⁶ Hestermann, 1992, S. 33.

⁵⁷ Barlet, J (1984): Der Hausbesuch im Notfalldienst am Beispiel einer Großstadt. In: Der praktische Arzt, 30, S. 2089.

⁵⁸ Blum, 1987, S. 39.

⁵⁹ Albert C, 1984, S. 43f.

⁶⁰ Machens, R, Ullmann, M (2003): Ärgernis im Notdienst: Wie oft fahren Sie unnötig zum Hausbesuch? In: Der Hausarzt, S. 20.

Bevölkerungsanteil von 17,6 Prozent. *Reinicke*⁶¹ findet keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Nutzungsverhalten deutscher und ausländischer Patienten.

4.2.4 Diagnosen

Ein exakter Vergleich der aufgeführten Diagnosen mit den Ergebnissen der anderen Studien ist schwierig, da von keiner einheitlichen Klassifizierung ausgegangen werden kann. Die Angaben in den meisten Arbeiten ermöglichen aber die Herstellung einer weitgehenden Vergleichbarkeit.

Zum Vergleich eignet sich am besten die Einteilung nach Diagnosegruppen. Danach stehen die Infekte der oberen und unteren Luftwege, die auch die fieberhaften Virusinfekte, Halsentzündungen, Nasennebenhöhlenentzündungen und Bronchitiden beinhalten, mit 27 Prozent an erster Stelle. Dies entspricht in Zahlen und in der Rangfolge den Ergebnissen von *Hestermann*, die für Infekte der Luftwege 29 Prozent angibt⁶², *Wegscheider* 33 Prozent⁶³, *Barlet* 23 Prozent⁶⁴, *Lukas* 19 Prozent⁶⁵, *Mohr, Bonorden, Glück* 13 Prozent⁶⁶ und *Reinicke* führt mit knapp 11 Prozent die Atemwegsinfektionen an erster Stelle⁶⁷.

Freytag liegt mit 58 Prozent deutlich darüber⁶⁸, bei der Arbeit von *Albert, C.* ist eine retrospektive Differenzierung nicht möglich. Er nennt 44,6 Prozent allgemeinmedizinische Diagnosen an erster Stelle, die sicher die entsprechende Diagnosegruppe mit einschließen.⁶⁹ Dies gilt auch für Ergebnisse von *Träder*, der eine Einteilung nach Fachgruppen (Innere, Neurologie/Psychiatrie, Chirurgie/Orthopädie und HNO) vornimmt und somit einen Vergleich nicht zulässt. *Albert, G.*⁷⁰ nennt die Atemwegsinfektionen mit 29 Prozent an zweiter Stelle nach Gastroenteritis mit 30 Prozent, die in der vorliegenden Arbeit mit 15 Prozent gastro-enterologischer Diagnosen an vierter Stelle rangieren.

⁶¹ Reinicke, 1988, S. 116.

⁶² Hestermann, 1992, S. 50.

⁶³ Wegscheider, A.: Hausbesuche im Notdienst. In: Der Praktische Arzt, 31/84, S. 2198.

⁶⁴ Barlet, 1984, S. 2090f.

⁶⁵ Lukas, 2000, S. 44.

⁶⁶ Mohr et al., 1983, S. 1033.

⁶⁷ Reinicke, 1988, S. 121.

⁶⁸ Freytag, 1984, S. 64.

⁶⁹ Albert, C., 1984, S. 58

⁷⁰ Albert, G., 1992, S. 36.

An zweiter Stelle bei den Diagnosegruppen stehen mit 18 Prozent die orthopädischen und chirurgischen Diagnosen, wobei diese überrepräsentiert werden durch Diagnosen, die den Rücken betreffen, hier vor allem Lumboischalgie und Lumbalgien. Diese Zahl findet dennoch in etwa eine Entsprechung bei den Arbeiten von *Reinecke*⁷¹, *Albert, G.*⁷², *Lukas*⁷³, *Träder*⁷⁴ und auch *Mohr, Bonorden, Glück*⁷⁵, die Probleme des Bewegungsapparates in zweiter, dritter und vierter Rangfolge auflisten.

Keine Übereinstimmung findet sich zu dieser Diagnosegruppe bei *Freytag, Hestermann* und *Wegscheider*. Diese Autoren führen Rückenschmerzen nicht im Besonderen auf, ebenso wenig wie *Albert, C.* eine Differenzierung vornimmt.

Die Nennung der Diagnosen aus dem neurologischen/psychiatrischen Formenkreis rangieren mit 16 Prozent an dritter Stelle. Diese Diagnosegruppe beinhaltet ein weites Spektrum von Einzeldiagnosen von Migräne bis Panikattacken, Erregungszuständen und depressiven Verstimmungen. Es findet sich auch hier eine Korrelation zu den Ergebnissen in den Arbeiten von *Träder, Albert, C., Reinicke* und *Lukas*. Keine Nennung der mit der Diagnosegruppe drei zu verknüpfenden Diagnosen erfolgt bei *Freytag, Barlet, Mohr, Bonorden und Glück, Blum. Hestermann*⁷⁶ führt in ihrer Untersuchung neurologisch-psychiatrische Diagnosen nicht explizit auf, weist aber in der Diskussion auf Diagnosen mit gravierenden seelischen Störungen als Hintergrund hin.

Gastroenterologische Erkrankungen nehmen den vierten Rang ein. Nach Ansicht der Autorin außerdem vergleichbare Ergebnisse, wenn auch die Rangzuordnung an zweiter oder dritter Stelle, finden sich bei den Arbeiten von *Werner, Albert, C., Mohr, Bonorden und Glück* und *Hestermann* (jeweils an zweiter Stelle), bei *Barlet* an dritter Stelle und bei *Albert, G.* an erster Stelle (s. o.). Nicht aufgeführt wird dieser Diagnosekomplex bei *Freytag, Reinicke, Träder* und *Lukas*.

⁷¹ Reinicke, 1988, S. 212f.

⁷² Albert, G, 1992, S. 34ff.

⁷³ Lukas, 2000, S. 45.

⁷⁴ Träder, 1994, S. 626f.

⁷⁵ Mohr et al, 1983, S. 1033.

⁷⁶ Hestermann, 1992.

Die Herz-Kreislaufferkrankungen rangieren unerwarteter Weise an fünfter Stelle. Als Erklärung dafür wird angenommen, dass z. B. bei Verdacht auf Herzinfarkt glücklicherweise zügiger direkt der Notarzt mit Notarztwagen gerufen wird als der kassenärztliche Notfalldienst. Der schnellere Ruf nach dem Notarzt, ob sinnvoll oder nicht, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden, erfolgt sicher auch bei Kollapszuständen, insbesondere wenn diese mit Synkope verbunden sind. Dieses schlägt sich in der Untersuchung von *Schwarz* nieder, der die Einsatzanforderung im Rahmen des notfallärztlichen Rettungsdienstes untersucht. Von den 365 als vital bedrohlich eingestuften Einsätzen hatten 125 eine Ohnmacht unklarer Genese und 69 den Verdacht auf Herzinfarkt als Einsatzursache.

*Blum*⁷⁷ nennt bei den Einsätzen mit RTW 23 Prozent Herzerkrankungen als Einweisungsdiagnose. *Lukas*⁷⁸, der in seiner Untersuchung die Einweisungsdiagnosen besonders berücksichtigt, nennt die Erkrankungen des Kreislaufsystems mit knapp 13 Prozent an zweiter Stelle. Auch *Barlet*⁷⁹ nennt an zweiter Stelle der Anforderung im kassenärztlichen Notfalldienst mit 20 Prozent die Kreislaufferkrankungen. Andererseits spielt bei dieser Untersuchung der Zeitpunkt der Erhebung eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Im Erhebungszeitraum 1975 bis 1977 war ein Notarztwagensystem noch in keiner Weise im Vergleich zu dem heutigen etabliert.

Die weiteren aufgeführten Diagnosegruppen erscheinen vor dem Hintergrund der Vergleichsmöglichkeiten nicht relevant und werden hier nicht mehr im Einzelnen aufgeführt.

Zusammenfassend sind nach Einschätzung der Autorin mit der durchgeführten Untersuchung im Vergleich zu anderen Studien in Bezug auf die Diagnosen durchaus vergleichbare Ergebnisse gefunden worden. Wenn auch in allen Arbeiten unterschiedliche Methoden der Erfassung zu Grunde gelegt wurden und differierende Einteilungen gewählt wurden.

4.2.5 Therapie

Die Diskussion der Therapie bezieht sich im Wesentlichen auf die medikamentöse Therapie, die im Ergebnisteil ausführlich dargestellt wurde. Ein Vergleich mit vorliegenden Stu-

⁷⁷ Blum, 1987, S. 71.

⁷⁸ Lukas, 2000, S. 44.

⁷⁹ Barlet, 1984, S. 2090f.

dien gelingt nur an wenigen Stellen, da diese Determinante nur in wenigen Untersuchungen detaillierter betrachtet wird.

In der Arbeit von *Tyrba, Albert, Haehn*⁸⁰ findet sich ein teilweise vergleichbarer therapeutischer Ansatz in Bezug auf die Medikation. Allerdings mit einer sehr auffälligen Diskrepanz zu der Applikationsform. In 33 Prozent der dort untersuchten Fälle (n=6438) wurde eine Injektion verabreicht. Davon betrafen 47 Prozent die intravenöse Gabe und 40 Prozent die intramuskuläre Injektion. Umgerechnet auf die jeweilige Anzahl der Untersuchungspopulation ergibt sich bei der hier vorliegenden Arbeit ein Anteil von 29 Prozent für die i. v. Injektion gegenüber 14 Prozent bei der Vergleichsuntersuchung. Die i. m. Injektion wurde nur in drei Prozent gewählt gegenüber 13 Prozent bei der Vergleichsuntersuchung.

Ein Grund für diese Diskrepanz ist sicher der zeitliche Abstand zu der Vergleichsuntersuchung, der 15 Jahre beträgt. (1981 zu 1995/96) Nach den Empfehlungen zur Arzneimittelsicherheit sollte z. B. Diclofenac nicht mehr i. m. appliziert werden, bei bekannten, teils gravierenden Nebenwirkungen und vergleichbar schnellem Wirkungseintritt des Wirkstoffes bei der per oralen oder rektalen Anwendung. Sicher ein Warnhinweis, der 1981 noch nicht, wie heute, als Konsens galt.

Ähnliches gilt für die Anwendung von Novaminsulfon zur Injektion. In der Vergleichsstudie wurde dieses mittelstarke Analgetikum sehr häufig parenteral angewendet. Laut Arzneimittelinformationsdienst Berlin⁸¹ sollte zumindest im außerklinischen Bereich aufgrund bekannt gewordener Zwischenfälle nach parenteraler Gabe von Novaminsulfon auf die Injektion verzichtet werden. Auch hier ist sicher der Zeitaspekt wesentlich.

Gleiches gilt für die parenterale Anwendung von Pentacozin als starkes Schmerzmedikament, das in der Studie von 1981 neben Novaminsulfon sehr häufig verwendet wurde. Aus der Sicht der Untersucherin hat dieses Medikament heute keinen Stellenwert mehr in der Notfallmedizin. Demgegenüber findet der parenterale Einsatz von Morphin als stark wirksames Analgetikum in der gegenwärtigen Notfallmedizin, neben der per oralen und rektalen Anwendung, eine effektive Anwendung.

⁸⁰ Tryba et al, 1985, S. 27.

⁸¹ Arzneimittel Telegramm (mtl.) und Arzneimittel Kursbuch 96/97, Arzneimittelinformationsdienst Berlin. S. 1385-1387.

In der Untersuchung von 1981 wurde Morphin zur Injektion nur fünfmal eingesetzt, dies entspricht nur etwa 0,5 Prozent der Analgetikagabe. In der vorliegenden Untersuchung wurde Morphin in vier Prozent der Schmerzmittelgaben eingesetzt.

In der 1981er Studie wurde von den Autoren der bei der Untersuchung aufgefallene sehr geringe parenterale Einsatz von Azetylsalicylsäure genannt und kritisiert. Im Vergleich dazu fand Azetylsalicylsäure in der vorliegenden Untersuchung 14-mal Anwendung (n=258) als i. v. Injektion, dies entspricht fünf Prozent der Analgetikagaben.

Die von der Autorin eingesetzten Medikamente entsprechen der Liste der Standardausrüstung, die Rendenbach⁸² 1999 aufstellte. Er bezieht sich dabei u. a. ebenfalls auf das Arzneimittelskriptbuch⁸³.

In der o. g. Vergleichsstudie gehen die Autoren auch auf den Druck ein, der von Patienten und Angehörigen auf den Notfallarzt ausgeübt wird und der die Therapieentscheidung mit beeinflussen kann. Zahlen werden nicht genannt. Sie gehen jedoch davon aus, dass dieses Patientenverhalten nicht nur zu vermehrten Krankenhauseinweisungen führt (s. 4.2.6), sondern dass insbesondere der Wunsch nach einer Injektion zur gehäuften Gabe von einem meist überflüssigen, injizierbaren Analgetikum oder Antipyretikum führt. Sie bewerten dabei sehr kritisch vor diesem Hintergrund den in ihren Augen nicht nur unsinnigen, sondern auch gefährlichen Einsatz des bereits erwähnten Pentacozins, die Gabe eines Tranquilizers oder eines Spasmolytikums bei, ihrer Meinung nach, nicht bestehender Indikation.

In vorliegender Studie wurden zur Analyse dieses Aspektes des Patientenverhaltens Diskrepanzen benannt und aufgelistet. In 15 Prozent der Hausbesuche kam es aus der Sicht der Autorin zu einem Dissens. Ähnlich wie in der Vergleichsstudie beschrieben, war dabei der Wunsch nach einer Spritze, die für nicht indiziert gehalten wurde, sehr häufig Ursache des Dissens zwischen Ärztin und Patienten.

Für die Bewertung der ärztlichen Maßnahme unterteilt die Autorin die ärztliche Therapie in die medikamentöse Therapie, die Beruhigung und die Beratung. Die Zuordnung der

⁸² Rendenbach, U (1999): Gut gerüstet im ärztlichen Notfalldienst. Inhalt der Arzttasche. In: Notfallmedizin. 06/99, S. 300 – 303..

⁸³ Institut für Allgemeinmedizin Berlin GmbH (Hrsg.) Arzneimittelskriptbuch, 1996/97.

Wichtigkeit erfolgte einerseits aus der Sicht der Ärztin und andererseits aus der Sicht des Patienten, die subjektiv von der Untersucherin aus dem Patientenverhalten interpretiert wurde.

Grundsätzlich gibt die Autorin dem Aspekt der Beruhigung und der Beratung im therapeutischen Kontext einen sehr hohen Stellenwert. Dabei war ihr bei der Studiienerhebung klar, dass auch hier der subjektive Faktor im Vordergrund steht und gleichzeitig der Zeitfaktor im Notfalldienst diesen Maßnahmen oft entgegensteht.

In der Analyse der Zuordnung wird die Bedeutung der Beratung von der Autorin größer eingeschätzt als die medikamentöse Therapie. (vgl. 72 Prozent Bedeutung der Beratung gegenüber 49 Prozent für die Medikamentengabe)

In der Realität erfolgen Medikamentengabe und Beratung meist simultan, da besonders im Notfalldienst das Pharmakon in der Patientenbewertung und der Erwartungshaltung in hoher Gunst steht und ein Verweigern - auch mit den besten Gegenargumenten - einer Nichtbehandlung gleich kommt.

4.2.6 Einweisungen

*Träder*⁸⁴ nennt in seiner Untersuchung von 1988-1991 einen Anteil von zehn Prozent für die Einweisungshäufigkeiten der Untersuchungsgruppe, *Lukas*⁸⁵ in seiner Arbeit von 1997 11,5 Prozent.

Die Zahlen der vorliegenden Untersuchung lassen sich nicht direkt vergleichen, da nochmals eine Unterscheidung in sofortige Einweisungen und in mögliche spätere Einweisungen vorgenommen wurde.

Die Zahl der sofort erfolgten Einweisungen liegt mit 41 Patienten und somit 7,6 Prozent der Stichprobe deutlich unter den o. g. Vergleichszahlen. Dem gegenüber steht eine Anzahl von 44 Patienten (8,1 Prozent), bei denen eine mögliche spätere Einweisung in Betracht gezogen wurde. Diese Zahl lässt sich nach Studienlage nicht aufschlüsseln, da es keine

⁸⁴ Träder, 1994, S. 630.

⁸⁵ Lukas, 2000, S. 55ff.

Angaben darüber gibt, wie viele Patienten schließlich doch ins Krankenhaus gegangen sind. Bei einigen hatte die Autorin ein Einweisungsformular hinterlassen.

Meistens bei Patienten, bei denen aus ärztlicher Sicht im Verlauf der nächsten Stunden eine stationäre Aufnahme wahrscheinlich erschien. Oft wurde auf die Option des Zweitbesuchs hingewiesen, entweder durch die Autorin selbst oder den nachfolgend Diensthabenden.

Dies betraf meist Patienten, bei denen eine Therapie begonnen wurde, ein abwartendes Offenlassen der Krankenhauseinweisung gerechtfertigt erschien und das weitere Procedere von der Wirksamkeit der Therapie mitbestimmt wurde.

In der Studie wurde in 56 Prozent der Einweisungen als Grund eine notwendig stationäre Abklärung genannt, in 37 Prozent eine stationäre Therapie. Bei sieben Prozent, das war jeder zehnte Patient, bei dem eine Einweisung erfolgte bzw. in den nächsten Stunden sehr wahrscheinlich war, lagen psycho-soziale Gründe vor.

Es ist selbstverständlich, dass die Zahl der Einweisungen im Notfalldienst höher ist als in der vergleichbaren allgemeinmedizinischen Praxis. Dies liegt zum einen daran, dass der Notfalldienst den größten Anteil an den Wochenstunden abdeckt, und zum anderen lassen sich akute Erkrankungen, das Kranksein und Krankfühlen nicht in die Schablone einer 5-Tage-Woche und des 8-Stunden-Tages einpassen. Insbesondere zum und am Wochenende und an Feiertagen steigt die Einweisungshäufigkeit noch einmal an, da die zeitliche Spanne zum nächst möglichen Hausarztkontakt länger ist und die Erkrankung ein längeres, abwartendes Offenlassen nicht rechtfertigt oder ein Therapiebeginn einer engmaschigen ärztlichen Kontrolle bedarf.

Dieser Fakt der häufigen Einweisungen an den genannten Tagen, lässt sich derzeit nicht wesentlich verändern. Vorstellbar wäre allerdings, dass bei steigender Anzahl der kassenärztlichen Präsenz, z. B. in Notfallpraxen, sich die Patienten, in Kooperation mit den Krankenhausambulanzen dann dort zur Verlaufskontrolle vorstellen könnten. Zu diesem

Schluss kommt auch eine Studie, die im Rahmen der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät des Klinikums Magdeburg durchgeführt wurde.⁸⁶

Ein anderer Faktor, der immer wieder bei der erhöhten Einweisungszahl im Notfalldienst diskutiert wird, ist die Tatsache, dass der Notdienst habende Kollege, anders als der Hausarzt, meist den Patienten nicht kennt. Er weiß nichts zu seinem sozialen Hintergrund, zur persönlichen Unterstützung und wichtige Aspekte aus der Krankheits-Lebensgeschichte sind in der kurzen Zeit meist nicht erfahrbare. Ein Teil der Einweisungen könnte sicher vermieden werden, wenn bei fehlender häuslicher und pflegerischer Versorgung, eine enge Zusammenarbeit mit Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten, die auch zu den „Unzeiten“ Einsatzmöglichkeiten haben, gewährleistet wäre.

Die Entwicklung hin zu immer kürzerer Krankenhausverweildauer, häufig zu Lasten des Patienten, ist ein weiterer Grund für die gehäuften Einweisungen an den Wochenenden. Sehr oft erfolgt die Entlassung aus dem Krankenhaus freitags, zu einem Zeitpunkt, an dem der Hausarzt nicht mehr erreichbar ist. Der Notdienst wird dann eventuell erst am Samstag oder Sonntag hinzugezogen, bei möglicherweise bereits zugespitzter Situation. Häufig wurde dann eine notwendige Medikamententherapie nicht weitergeführt und Entlassungspapiere, die zur Information und zum weiteren Procedere notwendig wären, liegen nicht oder nur unvollständig vor, da sie z. B. über Fax dem behandelnden Arzt zugegangen sind. Zwar ist hier nicht der Ort für eine fundamentale Diskussion der Entwicklung in der Krankenhausversorgung, aber es darf als sicher gelten, dass es schon seit Jahren an einer engen Kooperation zwischen der ambulanten und stationären Versorgung mangelt. Der Bedarf, dies positiv zu verändern, wird mit der Entwicklung eher steigen.

Mit welchen Schwierigkeiten bezüglich Diagnosefindung, therapeutischem Ansatz und gegebenenfalls notwendiger Einweisung ein Dienst habender Notfallarzt sich unter Umständen auseinandersetzen muss, soll das folgende Beispiel verdeutlichen.

⁸⁶ Krankenhaus oder nicht? Studie am Institut für Sozialmedizin Magdeburg im Rahmen der Versorgungsforschung im Auftrag des BMBF und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Berlin 2005, S. 13f.

Fallbeispiel 1

Daten zum Einsatz: Sonntagvormittag, dringende Besuchsanforderung, wohnhaft im Schrebergarten, Zugang problematisch, da das Haus in der Schrebergartenanlage schwer auffindbar, eher ärmliche Wohnverhältnisse, sehr sauber, Arbeitsbedingungen ausreichend gut, Einsatzdauer 20 Minuten.

58-Jähriger Patient, guter Allgemeinzustand, leicht übergewichtiger EZ, gibt links thorakales Druckgefühl an, leichte Übelkeit, auffallend ist eine motorische Unruhe, der Patient ist kreislaufstabil, normofrequent, RR 140/90, Lunge auskultatorisch ohne Befund. Abdomen unauffällig, peripher kein Thrombosehinweis, anamnestisch kein Hypertonus, keine koronare Herzkrankheit bekannt, keine Abhängigkeitserkrankung.

Patient ist einige Stunden zuvor von einer Busreise aus Süddeutschland zurückgekehrt. Beunruhigung des Patienten ist eher gering, im Gegensatz dazu deutlich stärkere Beunruhigung der Ehefrau und der zwischenzeitlich dazugekommenen Tochter. Bei unklarer Symptomatik, einem nicht auszuschließenden Verdacht auf Herzinfarkt, differentialdiagnostisch Verdacht auf eine Lungenembolie wird dem Patienten nach ausführlicher Erläuterung eine Krankenhauseinweisung dringend nahe gelegt. Diese wird vom Patienten mit dem Hinweis abgelehnt er habe nichts, er sei lediglich übermüdet. Ehefrau und Tochter unterstützen die empfohlene Einweisung.

Der Patient erhält von der Ärztin 1 Hub Nitro Spray und 8 Tropfen Diazepam, die Empfehlung sich hinzulegen, ausreichend zu trinken und den Hinweis auf die Option der Krankenhauseinweisung jederzeit und einen möglichen Zweitbesuch der Ärztin.

Im weiteren Verlauf erfolgte nach etwa neunzig Minuten ärztlicherseits eine telefonische Nachfrage. Bei unveränderter Symptomatik stimmte der Patient zu diesem Zeitpunkt der Krankenhauseinweisung zu. Über die Notfallzentrale wurde ein RTW geordert, der den Patienten ins Krankenhaus brachte. Zum weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Der Dissens zwischen Ärztin und Patient bezüglich der Krankenhauseinweisung war weit größer als bei den therapeutischen Maßnahmen. In 25 Prozent der diskrepanten Fälle wurde von den Patienten oder Angehörigen eine Krankenhauseinweisung gewünscht, die nicht indiziert erschien. In 23 Prozent der Fälle empfahl die Ärztin die Einweisung, die vom Patienten zunächst nicht gewünscht war. Meist konnte trotz der knapp bemessenen Zeit ein tragfähiger Kompromiss gefunden werden.

„Mir fehlt etwas Bestimmtes oder Unbestimmtes. meine normale Alltagsruhe und –sicherheit ist einer Beunruhigung und Verunsicherung gewichen. Die verborgene Harmonie meines Gesundseins, dieses undefinierbaren Zustandes des selbstvergessenen Weggegebenseins an meine diversen Lebensvollzüge fehlt mir so sehr, dass ich mich statt dessen ständig selbst thematisieren muss – im Schmerz, im Sich-komisch oder fremd-Fühlen, in Selbstsorge. Irgendwann wird das zu viel oder dauert mir zu lange, so dass ich mein Vertrauen von der Selbsthilfe auf die Fremdhilfe verschiebe. Ich gehe zum Arzt, weil der mich diagnostizieren (durchschauen), vielleicht mehr sehen kann als ich. Spätestens dieser Schritt ist in der Regel nicht mehr von Gedanken an Leben und Tod zu trennen; denn hat man nicht schon erlebt, dass jemand wegen einer Bagatelle zum Arzt ging und mit der Diagnose einer tödlichen Erkrankung nach Hause kam?“⁸⁷

4.3 Inanspruchnahme und mögliche Gründe

4.3.1 Personengruppen

Es lassen sich im Wesentlichen vier Gruppen identifizieren. Frauen, Familien mit Kindern, ältere Menschen und Patienten ausländischer, in der vorliegenden Studie insbesondere türkischer, Herkunft.

4.3.1.1 Frauen

Besteht auch weit gehende Übereinstimmung im Ergebnis der Untersuchung mit anderen Studien, werden jedoch nur wenige Gründe für die stärkere Inanspruchnahme des Notfalldienstes von Frauen angegeben. Ein Grund ist sicher in der höheren Lebenserwartung des weiblichen Geschlechts zu sehen, so dass gerade ältere Frauen mit zunehmender Multimorbidität den Hausbesuch anfordern, weil ihnen ein Praxisbesuch nicht oder nur schwer möglich ist.⁸⁸ Diese Vermutung kann auch durch die folgende Diskussion des Nutzungsverhaltens älterer Menschen gestützt werden.

Ob weitere Ursachen, z. B. die Lebensumstände von alleinerziehenden Müttern oder der hohe Anteil weiblicher Patienten an den psychiatrischen Notfällen, wie sie von Albert C89 beschrieben werden, eine Rolle spielen, ließ sich in der vorliegenden Studie nicht näher erforschen.

⁸⁷ Gadamer, HG (2001): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Zitiert nach: Dörner, K: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer, Stuttgart, New York., S. 52

⁸⁸ EVaS, 1989, S. 48.

⁸⁹ Albert C, 1984, S. 119f.

4.3.1.2 Familien mit Kindern

Im Kapitel Altersstruktur wurde bereits auf die starke Inanspruchnahme des Notdienstes von Kindern unter zehn Jahren bzw. ihrer Eltern hingewiesen. Vor dem Hintergrund, dass sich nur ein geringer Prozentsatz der Eltern an den KV-Notdienst wendet, da es in Hamburg ein breites Angebot für die Versorgung von Kindern gibt, ist die Zahl noch einmal höher zu bewerten. Viele Eltern wenden sich gleich an die Notfallambulanzen und Kinderkliniken mit ambulanten Angeboten. Diese hohe Inanspruchnahme ist ein Ergebnis, das überwiegend von Vergleichsuntersuchungen gestützt wird.

Ebenfalls bestätigen die vorliegenden Ergebnisse die Tendenz, dass bis zum 14. Lebensjahr der Anteil der Jungen größer ist als der der Mädchen. Nach dem 14. Lebensjahr kehrt sich das Verhältnis um.⁹⁰ Die Ursachen werden meist in einer bekannten höheren Morbidität des männlichen Geschlechts in den ersten Lebensjahren gesehen.⁹¹ Zudem sind auch die Vorsorgekontakte der unter fünfjährigen Jungen zahlreicher und die Unfallbeteiligung von Jungen zwischen sechs und vierzehn Jahren ist höher als die der Mädchen.⁹²

Auch wird in der vorliegenden Studie festgestellt, dass der einfache Luftwegsinfekt eines der häufigsten Rufmotive für die Eltern darstellte. Zu der Tatsache, dass diese überwiegend harmlosen Erkrankungen zur Anforderung führen, gibt *Sbanski* zu bedenken, dass die Symptome von Atemwegserkrankungen vornehmlich nachts auftreten und einige Erkrankungen, wie der Pseudokrapp, von durchaus beängstigenden Symptomen begleitet werden.⁹³ *Reinicke* überprüft in seiner Dissertation die Hypothese, ob besonders in Familien mit Kindern akute Erkrankungen eine Notfallkonsultation erforderlich machen, weil sie zu Zeiten auftreten, in denen der Hausarzt nicht erreichbar ist. 20,1 Prozent der befragten Eltern bejahen diese Aussage. In den meisten dieser Fälle wurden wiederum Krankheiten der Atmungsorgane diagnostiziert.⁹⁴

⁹⁰ EVaS, 1989, S. 95.

⁹¹ Freytag, 1984, S. 37.

⁹² EVaS, 1989, S. 96f.

⁹³ Sbanski, UMS (1999): Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch den Notarzt. Med. Dissertation, Universität Frankfurt, S. 35.

⁹⁴ Reinicke, 1988, S. 174.

Die Frage, weshalb offensichtlich viele Eltern bei vergleichsweise harmlosen Erkrankungen den Notdienst anfordern, ist nicht einfach zu beantworten. Der schnelle Ruf nach dem Notdienst hat seine Ursache offensichtlich nicht in der Unkenntnis über die mögliche Erkrankung des Kindes. Auch wenn diese Frage in der vorliegenden Untersuchung nicht explizit gestellt wurde, wird doch in der Tendenz den Ergebnissen *Riepers*⁹⁵ zugestimmt, die feststellte, dass die Eltern in mehr als 80 Prozent die Diagnose kannten. Sie wissen aber keinen Rat und einfache Hausmittel wie Waden- oder Bauchwickel scheinen in Vergessenheit geraten zu sein.

Auch in diesem Zusammenhang könnten die besonderen familiären Verhältnisse in einem großstädtischen Bereich ihre Auswirkungen haben. So gibt *Rieper* in ihrer Untersuchung über die Notfallambulanzen an Hamburger Kinderkrankenhäusern zu bedenken, dass ein krankes Kind für eine berufstätige Mutter eine vermehrte Belastung darstellt und ein Gefühl des Nicht-Gewachsen-Seins auslösen kann.⁹⁶ Dass diese Hilflosigkeit oder der Wunsch nach schneller Abhilfe insbesondere für den großen Teil der berufstätigen und allein erziehenden Mütter ein Grund für den Ruf des Notdienstes sein kann, erscheint plausibel.

Ein unzureichendes soziales Netz trägt sicher auch dazu bei, dass die Selbsthilfekompetenz der Eltern sinkt. „Fehlendes Zusammenleben mit erfahrenen Grossmüttern und die Verängstigung durch unverdaute Aufklärung haben das natürliche Empfinden für gesund und krank, für gefährlich und harmlos gestört.“⁹⁷ So beschreibt *Grete* schon 1986 das Dilemma der Veränderungen im sozialen Umfeld.

Inwieweit ein überhöhtes Anspruchsdenken den zahlreichen Anforderungen zugrunde liegt ist schwer zu belegen. Auffallend ist, dass sowohl *Reinicke* als auch *Rieper* in ihren Untersuchungen feststellten, dass ein erheblicher Teil der Kinder unter zwölf mehr als einen Notarztkontakt wegen leichter Erkrankungen im vorangegangenen Jahr aufwiesen.

⁹⁵ Rieper, B (1995): Untersuchung über die Diagnosen und Probleme der Notfallversorgung im Kindesalter. In: *Kinderarzt*. 2, S. 160.

⁹⁶ Rieper, 1995, S. 154.

⁹⁷ Grete, 1986, S. 632.

4.3.1.3 Ältere Menschen

Die häufige Inanspruchnahme des KV-Dienstes durch ältere Menschen wird in der vorliegenden wie in zahlreichen Vergleichstudien beschreiben.

Es lassen sich mehrere Ursachen definieren. So erscheinen die Ergebnisse hinsichtlich der zunehmenden Multimorbidität dieser Altersgruppe schlüssig. Nach *Fischer* werden bei etwa der Hälfte der über 75-Jährigen mehr als drei Krankheiten in der Allgemeinpraxis behandelt. Zudem verlaufen mehr als drei Viertel aller Gesundheitsstörungen im Alter chronisch.⁹⁸

Eine zusätzlich vermutete Alterseinsamkeit, mit entsprechend mangelhafter sozialer Unterstützung im Krankheitsfall, konnte als Rufmotiv mit den vorliegenden Daten ebenfalls bestätigt werden. So waren 37,4 Prozent der Patienten ab 75 Jahre nur unzureichend betreut oder die Unterstützung fehlte gänzlich. Die Versorgungslage der 60 bis 75-Jährigen war mit 27,4 Prozent unzureichender und fehlender Unterstützung nicht nur besser als bei den älteren, sondern sogar besser als bei den 40 bis 60-Jährigen. Für die schlechte Versorgungslage dieser jüngeren Patientengruppe konnte keine Erklärung gefunden werden.

Möglicherweise kommt hier der große Anteil von Singlehaushalten im Hamburger Stadtgebiet zum Tragen, die mittlerweile auch in dieser Altersgruppe stark vertreten sind. Fast die Hälfte der Hamburger lebt in Ein-Personen-Haushalten, die Seniorinnen stellen mit knapp 30 Prozent einen sehr hohen Anteil.⁹⁹

Diese Vermutung wird u. a. von der Sichtweise *Helmichs et al*¹⁰⁰ gestützt, der Einpersonenhaushalte und Zweipersonenhaushalte ohne Kinder im Gesundheitssystem als Risikogruppen betrachtet.

Ein Fallbeispiel soll eine Situation verdeutlichen, in der trotz anwesender Hilfspersonen die soziale Unterstützung alter, möglicherweise sterbender Menschen schwierig sein kann

⁹⁸ Fischer, GP (1992): Krankheit bei alten Menschen. In: Kochen MM (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S. 284f.

⁹⁹ Statistisches Jahrbuch 2002/2003, nach: http://www.hamburg-magazin.de/ak_statistik.htm.

¹⁰⁰ Helmich P et al (1991): Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Urban & Schwarzenberg, Berlin, Heidelberg, S. 315.

und der Verdacht aufkommt, der Notdienst werde gerufen, um die Verantwortung für den erkrankten Menschen abzugeben.

Fallbeispiel 3

Über eine 94-jährige bettlägerige Demenzpatientin ist fremd-anamnestisch (Tochter, Enkeltochter und 15-jähriger Urenkel, außerdem vier weitere Personen, die verwandtschaftlich nicht zuzuordnen sind) zu erfahren, dass keine akute Verschlechterung vorliegt. Die Patientin sei „schon seit Wochen so“, sie wird von Tochter und Enkeltochter gepflegt (Pflegestufe 3). Der Hausarzt sei schon lange nicht mehr zum Hausbesuch gewesen: „kann ja auch nichts machen“. Als Anlass für die Anforderung geben die Angehörigen an, dass die Patientin ja vielleicht bald stirbt und ob es da nicht besser ist, wenn sie in ein Krankenhaus kommt. Untersuchungsbefund: Patientin nicht ansprechbar, reagiert auf Schmerzreize mit Abwehrbewegung, Atmung stabil, Blutdruck im unteren Normbereich, leichte Tachycardie (um 100), nicht febril, Abdomen weich, keine Schmerzreaktion bei Palpation, kein Hinweis auf äußere Verletzung, kein Dekubitus. Patientin wirkt nicht sonderlich gut gepflegt, aber auch nicht auffällig vernachlässigt, leicht exsiccirt. Ein baldiges Ableben ist möglich, aber nach Befund nicht eindeutig präfinal.

Die Ärztin äußert, dass aus ärztlicher Sicht keine Indikation für eine Krankenhauseinweisung besteht, dass am folgenden Montag der Hausarzt hinzugezogen werden sollte, evtl. könne ein Pflegedienst hinzugezogen werden. Argumentativ wird zu den Anwesenden kein Zugang gefunden. Stereotyp wird mehrfach gefordert die Patientin einzuweisen. Dies wird von der Ärztin abgelehnt mit dem nochmaligen Hinweis auf die o.g. Optionen. Die „gefühlte“ Anamnese und der Eindruck der Ärztin ist, dass die Angehörigen die Patientin „abschieben“ wollen, und es bestehen große Vorbehalte den Angehörigen gegenüber. Die Situation wird als kaum lösbar empfunden. Aber diese Interpretation berücksichtigt weder den Druck, unter dem die Angehörigen möglicher Weise stehen, noch die emotionale Not von Tochter und Enkeltochter. Das Hoffen, endlich die Verantwortung abgeben zu können – ein verständlicher und gerechtfertigter Wunsch.

Fazit: Die Ärztin verlässt die Wohnung ohne eine Einweisung ausgestellt zu haben. Es bleibt Unzufriedenheit auf beiden Seiten. Da aus irgendeinem Grund der Name des Hausarztes nicht genannt wird, kann dieser am folgenden Werktag nicht angerufen werden. Verlauf bleibt unklar.

An diesem Beispiel werden einerseits die Anforderungen an die Fähigkeiten der Ärzte im Notfalldienst deutlich, die weit über das medizinische Wissen hinausgehen. Eine Entscheidung darüber, ob ein Patient zu Hause sterben darf, ob er es überhaupt will und ob die pflegenden Angehörigen in der Lage sind, diese Situation zu bewältigen, kann ein Arzt im Notfalldienst kaum zufriedenstellend treffen. Weder stehen Informationen zur Krankengeschichte bereit, noch sind familiäre Umstände hinreichend bekannt oder in der Kürze der Zeit zuverlässig zu beurteilen. Wie im Fallbeispiel skizziert, ist der Patient womöglich nicht ansprechbar.

Fällt die eindeutige medizinische Indikation zur Krankenhauseinweisung also weg, befindet sich der Arzt im Notfalldienst in einer annähernd unlösbaren Situation, die ihn unerwartet mit einem elementaren gesellschaftlichen Defizit konfrontiert. „Der Tod ist in unserer Zivilisation ins Ghetto verbannt und als gesellschaftliches Problem zum Medienereignis

verdrängt worden.“¹⁰¹ Nur wenige Erwachsene haben heutzutage Erfahrungen mit Sterbenden. *Herrmann*¹⁰² zitiert eine Statistik, der zu Folge 1997 lediglich knapp 20 Prozent der Gesamtsterbefälle im Rahmen häuslicher Pflege verstarben.

Der langjährig betreuende Hausarzt wäre in dem Fallbeispiel der richtige Adressat für die Angehörigen gewesen, ihm stehen gewöhnlich die notwendigen Informationen zu den familiären Gegebenheiten zur Verfügung. Über die Motive, weshalb dieser nicht gerufen wurde, weshalb der Autorin nicht einmal der Name genannt wurde, kann spekuliert werden.

Die Anforderung des Notfalldienstes in solchen Situationen weist nicht nur auf die Hilflosigkeit und Überforderung vieler Erwachsener mit dem Thema Tod hin und macht die Not mancher betagter Patienten deutlich, sie zeigt auch, in welchen nicht-krankheitsbedingten Krisen der ärztliche Notdienst in Anspruch genommen wird. Diese Anforderung als nicht gerechtfertigt zu bezeichnen, mag unter medizinischen Gesichtspunkten richtig sein, dieses Urteil würde der Not der Angehörigen jedoch nicht gerecht.

4.3.1.4 Patienten ausländischer Herkunft

Die Patienten mit Migrationshintergrund waren leicht stärker vertreten als es dem Bevölkerungsanteil in den untersuchten Bezirken entsprach. Die Gruppe der Patienten türkischer Herkunft war mit 23 Prozent an den ausländischen Patienten gegenüber 15 Prozent Anteil im Untersuchungsbezirk leicht überrepräsentiert.

Albert stellte fest, dass die Patienten ausländischer Herkunft signifikant häufiger den Notfalldienst in Hannover in Anspruch nahmen, als es ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entsprach. Als einzige Ursache vermutet er Sprachbarrieren, die es Migranten erschwert die normalen Sprechstunden ohne Dolmetscher aufzusuchen.¹⁰³

¹⁰¹ Böni, R (1992): Umgang mit Sterbenden. In: Kochen MM (Hrsg): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S. 331.

¹⁰² Herrmann, H (1999): Hausarzt und Palliativmedizin: Wieviele Sterbende betreuen Sie eigentlich? In: ZFA, 10, S. 520.

¹⁰³ Albert C, 1984, S. 121.

In einer Teilveröffentlichung derselben Studie weisen *Tryba, Albert* und *Haehn* darauf hin, dass viele Patienten mit ausländischer Staatsbürgerschaft offensichtlich nicht in hausärztlicher Betreuung stehen und den Notfallarzt als Ersatz für den Hausarzt betrachten.¹⁰⁴ Sie plädieren für eine intensive Aufklärung dieser Bevölkerungsgruppe über die Notwendigkeit einer hausärztlichen Betreuung.

Die Sprachbarrieren werden auch in einer Studie der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Gesundheitssituation von Migranten als eines der größten Probleme definiert.¹⁰⁵ Der Einsatz von qualifizierten Dolmetschern in Kliniken und Praxen sei nicht der Regelfall. Meist werde dieser Dienst von Verwandten oder Bekannten der Patienten geleistet.

Die Auswirkungen von geringen Sprachkenntnissen führen sicher in zahlreichen Fällen dazu, dass der eigentliche Sinn eines Notdienstes nicht bekannt ist. Erschwerend kommt hinzu, dass das deutsche Gesundheitssystem sehr ausdifferenziert ist und so auch für Migranten, die schon zehn oder mehr Jahre in Deutschland leben, sehr unübersichtlich bleibt. Häufig sind in ihren Heimatländern adäquate Funktionen wie sozialpsychiatrische Zentren, Beratungsstellen für bestimmte Erkrankungen o.ä. nicht bekannt.¹⁰⁶

Verhindern Sprachprobleme einerseits den Kontakt zum Hausarzt, erschweren sie zugleich die Behandlung in der Praxis oder beim Hausbesuch im Rahmen des Notfalldienstes, der zudem unter größerem Zeitdruck stattfindet. In der vorliegenden Studie war die Kommunikation aufgrund fehlender Deutschkenntnisse in 73 Prozent der Besuche bei ausländischen Patienten mindestens stark eingeschränkt. Konnten anwesende Angehörige die Dolmetscherfunktion übernehmen, blieb die Kommunikation in 16 Prozent dennoch erheblich eingeschränkt.

„Sprachprobleme sind dabei nur die Spitze des Eisberges“ so leitet *Yildirim-Fahlbusch* einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt ein.¹⁰⁷ In eigener Praxis und Notfalldiensterfahrung

¹⁰⁴ Tryba et al, 1985, S.28.

¹⁰⁵ NN: Verständigungsprobleme können gute Vorsorge verhindern. In: Ärzte Zeitung, 11.04.02.

¹⁰⁶ Ünal, A (1999): Die Pathologie der Gastfreundschaft. Erfahrungen der MigrantInnen im Sozialstaat Deutschland. Vortrag auf der 2. Fachtagung Migration und Gesundheit, 19./20.11.99.

¹⁰⁷ Yildirim-Fahlbusch, Y (2003): Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. In: Deutsches Ärzteblatt, 18, S. 1179.

ist die Verfasserin dem unterschiedlichen, kulturell bedingten Krankheitsverständnis von Migranten begegnet.

Diese Unterschiede wurden oftmals als viel gravierender empfunden als die bloßen sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten. Menschen aus dem türkischen Kulturkreis zum Beispiel haben eine eher ganzheitliche Auffassung von Körper, Symptomatik und Krankheit. Krankheit gilt als exogen verursacht, zum Beispiel durch Dämonen, und so ist es viel wichtiger zu klären, wie und warum jemand von Krankheit betroffen ist, als Art, Umfang und Schweregrad zu klären.¹⁰⁸

Darüber hinaus führen ein mystisches Medizinverständnis, die in Redewendungen eingebetteten Organchiffren wie „meine Leber fällt“ oder der Einsatz von magischen Gegenhandlungen zu Missverständnissen und zu Unmut bei deutschen Ärzten.¹⁰⁹ Wesentlich gravierender ist es allerdings, dass die Unkenntnis über das andere Krankheitsverständnis, Migrationshintergründe und -belastungen sowie die Sprachprobleme zum vermehrten Einsatz technischer Mittel bei Diagnostik und Therapie führen, zu gesteigertem Medikamenteneinsatz und immer wieder zu insgesamt problematischen Krankenkarrerien. Einer Untersuchung an der Ambulanz einer hessischen Universitätsklinik zufolge ist die Zuweisungsdiagnose der einweisenden deutschen Ärzte bei Migranten in 48 Prozent der Fälle falsch. Dem gegenüber liegt die Fehlerquote bei deutschen Patienten bei 19 Prozent.¹¹⁰

Es gibt also einige Gründe, die die deutlich häufigere Beteiligung von Migranten am KV-Notdienst erklären oder zumindest verständlicher machen. Stark abweichende Erwartungshaltungen von deutschen Ärzten und Patienten aus anderen Kulturkreisen erschweren häufig den Kontakt. Scheint es einerseits so, dass viele dieser Patienten noch fest an die Segnungen der westlichen Medizin glauben¹¹¹, ist es auf der anderen Seite schwierig sie für bestimmte Behandlungsmethoden oder Vorsorgeuntersuchungen zu gewinnen. Erst sehr spät, wenn traditionelle Bewältigungsstrategien keinen Erfolg hatten, werden die ärztlichen Leistungen in Anspruch genommen. Diese Art „Feuerwehrfunktion“ wird dann offensicht-

¹⁰⁸ Bühring, P (2002): Psychisch kranke Migranten: Interkulturelle Kompetenz immer wichtiger. In Deutsches Ärzteblatt 99/30, S. A-2010.

¹⁰⁹ Yildirim-Fahlbusch, 2003, S. 1180, Richter, 2001, S. A-3421.

¹¹⁰ Koch, E, Özek, M, Pfeifer, M (1995): Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-Türkische Perspektiven, Freiburg i. B., S. 209.

¹¹¹ Kielhorn, R (1992): Ausländische Patienten. In: Kochen, MM(Hrsg.): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S. 280.

lich häufig vom KV-Notdienst übernommen. Neben der besseren Information für Migranten in geeigneter Form, ist es zum Wohle der ausländischen Patienten und zur Erleichterung der Arbeit für deutsche Ärzte sicher ratsam, dass Informationen zum interkulturellen Krankheitsverständnis schnell Eingang in die Ausbildung medizinischen Personals finden.

4.3.2 Gesundheitszustand

In der Untersuchung wurde sowohl der grundsätzliche Gesundheitszustand der Patienten eingeschätzt, also unabhängig von der akuten Erkrankung, als auch der Schweregrad der akuten Erkrankung beurteilt. Bei der Analyse des Gesundheitszustands wurde noch einmal zwischen der biologischen und der psychosozialen Verfassung der Patienten unterschieden. 46 Prozent der Patienten galten in biologischer Hinsicht als ganz gesund, aus psychosozialer Sicht waren es sogar 56 Prozent. Lediglich vier Prozent waren biologisch schwer krank, drei Prozent der Patienten galten als psycho-sozial schwer krank mit zum Teil langzeitigen vorangegangenen stationären Behandlungen.

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass der Notdienst überwiegend aufgrund von akuten Erkrankungen gerufen wird, von einer ansonsten als gesund geltenden Bevölkerungsgruppe. Es gibt folglich nur eine kleine Gruppe von Patienten, die aufgrund von Multimorbidität oder chronischen Erkrankungen den Notdienst in Anspruch nehmen. Diese Annahme wird auch durch die Auswertung der Daten zum Krankheitsstadium bei Eintreffen der Ärztin gestützt. Es handelte sich in 57 Prozent der Fälle um akute Erkrankungen, 14 Prozent subakut, 18 Prozent Exazerbationen und nur 11 Prozent wurden den chronischen Erkrankungen zugeordnet. Zu diesen Merkmalen konnten in keiner anderen Studie vergleichbare Daten gefunden werden.

Der Schweregrad der Erkrankungen wurde allerdings in zahlreichen Studien untersucht. In der vorliegenden Untersuchung wurde die akute Erkrankung in sechs Prozent der Fälle als schwer, d.h. potentiell lebensbedrohlich eingestuft mit unverzüglichem Behandlungsbedarf. 22 Prozent boten ein eher schweres Krankheitsbild mit deutlichem Therapiebedarf, knapp die Hälfte der Patienten dagegen zeigten eine eher leichte Erkrankung mit nicht immer zwingender Abklärungs- und Behandlungsnotwendigkeit. Bei 22 Prozent der Anforderungen wurden leichte Erkrankungen beschrieben, die selbst-limitierend sind und bei denen allenfalls eine symptomatische Behandlungsoption besteht.

Ähnliche Zahlen finden sich in anderen Studien zur Notfallmedizin, wobei nicht in allen herangezogenen Untersuchungen ein direkter Vergleich zulässig ist, da meist unterschiedliche Kriterien zu Grunde liegen und nicht in allen Untersuchungen nur Hausbesuchsdienste betrachtet wurden.

Reinicke nennt beispielsweise 2,5 Prozent sehr schwere, lebensbedrohliche Erkrankungen, 15 Prozent ordnet er als schwer krank ein, knapp 54 Prozent seiner Untersuchungsklientel sieht er als mittelschwer erkrankt an und knapp 27 Prozent sind nach seiner Einschätzung nur leicht erkrankt.¹¹² Die Kriterien, die *Reinicke* zur Bewertung heranzieht, sind im Wesentlichen vergleichbar mit denen der vorliegenden Studie.

C. Albert hat die Einteilung nach drei Schweregraden in Bezug auf Diagnosen und Diagnosegruppen vorgenommen. Mit der oben genannten eingeschränkten Vergleichbarkeit zählen 84 Prozent zu den leichten Erkrankungen, 13 Prozent zu den mittelschweren und nur drei Prozent zu den schweren, lebensbedrohlichen Fällen.

In der Arbeit von *Bonorden, Röwer, Glück* und *Mohr*¹¹³ nennen die Autoren zu jeweils etwa einem Drittel eine absolute, relative und fragliche Indikation für die durchgeführten Hausbesuche.

Träder findet bei 898 Hausbesuchspatienten einen Prozentanteil von 11,9 lebensbedrohlich Erkrankten, 53,3 Prozent schätzt er als ernsthaft krank ein, 32,6 Prozent als leicht krank mit nicht zwingender Behandlungsoption am Besuchstag und nur 2,1 Prozent ordnet er unter der Rubrik Bagatellfälle ein.

4.3.3 Soziale Situation und Unterstützung der Patienten

Insgesamt wurde nur bei knapp acht Prozent der Besuche eine völlig fehlende soziale Unterstützung des Patienten vorgefunden. Knapp 15 Prozent der Patienten verfügten über unzureichende Unterstützung.

¹¹² Reinicke, 1988, S. 129f.

¹¹³ Mohr et al, S. 529f.

Die Ergebnisse haben die Annahme bestätigt, dass fehlende soziale Eingebundenheit vermehrt zu unnötigen Notdienstanforderungen führt. Denn mehr als drei Viertel der Einsätze, bei denen diese Unterstützung gänzlich fehlte, wurden als zweifelhafte Anforderung eingestuft, d. h. aus medizinischer Sicht waren sie nicht gerechtfertigt. Je besser die soziale Eingebundenheit war, desto geringer war die Quote zweifelhafter Anforderungen. ($p < 0,001$)

In fast allen vergleichbaren Untersuchungen werden zwar ebenfalls nicht gerechtfertigte Anforderungen benannt, dieses Urteil wird allerdings häufig ausschließlich mit der mangelnden Problemschwere¹¹⁴ oder der mangelnden Therapienotwendigkeit¹¹⁵ aus der Sicht des Arztes begründet. Es werden selten Zusammenhänge mit den weiteren Lebensumständen der Patienten gesucht.

Lediglich *G. Albert* erfasste die Lebenssituation und hielt fest, dass 23 Prozent der Patienten, die einen Hausbesuch im Rahmen des Notdienstes bestellten, alleinstehend waren.¹¹⁶ Sie begründet diesen relativ hohen Anteil mit der großen Anzahl von alleinstehenden Rentnern, die den Notdienst möglicherweise in Anspruch nehmen, da ihnen an den Wochenenden ihre Vereinsamung besonders bewusst wird. Die Besuche, die sie nennt, bei denen die einzige Therapie des Arztes im Zuhören bestand, erfolgten im Vergleich zum untersuchten Landbezirk deutlich häufiger im Stadtbezirk.¹¹⁷

Die häufig völlig fehlende Unterstützung bei allein lebenden Personen ist sehr wahrscheinlich Folge des Funktionswandels der Familien. Vor allem in Großstädten ist die „Altersdepression bei Rentnern“ bekannt, die vor allem nach dem Tod des Ehepartners in den sogenannten „Gattenfamilien“ auftritt, die die Großfamilie ersetzt haben.

Hierzu ein Fallbeispiel:

¹¹⁴ Freytag, 1984, S. 45.

¹¹⁵ Hestermann, 1992, S. 58f.

¹¹⁶ Albert, G, 1992, S. 18.

¹¹⁷ Albert, G, 1992, S. 46f.

Fallbeispiel 4

Eine 74-jährige Patientin klagt seit Tagen über extremen Kopfschmerz, sie äußert mehrfach, nichts würde helfen. Es bleibt unklar, was genau damit gemeint ist, bzw. welche Selbsthilfemaßnahmen ergriffen wurden. Der Kollege des vorangegangenen Notfalldienstes hatte Tropfen verordnet, die auch nicht geholfen hätten. Es ist nicht klar zu erfragen, ob die Patientin während der Tage zuvor bei ihrem Hausarzt gewesen ist. Offensichtlich erfolgte aber schon einmal eine stationäre Einweisung aufgrund der Kopfschmerzen. Die Patientin signalisiert der Ärztin, dass sie ins Krankenhaus eingewiesen werden will. Die Patientin ist allein lebend. Die Tochter wohnt weiter entfernt. Diese ruft während des Besuchs an und sagt der Ärztin, dass ihre Mutter doch unbedingt zur Abklärung der Kopfschmerzen ins Krankenhaus müsse, obwohl es ein Wochenendtag ist. Die Ärztin sieht nach erfolgter Untersuchung und der oben kurz beschriebenen, schwierigen Anamnese dazu vorerst keine Notwendigkeit, erklärt dies der Patientin und der Tochter. Beide äußern deutliche Unzufriedenheit. Nach Absprache erfolgt dann weiteres Procedere: Die Patientin erhält eine Amp. Azetylsalicylsäure i. v. sowie Erläuterungen weiterer Begleitmaßnahmen. Nach zwei bis drei Stunden soll eine Rückmeldung erfolgen.

Die Rückmeldung erfolgt nach exakt zwei Stunden. Die Kopfschmerzen seien unverändert und nicht aushaltbar. Die Ärztin macht einen Zweitbesuch und findet die Patientin in vom Aspekt unverändert guten AZ. Aufgrund des geschilderten Verlaufs erhält die Patientin dann aber doch die gewünschte Krankenhauseinweisung und dazu einen Transportschein für den Krankenwagen, da sie nach ihren Angaben nicht in der Lage ist, sich in ein Taxi zu setzen.

Doch auch eine fehlende Zugewandtheit trotz anwesender Angehöriger hat ihre Ursachen vermutlich in dem Rollenwandel der Familien. *Reinicke* ist einer der wenigen, der in seiner Studie auf die krank machenden Interaktionsmuster innerhalb der Familie eingeht.¹¹⁸ So könnten die gehäuften Notfalldienstanforderungen an Wochenenden z. B. ihre Ursache in einer besonderen Anfälligkeit für Krankheiten als Folge mangelnder Anpassungsfähigkeit an die wechselnden Bedingungen von Arbeit und Freizeit haben. Die Frage sei noch weitgehend ungeklärt, „... welchen Beitrag zur Gesundheit das System Familie heute bei der Bewältigung der Anforderungen durch psychosozialen Streß zu leisten vermag.“¹¹⁹

Geradezu ernüchternd ist das Ergebnis *Reinickes*, dass nur in 49 Prozent der Hausbesuche, in denen Angehörige anwesend waren, die Patienten direkte Zuwendung von diesen erhielten. „Nicht nur die zerschlagenen Familien haben zugenommen, sondern auch die Kommunikationsstörungen“¹²⁰. So beschreiben *Helmich et al.* dieses Phänomen, das vor allem in Großstädten und somit auch für das hier untersuchte Notfalldienstgebiet Gültigkeit besitzen dürfte.

¹¹⁸ Reinicke, 1988., S.223f.

¹¹⁹ Reinicke, 1988, S. 224.

¹²⁰ Helmich et. al., 1991, S. 315.

An dieser Stelle wird außerdem auf die grundlegende Arbeit von *Berkman* und *Syme* verwiesen, die bereits 1979 in einer umfangreichen Untersuchung beobachteten, „... daß Menschen mit fehlender „sozialer Bindung“ eine bis zu 3mal höhere Mortalität hatten als diejenigen, die intensive familiäre, nachbarschaftliche, freundschaftliche Beziehungen und Einbindungen in das Gemeindeleben hatten.“¹²¹ Diese Erkenntnisse korrespondieren deutlich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie und den Wahrnehmungen der Untersucherin.

4.3.4 Selbsthilfekompetenzen und Beunruhigung

Die mangelnde Selbsthilfekompetenz der Eltern im Krankheitsfall ihrer Kinder ist nach den Beobachtungen dieser Studie auch bei einem Großteil aller übrigen Patienten zu beobachten. 51 Prozent der gesamten Untersuchungsklientel hatten vor dem Eintreffen der Autorin nichts zur Linderung der Beschwerden unternommen. Lediglich 15 Prozent hatten absolut sinnvoll gehandelt, d. h., es wurden zuvor Wadenwickel bei hohem Fieber angelegt oder einem fiebernden Kind Paracetamol Zäpfchen verabreicht. 33 Prozent hatten zumindest gute Ansätze gezeigt. Von den 170 Fällen, die als zweifelhafte Anforderung bezeichnet wurden, war in 9,4 Prozent die völlig fehlende Selbsthilfekompetenz der ausschlaggebende Grund für diese Einordnung.

Reinicke stellte fest, dass 35,4 Prozent der Untersuchungsgruppe eine Eigenbehandlung vorgenommen hatte, ohne allerdings die Sinnhaftigkeit aufzuschlüsseln. Interessant ist hingegen die Unterscheidung in die Anwendung alter Hausmittel, die er mit 4,3 Prozent beziffert, gegenüber der Einnahme von Tabletten in 24,8 Prozent der initiativen Behandlungsversuche.¹²² Diese Zahlen bestätigen wiederum eine dramatische Abnahme der Kenntnisse dieser überlieferten Heilmittel und –methoden.

Dieser Mangel wird ebenfalls von *Hestermann* beschrieben, die insbesondere den hohen Anteil männlicher Patienten mit „banalen Infekten“ beklagt, die durch Mittel der Hausapo-

¹²¹ Berkman, L.F., Syme, S.L. (1979): Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents., S. 314.

¹²² Reinicke, 1988., S. 228.

theke oder diätetischer Maßnahmen ausreichend hätten behandelt werden können ohne den Notfallarzt einzubeziehen.¹²³

Dass es sich um ein besonderes Phänomen im städtischen Lebensumfeld handelt, bestätigen auch die Zahlen von *G. Albert*. Im untersuchten Landbezirk hatten 42,5 Prozent der Patienten zuvor Eigeninitiative ergriffen. Im Stadtbezirk waren es nur 14,6 Prozent.¹²⁴

Der Zusammenhang zwischen sinkender Selbsthilfekompetenz mit abnehmendem Bildungsstand wurde in anderen Studien nicht ausdrücklich untersucht. Von 257 Patienten, die keine Eigeninitiative ergriffen hatten, wurde 64 Prozent ein sehr niedriger oder eher niedriger Bildungsstand zugewiesen.

Rieper fand ebenfalls einen hohen Anteil von Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss, der vermehrt die Kindernotfallambulanzen aufsuchte. Diese Familien machten 53 Prozent in der Kategorie der Eltern aus, die mehr als viermal eine Notfallbehandlung für ihr Kind in Anspruch nahmen.

Zu der Frage der Beunruhigung von Patienten und Angehörigen im Falle des Notdienstkontaktes liegen aus anderen Studien keine Vergleichszahlen vor.

Den Daten der vorliegenden Untersuchung zufolge gibt es keine direkte Korrelation des Grades der Beunruhigung zum Schweregrad der Erkrankung. So wurden 50 Prozent der Untersuchungspopulation eine nur leichte Erkrankung zugeordnet. Mehr als die Hälfte dieser Gruppe zeigte jedoch eine starke Beunruhigung und knapp zwanzig Prozent zeigten sich sogar sehr stark beunruhigt. Im Gegensatz dazu waren von den 25 Patienten mit einer schweren Erkrankung nur 14 sehr stark beunruhigt, dies entspricht etwa 56 Prozent.

Unterschiedliche Faktoren führen zu diesen Ergebnissen. Die Klassifizierung, die die Autorin in Bezug auf die Schwere der Erkrankung vorgenommen hat, orientiert sich in erster Linie an der somatischen Medizin. Patienten mit einer Angststörung, die nicht als akute Panikstörung imponiert, werden meist in der Bewertungsskala den leichten Erkrankungen

¹²³ Hestermann, 1992, S. 85.

¹²⁴ Albert, G., 1992 S. 23.

zugeordnet. In der weiteren Interpretation kann derselbe Patient dann in der Rubrik der zweifelhaften Anforderungen auftauchen.

Die Verunsicherung, die Beunruhigung, die Angst, das Alleinsein, das sich krank und hilflos Fühlen, das dem Patienten innewohnt, ihn leiden lässt und ihn veranlasst hat, den Notfalldienst zu rufen, werden häufig nicht oder nur sehr spät wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund dürfen die Ergebnisse der Studie nicht dazu führen, leichtfertig von Fehleinsätzen oder gar Missbrauch des Notfalldienstes zu sprechen. In wirtschaftlich unsicheren Zeiten und bei sozialer Instabilität wird die Verunsicherung verstärkt durch die tägliche Präsentation von Panikmeldungen in den Medien, gekoppelt mit den diversen Elementen der Gesundheitshysterie.

4.4 Fragliche Inanspruchnahme

Eine der Kernfragen dieser Arbeit ist die Frage nach der Berechtigung der Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notdienstes. Gibt es eine eindeutige Fehlinanspruchnahme? Wie groß ist der Anteil und welche Umstände führen dazu?

4.4.1 Umfang

In der Studie wird versucht, eine klare Trennung vorzunehmen zwischen häufiger Inanspruchnahme und einer vermuteten fraglichen Inanspruchnahme. Zwischen beiden Gruppen besteht nicht zwangsläufig eine Korrelation. Ebenso sei hier bereits erwähnt, dass die Untersucherin Anforderungen aus vorwiegend psycho-sozialem Anlass nicht automatisch in den Kontext der Fehlanforderung gestellt hat, wie es bei einigen Autoren zu finden ist.

Nach aller Vorsicht bei der Bewertung und Auswertung der Ergebnisse kommt die Autorin zu dem Schluss, dass es eine Fehlinanspruchnahme gibt. Bei 20 von insgesamt 534 Patienten spricht die Autorin uneingeschränkt von Missbrauch des KV-Notdienstes. Außerdem erhielten 53 Patienten bei der Einordnung der Angemessenheit der Anforderung eine fragliche Einstufung. 113 Patienten wurden der Kategorie eingeschränkte Angemessenheit zugeordnet. Insgesamt stellen diese 186 Patienten 35 Prozent der untersuchten Klientel dar.

In vergleichbaren Studien werden zu der Frage der Fehlinanspruchnahme ähnliche Zahlen genannt. *Mohr, Bonorden, Glück* geben 32,5 Prozent fraglicher Inanspruchnahme an, *Blum* nennt in seiner Untersuchung der Einsätze einer Rettungswache mit RTW und Krankenzug 16,5 Prozent Fehleinsätze. *Träder* liegt allerdings mit nur 2,1 Prozent Bagatellfällen deutlich niedriger.

Albert G hält 7,3 Prozent der untersuchten Einsätze für überflüssig und bei weiteren 13,5 Prozent stellt sie die Anforderung in Frage, da die Patienten nach ihrer Ansicht in die Praxis hätten kommen können. *Machens und Ullmann* sehen bei ihrer Auswertung von Notdienstscheinen bei 44 Prozent überflüssige Anforderungen. Nach *Reinicke* waren zwei Drittel seiner getätigten Einsätze nicht notwendig, da entweder die Patienten die Möglichkeit gehabt hätten, die reguläre Sprechstunde aufzusuchen oder nicht behandlungsbedürftig waren.

4.4.2 Faktoren

4.4.2.1 Anspruchsdenken

Für die eindeutige Zuordnung von 20 Fällen zur Kategorie Missbrauch des KV-Dienstes, mussten mehrere Faktoren und Umstände zusammentreffen. Zumeist handelte es sich um eine Mischung aus überzogenem Anspruchsdenken, das z. T. deutlich benannt wurde, und Erkrankungen, die zu einem anderen Zeitpunkt hätten behandelt werden können, bzw. keiner Behandlung bedurften. Zunächst soll ein Fallbeispiel dazu dienen, die Dimension eines solchen missbräuchlichen Verhaltens darzustellen.

Fallbeispiel 5

26-jährige Patientin, im Untersuchungszeitraum zweimal eine Hausbesuchsanforderung. Die Patientin war der Ärztin darüber hinaus bereits aufgrund zweier vorausgegangener Notfalldienstanforderungen bekannt. Anforderung erfolgte in allen vier Fällen wegen Beinschmerzen. Die Genese dieses einseitigen Beinschmerzes bleibt bis zum Schluss unklar. Die Patientin gibt an, „mal eine Unterschenkelthrombose gehabt zu haben, seitdem Schmerzen zu haben und ihr behandelnder Chirurg sage, dass da keine Tabletten helfen sondern nur Spritzen. Und so sei es auch, die anderen Tabletten (gemeint sind NSAR) vertrage sie nicht und von den Spritzen helfe nur Tramal.

Zur Patientin: schlank, in gutem AZ, keine Gehbehinderung, beide Beine im Vergleich unauffällig, kein auslösbarer Druckschmerz, kein Hinweis auf vertebrale Genese.

Angabe der Patientin: Das ganze rechte Bein tut weh.

Zum Einsatz: Wohnung in einem Wohnblock mit Mehrfamilienhäusern, Wohnung nicht sonderlich sauber aber keinesfalls ärmlich. Partner anwesend, zwei Kinder sind bei dem einen Hausbesuch kurz zu sehen, bei dem nächsten bleiben sie interessiert im Wohnzimmer, in dem jedes Mal der Kontakt stattfindet, bei laufendem Fernseher, vollen Aschenbechern mit noch glimmenden Zigaretten, Bierflaschen auf dem Wohnzimmer-tisch. Auf den Hinweis der Ärztin, dass sich das gewünschte Medikament nicht mit Alkohol vertrage, erhält sie die Antwort, dass nur der Partner Bier trinke. Einem Hinweis auf eine mögliche Abhängigkeit von dem Analgetikum wird mit Empörung begegnet und gekontert, dass die Ärztin diffamierend sei.

Die Patientin erhält bei dem ersten Besuch im Rahmen dieser Studie nach ca. 25 Minuten, während derer die Anamnese erfragt wird, die Untersuchung erfolgt und nach einer entsprechenden Diskussion widerstrebend und unter Zeitdruck der Ärztin die gewünschte Spritze.

Bei dem zweiten Hausbesuch unter identischen Umständen, verweigert die Ärztin die Injektion und hinterlässt vier Tabletten Paracetamol 500mg, mit dem Hinweis, ggf. bei der ersten Einnahme 1x2 Tabletten zu nehmen und bei Bedarf nach sechs Stunden eine weitere Tablette.

Das Resultat dieser Aktion war, dass die Ärztin etwa 30 Minuten später in der Wohnung einer anderen Patientin von dem ärztlichen Kollegen der Einsatzzentrale angerufen wurde, da sich o. g. Patientin dort beschwert hatte; die Ärztin hätte ihr die dringend notwendige Injektion verweigert. Die Ärztin versuchte dem Kollegen den Sachverhalt aus ihrer Sicht darzulegen mit dem Ergebnis, dass sie gebeten wurde, die Patientin noch einmal aufzusuchen, um zur Konfliktlösung die geforderte Injektion zu verabreichen. Diese Bitte wurde von der Ärztin verweigert mit dem Hinweis, es bestünde keine Lebensgefahr, das Vertrauensverhältnis Ärztin/Patientin sei vollends gestört und außerdem bestehe aus Sicht der Ärztin keine Indikation für die Injektion.

Soweit bekannt, wurde von der Telefonzentrale ein Kollege des Nachbarbezirks gebeten, den Einsatz bei der Patientin zu fahren.

Dieses Beispiel erscheint bestens geeignet, die im Rahmen eines Hausbesuchseinsatzes möglichen Facetten von Konflikten aufzuzeigen. Es wird deutlich, wie unter Zeitdruck dem Wunsch der Patientin beim ersten Besuch widerstrebend nachgekommen wird. Das Verweigern der Spritze während des zweiten Besuchs lässt den Konflikt eskalieren. Der Ärger der Autorin über die Patientin und den offensichtlichen Missbrauch ihrer Dienste wird durch die divergierende Einschätzung des Arztes in der Notrufzentrale und die Anforderung eines Kollegen, dem Wunsch der Patientin nachzukommen, noch verstärkt.

Nicht alle als Missbrauch eingestuften Hausbesuche führten jedoch zu derartiger Eskalation. Unter anderem finden sich hier auch neun Patienten, die den KV-Notdienst als Instanz für die zweite Meinung benutzten. Es wurde dem Hausarzt oder anderen Fachärzten misstraut, es ging darum, von neuen Optionen zu erfahren oder die Patienten waren gar zur Abklärung der gleichen Symptomatik bereits im Krankenhaus gewesen.

Auch finden sich hier Patienten, die ganz deutlich signalisierten, dass der KV-Notdienst für Sie eine Verlängerung der hausärztlichen Sprechstunde ist – nur viel bequemer: Nicht der Patient muss in die Praxis des Hausarztes kommen und dort eventuell noch Wartezeiten in Kauf nehmen. Der Notfallarzt kommt ins Haus und holt die „Wunderspritze“ gegen die Rückenschmerzen hervor – die der Patient schon seit Tagen oder gar Wochen hat. Beschwerden über lange Wartezeiten gehören ebenso in das Repertoire dieser Patienten, wie grobe Aufforderungen das gewünschte Rezept auszufüllen, da das Medikament auszugehen drohe. Von der Existenz der beiden Hamburger Notfallpraxen haben diese Patienten üblicherweise noch nichts gehört.

In diesen Einzelfällen hat sich die Autorin eindeutig – und ohne zu zögern – für die Zuordnung zur Kategorie Missbrauch entschieden.

Nicht als Missbrauch gewertet aber zumindest fraglich wurden Einsätze beurteilt, bei denen eine sinnvolle Behandlung von einem anderen Arzt bereits eingeleitet wurde, die erhoffte Besserung aber noch auf sich warten ließ. Auch Einsätze bei Patienten mit einer extrem niedrigen Schmerztoleranz, komplett fehlenden Selbsthilferessourcen oder chronisch Kranke ohne erkennbare Exazerbation wurden als fragliche Anforderung eingestuft, in denen mit hoher Wahrscheinlichkeit ein hohes Anspruchsdenken und/oder der Wunsch nach schneller Abhilfe im Hintergrund mitschwangen. Sicher ist auch bei dieser Patientengruppe die Not und die Verunsicherung des Einzelnen zu sehen und auch zu lindern, doch bedarf es nach Ansicht der Autorin keines Notdiensteinsatzes.

4.4.2.2 Hausärztliche Anbindung und ambulante Notfallversorgung

Nicht alle Patienten, die zum Beispiel am Vortag ihren Hausarzt hätten aufsuchen können, wurden der Kategorie Missbrauch zugeordnet. Oft wurden diese Einsätze als fraglich oder nur eingeschränkt indiziert bewertet. Dazu gehört z. B. die allein erziehende, berufstätige Mutter, die es freitags nicht mehr in die Sprechstunde des Kinderarztes geschafft hat. Doch wie die Ergebnisse gezeigt haben, hätte mit 30 Prozent ein hoher Anteil der Patienten ohne Gefahr für die Gesundheit den Hausarzt zu regulären Sprechstundenzeiten aufsuchen können. So ist eine fehlende oder mangelhafte Anbindung an den Hausarzt sicher ein Grund für die Nutzung des Notdienstes aus z. T. banalen Gründen. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Untersuchung, die in fünf städtischen Notfallambulanzen in den USA (n=1696)

durchgeführt wurde. Unabhängig von Versicherungsstatus, Bildung, Alter, Geschlecht und Multimorbidität wird eine 1,6fach erhöhte Inanspruchnahme ohne dringliche Indikation genannt.

In der vorliegenden Studie kann dieser Zusammenhang statistisch nicht schlüssig hergestellt werden. Es geben zwar acht Prozent von 397 direkt befragten Patienten an, keinen Hausarzt zu haben. In der weiteren Untersuchung zeigt sich aber keine signifikante Häufung nicht gerechtfertigter oder gar missbräuchlicher Anforderungen des Hausbesuchsdienstes bei diesen Patienten. Dennoch bleibt der Eindruck bestehen, dass zahlreiche Einsätze bei einer engeren hausärztlichen Betreuung nicht hätten stattfinden müssen. Hierzu ebenfalls ein Beispiel.

Fallbeispiel 6

79 jährige Patientin, allein lebend, in einem Mehrfamilienhaus, sehr geordnet, nicht ärmlich, altersgemäß guter Allgemeinzustand ohne Hinweis auf weitere einschränkende, chronische Erkrankungen. Patientin nimmt wegen eines chronischen Gesichtskopfschmerzes auf dem Boden einer Zosterneuralgie regelmäßig mehrmals im Monat den KV-Notdienst in Anspruch, um sich Analgetika geben zu lassen, meist in Form von Tabletten oder Tropfen, manchmal auch Injektionen. Die Autorin selbst besuchte während der Zeit dieser Studie die Patientin dreimal. Es waren immer mehrere Notfallprotokolle vor Ort und einige der Taxifahrer zählten die Patientin zur Stammklientel. Auf Nachfrage gibt sie an, einen Hausarzt zu haben, eine Bedarfsmedikation stand der Patientin jedoch nicht zur Verfügung. Die Patientin wird sicher nicht nur von der Untersucherin dieser Studie dazu aufgefordert worden sein, ihren Hausarzt zu informieren und sich Bedarfsmedikamente verordnen zu lassen.

Ähnliche Erfahrungen machte die Autorin auch mit einer Karzinompatientin, die bereits einige Wochen starke Schmerzen hatte, aber der Hausarzt, nach Angaben der Patientin, kein potentes Analgetikum verordnete. Aus diesem Grund nahm diese Patientin mehrmals den Notfalldienst in Anspruch.

In beiden Fällen wurde möglicherweise die hausärztliche Betreuung nicht deutlich genug eingefordert. Der Notfalldienst kann solchen Patienten jedoch nicht gerecht werden. Die Patienten leiden unter den Schmerzen und die Not, das Gefühl des Allein-gelassen-Werdens vergrößert sich möglicherweise durch die unzureichenden Betreuungsmöglichkeiten des Notdienstes.

Ein anderer Faktor für die oft unnötige Inanspruchnahme des KV-Notdienstes ist die schlechte Erreichbarkeit der beiden Hamburger Notfallambulanzen. In der Nacht oder an den Wochenenden ist die Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel absolut unzurei-

chend. Nicht jeder hat ein Auto und für viele Menschen sind 30 bis 50 Euro für ein Taxi sehr viel Geld. Diese Situation könnte durch den weiteren Ausbau der KV-Ambulanzen an den wohnortnahen Krankenhäusern in Kooperation mit den dort bestehenden Ambulanzen verbessert werden. Es könnte eine wohnortnahe Notfallversorgung gewährleistet werden, die zudem über die diagnostischen Möglichkeiten eines Krankenhauses verfügt. Dadurch könnte einerseits die Zahl der unnötigen Einweisungen reduziert werden, andererseits stünde Ärzten und Patienten die Möglichkeit offen, bei Bedarf konsiliarisch Ärzte anderer Fachrichtungen hinzuzuziehen.

4.4.2.3 Psycho-soziale Aspekte

Einleitend wurde in diesem Kapitel bereits erwähnt, dass die Autorin die Anforderungen mit psycho-sozialen Aspekten besonders intensiv betrachtet hat. Die Gruppe der neurologisch/psychiatrischen Diagnosen nimmt mit 16 Prozent den 3. Rang ein. Diese Fälle wurden aber nicht automatisch als Fehlinanspruchnahme gedeutet, sondern wurden genauso beurteilt wie alle anderen Anforderungen auch. Zumal bei der ursprünglichen Anforderung meistens vordergründig somatische Beschwerden genannt werden.

Aus Sicht der Autorin hat der psycho-soziale Kontext des Patienten in der Notfallmedizin eine gleich große Bedeutung und Berechtigung wie in der übrigen Allgemeinmedizin. Der größte Teil der Notfallpatienten entspricht der allgemeinmedizinischen Klientel. Und es gibt keine andere Institution, an die sich die Hilfesuchenden in der Zeit des Notfalldienstes wenden könnten – ohne dass dort ebenfalls von Fehlinanspruchnahme gesprochen werden würde.

Im KV-Notfalldienst trifft der Arzt auf einen Patienten, von dem er, im Gegensatz zu dem hausärztlichen Kollegen, nichts oder nur sehr wenig weiß. Insbesondere die Anteile aus dem ökonomischen und psycho-sozialen Bereich, die die Anforderung oft in ähnlicher Weise mitbestimmen wie eindeutig somato-medizinische Gründe, sind unbekannte Determinanten. Nur ein kleiner Anteil dieser Faktoren wird sich dem Arzt in der Notfallsituation erschließen, abhängig von der Art des Notfalls und sicher auch von der Bereitschaft des Arztes, diese Dinge wahrzunehmen und darauf einzugehen. Für die ärztlichen Maßnahmen sind diese Faktoren nur selten wichtig, wohl aber für die Bewertung der Inanspruchnahme. Deshalb wurden in dieser Studie die so genannten weichen Faktoren mit berücksichtigt.

Der psycho-soziale Kontext der Patienten fließt also regelmäßig in die Bewertung der Anforderung mit ein, bildet aber keine eigene Kategorie der begründeten Anforderungen. So finden sich letztlich 19 Patienten, die aus sozialen oder psycho-sozialen Gründen den Notdienst angefordert hatten, unter den insgesamt 170 Patienten, deren Anforderung als fraglich oder nur eingeschränkt indiziert bewertet wurden.

Mit der Einordnung der psycho-sozialen Rufmotive wird in anderen Studien sehr unterschiedlich umgegangen. *Berezewski* und *Nickel*¹²⁵ nennen den Anteil der psycho-sozial begründeten Einsätze mit bis zu 25 Prozent als eine große Gruppe. Die Zahl betrifft nicht nur die Einsatzanforderungen im Notfalldienst, sondern in etwa gleicher Höhe auch den notärztlichen Rettungsdienst. *Reinicke*¹²⁶ nennt gar einen Anteil von 67,8 Prozent psycho-sozialer Begleitumstände, die die Rufmotive mitbegründen. *Träder* sieht mit 18,4 Prozent eine relative Häufung der neurologisch-psychiatrischen Krankheitsbilder, nimmt aber keine weitere Unterscheidung vor. *Lukas* nennt, ebenfalls ohne weitere Differenzierung, einen Anteil von 12 Prozent psychischer Störungen und Verhaltensstörungen. *Bellon*¹²⁷ et al sehen in ihrer Untersuchung psycho-soziale Bedingungen assoziiert mit häufiger Inanspruchnahme.

Auch hier ist abschließend festzuhalten, dass der KV-Notfalldienst keine umfassende Versorgung von Patienten mit psycho-sozialen Auffälligkeiten leisten kann. Sicher kann in einem begrenzten Umfang eine therapeutische Intervention erfolgen. Die ärztliche Beratung und Beruhigung ist in vielen Fällen ausreichend, um die Zeit zu überbrücken, bis der Kontakt zum behandelnden Hausarzt, Psychiater oder Psychotherapeuten wieder aufgenommen werden kann.

An oberster Stelle steht das Erkennen und Verhindern von absehbar gefährlichen Verläufen. Die so genannte psycho-soziale Kompetenz des Notfallarztes ist hier also gefragt. In gravierenden Situationen muss die Krankenhauseinweisung gewählt werden, auch wenn keine klare Indikation für eine stationäre Therapie besteht.

¹²⁵ Berezewski, H, Nickel, B (2002): Neurologische und psychiatrische Notfälle: Die Erstversorgung. Urban & Fischer, München, Jena.

¹²⁶ Reinicke, 1988, S.

¹²⁷ Bellon, JA et al (1999): Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. In: Psychological Medicine, 29, S. 1353.

In Ermangelung eines umfassenden ambulanten Kriseninterventionsdienstes, mit dem auch Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstunden abgedeckt werden, ist die Einweisung jedoch einzige Alternative. Soweit der Autorin bekannt, gibt es derzeit nur in Berlin ein entsprechendes Angebot.

4.5 Qualifikation und Arbeitsbedingungen des KV-Arztes im Notfalldienst

4.5.1 Qualifikation

Grundsätzlich kann jeder approbierte Arzt als Mitglied der Ärztekammer zum Notfalldienst verpflichtet werden. Da von dieser Art ärztlicher Hilfe keine optimale Versorgung erwartet wird, wie *Rendenbach*¹²⁸ es ausdrückt, genüge die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit typischen Mitteln des niedergelassenen Arztes.

So ergibt sich z. B. für den Taxinotdienst der KV in Hamburg folgende Verteilung auf die Facharztbereiche:

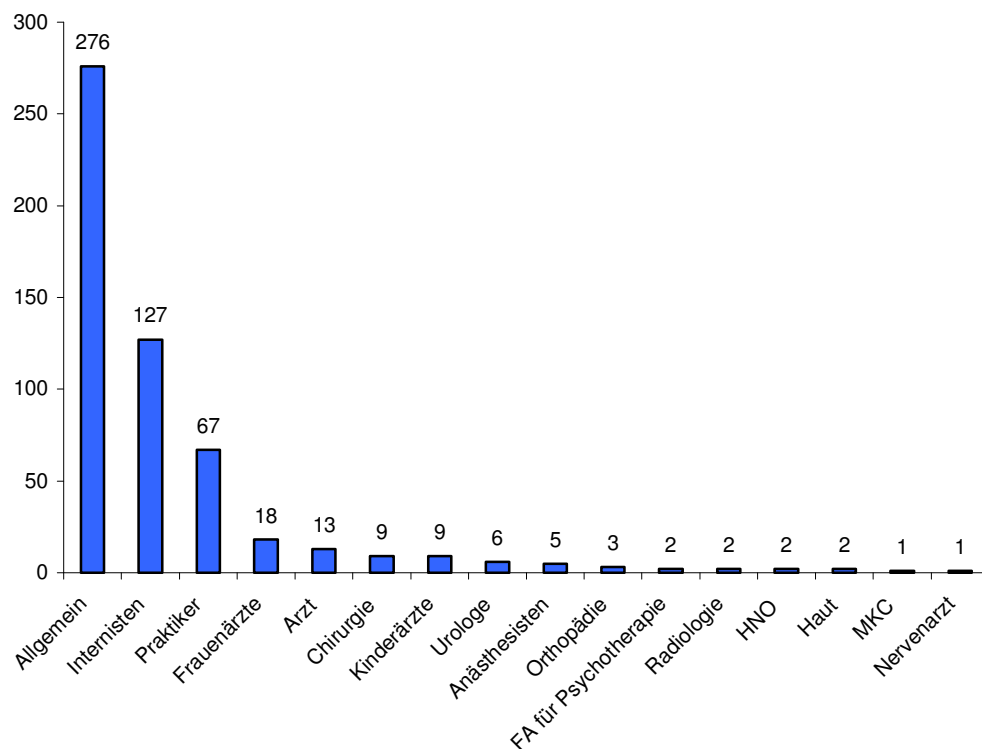


Abb. 46: Facharztbereiche, der in Hamburg eingesetzten KV-Notdienstärzte (n = 543)

¹²⁸ Rendenbach, U: Ärztliches Handeln im Wochenenddienst. Juristische Grundlagen des Notfalldienstes. In: ZFA, 1995; 71:48, S. 48.

Aus Sicht der Untersucherin sollte ein KV-Notfallarzt jedoch zumindest über eine zweijährige Tätigkeit im klinischen Bereich der Inneren Medizin oder im Rahmen der allgemeinmedizinischen Fortbildung verfügen. Diese Anforderung resultiert aus der Tatsache, dass der überwiegende Teil der Inanspruchnahme nicht durch vital bedrohliche Situationen, sondern durch die in der allgemeinärztlichen Praxis bekannten Akuterkrankungen ausgelöst wird. Für die ärztliche Aus- und Weiterbildung zur Vorbereitung auf die Teilnahme am Notfalldienst lässt sich daraus die Empfehlung ableiten, den Schwerpunkt genau auf diese Erfordernisse auszurichten, auch je nach lokalen Bedingungen im Hinblick auf Diagnostik und Therapie von Notfällen im Kindesalter.

4.5.2 Arbeitsbedingungen

In Kapitel 3.4 ist dargestellt, dass es in etwa der Hälfte der Einsätze keine Beanstandungen bezüglich der Arbeitsbedingungen gab. Jedoch gab es elf Prozent der Fälle, in denen die Versorgung unter sehr eingeschränkten Verhältnissen stattfinden musste. Und in jedem 20. Fall war die Arbeit der Autorin aufgrund der Umstände stark beeinträchtigt. Glücklicherweise kam es nicht zu lebensbedrohlichen Konsequenzen aufgrund dieser Einschränkungen.

Es ließen sich in keiner anderen Studie vergleichbare Daten finden. Unhygienische Zustände oder Patienten, zu denen der Zugang erschwert war, sind sicher z. T. auf das Wesen der Notsituation zurückzuführen. Ein Hausbesuch aus der Alltagspraxis heraus ist zumeist angekündigt und entsprechend planbar. Eine gewisse Routine der Autorin mag darüber hinaus geholfen haben, auf bestimmte, häufiger auftretende Einschränkungen bereits vorbereitet gewesen zu sein. So kann eine gut ausgestattete Arzttasche manch einer eingeschränkten häuslichen Ausstattung souverän entgegentreten. Auch die für die Dokumentation notwendigen Utensilien wie Stifte und Schreibunterlage oder Batterien für verschiedene Messgeräte beugen mancher Stresssituation vor.

Positiv zu vermerken ist, dass es in keinem Fall der hier vorliegenden Studie zu einer Bedrohung der Autorin gekommen ist, wie es z. B. aus Frankreich berichtet wird. So meldete die Ärztezeitung im November 2001 zu den Zuständen in der französischen Hauptstadt: „Immer häufiger wurden Ärzte bei Nachtvisiten bestohlen oder sogar angegriffen.“

4.6 Schlussfolgerungen und Ausblick

In der Diskussion wurde die Möglichkeit einer Veränderung des Hausbesuchsdienstes im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung aufgegriffen. Es soll hier nicht die alltägliche Frage nach Einsparmöglichkeiten im Vordergrund stehen, sondern vielmehr die Einschätzung, dass die derzeitige Organisation des Hamburger Notfalldienstes mit dem großen Anteil an Hausbesuchen eine Überversorgung darstellt, die nicht notwendig ist und die gleichzeitig auch kostenintensiv ist.

Es wurde oben dargestellt, dass ein großer Teil der erfolgten Hausbesuche aus verschiedenen Gründen nicht notwendig war. Das heißt aber nicht, dass in all diesen Fällen keinerlei ärztlicher Kontakt indiziert gewesen ist, sondern nur, dass dieser Kontakt nicht notwendigerweise im Rahmen eines Hausbesuches stattfinden musste. Ohne Frage muss das Angebot zur Nutzung des Hausbesuchsdienstes während der sprechstundenfreien Zeiten beibehalten werden, sollte aber differenzierter genutzt werden. Dies ist nur möglich, wenn Alternativen geboten werden.

Viele Patienten suchen selbständig außerhalb des KV-Notfalldienstes die Krankenhausambulanzen auf, um Hilfe zu erhalten. Eine große Anzahl dieser Patienten bedarf aber nicht zwangsläufig des Angebotsspektrums an Diagnostik und Therapiemöglichkeiten, die eine Krankenhausambulanz bietet, sondern wäre mit den Möglichkeiten einer allgemeinmedizinischen oder internistisch geführten Praxis ausreichend versorgt. Demzufolge werden diese Ambulanzen mit einer Anzahl nicht notwendiger Kontakte überrollt. Mehrstündige Wartezeiten für die Patienten und ein hoher Stressfaktor für das Ambulanzpersonal sind die Folge. Eine höhere Zahl stationärer Aufnahmen ist bei dieser Art der Notfallversorgung anzunehmen, damit steigende Kosten für die Krankenkassen und ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Kostenfaktor für das kassenärztliche Budget, da die Krankenhäuser Pauschalen für die Übernahme der Notfallversorgungen in Rechnung stellen.¹²⁹

¹²⁹ Ärztezeitung 112, 20.06.2001, S. 6.

Ein großer Teil der Fehlinanspruchnahme wird aus Sicht der Autorin durch die Art der Organisation des KV-Notfalldienstes mit verursacht. So gab es zum Untersuchungszeitraum im Stadtgebiet nur zwei Notfallpraxen, die für viele Patienten schwer zu erreichen sind, nachts oder am Wochenende oft nur durch die Nutzung kostspieliger Taxis. Als preisgünstige Option bietet sich die Anforderung des Hausbesuchsdienstes an, wenn nicht eine der erwähnten Krankenhausambulanzen aufgesucht wird.

Die hohe Zahl der Hausbesuche kann nur wirksam reduziert werden, wenn das Angebotspektrum verändert wird. Eine machbare Alternative bietet sich durch die Einrichtung standortnaher, kassenärztlich geführter Notfall-Ambulanzen an den Krankenhäusern an. Bei Betrieb dieser Notfallpraxen in enger Assoziation mit den an den meisten Krankenhäusern vorhandenen Ambulanzen könnte eine Kooperation verhandelt werden, die den Zugriff und die Nutzung der im Krankenhaus vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten wie Labor, Sonographie oder Röntgenapparate ermöglicht. Außerdem können bei bestimmten Fragestellungen Fachärzte anderer im Haus etablierter Fachabteilungen beratend hinzugezogen werden. Die Krankenhäuser sind über das gesamte Stadtgebiet verteilt und somit wohnortnah für die Patienten zu erreichen.

Die Forderung nach Veränderung birgt jedoch einige ernstzunehmende Gefahren. Es könnte im Gegensatz zu der genannten Überversorgung eine kritische Unterversorgung eintreten. Bedingt dadurch, dass gerade die Patienten, die einen hohen Bedarf an Hausbesuchen haben davor zurückschrecken, da sie sich nicht im Recht fühlen, ihre Beschwerden herunterspielen und somit gefährliche Verläufe durch eine restriktive Hausbesuchsregelung provoziert werden.

Weitere Überlegungen, durch Einforderung einer höheren Gebühr pro angeforderten Hausbesuch die Anforderungen zu beschränken, scheinen ebenfalls kein sinnvoller Weg zu sein. Einerseits hat sich mit der Einführung der Kassengebühr gezeigt, dass nur kurzfristig ein Rückgang der Arztbesuche zu verzeichnen war und gleichzeitig könnte es für Menschen mit geringem Einkommen eine weitere soziale Härte bedeuten, mit der Folge, dass notwendige Hausbesuche nicht angefordert werden. Diese Aussage beruht auf Erfahrungen als niedergelassene Ärztin, kann an dieser Stelle jedoch nicht mit entsprechenden Daten belegt werden.

Bundesweit ist die Umstrukturierung der Notfalldienste in den letzten fünf Jahren in Planung, in einigen Regionen auch schon erfolgt. In Hamburg gibt es inzwischen z. B. drei Notfallambulanzen in Kooperation mit Krankenhausambulanzen. Die Kostenübernahme in diesen Ambulanzen wird unterschiedlich gelöst.¹³⁰

- In der Asklepios Klinik Rissen erfolgt die Abrechnung über den Klinikträger und Bezahlungen eines Stundenhonorars an den Dienst habenden Arzt.
- In der Asklepios Klinik Harburg erfolgt derzeit noch eine Einzelabrechnung durch den Arzt mit nachfolgender Pauschalierung des erwirtschafteten Honorars auf ein vereinbartes Stundenhonorar mit Garantie durch den Klinikträger. Dieses Modell steht derzeit zur Diskussion, aufgrund von Diskrepanzen, die durch den EBM 2000 plus hervorgerufen wurden.
- In der Asklepios Klinik Nord erfolgt die Abrechnung durch die KV-Schleswig-Holstein mittels Bezahlung eines Stundenhonorars an den Diensthabenden. Dies geschieht, obwohl diese Klinik auf Hamburger Stadtgebiet liegt, weil die KV-Hamburg keinen Bedarf an dieser Art der Notfallambulanzen sieht.

Die Intention für diese Veränderung ist allerdings für ländliche Regionen oder städtischen Raum unterschiedlich zu beurteilen. Zumindest im städtischen Bereich besteht sicher ein Zusammenhang zu den oben ausgeführten Überlegungen, die Zahl der Hausbesuche durch solch eine alternative Versorgungsmöglichkeit zu reduzieren. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung bliebe erfüllt, die Notfallversorgung wäre weiterhin flächendeckend gewährleistet, der fahrende Notfalldienst und die bestehenden Krankenhausambulanzen würden entlastet. Nicht unerheblich ist der Aspekt, dass die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte mit den an Krankenhäusern tätigen Kollegen gefördert würde.

Im ländlichen Bereich wird die Umstrukturierung mehr im Hinblick auf die eingeschränkte Lebensqualität der dort tätigen Kollegen vorangetrieben. Die niedergelassenen Ärzte in ländlichen Regionen sind durch häufige und sehr anstrengende Notfalldienste deutlich stärker belastet als ihre Kollegen in den Städten. Die Zahl der niedergelassenen und für den Notfalldienst in den sprechstundenfreien Zeiten zur Verfügung stehenden Ärzte ist in den Städten um ein Vielfaches größer als in den ländlichen Bereichen. Während z. B. in Ham-

¹³⁰ Auskunft des Hausärzteverbands Hamburg am 29.08.2007.

burg ein exquisiter Fahrdienst mit dem Taxi bereit steht, fährt der Kollege auf dem Land mit eigenem PKW oftmals bis zu 50 Kilometer um zu dem Patienten zu kommen.¹³¹ Entsprechend etablieren sich seit einigen Jahren Modelle, die eine deutliche Entlastung der niedergelassenen Ärzte bedeuten. Auch hier wird meist die Anbindung von Notfallpraxen an Krankenhäuser gewählt, die von bestehenden Ärztenetzen geführt werden oder unter direktem Regime der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung stehen. Immer ist am gleichen Ort ein Fahrdienst etabliert für die Patienten, die nicht in der Lage sind, die Notfallpraxis aufzusuchen.¹³²

Ein weiterer Aspekt, der die Zahl der Hausbesuche vermutlich senken könnte und zudem schnell umsetzbar wäre, ist die Besetzung der Notrufzentrale in Hamburg. Obwohl die Autorin in der Zeit, in der sie an den Notfalldiensten teilnahm, die Telefonzentrale immer als sehr effektiv und gut organisiert erleben durfte, wäre ein ärztlicher Dienst während der gesamten Bereitschaftsdienstzeit wünschenswert. In bestimmten Fällen kann eine von ärztlicher Seite am Telefon erhobene Anamnese in eine Beratung münden, die einen anfangs avisierten Hausbesuch unnötig werden lässt. So z. B. wenn die telefonische ärztliche Beratung ausreicht, um den Patienten zu beruhigen und weiteres Procedere abgesprochen werden kann. Vielleicht stellt sich auch heraus, dass ein notwendiges Schmerzmedikament in der Hausapotheke vorrätig ist und der Hausbesuch damit überflüssig geworden ist.

Hier ist ergänzend zu erwähnen, dass auch der Rücklauf der Notfallberichte in die Praxis des jeweils behandelnden Hausarztes zu Wünschen übrig lässt. Einerseits sind die Notfallscheine, die vor Ort ausgefüllt wurden, oft unlesbar oder enthalten keine ausreichende Information. Andererseits leiten auch die Patienten diese Scheine häufig nicht weiter. Ein besseres feed-back an die behandelnden Ärzte könnte womöglich den ein oder anderen erneut angeforderten Hausbesuch überflüssig machen. Allerdings musste die Autorin die Erfahrung machen, dass einige Kollegen über die telefonische Rückmeldung nahezu verwundert waren bzw. sich z. T. sogar belästigt fühlten.

¹³¹ Müller, H (2001):Bereitschaftsdienst in ländlichen Regionen – ein Knochenjob. In: Ärztezeitung, Nr. 110, vom 18.06.2001, S. 9.

¹³² Korzilius H, Rabbata S (2006): Die erkaufte Freiheit. Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst. In: Deutsches Ärzteblatt, 103/ 30, S. A2016-A2018.

Um einer Fehlentwicklung wie z. B. der Unterversorgung grundsätzlich entgegenzuwirken, besteht für alle genannten Aspekte und Vorschläge der Neuorganisation ein Bedarf nach umfangreichen Voruntersuchungen und begleitender Evaluation.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersuchte die Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notfalldienstes in Hamburg vom August 1996 bis zum August 1997. Die Autorin entwickelte einen Erhebungsbogen, der jeweils direkt nach dem Einsatz bei dem Patienten ausgefüllt wurde. Der Auswertung liegen 539 Fragebögen zu Grunde.

Die Auswertung ergibt eine Übereinstimmung der Stichprobe mit den demographischen Daten vergleichbarer Studien. Ebenso wie in der allgemeinmedizinischen Praxis zu normalen Sprechstundenzeiten, zeigt sich in der Studie eine gehäufte Inanspruchnahme des Notfalldienstes durch kleine Kinder, Frauen und ältere Menschen. Patienten mit Migrationshintergrund nahmen den Notfalldienst etwas häufiger in Anspruch als Patienten deutscher Herkunft. In Bezug auf Wohnsituation und Bildungsstand wurde die Mehrheit der Patienten in die Kategorie der mittleren Wohnlage und mittlerer Bildungsstand eingeordnet.

Die häufigste Inanspruchnahme betraf die Infekte der oberen Luftwege gefolgt von den Erkrankungen aus dem orthopädischen Formenkreis, hier als häufigste Einzeldiagnose die Lumbalgie. Nur 57 Prozent der Anforderungen hatten als Hintergrund eine akute Erkrankung. Der Schmerz als Anforderungsgrund stand nur bei vier Prozent der Patienten im Vordergrund. Nur 58 Prozent der in der Erhebung genannten Patienten konnten sich auf eine zuverlässige soziale Unterstützung in der Notsituation verlassen. Acht Prozent hatten keinerlei Unterstützung. Nach Auflistung dieser Ergebnisse zeigt sich, dass ab dem 40. Lebensjahr der Anteil der Patienten zunimmt, die nur eine unzureichende oder fehlende soziale Unterstützung aufweisen.

Darüber hinaus zeigte sich bei vielen Patienten eine mangelnde Selbsthilfekompetenz. So hatten z. B. 51 Prozent der Untersuchungsklientel vor dem Eintreffen der Ärztin nichts zur Linderung der Beschwerden unternommen, obwohl es sich z. T. um banale Infekte handelte oder erforderliche Medikamente sogar in der Hausapotheke vorhanden waren.

Bei 15 Prozent der Patienten kam es zu einer kleineren oder auch größeren Diskrepanz in Bezug auf vorgeschlagene Medikation oder weiteres Procedere, z. B. Krankenhauseinweisung ja oder nein. Allerdings konnte im weiteren Verlauf in den meisten Fällen dieser Dissens geklärt werden.

Das Anforderungsverhalten kann in einen psycho-sozialen Kontext gestellt werden. Mit 16 Prozent nehmen die neurologisch-psychiatrischen Diagnosen den dritten Rang in den Diagnosehäufigkeiten ein. Der KV-Notfallarzt kann, insbesondere wenn es um psychiatrische Notsituationen geht, nicht ausreichend kompetent Einflüsse nehmen. Allerdings gibt es in der Zeit des Notfalldienstes meistens keine andere Institution, an die sich die Patienten wenden können.

Es gibt einen nicht unerheblichen Anteil an Fehlinanspruchnahme des Notfalldienstes. Dazu gehören Patienten, die sehr bequem sind und ein hohes Anspruchdenken haben. Der Hausbesuch im System des KV-Notfalldienstes in Hamburg scheint die Dienstleistungsabrufmentalität mancher Patienten zu bedienen. Diesem Aspekt und anderen, den Missbrauch begünstigenden Faktoren, widmet sich die Autorin ausführlich in der Diskussion.

6 Literaturverzeichnis

Monographien und Dissertationen

- Albert C (1984) Der Notfall-Fahrdienst Hannover. Med. Dissertation. Medizinische Hochschule Hannover.
- Albert G (1992) Analyse des ärztlichen Notdienstes anhand eines Vergleiches von Notdiensteinsätzen im Stadtbezirk 617 und im Landbezirk 613 des Landkreises Würzburg. Med. Dissertation, Universität Würzburg.
- Balint M (1984) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Cotta, Stuttgart.
- Berkman LF, Syme SL (1979) Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents.
- Berzewski H, Nickel B (2002) Neurologische und psychiatrische Notfälle: Die Erstversorgung. Urban & Fischer, München, Jena.
- Blum G (1987) Eine Untersuchung über die Notfälle im Bereich der Rettungswache Nideggen und die ärztliche Beteiligung. Med. Dissertation. Universität Marburg.
- Böni R (1992) Umgang mit Sterbenden. In: Kochen MM (Hrsg): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart (Duale Reihe), S. 331-342.
- Braun RN., Mader FH, Danninger H (1990) Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin; 82 Handlungsanweisungen für den Hausarzt. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Clyne MB (1964) Der Anruf bei Nacht. Eine psychologische Untersuchung aus der ärztlichen Praxis. Bern-Stuttgart 1964.
- Deppe HU (1996) Soziale Verantwortung und Transformation von Gesundheitssystemen, Beiträge zur Gesundheitspolitik, Frankfurt a. M 1996.
- Dörner K (2001) Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer, Stuttgart, New York.
- Drees JH (1998) Zur Güte allgemeinärztlicher Entscheidungsfindung im Vergleich zur klinischen Diagnose. Ein Beitrag zur Qualität ärztlicher Verrichtungen. Med. Dissertation, Universität Mainz.
- Freytag MH (1984) Ärztlicher Notdienst. Med. Dissertation, Universität Köln.
- Gadamer, HG (2001) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Zitiert nach: Dörner, K.: Der gute Arzt. Lehrbuch der

- ärztlichen Grundhaltung. Schattauer, Stuttgart, New York.
- Hager WC (1998) Hausärztliche Diagnostik und Krankenhauseinweisungen. Med. Dissertation., Universität Bremen.
- Helmich P et al (1991) Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Urban & Schwarzenberg, Berlin, Heidelberg.
- Hesse E: (1956) Das Krankenförderungssystem im Wandel der Zeiten. München. Zitiert nach Blum G: (1987) Der Rettungsdienst auf dem Land. Med. Dissertation, Aachen.
- Hestermann D (1992) Analyse des ärztlichen Notfalldienstes unter Anwendung eines dafür entwickelten Diagnoseschlüssels. Medizinische Dissertation. Universität Bonn.
- Kielhorn R (1992) Ausländische Patienten. In: Kochen, MM(Hrsg.): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S. 271-281.
- Koch E, Özek M, Pfeifer M (Hrsg.): (1995) Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-Türkische Perspektiven, Freiburg i. B.
- Kochen MM (1992) Forschung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen, MM (Hrsg.) (1992): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S. 519- 529.
- Kochen MM (Hrsg.) (1992): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart.
- Lukas H (2000) Der kassenärztliche Notfalldienst. Eine Analyse von sieben Jahren Nachtdienst unter besonderer Berücksichtigung der stationären Einweisungen. Med. Dissertation, Universität Hamburg.
- Mader FH., Weißberger H (1993) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik und Therapie. Mit Fragen zur Facharztprüfung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Rieper B (1995) Untersuchung über die Diagnosen und Probleme der Notfallversorgung im Kindesalter. In: Kinderarzt, 2, S. 154-163.
- Reinicke KP (1988) Warum konsultieren Patienten den Notarzt? Med. Dissertation, Universität Hannover.
- Rendenbach U (1995) Ärztliches Handeln im Wochenenddienst. Juristische Grundlagen des Notfalldienstes. In: ZFA, 71, S. 48-55.

- Rendenbach U (1998) Ärztlicher Notfalldienst: Ein praktischer Leitfaden. 3. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Schneider MW (1996) Aufgaben der Allgemeinmedizin im Bereich der Notfallmedizin. Med. Dissertation. Universität Münster.
- Schuster C (1997) Die Versorgung von Notfallpatienten im Vorfeld notärztlichen Handelns. Eine Berufsgruppenorientierte Erfassung von Erst Helfermaßnahmen. Med. Dissertation. Universität Marburg.
- Schwarz T (1983) Der ärztliche Notfalldienst der Stadt Mainz. Untersuchung dringender Notrufe im Jahre 1982, Med. Dissertation, Universität Mainz.
- Sbanski UMS (1999) Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch den Notarzt. Med. Dissertation. Universität Frankfurt.
- Werner H (1986) Untersuchung von Fällen des ärztlichen Notdienstes der Stadt Mainz im vierten Quartal 1982. Med. Dissertation. Universität Mainz.

Zeitschriftenaufsätze

- Abholz HH (2000) Allgemeinmedizin – Gibt es ein einheitliches Fach, was wir in Lehre und Weiterbildung vermitteln? In: ZfA, 76, S. 285-286.
- Allmeling KO, Wedekind HP (1994) Ärztlicher Notfalldienst Hamburg (ÄNH). In: Hamburger Ärzteblatt (HÄB), 9, S. 363.
- Barlet J (1984) Der Hausbesuch im Notfalldienst am Beispiel einer Großstadt. In: Der praktische Arzt. 30, S. 2083-2093
- Bellon, JA et al (1999): Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. In: Psychological Medicine, 29, S. 1347-1357.
- Bondo Christensen M (1998) Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. In: BMJ, 316, S. 1502-1505.
- Bühning P (2002) Psychisch kranke Migranten: Interkulturelle Kompetenz immer wichtiger. In Deutsches Ärzteblatt 99/30, S. A-2010.
- Danninger H (1997) Fälleverteilung in der Allgemeinmedizin. 5 Einjahresstatistiken (1991-1996) einer österreichischen Allgemeinpraxis. In: Der Allgemeinarzt. 19, S. 1800-1810.

- Feinstein AR (1983) An Additional Basis Science for Clinical Medicine: 1. The Constraining Fundamental Paradigms, In: Annals of Internal Medicine, 99, D. 363 – 397.
- Fischer GC (1992) Krankheit bei alten Menschen. In: Kochen MM (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Hippokrates, Stuttgart, S. 284-292
- Flachsbart F (1988) Wie kommt der Allgemeinarzt zur Diagnose? In: Deutsches Ärzteblatt. 85/46
- Grete W (1986) Der Hausarzt als Notfallarzt, In: Therapeutische Umschau, Bd. 43/8, S. 630-634.
- Hamm H (1978) Die Betreuung des Notfalls in der Allgemeinpraxis. In: Therapiewoche, 28 S 809-810.
- Herrmann H (1999) Hausarzt und Palliativmedizin: Wieviele Sterbende betreuen Sie eigentlich? In: ZFA, 10, S. 520-521.
- Karlsson H et al (1997) Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. In: Journal of Psychosomatic Research, Vol. 42, Nr. 2, S. 157 – 166.
- Korzilius H, Rabbata S Die erkaufte Freiheit. Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst. In: Deutsches Ärzteblatt. 103/30, S. A2016-A2018.
- Laxmaiah M et al (2002) Psychische Komorbidität chronisch Schmerzkranker. In: Schmerztherapeutisches Kolloquium – Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 18. Jhg., Heft 3, S. 25.
- Machens R, Ullmann M (2003) Ärgernis im Notdienst: Wie oft fahren Sie unnötig zum Hausbesuch? In: Der Hausarzt. 16, S. 19-20
- Mohr CP, Bonorden S (1983) Indikationen zu Hausbesuchen. In: MMW 125/24, S. 529-530.
- Glück S
- Müller N (2001): Bereitschaftsdienst in ländlichen Regionen – ein Knochenjob. In: Ärztezeitung, Nr. 110, vom 18.06.2001, S. 9.
- Petersen L et al (1998) Nonurgent emergency department visits. In: Med care.36:1249-1255.
- Pillau H (1985) Behandlung des außerklinischen Notfalles durch den Allgemeinarzt. In: MMW 127/24:624
- Rendenbach U (1995) Ärztliches Handeln im Wochenenddienst. Juristische Grundlagen des Notfalldienstes. In: ZFA, 71:48 – 55.
- Rendenbach U (1999) Gut gerüstet im ärztlichen Notfalldienst. Inhalt der Arzttasche. In: Notfallmedizin. 06/99:300-303.

- Richter, E (2001) Versorgung von Migranten: Mangel an kulturellem Verständnis. In: Deutsches Ärzteblatt, 51/52, S. A-3421.
- Thümmeler C (2003) Arzt für Allgemeinmedizin: Klinische Geriatrie, Leitender Notarzt. In: Deutsches Ärzteblatt, 100/11, S.A 680.
- Träder JM (1994) Notdienst Lübecker Ärzte. In: ZFA 70, S. 624-630.
- Tryba M, Albert C, Haehn KD (1985) Der ärztliche Notfallfahrdienst in der Stadt Hannover. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, 13/85:, S. 25 - 28.
- Sefrin P (1995) Notfallrettung und kassenärztlicher Notfalldienst aus ärztlicher Sicht. In: Notfallmedizin. 21,S. 216-219.
- Ünal A (1999) Die Pathologie der Gastfreundschaft. Erfahrungen der MigrantInnen im Sozialstaat Deutschland. Vortrag auf der 2. Fachtagung Migration und Gesundheit, 19./20.11.99.
- Wegscheider A (1984) Hausbesuche im Notdienst. In: Der Praktische Arzt, 31/84, S. 2196 – 2204.
- Wettstein A, Peters M (1999) Die Tragfähigkeit der sozialen Netze von Einpersonenhaushalten bei akuter Krankheit. Basisdaten zur Spitexplanung bei Grippepandemie. In: NN, Birkhäuser Verlag, Basel, S. 107 – 116.
- Wyke S et al (2003) Frequent attendance, socioeconomic status and burdens of ill health. An investigation in the West of Scotland. In: European Journal of General Practice, Volume 9, S. 48 – 51.
- Yildirim-Fahlbusch, Y (2003) Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. In: Deutsches Ärzteblatt, 18, S. 1179-1181.

Sonstige Quellen

http://www.hamburg.de/Behoerden/BAGS/Krankenhaus/krankenha../krankenhaus_alle.htm, 12.09.2000.

KVH (Hrsg.): Organisation des ärztlichen Notfalldienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Hamburg 1995.

Statistische Berichte, Bevölkerung nach Alter und Geschlecht am 31.12.1996, Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg, 23.04.1997.

Statistische Berichte, Ausländische Bevölkerung in Hamburg am 31.12.1996, Statistisches Landesamt der Freien und Hansestadt Hamburg, 23.04.1997.

Statistisches Jahrbuch 2002/2003, nach: http://www.hamburg-magazin.de/ak_statistik.htm

EVaS- Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (Hrsg.:) Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Wissenschaftliche Reihe, Bd 39.1, Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1989.

Versorgungsforschung: Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Bonn, Berlin 2005.

Arzneimittel-Telegramm, mtl erscheinend, Hrsg.: Institut für Allgemeinmedizin Berlin GmbH

Arzneimittelkursbuch 2004/5, Hrsg.: Institut für Allgemeinmedizin Berlin GmbH

Auskunft des Hausärzteverbands Hamburg vom 29.08.2007.

NN: Verständigungsprobleme können gute Vorsorge verhindern. In: Ärzte Zeitung, 11.04.02

NN: (1999) Notfälle mit Lebensgefahr sind bei Kindern selten. Retrospektive Auswertung an Mainzer Kinderklinik.

NN: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 30, 28.06.06, S. A2016-A2018.

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

- Tab. 1: der ärztliche Notfalldienst der KVH
- Tab. 2: Vergleichbare Studien zum Thema Notfalldienste
- Tab. 3: Untersuchungen aus dem Bereich allgemein und Notfallmedizin mit thematisch angrenzenden Aspekten
- Tab. 4: Stadtteilprofile im Vergleich zur Stadt Hamburg
- Tab. 5 Anteil ausländischer Bevölkerung im Untersuchungsgebiet
- Tab. 6: Rangfolge der ausländischen Bevölkerungsanteile nach Melderegister
- Tab. 7: Diagnosehäufigkeit (n=539)
- Tab. 8: Diagnosegruppen
- Tab. 9: Beunruhigung der Patienten im Verhältnis zum Schweregrad der Erkrankung (n=504)
- Tab. 10: Häufig verabreichte Medikamente
- Tab. 11: Zusätzliche, selten verordnete Medikamente
- Tab. 12: Rangfolge der häufigsten Medikamentengruppen
- Tab. 13: Häufigkeiten verabreichter Analgetika und Applikationsformen
- Tab. 14: Häufigkeiten verabreichter Psychopharmaka und Applikationsformen
- Tab. 15: Häufigkeiten verabreichter Magentherapeutika und Applikationsformen
- Tab. 16: Arten sonstiger ärztlicher Betreuung (n=63)
- Tab. 17: Diskrepanzen bei Medikation zwischen Arzt und Patient (n=81)
- Tab. 18: Begründungen für aus Sicht der Ärztin zweifelhafte Anforderungen

Abb. 1: Notfalldienstbezirke in Hamburg

Abb. 2: Vergleich der Geschlechterverteilung von Bezirk 3 mit Melderegister

Abb. 3: Altersvergleich Studie zur Bevölkerung des Untersuchungsgebietes

Abb. 4: Altersverteilung der Kinder unter 10 Jahren (n=70)

Abb. 5: Vergleich der Geschlechterverteilung Studie und EVaS

Abb. 6: Vergleich der Altersverteilung Studie zu den persönlichen Patientenkontakten lt. EVaS

Abb. 7: Unterkunft der Patienten (n=539)

Abb. 8: soziale Wohnsituation der Patienten (n=538)

Abb. 9: Herkunft der Patienten (n=536)

Abb. 10: Gesamtauswertung Bildungsstand (n=521)

Abb. 11: Diagnosegruppen nach Häufigkeiten (n=539)

Abb. 12: Diagnosesicherheit (n=538)

Abb. 13: biologischer Gesundheitszustand (n=535)

Abb. 14: psychosozialer Gesundheitszustand (n=528)

Abb. 15: Beginn der Symptome vor Eintreffen der KV-Ärztin (n=532)

Abb. 16: Krankheitsstadium bei Eintreffen des KV-Notdienstes (n=532)

Abb. 17: Schweregrad der Erkrankung (n=536)

Abb. 18: Beeinträchtigung des Allgemeinzustands (n=536)

Abb. 19: Schmerzen bei Eintreffen der KV-Ärztin (n=531)

Abb. 20: Beunruhigung Patient (n = 504)

Abb. 21: Beunruhigung andere (n= 422)

Abb. 22: Wege der Einweisung (n = 41)

Abb. 23: Gründe für erfolgte und empfohlene Einweisung (n=70) Abb. 25 : Vorhandensein eines Hausarztes (n=397)

Abb. 24: Häufigkeit der Medikamentengabe, Erst- und Zweit-Medikament (n=539)

Abb. 25: Vorhandensein eines Hausarztes (n=397)

Abb. 26: Dringlichkeitsvermerk entsprechend der KV-Klassifizierung (n=538)

Abb. 27: Einsatzdauer inklusive Wegezeit der Ärztin (n=539)

Abb. 28: Zugänglichkeit des Einsatzortes (n=536)

Abb. 29: Wartezeit in Minuten (n=533)

Abb. 30: Arbeitsbedingungen (n=537)

Abb. 31: Selbsthilfekompetenz der Patienten (n=505)

Abb. 32: Kommunikationsmöglichkeit aufgrund der Deutschkenntnisse von Patienten ausländischer Herkunft (n=93)

Abb. 33: Kommunikationsstörungen durch gestörtes Sprechen und/oder Hören (n=523)

Abb. 34: Kontaktstörungen aus sonstigen Gründen (n=530)

Abb. 35: Kommunikationsstörungen trotz Hilfsperson (n= 96)

Abb. 36: Soziale Unterstützung (n= 533)

Abb. 37: fehlende und unzureichende soziale Unterstützung nach Altersklassen (n=533)

Abb. 38: Wichtigkeit ärztlicher Maßnahmen (n=532)

Abb. 39: Zufriedenheit der Ärztin mit Besuch (n=535)

Abb. 40: Zufriedenheit der Patienten mit dem Besuch (n=525)

Abb. 41: Zweifelhafte Einsätze (n=186) in den Einsatzstatusgruppen (n=538)

Abb. 42: Verteilung der zweifelhaften Anforderungen nach dem Beginn der Symptome(n=186)

Abb. 43: Zweifelhafte Anforderung nach Herkunft (n=186)

Abb. 44: Anteil zweifelhafter Anforderungen bei unterschiedlicher sozialer Unterstützung

Abb. 45: Anteil zweifelhafter Einsätze nach Beunruhigung der Patienten (n=504)

Abb. 46: Facharztbereiche, der in Hamburg eingesetzten KV-Notdienstärzte (n = 543)

Lebenslauf

Name Gerlinde Staffa
Geburtsdatum 29. September 1951
Geburtsort Philippstein/Hessen

Schul- und Berufsausbildung

Apr 1958 – Mrz 1966	Volksschule, Philippstein
Apr 1966 – Jul 1967	Berufsfachschule für Mädchen, Wetzlar Abschluss: Fachschulreife
Aug 1967 – Jul 1969	Arzthelferinnenlehre mit Abschluss
Apr 1970 – Apr 1972	MTA-Ausbildung, Gießen Abschluss: MTA
Aug 1972 – Jun 1975	Abendgymnasium Gießen, Abschluss: Abitur

Studium

Okt 1975 – Sep 1979	Studium der Humanmedizin, TH Aachen
Okt 1979 – Jul 1982	Studium der Humanmedizin, Universität Hamburg
Apr 1981 – Apr 1982	Praktisches Jahr
Jul 1982	3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung, Approbation als Ärztin

Berufstätigkeit

Aug 1969 – Dez 1969	Arzthelferin
Mai 1972 – Feb 1975	MTA
Aug 1982 – Feb 1983	Hospitationen in allgemeinmed. Praxen und Vertretung in einer Familienberatungsstelle
Mrz 1983 – Jul 1983	Assistenzärztin, KH Brunsbüttel, Anästhesie und Intensivmedizin
Aug 1983 – Jun 1987	Assistenzärztin, KH Elmshorn, Anästhesie und Intensivmedizin, Notarztwagen
Jul 1987 – Mrz 1990	Assistenzärztin Hafenkrankenhaus Hamburg Chirurgie
Mrz 1990 – Jul 1990	Arbeitsaufenthalt im Ausland
Aug 1990 – Dez 1990	Assistenzärztin KH Buxtehude, Gynäkologie und Geburtshilfe
Jan 1991 – Jul 1991	Auslandsaufenthalt
Aug 1991 – Feb 1994	Assistenzärztin Ev. Amalie Sieveking KH, Chirurgie, Innere Medizin
Apr 1994 – Nov 1994	Praxisassistentin in allgemeinmed. Praxis, Wenningstedt/Sylt
Dez 1994	Facharztprüfung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin
Jan 1995 – Mrz 1996	regelm. Praxisvertretungen, Niederlassungsplanung,
seit Apr 1996	niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin

Fortbildungen

Fachkunde Rettungsdienst, Chirotherapie, Naturheilverfahren, psychosomatische Grundversorgung, Teilnahme an Balintgruppe

Danksagung

Ich danke Herrn Professor Dr. von den Bussche für die freundliche Überlassung des Themas sowie die ständig vorhandene Bereitschaft zu fachlicher und organisatorischer Hilfe.

Ich danke ganz besonders Frau Dr. Dunkelberg (mittlerweile verheiratete Quantz) für die umfassende und intensive Beratung und Betreuung bei dem Erstellen der vorliegenden Dissertation.

Herzlicher Dank gilt all meinen Freundinnen und Freunden, die mich begleitet und sehr wohlwollend unterstützt haben auf meinem zähen, holprigen und sehr zeitintensiven Weg zur Beendigung dieser Arbeit. Danke!

Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen oder Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Die Dissertation wurde bisher nicht einem Fachvertreter einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt und ich habe mich nicht anderweitig um die Zulassung zur Promotion beworben.