

Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst im Fokus

—

**Eine kritische Beleuchtung aus der Perspektive von Ärzten ausgewählter
Bereitschaftsdienstbereiche in Niedersachsen**

Der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg zur Erlangung des Grades und Titels einer

Doktorin der Gesundheitswissenschaften

Dr. rer. medic.

vorgelegte Dissertation

von Frau Annika Louise Kaper
geboren am 07.06.1994 in Oldenburg

Oldenburg, Mai 2025

Erstbetreuer: Prof. Dr. med. Michael Freitag

Zweitbetreuer: Prof. Dr. Falk Hoffmann

Erstgutachter: Prof. Dr. Lars Schwettmann

Zweitgutachterin: PD Dr. med. Christiane Müller, MPH

Tag der Disputation: 03.09.2025

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Vorbemerkung	IX
Zusammenfassung	X
Abstract	XI
1. Einleitung	3
2. Strukturen der Notfallversorgung in Deutschland	6
2.1 Der Rettungsdienst	8
2.2 Krankenhäuser und ihre Notaufnahmen	11
2.3 Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst	16
3. Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes	25
3.1 Historie und Entwicklung des Bereitschaftsdienstes	25
3.2 Strukturierte Ersteinschätzung / SmED	30
3.3 Herausforderungen der ambulanten Versorgung in Niedersachsen	37
3.4 Bereitschaftsdienstorganisation in Niedersachsen	47
3.5 Zusammenfassung von Herausforderungen und Problemen der Notfallversorgung	58
4. Fragestellung und Ziel der Arbeit	62
5. Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche	64
5.1 Methodisches Vorgehen	66
5.1.1 Analyse der 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven und Begründung der Auswahl	67
5.1.2 Analyse und Beschreibung der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche	69
5.1.2.1 Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen	69
5.1.2.2 Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes	70
5.2 Ergebnisse	73
5.2.1 Darstellung aller 13 Bereitschaftsdienstbereiche	73
5.2.1.1 Demografische und geografische Kennzahlen	77
5.2.1.2 Ambulante Versorgungssituation.....	79
5.2.1.3 Besonderheiten der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche	81
5.2.2 Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche	83
5.2.2.1 Bereitschaftsdienstbereich Jever	84
5.2.2.2 Bereitschaftsdienstbereich Brake.....	86

5.2.2.3 Bereitschaftsdienstbereich Ammerland	89
5.2.2.4 Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg	91
5.2.2.5 Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg	94
5.2.2.6 Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst	96
5.2.2.7 Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen	98
5.2.3 Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes	100
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	108
6. Bereitschaftsdienst aus der Perspektive von Ärzten als Leistungserbringer	114
6.1 Datenerhebung	114
6.1.1 Erhebungsinstrument leitfadengestützte Interviews	114
6.1.2 Entwicklung des Interviewleitfadens	115
6.1.3 Aufstellung der Stichprobe und Pre-Test	118
6.1.4 Feldzugang und Durchführung der Befragung	119
6.2 Datenauswertung	121
6.2.1 Interviewaufbereitung und Transkription	121
6.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsinstrument	121
6.2.3 Entwicklung des Kategoriensystems	122
6.2.4 Datenaufbereitung und Weiterentwicklung des Kategoriensystems	124
6.2.5 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse	127
6.2.7 Anwendung der Gütekriterien	127
6.3 Ergebnisse	129
6.3.1 Beschreibung der Stichprobe	129
6.3.2 Kategoriensystem	131
6.3.3 Hauptkategorie: Organisation und Infrastruktur	133
6.3.4 Hauptkategorie: Einflussfaktoren Attraktivität der Tätigkeit	138
6.3.5 Hauptkategorie: Erfahrungswerte 116117	142
6.3.6 Hauptkategorie: Relevanz von Verordnungen	146
6.3.7 Hauptkategorie: Qualifikation und Eignung	148
6.3.8 Hauptkategorie: Inanspruchnahme	151
6.3.9 Hauptkategorie: Leichenschau	155
6.3.10 Hauptkategorie: Einordnung in gesamtberuflichen Kontext	156
6.3.11 Hauptkategorie: Sektorenübergreifende Schnittstellen und Probleme	160
6.3.12 Hauptkategorie: Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes	165
6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	174
7. Diskussion	177
7.1 Interpretation und Wertung der Ergebnisse	178
7.1.1 Ungleiche Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen	178
7.1.2 Attraktivität der Arbeitsbedingungen im Bereitschaftsdienst	188
7.1.3 Teilnahmevoraussetzungen am Bereitschaftsdienst	197

7.1.4 Systembedingte Herausforderungen	201
7.2 Vorstellung aktueller Gesetzesvorhaben und Reformierungspläne	207
7.3 Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen für die Gestaltung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes	213
7.3.1 Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen.....	213
7.3.2 Verbesserung der Patientensteuerung.....	217
7.3.3 Lage und Anbindung von Bereitschaftsdienstpraxen.....	223
7.3.4 Effektivere Gestaltung des Fahrdienstes	227
7.3.5 Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen und Schnittstellen.....	230
7.3.6 Skizzierung eines zukünftigen Bereitschaftsdienstmodells	233
7.4 Stärken und Limitationen der Studie.....	237
8. Fazit	241
9. Literaturverzeichnis	246
10. Anhang	269
Anhang 1: Eigenständigkeitserklärung	i
Anhang 2: Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten.....	ii
Anhang 3: Interviewleitfaden	iii
Anhang 4: Kodierleitfaden	vi
Anhang 5: Gesamtes Kategoriensystem	xxv
Anhang 6: Kodiertes Beispieltranskript eines Interviews	xxx

Abkürzungsverzeichnis

ÄKN	Ärztchammer Niedersachsen
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
DL	Dienstleistungsgesellschaft für Ärzte-Psychotherapeuten Niedersachsen mbH
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EKG	Elektrokardiogramm
EP	Einzelpraxis
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eRP	elektronisches Rezept
ePA	Elektronische Patientenakte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOL	Großleitstelle Oldenburger Land
GOP	Gebührenordnungsposition
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
HPB	Hausärztlicher Planungsbereich
INZ	Integrierte Notfallzentren
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KINZ	INZ für Kinder und Jugendliche
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa	Nichtärztliche Praxisassistenz
PA	Physician Assistant
PG	Praxisgemeinschaft
PVS	Praxisverwaltungssystem
RTW	Rettungstransportwagen
SGB	Sozialgesetzbuch
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege
TI	Telematikinfrastruktur
TSS	Terminservicestelle
Verah	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus den Gebührenordnungspositionen für ambulante Notfallleistungen in Krankenhäusern.....	14
Tabelle 2: Gebührenordnungspositionen im Bereitschaftsdienst (Stand: 01.04.2025).....	20
Tabelle 3: Ambulante Notfälle (Anzahl an Behandlungsfällen und relative Veränderung im Vergleich zum Vorjahreszeitraum je Quartal und Jahr)	23
Tabelle 4: Ärztliche Besuche, Mitbesuche (Leistungshäufigkeit und relative Veränderung im Vergleich zum Vorjahreszeitraum je Quartal und Jahr)	24
Tabelle 5: Demografische Basisdaten von Niedersachsen und Deutschland im Vergleich (Stand 30.06.2024).....	37
Tabelle 6: Übersicht der 11 Demografietypen.....	38
Tabelle 7: Übersicht Allgemeine fachärztliche Versorgung in Niedersachsen (Stand 30.12.2024)	44
Tabelle 8: Bereitschaftsdienstzeiten in Niedersachsen	48
Tabelle 9: Bereitschaftsdienstzeiten Augenärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen	49
Tabelle 10: Bereitschaftsdienstzeiten Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen ...	50
Tabelle 11: Basiszahlen Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst Stadt Oldenburg	64
Tabelle 12: Bereitschaftsdienstzeiten Kinderärztlicher Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg..	64
Tabelle 13: Basiszahlen Augenärztlicher Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg	65
Tabelle 14: Bereitschaftsdienstzeiten Augenärztlicher Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg..	65
Tabelle 15: Übersicht der verwendeten Datenquellen für den Vergleich demografischer und geografischer Kennzahlen.....	67
Tabelle 16: Übersicht der verwendeten Datenquellen für die Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen.....	70
Tabelle 17: Übersicht der verwendeten Datenquellen für die Inanspruchnahme ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche	73
Tabelle 18: Übersicht Demografische und geografische Kennzahlen der 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven	74
Tabelle 19: Übersicht Hausärztliche Versorgung in den Bereitschaftsdienstbereichen (Stand 08.07.2023).....	80
Tabelle 20: Übersicht Niederlassungsmöglichkeiten der Allgemeinen fachärztliche Versorgung in den Bereitschaftsdienstbereichen (08.07.2023).....	81
Tabelle 21: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Jever	84
Tabelle 22: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Jever	85
Tabelle 23: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Jever in 2021.....	85
Tabelle 24: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Brake	86
Tabelle 25: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Brake.....	87
Tabelle 26: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Brake in 2021	87

Tabelle 27: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Ammerland	89
Tabelle 28: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Ammerland	90
Tabelle 29: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Ammerland in 2021	90
Tabelle 30: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg	91
Tabelle 31: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg	92
Tabelle 32: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg in 2021	93
Tabelle 33: Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg	94
Tabelle 34: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg	95
Tabelle 35: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg in 2021	95
Tabelle 36: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst	96
Tabelle 37: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst	97
Tabelle 38: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst in 2021	97
Tabelle 39: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen	98
Tabelle 40: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen	99
Tabelle 41: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen in 2021	99
Tabelle 42: Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten im Bereitschaftsdienst und in Krankenhäusern 2019 und 2021	101
Tabelle 43: Durchschnittliche Anzahl (SD) Fahrdiensteinsätze pro Wochentag je Bereitschaftsdienstbereich 2019	105
Tabelle 44: Durchschnittliche Anzahl (SD) Fahrdiensteinsätze pro Wochentag je Bereitschaftsdienstbereich 2021	106
Tabelle 45: Übersicht Basisdaten betrachteter Bereitschaftsdienstbereiche	110
Tabelle 46: Übersicht Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen	110
Tabelle 47: Übersicht Anbindung Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäuser	111
Tabelle 48: Übersicht Organisationsform betrachteter Bereitschaftsdienstbereiche	112
Tabelle 49: Aufbau des Interviewleitfadens	117
Tabelle 50: Demografie der Stichprobe	131
Tabelle 51: Ausschnitt aus dem Kategoriensystem	132
Tabelle 52: Vergleich Versorgung von Notfallpatienten mit niedrigem medizinischem Risiko in europäischen Nachbarländern	212
Tabelle 53: Personalressourcen im aufsuchenden Fahrdienst	236

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Notfallversorgung in Deutschland	8
Abbildung 2: Einsatzfahrtaufkommen im öffentlichen Rettungsdienst in Deutschland nach Einsatzart in den Jahren 1994 bis 2017	10
Abbildung 3: Gestuftes System von Notfallstrukturen	13
Abbildung 4: Ambulante Behandlung von Notfällen in Krankenhäusern	15
Abbildung 5: Videosprechstunde als weitere Versorgungsebene im Bereitschaftsdienst	19
Abbildung 6: Entwicklung der ambulanten Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und in den Notaufnahmen der Kliniken 2021-2022.....	22
Abbildung 7: Gesetzliche Historie des Bereitschaftsdienstes	26
Abbildung 8: Erreichbarkeit der Terminservicestellen und des Bereitschaftsdienstes durch 116117	29
Abbildung 9: Programmaufbau SmED	31
Abbildung 10: SmED-Assessments nach Altersgruppen, Vergleich mit Gesamtbevölkerung	32
Abbildung 11: Von SmED empfohlene Dringlichkeit der Behandlung	33
Abbildung 12: Von SmED empfohlene Versorgungsebene.....	33
Abbildung 13: SmED-Assessments nach Wochentag.....	34
Abbildung 14: SmED-Assessments nach Wochentagen und Uhrzeit.....	35
Abbildung 15: Anteil Assessments mit angezeigter Beschwerde an allen Assessments	36
Abbildung 16: Landkarte Niedersachsens mit Einteilung nach Demografietypen.....	39
Abbildung 17: Versorgungsebenen in der Bedarfsplanung in Niedersachsen	41
Abbildung 18: Übersicht der Versorgungsgrade Hausärztlicher Planungsbereiche in Niedersachsen (Stand 2024)	43
Abbildung 19: Verteilung Praxiskonstellationen in Niedersachsen in 2023	45
Abbildung 20: Verteilung der Ärztlichen Anstellungen auf Praxen und MVZ in 2023	45
Abbildung 21: Entwicklung der Fallzahlen im Bereitschaftsdienst und in Krankenhäusern in Niedersachsen	47
Abbildung 22: Kinderärztliche Bereitschaftsdienstbereiche in Niedersachsen (Stand 2020)	50
Abbildung 23: Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen	53
Abbildung 24: Übersicht der allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche in Niedersachsen (Stand 2024)	56
Abbildung 25: Mehrstufiges Versorgungsmodell im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung mit Gesundheitsfachkräften und Telemedizin	58
Abbildung 26: Übersicht der 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven	66
Abbildung 27: Übersicht der sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven	83
Abbildung 28: Bereitschaftsdienstbereich Jever.....	84

Abbildung 29: Bereitschaftsdienstbereich Brake	86
Abbildung 30: Bereitschaftsdienstbereich Ammerland	89
Abbildung 31: Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg	91
Abbildung 32: Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg	94
Abbildung 33: Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst	96
Abbildung 34: Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen	98
Abbildung 35: Inanspruchnahme aller ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche im jahreszeitlichen Verlauf	101
Abbildung 36: Herkunft der Patienten nach Ort in der Bereitschaftsdienstpraxis Nordenham im 04. Quartal 2023	103
Abbildung 37: Ambulante GKV-Notfälle im Nordenhamer Krankenhaus nach Ort vom 02.Quartal 2023 bis 01. Quartal 2024.....	104
Abbildung 38: Herkunft der Patienten nach Ort in der Bereitschaftsdienstpraxis Oldenburg im 04. Quartal 2023	104
Abbildung 39: Durchschnittliches Honorar pro Stunde und Sicherstellungszuschlag je Bereitschaftsdienstbereich in 2019	107
Abbildung 40: Durchschnittliches Honorar pro Stunde und Sicherstellungszuschlag je Bereitschaftsdienstbereich in 2021	108
Abbildung 41: Ablauf des Kodierprozesses.....	124
Abbildung 42: Angewandte Interviewformen	129
Abbildung 43: Durchschnittsalter der Interviewteilnehmer	130
Abbildung 44: Altersverteilung der Interviewteilnehmer	130
Abbildung 45: Überblick Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes...	178
Abbildung 46: Telemedizinische Einsatzmöglichkeiten im Bereitschaftsdienst.....	194
Abbildung 47: Kernelemente der Notfallversorgung in europäischen Nachbarländern	211
Abbildung 48: Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen	213
Abbildung 49: Skizzierung eines potenziellen Bereitschaftsdienstmodells	234

Vorbemerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Sprachform verwendet. Selbstverständlich werden alle Geschlechter bei sämtlichen Personenbezeichnungen gleichermaßen angesprochen. Ebenfalls wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit eine sprachliche Differenzierung zwischen Haus- und Fachärzten vorgenommen. Es soll vorab klargestellt werden, dass trotz dessen ein Bewusstsein darüber vorherrscht, dass auch hausärztlich tätige Ärzte Fachärzte, in der Regel Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlich), sind. Im Verlauf der Arbeit wird immer wieder der Bereitschaftsdienst alleinstehend genannt. Hier ist immer der kassenärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen gemeint.

Die vorliegende Arbeit wurde von mir als Privatperson und Promotionsstudentin der Universität Oldenburg angefertigt. Sie wurde nicht in Zusammenarbeit mit oder im Auftrag von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) verfasst. Durch meine berufliche Tätigkeit bei der KVN konnte ich dennoch direkt auf die in den folgenden Kapiteln verwendeten internen Daten zugreifen und diese erstmalig in einem wissenschaftlichen Kontext vertiefend analysieren und aufbereiten.

Zusammenfassung

Hintergrund: Vertragsärzte in Deutschland sind laut Berufsordnung grundsätzlich zur Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) haben nach §75 SGB V den Sicherstellungsauftrag, welcher auch den Bereitschaftsdienst zu den sprechstundenfreien Zeiten umfasst. Die Umsetzung dessen unterliegt aufgrund von zahlenmäßig unzureichendem ärztlichem Nachwuchs im ambulanten Bereich zunehmend großen Herausforderungen. Es soll erhoben werden, wie die Teilnahme am Bereitschaftsdienst einerseits organisiert ist und andererseits durch Ärzte wahrgenommen wird. Dabei sollen insbesondere die Organisation des Bereitschaftsdienstes, die Vereinbarkeit mit der Praxistätigkeit, der gesamtberufliche Kontext sowie Ideen zur Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes von Ärzten beleuchtet werden.

Methoden: Im ersten Schritt wurden zunächst Organisationsstrukturen, soziodemografische Daten von Ärzten sowie KV-Abrechnungsdaten und Inanspruchnahmezahlen sieben ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche der KV-Niedersachsen aufbereitet und so Unterschiede und Gemeinsamkeiten überblicksartig dargestellt (Stand 04/2023). Anschließend folgte eine Befragung von Ärzten dieser Bereitschaftsdienstbereiche zu den o.g. Aspekten. Hierzu wurden von September bis November 2023 20 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Nach der Transkription der Interviews folgte die kategorienbasierte deduktive Auswertung dieser mittels strukturierter qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Die befragten Ärzte waren durchschnittlich 51,1 Jahre alt. 31,8% dieser waren Ärztinnen und 90,9% waren hausärztlich tätig. Nach Betrachtung ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche in Kombination mit den Ergebnissen der Befragung lässt sich festhalten, dass sich in der regionalen Organisation ein sehr heterogenes Bild zeigt. Es werden Unterschiede in der Organisation und damit unmittelbar bei den Arbeitsbedingungen für die im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte deutlich. Sie beinhalten u.a. Dienstart und -häufigkeit, unterschiedliche Größen der Planungsbereiche, Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen, abweichende Inanspruchnahmezahlen und damit einhergehende Belastungsintensitäten sowie unterschiedliche Verdienstmöglichkeiten. Als Einflussfaktoren auf die Attraktivität der Tätigkeit schildern Ärzte eine (aktuell nicht vorhandene) adäquate Vergütung, die Einrichtung eines flächendeckenden Fahrdienstes sowie die Sicherstellung fließender Arbeitsabläufe. Für die Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes nennen sie schwerpunktmäßig den vermehrten Einbezug von Telemedizin sowie Unterstützung durch nichtärztliches Personal, um die abnehmende ärztliche Ressource effizienter einsetzen zu können. Darüber hinaus werden eine mangelnde Patientensteuerung und ein Ungleichgewicht zwischen der Inanspruchnahme durch Patienten und dem zur Verfügung stehenden Versorgungsangebot sowie fehlende Schnittstellen zwischen den Sektoren angegeben.

Schlussfolgerung: Es zeigt sich im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und der gesamten Notfallversorgung ein deutlicher Bedarf nach Reformierungsprozessen. Aufgrund des zum Teil bereits bestehenden Ärztemangels und einer prognostizierten Verstärkung des Problems gilt es, die Teilnahme- und Arbeitsbedingungen von Ärzten durch Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen anzugleichen und dadurch die Niederlassung, gerade in ländlichen Bereichen, attraktiver zu gestalten.

Abstract

Background: According to the occupational regulations, panel doctors in Germany are generally obliged to participate in on-call duty for statutory-health-insurance-accredited doctors. Under §75 of the Fifth Book of the Social Code (SGB V), the associations of statutory health insurance physicians (Kassenärztliche Vereinigungen/KVs) have a mandate to ensure care, which also includes on-call services during hours not served by consultation clinics. The implementation of this is increasingly subject to major challenges due to insufficient numbers of young doctors in the outpatient sector. The aim is to determine how doctors perceive their participation in on-call duty. In particular, light shall be shed on the organisation of on-call duty, compatibility with everyday practice, the overall professional context, and ideas for further development of on-call duty for doctors.

Methods: In the first step, organisational structures, socio-demographic data of physicians, and billing data for associations of statutory health insurance physicians, as well as utilisation figures for selected on-call service areas of the district offices of the Lower Saxony Association of Statutory Health Insurance Physicians in Oldenburg and Wilhelmshaven, were prepared and thus differences and similarities were presented in overview (as of 04/23). This was followed by a survey of doctors in these on-call service areas concerning the above aspects. To this end, 20 guided interviews were conducted from September to November 2023. After transcription of the interviews, a category-based evaluation (deductive) of them was carried out by using structured qualitative content analysis according to Mayring.

Results: After closer consideration of selected on-call service areas, combined with the results of the survey with doctors (mean age: 51,1 years; sex: 31,8% female; 90,9% GPs), it can be stated that a very heterogeneous picture emerges from an organisational point of view. Differences become clear in organisation, and thus directly in the working conditions for doctors working on-call duty. These include, among other things, the type and frequency of duty, different sizes of planning areas, equipment of the on-call service practices, deviating uptake figures, and associated intensities of stress, as well as different earning opportunities. As factors influencing the attractiveness of the activity, doctors report adequate remuneration (currently not provided), the establishment of a nationwide shuttle service, and ensuring smooth work processes. To further develop on-call services, they cite the increased incorporation of telemedicine and support from non-medical staff as focuses, to be able to make more efficient use of the decreasing resources in terms of doctors. In addition, the problem of the lack of patient guidance and the imbalance between patient uptake and the available supply of care become clear.

Conclusion: There is a clear need for reform processes in the on-call duty for statutory health insurance physicians and the entirety of outpatient emergency care. Due to the, in some cases already present, shortage of doctors, and a forecast for this problem to increase, it is important to harmonise doctors' conditions of participation and working conditions by standardising organisational structures, thereby making establishing one's own practice more attractive, especially in rural areas.

1. Einleitung

Die Notfallversorgung in Deutschland ist gegenwärtig Gegenstand zahlreicher gesundheitspolitischer Diskussionen. Sie steht zunehmend vor großen Herausforderungen und kann in ihrer aktuellen Ausgestaltung den gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen und Anforderungen kaum mehr standhalten. Das System ist von Ineffizienzen gekennzeichnet und es gibt bereits zahlreiche Gedanken, Ideen und Lösungsvorschläge zur Reformierung (1, 2).

Zunächst ist die Notfallversorgung in Deutschland durch drei Sektoren geprägt: die ambulante Versorgung durch Kassenärzte während der Praxisöffnungszeiten bzw. den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der Praxisöffnungszeiten, die ambulante und stationäre Versorgung in der Notaufnahme bzw. die Notfallambulanzen der Krankenhäuser sowie den Rettungsdienst (3). Neben dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, der originär für *„Erkrankungen, mit denen (...) sonst in die Praxis gegangen würde und deren Behandlung nicht bis zum nächsten Tag warten kann“* (4) eingerichtet ist, verzeichnen Notaufnahmen als weitere Säule der ambulanten Notfallversorgung in den letzten Jahren eine hohe Anzahl an Patienten, die ambulant versorgt werden und häufig nach einer Erstversorgung mit einer Empfehlung für die Weiterbehandlung durch Haus- oder Fachärzte entlassen werden (1, 4, 5). Währenddessen bleiben die stationären Aufnahmequoten weitgehend konstant (6). Da Notaufnahmen ursprünglich für die Beratung und Behandlung medizinischer Notfälle, die sofortiger Behandlung bedürfen, vorgesehen sind, „verstopfen“ Patienten mit niedriger Behandlungsindikation diese und binden meist ohnehin schon knappe Ressourcen. Überfüllte Notaufnahmen und lange Wartezeiten sind die Folge (7, 8). Zusätzlich zu den Einweisungen der Hausärzte und Rettungsdienste, welcher ebenfalls eine stetig steigende Inanspruchnahme zu verzeichnen hat, stechen bei den ambulanten Fällen in Notaufnahmen vor allem „Selbsteinweiser“ hervor (9). Hierbei spielt unter anderem die sich verändernde Regelversorgung eine Rolle (10).

Mit dem Generationswechsel in den vertragsärztlichen Praxen verändert sich häufig auch die Erreichbarkeit des Arztes durch reduzierte Sprechstundenzeiten. Es werden zudem weniger Hausbesuche vorgenommen (11). Zu lange empfundene Wartezeiten auf einen Arzttermin und Aufnahmestopps in vielen Arztpraxen für Neupatienten verstärken dieses Problem (12). Das Krankenhaus hingegen scheint das attraktivere System, denn dort erhoffen sich Patienten das Umgehen langer Wartezeiten auf Termine, dauerhafte Öffnungszeiten und diagnostische Vollversorgung – neben einer meist zentralen Lage und Anbindung (7, 8). Die klare Abgrenzung von

ambulantem und stationärem Sektor verschwimmt zunehmend (13). Dabei ist sogar eine Verschiebung der Sektorengrenzen zu beobachten. Diese wird nicht zuletzt durch die an Bedeutung zunehmende Nachfrage nach allgemeinmedizinischer ambulanter Versorgung im stationären Sektor und in Notaufnahmen unterstrichen, obwohl sie originär der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen ist. Hinzu kommt die Problematik mangelnder Patientensteuerung (5, 13, 14).

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß §75 Sozialgesetzbuch (SGB) V den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Sie beinhaltet nach §75 Abs. 1b SGB V auch die „*vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst)*“ (15). Die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten wird durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV abgedeckt. Dabei ist die Organisation des Bereitschaftsdienstes in der Bereitschaftsdienstordnung der jeweiligen KV der Bundesländer geregelt. Der bereits seit vielen Jahren vorausgesagte Ärztemangel schlägt sich allmählich in der haus- und auch fachärztlichen Versorgung nieder. Es wird, insbesondere in ländlichen Gegenden, zunehmend schwerer, freie Arztstühle zu besetzen und Nachfolger für Bestandspraxen zu finden (4, 16). Laut aktuellem Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen fehlen aufgrund des demografischen Wandels schon jetzt 550 Hausärzte in Niedersachsen. In 2035 werden in Niedersachsen bereits 1250 Hausärzte fehlen. Gleichwohl braucht es rechnerisch 1,6 Nachfolger, um einen ausscheidenden Arzt, der in den Ruhestand geht, zu ersetzen, was auf sinkende Arbeitsstunden und den Trend, in Teilzeit oder im Angestelltenverhältnis zu arbeiten, zurückzuführen ist (10). Es wird zukünftig aus Sicht der KVen immer schwieriger werden, den Sicherstellungsauftrag 24/7 für die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung erfüllen zu können.

Als Konsequenz daraus unterliegt die Umsetzung und Durchführung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, nicht zuletzt durch die oben genannten Gründe, zunehmend größeren Anforderungen und Herausforderungen, die die KVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages bewältigen muss. Gleichwohl gilt der Bereitschaftsdienst in seiner jetzigen Form als einer der größten Niederlassungsvorbehalte bei jungen Ärzten (17), obwohl Ärzte in Krankenhäusern eine deutlich höhere Belastung durch Bereitschafts- und Nachtdienste haben. In einer Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von Medizinstudenten nannten diese den Bereitschafts- und Nachtdienst sogar als einen der Gründe, die gegen eine langfristige Anstellung im Krankenhaus sprechen (18). Dennoch spricht die vergleichsweise niedrigere Dienstbelastung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst scheinbar nicht als klarer Vorteil für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Dezidierte Einblicke in diese scheinbar widersprüchlichen Befunde sind aufgrund

fehlender Literatur zunächst nicht möglich. Viel mehr als die Diensthäufigkeit spielen hier vermutlich Aspekte wie Sicherheitsbedenken und die alleinige Verantwortung eine Rolle. Daher gilt es, die Tätigkeit im Bereitschaftsdienst für Ärzte so attraktiv wie möglich zu gestalten, damit Ärzte vor zusätzlichen Belastungen neben dem ohnehin schon komplexen Praxisalltag geschützt werden und die Attraktivität der kassenärztlichen Tätigkeit, insbesondere in ländlichen Bereichen, gestärkt wird. Bereits in ihrer Befragung von 2014 erhoben Frankenhauser-Mannuß et al., dass der Bereitschaftsdienst von Ärzten als zusätzliche Belastung empfunden wurde (19). Auch hier war die gegenwärtige Versorgungssituation für die befragten Ärzte ein Thema. Sie gaben an, dass Ärztemangel, vor allem in ländlichen Bereichen, eine fehlende Bereitschaft, Dienste zu übernehmen und die Größe der Einzugsgebiete eine Rolle für sie spielte. Weiterhin kritisierten Ärzte die teils mangelnde Ausstattung in den Bereitschaftsdienstpraxen, die Organisation durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie vor allem die unzureichende Honorierung. Davon ist auch das Bundesland Niedersachsen betroffen. Das Bundesland Niedersachsen ist ein großes Flächenland mit teils städtischen und teils sehr ländlichen Regionen, sodass verschiedene geografische Ausgangscharakteristika eine Rolle bei der Umsetzung der Bereitschaftsdienstordnung spielen. So sind diese in den einzelnen Regionen zu berücksichtigen und führen entsprechend zu regionalen Unterschieden in den Organisations- und Versorgungsstrukturen.

Im Vergleich zum Rettungsdienst und der Inanspruchnahme von Notaufnahmen ist der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen, obwohl dieser immer wieder in die Kritik gerät, in Studien bislang eher unterrepräsentiert (19, 20). Daher hat diese Forschungsarbeit zum Ziel, die Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche der KVN Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven zu analysieren und anschließend zu untersuchen, wie Ärzte als Leistungserbringer diese wahrnehmen. Es sollen dabei Probleme und Schwächen, aber auch Lösungsmöglichkeiten aufgefunden werden, die bei der Weiterentwicklung und Reformierung des Bereitschaftsdienstes berücksichtigt werden sollten, um die Attraktivität der Tätigkeit im Bereitschaftsdienst für Ärzte, aber auch die Versorgungsqualität für die Patienten zu erhöhen. Es soll außerdem ein Ausblick auf die Bedeutung der derzeitigen und möglicher zukünftiger Organisationsstrukturen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Kontext der Notfallversorgung gegeben werden.

2. Strukturen der Notfallversorgung in Deutschland

Bevor die an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen beschrieben werden, sollen zunächst die Begriffe Notfall und Akutfall definiert und abgegrenzt werden. Für diese Begrifflichkeiten gibt es, ebenso wie für den Notarzt und Notdienst, bislang keine einheitliche Definition, was im Umgang mit diesen immer wieder zu Verwechslungen und Abgrenzungsproblemen führt.

Nach der deutschen Industrienorm DIN 13050 von 2008 „Rettungswesen-Begriffe“ liegt ein Notfall dann vor, wenn ein Ereignis eintritt, das *„unverzügliche Maßnahmen der Notfallrettung erfordert“* (21). Weiter definiert der Pschyrembel als klassisches medizinisches Wörterbuch den Notfall als *„(...) akuter, vital bedrohlicher Zustand durch Störungen der Vitalfunktionen oder Gefahr plötzlich eintretender, irreversibler Organschädigung infolge Trauma, akuter Erkrankung oder Intoxikation“* (22, 23). Die Definition der drei notfallmedizinischen Fachgesellschaften von Deutschland, Österreich und der Schweiz (DGINA, AAEM, SGNOR) für einen medizinischen Notfall ist dabei schon etwas weiter gefasst und beschreibt als diesen Personen, die *„körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“* (24). Dabei geht es vorrangig um *„Veränderungen der Funktionen Bewusstsein, Atmung und Kreislauf“* (25).

Laut Bundesärztekammer ist die Notfallmedizin als *„die Erkennung und sachgerechte Behandlung drohender oder eingetretener medizinischer Notfälle, die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen sowie die Herstellung und Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit der Patienten“* einzuordnen. Dabei schreibt sie die Versorgung von Akut- und Notfällen zwei Systemen zu. *„Vital bedrohliche Notfälle“* im Rahmen des Rettungsdienstes werden durch Notärzte versorgt. *„Nicht unmittelbar lebensbedrohlich erscheinende Krankheitsfälle“* werden durch niedergelassene Ärzte im Rahmen des Sicherstellungsauftrags nach SGB V innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten versorgt (26).

Der Akutfall der Bundesärztekammer wird immer wieder auch als Notfallsituation bezeichnet. Dabei wird die Notfallsituation als ein *„plötzlich eintretender Zustand, der mit einer akuten Bedrohung oder dem Gefühl einer solchen einhergeht, ohne dass eine gegenwärtige Bedrohung vorliegt“* beschrieben (25). Die Abgrenzung eines lebensbedrohlichen Notfalls von einer akuten Notfallsituation, aufgrund dessen außerhalb der Sprechstunde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird, erfolgt auf Seiten des Patienten anhand seiner Symptome. Es liegt dabei also im Ermessen des Patienten oder seiner Angehörigen, was ein Notfall ist und ob dieser im Bereich des ärztlichen

Bereitschaftsdienstes vorgestellt wird. Die Bestätigung oder der Ausschluss eines Notfalls kann im Rahmen dessen nur durch einen Arzt erfolgen (25). Insgesamt zeigt sich, dass es keine einheitlich geltende Definition eines Notfalls gibt und dem Begriff in verschiedenen Kontexten einer unterschiedlichen Bedeutung zukommt. Im Kontext dieser Arbeit wird der Begriff „Notfall“ als akut oder zeitnah behandlungsbedürftiger, aber nicht zwingend lebensbedrohlicher Fall verstanden.

Weiter wird der Begriff „Notarzt“ häufig synonym für den Notarzt im Rahmen des Rettungsdienstes, aber auch für den im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Arzt verwendet. Im Folgenden werden hier die Begrifflichkeiten „Notarzt“ für den Notarzt im Rettungsdienst und „Bereitschaftsdienstarzt“ für den im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Arzt verwendet. Der Notdienst, der zum Teil auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen als Synonym für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verwendet wird, meint hier den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst.

Die Notfallversorgung stellt für Patienten mit einem akuten Versorgungsbedarf eine erste Anlaufstelle innerhalb des deutschen Gesundheitssystems dar (27-29). Sie wird in Deutschland im Wesentlichen durch drei Sektoren sichergestellt: den Rettungsdienst, die ambulante und stationäre Versorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie die Versorgung durch Kassenärzte während der Praxisöffnungszeiten bzw. des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes außerhalb der Praxisöffnungszeiten (Abbildung 1). Zum Leistungsbereich der Notfallversorgung zählen sowohl Fälle, die ambulant versorgt werden können, als auch Fälle, die mit akuter Lebensgefahr und einem stationären Versorgungsbedarf einhergehen (3, 27).

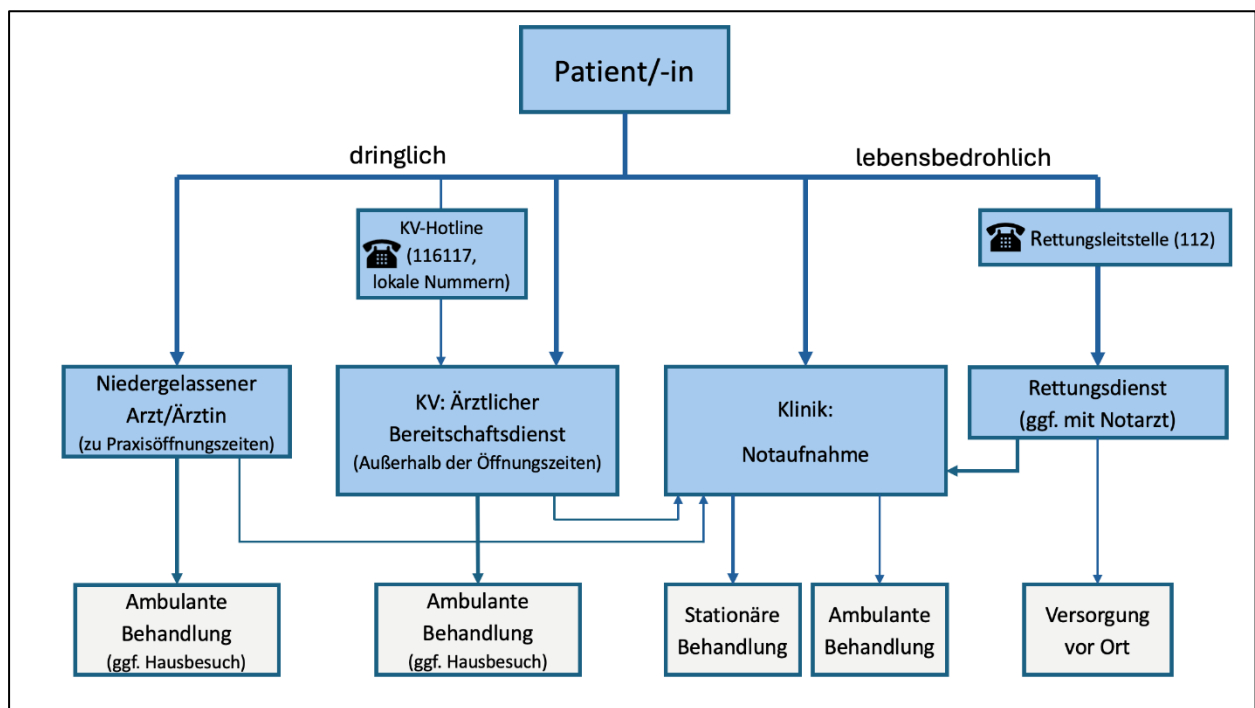


Abbildung 1: Aufbau der Notfallversorgung in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung nach dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) (29)

Zwar wird der Begriff „Notfallversorgung“ im Kontext der Landeskrankenhaus- und Rettungsdienstgesetze immer wieder verwendet, doch gibt es zunächst keine einheitliche Definition, was diese genau umfasst. Mehr noch handelt es sich dabei laut Niehues um einen Sammelbegriff für „ein System, das sich wiederum aus zahlreichen Bereichen, Normen und Begriffen zusammensetzt“ (30).

Im Folgenden sollen die an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen näher beschrieben werden.

2.1 Der Rettungsdienst

Die Steuerung des Rettungsdienstes obliegt den Bundesländern durch Festlegen landesweiter Rettungsdienstgesetze. Er hat die Aufgabe, im Rahmen des Sicherstellungsauftrags eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen (27, 31). Details werden in den Rettungsdienstgesetzen der jeweiligen Bundesländer geregelt. Das niedersächsische Rettungsdienstgesetz (NRettDG) sieht dabei vor, „bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten und bei Personen, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Versorgung erhalten, die erforderlichen medizinischen Maßnahmen am Einsatzort durchzuführen, die Transportfähigkeit dieser Personen herzustellen und sie erforderlichenfalls unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern“ (31).

Der Rettungsdienst bildet somit die boden- und luftgebundene Notfallrettung bei Lebensgefahr oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden ab. Ebenso leistet der Rettungsdienst den sich ggfs. anschließenden Transport in das Krankenhaus mit qualifiziertem Personal. Weiterhin gehören der ärztlich begleitete Patiententransport (z.B. Intensivtransport) sowie der qualifizierte Krankentransport nach ärztlicher Verordnung zu den Aufgaben des Rettungsdienstes. Ferner leistet der Rettungsdienst die medizinische Erstversorgung von Patienten bei Großschadenslagen oder in Katastrophenfällen (3, 27, 29, 32).

Die Erreichbarkeit des Rettungsdienstes ist europaweit unter der einheitlichen Telefonnummer 112 gebührenfrei rund um die Uhr gegeben. Die Anrufe werden, wenn möglich durch Zuordnung von Standort und Postleitzahl des Hilfesuchenden, an eine zuständige Rettungsleitstelle weitergeleitet, welche die Anfragen entgegennimmt und die Einsätze der Rettungsmittel veranlasst und steuert. Die Leitstelle ist gegenüber dem im Rettungsdienst tätigen Personal, nicht aber den Notärzten, in organisatorischer Hinsicht weisungsbefugt (27, 31).

In Niedersachsen sind 29 Leitstellen angesiedelt (Stand 2024), welche sich teilweise zu Kooperativen Leitstellen, wie es beispielsweise in Oldenburg der Fall ist, zusammengeschlossen haben (33). Dabei fungieren die Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte) als Träger des Rettungsdienstes und sie sind für die Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes verantwortlich. Sie können diese Aufgaben außerdem an Hilfsorganisationen oder private Leistungserbringer übertragen (34, 35). In Deutschland lässt sich in einigen Bundesländern ein wachsender Marktanteil privater Anbieter erkennen. Dennoch gibt es insbesondere in städtischen Regionen und wirtschaftlich gut aufgestellten Kommunen oft eine Rückkehr zu kommunalen und gemeinnützigen Strukturen. Hingegen steigt in ländlichen und finanziell schwachen Regionen häufig der Anteil privater Anbieter, da sie als kostengünstiger gelten. Beiden Trägeroptionen ist allerdings gemein, dass sie unter Fachkräftemangel und hohem Kostendruck leiden und von politischen Entscheidungen und wirtschaftlicher Entwicklung abhängig sind (36, 37).

Die Fahrten des Rettungsdienstes mit dem Rettungswagen (RTW) oder Krankentransportwagen (KTW) sind nach §60 Abs. 1 SGB V eine Transportleistung und werden über die Krankenkassen abgerechnet. Die Krankenkassen übernehmen dabei nach §133 SGB V die Vergütung der Leistungen (38). Zu beachten ist hier, dass in Deutschland unterschiedliche Vergütungsmodelle existieren. Während in einigen Bundesländern die Abrechnung der Leistungen mit der Kommune als Trägerschaft erfolgt, die also die Kosten von den Krankenkassen erstattet bekommt (Submissionsmodell), besteht in anderen Bundesländern eine freie Wahl des Vergütungsmodells

(Konzessionsmodell). Demnach rechnen Leistungserbringer direkt mit den Krankenkassen ab. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass Landkreise oder kreisfreie Städte selbst mit eigenen Bediensteten den Rettungsdienst stellen, wie es u.a. bei Berufsfeuerwehren der Fall ist (35). In Niedersachsen besteht für die kommunalen Träger die Möglichkeit, zwischen beiden Modellen zu wählen (39).

Der Rettungsdienst verzeichnet, wie in Abbildung 2 dargestellt, in den letzten Jahren ein stetig steigendes Einsatzfahrtaufkommen. Während in den Jahren 2000/2001 noch 11,9 Mio. Einsätze aller Arten (Notarzteinsätze, Notfalleinsätze, dringlicher Krankentransport, flexibler Krankentransport) des öffentlichen Rettungsdienstes gezählt wurden, waren es in 2016/2017 bereits 16,4 Mio. (40). Insbesondere spielen dabei ambulante Kontakte mit dem Rettungsdienst eine Rolle, die ohne nachfolgenden Transport zur Weiterversorgung oder eine Übergabe an einen am Notfallort anwesenden Arzt erfolgen und bis zu 33% der Einsätze ausmachen (41-43). Ursprünglich hingegen zielt der Rettungsdienst auf den Transport zu einer nächstgelegenen stationären Behandlung ab (44). Allerdings stellt der Transportverzicht nach Häske et al. noch immer die sensibelste Variante der Behandlung durch den Rettungsdienst dar, für welche die rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere für Notfallsanitäter, bislang nicht abschließend geregelt sind (45).

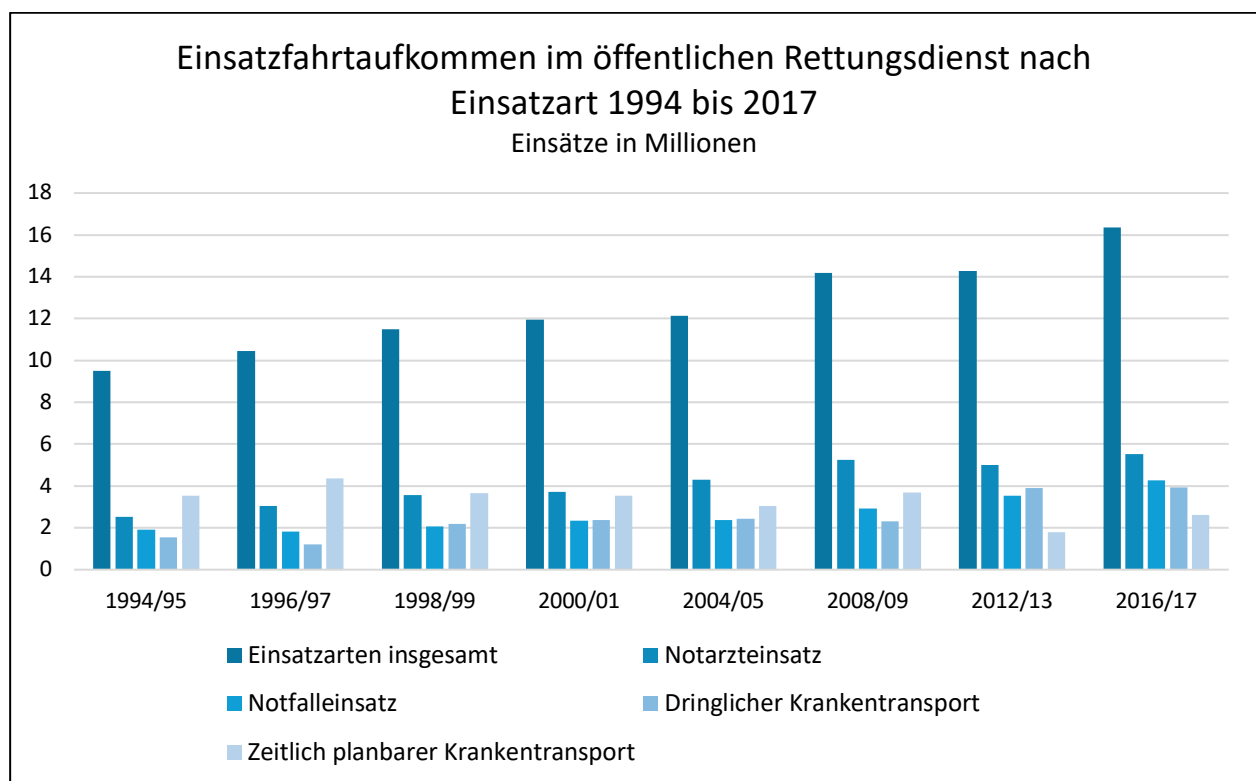


Abbildung 2: Einsatzfahrtaufkommen im öffentlichen Rettungsdienst in Deutschland nach Einsatzart in den Jahren 1994 bis 2017

Quelle: Eigene Darstellung nach Radtke (40)

Im Jahr 2023 wurden für die verschiedenen Zweige des Rettungsdienstes 8,7 Milliarden Euro von der GKV ausgegeben, was im Vergleich zu den Ausgaben von vor 10 Jahren (4,4 Milliarden Euro) eine Verdopplung der Kosten darstellt. Der Einsatz des Rettungswagens ist dabei besonders betroffen. Die Kosten stiegen im Verlauf von 1,7 auf 4,1 Milliarden Euro an (46).

Die Kooperative Großleitstelle Oldenburg (GOL) hat als Reaktion auf die steigenden Patientenzahlen mit niedriger Behandlungsindikation (sog. Low-code) und häufigem Verbleib vor Ort den Gemeindenotfallsanitäter als weitere Einsatzressource ins Leben gerufen. Der Gemeindenotfallsanitäter ist ein Pilotprojekt der Stadt Oldenburg und den Landkreisen Ammerland, Cloppenburg und Vechta (47). Er wird seit dem 01.01.2019 in Anlehnung an das Community Paramedics-Konzept in den USA, Kanada und Großbritannien eingesetzt. Notfallsanitäter erhalten dazu eine spezielle Weiterbildung und rücken in Fällen aus, in denen kein Rettungswagen notwendig ist, es aber einer ambulanten ärztlichen Abklärung und dennoch keiner notfallmäßigen Maßnahme bedarf. Auch deckt der Gemeindenotfallsanitäter Fälle ab, in denen keine Notwendigkeit für einen Transport besteht oder bereits ein Rettungsmittel vor Ort war, das aber nicht helfen konnte (47, 48). Dazu ist der Gemeindenotfallsanitäter mit einem Fahrzeug analog des Notarzteinsatzfahrzeugs und angepasster Ausstattung ausgerüstet. In Fällen, bei denen Rücksprache mit einem Arzt gehalten werden muss, können die Gemeindenotfallsanitäter auf die Telemedizinzentrale des Klinikums Oldenburg zurückgreifen. Die Finanzierung des Gemeindenotfallsanitäters erfolgt aktuell durch die niedersächsischen Krankenkassen (49). Nach einem Beobachtungsraum von zwei Jahren konnten Seeger et al. bereits ein positives Zwischenfazit ziehen und stellten fest, dass die zusätzlich eingerichtete Ressource des Gemeindenotfallsanitäters Patienten ambulant vor Ort versorgen kann und so zur Entlastung des Notfallsystems beitragen kann (50). Mittlerweile schließen sich auch weitere Bundesländer an: So wurde bereits in 2021 im Bundesland Bremen der HanseSani eingeführt (51). Auch Baden-Württemberg schafft aktuell die Voraussetzungen für den Gemeinde-Notfallsanitäter (52).

2.2 Krankenhäuser und ihre Notaufnahmen

Eine weitere tragende Säule der Notfallversorgung stellen Krankenhäuser und ihre Notaufnahmen (inkl. Notfallambulanzen) dar. Im Folgenden werden Notaufnahmen und Notfallambulanzen unter dem Begriff Notaufnahmen geführt. Sie versorgen sowohl ambulante als auch stationäre Notfälle. Die Vorhaltung der Krankenhäuser und ihrer Notaufnahmen werden durch die Krankenhausplanung der Bundesländer sowie die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gesteuert (27, 53). Die stationäre Notfallversorgung beinhaltet dabei die „Versorgung nicht

geplanter, medizinisch aber dringend indizierter Behandlungen“ schwerer Erkrankungen oder Unfällen (54). Die Aufstellung der Krankenhauspläne und Investitionsprogramme werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz durch die Bundesländer festgelegt und umgesetzt (55). Die Krankenhauspläne der jeweiligen Bundesländer enthalten u.a. Angaben zur Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Kliniken nach Standort, Fachrichtungen, Bettenanzahl und Funktionseinheiten. In 2023 verzeichnete Deutschland 1.874 Krankenhäuser, wovon 169 auf das Bundesland Niedersachsen entfallen (56).

Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, sind vertraglich zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet (57, 58). In den Krankenhausgesetzen der Bundesländer wird auch die Ausgestaltung und Umsetzung der Notfallversorgung durch die Krankenhäuser festgelegt. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Auslegungen und Interpretationen der Bundesländer. Das niedersächsische Krankenhausgesetz beinhaltet beispielsweise, dass *„Krankenhäuser, deren Teilnahme an der Notfallversorgung sozialversicherungsrechtlich vereinbart ist, sicherzustellen haben, dass sie zur Notfallversorgung von lebensbedrohlich Verletzten und Erkrankten in der Lage sind“* (59). In Bayern hingegen sind alle Krankenhäuser, die im Krankenhausplan des Freistaats Bayern aufgenommen sind, dazu verpflichtet, an der Notfallversorgung teilzunehmen (60). Im Nachbarbundesland Bremen werden laut Bremischen Krankenhausgesetz einschränkend nur die Gebiete in den Krankenhausplan aufgenommen, *„für die durchgehend die entsprechende fachärztliche Versorgung (Facharztstandard im Sinne des §28 Absatz 1), eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft sowie eine Notfallversorgung im Rahmen ihres Versorgungsauftrags gewährleistet ist“* (61). Außerdem sind die Bremer Krankenhäuser dazu verpflichtet, die Behandlung von Notfallpatienten grundsätzlich im nächstgelegenen Krankenhaus des Notfallortes durchzuführen (61). Insgesamt zielen die Versorgungsziele der Krankenhauspläne darauf ab, dass die Versorgung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter in einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus übergeht. Allerdings sind Ärzte vor dem Hintergrund der freien Arztwahl durch Patienten (§76 SGB V) und zur Vermeidung des Vorwurfs der unterlassenen Hilfeleistung (§323c StGB) auch zu einer ambulanten Versorgung in den Notaufnahmen verpflichtet (62-65). Patienten treffen demnach selbstständig die Entscheidung, welchen Weg sie bei einem Notfall wählen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Jahr 2018 in seinem „Gestuftem Konzept von Notfallstrukturen in Krankenhäusern“ Anforderungen formuliert, denen Krankenhäuser bei der Teilnahme an der allgemeinen stationären Notfallversorgung entsprechen müssen. Nach dem

Konzept werden Krankenhäuser in drei Ebenen eingeteilt: die „Basisnotfallversorgung“ (Stufe 1), die „erweiterte Notfallversorgung“ (Stufe 2) und die „umfassende Notfallversorgung“ (Stufe 3). Jede Stufe ist dabei mit Mindestanforderungen zur Art und Anzahl erforderlicher Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals und zeitlichem Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen versehen (Abbildung 3) (54). Gleiches gilt auch für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Darüber hinaus erfolgt in den Notaufnahmen der Krankenhäuser auch die Notfallversorgung ambulanter Fälle, die entweder vom Rettungsdienst eingeliefert werden oder die Notaufnahmen selbstständig ansteuern (3, 27).

Gestuftes System von Notfallstrukturen			
Anforderungen (ohne Module)			
Vorgabe	Stufe		
	Basisnotfallversorgung	Erweiterte Notfallversorgung	Umfassende Notfallversorgung
Art und Anzahl Fachabteilungen	Jeweils ein Facharzt/ eine Fachärztin im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar	zusätzlich 4 Fachabteilungen der Kategorien A und B*; mindestens 2 davon aus Kategorie A	zusätzlich 7 Fachabteilungen der Kategorien A und B*; mindestens 5 davon aus Kategorie A
Notaufnahme	Zentrale Notaufnahme (ZNA) unter anderem mit Einschätzung der Behandlungspriorität spätestens 10 Minuten nach Eintreffen (3 Jahre Übergangszeit)	zusätzlich Beobachtungsstation für Kurzlieger (maximal 2 Stunden) mit mindestens 6 Betten	
Intensivkapazität	Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, davon mindestens 3 mit Beatmungsmöglichkeit	Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit	Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit
Medizinisch-technische Ausstattung	Schockraum 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie (auch in Kooperation)	wie Basisstufe plus grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) Verfügbarkeit von: Notfallendoskopischer Intervention oberer Gastrointestinaltrakt Perkutaner koronarer Intervention Magnetresonanztomographie Primärdiagnostik Schlaganfall und Initialtherapie	
Transport bzw. Verlegung	Möglichkeit der Weiterverlegung auch auf dem Luftweg	Hubschrauberlandestelle	
Ambulant	Soll-Vorgabe: Kooperation gemäß §75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit Kassenärztlicher Vereinigung		
	*Kategorie A: Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe Kategorie B: Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Abbildung 3: Gestuftes System von Notfallstrukturen

Quelle: Eigene Darstellung nach Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (54)

Die im Mai 2018 in Kraft getretenen Regelungen des G-BA zu den Notfallstufen dienen als Finanzierungsgrundlage für die Zahlung von gestaffelten Zuschlägen für die Krankenhäuser, die den Mindestanforderungen einer der drei Stufen oder sogar einer der speziellen Notfallversorgungsangebote entsprechen (54). In Niedersachsen erfolgt die Zuordnung von Krankenhäusern zu den

Versorgungsstufen der Notfallversorgung (Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung, umfassende Notfallversorgung) bislang nicht zentral im Krankenhausplan des Landes Niedersachsen. Stattdessen wird diese Einstufung im Rahmen der Entgeltvereinbarungen zwischen den jeweiligen Krankenhäusern und den gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen (66). Allerdings hat der Niedersächsische Landtag am 28. Juni 2022 das Gesetz zur Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes beschlossen, wonach einerseits eine Einführung des Versorgungsstufenmodells mit 3 Versorgungsstufen (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung) bevorsteht, aber auch die Notfallversorgung gestärkt und neu geregelt werden soll (59).

Die stationäre Versorgung von Notfällen wird gemäß §17b KHG klassisch über das DRG-System (Diagnosis Related Groups) finanziert (53). Außerdem führte das KHSg eine Vergütungsgrundlage für ambulante Notfallleistungen durch Abrechnung von Ziffern aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Kapitel 1.2 in Krankenhäusern ein. Ambulant erbrachte Leistungen werden somit analog der Vergütung niedergelassener Ärzte zur Abrechnung gebracht (67, 68). Seit 2017 haben Notaufnahmen u.a. die Möglichkeit, bei besonders komplexen ambulanten Behandlungen sogenannte Schweregradzuschläge abzurechnen. Außerdem können für Patienten, die nach Einschätzung eines Arztes keiner dringenden Behandlung in der Notaufnahme bedürfen und zur Behandlung an niedergelassene Ärzte verwiesen werden, sogenannte Abklärungspauschalen abgerechnet werden (Tabelle 1) (68).

Tabelle 1: Auszug aus den Gebührenordnungspositionen für ambulante Notfallleistungen in Krankenhäusern (Stand 01.04.2025)

Gebührenordnungsposition (GOP)	Beschreibung	Bewertung in Euro
01205	Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	5,58
01207	Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages; ganztätig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	9,91
01223	Schweregradzuschlag zur 01210	15,86
01224	Schweregradzuschlag I zur 01212	24,17
01226	Schweregradzuschlag II zur 01212	11,15

Quelle: Eigene Darstellung nach Kapitel 1.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (68)

Wiederum müssen Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, einen Abzug von 50 Euro je stationärem Fall von ihrer Gesamtvergütung hinnehmen (69). Dennoch besteht zunächst für jedes Krankenhaus die Verpflichtung, Patienten im Notfall zu behandeln, auch wenn es sich zunächst nur um eine Erstversorgung und anschließende Weiterverlegung in ein anderes

Krankenhaus oder eine Weiterleitung in die ambulante Versorgung handelt. Als problematisch erweist sich in diesem Kontext, dass die Verschiebung von stationären Notfällen zu mehr ambulanten Notfällen durch die Mischkalkulationen der Finanzierung von Notaufnahmen nicht abgedeckt ist. Ebenso bildet die Kalkulation der GOPen nach EBM die Refinanzierung der Notaufnahmen nicht ab, sodass Notaufnahmen zunehmend in eine defizitäre Lage geraten (70). Nach einer Erhebung der Management Consult Kestermann GmbH (MCK), in welche 37 Krankenhäuser einbezogen wurden, beträgt der durchschnittliche fallbezogene Erlös ambulanter Notfälle in Notaufnahmen 32 Euro, während in dieser Gruppe durchschnittliche Kosten von 120 Euro entstehen. So entsteht ein Fehlbetrag von 88 Euro pro Fall (71). Nach Prokop et al. wird in den Notaufnahmen der Krankenhäuser jährlich 1 Mio. Euro Verlust generiert (72).

Laut Statistischem Bundesamt wurden in den Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2023 rund 12,4 Millionen ambulante Notfälle behandelt. Dies stellt den höchsten Wert seit Beginn der Erhebung in 2018 dar (Abbildung 4) (73).

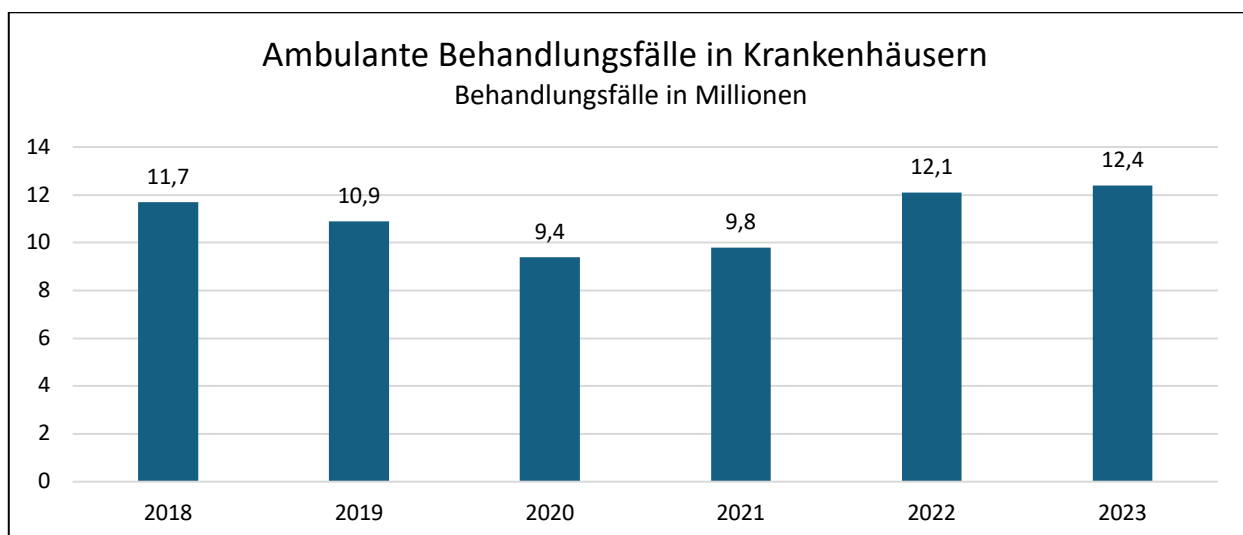


Abbildung 4: Ambulante Behandlung von Notfällen in Krankenhäusern
Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (Destatis) (73)

Hingegen betrug die Anzahl der vollstationären Behandlungsfälle in 2023 insgesamt rund 17,2 Millionen Fälle. Die aktuellen Zahlen belegen einmal mehr die Bedeutung von Notaufnahmen der Krankenhäuser für die Notfallversorgung (74). Die ambulante Notfallbehandlung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser stellt diese somit nicht nur vor ökonomische Probleme, sondern bringt auch Kapazitätsengpässe mit sich. Die Covid-19-Pandemie führte zunächst zu einem Rückgang der Fallzahlen in den Notaufnahmen. Im Jahr 2020 war die Zahl der ambulanten Notfallbehandlungen mit insgesamt 9,4 Millionen somit auf dem niedrigsten Niveau seit der Erfassung in 2018. Danach stiegen die behandelten Notfälle jährlich, wie in Abbildung 4 dargestellt, an (73).

Hinzu kommt, dass Patienten Notaufnahmen zunehmend auch während der Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte aufsuchen und dort Behandlungen erhalten, die originär der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen sind (70, 75).

2.3 Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterstehen der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Gemeinsam bilden die KVen auf Bundesebene die KBV (76). Ihre Kernaufgaben sind die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung, die berufspolitische Interessenvertretung der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen sowie die Verhandlungen mit Krankenkassen über das Honorar, Arzneimittelbudgets und Versorgungsverträge. Sie überprüft außerdem die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und verteilt das zur Verfügung stehende Honorar an ihre Mitglieder. Zu den Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen zählen *„die im jeweiligen Zuständigkeitsbereich niedergelassenen zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die bei Vertragsärzten und den zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätigen angestellten Mediziner (mindestens halbtags tätig), die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren tätigen angestellten Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte“* (77).

Kassenärztliche Vereinigungen haben so nach §75 SGB V die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Zum Sicherstellungsauftrag zählt nach Absatz 1b neben der Versorgung durch niedergelassene Ärzte während der Sprechstundenzeiten ebenfalls *„die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt“* (15). Die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten wird vom allgemeinen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst der KVen abgedeckt. Dieser steht Patienten zur Verfügung, die eine Erkrankung haben, *„mit denen sie sonst in die Praxis gehen würden und deren Behandlung nicht bis zum nächsten Tag warten kann“* (4). Dabei geht es insbesondere um die Versorgung von Akutfällen, dessen sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, nicht aber einen Notfall darstellt (15). Viel mehr stellt der kassenärztliche Bereitschaftsdienst eine Versorgung von Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten Behandlungsmöglichkeit dar. Neben dem allgemeinen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst sind bei besonderen Sicherstellungsbedarfen spezielle fachärztliche sowie kinderärztliche Bereitschaftsdienste eingerichtet. Somit liegt der Versorgungsauftrag

für ambulante medizinische Notfälle, sofern keine notärztliche Versorgung im Rettungsdienst notwendig ist, bei den vertragsärztlichen Leistungserbringern.

Zu den vertragsärztlichen Leistungserbringern zählen nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte neben zugelassenen Ärzten auch zugelassene medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte Institutionen (78). Sie alle sind per Definition in Besitz einer Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherten. Grundsätzlich sind alle zugelassenen Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren als Organisationseinheit dazu verpflichtet, am Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Die grundsätzliche Verpflichtung ergibt sich nach ständiger Rechtsprechung aus dem vertragsärztlichen Zulassungsstatus, welcher den Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet (§ 95 Abs. 3 SGB V) (79, 80). Die Verpflichtung umfasst dabei Ärzte aller Fachgruppen, auch wenn diese keine patientennahe Versorgung übernehmen (z.B. Laborärzte oder Pathologen). Laut Verwaltungsgericht Düsseldorf mit Entscheidung vom 21.11.2016 (7 K 3288/16) betrifft dies sogar privatärztlich tätige Ärzte (81).

Gemäß § 17 Bundesmantelvertrag-Ärzte sind Vertragsärzte grundsätzlich dazu verpflichtet, mindestens 25 Stunden in der Woche Sprechstunde anzubieten. Sprechstunden sind dabei Zeiten, in denen der Vertragsarzt der Versorgung von Patienten unmittelbar zur Verfügung steht. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag sind die Sprechstundenzeiten anteilig anzubieten. Für angestellte Ärzte gilt der vom Zulassungsausschuss genehmigte Umfang der Tätigkeit. Während beispielsweise die offene Sprechstunde ohne Terminvereinbarung einiger Fachgruppen oder Besuchszeiten auf die Sprechstundenzeiten angerechnet werden, ist der Bereitschaftsdienst nicht darin enthalten und zusätzlich zu leisten (78).

Vertragsärztliche Leistungserbringer haben darüber hinaus nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot § 12 Abs.1 SGB V eine „*ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche ärztliche Versorgung*“ zu erbringen. Diese umfasst nach §73 Absatz 2 SGB V auf den Bereitschaftsdienst bezogen insbesondere die ärztliche Versorgung sowie die „*Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlungen*“ vor dem Hintergrund der Versorgung des Patienten bis zur nächsten regulären Öffnung der Haus- und Fachärzte zur weiteren ambulanten oder stationären Behandlung (82).

Während die allgemeine Sicherstellung nach §75 Abs. 1 SGB V und §73 Abs. 2 SGB V in die gesetzgeberische Zuständigkeit des Bundes fällt, sind die Organisation und Ausgestaltung des Bereitschaftsdienstes in den Bereitschaftsdienstordnungen und Satzungen der jeweiligen Länder-

KVen individuell geregelt und regional unterschiedlich aufgestellt (15, 82). So ergeben sich u.a. hinreichende Unterschiede zwischen den Bereitschaftsdienstzeiten, Größen der Bereitschaftsdienstbereiche, Anbindungen und Kooperationen mit Krankenhäusern und den Teilnahmemodalitäten der Ärzte am Bereitschaftsdienst. Allen Kassenärztlichen Vereinigungen ist gemein, dass sie als Körperschaft des öffentlichen Rechts neben der Sicherstellung der Versorgung die Aufgabe haben, die wirtschaftlichen und berufspolitischen Interessen ihrer Mitglieder, den vertragsärztlichen Leistungserbringern, gegenüber dem Gesetzgeber und den anderen weiteren Akteuren, die an der gemeinsamen Selbstverwaltung beteiligt sind, zu vertreten und ihre durch den Bereitschaftsdienst entstehenden Belastungen als zumutbar zu gestalten (83). Weitere Aspekte zur Ausgestaltung der ärztlichen Tätigkeit sind in der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer (§26 Ärztlicher Notfalldienst) sowie in den Kammergesetzen für die Heilberufe der Bundesländer geregelt (84). Obwohl Leichenschauen und Unterbringungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) nicht zu den originären Tätigkeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes zählen, spielen auch diese immer wieder eine Rolle. Einzelheiten zum Umgang mit diesen sind auch hier jeweils in den Gesetzen der Länder geregelt (85-87). Die Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und somit privatärztlich.

Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst ist über die bundesweit einheitliche Telefonnummer 116117 (im Folgenden 116117) erreichbar und vermittelt Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten an den für sie zuständigen Bereitschaftsdienst (88). Er steht dabei Kassen- als auch Privatpatienten zur Verfügung. Ebenfalls können Patienten den Bereitschaftsdienst auch ohne vorherige telefonische Kontaktaufnahme zur 116117 während der Öffnungszeiten aufsuchen. Kassenärztliche Vereinigungen sind hier laut §75 Abs. 1b dazu angehalten, *„den Notdienst durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherzustellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden“* (89).

Neben der Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen umfasst der Bereitschaftsdienst in der Regel einen aufsuchenden Hausbesuchsdienst für immobile Patienten, um der nach § 75 Abs. 1a geforderten *„angemessenen und zeitnahen Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung nachzukommen“*. In einigen Bundesländern wurde zusätzlich die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Videosprechstunde im Rahmen des Bereitschaftsdienstes als weitere

Versorgungsebene implementiert (Abbildung 5), nachdem Kassenärztliche Vereinigungen seit dem 31.03.2022 ergänzend auch telemedizinische Leistungen anbieten sollten (89).

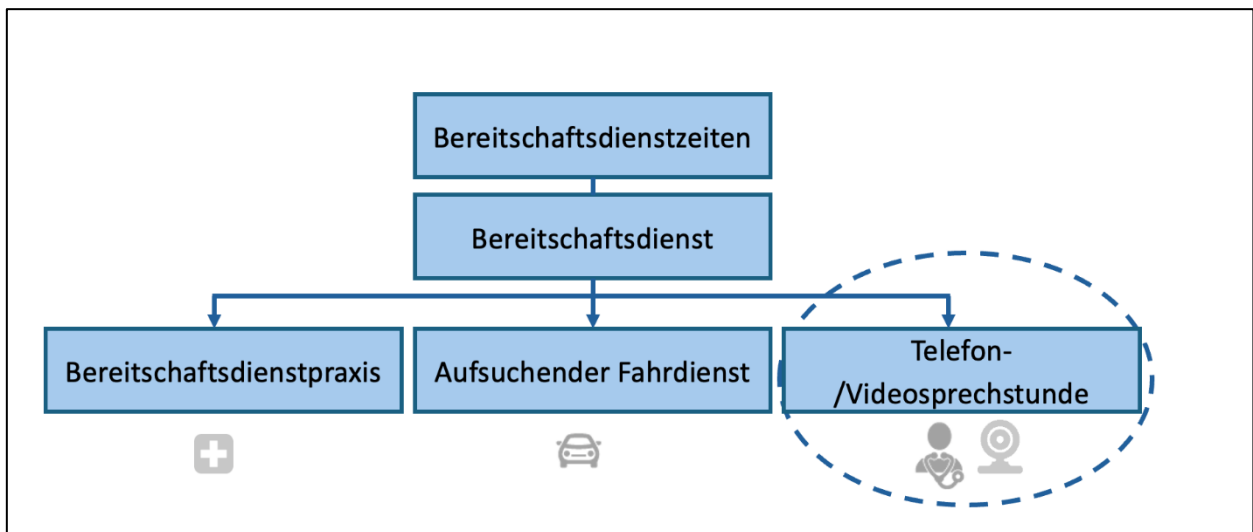


Abbildung 5: Videosprechstunde als weitere Versorgungsebene im Bereitschaftsdienst
 Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

In einer Erhebung von 2021 wurden 670 allgemeine Bereitschaftsdienstpraxen deutschlandweit gezählt, kinderärztliche bzw. fachärztliche Bereitschaftsdienstpraxen wurden nicht berücksichtigt (70). Während es für Krankenhäuser landes- und bundesweite Verzeichnisse gibt, in denen die genaue Anzahl der Krankenhäuser gelistet sind, gibt es ein solches Verzeichnis über die Anzahl der Bereitschaftsdienstpraxen auf Landes- und Bundesebene nicht. Aus diesem Grund kann zur Nennung der Anzahl der Bereitschaftsdienstpraxen an dieser Stelle nur auf eine Erhebung zurückgegriffen werden. In Niedersachsen gibt es aktuell 70 allgemeine Bereitschaftsdienstpraxen, von denen 62 an ein Krankenhaus angegliedert sind (Stand 31.12.2024) (90).

Darüber hinaus regelt §75 Abs. 1 SGB V, dass Kassenärztliche Vereinigungen mit den Landesapothekerkammern in einen Austausch treten sollen, um die Versorgung der Versicherten im Rahmen des Notdienstes zu verbessern. Das in Deutschland geltende Dispensierrecht, was die Erlaubnis umfasst, apotheken- und verschreibungspflichtige Arzneimittel herstellen und abgeben zu dürfen, ist bislang ausschließlich den Apotheken vorbehalten. Sie sollen außerdem mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren (89).

Die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes unterscheidet sich in den einzelnen Länder-KVen. Grundsätzlich rechnen Ärzte die von ihnen im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen über ihre eigene lebenslange Arztnummer und ihre durch die KV zugeordnete Betriebsstättennummer (BSNR) nach dem Kapitel 1.2 des EBM mit ihrer KV ab (68) (Tabelle 2). Diese Leistungen

unterliegen nach dem Honorarverteilungsmaßstab der jeweiligen KVen keinem Budget und werden somit extrabudgetär vergütet. Hierfür gibt es seit dem Jahr 2016 ein eigenes Honorarvolumen, das noch vor der Trennung der Gesamtvergütung in haus- und fachärztliche Bereiche gebildet wird. In Bereitschaftsdienstbereichen, in denen ein Fahrdienst mit Fahrzeug bereitgestellt wird, werden zusätzlich Wegegelder nach der KV-internen Gebührenordnungsposition zur Refinanzierung des organisierten Bereitschaftsdienstes zur Abrechnung gebracht (91).

Folgende Gebührenordnungspositionen können nach Kapitel 1.2 des EBM zur Abrechnung gebracht werden (Tabelle 2):

Tabelle 2: Gebührenordnungspositionen im Bereitschaftsdienst (Stand: 01.04.2025)

Gebührenordnungsposition (GOP)	Beschreibung	Bewertung in Euro
01205	Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	5,58
01207	Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages; ganztätig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	9,91
01210	Notfallpauschale zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	14,87
01212	Notfallpauschale zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages; ganztätig an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	24,17
01214	Weiterer Arzt-Patienten-Kontakt zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	6,20
01216	Weiterer Arzt-Patienten-Kontakt zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr	17,35
01218	Weiterer Arzt-Patienten-Kontakt zwischen 22:00 und 07:00 Uhr des Folgetages, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages	21,07
01223	Schweregradzuschlag zur 01210	15,86
01224	Schweregradzuschlag I zur 01212	24,17
01226	Schweregradzuschlag II zur 01212	11,15
01418	Besuch im organisierten Notdienst	96,42

Quelle: Eigene Darstellung nach Kapitel 1.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (68)

Die GOPs 01223, 01224 und 01226 stellen Schweregradzuschläge dar, die zusätzlich zur Notfallpauschale abzurechnen sind und so den Schweregrad der Fälle kennzeichnen (68). Darüber hinaus können KVen den Bereitschaftsdienstärzten Stunden- oder Fallpauschalen sowie Umsatzgarantien auszahlen. Die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes unterscheidet sich zwischen den KVen ebenso wie der Verdienst des einzelnen Bereitschaftsdienstarztes (70).

Die Abrechnung der GOPen nach EBM deckt lediglich die Leistungserbringung der Bereitschaftsdienstärzte. Vorhaltekosten werden bei der Kalkulation der GOPen nach EBM nicht berücksichtigt. Aus diesem Grund erheben KVen eine Notdienstumlage, an der sich alle im jeweiligen

Bereitschaftsdienstbereich tätigen Vertragsärzte beteiligen. Die KVN behält beispielsweise einen Anteil der ärztlichen Honorare für die Organisation des Bereitschaftsdienstes ein. So werden entstehende Kosten in Form von z.B. Mieten, Praxisbedarf, Personal oder Ausstattung gedeckt. Es wird für jeden Bereitschaftsdienstbereich eine eigene Umlage zur Deckung der dort entstehenden Kosten erhoben (90). In einigen Bundesländern leisten die gesetzlichen Krankenkassen einen zusätzlichen Beitrag zur Finanzierung des Bereitschaftsdienstes (29). Die privaten Krankenkassen beteiligen sich nicht an der Finanzierung des Bereitschaftsdienstes.

Die Abrechnung der erbrachten Leistungen im Bereitschaftsdienst erfolgt dabei über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) der Patienten. In Einzelfällen (z.B. Notfallbehandlung ohne vorliegende eGK, technischer Defekt, Leistungserbringung ohne persönlichen Kontakt) kommt das Ersatzverfahren zur Anwendung (78). Für Leistungen, die als ambulante Notfallleistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht werden, ist das Vordruck-Muster 19 „Notfall-/Vertretungsschein“ zu verwenden (92).

Dazu kommt, dass Krankenhäuser durch die Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) differenzierte Angaben zu ihren ambulanten Leistungsstatistiken offenlegen müssen und so eine große Transparenz über die Leistungserbringung der Krankenhäuser vorherrscht (93), während es für den vertragsärztlichen Bereich bislang keine vergleichbare Verpflichtung zur Datentransparenz gibt. So können aus den veröffentlichten Daten keine Aussagen über die Finanzierung und Ausgabenseite des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes getroffen werden (70).

Dennoch hat die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung in den letzten Jahren stetig zugenommen. Nach einem Rückgang während der Covid-19-Pandemie zeichnete sich bereits im Frühjahr 2021 wieder ein Anstieg bei den Notfallbehandlungen ab, der sich im Jahr 2022 fortsetzte. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 17,7 Mio. ambulante Notfälle abgerechnet, davon sind 7,3 Mio. dem ärztlichen Bereitschaftsdienst und 10,4 Mio. den Notaufnahmen zuzuordnen, was einen Zuwachs von +16,6% gegenüber 2021 darstellt (75). Allerdings scheint der Zuwachs im ärztlichen Bereitschaftsdienst dabei deutlich größer als in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Im Dezember 2022 wurden im ärztlichen Bereitschaftsdienst sogar mehr Fälle als in den Notaufnahmen der Krankenhäuser versorgt (Abbildung 6), was laut Zi auf den starken Anstieg der Atemwegserkrankungen in der zweiten Jahreshälfte zurückzuführen ist (75, 94).

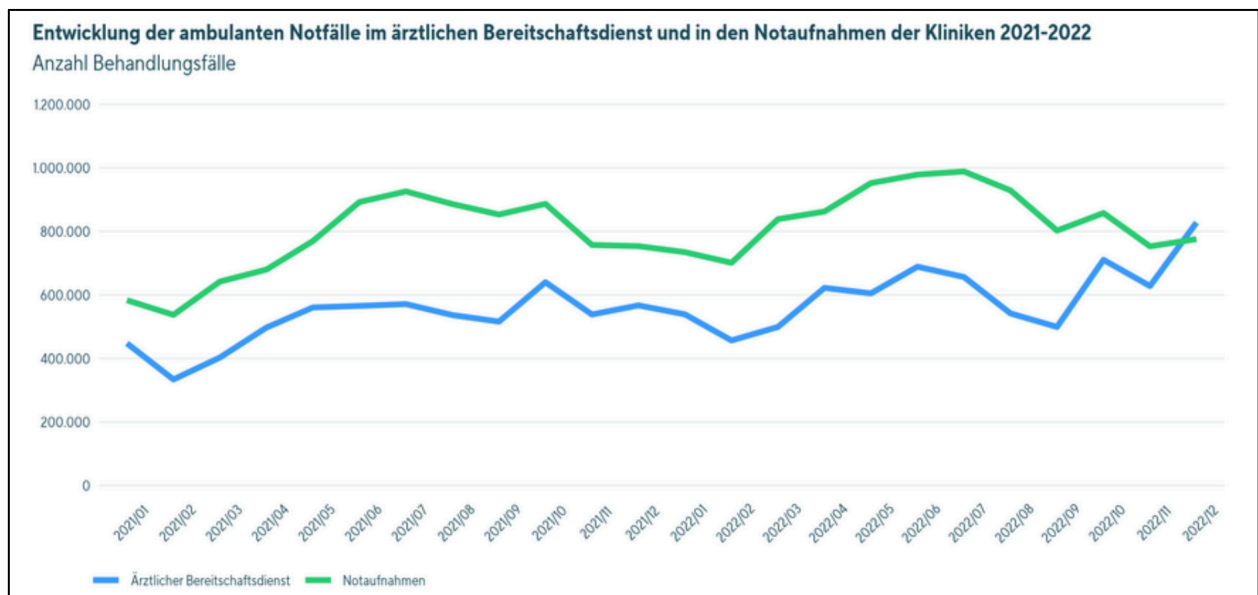


Abbildung 6: Entwicklung der ambulanten Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst und in den Notaufnahmen der Kliniken 2021-2022
 Quelle: Zi (95)

Aktuellere Daten aus dem Jahr 2023 zeigen, dass dort insgesamt 17,8 Mio. ambulante Notfälle zur Abrechnung gebracht wurden. Davon waren 7,7 Mio. dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und 10,0 Mio. den Notaufnahmen zuzuordnen. Tabelle 3 zeigt, dass dies einem Zuwachs von +0,4% gegenüber 2022 entspricht und sich in einen Rückgang der Fallzahlen in den Notaufnahmen um –3,2% und einen Zuwachs im Bereitschaftsdienst um +5,4% gegenüber 2022 unterteilt, was die Rolle des Bereitschaftsdienstes im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung einmal mehr unterstreicht (75). Dennoch wird in den Notaufnahmen der Krankenhäuser im direkten Vergleich zum Bereitschaftsdienst noch immer der größere Anteil ambulanter Notfälle versorgt.

Tabelle 3: Ambulante Notfälle (Anzahl an Behandlungsfällen und relative Veränderung im Vergleich zum Vorjahreszeitraum je Quartal und Jahr)

		1. Quartal		2. Quartal		3. Quartal		4. Quartal		gesamt	
Kategorie	Jahr	n	Δ	n	Δ	n	Δ	n	Δ	n	Δ
Ambulante Notfälle im BD	2021	1.190.437		1.631.136		1.630.750		1.752.050		6.204.373	
	2022	1.503.245	+26,3%	1.926.115	+18,1%	1.709.620	+4,8%	2.191.877	+25,1%	7.330.857	+18,2%
	2023	1.821.429	+21,2%	2.153.604	+11,8%	1.719.462	+0,6%	2.031.288	-7,3%	7.725.783	+5,4%
Ambulante Notfälle in den Notaufnahmen	2021	1.725.735		2.296.360		2.612.807		2.347.474		8.982.376	
	2022	2.232.508	+29,4%	2.768.529	+20,6%	2.761.605	+5,7%	2.614.416	+11,4%	10.337.058	+15,5%
	2023	2.384.025	+6,8%	2.724.834	-1,6%	2.598.524	-5,9%	2.338.550	-10,6%	10.045.933	-3,2%
Ambulante Notfälle gesamt	2021	2.916.172		3.927.496		4.243.557		4.099.524		15.186.749	
	2022	3.735.753	+28,1%	4.694.644	+5,4%	4.471.225	+5,4%	4.806.293	+17,2%	17.707.915	+16,6%
	2023	4.205.454	+12,6%	4.878.438	-3,4%	4.317.986	-3,4%	4.369.838	-9,1%	17.771.716	+0,4%

Quelle: Eigene Darstellung nach Zi (75)

Während die Anzahl ambulanter Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und im Bereitschaftsdienst insgesamt ansteigt, spiegelt sich diese Entwicklung nicht aber auf die Haus- und Pflegeheimbesuche zurück. Bei den Ärztlichen Besuchen und Mitbesuchen im Rahmen der Regelversorgung ist nach der Pandemie in den Jahren 2022 und 2023 wieder ein leichter Anstieg zu erkennen. Vergleicht man hingegen die Besuche im Organisierten Notdienst der Jahre 2021 und 2022, zeigt sich zunächst ein Rückgang um -4,9% (Tabelle 4). Im Jahresvergleich zwischen dem Jahr 2022 und dem Jahr 2023 zeigt sich bei den Besuchen im Organisierten Notdienst sogar ein Rückgang um -11,4%. Im Jahr 2023 wurden 953 Tsd. Besuche im Rahmen des Notfalldienstes durchgeführt und abgerechnet, im Jahr 2022 waren es 1,1 Mio. (75).

Der Rückgang der Besuche im Bereitschaftsdienst könnte auf Veränderungen im Leistungs- und Abrechnungsverhalten der Ärzte zurückzuführen sein. Einerseits wurde während der Covid-19-Pandemie erstmalig eine Abrechnungsmöglichkeit für telefonische Konsultationen geschaffen, welche zunächst bis April 2022 gültig war. Andererseits haben Ärzte möglicherweise durch die Covid-19-Pandemie und die vermehrte Anwendung telefonischer Konsultation die Erfahrung gemacht, dass ein Anteil von Bereitschaftsdienstfällen telefonisch behandelt werden konnte und die Notwendigkeit für einen Hausbesuch so entfallen ist. Im Vergleich zum Rettungsdienst, wo genaue Aussagen über die Anzahl der Notfälle und entsprechende Einsatzmittel getroffen

werden können, können Besuche im Bereitschaftsdienst anhand der Abrechnungsdaten nicht näher nach Einsatzort oder Schweregrad definiert und eingeordnet werden.

Tabelle 4: Ärztliche Besuche, Mitbesuche (Leistungshäufigkeit und relative Veränderung im Vergleich zum Vorjahreszeitraum je Quartal und Jahr)

		1. Quartal		2. Quartal		3. Quartal		4. Quartal		gesamt	
Kategorie	Jahr	n	Δ	n	Δ	n	Δ	n	Δ	n	Δ
Ärztliche Besuche, Mitbesuche	2021	6.087.771		5.500.350		5.691.165		5.689.506		22.968.792	
	2022	5.683.059	-6,6%	5.598.775	+1,8%	5.643.429	-0,8%	5.837.966	+2,6%	22.763.229	-0,9%
	2023	6.137.729	+8,0%	5.767.568	+3,0%	5.759.677	+2,1%	5.969.842	+2,3%	23.634.816	+3,8%
Besuche im Bereitschaftsdienst	2021	228.632		295.357		251.200		295.275		1.130.464	
	2022	291.994	+1,2%	264.128	-10,6%	234.953	-6,5%	284.043	-3,8%	1.075.118	-4,9%
	2023	245.380	-16,0%	241.236	-8,7%	209.739	-10,7%	256.608	-9,7%	952.963	-11,4%

Quelle: Eigene Darstellung nach Zi (75)

Neben steigenden Anzahlen ambulanter Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ist auch die Inanspruchnahme des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Zusammenfassend gewinnt der kassenärztliche Bereitschaftsdienst im Kontext der Notfallversorgung und zur Entlastung dieser in den letzten Jahren an zunehmender Bedeutung.

3. Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

3.1 Historie und Entwicklung des Bereitschaftsdienstes

Der Bereitschaftsdienst wurde in den letzten Jahren deutschlandweit verändert. Hat er früher eher in den eigenen Praxen der Vertragsärzte stattgefunden und wurde durch einen aufsuchenden Fahrdienst ergänzt, so ist er heute deutlich umfangreicher. Zunächst soll ein kurzer Überblick gegeben werden, welche Gesetze in den letzten Jahren Einfluss auf die Organisation und Umsetzung des Bereitschaftsdienstes genommen haben dürften (Abbildung 7). Dabei ist die Geschichte des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes eng mit der Entwicklung des Gesundheitssystems und der Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden.

Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst wurde 1953 offiziell mit dem Ziel, die medizinische Versorgung außerhalb der üblichen Praxiszeiten sicherzustellen, eingeführt. Die Organisation wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. Der Fokus lag dabei ursprünglich auf hausärztlichen Notfällen. Es war üblich, dass einzelne Ärzte abwechselnd Bereitschaftsdienste übernahmen. Mit steigender Arzt- und Patientenzahl wurde der Bereitschaftsdienst zunehmend komplexer, sodass die Arbeitsbelastung für Ärzte zunahm. Auch wurden regionale Unterschiede in der Organisation deutlicher, was dazu führte, dass in den 1960er - 1970er Jahren erste Reformierungsgedanken in Form von Überlegungen zur Zentralisierung und besseren Koordinierung entstanden. In 1973 wurde der europaweite Notruf 112 in Deutschland eingeführt. So konnte eine schnellere Alarmierung des Rettungsdienstes erreicht werden. Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst hingegen blieb weiterhin für Fälle zuständig, die keine akuten lebensbedrohlichen Notfälle darstellten. In den 1980er - 1990er Jahren wurden feste Bereitschaftsdienstzeiten und -bereiche etabliert, um die Belastung der Ärzte umzuverteilen (90).

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 hatte vor allem organisatorische und finanzielle Auswirkungen auf den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. So wurden die KVen verpflichtet, ihre Strukturen grundlegend zu optimieren. Dies führte dazu, dass zahlreiche KVen mit der Zentralisierung und Neuorganisation der Bereitschaftsdienstbereiche begannen und Bereitschaftsdienstpraxen einrichteten. Patienten sollten in zentralen Anlaufstellen versorgt werden, anstatt dass Hausbesuche die Regel sind (96).



Abbildung 7: Gesetzliche Historie des Bereitschaftsdienstes

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) von 2011 wurden erste Maßnahmen formuliert, die ärztliche Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten durch die Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen, sogenannte Portalpraxen, an Krankenhäusern zu verbessern. Auch wurde die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 eingeführt. Hier sollen Patienten außerhalb der Sprechzeiten anhand ihrer Postleitzahl an einen Bereitschaftsdienstarzt vermittelt werden (97). Abseits der Rufnummer 116117 können Patienten Bereitschaftsdienstpraxen selbstständig

aufsuchen. Dazu gibt es in weiten Teilen der eingerichteten Bereitschaftsdienste einen aufsuchenden Fahrdienst (98).

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz), welches 2015 in Kraft getreten ist, zielt auf die Förderung der Telemedizin, den Austausch von Gesundheitsdaten und die Digitalisierung im Gesundheitswesen ab. Es beinhaltet Vorgaben zur Einrichtung der elektronischen Patientenakte (ePA), Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte, der Telemedizin und Videosprechstunden sowie solche zu dem elektronischen Arztbrief und sektorenübergreifender Kommunikation und Informationsaustausch. Das E-Health-Gesetz hat damit die Basis für die Telematikinfrastruktur (TI) gelegt, die eine sichere Vernetzung zwischen allen Akteuren des Gesundheitswesens ermöglicht. Die Einrichtung und Nutzung dieser Funktionen soll der Patientensteuerung und einer verbesserten Kommunikation zwischen den Versorgungseinrichtungen beitragen.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes wurde auch die Nutzung der genannten Anwendungen im Rahmen der Notfallversorgung geebnet (99). So können Rettungsdienste, Notaufnahmen und der kassenärztliche Bereitschaftsdienst über die eGK bedeutsame Patientendaten wie Diagnosen, Allergien und Medikation abrufen. Gleichwohl können durch den Zugriff auf Patientendaten Doppeluntersuchungen und Medikationsfehler vermieden werden. Die ePA ermöglicht Ärzten im Bereitschaftsdienst oder in Notaufnahmen, relevante medizinische Daten wie Befunde, Impfungen oder Krankenhausberichte einzusehen. 2019 wurden zusätzlich das elektronische Rezept (eRP) mit dem Digitalen-Versorgungsgesetz (DVG) und die elektronische Krankschreibung im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) geregelt, welche erhebliche Zeitersparnisse und reduzierten Papieraufwand mit sich bringen sollten (100, 101).

Einschränkend muss erwähnt werden, dass trotz Einführung der Funktionen weiterhin erhebliche Herausforderungen bei der Umsetzung im Alltag bestehen. So sind nicht alle medizinischen Einrichtungen vollständig an die TI angebunden. Außerdem stellt der Datenschutz weiterhin einen hohen Anspruch an den Umgang mit sensiblen Patientendaten. Insbesondere in ländlichen Regionen gibt es teilweise noch infrastrukturelle Defizite, beispielsweise bei der Internetverbindung. Gleichwohl zielt das Gesetz auf die Stärkung der Telemedizin ab, um die Versorgung in strukturschwachen oder ländlichen Regionen zu verbessern. So soll Patienten die Möglichkeit gegeben werden, einen Arzt im Bereitschaftsdienst via Videosprechstunde zu konsultieren, was den Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtern und unnötige Wege reduzieren soll. Eine einheitliche Definition des Begriffs „Telemedizin“ existiert bis dato nicht.

Im Rahmen des im Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VStG) wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes auch mit zugelassenen Krankenhäusern zusammenzuarbeiten. Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) 2016 wurden u.a. die Notfallversorgung als reformbedürftig festgehalten und konkrete Umgestaltungsmaßnahmen genannt (67). So wurden die KVen dazu angehalten, „künftig entweder ‚Portalpraxen‘ in beziehungsweise an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, als erste Anlaufstelle einrichten oder die Ambulanzen von Krankenhäusern über entsprechende Vertragsvereinbarungen unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst“ einzubinden (102). Schmidt und Wildner haben in ihrer Studie aus 2018 aufgezeigt, dass in den einzelnen Länder-KVen im Rahmen von Reformierungsprozessen bereits vielfach zentrale Bereitschaftsdienstpraxen eingerichtet worden waren. Dennoch konnten große Organisationsunterschiede zwischen Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen aufgezeigt werden, die die unterschiedlichen Herausforderungen bei der Sicherstellung widerspiegeln (103).

Mit Inkrafttreten des TerminServiceVersorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 wurden schlussendlich die Terminservicestellen (TSS) der KVen verpflichtend eingeführt. Einerseits erhielten Patienten die Möglichkeit, über die Rufnummer 116117 rund um die Uhr Hilfe und Orientierung sowie eine Vermittlung von Facharztterminen sowie Hausarzt- und Psychotherapeutenterminen zu erhalten. Andererseits wurden KVen zum 01.01.2020 dazu verpflichtet, rund um die Uhr eine telefonische Ersteinschätzung einzuführen (Abbildung 8) (88). Schäfer et al. zogen 2022 dahingehend ein erstes Zwischenfazit, in dem sie festhielten, dass sich der Einsatz von SmED zur Verhinderung vermeidbarer Notaufnahmebesuche in ihrer Studie als funktional erwies und Patienten überwiegend zufrieden und befolgungstreu waren (104).

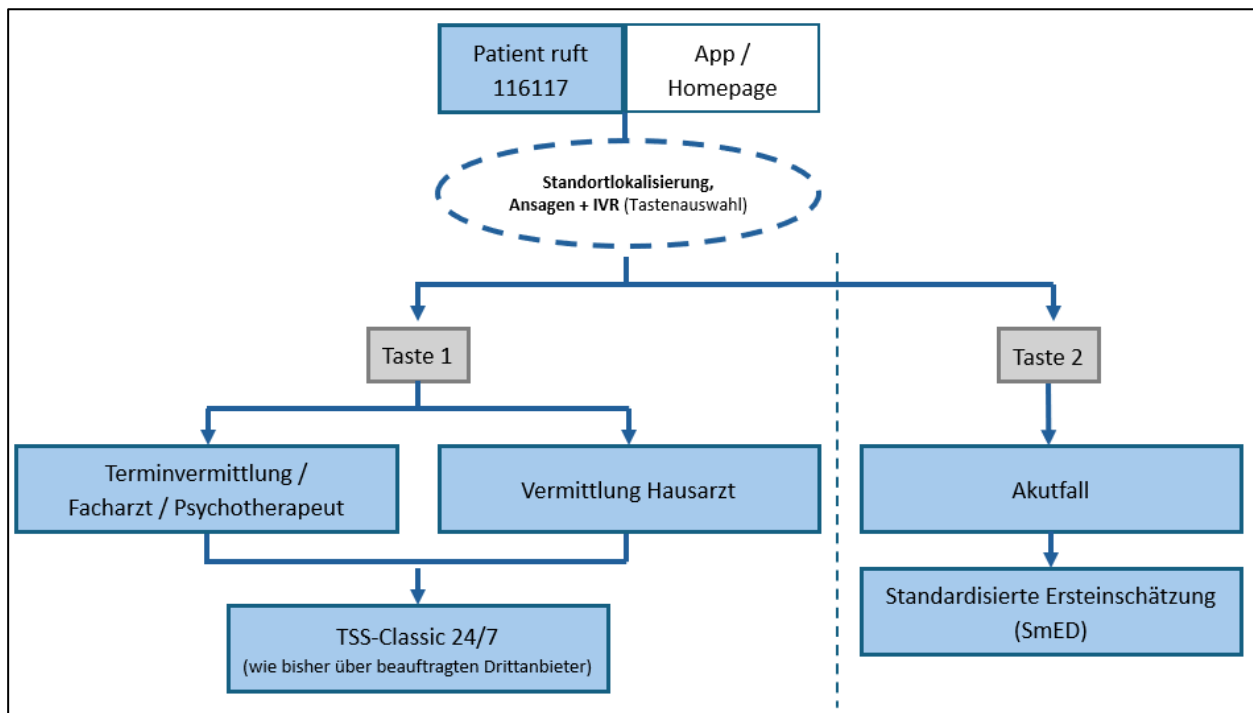


Abbildung 8: Erreichbarkeit der Terminservicestellen und des Bereitschaftsdienstes durch 116117
 Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Seit dem 01.07.2022 ist die Durchführung und Abrechnung der Videosprechstunde im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes möglich (105). Dazu hat der Bewertungsausschuss die bereits bestehenden Notfallpauschalen erweitert und für die Videosprechstunde abrechenbar gemacht. Patienten mit Beschwerden können so online mit einem Arzt sprechen. Dazu wählen Patienten zunächst die 116117. Nach strukturierter medizinischer Ersteinschätzung durch einen Telefondisponenten wird dem Patienten dann in medizinisch vertretbaren Fällen eine Videosprechstunde angeboten. Viele Beschwerdebilder können so durch ein ärztliches Gespräch in der Videosprechstunde abschließend abgeklärt werden oder, falls notwendig, im Anschluss durch den aufsuchenden Fahrdienst versorgt werden. Die Durchführung der Videosprechstunde im Bereitschaftsdienst kann dabei zur Sicherstellung der zukünftigen medizinischen Versorgung durch einen effektiveren Einsatz der ohnehin knapper werdenden ärztlichen Ressource beitragen. Zusätzlich können Hausbesuche für Bereitschaftsdienstärzte reduziert und Fahrtzeiten eingespart werden. Patientenseitig profitieren diese vom Entfall langer Fahrtzeiten zu den Bereitschaftsdienstpraxen oder Wartezeiten auf den Fahrdienst (90).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes und im Vergleich zu den anderen an der Notfallversorgung beteiligten Sektoren in den letzten Jahren einige Gesetzesneuerungen gab. Während es im Rettungsdienst einige wenige Gesetze (Rettungsassistentengesetz RettAssG und Notfallsanitätergesetz NotSanG) gab

(106, 107), die sich vorwiegend mit der Qualifikation des eingesetzten Personals befassen, ist auch das Krankenhauswesen mit vergleichsweise wenigen Gesetzesneuerungen ausgekommen. Hier spielten das Gesundheitsreformgesetz (GRG), GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) eine Rolle (67, 96, 108, 109), welche überwiegend ein Entgegenwirken der finanziellen Benachteiligung der Notaufnahmen bei der Behandlung ambulanter Notfälle und eine Öffnung zur Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Bereitschaftsdienst umfassten. Dennoch nehmen die Gesetze in Bezug auf die Notfallversorgung zunächst immer nur ihren zugehörigen Sektor in den Blick.

Erst der Entwurf des Notfallversorgungsgesetz (NotfallG) von 2019 berücksichtigt alle drei an der Notfallversorgung teilnehmenden Sektoren und wirkt auf eine verbesserte Steuerung und Verzahnung der Sektoren ein (110). Auch liefert das Notfallversorgungsgesetz erstmals konkrete und verbindliche Vorgaben für die Organisation der Notfallversorgung und unterscheidet sich so deutlich von früheren Regelungen, die oft unverbindlich waren und primär auf Empfehlungen basierten. In bisherigen Gesetzesneuerungen ging es eher um die Formulierung allgemeiner Zielsetzungen oder Förderungen der ambulanten Notfallversorgung und Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Dabei wurden jedoch keine präzisen Anforderungen definiert oder Zuständigkeiten geklärt, was dazu geführt hat, dass bundesweit aktuell sehr heterogene Organisations- und Umsetzungsstrukturen in der Notfallversorgung vorherrschen. Der Entwurf des Notfallversorgungsgesetz hingegen nimmt genau dies zum Anlass und fordert die Stärkung einer bundesweit einheitlichen notdienstlichen Akutversorgung durch die KVen mittels Festlegung konkreter umzusetzender Maßnahmen.

3.2 Strukturierte Ersteinschätzung / SmED

Anrufer der 116117 durchlaufen per Gesetz im Akutfall eine strukturierte Einschätzung. Das Medizinprodukt SmED (strukturierte medizinische Ersteinschätzung Deutschland) stellt dabei eine Softwarelösung dar, die Fachpersonal bei der Durchführung dieser unterstützt. Nach Abfrage risikomodifizierender Merkmale, einer Vortriage und akuter Leit- sowie Begleitbeschwerden, ist das Ziel dieser, zugunsten einer zielgerichteten Patientensteuerung eine Einschätzung der Dringlichkeit der akuten Beschwerden sowie eine Zuordnung in die richtige Versorgungsebene zu erhalten (111, 112). Wie in Abbildung 9 dargestellt, wird die Dringlichkeit bzw. der Versorgungszeitpunkt in die Zeitfenster Notfall, schnellstmögliche Behandlung oder erforderliche Behandlung in weniger oder mehr als 24 Stunden unterteilt. Als Versorgungsebenen stehen der

Rettungsdienst, die Notaufnahme, der Vertragsarzt bzw. der Bereitschaftsdienst oder die Videosprechstunde zur Verfügung. Außerdem werden weitere Versorgungsinfrastrukturen und -kompetenzen berücksichtigt. Darüber hinaus bietet SmED die Möglichkeit, den Patienten Empfehlungen zur Selbsthilfe bis zum nächsten ärztlichen Kontakt aufzuzeigen (111). SmED basiert auf einem evidenzbasierten Assessment System, welches in der Schweiz bereits seit mehreren Jahren erfolgreich verwendet wird, und wurde für die Anwendung in Deutschland entsprechend weiterentwickelt wurde (113).

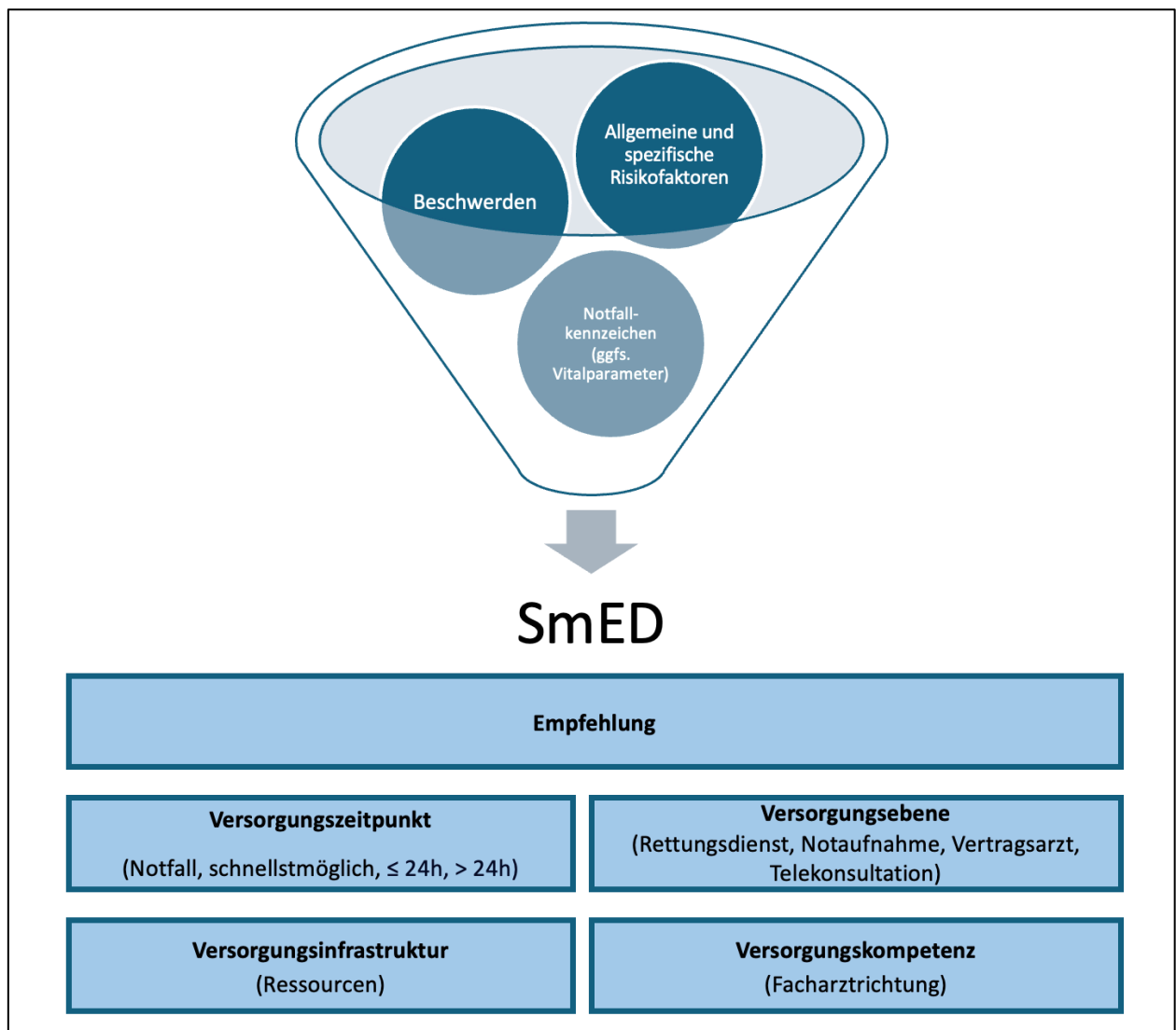


Abbildung 9: Programmaufbau SmED
 Quelle: Eigene Darstellung nach Zi (113)

Mittlerweile gibt es neben der Verwendung für die telefonische Ersteinschätzung weitere Einsatzmöglichkeiten: u.a. für den Patienten zur Selbsteinschätzung, in Notdienstpraxen sowie Krankenhäusern, in Arztpraxen, in medizinischen Leitstellen und für den Rettungsdienst (111).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) veröffentlicht seit 2020 jährlich Statistiken zur Nutzung von SmED bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Anzahl der durchgeführten Assessments, welche durchgeführt wurden, nachdem Anrufer die 116117 kontaktierten und den TSS-Akutfall auswählten, ist seit Beginn der Einführung in 2020 von 812.910 auf 2.065.391 in 2023 deutlich angestiegen. Allerdings ist die Nutzung von SmED regional unterschiedlich und führt zu deutlichen Divergenzen zwischen den KVen. Der durchschnittliche Anteil der SmED-Assessments bezogen auf die Anrufe bei der 116117 liegt in 2023 je KV zwischen 1,8% und 32,2% (114). Zu den Gründen werden vom Zi keine Angaben gemacht. Allerdings könnten die Unterschiede zwischen den KVen u.a. auf regionale Unterschiede in der Organisation und Struktur der KVen bei der Annahme der 116117-Anrufe zurückzuführen sein (z.B. Callcenter vs. eigene KV-Mitarbeiter, Qualifikation und Schulung des eingesetzten Personals). Ebenfalls könnten unterschiedliche Demografien und Nachfragen durch Patienten Einfluss auf die Inanspruchnahme von SmED-Assessments genommen haben. Die mittlere Dauer eines Assessments betrug in 2023 157,0 Sekunden. Als Hauptnutzergruppe waren in allen evaluierten Jahren im Vergleich zur Gesamtbevölkerung die Altersgruppen 66-80 und älter besonders häufig unter den SmED-Patienten vertreten (Abbildung 10). In 2023 waren 59,3% der Anrufer weiblich und 40,7% männlich (114).

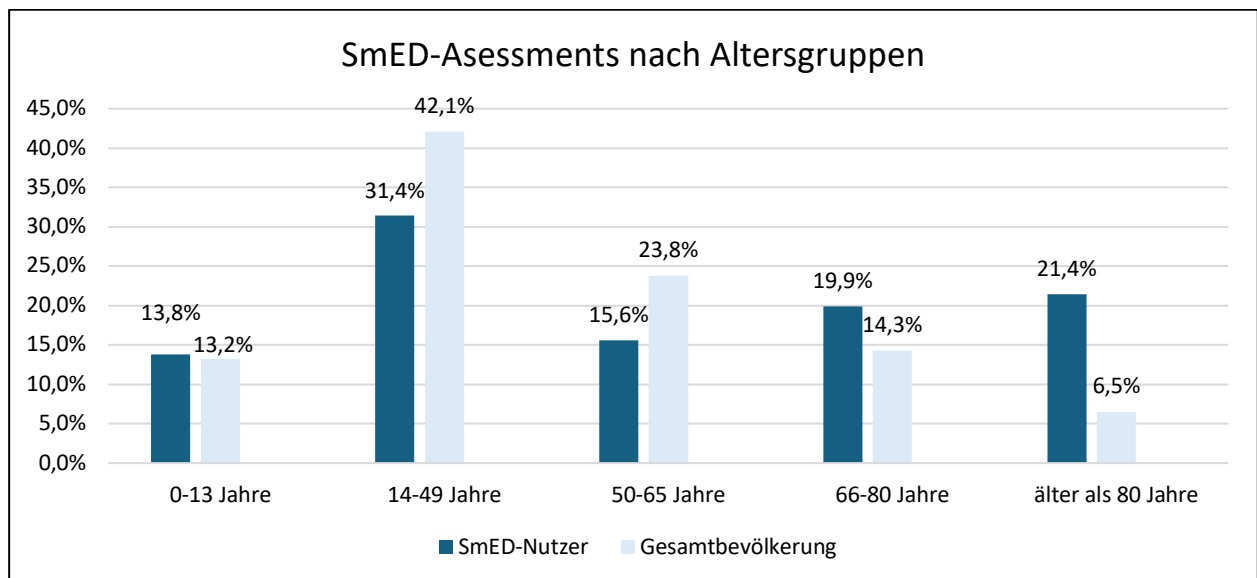


Abbildung 10: SmED-Assessments nach Altersgruppen, Vergleich mit Gesamtbevölkerung
Quelle: Eigene Darstellung nach Loch-Lesniak et al. (114)

Ebenfalls wurden die empfohlene Dringlichkeit der Behandlung und Versorgungsebene ausgewertet (Abbildung 11). Der größte Anteil der SmED-Assessments endete in der SmED-Empfehlung „Schnellstmögliche ärztliche Behandlung“ (42,9 %), gefolgt von „Ärztliche Behandlung innerhalb

von 24 Stunden“ (33,9 %). Mehr als zwei Drittel der eingehenden Anfragen fielen so unter die Definition eines Akutfalls. Die Dringlichkeiten „Ärztliche Behandlung nicht innerhalb von 24 Stunden erforderlich“ (16,4 %) und „Notfall“ (4,7 %) waren deutlich seltener relevant (114).

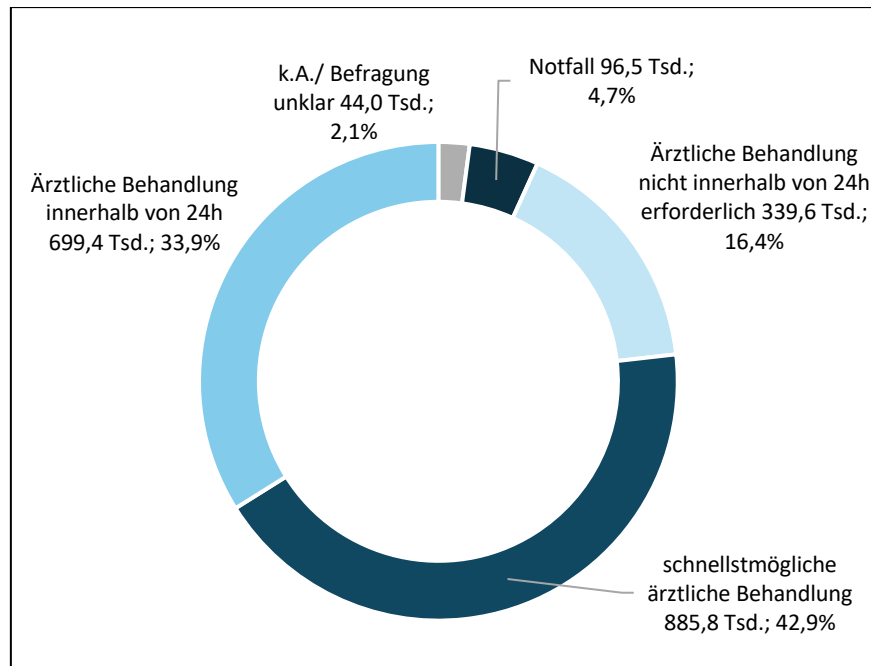


Abbildung 11: Von SmED empfohlene Dringlichkeit der Behandlung
Quelle: Eigene Darstellung nach Zoch-Lesniak et al. (114)

Die Versorgungsebene „Vertragsarzt“ stellte im Jahr 2023 den größten Anteil (50,7 %), gefolgt von „Notaufnahme“ (24,7 %) und „Vertragsärztliche Telekonsultation“ (19,1 %) dar (Abbildung 12). Die Verteilungen entsprechen damit denen der Vorjahre (114).

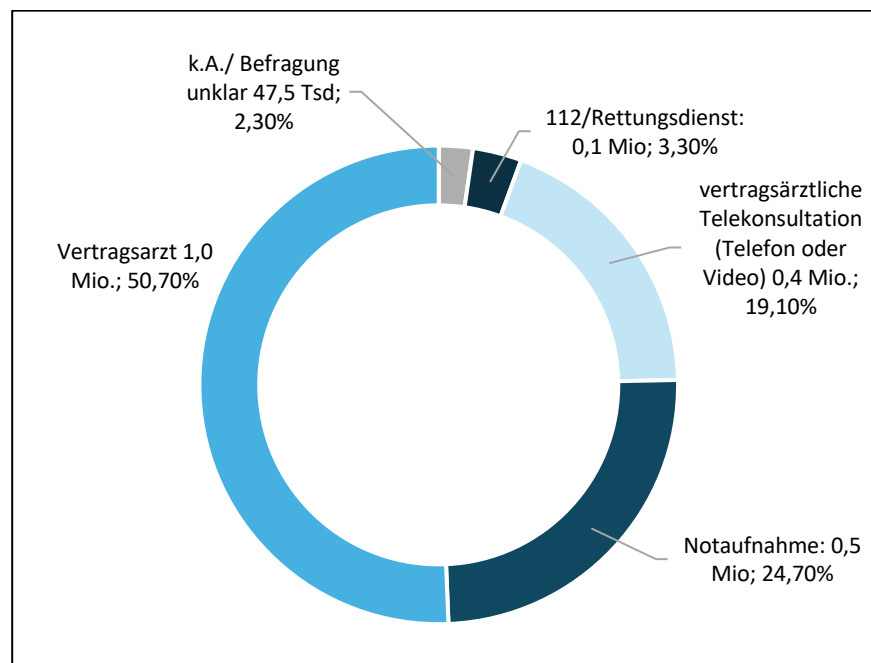


Abbildung 12: Von SmED empfohlene Versorgungsebene
Quelle: Eigene Darstellung nach Zoch-Lesniak et al. (114)

Wie in den Jahren zuvor wurden die meisten Assessments im Jahr 2023 an Samstagen (24,2%) und Sonntagen (22,2%) durchgeführt (Abbildung 13). Bei den restlichen Wochentagen machen Mittwoche (11,7%) und Freitage (13,9%) den größten Anteil aus (114).

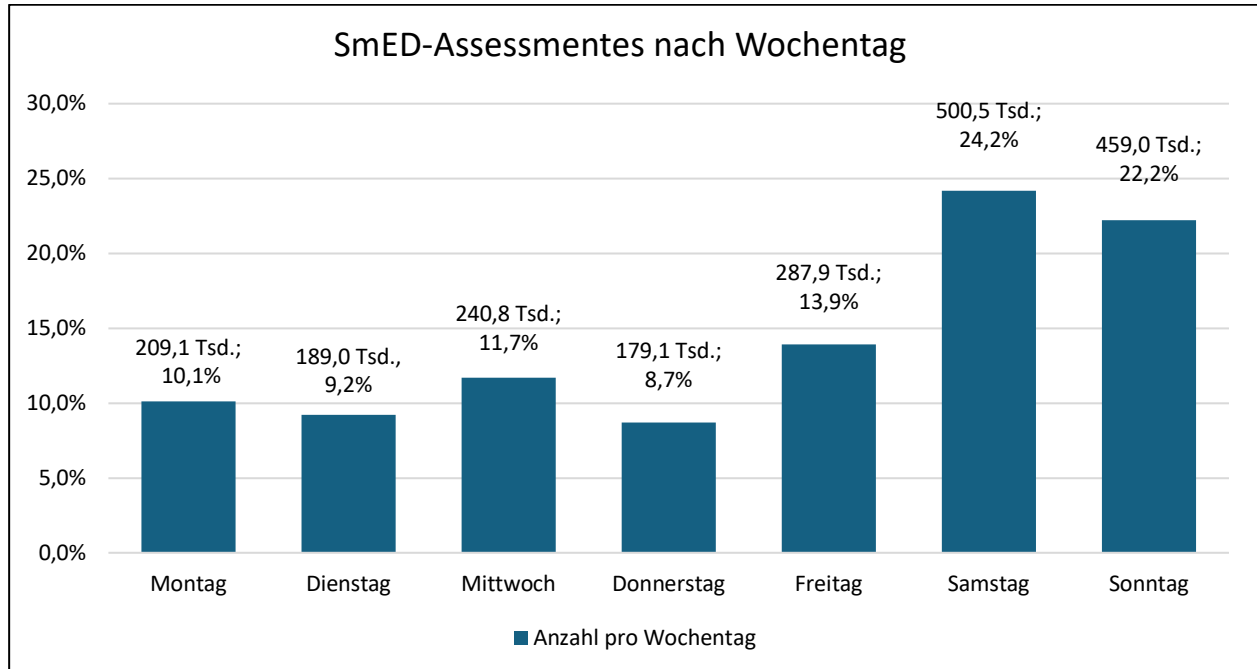


Abbildung 13: SmED-Assessments nach Wochentag

Quelle: Eigene Darstellung nach Zoch-Lesniak et al. (114)

Betrachtet man die SmED-Assessments nach Wochentag und Stunde, wurden die meisten Assessments, äquivalent zu den Vorjahren, von 9 bis 10 Uhr an Samstagen durchgeführt. Insgesamt ist das Aufkommen an Samstagen und Sonntagen zwischen 8 und 12 Uhr am größten. Von Montag bis Freitag ist eine erhöhte Nutzung ab 18 Uhr bzw. mittwochs und freitags bereits ab ca. 13 Uhr zu beobachten. Das Anrufaufkommen war also klassischerweise zu den sprechstundenfreien Zeiten besonders hoch, wie Abbildung 14 verdeutlicht (115).

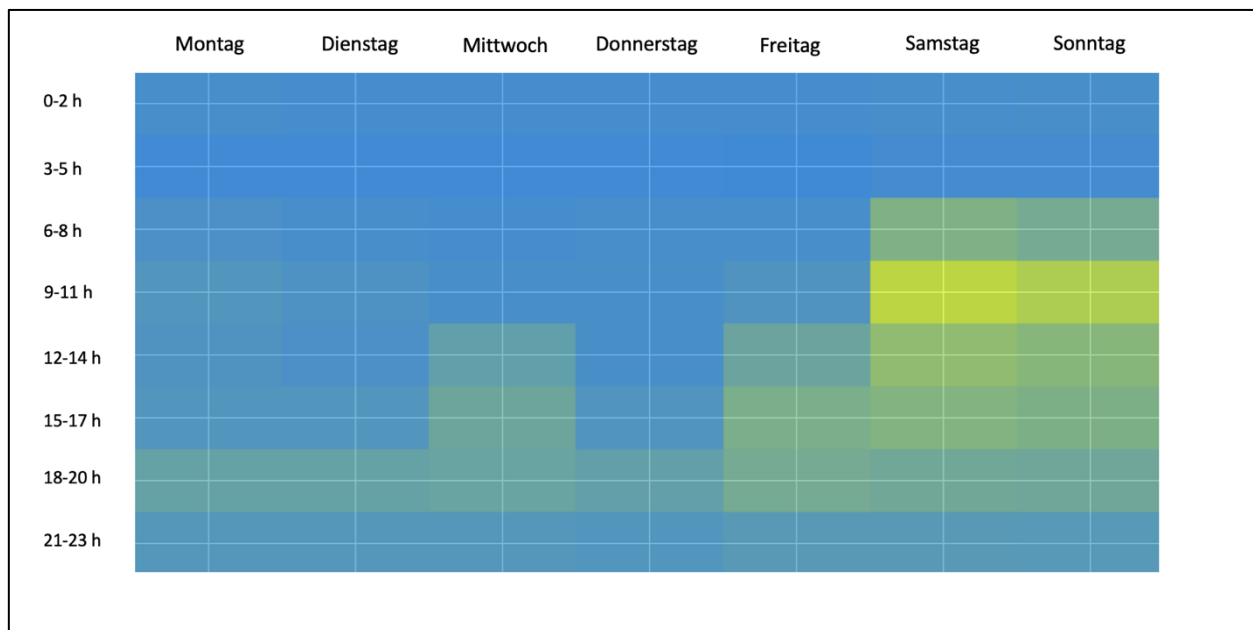


Abbildung 14: SmED-Assessments nach Wochentagen und Uhrzeit
Quelle: Eigene Darstellung nach Zi (115)

Das Zi stellt in seinem Dashboard seit 2022 außerdem regelmäßig bundesweit aggregierte Auswertungen der medizinischen Ersteinschätzungen bereit, die über die Patientenhotline 116117 ausgeführt worden sind. Demnach wurden die häufigsten Beschwerden im Jahr 2023 ermittelt, indem die prozentuale Häufigkeit, der im Rahmen der SmED-Assessments dokumentierten Beschwerden ausgewertet wurde. Die Beschwerden werden anteilig an allen SmED-Assessments ermittelt, in denen eine Angabe zur Beschwerde vorliegt. Im Jahr 2023 waren die häufigsten Beschwerden der Häufigkeit nach sortiert Fieber (8,0%) und Erbrechen/Übelkeit (7,8%). Gefolgt von Bauchschmerzen (5,9%), Husten (5,1%), Kopfschmerzen (4,6%) und grippaler Infekt (4,5%) sowie Schwindel (4,4%) (Abbildung 15) (115). Allerdings umfasst die Abfrage der Beschwerden mittels SmED bislang nur medizinische Probleme. Über weitere Beweggründe, wie die soziale Umgebung und die Vorgeschichte der Patienten zur Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes, gibt es kaum einschlägige Literatur.

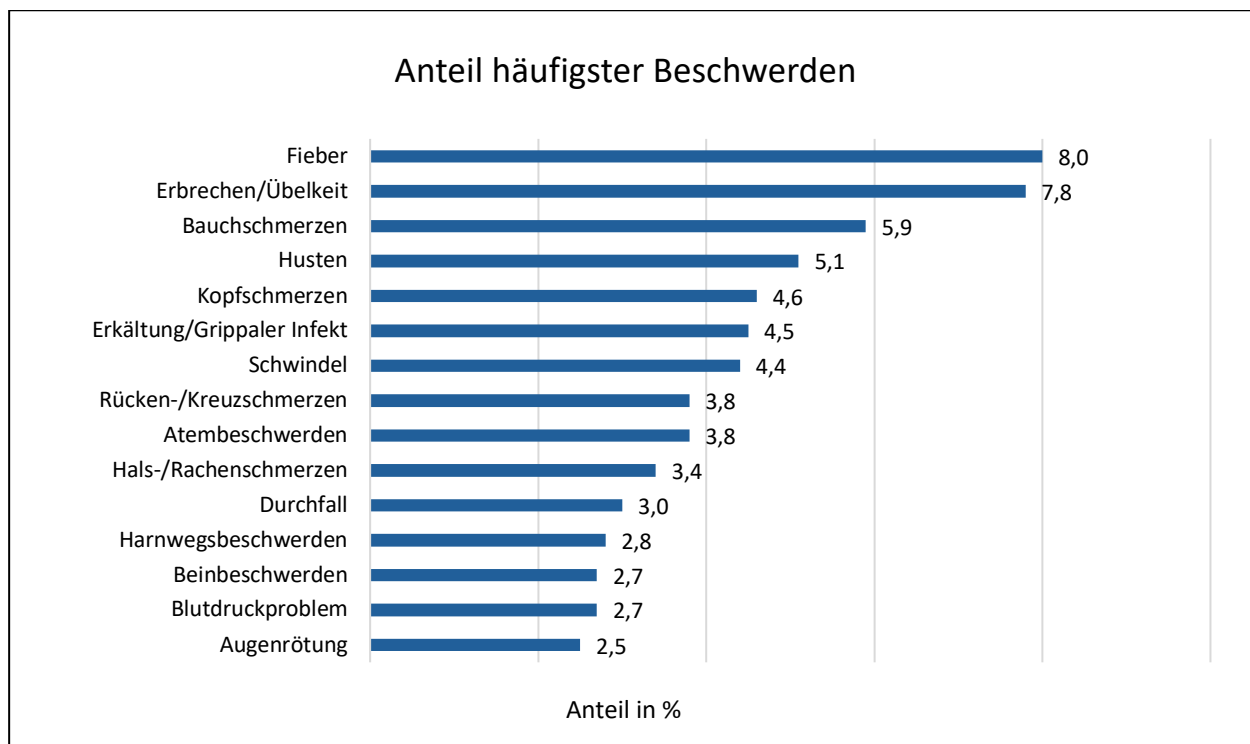


Abbildung 15: Anteil Assessments mit angezeigter Beschwerde an allen Assessments
Quelle: Eigene Darstellung nach Zi (115)

Die Nutzung von SmED ist regional unterschiedlich und führt zu deutlichen Divergenzen zwischen den KVen. Der durchschnittliche Anteil der SmED-Assessments bezogen auf die Anrufe bei der 116117 liegt in 2023 je KV zwischen 1,8% und 32,2% (114). Zu den Gründen werden vom Zi keine Angaben gemacht. Allerdings könnten u.a. die Unterschiede zwischen den KVen auf regionale Unterschiede in der Organisation und Struktur der KVen bei der Annahme der 116117-Anrufe zurückzuführen sein. Ebenfalls könnten unterschiedliche Demografien und Nachfragen durch Patienten Einfluss auf die Inanspruchnahme von SmED-Assessments genommen haben.

Zusammenfassend stellt die verpflichtende und flächendeckende Implementierung einer standardisierten Abfrage mittels SmED somit ein Instrument zur Steuerung der Patienten dar, welches gleichzeitig der Qualitätssicherung dienen sowie Rechtssicherheit schaffen soll. Die Anwendung und Evaluation der Inanspruchnahmen lassen erstmalig Rückschlüsse auf Beweggründe von Patienten und ihr Inanspruchnahmeverhalten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes zu. Trotz verpflichtender Anwendung kann aufgezeigt werden, dass zwischen den KVen Schwankungen in der Organisation und Umsetzung bestehen und der Anteil der SmED-Assessments an den Anrufen bei der 116117 zwischen 1,8% und 32,2% schwankt. Darüber hinaus werden die in SmED erhobenen Daten und Ergebnisse nicht supervidiert, sodass sich keine Aussagen über die

Richtigkeit und das Zutreffen der empfohlenen und tatsächlichen Dringlichkeit und benötigten Versorgungsebene treffen lassen.

3.3 Herausforderungen der ambulanten Versorgung in Niedersachsen

Zur Darstellung der in Niedersachsen vorherrschenden Bereitschaftsdienststrukturen und den sich daraus ergebenden Problemen und Herausforderungen sollen an dieser Stelle zunächst ein allgemeiner Einblick in ambulanten Versorgung Niedersachsens gegeben werden. Dazu wird beginnend in die allgemeinen geografischen und infrastrukturellen Besonderheiten des Bundeslandes Niedersachsen eingeführt (Tabelle 5). Anschließend erfolgt eine Einordnung dieser für die Bedeutung der ambulanten Versorgung und Notfallversorgung Niedersachsens.

In Niedersachsen leben im Jahr 2024 knapp 8 Mio. Einwohner. Diese lassen sich wie folgt anhand demografischer Basisdaten beschreiben und mit den Daten Gesamtdeutschlands vergleichen:

Tabelle 5: Demografische Basisdaten von Niedersachsen und Deutschland im Vergleich (Stand 30.06.2024)

	Niedersachsen	Deutschland
Einwohnerdichte in Einwohner / km ²	168,0	232,0
Durchschnittsalter in Jahren	44,8	44,7
Alterungsindex (Anteil 65-Jähriger im Vergleich unter 18-Jähriger)	157,7	156,4
Geburtenrate in Kinder pro Frau	1,4	1,5
Migrationsanteil in %	12,3	24,3

Quelle: Eigene Darstellung nach adminstat (116, 117)

Anhand der demografischen Daten wird deutlich, dass die niedersächsische Bevölkerung im Vergleich zu Deutschland leicht älter ist und langsamer wächst. Die Einwohnerdichte Niedersachsens liegt deutlich unter der Deutschlands und spricht insgesamt für eine dünnere Besiedelung. Niedersachsen hat eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von 168 Einwohner/km², welche allerdings aufgrund der einerseits städtisch und andererseits ländlich geprägten Gebiete ein hohes Gefälle aufweist (Landkreis Lüchow-Dannenberg: 36 Einwohner/km²; Region Hannover: 2.600 Einwohner/km²) (118, 119). Der Migrationsanteil Niedersachsens liegt ebenfalls deutlich unter dem Migrationsanteil Deutschlands.

Das Bundesland Niedersachsen liegt im Nordwesten Deutschlands und ist mit einer Fläche von ca. 47.700 km² nach Bayern das zweitgrößte Bundesland (120). Aufgrund dessen wird es gerne auch als Flächenland bezeichnet. Niedersachsen grenzt im Norden an die Nordsee und hat damit eine ausgeprägte Küstenregion mit sieben dazugehörigen ostfriesischen Inseln. Im Süden mündet das Bundesland in den Mittelgebirgswäldern im Harz. Es umschließt den Stadtstaat Bremen vollständig und hat zahlreiche eigene Großstädte. Auch der Ballungsraum Hamburgs reicht weit

in Niedersachsen hinein. Während sich Industrie und Bevölkerung eher im südlichen Niedersachsen konzentrieren, ist der Norden überwiegend von Landwirtschaft geprägt. Die Nordseeküste, die Lüneburger Heide und der Harz spielen im Bereich des Tourismus eine große Rolle (121) .

Gleichzeitig ist das Bundesland Niedersachsen als Flächenland durch eine große Heterogenität von Standort- und Lebensbedingungen sowie Stadt-Land-Gefällen geprägt. Zur näheren Beschreibung und Einordnung einzelner Regionen und Kommunen werden an dieser Stelle die Kommunalen Demografietypen 2020 der Bertelsmann-Stiftung herangezogen (Tabelle 6) (122). Sie dienen dazu, die „*Ausgangslage von Kommunen zu vergleichen sowie Herausforderungen, Potenziale und Handlungsansätze aufzudecken*“. Die Demografietypisierung erfolgt dabei mit Hilfe multivariater statistischer Verfahren und clusteranalytischer Methoden. So können Städte und Gemeinden, die sich hinsichtlich der in der Analyse berücksichtigten Faktoren ähnlich sind, zu Demografietypen bzw. „Clustern“ aggregiert werden (122). Die sich daraus ergebenden Demografietypen umfassen die Kategorien Demografie, Urbanität/Wirtschaftsstandort und Sozioökonomie und dienen der Einordnung und Beschreibung der jeweiligen Gemeindesituation bzw. Gemeindeentwicklung (122).

Anschließend wurden auf Basis dieser Faktoren und unter Einsatz eines Typisierungsverfahrens 2.945 Kommunen mit mehr als 5.000 Einwohnern zu insgesamt 11 Demografietypen zusammengefasst.

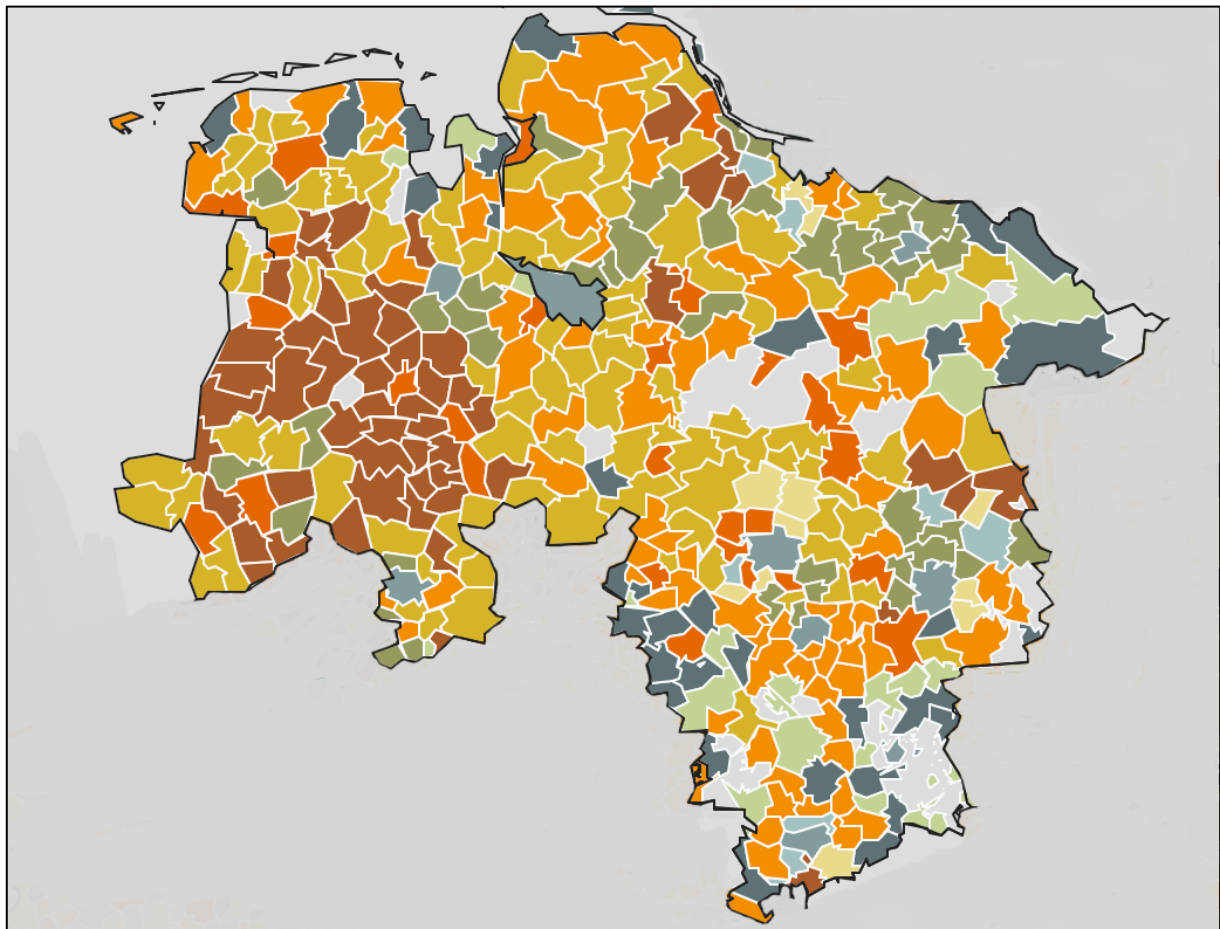
Tabelle 6: Übersicht der 11 Demografietypen

Demografietyp	Definition
Demografietyp 1	stark schrumpfende und alternde Gemeinden in strukturschwachen Regionen
Demografietyp 2	alternde Städte und Gemeinden mit sozioökonomischen Herausforderungen
Demografietyp 3	kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung
Demografietyp 4	stabile Städte und Gemeinden in ländlichen Regionen
Demografietyp 5	moderat wachsende Städte und Gemeinden mit regionaler Bedeutung
Demografietyp 6	Städte und Wirtschaftsstandorte mit sozioökonomischen Herausforderungen
Demografietyp 7	Großstädte und Hochschulstandorte mit heterogener sozioökonomischer Dynamik
Demografietyp 8	wohlhabende Städte und Gemeinden in wirtschaftlich dynamischen Regionen
Demografietyp 9	wachsende familiengeprägte ländliche Städte und Gemeinden
Demografietyp 10	wohlhabende Städte und Gemeinden im Umfeld von Wirtschaftszentren
Demografietyp 11	sehr wohlhabende Städte und Gemeinden in Regionen der Wissensgesellschaft

Quelle: Eigene Darstellung nach Bertelsmann-Stiftung (122)

Der nachfolgende Kartenausschnitt Niedersachsens (Abbildung 16) zeigt die Städte und dessen Kommunen mit Zuordnung und farblicher Markierung eines Demografietyps. Anhand der Darstellung zeigen sich die für das Bundesland Niedersachsen typischen Stadt-Land-Gefälle und heterogenen Landschafts-, Bevölkerungs- sowie Wirtschaftsstrukturen. Besonders auffällig ist die

Region im Süden Oldenburgs, die überwiegend dem Demografietyt 9 (Wachsende familiengeprägte ländliche Städte und Gemeinden) zugeordnet ist. Hingegen ist die Region in und um die Großstadt Oldenburg als ländlich und stabil einzustufen. Die nördlichen Küstenregionen und Teile Ostfrieslands gelten nach den Demografietypen als strukturschwach, alternd und schrumpfend und zeigen sozioökonomische Herausforderungen auf (überwiegend Demografietyt 1-4). Ballungsräume und Speckgürtel von Großstädten und Universitätsstandorten sind dagegen klassischerweise als strukturstärker einzuordnen (Demografietypen 5-8) (122).



- Typ 1: Stark schrumpfende und alternde Gemeinden in strukturschwachen Regionen
- Typ 2: Alternde Städte/Gemeinden mit sozioökonomischen Herausforderungen
- Typ 3: Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung
- Typ 4: Stabile Städte/Gemeinden in ländlichen Regionen
- Typ 5: Moderat wachsende Städte/Gemeinden mit regionaler Bedeutung
- Typ 6: Städte/Wirtschaftsstandorte mit sozioökonomischen Herausforderungen
- Typ 7: Großstädte/Hochschulstandorte mit heterogener sozioökonomischer Dynamik
- Typ 8: Wohlhabende Städte/Gemeinden in wirtschaftlich dynamischen Regionen
- Typ 9: Wachsende familiengeprägte ländliche Städte/Gemeinden
- Typ 10: Wohlhabende Städte/Gemeinden im Umfeld von Wirtschaftszentren
- Typ 11: Sehr wohlhabende Städte/Gemeinden in Regionen der Wissensgesellschaft

Abbildung 16: Landkarte Niedersachsens mit Einteilung nach Demografietypen

Quelle: Bertelsmann-Stiftung (122)

Zusammenfassend ist Niedersachsen von einer alternden Bevölkerung und einer regional unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklung geprägt. In den Ballungsräumen wie Hannover, Braunschweig, Wolfsburg und Göttingen verzeichnen sich Bevölkerungszuwächse, was u.a. auf die Urbanisierung, attraktive Arbeitsplätze und eine gut ausgebaute Infrastruktur zurückzuführen ist. In ländlichen Gebieten ist eher ein Rückgang der Bevölkerung durch Abwanderung und niedrige Geburtenraten zu beobachten. Hier herrschen teilweise infrastrukturelle Defizite. Insgesamt ist das Bundesland Niedersachsen wie auch Gesamtdeutschland von einem starken Stadt-Land-Gefälle und heterogenen Regionsstrukturen geprägt. Diese wirken sich auf alle Lebensbereiche aus und lassen sich auf diese übertragen, sodass das Bundesland Niedersachsen die in Deutschland vorherrschenden Lebensbedingungen, auch in Bezug auf die medizinische Versorgung, besonders gut abbildet.

Auch in Niedersachsen als Flächenland steht die medizinische Versorgung aktuell vor erheblichen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund beschloss der Niedersächsische Landtag bereits 2018, eine Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ einzusetzen. Die hat es sich zur *„Aufgabe gemacht, konkrete und zukunftsweisende Empfehlungen zur Sicherung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung als Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge zu entwickeln“* und diese o.g. Herausforderungen in ihrem Abschlussbericht aufgegriffen (123).

In diesem Zusammenhang hat sich die Enquete-Kommission schwerpunktmäßig neben der ambulanten medizinischen Versorgung auch mit der Notfallversorgung Niedersachsens auseinandergesetzt. Sie beschreibt in ihrem Bericht von 2021, dass sich zunächst die Sicherstellung einer flächendeckenden Verteilung der medizinischen Versorgung insgesamt, insbesondere aber in ländlichen Regionen, zunehmend schwierig gestaltet und es auch in der ambulanten Regelversorgung ein deutliches Stadt-Land-Gefälle gibt (123). Ergänzend zu der Feststellung der Enquetekommission wird an dieser Stelle die sogenannte Bedarfsplanung zur Beurteilung der Versorgungssituation herangezogen. Sie gibt vor, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten die Versorgung der Bevölkerung in einem bestimmten Bereich sicherstellen sollen. Die Bedarfsplanung wird auf Grundlage des Fünften Gesetzbuches und der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgenommen. Die aktuelle Version der Bedarfsplanungsrichtlinie ist im Jahr 2019 in Kraft getreten (124).

Die Bedarfsplanung dient letztlich als Steuerungsinstrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung und hat die Aufgabe, eine „*flächendeckende und wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und gleichzeitig eine Fehlversorgung zu verhindern*“ (124). So zielt auch die Bedarfsplanung in Niedersachsen darauf ab, in allen Planungsbereichen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung der niedersächsischen Bevölkerung zu gewährleisten. Anhand der berechneten Bedarfsplanungszahlen können so regionale Unterschiede in der Versorgung sichtbar gemacht und ausgeglichen werden. In der Bedarfsplanung wird auf vier Versorgungsebenen geplant: der hausärztlichen Versorgung, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung (Abbildung 17).

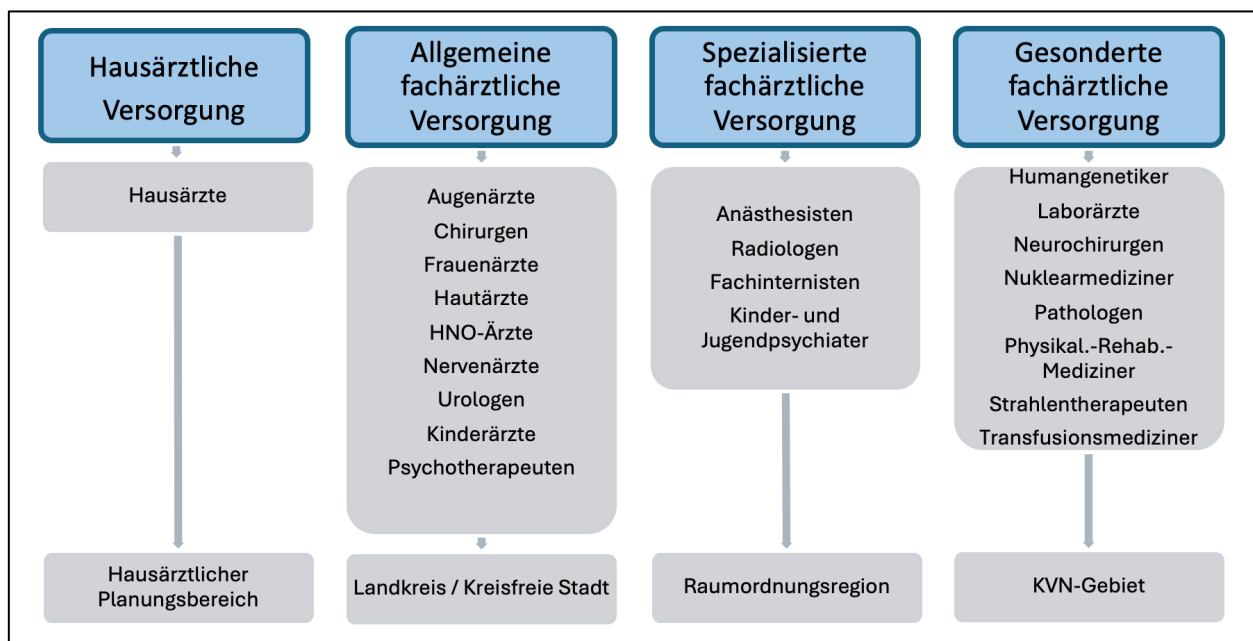


Abbildung 17: Versorgungsebenen in der Bedarfsplanung in Niedersachsen

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Die Planung erfolgt für diese Versorgungsebenen in unterschiedlich großen Planungsregionen. Die Größe der Planungsregionen wird anhand einer angemessenen Erreichbarkeit der jeweiligen Arztgruppen durch die Bevölkerung festgelegt. Die allgemeinen Verhältniszahlen beschreiben dabei das Soll-Versorgungsniveau, welches aus der Einwohnerzahl pro Arzt besteht. Dies gilt für die jeweilige Arztgruppe und Planungsregion. Sie stellen eine zentrale Richtgröße der Bedarfsplanung dar. Im Zuge der Bedarfsplanungsreform im Jahr 2019 wurden diese Basis-Verhältniszahlen teilweise in einigen Arztgruppen aufgrund von Weiterentwicklungen des Leistungsspektrums angepasst. Zudem werden diese Basis-Verhältniszahlen durch den Morbiditätsfaktor, der alle zwei Jahre aufgrund der demografischen Entwicklung bundesweit (Allgemeine Verhältniszahlen) und

pro Planungsbereich berechnet wird, zusätzlich noch an die regionale Morbiditätsstruktur (Regionale Verhältniszahlen) angepasst (124). Aus dieser Verhältniszahl wird dann auf Grundlage der jeweils aktuellen Einwohnerzahlen eines Planungsbereichs ein Versorgungsgrad je Fachgruppe berechnet. Ein Versorgungsgrad von über 110% gilt schlussendlich als Überversorgung und führt dazu, dass der Planungsbereich für Neuniederlassungen gesperrt ist. Bestehende Unterversorgungen werden bei Versorgungsgraden von unter 75% im hausärztlichen Bereich bzw. unter 50% im fachärztlichen Bereich erklärt (124). Hier können sich Vertragsärzte bis zum Erreichen eines Versorgungsgrads von 110% neu niederlassen.

In Niedersachsen stellen sich laut der aktuellen Bedarfsplanungszahlen (Fortschreibung 02/24 vom 30.12.2024) vor allem die haus- und die kinder- und jugendärztliche Versorgung zunehmend schwierig dar. In Abbildung 18 wird deutlich, dass bereits die Überzahl mit 81 der 105 Hausärztlichen Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 110% hat und somit nicht gesperrt ist. Lediglich die grauen Bereiche unterliegen weiterhin Zulassungsbeschränkungen. Zwei Planungsbereiche gelten bereits laut Bedarfsplanung als unterversorgt (10).

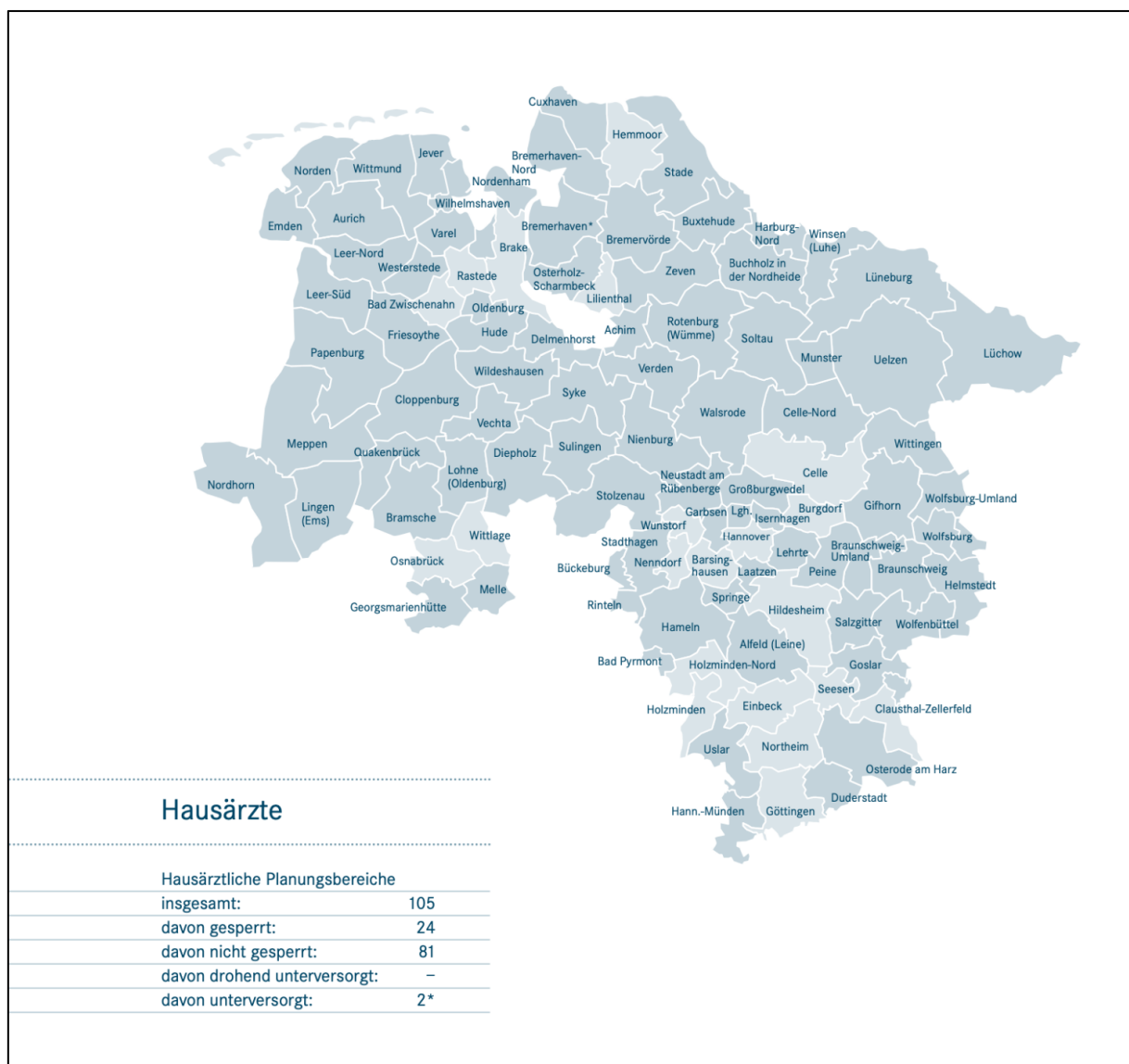


Abbildung 18: Übersicht der Versorgungsgrade Hausärztlicher Planungsbereiche in Niedersachsen (Stand 2024)
Quelle: KVN (10)

Im Bereich der Kinder- und Jugendärzte sind nach der letzten Fortschreibung knapp die Hälfte der Planungsbereiche zulassungsfrei. Weitere Versorgungsmängel zeichnen sich wie in Tabelle 7 dargestellt im Bereich der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung durch Psychotherapeuten, aber auch in den fachärztlichen Bereichen ab. Hier ist vor allem die allgemeine fachärztliche Versorgung betroffen - insbesondere die Dermatologie, HNO-Heilkunde sowie Nervenheilkunde (10).

Tabelle 7: Übersicht Allgemeine fachärztliche Versorgung in Niedersachsen (Stand 30.12.2024)

Fachgruppe	Planungsbereiche insgesamt	davon gesperrt	nicht gesperrt	drohend unterversorgt	unterversorgt
Augenärzte	43	39	4		
Chirurgen und Orthopäden	43	42	1		
Frauenärzte	43	39	4		
Hautärzte	43	31	11		1
HNO-Ärzte	43	34	9		
Kinder- und Jugendärzte	43	23	20		
Nervenärzte	43	35	8		
Psychotherapeuten	43	38	5		
Urologen	43	43			

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (10)

Insgesamt lässt sich bereits erkennen, dass die zur Verfügung stehenden ärztlichen und psychotherapeutischen Ressource bundesweit und auch in Niedersachsen nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen und sich die ambulante Versorgung unter den aktuellen Bedingungen zukünftig als herausfordernd darstellt. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Einerseits spielt die Ambulantisierung von Leistungen eine Rolle, andererseits hat sich die Ausübung der ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit verändert. Vertragsärzte und -psychotherapeuten werden immer älter und werden aufgrund dessen die vertragsärztliche Tätigkeit in den nächsten Jahren beenden. Das Durchschnittsalter der niedersächsischen Ärzte und Psychotherapeuten beträgt im Jahr 2023 54,6 Jahre. Hausärzte sind durchschnittlich sogar 55,6 Jahre alt, Fachärzte 54,9 und Psychotherapeuten 52,9 Jahre. Die Alterung der Ärzteschaft liegt in der Ungleichverteilung der Altersgruppen innerhalb der Ärzteschaft begründet. In den 1990er-Jahren kam es durch bevorstehende Niederlassungsbeschränkungen zu einer hohen Anzahl an Niederlassungen bei den damals über 40-jährigen Ärzten, welche in den nächsten Jahren schlussendlich ihre Tätigkeit beenden und so eine Welle von Abgängen bereiten. Dazu bedarf es für einen ausscheidenden Arzt in Niedersachsen aktuell rechnerisch 1,6 Nachfolger, was auf veränderte Vorstellungen der jüngeren Generationen an die ärztliche Tätigkeit zurückzuführen ist. Ursächlich ist der Trend zu Arbeit in Teilzeit und in Angestelltenmodellen, was dazu führt, dass die Arbeitsstunden pro Person sinken. Während beispielsweise in 2010 noch 1.396 niedersächsische Ärzte in Anstellung arbeiteten, waren es 2023 bereits 4.393 Ärzte (+231%). Der Anteil der zugelassenen Vertragsärzte hingegen hat sich in Niedersachsen nur marginal verändert (-2,6% seit 2009). So gibt es deutliche Veränderungen in der Struktur der Ärzteschaft Niedersachsens. Auch die Praxisstrukturen haben sich verschoben (Abbildung 19). Zwar sind noch immer 50% der Praxisstandorte Einzelpraxen, doch lässt sich ein Trend zu Kooperationen erkennen (35%). Medizinische Versorgungszentren haben

darüber hinaus Einzug in die vertragsärztliche Versorgung gefunden und machen derweil einen Anteil von 15% aus (10).

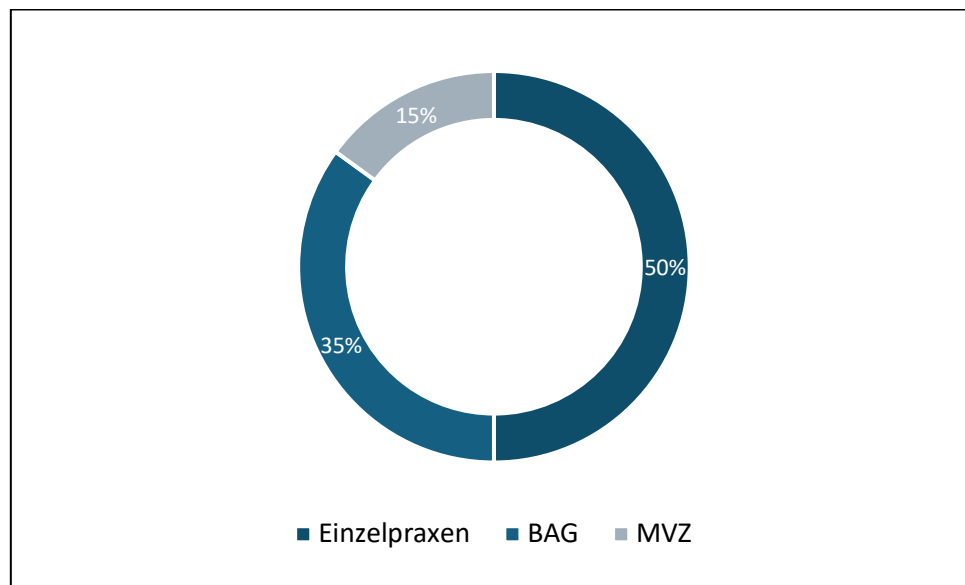


Abbildung 19: Verteilung Praxiskonstellationen in Niedersachsen in 2023
Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (10)

Nicht zuletzt spielen Veränderungen des Tätigkeitsumfangs eine Rolle und wirken sich auf die ambulante Versorgung aus. Die Teilzeittätigkeit nimmt sowohl im Zulassungs- als auch im Anstellungsstatus zu. In Niedersachsen tätige Vertragsärzte und -Psychotherapeuten hatten in 2003 einen durchschnittlichen Versorgungsumfang von 0,84 Vollzeitäquivalenten, in 2014 waren es noch 0,9. In 2023 arbeiteten 53,0% der Angestellten in Teilzeit, welche sich recht gleichmäßig auf Praxen und MVZs aufteilen, wie in Abbildung 20 dargestellt (10).

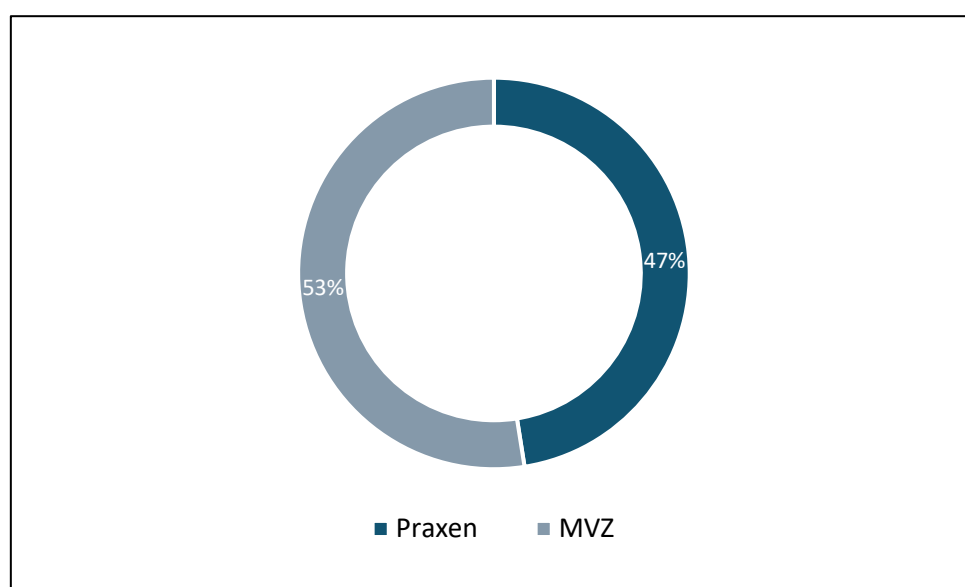


Abbildung 20: Verteilung der Ärztlichen Anstellungen auf Praxen und MVZ in 2023
Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (10)

Dazu kommt, dass der Anteil weiblicher Ärzte deutlich zugenommen hat. In 2023 waren 47,0% der zugelassenen Ärzte in Niedersachsen weiblich. Bei den angestellten Ärzten waren es sogar 53,4%. Der Anteil weiblicher Ärzte wird in der vertragsärztlichen Versorgung weiterhin ansteigen. Zwei Drittel der Studienanfänger in der Humanmedizin sind weiblich, sodass die haus- und fachärztliche Versorgung zunehmend weiblich geprägt sein wird (10, 125). Auch die Rahmen- und Arbeitsbedingungen für eine Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung führen dazu, dass immer weniger Ärzte bereit sind, sich niederzulassen. Unter anderem sind Faktoren wie Budgetierungen, zunehmende Bürokratisierung, eine schwache Infrastruktur auf dem Land und fehlende Studienplätze entscheidend. Dazu kommt, dass Aus- und Weiterbildungen häufig nicht in Fachgebieten abgeschlossen werden, die für eine flächendeckende ambulante Versorgung benötigt werden und es keine Steuerungsmechanismen gibt, die an dieser Stelle eingreifen (126).

All diese Faktoren wirken sich nicht nur auf die Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Regelversorgung aus, sondern auch auf die Sicherstellung der Notfallversorgung. Die Enquete-Kommission hält in ihrem Bericht dazu fest, dass es sich für das Bundesland Niedersachsen somit als besonders herausfordernd darstellt, eine „*flächendeckende und gleichzeitig qualitativ hochwertige Notfallversorgung*“ sicherzustellen (123). Die aktuell im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bestehenden Strukturen stehen dabei laut Enquete für einen vergangenen Umstrukturierungsprozess, der bereits zum Ziel hatte, die vorher sehr heterogenen Arbeitsbedingungen in den vielen kleinteiligen Bereitschaftsdienstbereichen zu vereinheitlichen und so die Belastung für die niedergelassenen Ärzte zu reduzieren bzw. gleichzeitig die Niederlassungsbereitschaft von Ärzten, vor allem in ländlichen Bereichen, zu erhöhen. Auch hier wird der immanente Interessenkonflikt der KVen zwischen der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bei gleichzeitiger Interessenvertretung ihrer Mitglieder deutlich. So konnte zwar die Dienstfrequenz für die Ärzte gesenkt werden, aus Versorgungsperspektive wurden jedoch Einzugsbereiche vergrößert, was mit längeren Fahrtwegen, einer Reduzierung von Fahrdiensten und regionalen Notfallpraxen einherging (123).

Die Umstrukturierungen des Bereitschaftsdienstes haben sich allerdings auch auf die Notfallversorgung Niedersachsens insgesamt ausgewirkt. Fallzahlrückgänge im Bereitschaftsdienst bei gleichzeitiger erhöhter Nachfrage bei Rettungsdienst und Krankenhäusern scheinen die Folge dessen. Eine Auswertung der Inanspruchnahmen des Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahmen auf Niedersachsebene hat gezeigt, dass es seit 2010 einen Trend zur Steigerung der Fallzahlen in Notaufnahmen gibt (Abbildung 21). Während der Bereitschaftsdienst von 2010 bis 2020

eine Abnahme der Fallzahlen um 17,2% verzeichnet, haben Notaufnahmen in der gleichen Zeit eine Zunahme der Fallzahlen von 30,7% dokumentiert (123).

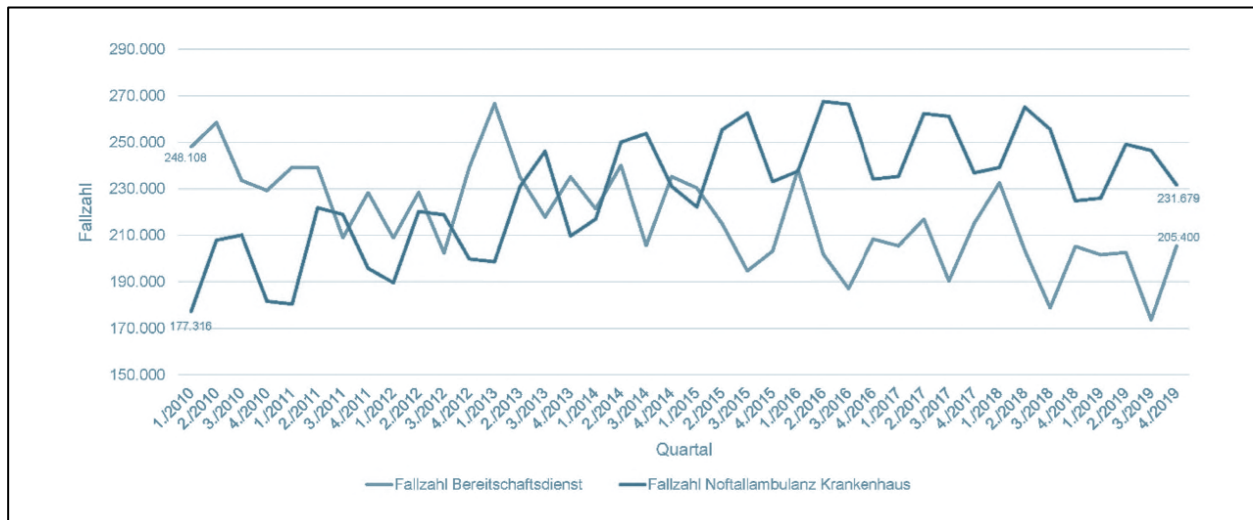


Abbildung 21: Entwicklung der Fallzahlen im Bereitschaftsdienst und in Krankenhäusern in Niedersachsen
Quelle: Eigene Darstellung nach Niedersächsischer Landtag (123)

3.4 Bereitschaftsdienstorganisation in Niedersachsen

Im Folgenden soll nun ein vertiefender Einblick in die Organisation und Sicherstellung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die KVN gegeben werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ist zunächst in eine zentrale Hauptgeschäftsstelle mit Sitz in der Landeshauptstadt Hannover und 11 dezentrale Bezirksstellen, die sich auf das gesamte Bundesland Niedersachsen verteilen, untergliedert. Der Bereitschaftsdienst wird durch den Vorstand der KVN festgelegt und die Bezirksstellen übernehmen in Bezug auf die Organisation des Bereitschaftsdienstes nach den Festlegungen des Vorstandes die Verwaltungsaufgaben (127).

Organisation

Die Organisation und Rahmenbedingungen der Umsetzung des Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen sind in der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen vom 17.02.2007 (zuletzt geändert am 09.11.2024 mit Wirkung zum 01.01.2025) festgehalten. Diese umfasst eine Präambel, in der der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten aus Sicht der KVN geregelt ist (128). Ziel des Bereitschaftsdienstes ist es demnach, „*die Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten oder stationären Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich zu versorgen und gleichzeitig die aus der Bereitschaftsdienstverpflichtung resultierenden zusätzlichen persönlichen und finanziellen Belastungen gleichmäßig und für den einzelnen Arzt zumutbar auszugestalten*“ (128). Die Bereitschaftsdienstordnung stellt dabei heraus, dass

jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und jedes medizinische Versorgungszentrum (MVZ) verpflichtet ist, auch außerhalb der von ihm festgelegten Sprechstundenzeiten die ärztliche Versorgung seiner Patienten zu gewährleisten. Dies fällt unter die sogenannte Präsenzpflcht. Von dieser Präsenzpflcht ist ein Vertragsarzt nur dann befreit, wenn die Versorgung durch ärztliche Dienstbereitschaften in Form eines organisierten Bereitschaftsdienstes sichergestellt ist. Der ärztliche Bereitschaftsdienst steht dabei allen Patienten der gesetzlichen sowie privaten Krankenversicherungen und sonstigen Kostenträgern zur Verfügung (128).

Der Bereitschaftsdienst wird durch drei Versorgungspfade, welche eine telemedizinische Tätigkeit, eine aufsuchende Tätigkeit und Dienste in Bereitschaftsdienstpraxen umfassen, sichergestellt. Hierfür erfolgt eine Einteilung in Bereitschaftsdienstbereiche. Diese sind nach der Bereitschaftsdienstordnung so festzulegen, dass je Arzt regelhaft nicht mehr als vier Dienste pro Quartal anfallen (128).

Der ärztlich besetzte Fahrdienst kann laut Bereitschaftsdienstordnung ebenfalls durch von der KVN beauftragte Dritte übernommen werden. Zentrale Bereitschaftsdienstpraxen werden darüber hinaus nach Bedarf eingerichtet. Sie sollen vorrangig an oder in Krankenhäusern eingerichtet werden, die nach dem gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern des G-BA einer Notfallstufe 2 oder 3 entsprechen (128).

Die Dienstpläne werden für die Dauer von mindestens drei Monaten von der zuständigen KVN-Bezirksstelle mit Hilfe des Dienstplanungsprogramms BD-online der Firma MEDLINQ Softwaresysteme GmbH erstellt und den Ärzten in der Regel drei Monate vor Inkrafttreten zur Verfügung gestellt. Sie umfassen Praxisdienste, Fahrdienste und in einigen Bereichen kombinierte Dienste, in denen Ärzte innerhalb ihres Bereitschaftsdienstes sowohl den Praxis- als auch den Fahrdienst leisten. Die zentralen Dienstzeiten sind in Niedersachsen wie folgt vorgegeben (Tabelle 8):

Tabelle 8: Bereitschaftsdienstzeiten in Niedersachsen

Montag, Dienstag, Donnerstag	19–07* Uhr
Mittwoch, Freitag	15–07 Uhr
Sonnabend, Sonntag, Feiertag	08–07 Uhr

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (128)

In Bereichen, in denen es keine zentrale Bereitschaftsdienstpraxis gibt, sind für die Bereitschaftsdienste an Wochenenden und Feiertagen entsprechende Bereitschaftssprechstunden festzulegen. Grundsätzlich beauftragt die KVN ihre eigene Dienstleistungsgesellschaft für Ärzte-Psychotherapeuten Niedersachsen mbH (DL) mit der Organisation der Bereitschaftsdienstpraxen. Der

Tätigkeitsumfang dieser umfasst die Miete von Räumlichkeiten, die Gestellung von medizinischem Personal sowie die Ausstattung der Räumlichkeiten und IT-Infrastruktur. Die DL stattet die Bereitschaftsdienstpraxen nach einem festgelegten Standard einheitlich aus. In einer älteren Version der Bereitschaftsdienstordnung gab es zudem die Möglichkeit, dass die KVN einen Ärzteverein oder ein Ärztenetz mit der Organisation eines Bereitschaftsdienstbereiches beauftragt, so dass sich die Organisation einiger Bereitschaftsdienstbereiche nach wie vor in ärztlicher Hand befindet. Sie organisieren selbstständig die Ausstattung und Abläufe in den jeweiligen Bereitschaftsdienstbereichen (128).

Kinder- und fachärztliche Bereitschaftsdienste

Neben dem allgemeinen Bereitschaftsdienst regelt die Bereitschaftsdienstordnung die Einrichtung eines augenärztlichen und kinderärztlichen Bereitschaftsdienstes. Über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 erhalten Patienten bei einem kinderärztlichen oder augenärztlichen Akutfall Auskunft über die Bereitschaftszeiten der Bereitschaftsdienstpraxis. Außerhalb der Bereitschaftszeiten werden die Patienten durch die 116117 dem allgemeinen Bereitschaftsdienst zugeleitet.

Aktuell gibt es in Niedersachsen sieben augenärztliche Bereitschaftsdienste, die, wenn möglich, mit einer Bereitschaftsdienstpraxis an ein Krankenhaus angesiedelt sind. Dazu werden alle Ärzte mit entsprechender Gebietsbezeichnung eingeteilt, deren Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst somit entfallen. Für den augenärztlichen Bereitschaftsdienst gelten gesonderte Bereitschaftsdienstzeiten (Tabelle 9):

Tabelle 9: Bereitschaftsdienstzeiten Augenärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen

Montag, Dienstag, Donnerstag	20-22 Uhr
Mittwoch, Freitag	18-22 Uhr
Sonnabend, Sonntag, Feiertag	10-16 Uhr

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (128)

Außerhalb dieser Bereitschaftsdienstzeiten werden augenärztliche Bereitschaftsdienstfälle dem allgemeinen Bereitschaftsdienst zugewiesen und von diesem übernommen (128).

Darüber hinaus kann in Ballungsräumen bei entsprechendem Bedarf – allerdings unter der Voraussetzung, dass eine ausreichende Anzahl an Kinderärzten zur Verfügung steht - ein kinderärztlicher Bereitschaftsdienst eingerichtet werden. Aktuell gibt es zehn kinderärztliche Bereitschaftsdienstbereiche in Niedersachsen (Abbildung 22). Auch hier soll eine Bereitschaftsdienstpraxis möglichst an ein Krankenhaus angegliedert sein. Dazu werden ebenfalls alle Ärzte mit

entsprechender Gebietsbezeichnung eingeteilt, deren Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst somit entfällt.

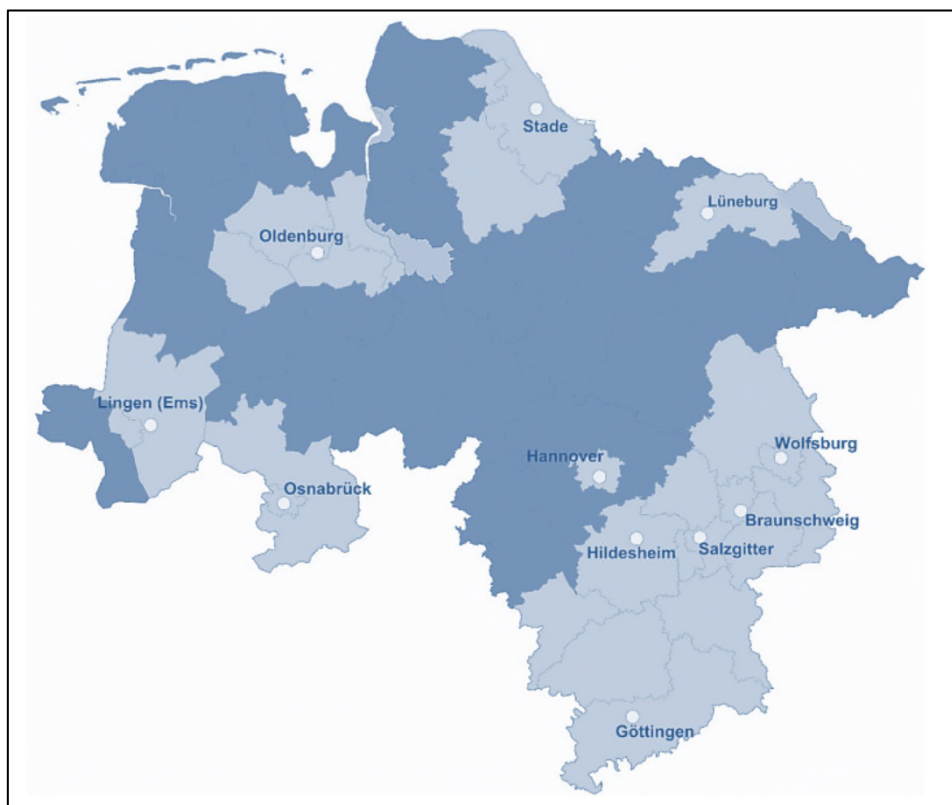


Abbildung 22: Kinderärztliche Bereitschaftsdienstbereiche in Niedersachsen (Stand 2020)

Quelle: Niedersächsischer Landtag (90)

Der kinderärztliche Bereitschaftsdienstbereich steht dabei zu folgenden Bereitschaftsdienstzeiten zur Verfügung (Tabelle 10):

Tabelle 10: Bereitschaftsdienstzeiten Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Niedersachsen

Montag, Dienstag, Donnerstag	20-22 Uhr
Mittwoch, Freitag	16-22 Uhr
Sonnabend, Sonntag, Feiertag	10-20 Uhr

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (128)

Sowohl der augenärztliche als auch der kinderärztliche Bereitschaftsdienst finden nur in den genannten Bereitschaftszeiten statt. Sie haben keinen zusätzlich aufsuchenden Fahrdienst (128).

Teilnahmemodalitäten

Alle zugelassenen Vertragsärzte und MVZ nehmen am Bereitschaftsdienst teil. Sie werden entsprechend ihres anteiligen Versorgungsauftrags, der sich aus der Zulassung ergibt, zum Bereitschaftsdienst eingeteilt. Medizinische Versorgungszentren und Vertragsärzte werden entsprechend der Anzahl und des Tätigkeitsumfangs der bei Ihnen (im Angestelltenverhältnis) tätigen Ärzte eingeteilt. Angestellte Ärzte werden in Niedersachsen somit nicht eigenständig zum Bereitschaftsdienst eingeteilt, sondern über ihren Arbeitgeber entsprechend dem Versorgungsumfang

einbezogen. Darüber hinaus können Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und keine eigene Zulassung haben, nach Genehmigung der KVN am Bereitschaftsdienst teilnehmen (sog. Poolärzte). Sie erhalten eine eigenständige Abrechnungsmöglichkeit. Zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst ist eine abgeschlossene Facharztweiterbildung notwendig. Außerdem können Ärzte (sog. Weiterbildungsassistenten) am Bereitschaftsdienst teilnehmen, die bereits eine mindestens zweijährige Weiterbildung in einem Fachgebiet nach der Weiterbildungsordnung nachweisen können. Ist die Weiterbildung nicht abgeschlossen, ist außerdem *„eine Bescheinigung des Weiterbilders über eine ausreichende Qualifikation des Weiterbildungsassistenten für eine Tätigkeit im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und ein Nachweis über die Teilnahme am Kurs „Notfallmedizin“ zur Erlangung der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin oder ein Nachweis über die Absolvierung von 6 Monaten Intensivmedizin im Rahmen der Weiterbildung“* zu erbringen (128). Jeder Arzt ist laut Bereitschaftsdienstordnung dazu verpflichtet, sich für die Ausübung des Bereitschaftsdienstes entsprechend fort- und weiterzubilden. Die KVN überprüft diese Fortbildungspflicht allerdings nicht und fordert keine Nachweise (128).

Diensttausch und Vertretung

Ist der zum Bereitschaftsdienst eingeteilte Arzt verhindert, muss dieser seinen Dienst mit einem anderen im Bereitschaftsdienstbereich tätigen Arzt tauschen, den Dienst an einen übernahmeberechtigten Arzt übergeben oder eine geeignete Vertretung suchen. Diensttausche, -übernahmen und Vertretungen sind aus Gründen der Transparenz verpflichtend im Dienstplanungsprogramm BD-online der KVN zu hinterlegen. Der eingeteilte Arzt übernimmt die Verantwortung für die Qualifikation und Eignung seines Vertreters. Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Bereitschaftsdienstes verbleibt in diesem Fall beim vertretenen Arzt. Wird der Dienst offiziell getauscht oder übernommen, trägt der dienstübernehmende Arzt die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Bereitschaftsdienstes. Seit dem 01.07.2024 dürfen laut Bereitschaftsdienstordnung der KVN nur noch Vertreter im Bereitschaftsdienst eingesetzt werden, die vorab durch die KVN nach Erfüllung festgelegter Kriterien genehmigt wurden und einen eigenen Zugang zum Dienstplanungsprogramm BD-online erhalten haben (128).

Befreiung vom Bereitschaftsdienst

Eine Befreiung der Pflicht des Arztes zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst ist in besonderen Fällen möglich. Diese sind gemäß Bereitschaftsdienstordnung in Abhängigkeit vom Honorar, wenn

„- der Arzt wegen einer nachgewiesenen Krankheit oder körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist und sich die Krankheit oder körperliche Behinderung nachhaltig auf den Praxisumfang auswirkt,

- ihm aufgrund familiärer oder anderer Verpflichtungen die Teilnahme nicht zuzumuten ist,

- für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monate nach der Entbindung sowie für weitere 24 Monate, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,

- für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung gewährleistet.“ (128).

Belegärzte können ebenfalls von der Teilnahme am Bereitschaftsdienst befreit werden, wenn sie für ihre Belegpatienten den Bereitschaftsdienst allein ausüben und ihre ambulante Bereitschaftsdienstleistung aus Gründen der Sicherstellung nicht notwendig ist (128).

116117 in Niedersachsen

Bis 2019 gab es in Niedersachsen Unterschiede in der Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes, sodass eingehende Patientenrufe entweder über Leitstellen, über die Bereitschaftsdienstpraxen an den Arzt oder direkt an den Arzt vermittelt wurden. Seit dem 01.01.2020 sind unter der bundeseinheitlichen Telefonnummer 116117 die Terminservicestellen der KVN sowie die Akutvermittlung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu erreichen. Regionale Telefonnummern der Bereitschaftsdienstpraxen hatten für einen Übergangszeitraum zunächst Fortbestand. Speziell geschultes Fachpersonal der Dienstleistungsfirma sanvartis GmbH(Duisburg) nimmt die Anrufe der Patienten entgegen und führt im Falle eines Akutfalles eine medizinische Ersteinschätzung mit Hilfe von SmED durch, um anhand der Software die Dringlichkeit der Behandlung sowie die richtige Versorgungsebene für den Patienten einschätzen zu können (111).

Während der Sprechstundenzeiten kann dies wie in Abbildung 23 dargestellt der Haus- oder Facharzt sein, außerhalb der Sprechzeiten kann dies der Bereitschaftsdienst (allgemeiner oder fachärztlicher Bereitschaftsdienst während der Öffnungszeiten oder der Fahrdienst), aber auch der Rettungsdienst oder die Notaufnahmen der Krankenhäuser sein. Außerhalb der Öffnungszeiten der fachärztlichen Bereitschaftsdienste (wie z.B. kinderärztlicher oder augenärztlicher Bereitschaftsdienst) werden die Fälle dem allgemeinen Bereitschaftsdienst oder den Notaufnahmen der Krankenhäuser zugeleitet. Gleichzeitig können über ein online-Terminvermittlungsportal auch freie Akuttermine, bei denen sich der Patient noch am gleichen Tag vorstellen soll, bei einem Haus- oder Facharzt vermittelt werden. Hierzu müssen die Praxen vorab freie Terminkapazitäten im Terminportal hinterlegen (90).

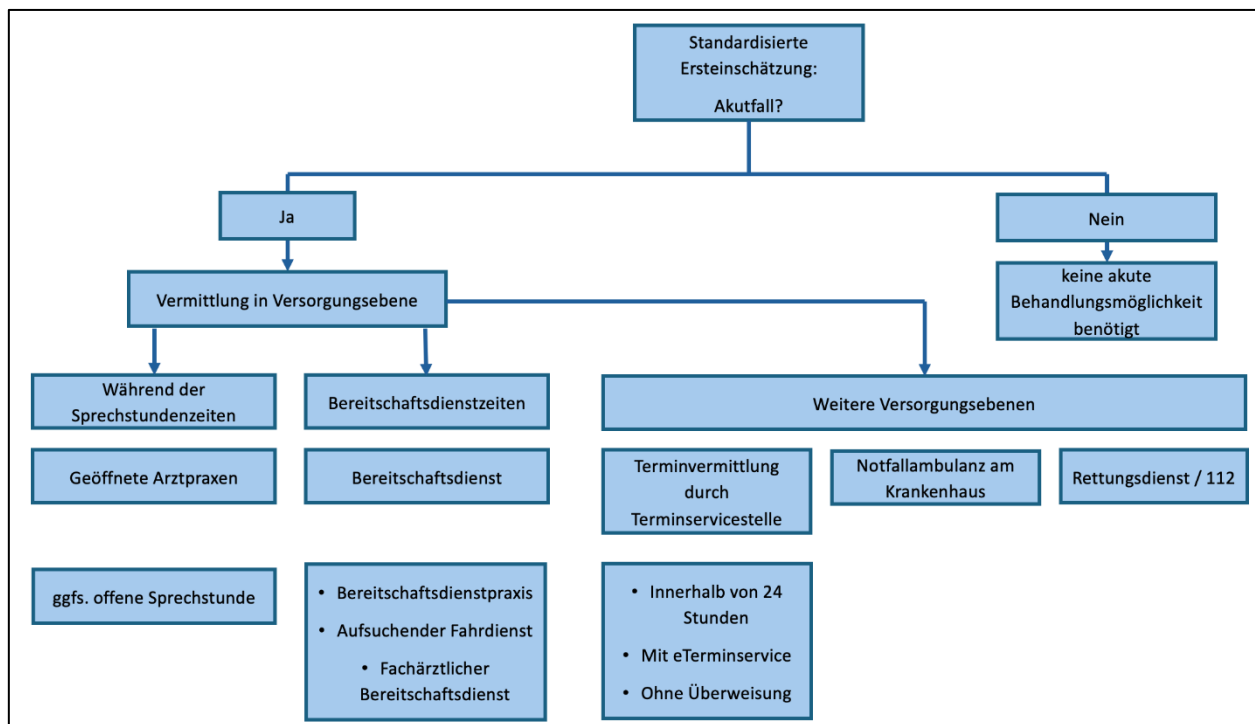


Abbildung 23: Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen
 Quelle: KVN (90)

Führt die strukturierte Ersteinschätzung dazu, dass ein Hausbesuch durch den Bereitschaftsdienstarzt notwendig wird, wird der vom Dienstleister (Duisburg) generierte Patientenfall an eine weitere Dispositionsstelle R+ MediGruppe (Göttingen, Hannover, Northeim) übergeben. Die Disposition übernimmt die abschließende medizinische Bewertung des Falls und löst die passende Ressource aus. Sie steuert die Ressource außerdem und überwacht den Einsatz. Aktuell erfolgt die Disponierung von Hausbesuchen innerhalb der Bereichsgrenzen der Bereitschaftsdienstbereiche, denen die Patienten nach Postleitzahl zugeordnet werden. Bereichsübergreifende Einsätze aufgrund der Nähe von Arzt und/oder Patient werden aktuell nicht berücksichtigt. Der Bereitschaftsdienstarzt wird telefonisch und/oder per SMS von der Dispositionszentrale R+ per Zugriff auf die im Dienstplanungsprogramm der KVN hinterlegten Notfallnummer über einen Einsatz benachrichtigt. Der Fall wird dem Arzt übergeben. Dieser entscheidet nach ärztlichem Ermessen, ob er den Einsatz telefonisch lösen kann oder ob ein Hausbesuch notwendig ist (90).

Videosprechstunde im Bereitschaftsdienst

Im April 2020 startete die KVN zunächst einen modellartigen Versuch, die Videosprechstunde als weiteren Versorgungspfad neben den Bereitschaftsdienstpraxen und dem aufsuchenden Fahrdienst im Bereitschaftsdienst zu implementieren. Hier wurde als Modellregion die Stadt Braunschweig ausgesucht. Nach erfolgreicher Umsetzung wurde das Gebiet schnell auf die

Bezirksstellenregion Braunschweig und letztlich auf das gesamte Land Niedersachsen ausgeweitet. Der Versuch wurde als sehr positiv bewertet, allerdings fehlten zu dem Zeitpunkt gesetzliche Rahmenbedingungen und eine Abrechnungsgrundlage (90).

Seit dem 01.07.2022 ist die Videosprechstunde offiziell im Bereitschaftsdienst abrechenbar (105). Im Dezember 2023 wurde diese offiziell zu ausgewählten Zeiten in das Bereitschaftsdienstangebot der KVN aufgenommen. Neben den vorab genannten Ressourcen steht die Videosprechstunde den Disponenten zu den ausgewählten Zeiten als weitere Ressource zur Verfügung, in die ein Patient vermittelt werden kann. Durch die Einführung der Videosprechstunde bzw. den Einsatz von Telefon- und Videoärzten im Bereitschaftsdienst erhofft sich die KVN einerseits eine Reduktion der Dienstbelastung diensthabender Ärzte. Die Fallaufnahme, Koordination und Terminierung erfolgen ebenfalls über die Rufnummer 116117 bzw. schlussendlich die Dispositionszentrale R+ (90). Interne Auswertungen der KVN haben gezeigt, dass das Potenzial für Telefon- und Videosprechstunde bei einer hohen Anzahl der Alarmierungen liegt, welche sonst einen Hausbesuch durch den Bereitschaftsdienstarzt ausgelöst hätten. Andererseits kann somit einer großen Anzahl von Patienten bereits abschließend geholfen werden, indem sie telemedizinische Beratung bekommen und ihre Anfrage beantwortet werden kann. Patienten und Ärzten werden so, insbesondere in ländlichen Bereichen, lange Anfahrten und Wartezeiten erspart (90).

Die Teilnahme der Videoärzte erfolgt aktuell auf freiwilliger Basis. Das bedeutet, dass sich Ärzte zusätzlich zu ihren allgemeinen Bereitschaftsdienstverpflichtungen freiwillig über das Dienstplanungsprogramm BD-online zu ausgewählten Zeiten zur Verfügung stellen können. Die Videosprechstunde wird von den Ärzten nach den Abrechnungsregeln des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs abgerechnet. Die Plattform docakut.online für die Videosprechstunde wird von der KVN gestellt (90).

Finanzierung und Vergütung des Bereitschaftsdienstes

Grundsätzlich rechnen Ärzte in Niedersachsen die von ihnen im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen über ihre eigene lebenslange Arztnummer nach dem Kapitel 1.2 des EBM ab (68). Diese Leistungen unterliegen nach dem Honorarverteilungsmaßstab der KVN keinem Budget und werden somit extrabudgetär vergütet. In Bereitschaftsdienstbereichen, in denen ein Fahrdienst mit Fahrzeug bereitgestellt wird, werden zusätzlich Wegegelder nach der KVN-internen Gebührenordnungsposition zur Refinanzierung des organisierten Bereitschaftsdienstes zur Abrechnung gebracht (91).

Zur Sicherstellung des allgemeinen Bereitschaftsdienstes und einer im Rahmen dessen auskommenden Vergütung zahlt die KVN den Vertragsärzten und MVZ eines Bereitschaftsdienstbereiches sogenannte Sicherstellungszuschläge. Diese sollen dazu dienen, Benachteiligungen zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie höher- und niedrigfrequentierter Dienste auszugleichen. Voraussetzung dafür ist einerseits, dass die Organisation des Bereitschaftsdienstes im Bereitschaftsdienstbereich der jeweils gültigen Bereitschaftsdienstordnung entspricht und andererseits vom Vorstand der KVN kein Optimierungsbedarf bezgl. Größe und Diensterteilung festgestellt wurde. Weiterhin ist Voraussetzung, dass im Bereitschaftsdienstbereich von den Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Bereitschaftsdienst durchschnittlich pro Quartal weniger als 40 Euro pro Stunde an Honorar (ohne Sachkosten) erwirtschaftet wurden (129). Dazu wird ein quartalsbezogener Durchschnittswert des gesamten Bereitschaftsdienstbereichs gebildet.

Zur Ermittlung der Sicherstellungszuschläge werden dann die im Bereitschaftsdienstbereich von allen Vertragsärzten und MVZ im Bereitschaftsdienst erwirtschafteten Honorare (ohne Sachkosten) zusammen veranlagt und durch die Anzahl der im Quartal insgesamt geleisteten Stunden dividiert. Liegt der so ermittelte quartalsbezogene Durchschnittswert im Bereitschaftsdienstbereich schlussendlich unter einem Betrag von 40 Euro pro Stunde, wird dieser aus Mitteln des Sicherstellungsfonds (SGB V §105 Abs.1) der KVN bis zur Höhe von 40 Euro aufgefüllt. Für jeden einzelnen Arzt wird so die Höhe des Sicherstellungszuschlags durch Multiplikation der im Quartal geleisteten Bereitschaftsdienststunden mit dem stundenbezogenen Auffüllungsbetrag berechnet (90).

Gleichzeitig steht der Bereitschaftsdienst in Niedersachsen für ein umlagefinanziertes System. Die KVN behält einen Anteil der ärztlichen Honorare für die Organisation des Bereitschaftsdienstes ein. So werden entstehende Kosten in Form von z.B. Mieten, Praxisbedarf, Personal oder Ausstattung gedeckt. Es wird für jeden Bereitschaftsdienstbereich eine eigene Umlage zur Deckung der dort entstehenden Kosten erhoben (90).

Der allgemeine Bereitschaftsdienst in Niedersachsen besteht aktuell aus 75 (inkl. der 7 Nordseeinseln) Bereitschaftsdienstbereichen (Abbildung 24). Dabei gibt es 70 Bereitschaftsdienstpraxen, welche überwiegend an ein Krankenhaus angegliedert sind. In sehr ländlichen Bereichen finden die Bereitschaftsdienste in den Räumlichkeiten der niedergelassenen Ärzte oder in Bereitschaftsdienstpraxen ohne Anbindung an ein Krankenhaus statt (90). Zusätzlich gibt es in jedem

Bereitschaftsdienstbereich einen aufsuchenden Fahrdienst. In sehr großen Bereitschaftsdienstbereichen sind zu den hochfrequentierten Zeiten mehrere Ärzte gleichzeitig im Einsatz.

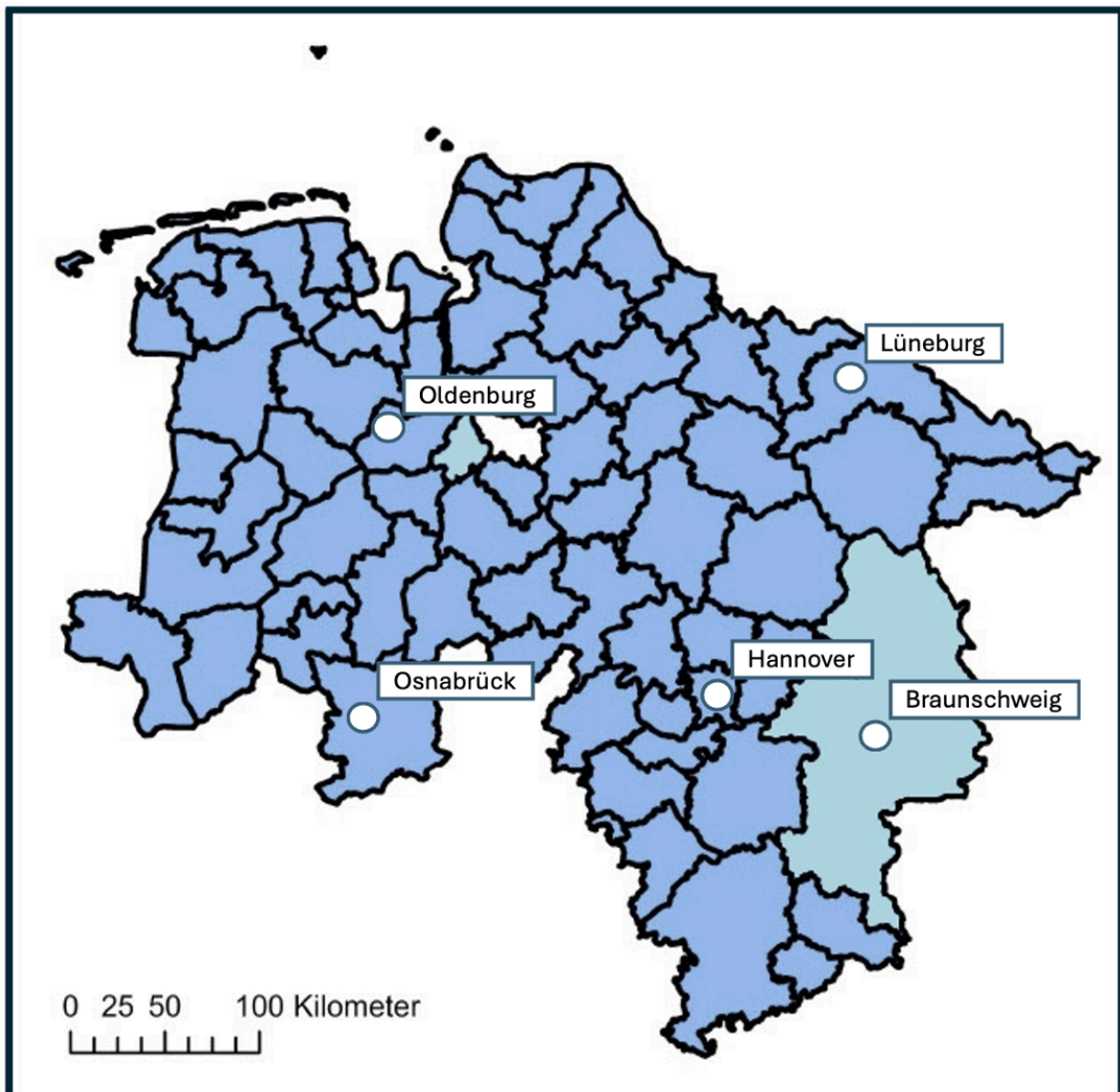


Abbildung 24: Übersicht der allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche in Niedersachsen (Stand 2024)
Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Anhand der Karte (Abbildung 24) wird schnell deutlich, dass die Bereitschaftsdienstorganisation des allgemeinen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen aktuell von sehr heterogenen Organisationsstrukturen geprägt ist. So sind die Bereitschaftsdienstbereiche unterschiedlich groß und reichen von kleinteiligen Bereichsstrukturen (insbesondere in den Bereichen rund um das Bundesland Bremen) bis zu Bereichsgrenzen, die dem Einzugsbereich einer gesamten KVN-Bezirksstelle wie im Braunschweiger Raum gleichen. So beträgt die Fläche einer der kleineren Bereitschaftsdienstbereiche wie Delmenhorst ca. 237 km², während die Fläche des größten Bereitschaftsdienstbereichs Braunschweig im Vergleich ca. 5.085 km² beträgt.

Modellprojekt 116117 – Einsatz von Gesundheitsfachkräften

Der prognostizierte Hausärztemangel, insbesondere in Regionen, die sehr ländlich gelegen sind und einer geringen Steuereinnahmekraft unterliegen, führt zu steigenden Einsatzfrequenzen und Belastungen für die verbleibenden Ärzte. Vor diesem Hintergrund wurde zum 01.07.2018 ein alternatives Versorgungsmodell zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes erprobt. Delmenhorst, Ganderkesee und Lemwerder eigneten sich hier insbesondere als Pilotregion, da sich die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes durch o.g. Gründe zunehmend schwieriger gestaltet.

Ärzte erhielten durch den Einsatz von Gesundheitsfachkräften mit telemedizinischer Anbindung Unterstützung. Ziel war einerseits, keine zusätzlichen Belastungen für den Rettungsdienst und die Kliniken im Bereich zu generieren und Patienten vor Ort zu versorgen. Andererseits sollte das Modellprojekt dazu beitragen, die Attraktivität der Region bei der Gewinnung von Neuniederlassungen und Nachbesetzungen der Bestandspraxen zu steigern. Gesundheitsfachkräfte haben zunächst die Bereitschaftsdienste im Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst zu den Praxisschließzeiten am Freitag, Samstag und Sonntag übernommen. Bereits zum 01.04.2020 wurden die Einsatzzeiten auf alle Praxisschließzeiten erweitert und der Einsatzbereich wurde um die Gemeinden Wildeshausen, Dötlingen und Großenkneten erweitert.

Die Gesundheitsfachkräfte, welche die Qualifikation Altenpfleger, Notfallsanitäter oder examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger innehatten, verwendeten bei ihrem Einsatz vorab festgelegte SOPs (Standard Operating Procedures) und wurden entsprechend geschult. Es wurden feste Absprungpunkte festgelegt, bei denen ärztliche Expertise hinzugezogen werden muss. Hier wurde telemedizinisch auf die Universitätsklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Klinikum Oldenburg AöR zurückgegriffen (Abbildung 25) (130, 131).

Die zum Teil bereits publizierten Zwischenergebnisse der ersten 30 Monate der Machbarkeitsstudie zeigen, dass vom 01.01.2020 bis zum 30.06.2022 insgesamt 2.985 Einsätze durch die Gesundheitsfachkräfte bearbeitet wurden (teilweise bereits in Publikation enthalten). Dabei stellte sich heraus, dass die häufigsten Maßnahmen Beratungsgespräche (mehr als 75%), Hilfe bei der Selbstmedikation, Medikamentengaben und Verbandswechsel waren. Eine telemedizinische Unterstützung erfolgte in ca. 7% der Fälle, tendenziell abnehmend. Es konnte im genannten Zeitraum keine Abnahme der Bereitschaftsdienstfälle festgestellt werden. Die Akzeptanz der Patienten war positiv hervorzuheben. Ebenfalls befürworteten 93,4% der Ärzte in beiden Bereitschaftsdienstbereichen die Weiterführung des Projekts und gaben an, dass sie durch den Einsatz der

Gesundheitsfachkräfte im Bereitschaftsdienst eine deutliche Entlastung verspürten. Leichen-schauen werden durch einen Pool freiwilliger Ärzte übernommen (131).

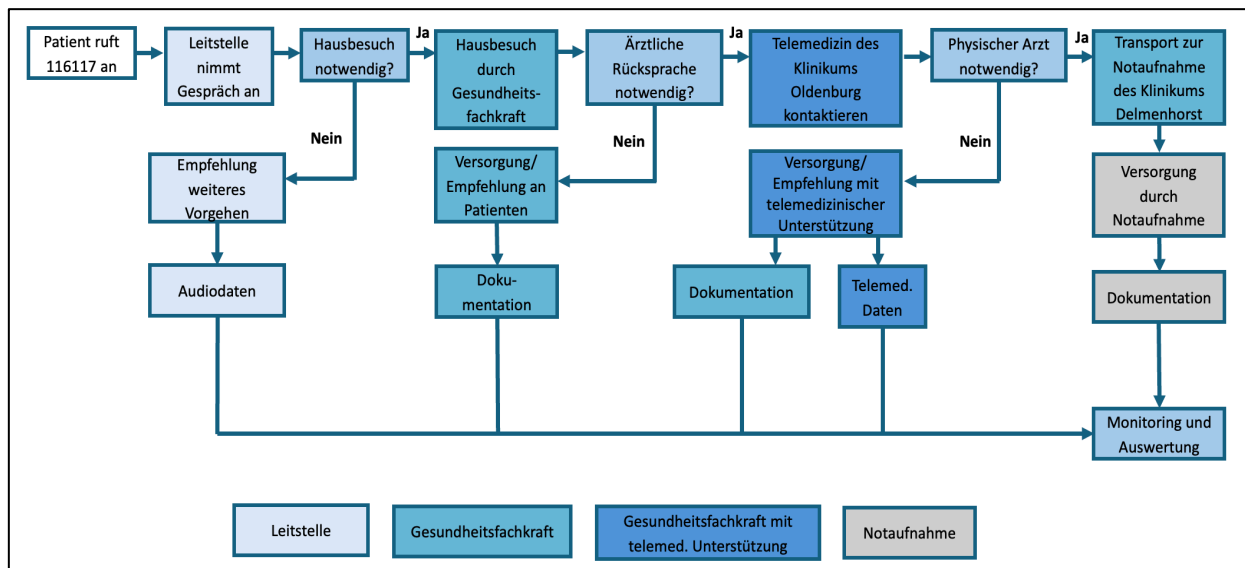


Abbildung 25: Mehrstufiges Versorgungsmodell im Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung mit Gesundheitsfachkräften und Telemedizin

Quelle: Eigene Darstellung nach Overheu et al. (131)

Insgesamt hat sich gezeigt, dass der Einsatz von Gesundheitsfachkräften mit telemedizinischer Unterstützung zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes positiv zu bewerten und ausbaufähig ist. Jedoch war eine Weiterverfolgung der Patienten im Projekt bislang nicht möglich ist. Weiterhin hat die lückenhafte Abdeckung des Mobilfunknetzes (Daten/Telefonie) im ländlichen Raum immer wieder Probleme bereitet. Vor allem aber wurde die Finanzierung der Vorhaltung (insbesondere die Personalkosten) als Herausforderung angesehen. Bisweilen wird der Einsatz der Gesundheitsfachkräfte im Bereitschaftsdienst durch eine Erhöhung der Umlage für die Ärzte finanziert (90, 131).

3.5 Zusammenfassung von Herausforderungen und Problemen der Notfallversorgung

Die Notfallversorgung wird durch drei Sektoren unterschiedlicher Verankerungen in den Sozialgesetzbüchern, rechtliche Rahmenbedingungen, Finanzierungsmodalitäten, Aufgaben und Zielen geprägt. Während die Zuständigkeiten übergeordnet auf der Bundesebene geregelt sind, findet die Umsetzung und Ausführung jeweils auf Landesebene oder auf sogar noch feingliedrigeren Ebenen statt. Hieraus ergeben sich einerseits Unterschiede der Notfallversorgung zwischen den Bundesländern und teilweise sogar innerhalb der Bundesländer.

Ein Vergleich der Gesetze, die in den letzten Jahren auf die unterschiedlichen Sektoren eingewirkt haben, zeigt, dass die Notfallversorgung in ihrer jetzigen Version und die entsprechende

Ausgestaltung der Sektoren historisch gewachsen sind und sich die Sektoren wenig bzw. in unterschiedlicher Weise weiterentwickelt und an gesamtgesellschaftliche Entwicklungen angepasst haben. Entsprechende Gesetze, insbesondere in Bezug auf den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, enthalten bislang lauter Empfehlungen, nicht aber konkrete Zuständigkeiten, Ausgestaltungsmaßnahmen und Verpflichtungen, diese flächendeckend umzusetzen, was zu deutlichen Organisationsunterschieden und Undurchsichtigkeiten innerhalb der Notfallversorgung, besonders aber im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, geführt hat. Zwar gibt es beispielsweise laut GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 die Vorgabe, dass Bereitschaftsdienstpraxen und Krankenhäuser verstärkt kooperieren sollen. Wie diese Kooperation gestaltet werden soll, bleibt dabei offen. Nach dem Krankenhausstrukturgesetz von 2016 ist die Einrichtung von Portalpraxen an Krankenhäusern verpflichtend. Die Umsetzung und Finanzierung bleiben ebenfalls offen.

Zwar gibt es vorsichtige Versuche, die drei Sektoren miteinander zu verzahnen und Kooperationen zwischen diesen herzustellen, doch gestaltet sich dies aufgrund der Partikularinteressen der einzelnen Sektoren schwierig. Eine praktische Umsetzung dessen im Versorgungsalltag zeigt sich herausfordernd, nicht zuletzt, weil rechtliche Rahmenbedingungen, wie der Datenschutz oder Personalüberlassung, einer verstärkten Kooperation der Sektoren teils sogar entgegenstehen. In diesem Zusammenhang herrschen noch immer unklare rechtliche Rahmenbedingungen für Notaufnahmen und den Rettungsdienst vor, was den Behandlungsverzicht bzw. Transportverzicht und den Verweis des Patienten in die für ihn richtige Versorgungsebene angeht. Weiterhin parallel arbeitende Sektoren, daraus entstehende Ineffizienzen und ungenutzte wirtschaftliche und personelle Ressourcen und Potenziale sind die Folge. Hinzu kommen eine fehlende Digitalisierung, der demografische Wandel der Bevölkerung, und des medizinischen Fachpersonals, dadurch bedingter Personal- und Fachkräftemangel sowie generelle Probleme des deutschen Gesundheitswesens (131). Gleichwohl hat sich das Patientenverhalten in den letzten Jahren verändert. Neben allgemein steigenden Patientenzahlen steuern Patienten zunehmend bewusst Notaufnahmen an und überlasten diese, weil sie dort umfangreiche und schnelle Versorgung erhalten.

Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst soll nach §75 Abs. 1b SGB V die vorrangige Anlaufstelle für akut zu versorgende Patienten außerhalb der Praxisöffnungszeiten darstellen. Die KVen haben den Sicherstellungsauftrag, sind dabei aber mit einschränkenden Rahmenbedingungen konfrontiert. Einerseits stellt die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes eine Determinante dar, da die Abrechnung der GOPen aus dem EBM lediglich die erbrachten Leistungen der Ärzte innerhalb

des Bereitschaftsdienstes darstellen, nicht aber die Vorhaltung der dafür notwendigen Infrastruktur und die Vorhaltekosten der ärztlichen Ressource. Diese wird von den Vertragsärzten selbst per Umlage finanziert und durch Gelder aus dem Notdienstfonds (§105 1b SGB V) ergänzt, sodass aus letztlich sehr geringen finanziellen Kapazitäten ein möglichst umfassendes Versorgungsangebot bereitgestellt werden soll. Darüber hinaus stellt die zunehmend begrenzte ärztliche Ressource eine zweite Determinante dar. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Regelversorgung während der Praxisöffnungszeiten steht aufgrund dessen schon jetzt vor großen Versorgungsproblemen und Mangelsituationen in der flächendeckenden Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Diese lassen sich nicht zuletzt aber auch auf die Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten, die Organisation und die Umsetzung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes übertragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stehen somit im Zwiespalt zwischen der Erfüllung der Sicherstellung ihres Versorgungsauftrags mit begrenzten zur Verfügung stehenden Ressourcen und der gleichzeitigen Vertretung der Interessen der Vertragsärzte bei dessen Ausgestaltung.

Es konnte aufgezeigt werden, dass durch verschiedene demografische und geografische Rahmenbedingungen und ausgeprägte Stadt-Land-Gefälle hinreichende Unterschiede bezüglich der Organisation und Umsetzung des Bereitschaftsdienstangebots bestehen, welche sich nicht zuletzt auf das Versorgungsangebot für Patienten außerhalb der Sprechzeiten auswirken. Aus Sicht der Patienten spielen fehlende Steuerungsmechanismen und unklare Zuständigkeiten darüber, welche Versorgungseinheit der Notfallversorgung die für sie richtige ist, eine Rolle. Patienten wählen diese aktuell nach eigener subjektiver Einschätzung der Dringlichkeit und Schwere ihres Notfalls aus. Teilweise nehmen Patienten die an der Notfallversorgung beteiligten Institutionen sogar mehrfach in Anspruch, bis sie die für sie angemessene Versorgung erhalten haben (132, 133). Die Einrichtung der durchgängig erreichbaren Patientenhotline 116117 und die strukturierte Ersteinschätzung stellen in Bezug auf die Patientensteuerung bislang eher eine Orientierungshilfe dar und sind nicht verbindlich. Hinzu kommt, dass davon ausgegangen werden muss, dass aktuell nur ein kleiner Anteil aller Notfälle die 116117 wirklich erreicht und dadurch gesteuert wird. Patienten können den Bereitschaftsdienst bislang auch ohne eine vorherige Kontaktaufnahme zur 116117 in Anspruch nehmen. Die medizinische Vorgeschichte des Patienten, seine Anbindung an die Regelversorgung sowie weitere Inanspruchnahmen im Rahmen der Notfallversorgung und eine Weiterverfolgung des Patienten sind dabei nicht möglich.

Darüber hinaus wird deutlich, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes zwar hinlänglich bekannt sind, die tatsächliche Umsetzung und Gestaltung sowie seine Inanspruchnahme und Einbettung in die Notfallversorgung aber großen Undurchsichtigkeiten unterliegen. Nicht zuletzt bleibt der kassenärztliche Bereitschaftsdienst neben dem Rettungsdienst und den Krankenhäusern in der Forschung und Literatur deutlich unterrepräsentiert und wird kaum näher betrachtet, weshalb ein vertiefender Einblick in die Bereitschaftsdienststrukturen im Kontext der Notfallversorgung für die Steuerung und Weiterentwicklung der Notfallversorgung einmal mehr von großer Bedeutung ist.

4. Fragestellung und Ziel der Arbeit

In den Kapiteln 2 und 3 wurden bislang die Strukturen und Rahmenbedingungen der drei an der Notfallversorgung teilnehmenden Sektoren mit ihren aktuellen Problemen und Herausforderungen herausgearbeitet. Dabei wurden insbesondere die Probleme und Herausforderungen der KVen bei der Sicherstellung von ambulanter Regelversorgung und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst in den Fokus genommen. Hierbei wurde gleichwohl deutlich, dass der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen mit seinen Organisationsstrukturen und Inanspruchnahmen im Vergleich zum Rettungsdienst und dem Notfallgeschehen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser in Studien deutlich unterrepräsentiert ist. In Bezug auf das Bundesland Niedersachsen konnte gezeigt werden, dass dieses von zahlreichen geografischen und infrastrukturellen Unterschieden gezeichnet ist, die teilweise historisch gewachsen sind und teilweise regional unterschiedlich umgesetzt werden. Für die ärztliche Tätigkeit kann daraus abgeleitet werden, dass die unterschiedlichen Umsetzungsstände des Bereitschaftsdienstes Einfluss auf die Attraktivität der Tätigkeit im Bereitschaftsdienst haben und nicht zuletzt ungleiche Niederlassungschancen und -herausforderungen sowie Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärzte bedeuten. Da es sich insgesamt, aber vor allem in ländlichen Bereichen, zunehmend schwerer gestaltet, freiwerdende haus- und fachärztliche Arztsitze zu besetzen, gilt es für die KVen, das Bereitschaftsdienstsystem aus Sicht der Ärzte attraktiver zu gestalten, und chancengleiche Arbeitsbedingungen herzustellen und so die Attraktivität einer Niederlassung in ländlichen Bereichen zu fördern.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Wie sind die Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen?
2. Wie nehmen Ärzte als Leistungserbringer diese wahr?

Zur Beantwortung der Fragestellungen sollen zunächst im ersten Schritt eine Analyse der Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen ausgewählter niedersächsischer Bereitschaftsdienstbereiche vorgenommen werden. So sollen teils kleinteilige und uneinheitliche Strukturen beleuchtet und Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten aufgezeigt werden. In einem zweiten Schritt sollen dann die Wahrnehmung der Ärzte als Leistungserbringer im Rahmen von Interviews erhoben werden und anschließend mit den Befunden aus der Analyse der Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen gemeinsam ausgewertet und diskutiert werden. Abschließend soll

ein vollumfängliches Bild des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes mit seinen aktuellen Problemen und Herausforderungen im Kontext der Notfallversorgung in Deutschland generiert werden. Ziel soll sein, Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen einerseits zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Teilnahmebedingungen der Ärzte und zur Steigerung der Attraktivität der Tätigkeit sowie andererseits der Notfallversorgung in Deutschland ableiten zu können.

5. Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche

In diesem Kapitel sollen die Organisations- und Rahmenbedingungen ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche vertiefend analysiert und dargestellt werden.

Die KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven sind insgesamt in 13 allgemeine Bereitschaftsdienstbereiche untergliedert. Zusätzlich gibt es einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in der Stadt Oldenburg sowie einen überregionalen augenärztlichen Bereitschaftsdienst (90). Diese sollen zuerst kurz dargestellt werden, bevor der Fokus danach auf den allgemeinen Bereitschaftsdienst gelenkt wird.

Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst

Der gesamte kinderärztliche Bereitschaftsdienstbereich umfasst folgende Städte und Gemeinden: Apen, Bad Zwischenahn, Edeweicht, Rastede, Westerstede, Wiefelstede (alle Landkreis Ammerland), Hatten, Hude, Ganderkesee, Wardenburg (alle Landkreis Oldenburg), Oldenburg (kreisfreie Stadt), Barßel, Bösel, Friesoythe, Garrel, Saterland (Landkreis Cloppenburg), Berne, Brake, Elsfleth, Ovelgönne und Lemwerder (Landkreis Wesermarsch), Delmenhorst (kreisfreie Stadt), Uplengen (Landkreis Leer). Die zentrale kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxis ist an die Kinderklinik des Klinikums Oldenburg angegliedert. Alle in den genannten Städten und Gemeinden tätigen Ärzte der Fachgruppe Kinder- und Jugendmedizin werden verpflichtend zur Teilnahme am kinderärztlichen Bereitschaftsdienst eingeteilt. Im Bereitschaftsdienstbereich sind aktuell 44,75 Kinderärzte tätig, die ca. 8,18 Dienste pro Jahr leisten (Tabelle 11). Sie zahlen eine Bereitschaftsdienstumlage von 1,96%. Es gibt keinen aufsuchenden Fahrdienst (90).

Tabelle 11: Basiszahlen Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst Stadt Oldenburg

Fläche	2.987 km ²
Anzahl der Ärzte (VZK)	44,75
Anzahl Dienste pro Jahr	8,18
Bereitschaftsdienstumlage in %	1,96

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN, Esri (90, 134)

Er ist zu folgenden Bereitschaftszeiten erreichbar (Tabelle 12):

Tabelle 12: Bereitschaftsdienstzeiten Kinderärztlicher Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg

Montag, Dienstag, Donnerstag	20-22 Uhr
Mittwoch, Freitag	16-22 Uhr
Samstag, Sonntag, Feiertag	10-20 Uhr

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Patienten erhalten über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 bei einem kinderärztlichen Akutfall Auskunft über die Bereitschaftszeiten der kinderärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis. Außerhalb der Bereitschaftszeiten werden die Patienten dem allgemeinen Bereitschaftsdienst durch die 116117 zugeleitet.

Augenärztlicher Bereitschaftsdienst

Der augenärztliche Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg hingegen ist flächenmäßig deutlich größer und umfasst die Landkreise Ammerland, Aurich, Cloppenburg, Delmenhorst (kreisfreie Stadt), Emden (Stadt), Emsland (nur Gemeinden und Städte), Friesland, Leer, Oldenburg (kreisfreie Stadt), Oldenburg, Wesermarsch, Wilhelmshaven (Stadt) und Wittmund. Alle in den genannten Städten und Gemeinden tätigen Augenärzte werden verpflichtend zur Teilnahme am augenärztlichen Bereitschaftsdienst eingeteilt. Er wird aktuell durch 89,53 Ärzte abgedeckt, die 4,09 Dienste pro Jahr leisten (Tabelle 13). Der augenärztliche Bereitschaftsdienst findet in den Praxisräumlichkeiten der jeweils diensthabenden Ärzte statt, weshalb keine Bereitschaftsdienstumlage erhoben wird. Es gibt keinen aufsuchenden Fahrdienst.

Tabelle 13: Basiszahlen Augenärztlicher Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg

Fläche	13.712 km ²
Anzahl der Ärzte (VZK)	89,53
Anzahl Dienste pro Jahr	4,09
Bereitschaftsdienstumlage in %	/

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN, Esri (90, 134)

Er ist zu folgenden Bereitschaftszeiten erreichbar (Tabelle 14):

Tabelle 14: Bereitschaftsdienstzeiten Augenärztlicher Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg

Montag, Dienstag, Donnerstag	20-22 Uhr
Mittwoch, Freitag	18-22 Uhr
Samstag, Sonntag, Feiertag	10-16 Uhr

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Auch hier erhalten Patienten über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 bei einem augenärztlichen Akutfall Auskunft über die Bereitschaftszeiten und die jeweilige diensthabende Augenarztpraxis. Außerhalb der Bereitschaftszeiten werden die Patienten dem allgemeinen Bereitschaftsdienst durch die 116117 zugeleitet.

Allgemeiner Bereitschaftsdienst

Im Folgenden soll jedoch der allgemeine Bereitschaftsdienst in den Fokus rücken. Für den Überblick sind nachfolgend alle 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven in einer Karte dargestellt (Abbildung 26). Sie umfassen von Nord

nach Süd die Nordseeinsel Wangerooge, Jever, Wilhelmshaven, die Friesische Wehde, Nordenham, Brake, das Ammerland, Oldenburg, Friesoythe, Cloppenburg, Delmenhorst, Wildeshausen und Vechta.

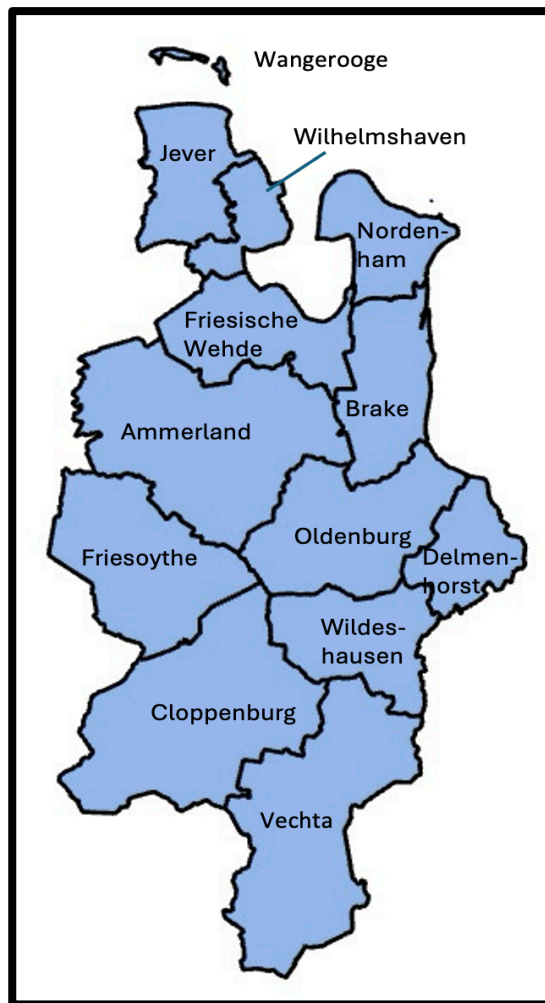


Abbildung 26: Übersicht der 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

5.1 Methodisches Vorgehen

Für die Analyse der Bereitschaftsdienstbereiche wird ein zweistufiges Vorgehen gewählt.

1. In einem ersten Schritt wird eine Analyse aller 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven vorgenommen und daraus eine Auswahl der Bereitschaftsdienstbereiche hergeleitet, deren Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen im Verlauf vertiefend analysiert werden sollen.

2. In einem zweiten Schritt werden dann die ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche hinsichtlich ihrer Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen analysiert und beschrieben. Ergänzend dazu wird die Inanspruchnahme der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche ausgewertet.

5.1.1 Analyse der 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven und Begründung der Auswahl

In diesem Unterkapitel geht es zu vorerst darum, zu beschreiben, anhand welcher Kriterien der Vergleich zwischen den 13 Bereitschaftsdienstbereichen der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven hergestellt werden soll, sodass im Verlauf verschiedene Aspekte für Ungleichheiten in der Versorgung beleuchtet werden können. Für eine bessere Übersicht sind die verwendeten Datenquellen in einer Tabelle (Tabelle 15) dargestellt.

Tabelle 15: Übersicht der verwendeten Datenquellen für den Vergleich demografischer und geografischer Kennzahlen

Kennzahl	Datenquelle	Stand
Bereitschaftsdienstorganisation: -Einteilung der Bereitschaftsdienstbereiche und dazugehörige Gemeinden	KVN (90)	2023
Demografische und geografische Kennzahlen: -Gemeindetyp -Landkreis -Einwohnerzahl -Einwohnerdichte -Durchschnittsalter -Altersstruktur -Geburtenrate -Altersindex -Migrationsanteil	Statistisches Bundesamt (135, 136)	30.06.2022
Demografiety	Bertelsmann-Stiftung (122)	2020
Arztdichte	KVN (127)	2021
Bedarfsplanung	Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen (137)	08.07.2023

Analyse der Bereitschaftsdienstbereiche

Mit dem Vorwissen um die groben Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen des kasernenärztlichen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen werden zuerst alle Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven in den Blick genommen. Zur Einordnung der jeweiligen Lage und Besonderheiten der Bereitschaftsdienstbereiche werden zunächst die demografischen und geografischen Kennzahlen der dort lebenden Bevölkerung

betrachtet. Zuerst wird die Einordnung der in den Bereitschaftsdienstbereichen liegenden Gemeinden, Städte und kreisfreien Städte nach dem Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes (Stand 30.06.2022) vorgenommen. Anschließend erfolgt eine Einordnung jeder Gemeinde, Stadt oder kreisfreien Stadt anhand der Demografietypen der Bertelsmann-Stiftung. Als nächstes werden die Einwohnerdichte als Maßzahl für die Besiedlung, das Durchschnittsalter der Bevölkerung, die Geburtenrate, der Altersindex und der Migrationsanteil aus dem Jahr 2022 des Statistischen Bundesamtes aggregiert für die jeweiligen Bereitschaftsdienstbereiche berechnet und vergleichbar gemacht. Auch wird die Arztdichte der KVN (Stand 2021) als Maßzahl für den Versorgungsgrad der vertragsärztlichen Versorgung je Bereitschaftsdienstbereich berechnet und herangezogen. Zum besseren Vergleich werden zusätzlich die Referenzwerte Niedersachsens und Deutschlands genannt. Die Insel Wangerooge wird aufgrund der besonderen Inselstrukturen und dadurch bedingten Nichtvergleichbarkeit im weiteren Verlauf nicht berücksichtigt.

Darstellung der ambulanten Versorgungssituation

Ergänzend zu den demografischen und geografischen Kennzahlen der Bereitschaftsdienstbereiche soll anhand der Bedarfsplanung ein Einblick in die ambulante Versorgungssituation Abdeckung über alle Bereiche hinweg gegeben werden. Dazu wird auf die zweite Fortschreibung 2023 der Bedarfsplanung des Landes Niedersachsen (Stand 08.07.2023) zurückgegriffen, welche zum Zeitpunkt der Befragung aktuell war. Die Bereitschaftsdienstbereiche entsprechen einschränkend nicht immer den jeweiligen Planungsbereichen der einzelnen Fachgruppen wie in der Bedarfsplanung abgebildet, sodass diese nur hilfsweise herangezogen werden können.

Herleitung und Begründung der Auswahl

Bei der Auswahl der Bereitschaftsdienstbereiche wird das Ziel verfolgt, eine Auswahl an Bereitschaftsdienstbereichen zu treffen, welche repräsentativ für die Heterogenität der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen innerhalb der Bereitschaftsdienstorganisation in Niedersachsen stehen. Darüber hinaus sollen demografische und geografische Besonderheiten sowie die in Niedersachsen vorherrschenden Probleme und Herausforderungen in der Versorgung berücksichtigt werden und bei der Herleitung der Auswahl einfließen. So wird anhand der sich ergebenden demografischen und geografischen Besonderheiten, Besonderheiten in der Versorgungssituation in der ambulanten Versorgung sowie dem KVN-internen Vorwissen also eine Auswahl der Bereitschaftsdienstbereiche getroffen. Nachfolgend wird begründet, welche Bereiche in einem zweiten Schritt hinsichtlich ihrer Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen vertiefend analysiert werden.

5.1.2 Analyse und Beschreibung der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche

5.1.2.1 Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen

Für die ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche Jever, Brake, Ammerland, Oldenburg, Cloppenburg, Delmenhorst und Wildeshausen werden jetzt die demografischen und geografischen Rahmenbedingungen näher beschrieben, indem anhand der KVN-internen Daten zur Bereitschaftsdienstorganisation (Stand 2023) mittels Kartenmaterials (in ArcGIS® der Firma Esri erstellt) kenntlich gemacht wird, welche Städte und Gemeinden im Bereitschaftsdienstbereich abgedeckt werden und zu welchem Landkreis (Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes) diese gehören. Weiter werden die abgedeckte Fläche, jeweilige Entfernungen (Nord-Süd/West-Ost) mit den Daten von Esri (Stand 2024), die aktuelle Einwohnerzahl und die Altersstruktur mit den Daten des Statistischen Bundesamtes (Stand 30.06.2022) sowie die Arztdichte der KVN (Stand 2021) für jeden Bereitschaftsdienstbereich aufgezeigt. Hinzukommend werden die Organisationsstrukturen des Bereitschaftsdienstes jeweils aufgeschlüsselt. Unter Rückgriff auf die KVN-internen Daten zur Bereitschaftsdienstorganisation wird so jeweils die Lage der Bereitschaftsdienstpraxis und ggfs. Anbindung dieser an ein Krankenhaus (Stand 2024) beschrieben. Außerdem werden die Zuordnung der Notfallstufe des Krankenhauses nach dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach dem G-BA und die jeweilige Bettenanzahl nach dem Deutschen Krankenhausverzeichnis dargestellt. Schlussendlich werden unter Rückgriff auf die KVN-internen Daten die Organisationsformen des Bereitschaftsdienstbereiches aufgezeigt, ebenso wie jeweilige Bereitschaftsdienstzeiten und Besonderheiten bei der Diensterteilung der Ärzte. Außerdem werden Basisdaten der in den Bereitschaftsdienstbereichen tätigen Ärzte wie die Anzahl dieser, das Durchschnittsalter der Ärzte, die Diensthäufigkeit sowie die Höhe der zu zahlenden Bereitschaftsdienstumlage genannt. Für die Darstellung der Basisdaten der Ärzte werden die bei der KVN hinterlegten Stammdaten dieser sowie Statistiken des Dienstplanungsprogramms BD-online aus 2021 genutzt.

In Tabelle 16 werden die verwendeten Datenquellen nach verwendetem Abschnitt dargestellt.

Tabelle 16: Übersicht der verwendeten Datenquellen für die Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen

Kennzahl	Datenquelle	Stand
Bereitschaftsdienstorganisation: -Einteilung der Bereitschaftsdienstbereiche und dazugehörige Gemeinden	KVN (90)	2023
Einwohnerzahl	Statistisches Bundesamt (135, 136)	30.06.2022
Landkreis	Statistisches Bundesamt (135, 136)	30.06.2022
Kartenmaterial: -Fläche -Entfernungen	Esri Deutschland (134)	2024
Altersstruktur der Bevölkerung	Statistisches Bundesamt (135, 136)	30.06.2022
Arztdichte	KVN (127)	2021
Notfallstufe und Bettenanzahl der Krankenhäuser	Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des G-BA (54), Deutsches Krankenhaus Verzeichnis (138)	2024
Bereitschaftsdienstorganisation: -Lage und Anbindung der Bereitschaftsdienstpraxis -Organisationsform -Diensteinteilung der Fachgruppen -Bereitschaftsdienstzeiten -Bereitschaftsdienststarten -Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen	KVN (90)	2023
Basisdaten der im Bereitschaftsdienstbereich tätigen Ärzte: -Anzahl der Ärzte -Durchschnittsalter -Diensthäufigkeit -Bereitschaftsdienstumlage	KVN (127)	2021

5.1.2.2 Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes

Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme

Bevor ein zusätzlicher Blick in die Inanspruchnahme der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche in den Jahren 2019 und 2021 geworfen wird, wird noch einmal die Inanspruchnahme aller 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven ausgewertet, um den Effekt der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahmen in Krankenhäusern darzustellen und einschätzen zu können. Dazu werden alle ambulanten GKV-Fälle aggregiert im jahreszeitlichen Verlauf abgebildet und ein Vergleich zwischen den Abrechnungsjahren gezogen. Als Datengrundlage dienen hier die KV-Abrechnungsdaten sowie die Basisdaten der jeweils in den Bereitschaftsdienstbereichen tätigen

Ärzte sowie der Notaufnahmen der Krankenhäuser, die ihre ambulanten Fälle über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Über das Abrechnungsprogramm der KVN können so betriebsstättenbezogene Fallstatistiken erstellt werden, welche die Gebührenordnungsposition, das Datum und die entsprechend zur Abrechnung gebrachte Häufigkeit der Gebührenordnungspositionen enthalten. Diese Fallstatistiken wurden für die Abrechnungsjahre 2019 und 2021 erstellt. Zum Zeitpunkt der Auswertung der Daten in 2022 war das Abrechnungsjahr 2021 das aktuelle Abrechnungsjahr, welches vollständig zur Verfügung stand. 2019 wurde als Vergleich zur Darstellung von Zahlen vor der Covid-19-Pandemie herangezogen. Über den Weg der Fallstatistiken können keine weiteren Daten, wie die Uhrzeit der Inanspruchnahme, Diagnosen oder Patienten Hintergründe, ausgewertet werden. Sie dienen lediglich der Darstellung der Häufigkeiten. Die Darstellung und Gegenüberstellung der Häufigkeiten der Bereitschaftsdienstfälle erfolgt unter Rückgriff auf die in Kapitel 2.3 erläuterten GOPen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218.

Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle

Im nächsten Schritt wird das Inanspruchnahmeverhalten der ambulanten Notfallversorgung in den sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereichen Jever, Brake, Ammerland, Oldenburg, Cloppenburg, Delmenhorst und Wildeshausen untersucht und verglichen. Als Datengrundlage dienen hier auch hier die KV-Abrechnungsdaten sowie die Basisdaten der jeweils in den Bereitschaftsdienstbereichen tätigen Ärzte sowie der Notaufnahmen der Krankenhäuser, die ihre ambulanten Fälle über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen.

Die Darstellung und Gegenüberstellung der Häufigkeiten der Bereitschaftsdienstfälle bzw. ambulanten Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, im Folgenden als ambulante GKV-Notfälle zusammengefasst, erfolgt erneut unter Rückgriff auf die in Kapitel 2.3 erläuterten GOPen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218. Bei der Differenzierung der Notfallleistungen nach Inanspruchnahmezeiten wird sich, ähnlich wie es das Zi in seinem Paper zur Auswertung der Inanspruchnahme von Notfallleistungen auch gemacht hat, an den Definitionen der GOPs laut EBM-Kapitel 1.2 orientiert (94). Inanspruchnahmen werden als innerhalb der Sprechstundenzeit angesehen, wenn innerhalb des Behandlungsfalls die GOPs 01205, 01210 oder 01214 abgerechnet wurden. Als außerhalb der Sprechstundenzeit werden Inanspruchnahmen angesehen, deren Behandlungsfälle mit den GOPs 01207, 01212, 01216 oder 01218 gekennzeichnet wurden (68). Die GOPs 01223, 01224 und 01226 stellen Schweregradzuschläge dar, die zusätzlich zur Notfallpauschale abzurechnen sind und so den Schweregrad der Fälle kennzeichnen. Sie

bleiben bei der Darstellung der Häufigkeit der ambulanten GKV-Notfälle entsprechend unberücksichtigt. Im Vergleich zu den allgemein verfügbaren Daten des Zi können die ambulanten Notfälle hier den entsprechenden Notaufnahmen in der vorliegenden Arbeit aufgrund ihrer Betriebsstättennummer (BSNR) genau zugeordnet werden.

Auswertung der Herkunft der Patienten

Für die Bereitschaftsdienstbereiche Brake und Oldenburg können zusätzlich aufgrund besonderer Abrechnungsmodalitäten exemplarisch anhand der KVN-Abrechnungsdaten des 4. Quartals 2023 der Bereitschaftsdienstpraxen sowie der Basisdaten der Ärzte die Postleitzahlen der Patienten, die die Bereitschaftsdienstpraxis aufgesucht haben, ausgewertet und Rückschluss auf deren Herkunft gezogen werden. So kann eingeschätzt werden, wie sich eine Zusammenlegung von Bereitschaftsdienstbereichen und die Größe der Planungsbereiche bzw. die Länge der Anfahrtswege auf das Inanspruchnahmeverhalten von Bereitschaftsdienstpraxen durch Patienten auswirkt.

Wie bereits erwähnt, ist die Ermittlung der Herkunft der Patienten an dieser Stelle möglich, da die Abrechnung der Bereitschaftsdienstfälle in beiden Bereitschaftsdienstbereichen aufgrund einer Vereinslösung (überwiegend) über eine gemeinsame Betriebsstättennummer (BSNR) aggregiert abgerechnet werden. Der Ärzteverein in Brake/Nordenham übernimmt im Rahmen von Vertretungen einen großen Anteil der Bereitschaftsdienste. Die Abrechnungsdaten des Ärztevereins haben sind nicht vollzählig, da der Verein nicht abschließend alle Bereitschaftsdienste der Region übernimmt, decken aber schätzungsweise 90% ab.

Auswertung der Einsatzdichte im Fahrdienst

Darüber hinaus wird anhand der Basisdaten der Ärzte (90) und Fallstatistiken in den Abrechnungsdaten der KVN (90) ausgewertet, wie viele Hausbesuche durch den aufsuchenden Fahrdienst in den sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereichen Jever, Brake, Ammerland, Oldenburg, Cloppenburg, Delmenhorst und Wildeshausen durchgeführt wurden. So kann Rückschluss auf die Einsatzdichte und damit einhergehende Belastung für die Bereitschaftsdienstärzte gezogen werden. Hierzu wird auf die GOP 01418 zurückgegriffen und ein Durchschnittswert sowie die Standardabweichung pro Wochentag berechnet, um neben den Anforderungen von Hausbesuchen gleichzeitig die Einsatzdichte und damit die Belastung für den diensthabenden Bereitschaftsarzt pro Wochentag darstellen zu können.

Auswertung der Honorar- und Verdienstmöglichkeiten

Da sich die Inanspruchnahme der sieben Bereitschaftsdienstbereiche unmittelbar auf die Verdienstmöglichkeiten im Bereitschaftsdienst und das Honorar der Bereitschaftsärzte auswirkt, wird ergänzend das durchschnittlich erwirtschaftete Honorar pro Stunde je Bereitschaftsdienstbereich in den Jahren 2019 und 2021 anhand der der Abrechnungsdaten der KVN sowie der Basisdaten der Ärzte ausgewertet und verglichen, um Unterschiede der Inanspruchnahmen des Bereitschaftsdienstes zwischen den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen kenntlich machen zu können. Dazu werden die im Bereitschaftsdienstbereich von allen Vertragsärzten und MVZ im Bereitschaftsdienst erwirtschafteten Honorare (ohne Sachkosten), die sich ebenfalls aus den KV-Abrechnungsdaten ergeben, rechnerisch zusammengeführt und durch die Anzahl der im Quartal insgesamt geleisteten Stunden dividiert. Komplementär dazu wird der in Kapitel 3.4 erläuterte Sicherstellungszuschlag dargestellt, welcher das durchschnittliche Honorar pro Stunde bis zur Höhe von 40 Euro auffüllt.

In Tabelle 17 werden die verwendeten Datenquellen nach verwendetem Abschnitt dargestellt.

Tabelle 17: Übersicht der verwendeten Datenquellen für die Inanspruchnahme ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche

Kennzahl	Datenquelle	Stand
Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme		
Abrechnungsdaten der KVN	KVN (127)	2023
Basisdaten der Ärzte	KVN (127)	2021
Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle		
Abrechnungsdaten der KVN	KVN (127)	2023
Basisdaten der Ärzte	KVN (127)	2021
Auswertung der Herkunft der Patienten		
Abrechnungsdaten der KVN	KVN (127)	2023
Basisdaten der Ärzte	KVN (127)	2021
Auswertung der Einsatzdichte im Fahrdienst		
Abrechnungsdaten der KVN	KVN (127)	2021
Basisdaten der Ärzte	KVN (127)	2021
Auswertung der Honorar- und Verdienstmöglichkeiten im Bereitschaftsdienst		
Abrechnungsdaten der KVN	KVN (127)	2021
Basisdaten der Ärzte	KVN (127)	2021

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Darstellung aller 13 Bereitschaftsdienstbereiche

In der nachfolgenden Tabelle sind die demografischen und geografischen Kennzahlen der in den 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereichen lebenden Bevölkerung abgebildet (Tabelle 18). Sie soll dazu dienen, einen Überblick über die Bereitschaftsdienstbereiche zu erhalten und sie anhand ihrer demografischen und geografischen Lage und Kennzahlen vergleichen zu können.

Tabelle 18: Übersicht Demografische und geografische Kennzahlen der 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven

Gemeinde	Gemeindetyp*	Einwohnerzahl	Landkreis	Demografiertyp	Einwohnerdichte in Einwohner/km ²	Durchschnitts-alter in Jahre	Alters-index**	Geburtenrate pro 1.000 Einwohner	Arztdichte pro 100.000 Einwohner	Migrationsanteil in %
Bereitschaftsdienstbereich Wangerooze					141,0	49,6	343,2	1,7	166,4	6,3
Wangerooze	G	1.069	Friesland	***						
Bereitschaftsdienstbereich Jever					234,1	47,1	216,3	7,2	112,2	5,8
Jever	S	14.562	Friesland	4						
Schortens	S	20.483	Friesland	3						
Wangerland	G	9.142	Friesland	3						
Bereitschaftsdienstbereich Nordenham					170,4	47,0	222,4	7,7	95,2	10,0
Butjadingen	G	6.086	Wesermarsch	1						
Nordenham	S	26.102	Wesermarsch	2						
Bereitschaftsdienstbereich Brake					145,8	44,7	169,9	8,3	56,4	9,9
Brake	S	14.824	Wesermarsch	2						
Elsfleth	S	9.086	Wesermarsch	4						
Ovelgönne	G	5.227	Wesermarsch	3						
Stadland	G	7.490	Wesermarsch	3						
Bereitschaftsdienstbereich Wilhelmshaven					453,0	46,4	214,4	7,3	178,4	9,2
Sande	G	8.714	Friesland	1						
Wilhelms-haven	S	75.189	Friesland	2						
Bereitschaftsdienstbereich Friesische Wehde					129,5	46,2	176,9	8,0	116,6	6,7
Bockhorn	G	9.053	Friesland	***						
Jade	G	5.860	Wesermarsch	4						
Varel	S	23.984	Friesland	2						
Zetel	G	11.915	Friesland	4						
Bereitschaftsdienstbereich Ammerland					163,4	44,2	157,6	9,3	106,1	8,4
Apen	G	11.827	Ammerland	4						
Bad Zwischenahn	G	29.129	Ammerland	3						
Edewecht	G	22.556	Ammerland	9						

Rastede	G	22.782	Ammerland	4						
Uplengen	G	11.867	Leer	9						
Westerstede	S	23.232	Ammerland	4						
Wiefelstede	G	16.117	Ammerland	9						
Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg					433,9	44,2	156,2	8,9	140,7	10,5
Berne	G	6.805	Wesermarsch	4						
Hatten	G	14.235	Oldenburg	8						
Hude	G	16.052	Oldenburg	8						
Oldenburg	KS	169.605		7						
Wardenburg	G	16.197	Oldenburg	8						
Bereitschaftsdienstbereich Friesoythe					114,6	41,7	109,9	11,3	71,9	13,8
Barßel	G	13.192	Cloppenburg	4						
Bösel	G	8.384	Cloppenburg	9						
Friesoythe	S	22.512	Cloppenburg	9						
Saterland	G	13.903	Cloppenburg	9						
Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen					130,3	42,7	128,2	9,9	108,7	9,6
Dötlingen	G	6.336	Oldenburg	8						
Großenkne- ten	G	16.031	Oldenburg	9						
Wildeshau- sen	S	20.454	Oldenburg	4						
Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst					560,4	44,9	170,8	7,3	152,9	12,7
Delmenhorst	KS	78.385		6						
Ganderkesee	G	31.502	Oldenburg	3						
Lemwerder	G	7.044	Wesermarsch	1						
Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg					161,3	40,0	96,9	11,0	93,2	13,8
Cappeln	G	7.266	Cloppenburg	9						
Cloppenburg	S	35.966	Cloppenburg	6						
Emstek	G	12.362	Cloppenburg	9						
Essen	G	9.100	Cloppenburg	9						
Garrel	G	15.344	Cloppenburg	9						
Lastrup	G	7.088	Cloppenburg	9						
Lindern	G	4.878	Cloppenburg	***						
Löningen	S	13.561	Cloppenburg	9						
Molbergen	G	9.076	Cloppenburg	9						
Bereitschaftsdienstbereich Vechta					178,2	40,6	101,9	10,9	116,7	14,6

Bakum	G	6.539	Vechta	9						
Damme	S	17.250	Vechta	9						
Dinklage	S	13.158	Vechta	9						
Goldenstedt	G	9.969	Vechta	9						
Holdorf	G	7.405	Vechta	9						
Lohne	S	27.259	Vechta	9						
Neuenkirchen-Vörden	G	8.937	Vechta	9						
Steinfeld	G	10.332	Vechta	9						
Vechta	S	32.894	Vechta	6						
Visbek	G	9.955	Vechta	9						
		Niedersachsen			168	44,8	157,7	1,42	142,4	12,3
		Deutschland			232	44,6	156,4	1,46	158	24,3
			* G= Gemeinde, KS= kreisfreie Stadt, S= Stadt ** (Bevölkerung über 65 Jahre/ Bevölkerung von 0-14 Jahre*100) *** aus methodischen Gründen liegt kein Demografietyt vor							

Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt, Bertelsmann-Stiftung und KVN (122, 127, 135, 136)

5.2.1.1 Demografische und geografische Kennzahlen

Städtische Prägung der Bereitschaftsdienstbereiche (Gemeindetyp, Landkreis, Einwohnerzahl)

Die 13 Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven sind zunächst sehr unterschiedlich von den Größen und Zusammensetzungen der Gemeinden, Städte und kreisfreien Städte geprägt. In drei der Bereitschaftsdienstbereiche ist eine kreisfreie Stadt gelegen: in Delmenhorst, Oldenburg und Wilhelmshaven. Oldenburg stellt mit seinen 169.605 Einwohnern dabei sogar eine Großstadt dar. Die überwiegenden Bereitschaftsdienstbereiche umfassen eine Kreisstadt sowie einige umliegende kleine Gemeinden und Städte wie das Ammerland, Cloppenburg, Friesoythe oder Wildeshausen. Lediglich die Bereitschaftsdienstbereiche Nordenham und Friesische Wehde enthalten keine Kreisstadt und sind ausschließlich von kleinen Gemeinden und Städten geprägt.

Vergleich der Einwohnerdichten

Beim Vergleich der Einwohnerdichten fällt schnell auf, dass die Bereiche Delmenhorst, Oldenburg und Wilhelmshaven, die, wie bereits beschrieben, größere Städte enthalten, eine entsprechend hohe Besiedlung von bis zu 560,4 pro 100.000 Einwohner wie in Delmenhorst aufweisen. Cloppenburg und das Ammerland stehen weiter für eine mittlere Besiedlung (Cloppenburg 161,3 pro 100.000 Einwohner; Ammerland 163,4 pro 100.000 Einwohner). Hingegen zeigen die Bereitschaftsdienstbereiche Friesische Wehde, Brake, Friesoythe und Wildeshausen eine vergleichsweise niedrige Einwohnerdichte zwischen 114,6 pro 100.000 Einwohner in Friesoythe und 129,5 pro 100.000 Einwohner in der Friesischen Wehde auf. Insgesamt ist erkennbar, dass die Bereitschaftsdienstbereiche einer deutlich schwankenden Bevölkerungsdichte unterliegen.

Einordnung der Demografietyphen

Ähnliche Verteilungen spiegeln sich auch bei den Einordnungen der Demografietyphen der Bertelsmann-Stiftung wider. Hier fällt auf, dass die nördlichen Bereitschaftsdienstbereiche und damit die Küstenbereiche Jever, Wilhelmshaven, Nordenham, Brake und Friesische Wehde als strukturschwächer angesehen werden können. Sie sind überwiegend durch die Demografietyphen 1-4 geprägt, welche für „alternde und schrumpfende Städten und Gemeinden mit teils sozioökonomischen Herausforderungen“ oder „maximal stabile Städte und Gemeinden in ländlichen Regionen“ stehen.

Der Bereitschaftsdienstbereich Ammerland steht für eine Mischung aus den Demografietyphen 4 und 9 – was für „stabile Städte und Gemeinden“ sowie „wachsende familiengeprägte ländliche

Städte und Gemeinden“ steht. Das Ammerland stellt somit eine stabile Mischregion dar. Lediglich die Gemeinde Bad Zwischenahn sticht durch eine tendenzielle Alterung und Schrumpfung hervor. Ähnliche Strukturen weist auch der Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen auf – eine stabile Kreisstadt Wildeshausen und wohlhabende und wachsende, familiengeprägte Gemeinden in ländlichen Bereichen.

Der Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg ist durch die Großstadt Oldenburg und den gleichzeitigen Hochschulstandort (Demografietyt 7) sowie umliegende Gemeinden, die als wohlhabend und wirtschaftlich dynamisch gelten, charakterisiert.

Der Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst ist einerseits durch die kreisfreie Stadt Delmenhorst mit sozioökonomischen Herausforderungen und zwei strukturschwächeren Gemeinden Ganderkesee und Lemwerder gekennzeichnet.

Die Bereitschaftsdienstbereiche Friesoythe, Cloppenburg und Vechta weisen ebenfalls ähnliche Strukturen auf und sind so zu einer Gruppe zusammenzufassen. Die Städte Cloppenburg und Vechta sind von sozioökonomischen Herausforderungen (Demografietyt 6) geprägt, die umliegenden Städte und Gemeinden stellen wachsende familiengeprägte ländliche Städte und Gemeinden dar (Demografietyt 9).

Demografie der Bevölkerung (Durchschnittsalter, Altersindex und Geburtenrate)

Auch die Demografie unterscheidet sich innerhalb der verschiedenen Bereitschaftsdienstbereiche stark. Während die im Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg lebende Bevölkerung im Durchschnitt 40 Jahre alt ist, sind die im Bereitschaftsdienstbereich Jever lebenden Menschen durchschnittlich 47,1 Jahre alt. Die Bildung des Altersindex untermauert diese Ergebnisse. Beträgt der Altersindex (Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre im Verhältnis der Bevölkerung 0-14 Jahre) im Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg 96,9, so liegt er in Jever bei 216,3. Die Bereitschaftsdienstbereiche Ammerland (157,6) und Oldenburg (156,2) stellen dabei Mittelbereiche dar. Nicht zuletzt bestätigt die Betrachtung der Geburtenrate bisherige Ergebnisse. Insbesondere in den Bereitschaftsdienstbereichen Cloppenburg (11,0 pro 1.000 Einwohner), Friesoythe (11,3 pro 1.000 Einwohner) und Vechta (10,9 pro 1.000 Einwohner) ist eine hohe Geburtenrate zu beobachten. Besonders niedrige Geburtenraten hingegen sind erwartungsgemäß in den Bereitschaftsdienstbereichen Jever (7,2 pro 1.000 Einwohner) und Wilhelmshaven sowie Delmenhorst (beide 7,3 pro 1.000 Einwohner) zu erkennen.

Arztdichte als Maßzahl für die vertragsärztliche Versorgung

Die Arztdichte als Maßzahl für die vertragsärztliche Versorgung ist den Bereitschaftsdienstbereichen in den Bereichen Delmenhorst (152,9 pro 100.000 Einwohner), Oldenburg (140,7 pro 100.000 Einwohner) und Wilhelmshaven (178,4 pro 100.000 Einwohner) aufgrund städtischer Strukturen vergleichsweise hoch. In den Bereichen Brake (56,4 pro 100.000 Einwohner), Nordenham (95,2 pro 100.000 Einwohner), Cloppenburg (93,2 pro 100.000 Einwohner) und Friesoythe (71,9 pro 100.000 Einwohner) ist sie unterdurchschnittlich. Die Bereitschaftsdienstbereiche Ammerland (106,1 pro 100.000 Einwohner), Wildeshausen (108,7 pro 100.000 Einwohner) und Vechta (116,7 pro 100.000 Einwohner) stellen hingegen Mittelbereiche dar.

Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund

In den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen spielt Migration eine unterschiedlich ausgeprägte Rolle. So gibt es Bereitschaftsdienstbereiche wie Jever oder die Friesische Wehde, in denen Migrationsanteil gering ist (Jever 5,8%; Friesische Wehde 6,7%). In Cloppenburg oder Vechta ist dieser hingegen hoch (Cloppenburg 13,8%; Vechta 14,6%). Nordenham (10%), Brake (9,8%) und Oldenburg (10,5%) bilden dabei das Mittelfeld ab.

5.2.1.2 Ambulante Versorgungssituation

Zusätzlich zu den bislang demografischen und geografischen Strukturen der Bereitschaftsdienstbereiche soll, bevor sich thematisch und inhaltlich der ambulanten Versorgung außerhalb der Sprechzeiten gewidmet wird, ergänzend eine Übersicht der ambulanten Regelversorgung innerhalb der Bereitschaftsdienstbereiche gegeben werden. Die Bedarfsplanung soll einen Einblick in die hausärztliche (Tabelle 19) und allgemeine fachärztliche (Tabelle 20) Versorgungssituation geben.

Hausärztliche Versorgungssituation

Sechs der 17 Hausärztlichen Planungsbereiche, die in den KVN-Bezirksstellenbereichen Oldenburg und Wilhelmshaven liegen, hatten zum Zeitpunkt der zweiten Fortschreibung 2023 einen Versorgungsgrad von über 110% und waren somit zulassungsbeschränkt (Tabelle 19). Die Hausärztlichen Planungsbereiche Brake, Hude, Lohne, Westerstede und Wilhelmshaven hatten einen Versorgungsgrad von etwas unter 110% und waren somit für wenige neue Zulassungen entsperrt. Alle weiteren hausärztlichen Planungsbereiche verzeichneten einen Versorgungsgrad von deutlich unter 110%. Insbesondere die Planungsbereiche Cloppenburg

(Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg), Delmenhorst (Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst) und Leer-Süd (Bereitschaftsdienstbereich Ammerland) zeigen laut der Fortschreibung eine unzureichende hausärztliche Versorgung auf.

Tabelle 19: Übersicht Hausärztliche Versorgung in den Bereitschaftsdienstbereichen (Stand 08.07.2023)

Hausärztlicher Planungsbereich (HPB)	Bereitschaftsdienstbereich	Anzahl der Hausärzte	Versorgungsgrad in %	freie Sitze
Bad Zwischenahn	Ammerland	38,25	110,9	0
Brake	Brake	30,25	109,7	0,5
Cloppenburg	Cloppenburg	59,00	88,8	14,5
Delmenhorst	Delmenhorst	105,25	94,3	18,0
Friesoythe	Friesoythe	31,0	90,9	6,5
Hude	Oldenburg	30,50	106,8	1,0
Jever	Jever	33,50	112,9	0,0
Leer-Süd	Ammerland	41,50	85,5	12,0
Lohne	Vechta	49,75	103,8	3,0
Nordenham	Nordenham	25,65	101,3	2,5
Oldenburg	Oldenburg	109,00	110,5	0
Rastede	Ammerland	30,00	119,1	0
Varel	Friesische Wehde	37,25	110,9	0
Vechta	Vechta	37,75	110,9	0
Westerstede	Ammerland	24,50	109,0	0,5
Wildeshausen	Wildeshausen	31,50	97,6	4,0
Wilhelmshaven	Wilhelmshaven	61,75	106,8	2,0

Quelle: Eigene Darstellung nach Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen (137)

Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (Tabelle 20) fällt auf, dass die Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzte, ähnlich wie im gesamten Niedersachsen bzw. Deutschland, nahezu in allen Landkreisen (außer Oldenburg Stadt) zulassungsfrei ist. Hier zeichnet sich, insbesondere im Landkreis Cloppenburg (Bereitschaftsdienstbereiche Cloppenburg und Friesoythe), eine Mangelsituation ab. Eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation ist anhand der Fortschreibung ebenfalls bei den Fachgruppen der Dermatologie und Nervenärzte zu erkennen. Der Landkreis Wesermarsch (Bereitschaftsdienstbereiche Brake und Nordenham) sticht sogar durch gehäuft freie Zulassungsmöglichkeiten in den Fachgruppen der Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinder- und Jugendärzte und Nervenärzte hervor und ist somit flächendeckend in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung unterversorgt. Insgesamt spiegelt auch die Bedarfsplanung das Gefälle zwischen städtischen und ländlichen Bereichen wieder. Schon jetzt ergeben sich Versorgungsdefizite in einzelnen Fachgruppen, insbesondere im hausärztlichen Bereich und im Bereich der Kinder- und Jugendärzte, sowie in einzelnen strukturschwachen Regionen. Die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Regelversorgung unterliegt somit zunehmenden Herausforderungen.

Tabelle 20: Übersicht Niederlassungsmöglichkeiten der Allgemeinen fachärztliche Versorgung in den Bereitschaftsdienstbereichen (08.07.2023)

Landkreis	Bereitschaftsdienstbereich	Augenärzte	Chirurgen und Orthopäden	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinder- und Jugendärzte	Nervenärzte	Psychotherapeuten	Urologen
Ammerland	Ammerland						1,5			
Cloppenburg	Cloppenburg	0,5					4,5			
Delmenhorst/ Diepholz	Delmenhorst				0,5			6,5		
Leer	Ammerland						1,5		1,0	
Oldenburg	Delmenhorst, Oldenburg, Wildeshausen						0,5	0,5		
Oldenburg, Stadt	Oldenburg									
Vechta	Vechta						0,5			
Wesermarsch	Brake, Norden- ham, Oldenburg			1,5	1,0	0,5	2,0	0,5		
Wilhelmshaven/ Friesland	Jever									

Quelle: Eigene Darstellung nach Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen (137)

Insgesamt lässt sich beim Vergleich der Bereitschaftsdienstbereiche feststellen, dass in Bezug auf die oben genannten Parameter erhebliche Unterschiede zwischen demografischen und geografischen Strukturen bestehen, welche sich in deutlichen Stadt-Land-Gefällen zusammenfassen lassen. Delmenhorst, Oldenburg und Wilhelmshaven können so als städtische Bereiche festgelegt werden, während die anderen Bereiche zwischen Mittelbereichen und sehr ländlichen Bereichen einzuordnen sind.

5.2.1.3 Besonderheiten der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche

Nachdem nun die Bevölkerung der 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche und die ambulante Versorgungssituation anhand der Bedarfsplanung vorgestellt wurden, soll nun begründet werden, weshalb die nachfolgenden Bereitschaftsdienstbereiche ausgewählt wurden.

Oldenburg und Delmenhorst ragen mit einer sehr hohen Einwohnerdichte heraus und weisen eine recht junge Altersstruktur auf, weshalb diese Bereiche als städtisch anzusehen sind und so städtische Bereiche repräsentieren sollen. Jever hat aufgrund kleinstädtischer Siedlung mit enger Bebauung eine mittlere Einwohnerdichte (139), dennoch eine vergleichsweise ältere Bevölkerung. Dazu gehört der Bereitschaftsdienstbereich Jever zur Küstenregion und ist saisonal

schwankend touristisch geprägt, weshalb dieser exemplarisch ausgewählt wurde. Die Bereitschaftsdienstbereiche Ammerland und Cloppenburg weisen ähnliche Mittelbereichsstrukturen auf. Beide haben eine verhältnismäßig große Kreisstadt und zahlreiche umliegende ländliche Gemeinden. Der Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg hat dazu eine auffällig niedrige Altersstruktur. Allerdings stellt dort neben der hausärztlichen Versorgung besonders auch die kinderärztliche Versorgung eine große Herausforderung dar. Eine besonders niedrige Einwohnerdichte weist der Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen auf. Auch hier ist die Altersstruktur tendenziell jünger, was darauf zurückzuführen ist, dass sich dort viele junge Familien aufgrund günstigen Wohnraums und der guten Anbindung an die Städte Oldenburg und Bremen ansiedeln (140). Im Bereitschaftsdienstbereich Brake hingegen ist die Einwohnerdichte ebenfalls sehr niedrig, die Altersstruktur dagegen durchschnittlich. Brake gehört wie auch Nordenham zum Landkreis Wesermarsch, welcher aufgrund wirtschaftlicher, demografischer und infrastruktureller Herausforderungen sowie mangelnder medizinischer Versorgung als besonders strukturschwach gilt (141-143). Zudem wurden die Bereiche Delmenhorst und Wildeshausen ausgesucht, da dort eine hausärztliche Mangelsituation vorherrscht. Hinzu kommt, dass in diesen Bereitschaftsdienstbereichen seit 2018 Gesundheitsfachkräfte mit telemedizinischer Anbindung den Fahrdienst im Bereitschaftsdienst übernehmen und so ein Lösungsansatz für die spezifisch in Kapitel 3.3 genannten Herausforderungen erprobt wird. Somit umfassen die sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche Jever, Brake, Ammerland, Oldenburg, Cloppenburg, Delmenhorst und Wildeshausen (Abbildung 27) und stellen damit ebenfalls eine repräsentative Auswahl für die in Niedersachsen als Flächenland vorliegenden strukturellen Unterschiede.

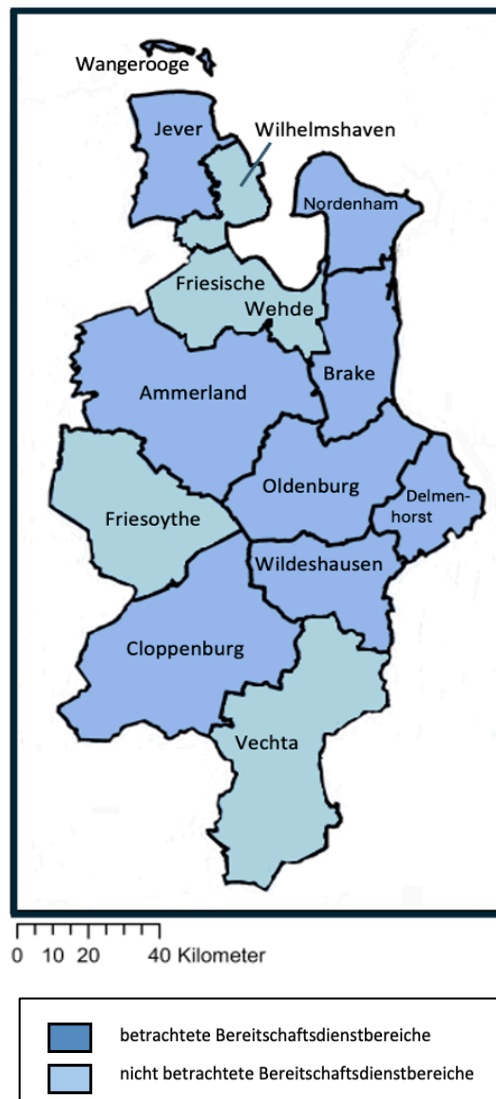


Abbildung 27: Übersicht der sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven
Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

5.2.2 Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche

In den folgenden Unterkapiteln werden die Organisationsstrukturen und vorherrschenden Rahmenbedingungen in sieben der 13 ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche Jever, Brake, Ammerland Oldenburg, Cloppenburg, Delmenhorst und Wildeshausen dargestellt.

5.2.2.1 Bereitschaftsdienstbereich Jever

Der Bereitschaftsdienstbereich Jever besteht aus den Städten Jever und Schortens sowie der Gemeinde Wangerland (Abbildung 28). Er zeichnet sich insbesondere durch seine Lage an der Nordseeküste aus und ist dem Landkreis Friesland zugehörig. Hier finden sich jährlich viele Urlauber sein, die den Bereitschaftsdienst entsprechend in Anspruch nehmen. Im Einzugsbereich des Bereitschaftsdienstbereiches wohnen regulär 44.187 Einwohner (Stand 30.06.2022) (144). Im Jahr 2023 wurden weitere 358.843 Übernachtungsgäste gezählt (145). Die dort ansässigen Ärzte und Praxen sind somit von starken saisonalen Inanspruchnahmen, insbesondere zu den Feiertagen und Ferienzeiten, geprägt.

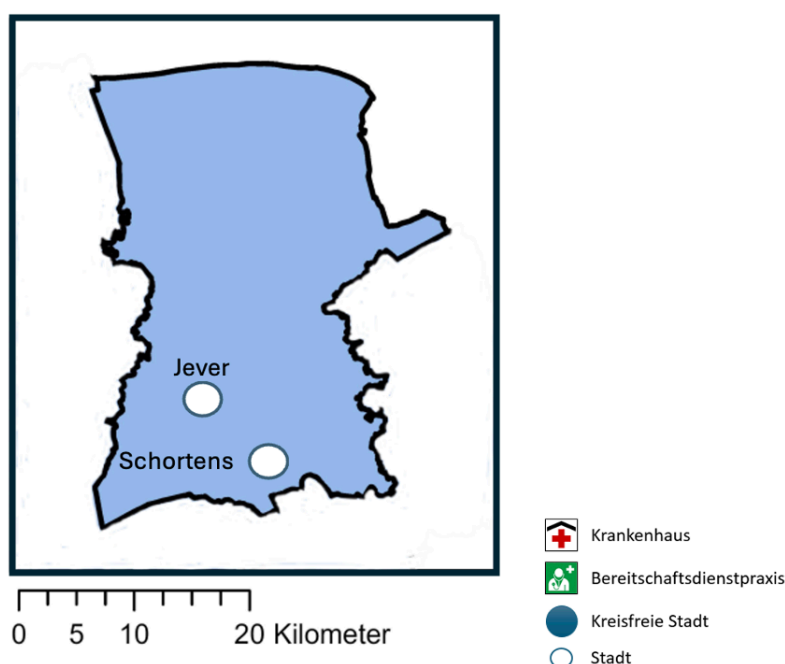


Abbildung 28: Bereitschaftsdienstbereich Jever

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Bereitschaftsdienstbereich Jever lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 21):

Tabelle 21: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Jever

Fläche in km ²	287,5
Entfernungen in km*	Nord-Süd 23,6 West-Ost 17,3
Einwohnerzahl	44.187
Altersstruktur	
0-17 Jahre	15,7%
18-64 Jahre	56,1%
65+ Jahre	28,2%
Ärzte je 100.000 Einwohner	112,2
*Zur Berechnung der Entfernungen wurden die nördlichsten bzw. südlichsten und westlichsten bzw. östlichsten Grenzpunkte der jeweiligen Bereitschaftsdienstbereiche ausgewählt.	

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri Deutschland, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

Im beschriebenen Bereitschaftsdienstbereich gibt es kein ansässiges Krankenhaus. Ebenso gibt es keine zentral eingerichtete Bereitschaftsdienstpraxis. Der Bereitschaftsdienst findet wechselnd in den Arztpraxen der diensthabenden Ärzte statt. Aus diesem Grund wird keine Bereitschaftsdienstumlage von der KVN erhoben. Es werden Ärzte aller Fachgebieten zur Einteilung in den Bereitschaftsdienst herangezogen.

Bereitschaftsdienstzeiten und -arten

Die Bereitschaftsdienstzeiten und -arten im Bereitschaftsdienstbereich Jever sind wie folgt festgelegt (Tabelle 22):

Tabelle 22: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Jever

Wochentag	Bereitschaftsdienstzeiten	Öffnungszeiten Bereitschaftsdienstpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag	19-07 Uhr*	/
Mittwoch, Freitag	15-07 Uhr	/
Samstag, Sonntag, Feiertag	08-20, 20-07 Uhr	/

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Fahrdienst am Wochenende und Feiertag ist in zwei Schichten (08-20 Uhr, 20-07 Uhr des Folgetags) unterteilt. Die Dienste an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen erfolgen kombiniert mit einem Praxisdienst von jeweils 10-12 Uhr und 17-18 Uhr. Die Ärzteschaft des Bereitschaftsdienstbereichs lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 23):

Tabelle 23: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Jever in 2021

Anzahl der Ärzte (VZK)	50,26
Durchschnittsalter in Jahre	56,70
Diensthäufigkeit pro Jahr	9,48
Bereitschaftsdienstumlage in %	/

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90, 127)

Auf einen Blick

Die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes im Bereitschaftsdienstbereich Jever unterliegt durch die Lage an der Küste touristischen Schwankungen. Es gibt keine zentrale Bereitschaftsdienstpraxis und diensthabende Ärzte führen den Bereitschaftsdienst in ihren eigenen Praxisräumen durch. Daher zahlen sie keine Bereitschaftsdienstumlage. Da im Bereitschaftsdienstbereich eine niedrige Arztdichte (112,2 Ärzte je 100.000 Einwohner) vorherrscht, leisten wenige Ärzte viele Bereitschaftsdienste. Die Regelversorgung der Region scheint laut Bedarfsplanung gut.

5.2.2.2 Bereitschaftsdienstbereich Brake

Der Bereitschaftsdienstbereich Brake schließt die Städte Brake (Unterweser), Elsfleth und die Gemeinden Ovelgönne und Stadland ein (Abbildung 29). Dort wohnen 36.627 Einwohner (Stand 30.06.2022) (144). Der Bereitschaftsdienstbereich gehört zum Landkreis Wesermarsch, welcher in Bezug auf Arbeitslosigkeit, Verschuldung, Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr und die medizinische Versorgung zu den strukturschwachen Regionen Niedersachsens zählt (141-143).

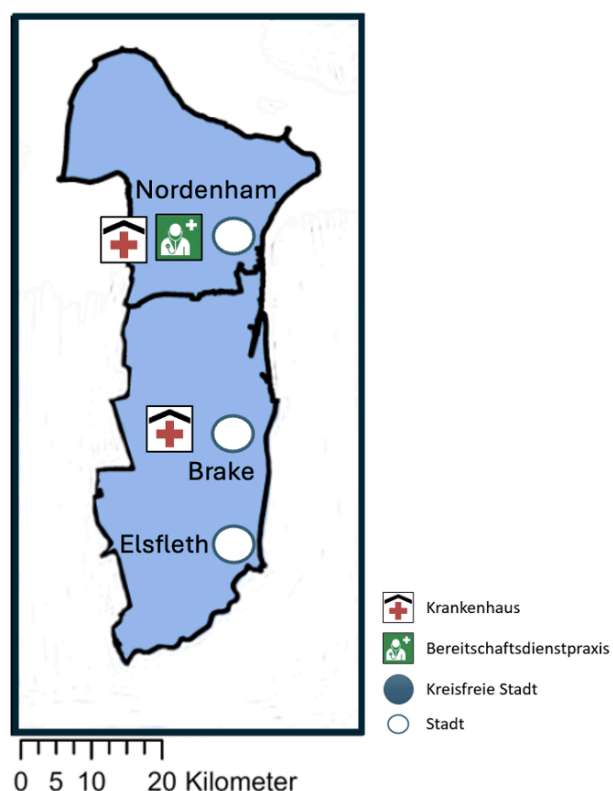


Abbildung 29: Bereitschaftsdienstbereich Brake
Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Bereitschaftsdienstbereich Brake lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 24):

Tabelle 24: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Brake

Fläche	391,1 km ²
Entfernungen in km*	Nord-Süd 59,9 West-Ost 15,89
Einwohnerzahl	36.627
Altersstruktur	
0-17 Jahre	16,5%
18-64 Jahre	60,2%
65+ Jahre	23,3%
Ärzte je 100.000 Einwohner	56,4

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri Deutschland, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

In der Kreisstadt Brake gibt es ein Krankenhaus, das St. Bernhard Hospital gGmbH (Notfallstufe 1; 103 Betten) (138). Hier war bis zum März 2020 eine zentrale Bereitschaftsdienstpraxis

angesiedelt, welche zunächst aufgrund der Covid-19-Pandemie, letztlich aus wirtschaftlichen Gründen, geschlossen wurde. Seitdem gibt es eine Bereitschaftsdienstpraxis für den gesamten Landkreis Wesermarsch, welche in Nordenham in einem Ärztehaus untergebracht (Abbildung 29) und zeitgleich die Bereitschaftsdienstpraxis des separaten Bereitschaftsdienstbezirks Nordenham ist. Sie ist nicht an das Nordenhamer Krankenhaus angebunden. Die Bereitschaftsdienstpraxis wird durch einen Ärzteverein organisiert. Es werden Ärzte aller Fachgebieten zum Bereitschaftsdienst eingeteilt. Lediglich ein Teil der Kinderärzte werden dem kinderärztlichen Bereitschaftsdienst der Stadt Oldenburg zugeteilt.

Bereitschaftsdienstzeiten und -arten

Die Bereitschaftsdienstzeiten und -arten im Bereitschaftsdienstbereich Brake sind wie folgt festgelegt (Tabelle 25):

Tabelle 25: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Brake

Wochentag	Bereitschaftsdienstzeiten	Öffnungszeiten Bereitschaftsdienstpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag	19-07*	
Mittwoch, Freitag	15-07	19-20
Samstag, Sonntag, Feiertag	08-07	10-12, 16-18

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Fahrdienst am Wochenende ist eine durchgängige Schicht von 08-07 Uhr des Folgetags. Die Bereitschaftsdienstpraxis in Nordenham hat mittwochs und freitags von 19-20 Uhr sowie samstags, sonntags und feiertags von 10-12 Uhr und 16-18 Uhr geöffnet. Ärzte aus dem Bereitschaftsdienstbereich Brake werden nur zu Diensten an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen von 10-12 Uhr eingeteilt. Die restlichen Dienste werden von den Ärzten aus dem Bereitschaftsdienstbereich Nordenham übernommen. Beide Bereitschaftsdienstbereiche haben einen separaten Fahrdienst. Die Ärzteschaft des Bereitschaftsdienstbereichs lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 26):

Tabelle 26: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Brake in 2021

Anzahl der Ärzte (VZK)	41,99
Durchschnittsalter in Jahre	58,38
Diensthäufigkeit pro Jahr	11,41
Bereitschaftsdienstumlage in %	0,30

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90, 127)

Auf einen Blick

Der Bereitschaftsdienstbereich Brake liegt in einer strukturschwachen Region mit einer schlechten Anbindung an medizinische Versorgung. Sowohl die hausärztliche als auch die allgemeine fachärztliche Versorgung, gestalten sich zunehmend herausfordernd, da einige Arztsitze unbesetzt sind. Die Bereitschaftsdienstpraxis wird durch den Ärzteverein in Brake/Nordenham organisiert und liegt in einem Nordenhamer Ärztehaus ohne Anbindung an ein Krankenhaus. Die Bereitschaftsdienste werden durch wenig Ärzte mit einer hohen Diensthäufigkeit von 11,41 Diensten pro Jahr abgedeckt.

5.2.2.3 Bereitschaftsdienstbereich Ammerland

Der Bereitschaftsdienstbereich Ammerland umfasst das Einzugsgebiet des gesamten Landkreises Ammerland mit den Gemeinden Rastede, Wiefelstede, Westerstede, Edeweicht, Bad Zwischenahn und Apen (Abbildung 30). Zusätzlich ist die Gemeinde Uplengen des Landkreises Leer an den Bereitschaftsdienstbereich angegliedert. Im Bereitschaftsdienstbereich Ammerland sind 137.510 Einwohner ansässig (Stand 30.06.2022) (144). Der Landkreis Ammerland zeichnet sich im Regionenvergleich durch seine überdurchschnittliche sozioökonomische Lage aus (142, 143).

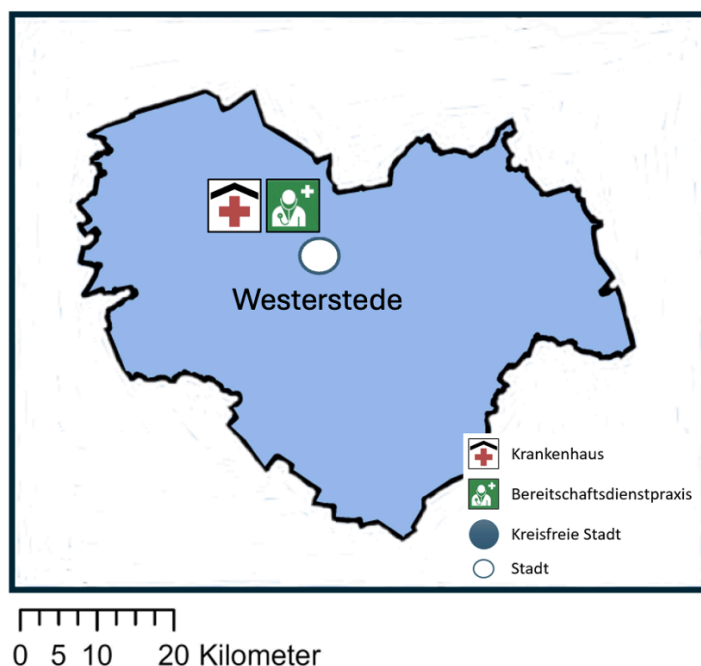


Abbildung 30: Bereitschaftsdienstbereich Ammerland

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Bereitschaftsdienstbereich Ammerland lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 27):

Tabelle 27: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Ammerland

Fläche	879,9 km ²
Entfernungen in km*	Nord-Süd 37,3 West-Ost 43,6
Einwohnerzahl	137.510
Altersstruktur	
0-17 Jahre	17,8%
18-64 Jahre	59,4%
65+ Jahre	22,8%
Ärzte je 100.000 Einwohner	106,1

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri Deutschland, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

Im Bereitschaftsdienstbereich gibt es ein Kreiskrankenhaus der Notfallstufe 3 in Westerstede, die Ammerland-Klinik GmbH (375 Betten) (138). Dort ist auch das Bundeswehrkrankenhaus gelegen. Ebenfalls ist dort die zentrale Bereitschaftsdienstpraxis in die zentrale Notaufnahme integriert.

Es wird eine gemeinsame Anmeldung im Sinne der Ein-Tresen-Lösung zur Einschätzung und Steuerung der Patienten praktiziert. Die Bereitschaftsdienstpraxis wird vom Ärztenetzwerk Plexxon Management GmbH organisiert. Es werden Ärzte aller Fachgebieten zum Bereitschaftsdienst herangezogen. Kinderärzte aus dem Ammerland werden im kinderärztlichen Bereitschaftsdienst der Stadt Oldenburg eingesetzt.

Bereitschaftsdienstzeiten und -arten

Die Bereitschaftsdienstzeiten und -arten im Bereitschaftsdienstbereich Ammerland sind wie folgt festgelegt (Tabelle 28):

Tabelle 28: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Ammerland

Wochentag	Bereitschaftsdienstzeiten	Öffnungszeiten Bereitschaftsdienstpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag	19-07*	
Mittwoch, Freitag	15-07	17-19
Samstag, Sonntag, Feiertag	08-19, 19-07	09-13, 17-19

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Fahrdienst an Wochenenden und Feiertagen ist in zwei Schichten (08-19, 19-07 Uhr) unterteilt. Die Dienstzeiten in der Bereitschaftsdienstpraxis werden Montag, Dienstag und Donnerstag durch eine Kooperation mit dem Krankenhaus abgedeckt. Die Dienste unter der Woche sind mit dem Fahrdienst kombinierte Dienste.

Die Ärzteschaft des Bereitschaftsdienstbereichs lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 29):

Tabelle 29: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Ammerland in 2021

Anzahl der Ärzte (VZK)	141,61
Durchschnittsalter in Jahre	55,60
Diensthäufigkeit pro Jahr	4,12
Bereitschaftsdienstumlage in %	0,14

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90, 127)

Auf einen Blick

Der Bereitschaftsdienstbereich Ammerland verfügt über eine gute medizinische Versorgung innerhalb des Bereitschaftsdienstbereichs sowie eine gute Anbindung an die Stadt Oldenburg. Die Bereitschaftsdienstpraxis wird durch ein Ärztenetz organisiert und ist an die Notaufnahme der Ammerland-Klinik GmbH angegliedert. Dort wird die Ein-Tresen-Lösung umgesetzt. Im flächenmäßig sehr großen Einzugsbereich (879,9 km²) sind viele Ärzte tätig, wodurch sich eine moderate Diensthäufigkeit für diese ergibt.

5.2.2.4 Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg

Der Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg (Abbildung 31) besteht aus der Stadt Oldenburg und den umliegenden Gemeinden Berne (Landkreis Wesermarsch), Hude, Wardenburg und Hatten (Landkreis Oldenburg). Dazu umfasst er aufgrund der Nähe zur Stadtgrenze Oldenburgs Ortsteile der Gemeinde Bad Zwischenahn (Ofen, Petersfehn) sowie Edeweicht (Friedrichsfehn). Oldenburg ist mit seinen ca. 173.000 Einwohnern (Stand 30.06.2022) eine Groß- und Universitätsstadt (144). Die umliegenden Gemeinden verfügen über eine gute infrastrukturelle Anbindung an die Versorgungsangebote der Stadt Oldenburg und werden dadurch mitversorgt. Im Einzugsbereich dieses Bereitschaftsdienstbereiches wohnen 222.899 Einwohner (Stand 30.06.2022) (144).

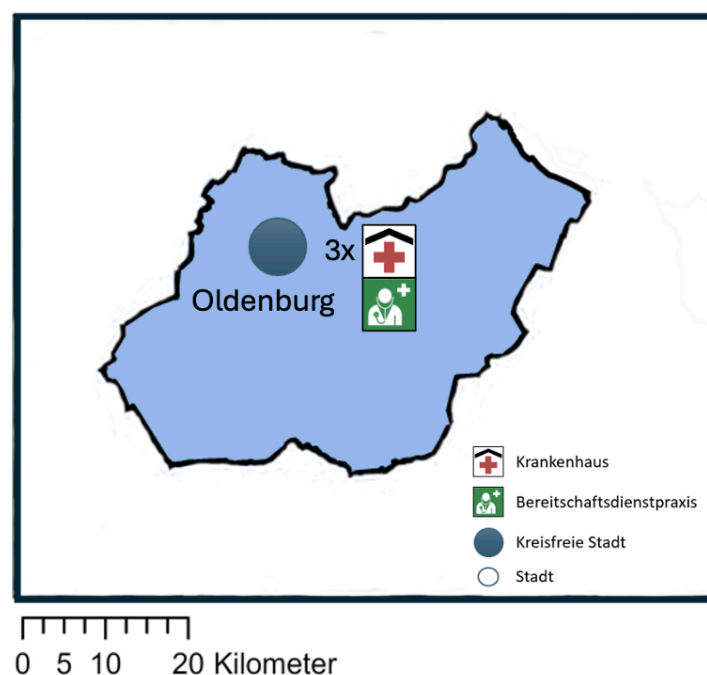


Abbildung 31: Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 30):

Tabelle 30: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg

Fläche	879,6 km ²
Entfernungen in km*	Nord-Süd 24,8 West-Ost 29,9
Einwohnerzahl	222.899
Altersstruktur	
0-17 Jahre	17,7%
18-64 Jahre	60,4%
65+ Jahre	21,9%
Ärzte je 100.000 Einwohner	140,7

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri Deutschland, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

Im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg gibt es vier Krankenhäuser. Das Pius-Hospital (420 Betten), das Evangelische Krankenhaus (417 Betten) und das Städtische Klinikum Oldenburg AöR (832 Betten). Sie gehören alle der Notfallstufe 2 an. Außerdem gibt die Karl-Jaspers-Klinik (591 Betten), welche ein Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik darstellt (138).

Die zentrale Bereitschaftsdienstpraxis wurde am Evangelischen Krankenhaus eingerichtet und in die Notaufnahme integriert. Es wird eine gemeinsame Anmeldung im Sinne der Ein-Tresen-Lösung zur Einschätzung und Steuerung der Patienten praktiziert. Weiterhin gibt es eine kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxis, die an die Kinderklinik am Klinikum Oldenburg angegliedert ist.

Die Bereitschaftsdienstpraxis sowie ein begleitender Fahrdienst werden durch den ärztlich geführten Verein Notdienstpraxis Oldenburg e.V. organisiert. Die im Fahrdienst tätigen Ärzte werden von einem Fahrer einer Hilfsorganisation zu ihren Einsätzen gefahren und begleitet. Das Einsatzfahrzeug inklusive einer Grundausrüstung werden gestellt. Zunächst wurde die Versorgung der Patienten im Bereitschaftsdienstbereich auf freiwilliger Basis durch hausärztlich tätige Ärzte sichergestellt. Seit dem 01.07.2024 werden Ärzte aller Fachgebieten zum Bereitschaftsdienst herangezogen. Kinderärzte werden separat für den kinderärztlichen Bereitschaftsdienst eingeteilt.

Bereitschaftsdienstzeiten und -arten

Die Bereitschaftsdienstzeiten und -arten im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg sind wie folgt festgelegt (Tabelle 31):

Tabelle 31: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg

Wochentag	Bereitschaftsdienstzeiten	Öffnungszeiten Bereitschaftsdienstpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag	19-07*	19-22
Mittwoch, Freitag	15-07	15-22
Samstag, Sonntag, Feiertag	08-20, 20-07	10-22

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Fahrdienst an Wochenenden und Feiertagen ist in zwei Schichten (08-20, 20-07 Uhr) unterteilt (90). Praxis- und Fahrdienste werden separat voneinander eingeteilt. Die Bereitschaftsdienstpraxis Oldenburg wird überregional frequentiert, weshalb auch Patienten außerhalb des Bereitschaftsdienstbereiches die Praxis aufsuchen.

Die Ärzteschaft des Bereitschaftsdienstbereichs lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 32):

Tabelle 32: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg in 2021

Anzahl der Ärzte (VZK)	390,0 (seit 01.07.2024)
Durchschnittsalter in Jahre	56,36
Diensthäufigkeit pro Jahr	ab dem 01.07.2024 2,9; vorher freiwillige Teilnahme
Bereitschaftsdienstumlage in %	0,53

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90, 127)

Auf einen Blick

Die Stadt Oldenburg verfügt über eine gute städtische Infrastruktur und damit auch überdurchschnittliche medizinische Versorgung mit einem dem Umland mitversorgenden Charakter. Die Bereitschaftsdienstpraxis ist an die Notaufnahme des Evangelischen Krankenhauses angegliedert und auch dort wird die Ein-Tresen-Lösung praktiziert. Der Bereitschaftsdienstbereich wird durch einen Ärzteverein organisiert, welcher neben ausgedehnten Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxis einen Organisierten Fahrdienst für die dort tätigen Ärzte eingerichtet hat. Durch die hohe Arztdichte (140,7 Ärzte pro 100.000 Einwohner) sowie eines großen Einzugsgebiets (879,6 km²) verteilen sich die Bereitschaftsdienste auf eine große Anzahl an Ärzten, was zu einer niedrigen Diensthäufigkeit von 2,9 Diensten pro Jahr führt.

5.2.2.5 Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg

Der Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg (Abbildung 32) beinhaltet die Kreisstadt Cloppenburg und ihre umliegenden Gemeinden Cappeln, Emstek, Essen, Garrel, Molbergen, Lastrup Linder und Lönigen (alle Landkreis Cloppenburg). Er zählt zum Oldenburger Münsterland. Im Bereitschaftsdienstbereich wohnen 114.641 Einwohner (Stand 30.06.2022) (144). Der Landkreis Cloppenburg verzeichnete in den Jahren 2020/2021 die höchste Geburtenrate Niedersachsens (146, 147).

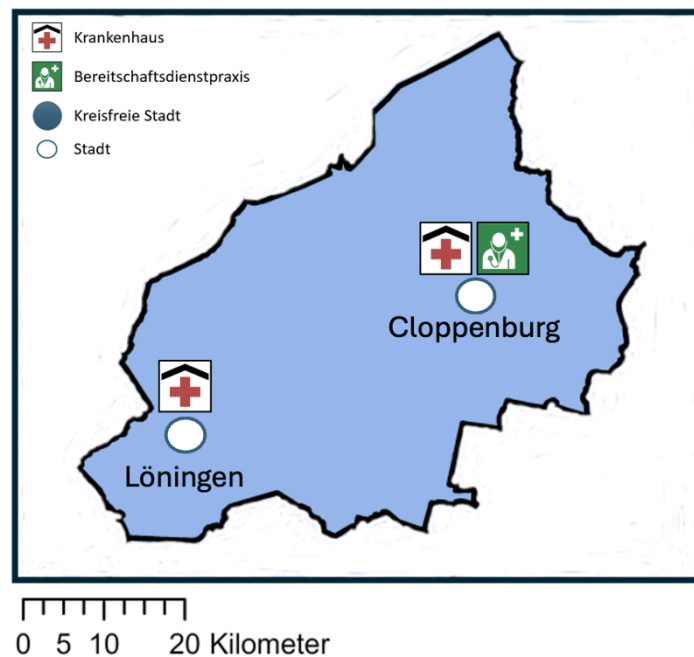


Abbildung 32: Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 33):

Tabelle 33: Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg

Fläche	783,2 km ²
Entfernungen in km*	Nord-Süd 39,4 West-Ost 31,4
Einwohnerzahl	114.691
Altersstruktur	
0-17 Jahre	20,6%
18-64 Jahre	63,1%
65+ Jahre	16,4%
Ärzte je 100.000 Einwohner	93,2

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri Deutschland, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

Im Landkreis Cloppenburg gibt es zwei Krankenhäuser, das St. Josefs-Hospital Cloppenburg (252 Betten) und die St. Anna Klinik Lönigen gGmbH (112 Betten). Beide gehören der Notfallstufe 1 an (138). Eine zentrale Bereitschaftsdienstpraxis ist am Kreiskrankenhaus St. Josefs-Hospital Cloppenburg angesiedelt. Sie wird von der Tochtergesellschaft der KVN, der DL, betrieben. Es

werden Ärzte aller Fachgebietsgruppen zum Bereitschaftsdienst eingeteilt. Ein Teil der Kinderärzte wird dem kinderärztlichen Bereitschaftsdienst der Stadt Oldenburg zugeteilt.

Bereitschaftsdienstzeiten und -arten

Die Bereitschaftsdienstzeiten und -arten im Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg sind wie folgt festgelegt (Tabelle 34):

Tabelle 34: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg

Wochentag	Bereitschaftsdienstzeiten	Öffnungszeiten Bereitschaftsdienstpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag	19-07*	
Mittwoch, Freitag	15-07	18-20
Samstag, Sonntag, Feiertag	08-07	09-12, 16-19

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Fahrdienst an Wochenenden und Feiertagen ist eine durchgängige Schicht (08-07 Uhr des Folgetags). Die Praxis- und Fahrdienste werden in Kombination geleistet. Die Ärzteschaft des Bereitschaftsdienstbereichs lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 35):

Tabelle 35: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg in 2021

Anzahl der Ärzte (VZK)	102,90
Durchschnittsalter in Jahre	58,18
Diensthäufigkeit pro Jahr	3,55
Bereitschaftsdienstumlage in %	0,07

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90, 127)

Auf einen Blick

Im Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg wird die Bereitschaftsdienstpraxis, welche am Krankenhaus gelegen ist, durch die DL der KVN organisiert. Das Einzugsgebiet des Bereitschaftsdienstbereichs ist vergleichsweise groß (783,2 km²), weshalb sich die Bereitschaftsdienste moderat auf eine große Anzahl an Ärzten verteilt (3,55 pro Jahr). Die Bevölkerung im Bereitschaftsdienstbereich zeichnet sich durch eine deutlich überdurchschnittliche Geburtenrate aus. Die hausärztliche und auch kinderärztliche Versorgung hingegen ist laut Bedarfsplanung unterversorgt und gestaltet sich zunehmend schwierig.

5.2.2.6 Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst

Der Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst (Abbildung 33) umfasst die kreisfreie Stadt Delmenhorst sowie die Gemeinden Ganderkesee (Landkreis Oldenburg) und Lemwerder (Landkreis Wesermarsch). Im Bereitschaftsdienstbereich wohnen 116.931 Einwohner (Stand 30.06.2022) (144). Delmenhorst gilt mit besonders hohem Migrationsanteil und hoher Arbeitslosenquote als eine der ärmsten und wirtschaftsschwächsten Regionen Deutschlands (148). Gleichwohl verfügen Delmenhorst und sein Umland über eine gute infrastrukturelle Anbindung an die Stadt Bremen.

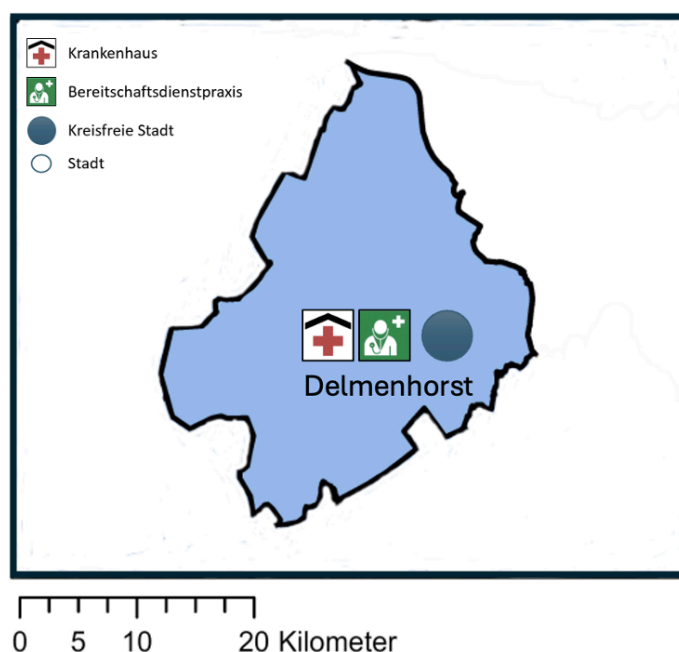


Abbildung 33: Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 36):

Tabelle 36: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst

Fläche	237,2 km ²
Entfernungen in km*	Nord-Süd 20,5 West-Ost 18,9
Einwohnerzahl	116.931
Altersstruktur	
0-17 Jahre	16,7%
18-64 Jahre	59,4%
65+ Jahre	23,9%
Ärzte je 100.000 Einwohner	152,9

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri Deutschland, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

Im Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst ist ein Krankenhaus, das Delme Klinikum Delmenhorst GmbH, ansässig (Notfallstufe 1, 289 Betten) (138). Hier ist auch die zentrale Bereitschaftsdienstpraxis eingerichtet. Sie wird von der Tochtergesellschaft der KVN, der DL, betrieben. Es

werden Ärzte aller Fachgebietsgruppen zum Bereitschaftsdienst eingeteilt. Lediglich die Kinderärzte werden dem kinderärztlichen Bereitschaftsdienst der Stadt Oldenburg zugeteilt.

Bereitschaftsdienstzeiten und -arten

Die Bereitschaftsdienstzeiten und -arten im Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst sind wie folgt festgelegt (Tabelle 37):

Tabelle 37: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst

Wochentag	Bereitschaftsdienstzeiten	Öffnungszeiten Bereitschaftsdienstpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag	19-07*	19-21
Mittwoch, Freitag	15-07	17-21
Samstag, Sonntag, Feiertag	08-20, 20-07	08-12, 16-20

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Ärzte müssen lediglich die Dienste in der Bereitschaftsdienstpraxis leisten, der Fahrdienst wird von Gesundheitsfachkräften mit telemedizinischer Unterstützung übernommen. Während der Praxisöffnungszeiten kann es gelegentlich zu Fahrdiensteinsätzen kommen. Die Ärzteschaft des Bereitschaftsdienstbereichs lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 38):

Tabelle 38: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst in 2021

Anzahl der Ärzte (VZK)	136,87
Durchschnittsalter in Jahre	56,65
Diensthäufigkeit pro Jahr	4,27
Bereitschaftsdienstumlage in %	0,04

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90, 127)

Auf einen Blick

Die Bereitschaftsdienstpraxis in Delmenhorst wird durch die DL der KVN organisiert und ist am Krankenhaus in Delmenhorst gelegen. Die Bevölkerung von Delmenhorst ist durch einen besonders hohen Migrationsanteil geprägt. Laut Bedarfsplanung liegt eine deutliche hausärztliche Mangelsituation vor. Die verbleibenden Ärzte weisen ein vergleichsweise hohes Durchschnittsalter (56,6 Jahre) auf. Zur Entlastung dieser wurde 2018 das Modellprojekt 116117 gestartet, in dem Gesundheitsfachkräfte mit telemedizinischer Rückkopplung den Fahrdienst für die Ärzte übernehmen.

5.2.2.7 Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen

Der Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen (Abbildung 34) umfasst die Kreisstadt Wildeshausen und die Gemeinden Großenkneten und Dötlingen (Landkreis Oldenburg). Im Bereitschaftsdienstbereich wohnen 42.821 Einwohner (Stand 30.06.2022) (144). Der Bereitschaftsdienstbereich ist überwiegend ländlich strukturiert (149).

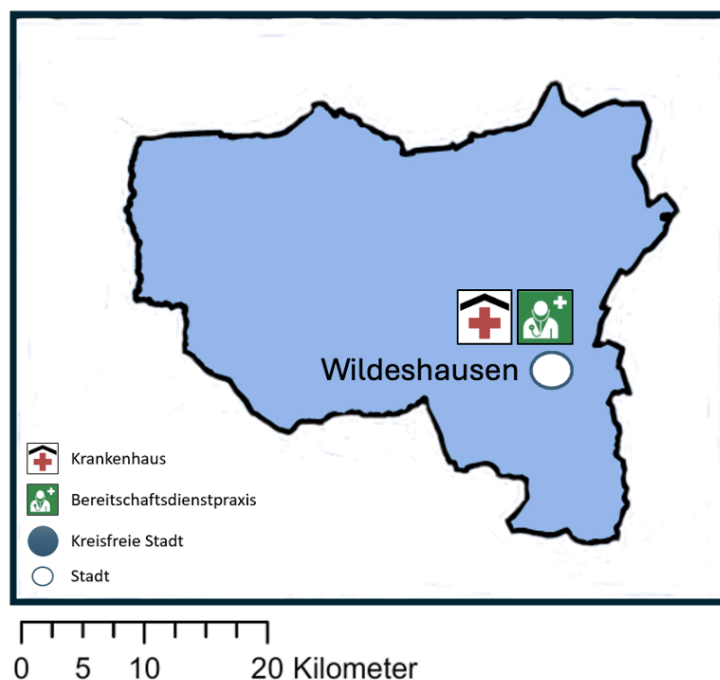


Abbildung 34: Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Der Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 39):

Tabelle 39: Basisdaten Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen

Fläche	368,0 km ²
Entfernungen in km*	Nord-Süd 22,6 West-Ost 26,9
Einwohnerzahl	42.821
Altersstruktur	
0-17 Jahre	18,3%
18-64 Jahre	62,5%
65+ Jahre	19,3%
Ärzte je 100.000 Einwohner	108,7

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri Deutschland, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

Im Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen gibt es ein Krankenhaus, das Krankenhaus Johanneum in Wildeshausen (Notfallstufe 1, 144 Betten) (138). Hier ist auch die zentrale Bereitschaftsdienstpraxis angesiedelt. Sie wird von der Tochtergesellschaft der KVN, der DL, betrieben. Es werden Ärzte aller Fachgebietsgruppen zum Bereitschaftsdienst eingeteilt.

Bereitschaftsdienstzeiten und -arten

Die Bereitschaftsdienstzeiten und -arten im Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen sind wie folgt festgelegt (Tabelle 40):

Tabelle 40: Bereitschaftsdienstzeiten und -Arten Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen

Wochentag	Bereitschaftsdienstzeiten	Öffnungszeiten Bereitschaftsdienstpraxis
Montag, Dienstag, Donnerstag	19-07*	
Mittwoch, Freitag	15-07	17-19
Samstag, Sonntag, Feiertag	08-20, 20-07	08-12, 16-20

*des Folgetags

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Montags, dienstags und donnerstags muss ein Fahrdienst von jeweils 19-21 Uhr geleistet werden, mittwochs und freitags von 17-21 Uhr. Die übrigen Bereitschaftsdienstzeiten (Fahrdienst) werden wie im Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst von Gesundheitsfachkräften mit telemedizinischer Unterstützung übernommen. Die Ärzteschaft des Bereitschaftsdienstbereichs lässt sich durch folgende Basisdaten beschreiben (Tabelle 41):

Tabelle 41: Basisdaten Ärzte im Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen in 2021

Anzahl der Ärzte (VZK)	47,52
Durchschnittsalter in Jahre	58,04
Diensthäufigkeit pro Jahr	7,68
Bereitschaftsdienstumlage in %	0,34

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90, 127)

Auf einen Blick

Auch in Wildeshausen ist die Bereitschaftsdienstpraxis am Krankenhaus in Wildeshausen gelegen und wird durch die DL der KVN organisiert. Der Bereitschaftsdienstbereich Wildeshausen ist flächenmäßig klein (368,0 km²) und zudem ländlich geprägt, was zu einer niedrigen Arztdichte führt. So war die Diensthäufigkeit für die Ärzte zuletzt hoch (7,68 Dienste pro Jahr). Laut Bedarfsplanung gestalten sich die hausärztliche und kinderärztliche Versorgung zunehmend schwerer. Die verbleibenden Ärzte weisen auch hier ein hohes Durchschnittsalter (58,04 Jahre) auf. Zur Entlastung dieser wurde 2019 das Modellprojekt 116117, in dem Gesundheitsfachkräfte mit telemedizinischer Rückkopplung den Fahrdienst für die Ärzte übernehmen, auf diesen Bereitschaftsdienstbereich ausgeweitet.

5.2.3 Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes

Ergänzend zu den Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen soll die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes in den sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereichen ausgewertet werden. Zur Einordnung wird zunächst der Einfluss der Covid-19-Pandemie aggregiert auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten des gesamten Einzugsbereichs der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven (alle 13 allgemeine Bereitschaftsdienstbereiche) im Bereitschaftsdienst und in den Notaufnahmen beschrieben. Anschließend werden die Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle im Bereitschaftsdienst und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, die Herkunft der Patienten, die Einsatzdichte sowie Honorar- und Verdienstmöglichkeiten im Bereitschaftsdienst für die sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche Jever, Brake, Ammerland, Oldenburg, Cloppenburg, Delmenhorst und Wildeshausen in den Jahren 2019 und 2021 dargestellt.

Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme

In den 13 allgemeinen Bereitschaftsdienstbereichen der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven wurden im Abrechnungsjahr 2021 214.471 ambulante Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)-Notfälle abgerechnet. Dies sind im Vergleich zu 2019 (vor der Covid-19-Pandemie) 22,48% weniger. 70.619 Fälle (32,9%) wurden dabei innerhalb der Sprechzeiten abgerechnet, 143.852 Fälle (67,1%) außerhalb der Sprechzeiten. Beobachtet man zunächst den jahreszeitlichen Verlauf der Fälle im Bereitschaftsdienst in 2019 und 2021, fällt auf, dass die Anzahl der Notfälle in 2021 deutlich unter dem Niveau der Notfälle in 2019 liegt. In 2019 zeigt sich ein klassischer jahreszeitlicher Verlauf mit deutlicher Hervorhebung der Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes zu den Feiertagen und Urlaubs- bzw. Ferienzeiten, in denen Arztpraxen häufig geschlossen sind und so weniger Versorgung innerhalb der Sprechzeiten stattfindet.

In 2021 ist kein klassischer jahreszeitlicher Verlauf zu erkennen (Abbildung 35). Vielmehr bilden die Inanspruchnahmezahlen das Geschehen der Covid-19-Pandemie wieder. Trotz des Impfstarts im Dezember 2020 war Deutschland im Frühjahr von einer zweiten Infektionswelle geprägt, was zu einem Rückgang der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führte. Ein ähnlicher Effekt ist im November 2021 zu erkennen, als Deutschland von einer weiteren Infektionswelle geprägt war (127).

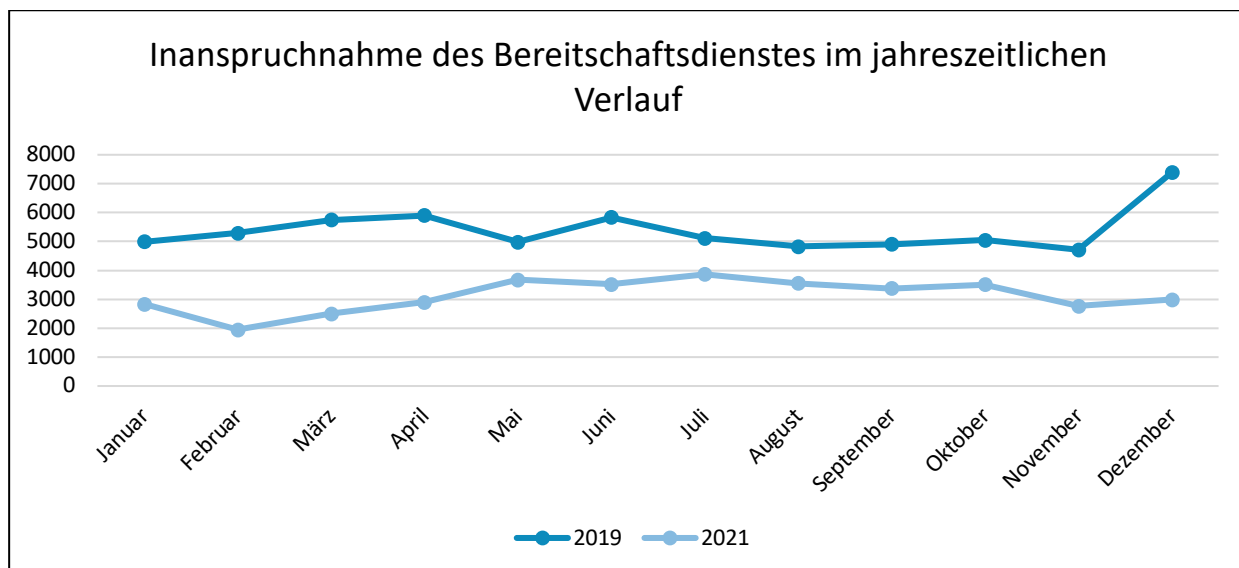


Abbildung 35: Inanspruchnahme aller ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche im jahreszeitlichen Verlauf
Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

Die Auswertung der Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle in den 13 Bereitschaftsdienstbereichen der KVN-Bezirksstellenbereichen in 2019 und 2021 zeigen somit einen deutlichen Rückgang. Der allgemeine Rückgang der zur Abrechnung gebrachten GKV-Notfälle von 2019 auf 2021 ist u.a. auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen.

Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle

Ab hier sollen die ambulanten GKV-Notfälle der sieben ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche Jever, Brake, Ammerland, Oldenburg, Cloppenburg, Delmenhorst und Wildeshausen dargestellt werden. Diese verteilen sich wie nachfolgend beschrieben (Tabelle 42) (127).

Tabelle 42: Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten im Bereitschaftsdienst und in Krankenhäusern 2019 und 2021

Bereitschaftsdienstbereich	Bereitschaftsdienst				Krankenhaus			
	innerhalb der Sprechstundenzeiten		außerhalb der Sprechstundenzeiten		innerhalb der Sprechstundenzeiten		außerhalb der Sprechstundenzeiten	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Jever	615	426	2.873	2.218				
Brake	44		5.296		2.353	1.867	2.191	1.964
Brake/Nordenham	164	338	7.707	8.062	1.985	2.050	2.653	2.478
Oldenburg	1.920	1.339	13.292	10.064	17.244	12.013	25.801	20.694
Ammerland	815	1.059	10.414	5.542	9.616	6.680	8.599	6.222
Cloppenburg	756	609	8.330	4.305	6.549	6.284	7.745	7.033
Wildeshausen	885	537	2.506	1.565	3.338	2.660	4.443	3.367
Delmenhorst	1.032	999	9.270	5.898	6.511	5.445	11.153	8.630
gesamt	6.067 (10,4%)	5.307 (12,4%)	51.981 (89,6%)	37.654 (87,6%)	45.611 (43,2%)	36.999 (42,3%)	59.932 (56,8%)	50.388 (57,7%)

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

In 2021 wurden 42.961 (39,9%) der Notfälle im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt, während 87.387 (60,1%) in Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt wurden. Insgesamt lässt in allen Bereitschaftsdienstbereichen, sowohl im Bereitschaftsdienst, als auch in den Krankenhäusern, ein Rückgang der abgerechneten GKV-Notfälle von 2019 auf 2021 feststellen. Dies betrifft Notfälle innerhalb und außerhalb der Sprechzeiten.

Grundsätzlich finden die meisten Notfälle außerhalb der Sprechzeiten statt, dies sowohl in 2019 als auch in 2021. Besonders auffällig ist der Rückgang in den Krankenhäusern, insbesondere außerhalb der Sprechzeiten. An dieser Stelle muss beachtet werden, dass es in den Bereitschaftsdienstbereichen Delmenhorst und Wildeshausen Abweichungen der Zahlen im Bereitschaftsdienst gibt, da die Hausbesuche im Rahmen des Modellprojekts 116117 nicht nach EBM abgerechnet wurden und somit nicht enthalten sind. Während die Fallzahlen in den Krankenhäusern fast durchgehend gesunken sind (außer in Nordenham), sind die Fallzahlen im Bereitschaftsdienst in zwei Bereitschaftsdienstbereichen leicht angestiegen (Brake und Ammerland). Im Bereitschaftsdienstbereich Ammerland ist zudem die Anzahl der GKV-Notfälle im Bereitschaftsdienst von 2019 auf 2021 innerhalb der Sprechzeiten leicht angestiegen.

Auswertung der Herkunft der Patienten

Wie bereits erwähnt, konnten in den Bereitschaftsdienstbereichen Brake und Oldenburg aufgrund der besonderen Abrechnungsmodalitäten die Herkunft der Patienten nach Postleitzahl ausgewertet werden.

Aufgrund der Zusammenlegung der Bereitschaftsdienstpraxen Brake und Nordenham in 2020 lohnt sich hier ein vertiefender Einblick in die Herkunft der Patienten, die den Bereitschaftsdienst aufgesucht haben (Abbildung 36). Insgesamt wurden im 4. Quartal 2023 3.756 Patienten im Bereitschaftsdienst versorgt. Die Daten liefern dennoch einen Hinweis darauf, dass der größte Teil der Patienten (56,2%), für die eine Notfallziffer im Bereitschaftsdienst abgerechnet wurde, aus Nordenham selbst stammt. Weitere 24,4% der Patienten stammten aus Brake, 6,5% aus Stadland und 6,1% aus Butjadingen. Die Daten zeigen an, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten aus Brake, wo vorher eine eigene Bereitschaftsdienstpraxis eingerichtet war, den Weg nach Nordenham auf sich nimmt und bereit ist, eine Strecke von bis zu 22 km Entfernung nach Nordenham auf sich zu nehmen, um den kassenärztlichen Notdienst aufzusuchen.

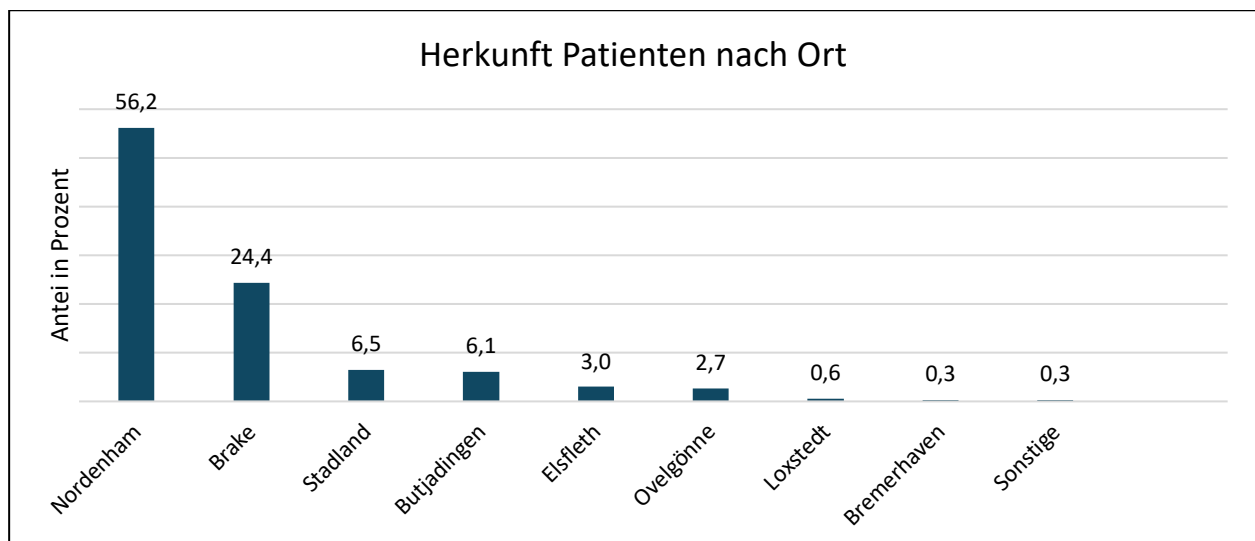


Abbildung 36: Herkunft der Patienten nach Ort in der Bereitschaftsdienstpraxis Nordenham im 04. Quartal 2023
 Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

Durch die Entfernung der Bereitschaftsdienstpraxis zum Nordenhamer Krankenhaus von ca. sechs Kilometern und das Alleinstellungsmerkmal, dass der Bereitschaftsdienstbereich der einzige ist, in dem Krankenhaus und Bereitschaftsdienstpraxis an unterschiedlichen Orten gelegen sind, wurden vergleichend dazu die Herkunft der Patienten in der Notaufnahme des Nordenhamer Krankenhauses ausgewertet. Hierbei handelt es sich um die Patienten, die in den Quartalen 02/23 – 01/24 ambulant in der Notaufnahme des Nordenhamer Krankenhauses behandelt wurden. Das Krankenhaus ist südlich von Nordenham gelegen und somit näher an der Stadt Brake und den umliegenden Gemeinden als die Bereitschaftsdienstpraxis Nordenham selbst. Auswertungen der Abrechnungsdaten des Krankenhauses zeigen, dass zwar ein Großteil der Patienten (60,6%) aus Nordenham stammt, Patienten aus den südlicheren Gemeinden Brake und Stadland aber ebenfalls eine Rolle spielen (Abbildung 37).

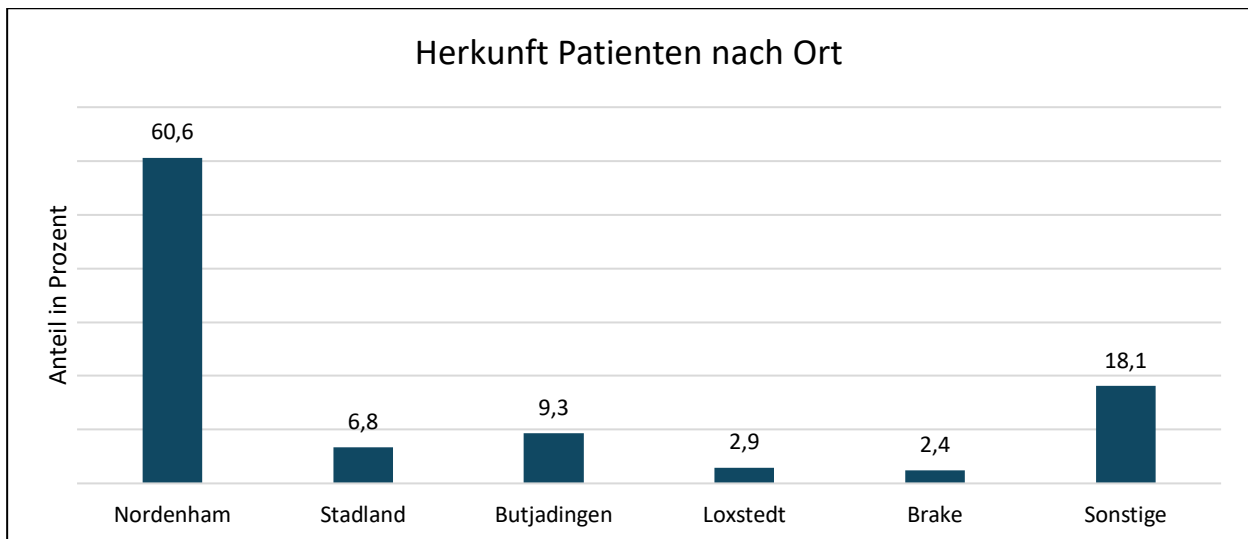


Abbildung 37: Ambulante GKV-Notfälle im Nordenhamer Krankenhaus nach Ort vom 02.Quartal 2023 bis 01. Quartal 2024

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

Sowohl in der Bereitschaftsdienstpraxis als auch im Krankenhaus Nordenham wurden zu geringen Anteilen Patienten aus Loxstedt und Bremerhaven, welche beide außerhalb des Bereitschaftsdienstbereiches, aber dennoch in unmittelbar erreichbarer Nähe liegen, behandelt.

Auch für die Bereitschaftsdienstpraxis in Oldenburg können Patientenströme anhand ihrer Postleitzahl im 4. Quartal 2023 dargestellt werden (Abbildung 38).

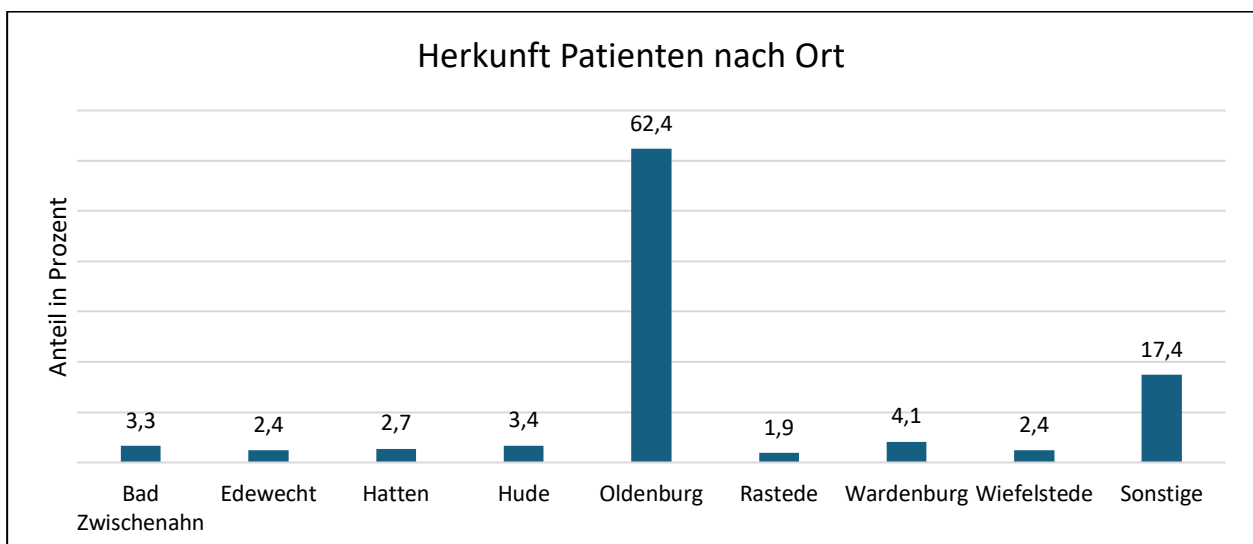


Abbildung 38: Herkunft der Patienten nach Ort in der Bereitschaftsdienstpraxis Oldenburg im 04. Quartal 2023

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

Anhand der Abrechnungsdaten des Notdienstverein Oldenburg e.V. lässt sich erkennen, dass im 4. Quartal 2023 3.159 Patienten behandelt wurden. Es wird deutlich, dass der größte Anteil der Patienten aus dem Stadtgebiet Oldenburgs stammt (62,4%). Weiterhin wird die Bereitschaftspraxis häufig von Patienten aus den direkt angrenzenden Gemeinden Bad Zwischenahn (3,3%),

Edeweicht (2,4%), Hatten (2,7%), Hude (3,4%), Rastede (1,9%), Wardenburg (4,1%) und Wiefelstede (2,4%) frequentiert. Hier fällt auf, dass einige dieser dem Landkreis Ammerland und damit einem anderen Bereitschaftsdienstbereich angehören.

Auswertung der Einsatzdichte im Fahrdienst

Zusätzlich spiegeln sich divergierende Inanspruchnahmen innerhalb der Bereitschaftsdienstbereiche durch die Patienten auch bei der Einsatzdichte und damit der Belastung im Fahrdienst wider. Auch hier ist ein deutlicher Rückgang der Hausbesuche in allen Bereitschaftsdiensten von 2019 auf 2021 erkenntlich. In den Bereitschaftsdienstbereichen Delmenhorst und Wildeshausen werden lediglich die Fahrdiensteinsätze dargestellt, die während der Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen an Ärzte disponiert wurden. Die Fahrdiensteinsätze, die von Gesundheitsfachkräften übernommen wurden, sind nicht abgebildet. Da hier die unterschiedliche Belastung im wöchentlichen Alltag der Ärzte in den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen dargestellt werden soll, wird an dieser Stelle auf die Darstellung und Herausrechnung von Feiertagen verzichtet. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass die Inanspruchnahme an Feiertagen überdurchschnittlich ist und die Werte an normalen Wochentagen entsprechend etwas niedriger als hier dargestellt einzuordnen sind. Einschränkend muss außerdem erwähnt werden, dass die Daten nicht als vollständig angesehen werden können. Insbesondere in ländlichen Bereichen werden Einsätze immer wieder telefonisch durch die Bereitschaftsärzte geklärt und nicht zur Abrechnung gebracht (150).

Für einen vollumfänglichen Überblick werden in den Tabellen 43 und 44 die jeweiligen mittleren Fahrdiensteinsätze pro Wochentag sowie die Standardabweichung dargestellt.

Tabelle 43: Durchschnittliche Anzahl (SD) Fahrdiensteinsätze pro Wochentag je Bereitschaftsdienstbereich 2019

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Jever	1,5 (0,7)	2,4 (4,0)	2,9 (2,2)	1,6 (0,8)	3,7 (3,1)	3,8 (4,9)	3,3 (3,6)
Brake	2,4 (1,7)	2,1 (1,3)	2,9 (1,8)	2,1 (1,7)	3,6 (2,0)	6,6 (3,8)	6,5 (2,7)
Ammerland	2,2 (2,0)	2,1 (1,4)	2,6 (1,8)	2,1 (1,3)	3,1 (2,0)	4,8 (4,2)	4,0 (2,8)
Oldenburg	2,5 (1,8)	2,9 (2,5)	3,7 (2,1)	2,8 (2,7)	4,4 (2,0)	11,0 (4,1)	10,0 (4,0)
Cloppenburg	1,6 (1,2)	1,7 (0,8)	1,8 (0,7)	1,5 (0,8)	2,1 (1,5)	3,6 (2,0)	3,3 (3,0)
Delmenhorst	1,5 (1,3)	1,0 (0,0)	1,7 (1,3)	1,9 (1,6)	1,2 (0,5)	2,1 (1,0)	1,6 (1,2)
Wildeshausen	1,4 (0,5)	1,6 (1,1)	1,3 (0,8)	1,6 (0,8)	1,6 (0,9)	2,3 (1,1)	2,0 (1,1)

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

Tabelle 44: Durchschnittliche Anzahl (SD) Fahrdiensteinsätze pro Wochentag je Bereitschaftsdienstbereich 2021

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Jever	2,0 (0,7)	1,8 (4,0)	2,1 (2,2)	1,9 (0,8)	3,1 (3,2)	2,6 (4,9)	3,4 (3,6)
Brake	2,2 (1,7)	2,4 (1,3)	3,3 (1,8)	2,1 (1,7)	2,4 (2,1)	3,7 (3,8)	3,8 (2,7)
Ammerland	2,4 (2,2)	1,7 (1,6)	2,1 (1,4)	1,6 (0,7)	3,3 (2,7)	4,2 (3,5)	3,4 (2,5)
Oldenburg	2,7 (2,2)	2,4 (1,3)	3,9 (2,0)	2,9 (2,3)	4,9 (3,1)	12,5 (2,9)	11,3 (3,2)
Cloppenburg	1,8 (1,0)	1,3 (0,6)	1,7 (1,2)	1,5 (0,9)	2,1 (1,9)	3,7 (2,6)	3,1 (1,8)
Delmenhorst	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	1,8 (1,3)	1,0 (0,0)
Wildeshausen	1,2 (0,4)	1,0 (0,0)	1,3 (0,4)	1,1 (0,4)	1,0 (0,0)	1,3 (0,6)	1,4 (0,5)

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

Im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg werden die meisten Fahrdiensteinsätze, sowohl 2019 als auch 2021, verzeichnet. Vergleichsweise hoch ist die Einsatzdichte im Fahrdienst im Bereitschaftsdienstbereich Brake, welche sich trotz der geringen Größe des Bereitschaftsdienstbereichs auf ähnlichem Niveau wie des Ammerlands befindet. Deutlich weniger Fahrdiensteinsätze werden in den Bereitschaftsdienstbereichen Cloppenburg und Jever abgerechnet. In Delmenhorst und Wildeshausen werden aufgrund des Modellprojekts 116117 und der geringen Dienstzeiten nur vereinzelte Hausbesuche getätigt.

Auswertung der Honorar- und Verdienstmöglichkeiten

Vertiefend wirken sich das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten in den jeweiligen Bereitschaftsdienstbereichen auch auf das Honorar und entsprechend die Verdienstmöglichkeiten für Ärzte im Bereitschaftsdienst aus. Im Nachfolgenden soll dargestellt werden, wie viel Honorar pro Stunde je Bereitschaftsdienstbereich in den Jahren 2019 und 2021 erwirtschaftet wurde. Entsprechend wird komplementär der Betrag dargestellt, der zur Aufstockung des Honorars von 40 Euro pro Stunde aus dem Sicherstellungsfonds der KVN gezahlt wird. Es wird anhand der Abbildungen 39 und 40 aufgezeigt, dass in den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen deutliche Unterschiede bezüglich des pro Stunde erwirtschafteten Honorars und bezüglich der Vergütungsmöglichkeiten bestehen. So wird in den drei vergleichsweise größeren Bereitschaftsdienstbereichen Oldenburg, Ammerland und Delmenhorst ein höheres Honorar pro Stunde erzielt, welches nicht durch einen Sicherstellungszuschlag aufgestockt werden musste. Alle anderen Bereiche haben ein Honorar von unter 40 Euro pro Stunde erwirtschaftet und wurden entsprechend durch den Sicherstellungszuschlag gefördert. Es wird deutlich, dass vor allem in sehr kleinen Bereitschaftsdienstbereichen wie Wildeshausen oder Jever aufgrund geringer Inanspruchnahme sehr geringe Verdienstmöglichkeiten bestehen. Insgesamt ist das Honorar in fast allen Bereitschaftsdienstbereichen deutlich zurückgegangen. Ausnahmen stellen die

Bereitschaftsdienstbereiche Delmenhorst und Wildeshausen dar, welche eine Zunahme des Honorars pro Stunde verzeichnen. Dies ist mit der Ausweitung des Modellprojekts, in welchem die Fahrdienste von Gesundheitsfachkräften übernommen wurden, zu begründen. Durch den Wegfall der Fahrdienste nachts und an den Wochenenden haben sich die Bereitschaftsdienstzeiten der Ärzte deutlich verkürzt und konzentrieren sich auf die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen. So kommt es zu einer Konzentration der Bereitschaftsdienstfälle und einer letzten Erhöhung des erwirtschafteten Honorars pro Stunde, wobei Delmenhorst heraussticht.

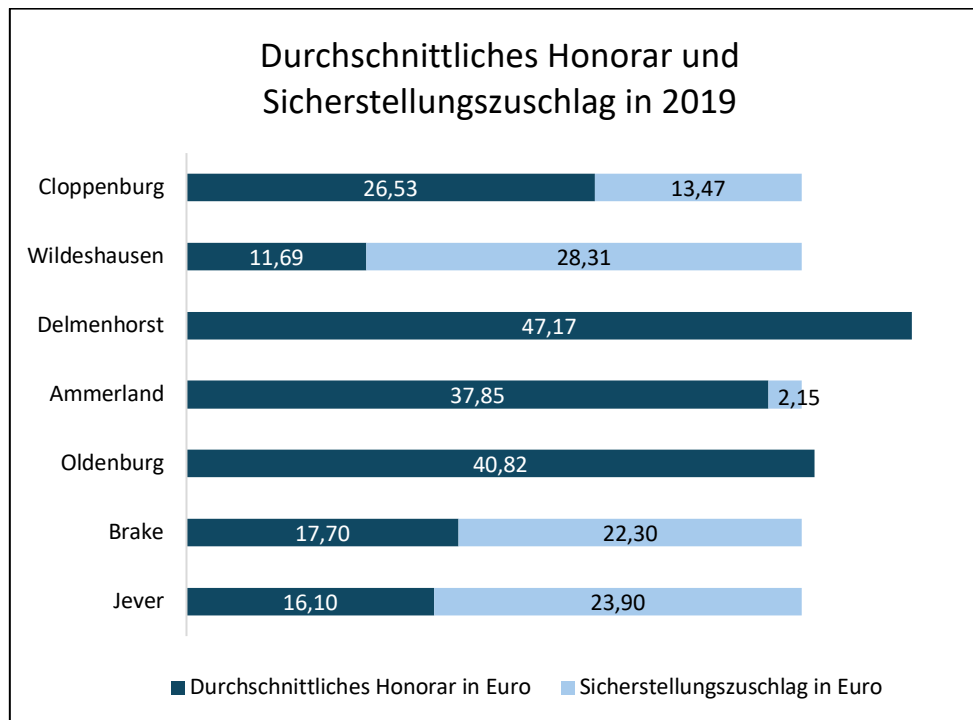


Abbildung 39: Durchschnittliches Honorar pro Stunde und Sicherstellungszuschlag je Bereitschaftsdienstbereich in 2019

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

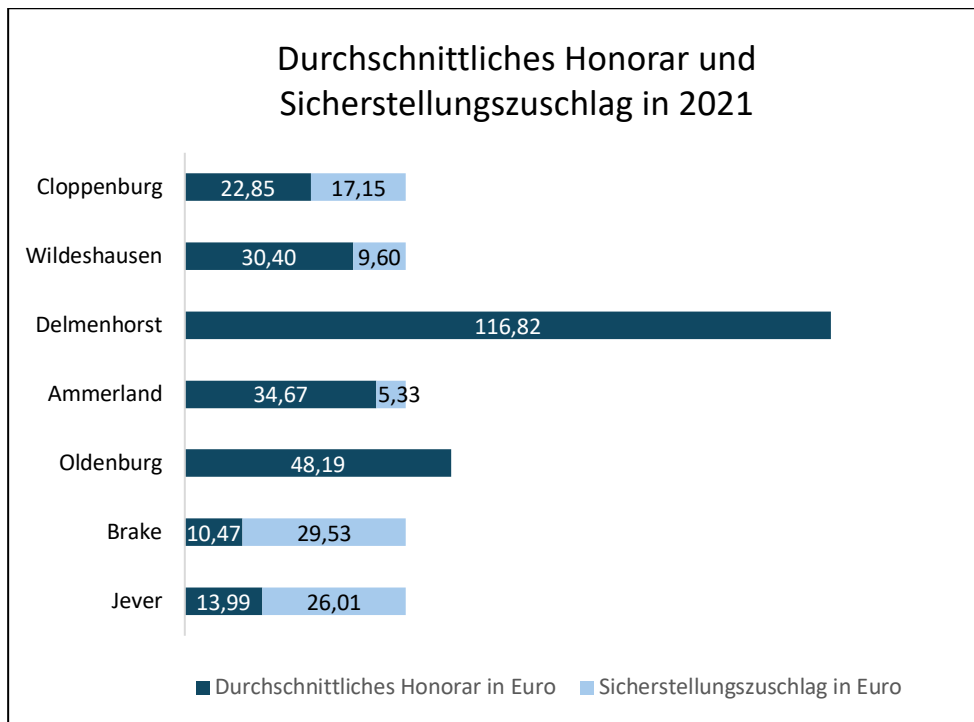


Abbildung 40: Durchschnittliches Honorar pro Stunde und Sicherstellungszuschlag je Bereitschaftsdienstbereich in 2021

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (127)

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Mittels verschiedener demografischer und geografischer Kennzahlen wurde ein Vergleich der allgemeinen Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven hergestellt, anhand dessen eine Auswahl von sieben Bereitschaftsdienstbereichen getroffen wurde. Ihre Organisation und Rahmenbedingungen sollten im Verlauf tiefer analysiert werden. Dabei sollte eine möglichst große Bandbreite dieser Unterschiede abgedeckt und berücksichtigt werden. Außerdem wurde mittels Bedarfsplanung die hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung der jeweiligen Bereitschaftsdienstbereiche beschrieben, sodass regionale Besonderheiten in der vertragsärztlichen Versorgung aufgezeigt werden konnten. Es folgte die Darstellung des Inanspruchnahmeverhalten der jeweiligen Bereitschaftsdienstbereiche, indem die Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle in den Bereitschaftsdienstpraxen denen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser gegenübergestellt wurde und so die Einsatzdichte durch Hausbesuche im aufsuchenden Fahrdienst beleuchtet wurde. Abschließend wurden das im Bereitschaftsdienst erwirtschaftete Honorar pro Stunde und somit die Verdienstmöglichkeiten für die Bereitschaftsdienstärzte in den jeweiligen Bereitschaftsdienstbereichen verglichen.

Nach näherer Betrachtung sieben ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven lässt sich folgern, dass diese unterschiedlichsten

Demografietypen unterliegen. Sie reichen von Mischtypen aus 1 und 2 (stark schrumpfend und alternde Gemeinden in strukturschwachen Regionen und mit sozioökonomischen Herausforderungen) wie in den Bereitschaftsdienstbereich Nordenham oder Jever über Städte mit sozioökonomischen Herausforderungen und Dynamiken nach Typ 6 und 7 (Bereitschaftsdienstbereiche Oldenburg und Delmenhorst) bis zu Bereitschaftsdienstbereichen wie Cloppenburg oder Vechta, die überwiegend dem Typ 9 (wachsende familiengeprägte ländliche Städte und Gemeinden) angehören. Auch die Einwohnerdichte der Bereitschaftsdienstbereiche schwankt beispielsweise zwischen 114,6 im Bereitschaftsdienstbereich Friesoythe und 560,4 im Bereitschaftsdienstbereich in Delmenhorst.

Auch aus organisatorischer Sicht zeichnet sich ein sehr heterogenes Bild ab. Es werden deutliche Unterschiede in der Organisation und den Rahmenbedingungen des Bereitschaftsdienstes und damit unmittelbar bei den Arbeitsbedingungen für die im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte sichtbar. Allen Bereitschaftsdienstbereichen gemein ist zwar das niedersachsenweite Regelwerk, die Bereitschaftsdienstordnung, bei der organisatorischen Umsetzung durch die KVN-Bezirksstellen übergeordnet. Regionale Unterschiede und Besonderheiten sowie historisch gewachsene Entwicklungen führen jedoch dazu, dass sich in der Umsetzung dennoch erhebliche Unterschiede ergeben.

So wird deutlich, dass die beleuchteten Bereitschaftsdienstbereiche in Bezug auf Größe bzw. Fläche und Einwohnerzahl voneinander abweichen (Tabelle 45). Dies führt einerseits zu unterschiedlichen Entfernungen und Fahrzeiten für die Ärzte, was den Weg zur Bereitschaftsdienstpraxis, aber auch Anfahrten zu Hausbesuchen betrifft. Gleichwohl hat die Größe des Bereitschaftsdienstbereichs Einfluss auf die Anzahl der im Bereich tätigen Ärzte sowie das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten. Folglich ist die Anzahl der Ärzte, die für die Bereitschaftsdienste in ihren Bereichen eingeteilt werden, stark variierend, was nicht zuletzt großen Einfluss auf die Diensthäufigkeit nimmt. Zum Beispiel sind im größten Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg insgesamt 390 Ärzte tätig, die jeweils 2,9 Dienste im Jahr leisten. Der kleinste Bereitschaftsdienstbereich Brake mit 41,99 Ärzten hingegen ist bei der Diensthäufigkeit mit 11,41 Diensten pro Jahr Spitzenreiter. Zudem hat diese ebenfalls Einfluss auf die von der KVN erhobene Umlage für die Organisation auf den Bereitschaftsdienst, welche in den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen unterschiedlich hoch ist und exemplarisch 0,04% in Delmenhorst und 0,53% in Oldenburg beträgt.

Tabelle 45: Übersicht Basisdaten betrachteter Bereitschaftsdienstbereiche

Bereitschaftsdienstbereich	Fläche in km²	Einwohnerzahl	Anzahl Ärzte (VZK)	Diensthäufigkeit	Umlage in %
Jever	287,5	44.793	50,26	9,48	/
Brake	391,1	74.462	41,99	11,41	0,30
Ammerland	879,9	133.449	141,61	4,12	0,14
Oldenburg	879,6	227.123	390,00	2,90	0,53
Cloppenburg	783,2	110.431	102,90	3,55	0,07
Delmenhorst	237,2	89.471	136,87	4,27	0,04
Wildeshausen	368,0	43.716	47,52	7,68	0,34

Quelle: Eigene Darstellung nach Esri, Statistisches Bundesamt und KVN (127, 134, 135)

Die Bereitschaftsdienstordnung regelt zwar allgemeine Bereitschaftsdienstzeiten, welche sich in den Dienstplänen der einzelnen Bereitschaftsdienstbereiche aber unterschiedlich widerspiegeln. Die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen sind regional unterschiedlich und nicht standardisiert (Tabelle 46). Einige Bereitschaftsdienstpraxen haben täglich geöffnet (z.B. Oldenburg), andere nur an ausgewählten Tagen (z.B. Wildeshausen). Auch die Öffnungszeiten selbst unterscheiden sich zum Teil erheblich. Neben den Auswirkungen auf das Versorgungsangebot für Patienten wirkt sich dies ebenfalls auf die Dienstenteilung der Ärzte aus. Die Wochenend- oder Feiertagsdienste sind in einigen Bereichen in zwei Schichten unterteilt, in anderen Bereichen erfolgt die Dienstenteilung zu einem durchgehenden Dienst. Weiterhin gibt es in einigen Bereichen kombinierte Dienste aus Praxis- und Fahrdienst, in anderen Bereichen werden diese Dienste separat voneinander besetzt. Dies führt zu abweichenden Dienstarten und -häufigkeiten und damit unterschiedlichen Inanspruchnahmen und Belastungsintensitäten der Ärzte. In den Bereitschaftsdienstbereichen Delmenhorst und Wildeshausen wird der Fahrdienst bereits überwiegend durch Gesundheitsfachkräfte übernommen, was dazu führt, dass dort tätige Ärzte kaum noch Fahrdienste leisten müssen.

Tabelle 46: Übersicht Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen

Bereitschaftsdienstbereich	Montag, Dienstag, Donnerstag	Mittwoch, Freitag	Samstag, Sonntag, Feiertag
Jever			10-12, 17-18
Brake		19-20	10-12, 16-18
Ammerland	20-21	17-19	09-13, 17-19
Oldenburg	19-22	15-22	10-22
Cloppenburg	20-21	18-20	09-12, 16-19
Delmenhorst	19-21	17-21	08-12, 16-20
Wildeshausen		17-19	08-12, 16-20

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Eine Anbindung der Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäuser ist größtenteils gegeben, erfolgt aber in unterschiedlicher Ausprägung (Tabelle 47). In fünf der sieben beleuchteten

Bereitschaftsdienstbereiche ist die Bereitschaftsdienstpraxis an ein Krankenhaus angegliedert und eine Praxis hat keine Anbindung an ein Krankenhaus. Im Bereitschaftsdienstbereichen Jever findet der Bereitschaftsdienst in den Arztpraxen der jeweils diensthabenden Ärzte statt. Auch die Angliederung der Bereitschaftsdienstpraxen unterscheidet sich. Teilweise sind die Bereitschaftsdienstpraxen lediglich räumlich an ein Krankenhaus angegliedert, andere sind sogar in die zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser integriert. Den Krankenhäusern selbst werden dabei unterschiedliche Notfallstufen zugeordnet. Während die kleineren und ländlichen Krankenhäuser überwiegend der Notfallstufe 1 nach dem Gestuften Konzept zur Notfallversorgung zuzuordnen sind, erfüllen die Krankenhäuser in Oldenburg die Anforderungen der Notfallstufe 2. Die Ammerland-Klinik im Bereitschaftsdienstbereich Ammerland erfüllt sogar die Kriterien der Notfallstufe 3. In zwei Bereitschaftsdienstpraxen wird sogar die Ein-Tresen-Lösung praktiziert. Zusätzlich zu den allgemeinen Bereitschaftsdienstpraxen sind teilweise ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst im Bereich der Kinderheilkunde sowie überregional im augenärztlichen Bereich eingerichtet (90).

Tabelle 47: Übersicht Anbindung Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäuser

Bereitschaftsdienstbereich	Anbindung an Krankenhaus	Integration in Notaufnahme	Notfallstufe	Bettenanzahl
Jever	nein	nein	/	/
Brake	nein	nein	/	103
Ammerland	ja	ja	3	375 (Ammerland-Klinik)
Oldenburg	ja	ja	2	420 (Ev. Krankenhaus) 417 (Pius-Hospital) 832 (Klinikum Oldenburg) 591 (Karl-Jaspers-Klinik)
Cloppenburg	ja	Nein	1	252 (Cloppenburg) 112 (St. Anna Lönningen)
Delmenhorst	ja	Nein	1	289
Wildeshausen	ja	nein	1	144

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN und Deutsches Krankenhaus Verzeichnis (90, 138)

Nicht in allen Bereitschaftsdienstbereichen ist die KVN, abweichend von der Dienstplanerstellung, bei der Organisation federführend. Auch hier gibt es verschiedene Organisationsformen wie Ärztevereine oder Ärztenetze, die diese Aufgabe im ärztlichen Sinne übernehmen (Tabelle 48). In Bereichen, wo dies nicht der Fall ist, ist die Organisation der Bereitschaftsdienstpraxen in der Regel der DL übertragen. Hieraus ergeben sich insbesondere Unterschiede bei der Einrichtung und Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen, der Personalgestaltung sowie im finanziellen Sinne in Bezug auf die Vorhalte- und Verwaltungskosten, die sich in der Bereitschaftsdienstumlage widerspiegeln. Im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg werden zudem ein Fahrer sowie ein ausgestattetes Fahrzeug im Fahrdienst durch den Ärzteverein organisiert.

Tabelle 48: Übersicht Organisationsform betrachteter Bereitschaftsdienstbereiche

Bereitschaftsdienstbereich	Organisationsform
Jever	KVN
Brake	Ärzteverein
Ammerland	Ärztetz
Oldenburg	Ärzteverein
Cloppenburg	KVN DL
Delmenhorst	KVN DL
Wildeshausen	KVN DL

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN (90)

Anhand der Bedarfsplanung wird deutlich, dass einige Bereiche, insbesondere sehr ländliche Bereiche, schon jetzt hausärztlich, zum Teil auch fachärztlich, unterversorgt sind. Während der Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg eine dem städtischen Niveau entsprechende gute vertragsärztlichen Versorgung vorweist, ist die Sicherstellung der haus- und allgemeinen fachärztlichen Versorgung in den Bereitschaftsdienstbereichen Brake und Delmenhorst von zunehmenden Herausforderungen geprägt. Gleichzeitig konnte anhand des Durchschnittsalters der Ärzte gezeigt werden, dass dieses in ländlichen Bereichen bereits höher als in städtischen Bereichen ist. Ärzte im Ammerland sind durchschnittlich 55,6 Jahre alt, während Ärzte in Cloppenburg durchschnittlich 58,18 Jahre alt sind. Hierdurch stehen in den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen einerseits immer weniger Ärzte zur Verfügung, die Bereitschaftsdienste übernehmen, was schlussendlich zu einer Mehrbelastung der verbleibenden Ärzte führt. Auch die Einwohnerstrukturen unterscheiden sich aufgrund der Lage des Bereitschaftsdienstbereichs erheblich und wirken sich so unterschiedlich auf die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes aus. Der Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg sticht mit einer besonders hohen Geburtenrate von 11 pro 1.000 Einwohner hervor. Im Bereitschaftsdienstbereich Jever hingegen beträgt diese lediglich 7,3 pro 1.000 Einwohner. Während die Bevölkerung im Bereitschaftsdienstbereich Nordenham im Vergleich älter ist (Altersindex 222,3), ist der Bereitschaftsdienstbereich Vechta durch eine junge Bevölkerungsstruktur gekennzeichnet (Altersindex 101,9). In den Bereitschaftsdienstbereichen weichen so die Inanspruchnahmen durch die Patienten deutlich voneinander ab, sowohl in der Bereitschaftsdienstpraxis als auch im aufsuchenden Fahrdienst. Es konnte gezeigt werden, dass das Inanspruchnahmeverhalten unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitsbelastung und Einsatzdichte, aber auch auf die Verdienstmöglichkeiten Bezug auf die Finanzierung und Honorierung des Bereitschaftsdienstes hat. Erwartungsgemäß fallen somit in den städtisch geprägten Bereitschaftsdienstbereichen Oldenburg und Delmenhorst viele Fahrdiensteinsätze insgesamt und pro Wochentag an, während im Bereitschaftsdienstbereich Cloppenburg deutlich weniger Fahrdiensteinsätze zur Abrechnung gebracht werden.

Zusammenfassend werden somit deutliche Unterschiede bezüglich der Organisation und Arbeitsbedingungen innerhalb der verschiedenen beleuchteten Bereitschaftsdienstbereiche aufgezeigt. Insbesondere wird neben diesen ein Gefälle zwischen städtischen und ländlichen Bereichen deutlich.

6. Bereitschaftsdienst aus der Perspektive von Ärzten als Leistungserbringer

Nachdem also bisher einzelne Bereitschaftsdienstbereiche und ihre organisatorischen Strukturen sowie ihre Inanspruchnahmen beschrieben wurden, schließt sich im zweiten Schritt eine qualitative Befragung von Ärzten als Leistungserbringer an, um deren Wahrnehmung in Bezug auf den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu erheben. Hierzu wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt.

Die gesamte Studie verfolgt das Ziel, das persönliche Empfinden und Erfahrungen von Ärzten als Leistungserbringer in Bezug auf den Bereitschaftsdienst zu systematisieren und zu beschreiben. Der Themenaspekt des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist bisher nur vereinzelt beschrieben. Gleichwohl gibt es laut KVN Hinweise, dass der Bereitschaftsdienst für niedergelassene Ärzte einerseits eine große Belastung neben der vertragsärztlichen Tätigkeit darstellt und andererseits als eins der größeren Niederlassungsvorbehalte junger Ärzte gilt (90). Nach van den Berg et al. stellt die Dimension der Leistungserbringer eine besondere Relevanz dar, da die Akzeptanz der Leistungserbringer häufig mit der Zufriedenheit mit der Tätigkeit in einem sektorübergreifenden Setting einhergeht (151). Daher gilt es, dies näher zu beleuchten und zugänglich zu machen. Vor diesem Hintergrund wurde für die vorliegende Arbeit ein explorierendes Verfahren gewählt, um das persönliche Empfinden und Erleben der Zielgruppe besser zu verstehen und dadurch ein ganzheitliches Bild des zu erschließenden Themenaspekts zu gewinnen (152, 153). Durch das stark explorierende Verfahren wird ein sehr realitätsnaher Erkenntnisgewinn mit möglichst vielen und ungefilterten Informationen aus verschiedenen Perspektiven der Ärztinnen und Ärzte intendiert (154, 155).

6.1 Datenerhebung

6.1.1 Erhebungsinstrument leitfadengestützte Interviews

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden leitfadengestützte Interviews als teilstandardisierte Erhebungsmethode verwendet. Das teilstandardisierte Leitfadeninterview eignet sich insbesondere dann, wenn die Fragestellung relativ eng verfolgt wird und beschreibende Darstellungen der zu erforschenden Themenaspekte im Vordergrund stehen. Dabei sind oft bereits spezifische Vorannahmen zum Themenfeld vorhanden. Es wird also theoriegeleitet vorgegangen. Der Interviewer geht dabei mit konkreten Vorannahmen (deduktiv) in das Gespräch, für das vorab spezifische Fragen formuliert werden (156). Die offenen Fragestellungen lassen die Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einer offenen Gesprächssituation möglichst nah zu kommen. Das Interview

ist dennoch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, die der Interviewer zu Beginn einführt und auf die er mit Hilfe des Leitfadens immer wieder zurückkommt (157). Der Leitfaden dient dabei als Rahmen, damit sichergestellt wird, dass wichtige Themen abgedeckt werden, während den Befragten weitgehend Freiheit gegeben wird, ihre Gedanken und Erfahrungen frei zu äußern (155, 158, 159). Zusätzlich ist der Interviewer offen für unerwartete Wendungen im Gespräch und kann auf weitere Themen, die während des Interviews aufkommen, bei Bedarf reagieren (156). Wiederholte Nachfragen und das Verfolgen von interessanten Gedankensträngen können teilstandardisierten Interviews eine tiefere Wirkung schenken, was zu reichhaltigeren und kleinteiligeren Daten führen kann (155).

6.1.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Leitfaden ist konkret aus den vorab festgelegten Forschungsfragen und den aus dem theoretischen Teil entwickelten Vergleichskriterien der verschiedenen Bereitschaftsdienstbereiche heraus entwickelt worden. Dazu wurde der Leitfaden angelehnt an die SPSS-Methode von Cornelia Helfferich erstellt. Nach den Prinzipien *Sammeln-Prüfen-Sortieren-Subsummieren* wurden zunächst viele einzelne Fragen rund um das Ziel der Arbeit gesammelt. Im zweiten Schritt „Prüfen“ wurde die Liste der Fragen vor dem Hintergrund des Vorwissens und der Offenheit bereits reduziert und sortiert. Anschließend wurden die Fragen nach inhaltlichen Aspekten „sortiert“. Abschließend erhielt der Leitfaden durch „Subsumption“ seine Form, indem aus den verschiedenen inhaltlichen Aspekten Bündel gebildet und diese in drei verschiedenen Phasen des Interviews zugeordnet wurden (155).

Auf Fragen zum Lebenslauf oder zur derzeitigen Situation wurde verzichtet, da die interviewten Personen und ihr Umfeld sowie ihre Stammdaten bereits bekannt waren, sodass die erste Phase des Interviews durch zwei sehr offene, einleitende Fragestellungen eröffnet wurde. Diese Fragen sollen als „Eisbrecher“ fungieren, indem sie die Hemmschwelle zwischen Interviewer und Befragtem abbauen sowie einen Gesprächsfluss herstellen sollen (155).

Einleitung
• Wenn Sie an den Bereitschaftsdienst denken – was geht Ihnen durch den Kopf?
• Welche Veränderungen oder Entwicklungen haben Sie in den letzten Jahren im Bereitschaftsdienst mitbekommen oder wahrgenommen?

In der zweiten Phase des Interviews sind alle Fragen angesiedelt, die zur Klärung der inhaltlichen Aspekte beitragen.

Organisation
Wie erleben Sie die Organisation der Bereitschaftsdienstpraxis / des Bereitschaftsdienstes durch die DL / Ärztenetz / Ärzteverein / Dienst in eigenen Praxen?
Wie empfinden Sie die Diensterteilung?
Alternativ: Warum lassen Sie sich vertreten und leisten den Bereitschaftsdienst nicht selbst?
Welche Erfahrungen haben Sie mit der bundesweiten Rufnummer 116117 gemacht?
Was geht Ihnen beim Stichwort „Vergütung“ durch den Kopf?
Können Sie mir über die Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxis und auf Hausbesuchen berichten?
Inanspruchnahme
Wie beurteilen Sie die Inanspruchnahme?
Inwiefern beantwortet der Bereitschaftsdienst die Nachfrage von Patienten?
Ressource Arzt
Was halten Sie vom Einsatz von Telemedizin im Bereitschaftsdienst?
Haben Sie Ideen, wie man die Ressource Arzt schonender einsetzen kann?
Wenn Sie ein Idealbild zeichnen dürften: Wie sähe die Versorgung außerhalb der Sprechstunden aus?
Nachwuchsgewinnung
Wie ist der Bereitschaftsdienst mit dem Familien- und Privatleben vereinbar?
Welche Rolle spielt der Bereitschaftsdienst bei der Niederlassung / Nachfolgersuche?
Evaluation
Was läuft im Bereitschaftsdienst gut?
Was läuft nicht gut?
Haben Sie Tipps oder Tricks bei der Durchführung und Vereinbarung des Bereitschaftsdienstes mit dem Praxisalltag?
Berufsethos
Die Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen sieht die Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst vor. Was denken Sie darüber?

In der dritten und letzten Phase des Interviews, im Schlussteil, werden Fragen mit stärkerem und sehr offenem Abfragecharakter gestellt.

Abschluss
Haben Sie noch etwas, was Sie mir mit auf den Weg geben möchten?

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens bestand die Anforderung, so offen wie möglich und so strukturiert wie notwendig formuliert zu werden. Hier wurde sich an den abgewandelten Kriterien von Przyborski und Wohlrab-Sahar nach Merton orientiert, welche aus den Einheiten "Offenheit", "Spezifität", sowie "Kontextualität und Relevanz" bestehen (156). Der Leitfaden dient demnach eher als eine Art Werkzeugkasten zur Strukturierung der Untersuchung (155). Dies bedeutet, dass die ausformulierten Fragen im weiteren Gesprächsverlauf lediglich bei der Orientierung helfen und nicht wortwörtlich abgelesen und gestellt werden. Von der Reihenfolge kann dabei individuell abgewichen werden und angrenzende Themen, die vorab vom Interviewten im Zuge der Beantwortung der Fragen aufgegriffen werden, können demnach vorgezogen werden. Die Interviewverläufe sind daher individuell.

Beim Layout des Leitfadens wurde sich an einer Darstellung von Sabine Hammer orientiert (160). In der ersten Spalte des Leitfadens wird zunächst das Thema ausgewiesen. Es folgt in der zweiten Spalte die zentrale Leitfrage. Die dritte Spalte enthält aufrechterhaltende Fragen, die den Austausch zum genannten Thema vertiefen und konkretisieren sollen. Die weiterführenden Themen eignen sich insbesondere für Nachfragen bei speziellen Fallkonstellationen oder dann, wenn der Interviewte bereits sehr tief auf das Thema eingegangen ist und hier noch detaillierte Informationen generiert werden sollen (Tabelle 49). Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang (Anhang 3) enthalten.

Tabelle 49: Aufbau des Interviewleitfadens

Thema	Leitfrage	Aufrechterhaltende Fragen	Weiterführende Themen
Organisation	3. Wie erleben Sie die Organisation der Bereitschaftsdienstpraxis / des Bereitschaftsdienstes durch die KVN / DL / Ärztenetz / Ärzteverein?	Welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus? Fühlen Sie Ihre Interessen vertreten?	Wirtschaftlichkeit, Ansprechpartner, Tauschbörse, Vernetzung
	4. Wie empfinden Sie die Diensteeinteilung?	Was halten Sie von der verpflichtenden Diensteeinteilung? Wie ist die Belastung im Alltag durch die Einteilung?	Planbarkeit, Häufigkeit, Dienstzeiten und Vereinbarkeit mit Praxisbetrieb, Einteilung angestellter Ärzte

Quelle: Eigene Darstellung nach Hammer und Polchow (160)

6.1.3 Aufstellung der Stichprobe und Pre-Test

Die Aufstellung der Stichprobe stellt vor dem Hintergrund der Verallgemeinerbarkeit in der qualitativen Forschung eine besondere Herausforderung dar. Die qualitative Forschung zielt tendenziell auf die Erhebung des Besonderen ab und kann das Kriterium der Repräsentativität nicht erfüllen. Dennoch wurde versucht, die Stichprobe so aufzustellen, dass ein breites Sampling gegeben ist und unterschiedliche Kriterien und Merkmale gleichmäßig verteilt und abgebildet sind. Die Zielgruppe soll für einen maximalen Informationsgewinn also möglichst heterogen sein.

Zunächst wurden Ärzte in die Stichprobe eingeschlossen, die am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und während des Zeitraums 01.01.2021 - 31.12.2021 tätig waren. Als Datengrundlage dienen die Dienstpläne in der Zeit aus dem Dienstplanungsprogramm BD-online und das Arztregister der KVN. Folgende Tätigkeitsmodi sollen bei der Auswahl der Stichprobe berücksichtigt werden:

- Ärzte, die ihre Dienste regulär durchführen
- Ärzte, die keine eigene Praxis (mehr) haben und sehr häufig oder ausschließlich als Vertreter tätig sind
- Ärzte, die keinen Bereitschaftsdienst machen und sich vertreten lassen
- Ärzte, die parallel auch als Notarzt tätig sind
- Ärzte, die psychotherapeutisch tätig sind

Folgende Merkmale werden bei der Auswahl der Stichprobe darüber hinaus berücksichtigt:

- **Fachgebiet**
- **Familienstand und Kinder** ja/nein
- **Geschlecht** männlich/weiblich
- **Praxisform** Einzelpraxis (EP)/Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)/Praxisgemeinschaft (PG)
- **Standort der Praxis** Stadt/Land/Insel
- **Status** niedergelassen/angestellt/MVZ/Vertretung
- **Tätigkeitsdauer:** Dauer der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- **Versorgungsumfang** 0,5/0,75/1,0 bzw. angestellt Vollzeit/Teilzeit

Bei einer angesetzten Interviewzahl von 15-20 Interviews kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Interviewpartner alle Kriterien erfüllen. Es sollte dennoch eine möglichst große Anzahl erfüllt werden.

Im August 2023 wurden drei Pretests mit dem Leitfaden durchgeführt. So konnte überprüft werden, ob der Leitfaden verständlich und für einen reibungslosen Gesprächsablauf geeignet ist. Ebenfalls diente er dazu, sich in die Interviewsituation einzufinden und Sicherheit zu gewinnen. Die für die Pretests ausgesuchten Ärzte erfüllten die Kriterien der Fallauswahl und hätten somit zur Datenauswertung herangezogen werden können. Im Verlauf der drei Pretests hat sich gezeigt, dass Frage 2 zu Verständnisfragen auf Seiten der Teilnehmer geführt hat. Die Frage „Haben Sie in den letzten Jahren Veränderungen oder Entwicklungen im Bereitschaftsdienst bemerkt?“ war sehr allgemein formuliert und führte bei allen drei Befragten zu Nachfragen, wie genau diese gemeint ist. Hier wurde der Fragestellung direkt eine Erklärung hinzugefügt, da die Fragestellung bewusst sehr offengelassen ist und keinen Themenschwerpunkt besonders ansprechen soll, um die einzelnen Wahrnehmungen und Schwerpunkte der Befragten einordnen und priorisieren zu können. Frage 15 wurde entfernt, da sich gezeigt hat, dass die erwarteten Antworten und Inhalte schon mit Beantwortung der vorherigen Fragen automatisch genannt wurden. So wurde verhindert, dass Inhalte doppelt abgefragt werden. Weitere Anpassungen wurde nicht vorgenommen und der Leitfaden für geeignet erklärt, sodass die Befragung starten konnte. Der Leitfaden bestand aus insgesamt 19 Hauptfragen.

6.1.4 Feldzugang und Durchführung der Befragung

Nach Festlegung der Stichprobe wurden die dazugehörigen Ärzte von der privaten Mailadresse der Autorin angeschrieben und über die Befragung und die Interviewbitte informiert. In der Mail wurde ergänzend angekündigt, dass ein paar Tage später eine telefonische Kontaktaufnahme zur Abfrage von Interesse und ggfs. Terminvereinbarung erfolgen wird. Die Mails wurden im August 2023 versandt. Für die Mailadressen und Telefonnummern der Ärzte wurde auf die Stammdaten zurückgegriffen, die im KVN-Arztregister hinterlegt waren.

Insgesamt wurden 26 Ärzte bzw. Arztpraxen angeschrieben, von denen sich einige zum Teil selbst zwecks Terminvereinbarung gemeldet haben. Fünf Ärzte haben aus persönlichen Gründen, oder weil sie keine Bereitschaftsdienste ausüben, abgelehnt. Ein Arzt hat sich für ein Interview bereit erklärt, aufgrund von Terminverschiebungen kam es jedoch nicht zu diesem. Schlussendlich wurden im Zeitraum von September bis November 2023 20 Interviews mit 22 Ärzten (zwei Partnerinterviews in BAGs) geführt. Um Missverständnisse zu vermeiden, wurden organisatorische Aspekte wie die Art des Interviews (telefonisch, per Video, persönlich), die Aufnahme mit dem Diktiergerät sowie die Anonymisierung und Weiterverarbeitung der Daten bereits per Mail erläutert und bei den Terminvereinbarungen das schriftliche Einverständnis (siehe Anhang 2) dazu

eingeholt. Die angeschriebenen Ärzte konnten selbst wählen, in welcher Form das Interview stattfinden soll.

Die Durchführung der Interviews ist vom Ablauf immer ähnlich verlaufen. Zu Beginn des Interviews wurde der Befragte begrüßt. Anschließend wurde die Interviewsituation vorbereitet. Zunächst wurde das Thema der Befragung und der allgemeine Hintergrund der Arbeit sowie der derzeitige Zwischenstand erläutert. Es wurde jedes Mal klar und deutlich kommuniziert, dass das Interview sowie das Projekt insgesamt aus privater Motivation heraus entstanden und es keinerlei Zusammenarbeit mit der KVN als Arbeitgeber gibt. Weiterhin wurden die geschätzte Dauer des anstehenden Interviews angekündigt und die Datenschutzbestimmungen und Verwendungsabsichten erläutert. Der Datenschutz wurde durch Einwilligungserklärungen (Anhang 2) der Befragten geregelt. Vor Beginn der Interviews wurde noch einmal explizit darauf verwiesen, dass die Fragen bewusst so offen wie möglich gehalten wurden und die Antworten ebenfalls so offen wie möglich gefasst werden dürfen, um viele Informationen und Einblicke generieren zu können. Das Aufnahmegerät wurde eingeschaltet und zum Interview übergegangen.

Wie in Kapitel 6.1.1 bereits erwähnt, wurde der Leitfaden in der Interviewsituation als Orientierung verstanden und flexibel, angelehnt an einen möglichst natürlichen Gesprächsverlauf, zur Hilfe genommen. Bei Unklarheiten, unerwarteten Antworten oder beim Anschneiden weiterer Themengebiete wurden vertiefende Fragestellungen herangezogen, um das zu untersuchende Thema in seiner Tiefe zu erfassen und weitere Themenkomplexe zu integrieren. So waren eine große Bandbreite an möglichen Antworten und angepasste Nachfragen möglich. Gleichzeitig wurden forschenseitig Offenheit und ein stetiges Zurückhalten der eigenen Meinungen eingehalten. Die Befragten erhielten dadurch die Möglichkeit, alle für sie relevanten Aspekte zum untersuchten Thema zu schildern (161). Zur Vorbereitung der Gesprächssituationen wurde das Manual zur Durchführung qualitativer Interviews von Helfferich herangezogen und es wurde versucht, die Hinweise zur Gesprächssteuerung, zu Facetten von Kommunikation und zur Frageformulierung umzusetzen (155).

Im Dezember 2022 wurde für das Forschungsvorhaben eine Voranfrage zur Einschätzung der Notwendigkeit einer Beratung durch die Ethikkommission bei der Medizinischen Ethikkommission der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg gestellt und ein Waiver (2023-002) erhalten.

6.2 Datenauswertung

6.2.1 Interviewaufbereitung und Transkription

Alle Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend mit Hilfe des Programms f4transkript transkribiert. Für diese Dissertation haben die einfachen Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl, die im Kern aus 15 Regeln bestehen, Anwendung gefunden (162). Da der Fokus des Forschungsvorhabens zur Beantwortung der Fragestellung auf den genannten Inhalten und nicht auf kommunikativen Zwischenhandlungen zwischen Interviewer und Interviewtem lag, wurden einfache Transkriptionsregeln angewandt, welche lediglich diesen widerspiegeln. Entsprechend wurden danach Dialekte ins Hochdeutsche übersetzt und grammatikalische Fehler und sprachliche Abweichungen korrigiert. So konnte der Fokus auf die Inhalte der Interviews gelegt und deren Analyse erleichtert werden. Lautäußerungen wie Lachen, Seufzen, Räuspern usw., die in Klammern angegeben wurden, wurden ebenfalls transkribiert, damit nicht gesprochene Interaktion, die für die Analyse der Interviews von Bedeutung ist, nicht verloren geht. Außerdem wurden längere bedeutungsvolle Pausen, sehr stark betonte Begriffe sowie unverständliche Wörter aufgeführt. Störungen und ihre Ursache wurden ebenfalls in Klammern erfasst. Anschließend erfolgte die Pseudonymisierung personenbezogener Daten innerhalb der Transkripte, sodass eindeutige Rückschlüsse auf einzelnen Personen und deren Umfeld nicht mehr möglich sind. Sie wurden entweder gelöscht oder entsprechend modifiziert. Für die nachfolgende strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) konnten alle Transkripte (n=20) verwendet werden.

6.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsinstrument

Die Inhaltsanalyse ist eine der klassischen Vorgehensweisen zur Analyse von Textmaterial in Form von Interviewdaten (163). Bei den qualitativ inhaltsanalytischen Techniken sticht vor allem Mayring mit seiner strukturierenden Inhaltsanalyse als eine der häufigsten Auswertungsmethoden in der Versorgungsforschung hervor (153). Mayring beschreibt insgesamt als Stärke der Inhaltsanalyse, dass sie das Material streng methodisch vorgegeben schrittweise analysiert und in Einheiten einteilt, die nacheinander ausgewertet werden. Sie zielt insbesondere darauf ab, ein System zu entwickeln, welches an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen ansetzt, sie durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht. Im Fokus der qualitativen Inhaltsanalyse stehen die Bildung von Kategorien und ein sich daraus ableitendes Kategoriensystem (164).

Insbesondere bei der strukturierenden Inhaltsanalyse liegt der Fokus darauf, ein theoriegeleitetes und am Material entwickeltes Kategoriensystem zu erstellen, welches die Aspekte festlegt, die aus den Interviews entnommen werden und der Beantwortung der Fragestellung dienen sollen. Ziel soll somit sein, formale Aspekte, inhaltliche Aspekte oder bestimmte Typen aus dem Material herauszufiltern. Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse wird dabei das Kategoriensystem vorab so exakt definiert, dass eine eindeutige Zuordnung des Textmaterials in eine bestimmte Kategorie immer möglich ist (157).

Aufgrund der Forschungsfragen und des theoriegeleitet entwickelten Interviewleitfadens sowie des bereits breit aufgestellten Hintergrundwissens zum Thema konnten bereits bestehende Hypothesen und Annahmen genutzt werden, um vorab Kategorien zu bilden, diese an das Textmaterial heranzutragen und es entsprechend danach aufzuschlüsseln. Aufgrund dessen und der dadurch gegeben hohen Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit wurde sich für eine Aufarbeitung der Interviewdaten in Anlehnung an Mayrings strukturierter Inhaltsanalyse entschieden und diese für besonders geeignet herausgestellt. Um schließlich sicherzustellen, dass aufgrund des deduktiven Vorgehens keine wichtigen Textbestandteile übersehen werden oder unbeachtet bleiben und um einen höheren Detailgrad zu erreichen, wurde im Verlauf eine Mischform aus deduktiv-induktiver Kategorienbildung gewählt (164).

Die Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse geschah softwaregestützt in MAXQDA® der Firma VERBI Software GmbH in der Version 2025. Es wurden dabei drei Arbeitsphasen durchlaufen: vorbereitende Textarbeiten, die Kodierung von Textstellen und Entwicklung des Kategoriensystems sowie die anschließende inhaltliche Analyse und Interpretation der Ergebnisse.

6.2.3 Entwicklung des Kategoriensystems

Laut Mayring steht das Kategoriensystem im Fokus der qualitativen Inhaltsanalyse, denn mit Hilfe der Kategorien wird das Ziel der Analyse konkretisiert. Das Kategoriensystem bringt den großen Vorteil mit sich, dass es die Analyse und Intersubjektivität des Vorgehens für Außenstehende sichtbar und nachvollziehbar macht. Dabei nehmen Kategorienkonstruktion und -begründung eine zentrale Rolle ein. Sie stehen für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und lassen eine Abschätzung der Reliabilität der Analyse zu (164).

Bei der strukturierenden bzw. deduktiven Kategorienanwendung geht es darum, eine bestehende Struktur aus dem Material herauszufiltern. Diese wird durch das Kategoriensystem wie eine Schablone an das Material herangetragen. So können alle Textbestandteile, die der zuvor festgelegten Struktur entsprechen, auffindig gemacht und aus dem Text systematisch

herausgearbeitet werden (164). Die Entwicklung eines Kategoriensystems orientiert sich an der Fragestellung der Forschungsarbeit und muss theoretisch begründet werden. Dazu muss genau festgelegt werden, wann ein Textbestandteil einer Kategorie zugehörig ist. Dies wird durch die Erstellung eines Kodierleitfadens festgehalten, welcher eine Definition der Kategorie, Ankerbeispiele und Kodierregeln enthält (165, 166). Der Kodierleitfaden stellt nach Mayring das Kernstück der Auswertungsarbeit dar. Die Zuordnung von Textstellen zu den bereits vorab deduktiv festgelegten Kategorien ist zwar ein interpretatives und qualitatives Vorgehen, unterliegt allerdings durch den Kodierleitfaden einem systematischen und regelgeleiteten Vorgehen.

Wie in Abbildung 41 dargestellt, werden konkret Kategorien theoriebezogen aus Forschungsgegenstand, Fragestellung und theoretischem Hintergrund hergeleitet und definiert. Sie werden an das Textmaterial herangetragen. Textstellen, die eindeutig der Definition der Kategorie entsprechen, werden als Ankerbeispiel identifiziert und in den Kodierleitfaden übernommen. Bei Textstellen, die nicht eindeutig einzuordnen oder abzugrenzen sind, werden Kodierregeln formuliert, um eine Abgrenzung zu benachbarten Kategorien sicherzustellen (164). Abschließend folgt nach Mayring die Festlegung der Analyseeinheiten. Für das weitere Vorgehen wird somit festgelegt, welche Maßeinheiten des Textmaterials Gegenstand der Analyse sein sollen. Die „Kodiereinheit“ ist dabei als die kleinste Texteinheit anzusehen, die ausgewertet wird. Das Gegenstück, die „Kontexteinheit“ ist die größte Texteinheit. Die Analyseeinheiten bilden schlussendlich alle Elemente ab, welche für die Bildung von Kategorien stehen (167).

Das Kategoriensystem wurde dann in seiner Rohversion an das Textmaterial herangetragen und in weiteren Arbeitsschritten, wie im nachfolgenden Kapitel beschrieben, überprüft, angepasst und weiterentwickelt, bis sich die Kodierung stabilisiert hatte und eine finale Version des Kategoriensystems und Kodierleitfadens erstellt werden konnte (Anhang 4).

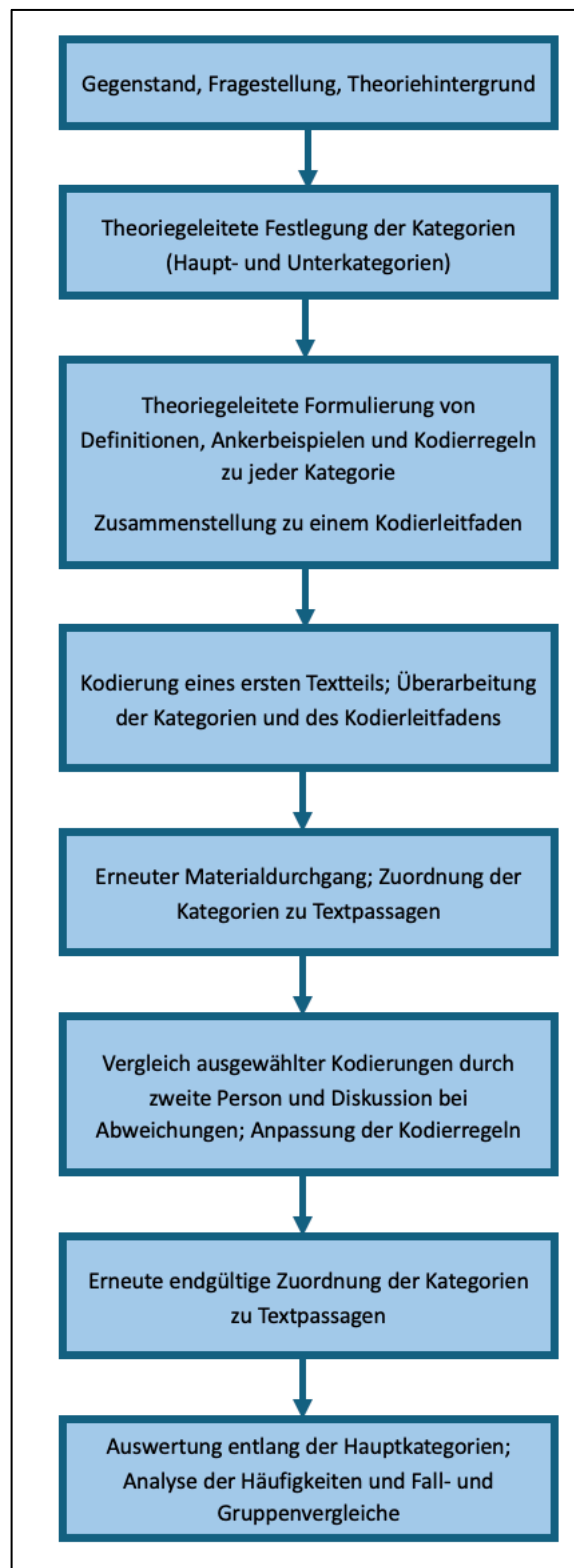


Abbildung 41: Ablauf des Kodierprozesses
Quelle: Eigene Darstellung nach Mayring (164)

6.2.4 Datenaufbereitung und Weiterentwicklung des Kategoriensystems

Vor dem Hintergrund der Verständlichkeit muss erwähnt werden, dass Mayring während der Beschreibung seiner Methodik die Begriffe Kategoriensystem, Haupt- und Unterkategorien

verwendet. Kuckartz hingegen macht auf die Probleme der unübersichtlichen Verwendung von Komposita des Wortes „Kategorie“ einerseits und „Code“ andererseits aufmerksam (168). Neben methodenspezifischen Bevorzugen existieren Begriffe, die ausschließlich als Komposita eines der beiden Begriffe genutzt werden. Da im Kontext von QDA-Software überwiegend gleichbedeutende Komposita mit „Code“ verwendet werden, geschieht dies auch in dieser Arbeit. Im Kontext methodischer Fragen werden hingegen Komposita in Bedeutung von „Kategorie“ verwendet (168). Ebenfalls wird darauf hingewiesen, dass Funktionen, die in MAXQDA genutzt und beschrieben werden, für eine bessere Wiedererkennbarkeit im nachfolgenden Text kursiv geschrieben werden. Nachdem die Interviews in f4transcript transkribiert wurden, wurden die Dokumente gemeinsam mit den dazugehörigen Audiodateien in MAXQDA importiert. Die Verknüpfung von Transkript und Audiodatei bietet die Möglichkeit, Aussagen im Verlauf der Zuordnungen und Interpretation im Original anzuhören.

Im Rahmen der Vorarbeiten wurden zunächst alle Interviews einzeln gesichtet und Fallzusammenfassungen bzw. Interviewprotokolle geschrieben. Hierbei wurden bereits prägnante Auffälligkeiten und für den weiteren Verlauf potenziell wichtige Informationen herausgearbeitet und in der *Dokumentmemofunktion* erfasst. In einem weiteren Schritt wurden dem Dokument in *Variablen > Liste der Dokumentvariablen > Dateneditor für Dokumentvariablen Variablen* wie das Alter, Geschlecht, der Bereitschaftsdienstbereich, die Tätigkeitsform und die Facharztgruppe hinzugefügt. Für wichtig befundene Textstellen wurden farbig markiert und mit einer *Textmemo* versehen. Da die Interviewten beim Führen der Interviews bereits bekannt waren und durch die eigenständige Transkription der Interviews bereits eine große Vertrautheit mit den Daten hergestellt werden konnte, war die erste Phase der einführenden und vorbereitenden Textarbeiten schnell abgeschlossen.

In der zweiten Phase wurde das vorab entwickelte Kategoriensystem inklusive der Inhalte des Kodierleitfadens eingefügt. Hierzu wurden zunächst alle zu dem Zeitpunkt bestehenden Haupt- und Subcodes erstellt, mit einer Farbe versehen und entsprechende Beschreibungen bzw. Definitionen sowie Ankerbeispiele und wenn nötig Kodierregeln in der *Codememo-Funktion* hinterlegt. Die Zuordnung der Farbe zu einem jeweiligen Code geschah vor dem Hintergrund, dass dies für die späteren Visualisierungen der Codes notwendig ist.

In der dritten Phase erfolgte die Codierung von zunächst sieben Interviews (aufgrund der großen Datenmenge) mit dem vorab deduktiv entwickelten Kategoriensystem. Währenddessen wurden bestehende Codes überprüft, hinterfragt und entsprechend angepasst sowie präzisiert. Weiter

wurden Streichungen überflüssiger Codes und Hinzunahmen fehlender Codes vorgenommen. Ab dieser Stelle kam es zu einem deduktiv-induktiven Wechselspiel, da neben den vorab deduktiv erstellten Codes fortan auch Codes aus dem Textmaterial heraus entwickelt und ergänzt wurden. Für eine spätere Nachvollziehbarkeit davon, welche Codes deduktiv und welche induktiv erstellt wurden, wurden den *Codememos* farbliche Markierungen hinzugefügt. Das Kategoriensystem wurde als lernendes System angesehen und durch immer wiederholende Codierungen angepasst und weiterentwickelt. Es fanden ständig Rücküberprüfungen an Theorie und Material statt. Bei Einordnungs- und Abgrenzungsproblemen wurden mit einer weiteren Person per Vier-Augen-Prinzip (hierfür wurde die MAXQDA-Projektdatei zur Verfügung gestellt) die adäquate Einordnung diskutiert und die Kodierregeln entsprechend angepasst. Zusätzlich wurden weitere für die Definition des Codes richtungsweisende Ankerbeispiele in den Kodierleitfaden eingefügt.

Nachdem eine erste endgültige Version des Kategoriensystems gefasst werden konnte, wurde diese erneut durch eine weitere Person auf Sinn, Logik und Auffälligkeiten überprüft. Anschließend erfolgte eine Rekodierung der sieben Interviews mit dem überarbeiteten deduktiv-induktiven Kodierschema. Es fanden eine weitere Sichtungsrunde und Überprüfung der Kodierungen und Erweiterung des Kodierleitfadens statt. Wieder wurden nach Diskussion Kodierregeln präzisiert und Ankerbeispiele in den Kodierleitfaden aufgenommen, wenn es Einordnungsschwierigkeiten gab.

Abschließend wurde die Kodierung aller Interviews mit dem überarbeiteten Kodierschema vorgenommen. Auch hier wurden bei Abgrenzungs- und Einordnungsproblemen wieder Definitionen und Kodierregeln präzisiert sowie Ankerbeispiele zur Hilfe hinzugezogen und kritische Fälle mit einer zweiten Person diskutiert. Dieser Prozess wurde so oft wiederholt, bis eine endgültige Fassung des Kategoriensystems und Kodierleitfadens erreicht werden konnte. In Anhang 6 ist ein kodiertes Beispieltranskript enthalten.

Nach dem Kodierprozess und der Erstellung des abschließenden Kategoriensystems wurden die Daten für die Durchführung der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse vorbereitet.

Dazu wurde zunächst eine *Summary Grid* in MAXQDA erstellt, in der die Zusammensetzung aller Codings betrachtet werden können. Bei der *Summary Grid* handelt es sich um eine Themenmatrix, in der alle Codings dargestellt werden und je Interview und Code zusammengefasst und dargestellt werden können. Als Aufbauschritt hierzu wurde dann nach Zusammenfassen aller Codes eine *Summary Tabelle* erstellt, die neben der *Segmentmatrix* die Basis der nachfolgenden strukturierenden Inhaltsanalyse darstellt (169).

6.2.5 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse

In diesem Kapitel sollen für eine bessere Nachvollziehbarkeit die einzelnen Schritte der inhaltsanalytischen Arbeit mit Nennung der jeweiligen MAXQDA-Funktionen beschrieben werden.

Nach Mayring besteht die einfachste Art inhaltsanalytischen Arbeitens darin, „*bestimmte Elemente des Materials auszuzählen und in ihrer Häufigkeit mit dem Auftreten anderer Elemente zu vergleichen*“ (164). Zu Beginn der Inhaltsanalyse wurde eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt. Sie sollte Ein- und Überblick über das relative Gewicht und die Verteilung von Textbestandteilen und deren Schwerpunkte geben. Im weiteren Verlauf fanden die Beschreibung und Analyse der Kategorien (Haupt- und Unterkategorien) und deren Zusammenhänge statt. Dies geschah qualitativ rein als Text in Form von Zusammenfassungen und ggf. Interpretationen derer. Hier kamen die zuvor erstellten *Summary Tabellen* zum Einsatz. Zusätzlich wurden einzelne Codes mit Hilfe der *einfachen Coding-Suche* über *Aktivierung* betrachtet. Auch die Funktion *Segmentmatrix* wurde immer wieder zur Hilfe genommen (169). Unterstützend wurden zur Beschreibung von Hauptkategorien Ankerbeispiele in Form von Zitaten hinzugezogen. Der Befragte wird dabei mit einem „B“ gekennzeichnet und hinter dem jeweiligen Zitat wird das numerische Kürzel der Interviews in Klammern für eine bessere Nachvollziehbarkeit angegeben.

In die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse wurde zusätzlich eine Kontingenz- beziehungsweise Zusammenhangsanalyse eingearbeitet. Ziel dieser ist es, Assoziationsstrukturen und besondere Zusammenhänge einzelner Codes aufzudecken und aus dem Textmaterial herauszuarbeiten. Die Analyse von Nähen und Überschneidungen einzelner Codes wurde mittels *Code-Relations-Browser* durchgeführt. Dieser hat den Vorteil, dass man auf einen Blick ablesen kann, welche Codes sich bei einer Auswahl von Dokumenten wie häufig überschneiden und miteinander assoziiert sind (169). Da es bei der Visualisierung mit dem Code-Relations-Browser keine überraschenden Effekte und Ausprägungen zu verzeichnen gab, wurde auf eine tiefergehende Analyse mit der *komplexen Coding-Suche* oder auf *komplexe Codekonfigurationen* verzichtet.

6.2.7 Anwendung der Gütekriterien

Während es in der quantitativen Sozialforschung zur Beurteilung der Qualität zum Einsatz der drei Gütekriterien Validität (Gültigkeit), Reliabilität (Wiederholbarkeit) und Objektivität (Freiheit von äußeren Einflüssen) kommt, ist eine Übertragbarkeit dieser auf die qualitative Sozialforschung problembehaftet und immer wieder Gegenstand zahlreicher Diskussionen verschiedener Methodiker (153, 170). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich „*quantitative und qualitative Sozialforschung nicht gegensätzlich gegenüberstehen, sondern sich viel mehr forschungslogisch*

zwingend komplementär zueinander verhalten“ (170). Ziel der qualitativen Sozialforschung ist es, originäre Konzepte von Untersuchungsgegenständen herauszuarbeiten und zu rekonstruieren (170). Dabei geht es nicht darum, wie in der quantitativen Sozialforschung mit bestehenden Konzepten in den Datenerhebungsprozess einzusteigen, sondern durch einen qualitativen Sozialforschungsansatz empirisch rekonstruierte, gegenstandsbegründete Theorien und Konzepte zu erheben (170).

Da ein hinreichender Vergleich zwischen quantitativer und qualitativer Forschung also kaum möglich ist, ist die einfache Übertragung quantitativer Gütekriterien auf die qualitative Sozialforschung und einhergehende Kritik daran nach Kruse nicht gültig. Nichtsdestotrotz und gerade weil empirische Sozialforschung immer selektiv und subjektiv ist, wird der Ruf nach Gütekriterien in der qualitativen Sozialforschung oder zumindest die Einführung und Umsetzung von Qualitätssicherungskriterien immer lauter. Insbesondere die selbstkritische Reflexion der eigenen Forschungsprozesse ist dabei nach Kruse nicht zu vernachlässigen (170). Zu ähnlichen Ansätzen kommt auch Ines Steinke, nachdem sie drei Grundpositionen im Umgang mit Gütekriterien in der qualitativen Forschung herausgearbeitet hat. Sie schlägt ebenfalls eine Formulierung von Qualitätskriterien vor, die eine untersuchungs- und gegenstandsbezogene Anwendung finden sollten und eine Orientierung darstellen können (171). Auch Flick betont zur Formulierung neuer, methodenangemessener Qualitätskriterien, dass diese die Besonderheit der qualitativen Forschung berücksichtigen sollten und so aus dem theoretischen Hintergrund entwickelt und der Individualität des Forschungsprozesses Rechnung tragen sollten (163). Nach Abschluss der Textarbeiten wurden die Ergebnisse der Interviews von vier der 22 Befragten zur Verfügung gestellt, um Rückmeldung im Sinne der kommunikativen Validierung zu erhalten. Die Befragten hatten die Möglichkeit, Zustimmung oder Kritik zu äußern und die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu beurteilen (172, 173).

Allen bisherigen Versuchen von Formulierungsvorschlägen von Qualitätskriterien ist gemein, dass die Schwerpunkte auf der reflexiven und kritischen Hinterfragung und Einordnung des Forschungsprozesses und der Ergebnisse sowie auf dem Transparenzgedanken liegen. Das Augenmerk auf den Generierungsprozess legt Helfferich in ihrem Werk „Die Qualität qualitativer Daten“. In diesem merkt sie an, dass die Kriterien nicht erst bei der Auswertung der Daten Anwendung finden sollten, sondern bereits im Erhebungsprozess, beim Sampling und bei der Interviewführung (155). Zur Sicherung der Qualität dieser Arbeit wurde sich bei der Anwendung von

Qualitätskriterien an der Checkliste von Kruse orientiert (170). Diese spiegelt sich im Aufbau des Methodenteils wider und sorgt für eine gute Projektdokumentation und Transparenz.

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 20 Interviews mit 22 Personen geführt. Zwei Interviews wurden in Form eines Partnerinterviews durchgeführt. 12 Ärzte haben sich für die persönliche Form entschieden, so dass das Interview in ihren Praxisräumen stattgefunden hat. Meist wurde hier als Zeitpunkt die Mittagspause, abends nach der Sprechstunde oder der freie Nachmittag am Mittwoch oder Freitag gewählt. Alle weiteren Ärzte haben sich aus zeitlichen Gründen für das Interview per Video (n=4) oder Telefon (n=4) entschieden. Zwei Telefoninterviews haben dabei aus der Sprechstunde heraus stattgefunden (Abbildung 42).

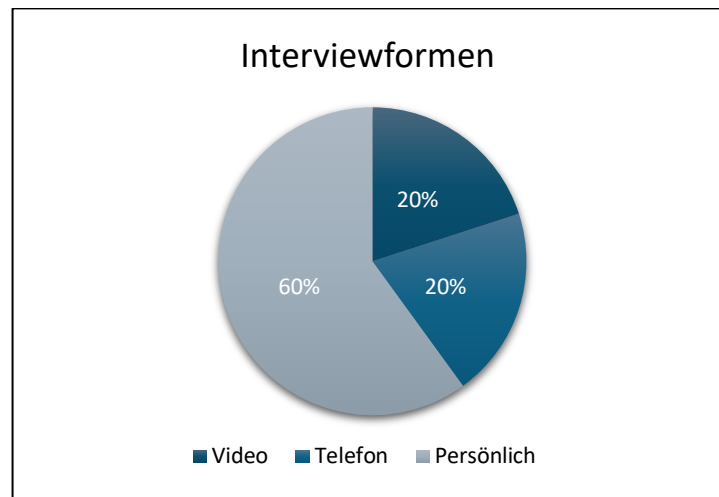


Abbildung 42: Angewandte Interviewformen

Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 29:17 Minuten (min. 14:51; max. 64:22; SD: 0,49). Die Dauer der Interviews entsprach einem natürlichen Verlauf und variierte zeitlich je nach Zeitkontingent und Auskunftsbereitschaft der Befragten.

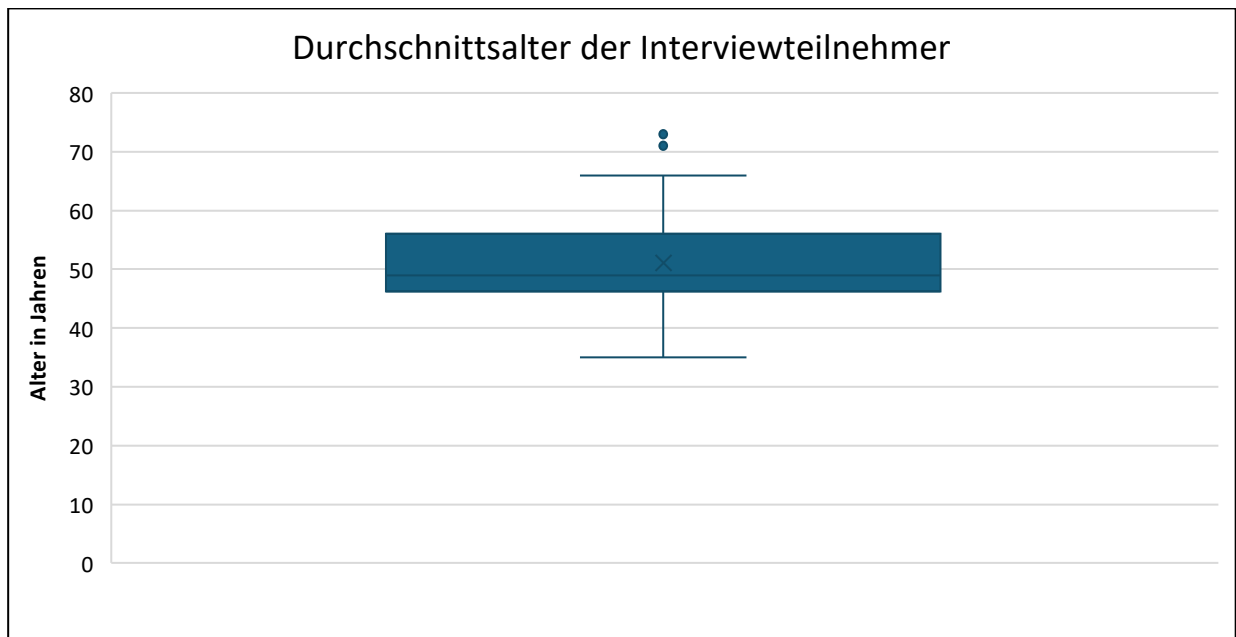


Abbildung 43: Durchschnittsalter der Interviewteilnehmer

Das durchschnittliche Alter der Interviewteilnehmer lag bei 51,1 Jahren. Die Spannweite des Alters liegt dabei zwischen 35 und 73 Jahren. Der Median liegt bei 49 Jahren. Der Interquartilsabstand ist ausgewogen (Abbildung 43). Abbildung 44 zeigt deutlich, dass die am stärksten repräsentierteste Gruppe der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 45 und 49 Jahren alt war.

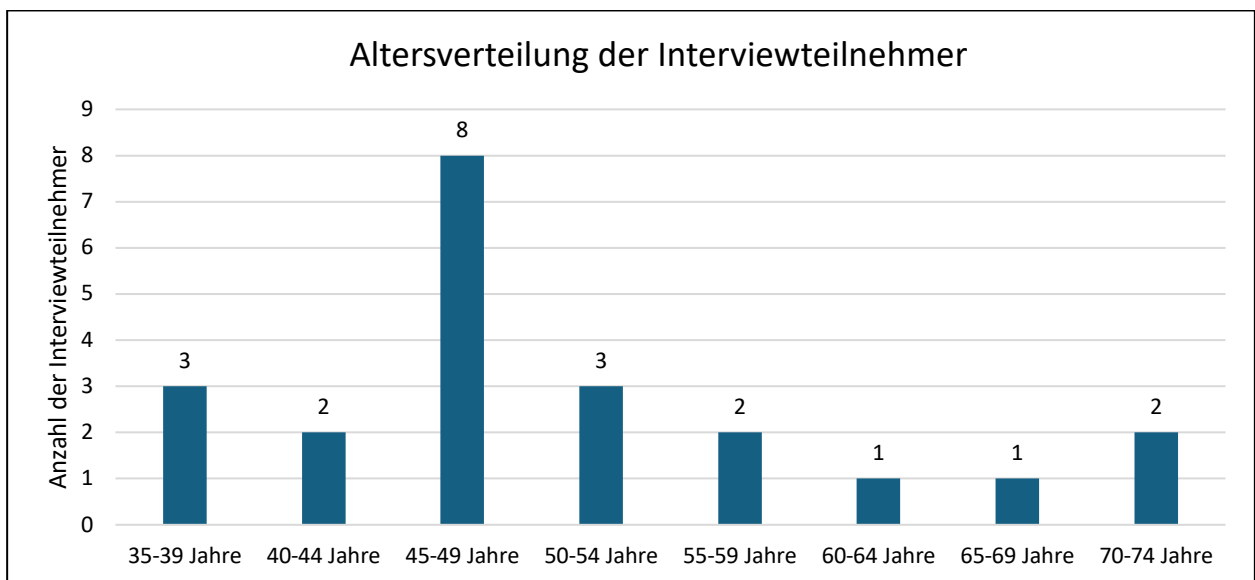


Abbildung 44: Altersverteilung der Interviewteilnehmer

Die nachstehende Tabelle (Tabelle 50) beschreibt die Häufigkeitsverteilung sowie die prozentualen Angaben der erhobenen demografischen Daten der Stichprobe.

Tabelle 50: Demografie der Stichprobe

Eigenschaft	N=22
Alter (Jahre), Durchschnitt (Spannweite)	51,1 (35-73)
Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit (Jahre), Durchschnitt (Spannweite)	13,8 (3-35)
Geschlecht, Anzahl (%)	
weiblich	7 (31,8)
männlich	15 (68,2)
Standort, Anzahl (%)	
städtisch	3 (13,6)
ländlich	19 (86,4)
Tätigkeitsform, Anzahl (%)	
Einzelpraxis	10 (45,5)
Berufsausübungsgemeinschaft	8 (36,4)
angestellt	3 (13,6)
freie Tätigkeit	1 (4,5)
Fachgruppenstatus, Anzahl (%)	
Hausärztlich tätig	20 (90,9)
Fachärztlich tätig	2 (9,1)
Doppelte Facharztanerkennung	2 (9,1)

Die Stichprobe erfüllt die vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien und erscheint ausgeglichen. Betreffend der Geschlechterverteilung lässt sich eine Überzahl männlicher Teilnehmer feststellen. Ärzte, die in Einzelpraxis (ggfs. mit angestellten Ärzten) und BAG tätig sind, wurden in ausgeglichener Weise berücksichtigt. Die Befragten sind größtenteils in ländlicher Region tätig und zu überwiegendem Teil hausärztlich niedergelassen. Es haben zwei fachärztlich tätige Ärzte sowie zwei Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung (hausärztlich tätig) teilgenommen.

6.3.2 Kategoriensystem

Die abschließende Auswertung der Interviews führte zu dem nachfolgend dargestellten Kategoriensystem (Tabelle 51). Es besteht aus 10 Hauptkategorien und 28 Unterkategorien. Aus Gründen der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit werden in der nachfolgenden Übersicht nur die Ober- und Unterkategorien der ersten Ebene genannt. Das vollständige Kategoriensystem inklusive aller Unterkategorien ist im Anhang 5 zu finden.

Insgesamt besteht das Kategoriensystem aus 1.522 kodierten Textstellen. In der Tabelle sind rechts neben den jeweiligen Kategorien die Anzahlen der ihr zugeordneten Aussagen in den Transkripten genannt. Die numerische Angabe der Häufigkeit einer Zuordnung kann allerdings nur begrenzt Aufschluss über die Gewichtung und Bedeutung einzelner Kategorien geben, da während des Kodierprozesses Aussagen, die auf zwei oder mehrere Kategorien passten, mehrfach kodiert wurden. Außerdem wurden Aussagen, die innerhalb eines Interviews deckungsgleich

waren, mehrmals kodiert. In der folgenden Beschreibung der Kategorien werden diese dennoch als Tendenz gewertet und dienen dem Überblick, nicht aber als konkrete Quantifizierung der Aussagen.

Tabelle 51: Ausschnitt aus dem Kategoriensystem

Organisation (247) Dokumentation (21) Ausstattung und Infrastruktur (65) Diensteinteilung (76) Planungsbereich (39) Wahrnehmung Organisationsform (46)	Inanspruchnahme (221) Patienten (49) Gründe (172)
Einflussfaktoren Attraktivität der Tätigkeit (314) Begleiteter Fahrdienst (53) Fließende Abläufe (8) Vereinbarkeit mit Praxisalltag (113) Vergütung (140)	Leichenschau (15) Einordnung in gesamtberuflichen Kontext (186) Berufsethos (44) Weitere Probleme und Hürden (100) Einfluss auf Berufswahl (29) Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben (13)
Erfahrungswerte 116117 (114) Positiv (43) Negativ (71)	Sektorenübergreifende Schnittstellen und Probleme (68) Pflegeheime (29) Krankenhaus/Notaufnahme (23) Rettungsdienst (16)
Relevanz von Verordnungen (72) Einschätzung der Relevanz (13) Probleme (45) Verordnungsgründe (14)	Weiterentwicklung Bereitschaftsdienst (202) Ideen (96) Einsatz Telemedizin (44) Ressource Arzt (62)
Qualifikation und Eignung (83) Weiterbildungsassistenten (24) Einteilung Ärzte aller Fachgruppen (59)	

Der Einblick in das Kategoriensystem zeigt deutlich, dass der Themenschwerpunkt in der Hauptkategorie „Einflussfaktoren auf Attraktivität der Tätigkeit“ liegt. Nachrangig sind die Hauptkategorien „Organisation“, „Inanspruchnahme“ und „Weiterentwicklung Bereitschaftsdienst“ zu nennen. Für den Einstieg in die Ergebnisdarstellung wird mit der Beschreibung der Hauptkategorie „Organisation und Infrastruktur“ begonnen. Anschließend erfolgt die Betrachtung der weiteren Hauptkategorien. Hier wurde versucht, eine logische und inhaltlich aufeinander aufbauende Reihenfolge zu erstellen. Zur Beschreibung der Hauptkategorien werden Ankerbeispiele in Form von Zitaten hinzugezogen. Der Befragte wird dabei mit einem „B“ gekennzeichnet und hinter dem jeweiligen Zitat in Klammern das numerische Kürzel der Interviews für eine bessere Nachvollziehbarkeit angegeben.

6.3.3 Hauptkategorie: Organisation und Infrastruktur

In dieser Kategorie sollte ein Überblick darüber gegeben werden, wie die Ärzte die Organisation und Infrastruktur in ihren jeweiligen Bereitschaftsdienstbereichen wahrnehmen. Sie umfasste die Unterkategorien Diensterteilung, Ausstattung und Infrastruktur, Wahrnehmung der Organisationform, Größe des Planungsbereichs und Dokumentation. Die derzeitige Organisation des Bereitschaftsdienstes wurde von den Befragten insgesamt betrachtet für gut bewertet. Allerdings führten die regional unterschiedlichen organisatorischen Strukturen neben den Ungerechtigkeiten und unterschiedlichen Vergütungschancen und Arbeitsbedingungen in der Ärzteschaft während des Bereitschaftsdienstes auch zu erheblichen Unterschieden des Versorgungsangebots für Patienten.

Diensterteilung

Das Dienstplanungsprogramm BD-online wurde übereinstimmend für *sehr gut* und *gerecht* befunden. Positiv wurde erwähnt, dass es vor der Erstellung des neuen Dienstplans möglich ist, Wünsche und Abwesenheiten zu platzieren. Weiterhin positiv erwähnt wurde die Erinnerungsfunktion per Mail vorab vor einem Dienst sowie die Tauschbörse. Als ausbaufähig sahen die Befragten die Optik des Programms und die Nutzung per App an, da dort nicht alle Funktionen zu nutzen seien. Die Diensthäufigkeit wurde einvernehmlich für *in Ordnung* und *gut machbar* eingeschätzt. Als sehr *anstrengend* und *einschneidend* wurden die sehr langen 24-Stunden-Dienste an Wochenenden in einigen Bereitschaftsdienstbereichen beschrieben, da man in der Zeit nichts planen und nicht einschätzen könne, wie viele Einsätze kommen werden. Ebenfalls wurden die kombinierten Dienste aus Sitz- und Fahrdienst in einigen Bereitschaftsdienstbereichen als *unglücklich* bezeichnet, da es immer wieder vorkomme, dass Einsätze schon während des Sitzdienstes disponiert werden und so mitunter ein hoher Zeitdruck aufkommen könne.

Diensttausche und die Suche eines Vertreters wurden im Allgemeinen als *unproblematisch* angesehen. Häufig seien in den jeweiligen Bereichen Vertreter bekannt, die man unkompliziert ansprechen könne. Alternativ könne man auf die Vertreterliste in BD-online zugreifen. Die Vertretungsregelung inklusive der Haftung im Falle eines Diensttausches sei allerdings ausbaufähig und sorge für Unsicherheiten und Unmut. Häufig gäben Fachärzte ihre Dienste an Vertreter ab. In diesem Zusammenhang wurde kritisiert, dass sich der KVN häufig der Kenntnis entziehe, wer den Dienst übernimmt und in welcher Form der Vertreter qualifiziert ist.

B: „Es gibt natürlich Kollegen in unserem Sprengel, die ihre Dienste verkaufen. Und es gibt auch Kollegen, die professionell Dienste ankaufen und besetzen. Das ist aus meiner Sicht eine sehr ungute Entwicklung, weil es an der KV vorbeiläuft. [...] Das tut mir alles in der Seele weh, weil das keine Qualität ist, die da abgeliefert wird. Und es geleitet aus meiner Sicht der eigentlichen Sicherstellungsbehörde, nämlich in dem Fall der KV, aus den Händen.“ (Interview_B108)

Alternativ griffen Ärzte auf ihr kollegiales Netzwerk zurück und tauschten mit engeren Kollegen oder innerhalb der BAG. Hier würde zunächst mündlich der Tausch abgesprochen und anschließend offiziell in BD-online hinterlegt. Im Falle angestellter Ärzte würde dies sehr individuell zwischen Praxisinhaber und Angestellten gehandhabt.

Ausstattung und Infrastruktur

Zur Ausstattung im Fahrdienst gaben die Befragten an, dass sie einen Arztkoffer mit sich führen würden. Der Inhalt allerdings wurde sehr unterschiedlich beschrieben.

B: „Das geht eigentlich gut und wir haben ja auch relativ viel dabei. Also wir zumindest im Koffer.“ (Interview_B105)

B: Arztkoffer? Da ist alles drin, da ist Intubation, Spatel drin. Da sind Infusionen drin und da sind Vigos drin. Da sind Notfallmedikamente drin, da ist ja eine Schere, Verbandsmaterial, Pflaster. (Interview_B120)

Da es keine standardisierten Vorgaben gibt, bestückt jeder seinen Arztkoffer nach den eigenen Erfahrungen und Vorlieben. Ärzte gaben an, dass sie unterschiedliche apparative Ausstattung und Medikamente in Form von Ampullen zum Spritzen mit sich führen würden. Darüber hinaus würden sie teilweise Tabletten und Muster mitnehmen.

Insbesondere bei der Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen bzw. Räumlichkeiten für den Sitzdienst wurden regionale Unterschiede zwischen den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen deutlich. Während einige Praxen über sehr geringe Ausstattung verfügten, verfügten andere Praxen über eine höhere Ausstattung und hatten sogar Zugriff auf technische Ausstattung wie Elektrokardiogramm (EKG), Sonographie und ein Labor. Bei EDV gab es ebenfalls Schwankungen zwischen den Bereitschaftsdienstpraxen.

B: „Aber wir haben da NICHTS. Wir haben ein Stethoskop, ein Blutdruckmessgerät, Urinsticks und ein Otoskop. Das war es. Wir haben keine Möglichkeit, ein Labor zu machen. Kein EKG, kein Sono.“ (Interview_B201)

B: „Ja, also ich mache keinen Ultraschall, weil ich die Zeit einfach nicht habe da. Aber ansonsten finde ich, ist es gut. Wir dürfen ja das Ultraschall der Klinik nutzen. Von daher. Das ist echt toll.“ (Interview_B102)

B: „Da fehlt auch ein funktionstüchtiges EKG manchmal. Mal klappt es, mal nicht. Da ist kein Sonogerät, aber vor allen Dingen fehlt ein Computer im Arztsprechzimmer. Ich kann in der roten Liste und in der gelben Liste blättern. Ich kann handschriftlich Rezepte ausstellen.“ (Interview_B214)

Die Befragten waren sich einig, dass die Ausstattung tendenziell etwas zu wenig sei und so nicht gut gearbeitet werden könne. Oft seien die Räumlichkeiten der Bereitschaftsdienstpraxen so gering ausgestattet, dass eine Weiterleitung an das Krankenhaus häufig unumgänglich sei und keine gute Versorgungsqualität in den Bereitschaftsdienstpraxen angeboten werden könne. Dies sei unwirtschaftlich und zielverfehlend, vor allem, weil die diensthabenden Ärzte qualifiziert seien und so verhindern könnten, dass Patienten im Krankenhaus behandelt werden müssen.

B: „Ja, aber wir können natürlich solche Versorgung im Notdienst nicht leisten, weil wir/. Das ist/. Ich sage mal, dass das schon so ein bisschen Richtung Barfußmedizin ist.“ (Interview_B106)

B: „Dass man dann einen zweiten Fall auslöst. Im Krankenhaus ist ja wieder ein Faktor Geldverbrauch. Und da wir kompetente Hausärzte sind und das ja jeden Tag hier machen, dann wäre es eigentlich gut, wenn man das wieder den Hausärzten gibt, der Notfallambulanz der KV Dienste, dass die dann selber bestimmen können und nicht wieder den Patient hinschicken, da wieder aufnehmen, Geld verbrauchen. Er wartet ja wieder eine Zeit. Für den Patienten ist es ganz blöd und dann können wir relativ einfach mit einfachen Mitteln Dinge ausschließen.“ (Interview_B115)

Es wurde außerdem deutlich, dass die Gestellung des Personals in den Bereitschaftsdienstpraxen ebenfalls unterschiedlich war. So war in einigen Bereitschaftsdienstpraxen zu den Öffnungszeiten Personal vorhanden, in anderen Praxen nicht. Auch die Verfügbarkeit von Personal und der Personalschlüssel war in den Bereitschaftsdienstpraxen unterschiedlich. In Bereitschaftsdienstbereichen, in denen eigenes Personal mitgebracht werden musste, wurde angemerkt, dass dies in Zeiten des Personalmangels nicht immer einfach sei und es den Befragten zum Teil schwerfalle, medizinische Fachangestellte (MFA) für den Bereitschaftsdienst zu gewinnen. Die Zusammenarbeit mit dem Personal gestaltete sich überwiegend gut und hilfreich. Meist würden individuelle Absprachen über Zuständigkeiten zu Dienstbeginn getroffen. Ärzte gaben dazu an, dass die unterschiedlichen Öffnungszeiten der jeweiligen Bereitschaftsdienstpraxen dazu führen würden, dass diese unterschiedlich in Anspruch genommen würden.

Wahrnehmung der Organisationsform

Die Ärzte wurden bezüglich ihrer Wahrnehmung der Vor- und Nachteile verschiedener Organisationsformen in den verschiedenen Bereitschaftsdienstbereichen befragt. Hier war die Wahrnehmung sehr unterschiedlich. Einige berichteten, dass sie die Organisationsform in ihrem jeweiligen Bereitschaftsdienstbereich gar nicht wahrnehmen würden. Sie würden ohnehin nur ihren eigenen Bereich kennen und es sei für sie nicht sichtbar, wer die Organisation übernimmt. Ärzte aus

Bereichen, in denen ein Ärztenetz oder Ärzteverein die Organisation übernahmen, nahmen dies als positiv wahr. Sie sahen beispielsweise Vorteile in der Vernetzung unter Kollegen.

B: „Also grundsätzlich finde ich das sinnvoll, weil ich den Eindruck habe, die KV-Praxis ist sehr gut ausgestattet und weiß auch um die Bedürfnisse der Patienten, die da ankommen und auch um die Bedürfnisse der Ärzte, die da arbeiten. Das heißt, weil das eben von Ärzten auch vom Ärztenetz initiiert wurde und implementiert wurde.“ (Interview_B103)

Auch bestätigten sie eine hohe Zufriedenheit und einen absoluten Mehrwert, wenn Ärzte für Ärzte organisierten.

B: „Ich finde das schon sehr super, dass die Kollegen dieses Engagement aufbringen und ich glaube, dass es etwas auch mit unserer Selbstverantwortung zu tun hat und dem, dass wir mal nicht meckern können, dass es jemand anders macht. Also von daher finde ich das eigentlich gut, muss ich sagen. Dass hier das selber gemacht wird und nicht wieder von der KV genommen wird.“ (Interview_B104)

Als Vorteile gegenüber den anderen Bereitschaftsdienstbereichen wurde die durch den Ärzteverein organisierte Einrichtung eines begleiteten Fahrdienstes mit einem Fahrer inkl. PKW, der Hintergrunddienst, die Vergütung, freiwillige Dienstenteilung und die überdurchschnittliche Kompetenz und Ausstattung genannt, welche sich nicht zuletzt auf die Versorgungsqualität auswirkten. Dies wurde insbesondere fokussiert, da die Bereitschaftsdienste größtenteils von Allgemeinmedizinern getätigt wurden. Die Organisation durch den Verein sei dadurch für Niederlassungswillige ebenfalls sehr attraktiv. Insbesondere wurde das besondere Vergütungssystem positiv hervorgehoben. Hier würden die Ärzte alle im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen gemeinsam abrechnen und den Verdienst gerecht untereinander aufteilen. Dieses Modell führe dazu, dass sich für den Bereitschaftsdienstbereich viele freiwillige Vertreter aufgrund der attraktiven Bedingungen gewinnen ließen.

In einem Bereitschaftsdienstbereich gab es keine zentral eingerichtete Bereitschaftsdienstpraxis. Ärzte, die ihre Dienste somit rotierend in den eigenen Praxen leisteten, sahen den klaren Vorteil in der bereits vorhandenen Infrastruktur und Ausstattung sowie in der Wirtschaftlichkeit. Sie konnten nachvollziehen, dass eine zentrale Bereitschaftsdienstpraxis für Patienten vorteilhaft wäre, fanden den Dienst in eigenen Praxen aus ärztlicher Sicht aber komfortabler.

B: „Und wir sagen in unserer Praxis mit einer guten MFA, mit einer eingespielten Infrastruktur, wo wir extrem viel Diagnostik für ganz kleines Geld machen können, fühlen wir uns natürlich viel besser aufgehoben als in einem Zimmerchen irgendwo am Krankenhaus. Wo von uns ja dasselbe erwartet wird.“ (Interview_B108)

Die unterschiedlichen regionalen Organisationsformen spiegelten sich auch in der Ausstattung der Praxen und des Fahrdienstes wider. Sie würden sich auch auf die Zufriedenheit der Patienten und auf die Arbeitszufriedenheit der im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte niederschlagen.

Größe des Planungsbereichs

Ärzte empfanden die Größe der Planungsbereiche als sehr bzw. zu groß. Dies gelte insbesondere für die ländlichen Bereiche. In einigen Bereitschaftsdienstbereichen würden sich lange Anfahrtswege zu den Patienten von bis zu 60km pro Strecke ergeben. Lange Strecken würden dazu führen, dass diensthabende Ärzte immer öfter mit den Patienten telefonieren und so versuchen, den tatsächlichen Hausbesuch zu vermeiden.

B: „Die Trends sind, dass die Ärzte immer weniger bereit sind, nachts rauszufahren. Die Strecken sind einfach zu lang. Das sind da zum Teil 30 bis 40 Kilometer eine Tour.“ (Interview_B119)

Außerdem würden lange Strecken zu langen Wartezeiten für die Patienten führen. Häufig stelle dies kein Problem dar. Allerdings könne doch immer mal wieder ein akuter Notfall dabei sein, für den es dann zu lange dauern würde, bis der Arzt eintrifft. Auch würden Patienten öfter den Rettungsdienst rufen, wenn sie aufgrund der langen Wartezeit das Gefühl hätten, keine Hilfe zu bekommen.

B: „Man fährt ja manchmal 45 Minuten mit dem Auto bis an die Grenzen des Einsatzbereichs.“ (Interview_B112)

B: „Dass man gleichzeitig drei oder manchmal vier Anrufe bekommt [...] in Brake steht und dann sagt „Mensch, Luftnot, 90 Jahre, ich komme erst in zwei Stunden hin“ ist das noch auf meine Kappe zu nehmen? So ähnlich. Die Wege sind halt groß, muss man ehrlicherweise sagen.“ (Interview_B111)

Bei der Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen solle darauf geachtet werden, dass die Planungsbereiche nicht zu groß sind, da Patienten diese sonst nicht mehr erreichen könnten. Zu beachten wären insbesondere der soziale Aspekt und die Benachteiligung von schwächeren Bevölkerungsgruppen. Die Entfernung spiele eine nicht unbeachtliche Rolle.

B: „Fährt kein Bus, denn dann hat man wieder dieses soziale Problem.“ (Interview_B111)

Durch die Einführung von zentralen Bereitschaftsdienstpraxen und die Vergrößerung der Planungsbereiche, welche zu einer größeren und überregional zum Dienst eingeteilten Gruppe an Ärzten führen würde, scheine die Inanspruchnahme zurückgegangen und eine Hemmschwelle für Patienten aufgebaut worden zu sein.

B: „Aber so insgesamt ist es ja doch anders geworden durch diese Bereitschaftspraxen, dass also die Inanspruchnahme doch sehr zurückgegangen ist. Also eine gewisse Schwelle aufgebaut wurde.“ (Interview_B107)

B: „Auf der anderen Seite durch das Größerwerden der Kreise und die Tatsache, dass die Patienten nicht mehr wussten, welcher Arzt de facto gerade unter der Woche im Notdienst da sitzt, ist die Inanspruchnahme weniger geworden.“ (Interview_B108)

Dokumentation

Bei der Dokumentation zeigten sich weitere Unterschiede zwischen Bereichen. Teilweise würde in den zur Verfügung stehenden Praxisverwaltungssystemen (PVS) dokumentiert, während im Fahrdienst überwiegend handschriftlich gearbeitet oder digital über ein mit dem PVS verbundenes Tablet dokumentiert würde. Die Befragten geben an, dass der Umfang und die Menge an anfallender Dokumentation im Bereitschaftsdienst im Allgemeinen sehr wenig seien. Das genutzte Muster 19 für die Patienten sei ausreichend. Es halte genug Platz für alle notwendigen Informationen wie den Befund und die Diagnostik bereit. Dennoch beschrieben sie, dass der Auskunftswert dieses Scheins, wenn ein Patient in Folge mit dem Notfallschein in die Praxis komme, sehr gering sei. Immer wieder komme es allerdings vor, dass Patienten, nachdem sie im Bereitschaftsdienst waren, nichts Schriftliches in die Praxis mitbrachten und die Befragten so keinerlei Informationen über verordnete Medikamente erhalten würden. Eine Digitalisierung des Notfallscheins werde nicht als dringlich angesehen.

Positiv bewertet wurde die Übermittlung der Fahrdiensteinsätze vom Callcenter per SMS auf das Handy. So hätten die Befragten die Versichertendaten direkt schriftlich und konnten diese für ihre Dokumentation verwenden.

6.3.4 Hauptkategorie: Einflussfaktoren Attraktivität der Tätigkeit

Die Hauptkategorie Einflussfaktoren Attraktivität der Tätigkeit sollte Aspekte aufzeigen, die den Interviewpartnern für die Durchführung eines Bereitschaftsdienstes wichtig sind und dazu beitragen, dass der Bereitschaftsdienst attraktiver wird. Die Hauptkategorie bestand aus vier Unterkategorien: Vergütung, Vereinbarkeit mit dem Praxisalltag, begleiteter Fahrdienst und fließende Abläufe. Diese werden nachfolgend beschrieben. Die Vergütung war dabei der meistangesprochene Aspekt.

Vergütung

Die Vergütung der im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen laut EBM beurteilten die Befragten als *nicht angemessen* und *unfair*.

B: „Ich finde es eine Frechheit, dass wir die Bereitschaftspauschale, dass die sozusagen/ . Das ist ja ein Witz, was wir bekommen.“ (Interview_B103)

B: „Oder anders: die Vergütung ist momentan nicht angemessen.“ (Interview_B110)

Es wurden von Schwankungen zwischen den Höhen der Vergütungen der EBM-Leistungen berichtet. Einzelne Leistungen wie der Hausbesuch im organisierten Bereitschaftsdienst seien

adäquat vergütet. Insgesamt aber waren sie mit der Honorierung unzufrieden. Der Sicherstellungszuschlag von maximal 40€ pro Stunde sei zu wenig. Dennoch waren sich die Befragten darüber bewusst, dass dieser aus finanziell begrenzten Mitteln finanziert wurde. Grundsätzlich wurde ein einzelner Bereitschaftsdienst aus betriebswirtschaftlicher Sicht als nicht lohnend eingeschätzt.

B: „Die Grundfinanzierung und auch die Vorhaltung, weil ich bin ja bereit, und das bekomme ich nicht bezahlt und das kann nicht sein.“ (Interview_B103)

Verglichen wurde das ärztliche Honorar an dieser Stelle häufig mit der Vergütung von Notärzten, handwerklichen Berufen oder einem Rechtsanwalt, die deutlich höhere Stundenlöhne erzielen und zusätzlich noch An- und Abfahrtspauschalen, Materialkosten und ggfs. Notfallpauschalen berechnen würden, nicht aber die gleiche Verantwortung tragen wie Ärzte. Weiterhin wurde kritisiert, dass Dienste, in denen keine oder nur geringe Inanspruchnahme vorherrschen würde, dazu führen, dass man *nichts verdiene*.

B: „Könnte immer besser sein. Also, wenn ich einen/ . Keine Ahnung, meinen Rechtsanwalt. Wenn der mich berät, dann nimmt er ich glaube 150 € für eine ANGEFANGENE Stunde. Und ich, wir haben auch viel Verantwortung, wenn nicht sogar MEHR Verantwortung. Und ich finde, das sollte eigentlich schon besser vergütet werden.“ (Interview_B102)

Die Befragten regten an, die Vergütung nach Dienstart und -zeiten zu richten. Dabei sollte es eine feste Pauschale sowie einsatzbezogene Leistungen in Kombination gegeben haben. Ein zufriedenstellender Stundenlohn hätte demnach bei ungefähr 100 bis 150€ pro Stunde gelegen. Von den Befragten wurde eine fehlende Transparenz des Honorarsystems beklagt. Einige wussten nicht, wie ihnen der Bereitschaftsdienst letztlich vergütet worden wäre. Sie berichteten, dass dies in der Abrechnung untergegangen sei und ohnehin zeitversetzt ausgezahlt werde.

Zum Abrechnungsprozedere wurde berichtet, dass die GOPen, die im Bereitschaftsdienst abzurechnen gewesen seien, übersichtlich gewesen seien. Telefonische Beratungen hätten allerdings nicht in der Abrechnung abgebildet werden können, was nicht mehr zeitgemäß gewesen sei. Verbesserungswürdig sei der Abrechnungsvorgang der in der Bereitschaftsdienstpraxis erbrachten Leistungen gewesen, was an den verschiedenen zum Einsatz kommenden PVS zwischen Bereitschaftsdienstpraxen und eigenen Praxen mit teils fehlender Kompatibilität gelegen habe. Die Befragten hätten am Ende ihres jeweiligen Dienstes in der jeweiligen Bereitschaftsdienstpraxis eine Datei aus dem Praxisverwaltungssystem heraus generieren und mittels USB-Stick in ihr eigenes PVS transferieren müssen. Dies habe sehr viel Zeit, personelle Kapazitäten erfordert und sei technisch nicht immer problemlos möglich gewesen. Einige Befragte hätten mittlerweile einen

eigenen Lösungsansatz dafür etabliert, indem sie ihren Praxislaptop mit in die Bereitschaftsdienstpraxis genommen und die Daten direkt vor Ort im eigenen PVS erfasst hätten.

Vereinbarkeit mit Praxisalltag

Grundsätzlich beschrieben die Befragten den Bereitschaftsdienst als eine *zusätzliche Belastung, Dienste obendrauf* oder *Dienste on top* sowie eine weitere Verpflichtung neben den von Seiten der Interviewpartner ohnehin schon vielen Verpflichtungen. Insbesondere die nächtlichen Dienste wurden neben dem Praxisalltag als belastend empfunden. Die Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit dem Praxisalltag wurde dennoch als *machbar* beschrieben.

B: „Nervig, klar, weil man dann in aller Regel am Wochenende dahin muss oder sein Telefon bewacht. Wobei diese Telefonzeit nicht viel ist. Also da sind ja auch diese Rettungs/ Notdienstsanitäter dazwischengeschaltet.“ (Interview_ B201)

B: „Die Dienste sind nicht schlimm. Ich glaube das geht viel, viel schlimmer. Sie sind halt immer so ein bisschen. Ja, gut, mache ich das heute halt, aber freuen muss man sich darüber glaube ich nicht.“ (Interview_ B201)

Die Vereinbarkeit mit dem Praxisalltag war laut der Befragten deutlich vom Patientenaufkommen innerhalb des Dienstes abhängig. Unter der Woche sei das Aufkommen während der Fahrdienste meist weniger. Hier wurde darauf verwiesen, dass die Inanspruchnahme, besonders nachts, deutlich zurückgegangen sei. Dies sei trotz der Zusammenlegung einiger Bereiche der Fall. Die Sitzdienste seien hingegen insbesondere an Mittwochen, Freitagen und Wochenenden gut besucht.

B: „Da ist es dann mit Anrufen häufiger mal der Fall. In der Woche ist ja meistens nichts, muss man sagen. Also dann gibt es halt selten einen Anruf. Mal um elf, mal um zehn, kann sein, dass dann um zwei noch ein Anruf ist.“ (Interview_ B115)

Befragte aus den Bereitschaftsdienstbereichen Delmenhorst und Wildeshausen hoben hervor, dass der Einsatz der Sanitäter nachts und am Wochenende im Fahrdienst zu einer deutlichen Entlastung führen würde. Immer wieder berichteten die Befragten, dass das zunehmende Alter eine Rolle spiele und die Vereinbarkeit von Bereitschaftsdienst und Praxisalltag mit zunehmendem Alter deutlich anstrengender werde.

Auch hatte die Praxiskonstellations, in der der Befragte tätig war, einen Einfluss auf das Empfinden. Befragte, die innerhalb Praxiskooperationen tätig waren, gaben an, dass sie mit ihren Kollegen dahingehend individuelle Absprachen getätigt hätten.

Ärzte gaben an, dass sie vor bzw. nach dem Dienst in die Praxis gehen und regulär arbeiten würden. Vereinzelt würden die Befragten ihre Praxen ein bis zwei Stunden später bzw. eher öffnen oder schließen.

B: „Natürlich auch am nächsten Tag steht man wieder in der Praxis und muss alles leisten, obwohl man nachts zwischen Mitternacht und 3:00 Uhr unterwegs war oder so.“ (Interview_B106)

B: „Die war schon ziemlich belastend. Also wenn man dann nachts zwei, drei Mal raus musste und dann hatte man hinterher eine volle Sprechstunde, muss sie bis abends machen. (Interview_B117)

Begleiteter Fahrdienst

Kontrovers diskutiert wurde bei den Interviewteilnehmern die flächendeckende Einführung eines begleiteten Fahrdienstes mit einem Fahrer und einem gestellten Fahrzeug. Sie führten zum Teil an, dass sie sich in ihrer Flexibilität eingeschränkt fühlen und die Wartezeit auf den Fahrer im Falle eines Einsatzes als verlorene Zeit ansehen würden. Als weiterer zu berücksichtigender Faktor wurden die dessen Finanzierung und dadurch steigenden Kosten genannt. Hier wurde geäußert, dass Angst vor einem finanziellen Nachteil bestehe, da dieser zusätzlich von den ohnehin schon geringen finanziellen Mitteln finanziert würde.

B: „Und das ist eine Kosten-Nutzen-Rechnung. Klar, viele Kollegen jammern ja, wenn das auch noch bezahlt werden muss von ihrem Salär.“ (Interview_B108)

Zudem wurde die geringe Auslastung als Argument gegen einen flächendeckenden begleiteten Fahrdienst genannt.

B: „Also ich meine, dass wir jetzt hier mit der Einsatzdichte in der Wesermarsch, der jetzt das vorbereiten muss, glaube ich ist hier nicht unbedingt das Thema.“ (Interview_B214)

Für die Einführung eines flächendeckenden begleiteten Fahrdienstes würden eine gewonnene Entlastung, eine verbesserte Kompetenz und Ausstattung sowie der Sicherheitsaspekt sprechen. Entlastung erhofften sich die Befragten vor allem nachts, da die langen und dunklen Strecken anstrengend sein könnten, insbesondere, wenn man im Anschluss an den Fahrdienst direkt wieder in die Praxis müsse. Außerdem würden die Befragten während der Fahrtzeit für Tätigkeiten wie Telefonieren, Dokumentieren und Organisieren gewinnen, die sie sonst vielfach nach dem Dienst aufbringen müssten. Als Anforderungen an den Fahrer wurden eine medizinische Sachkenntnis und Unterstützung bei strukturellen und organisatorischen Dingen genannt. Weiter wurde angemerkt, dass gerade in kritischen Situationen jede Hand sinnvoll sei und man sich in Begleitung deutlich kompetenter und sicherer fühle. Der Sicherheitsaspekt wurde in diesem Kontext vielfach genannt. Ärzte fanden es überwiegend angenehmer, in Begleitung durch einen

Fahrer unterwegs zu sein. Dies sei speziell bei psychiatrischen Fällen oder in sozialschwachen Gegenden der Fall. Allerdings wurde auch hier deutlich, dass es regionale Unterschiede (Stadt vs. Land) gebe und nach der Dienstart unterschieden werden solle. Die Befragten waren sich einig, dass tagsüber weniger Sicherheitsbedenken bestehen würden. Der begleitete Fahrdienst im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg war hier überregional bekannt und wurde immer wieder als Positivbeispiel angeführt.

B: „Und wenn man eine Situation kommt, wo man denkt, oh, da geht man lieber zu zweit rein, dann kann man da mit einem Fahrer gemeinsam reingehen. Und ich meine hier in Ort (umbenannt) ist es so, da kann ich aber nicht die Hand ins Feuer legen, dass man ja dann auch zu gewissen Leuten hinfahren muss und dass man das mit dem eigenen Auto macht. Das ist schwierig. Und dann ist man halt allein.“ (Interview_B118)

Fließende Abläufe

Neben finanziellen Aspekten war den Ärzten vor allem ein gut organisiertes System wichtig. Dies umfasste Prozedere und Abläufe, die *gut funktionieren*. Ihnen war wichtig, dass es *vernünftig läuft* oder *gut machbar* ist und *auf einem wünschenswerten Niveau* gearbeitet wird. Als Positivbeispiel wurden die Strukturen und Abläufe bei TeleClinic GmbH genannt.

B: „Das muss aber funktionieren. [...] Das kommt nicht an Teleclinic dran, das muss man fairerweise sagen. Und das kostet mich Geld. Jeden Monat, da zahle ich Geld. Für Teleclinic zahle ich als Arzt gar nichts für so was wie eine Nutzungsgebühr. Ich verdiene sogar noch Geld damit. Und da muss ich sagen, wenn das so läuft wie da, das ist wirklich gut organisiert, das geht alles ruckzuck. Das ist ein fließender Prozess.“ (Interview_B113)

6.3.5 Hauptkategorie: Erfahrungswerte 116117

Im folgenden Abschnitt wurden die Erfahrungswerte der Ärzte mit der bundeseinheitlichen Rufnummer 116117 beschrieben. Dabei ging es besonders um diejenigen Aspekte, die unmittelbaren Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit im Bereitschaftsdienst haben. Ärzte haben mit der Rufnummer 116117 gemischte Erfahrungen gemacht.

Positiv

Überwiegend positiv wurde der Patientenübergabeprozess im Falle einer Hausbesuchsanforderung von der Dispositionszentrale an den diensthabenden Arzt beschrieben. Jeder diensthabende Arzt kann individuell festlegen, ob er für jede Hausbesuchsanforderung einen Anruf und/oder alternativ eine SMS mit den Dispositionsdaten erhalten möchte. Diese Auswahlmöglichkeit des Übermittlungswegs wurde von den Befragten als sehr komfortabel wahrgenommen.

B: „Also das funktioniert ganz gut. [...] So wie jetzt eben auch gerade, ab 23:00 Uhr der Weckanruf und dann die Daten, die die ermittelt haben, bekommt man per SMS. Das ist eine gute Sache.“ (Interview_B110)

B: „Und jetzt bekommen wir das ja oft nur noch als SMS durchgesteckt und nur auf besonderen Wunsch kriegen wir ein „Hallo Wach-Anruf“ nachts, dass wir die SMS nicht verschlafen. Das mit der SMS ist gut, dann hat man die Daten nämlich alles schon im Handy. Das ist sehr gut. Das gab es vorher nicht. Da musste ich mir die Daten immer selber zusammensuchen.“ (Interview_B108)

Positiv erwähnt wurde ebenfalls die dadurch automatische Dokumentation der Alarmierungen, sodass man diese bei Rückfragen nachhalten könne. Außerdem würden die Daten der Abrechnung des Patientenfalls dienen, welche so deutlich vereinfacht werden könne. Die Kommunikation mit der Dispositionszentrale wurde als sehr nett und freundlich empfunden. Die direkte Rufnummer zur Erreichbarkeit der Dispositionszentrale, die den Ärzten zur Verfügung steht, wurde im Falle von Rückfragen oder Absprachen als sehr praktisch angesehen. Im Falle mehrerer Hausbesuchsanforderungen könnten die Befragten sich eine eigene Reihenfolge der Abarbeitung erstellen und selbstständig priorisieren. Diese werde nicht von der Dispositionszentrale vorgegeben. Ärzte empfinden dies als sehr positiv, da sie ihren Bereitschaftsdienst so frei gestalten könnten.

Vor dem Hintergrund der Filterfunktion und Entlastung wurde die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle für die Patienten, die die Steuerung und Verteilung übernimmt, als positiv bewertet. Das Entfallen des direkten Patientenkontaktes in Form von Telefonaten, die vorher nicht unbedingt ärztlicher Aufgabe zuzuordnen waren und nicht abrechenbar waren, wurde als sehr entlastend empfunden.

B: „Man möchte dann natürlich nicht wegen jeder Kleinigkeit rausfahren müssen. Und seitdem die Telefonhotline da ist, ist sehr gut finde ich, dass also alles, was nicht unbedingt ärztlich notwendig ist, können die Kollegen sehr gut abarbeiten, finde ich.“ (Interview_B112)

Durch die Einführung der Rufnummer 116117 sei die Inanspruchnahme durch Patienten deutlich zurückgegangen. Dies betreffe insbesondere die nächtlichen Einsätze.

Negativ

Im Zusammenhang mit der Qualität der Ersteinschätzung durch die Rufnummer 116117 wurde die Skepsis der Ärzte gegenüber dem Einsatz einer Software für eine standardisierte Ersteinschätzung der Patientenfragen deutlich. Diese wurde insbesondere durch häufig falsch gestellte Indikationen begründet. Die Triagierung, die durch SmED vorgenommen wird, sei nach Aussagen der Befragten oft falsch oder nicht mit der Versorgungsrealität abzubilden. Beispielsweise werde bei der Ersteinschätzung durch SmED das soziale Umfeld des Patienten nicht berücksichtigt, sodass das Beschwerdebild des Patienten zwar richtig eingeschätzt werden könne, die eingeleiteten Maßnahmen aber nicht zum Umfeld des Patienten passen würden.

B: „Was ich jetzt häufiger hatte, Beispiel im letzten Dienst, eine 92-jährige, die hatte zuerst den Rettungsdienst gerufen, weil sie ganz starke Schmerzen in den Hüften hatte und sich gar nicht mehr bewegen konnte und nicht aufstehen konnte und alleinlebend ist. Und der Rettungsdienst hat gesagt, da guckt jetzt erst mal der KV Dienst. Wenn man das so liest, denkt man so 92 Jahre, alleine und kommt nicht aus dem Bett raus. Da kann ich jetzt hinfahren, je nachdem kann ich der vielleicht auch ein Opiat spritzen. Das mache ich natürlich nicht, weil ich gehe dann ja wieder weg und ich weiß gar nicht, wie es bei ihr wirkt. Da werde ich sowieso wahrscheinlich den Rettungsdienst rufen.“ (Interview_B214)

Kritisiert wurde, dass sehr häufig bereits langfristig bestehende Beschwerden einen Hausbesuch auslösen würden, der aus Sicht der Ärzte nicht so dringend sei, dass nicht der Hausarzt zur Sprechstundenzeit kontaktiert werden könne.

B: „Das war spannend, weil die Sachen, die durchgestellt wurden, waren ALLES Sachen, die mindestens seit Wochen bestanden haben. [...] Sei es nun ein dementer Mann, der seit Wochen schon unruhig ist und die Frau nicht schlafen kann. Und JETZT muss der Arzt kommen. Nachts um eins war das. [...] Also es waren Sachen, wo ich dachte „hm, wenn da jetzt jemand zwischengeschaltet ist, wieso ist das so?“.“ (Interview_B104)

Auch sei die Hemmschwelle, einen Hausbesuch auszulösen, bei der Rufnummer 116117 sehr gering und könne teilweise deutlich erhöht werden. Oft werde den Erwartungen und Anforderungen von Patienten entsprochen und nicht ausreichend gefiltert. Insgesamt seien oft Hausbesuchsanforderungen dabei, die von der Dringlichkeit und Notwendigkeit sehr niedrig und vermeidbar wären. Dies habe zur Folge, dass weitere Patienten, die wirklich einen Hausbesuch benötigen, unnötig lange warten müssten. Oftmals würden Ärzte den Patienten nach Hausbesuchsanforderung nochmals kontaktieren und eine eigene Einschätzung vornehmen. Einige Ärzte gaben an, dass eine telefonische Auskunft in vielen Fällen ausreichend sei und dem Patienten so vollumfänglich geholfen werden könne. Zusammenfassend bezeichneten einige Befragte den Einsatz einer standardisierten Ersteinschätzungssoftware als *Sparen am falschen Ende*. Sie waren der Auffassung, eine Künstliche Intelligenz und Algorithmen können keinen Menschen ersetzen. Vor allem im medizinischen Bereich bringe der Einsatz zahlreiche Risiken und Gefahren mit sich. Zwar habe sich die Funktionalität der Software mit fortschreitender Zeit verbessert, dennoch sei keine wirkliche Verbesserung der Versorgung zu sehen. Der persönliche Kontakt sei, insbesondere in akuten Situationen, zu bevorzugen, sodass auf den einzelnen Patienten eingegangen werden könne. Digitalisierung und Standardisierung seien an dieser Stelle nicht die Lösung.

B: „Aber wenn da Algorithmen dahinter sitzen und da auch keiner ist, der sich kümmert [...] das ist so alles sicherlich okay, aber das hilft ja keinem. Das muss man ganz klar sagen und das wissen wir auch. [...] Und das in die Medizin einfließen zu lassen, kann man gerne machen, aber das wird nicht dazu führen, dass die Versorgung/.“ (Interview_B120)

B: „Und ich glaube, dass die Kosteneinsparungen, die man damit erzielt und ich kenne die Summen ja alle nicht im Verhältnis zum Ansehensverlust des Bereichs des Dienstes und auch der KV in keinem Verhältnis steht. Da hat man aus meiner Sicht am falschen Ende gespart und hat sich sozusagen mit dem Versprechen auf Smed/KI Dienstleister sage ich jetzt mal eher so ein bisschen verrannt.“ (Interview_B108)

Verbesserungsbedarfe wurden insofern gesehen, als dass die Mitarbeiter der Dispositionszentrale keine regionalen Kenntnisse hätten. Außerdem würden sich nach Angabe der Ärzte je nach Disponent Qualitätsunterschiede bei der Erfassung der Patientendaten und Ersteinschätzung ergeben. Teilweise wurden sprachliche Verständnisprobleme beim Austausch mit dem Disponenten genannt. Abschließend wurde angemerkt, dass es sich beim aktuell gelebten Patientenübergabeprozess um einen reinen Weitergabeprozess handele und es keinen nennenswerten medizinischen Austausch und keine Kommunikation zur Indikationsstellung und deren ätiologischen Zusammenhängen gebe. Dies führe einerseits dazu, dass die aufgenommenen Hausbesuchsanforderungen ohne vorherige Überprüfung auf Fehler oder besondere Umstände an den Arzt übertragen würden. Auch im Falle von Rückfragen zum Einsatz könnten die Disponenten oft wenig weiterhelfen. Andererseits würden sich die fehlenden regionalen Kenntnisse auch in den Auskünften der Mitarbeiter des Callcenters (sog. Calltaker) gegenüber den Patienten widerspiegeln, wenn es darum gehe, den Patienten in einer bestimmten Zeit in die richtige Versorgungsebene (Bereitschaftsdienstpraxis, Krankenhaus, Hausarzt) zu vermitteln.

B: „Deswegen haben die überhaupt keine Idee, wie das hier so läuft und ich muss mich dann schon auch kümmern um Einweisungen oder ähnliches.“ (Interview_B103)

B: „Aber vor allen Dingen glaube ich, dass das schwierig ist, wenn man keine lokalen Kenntnisse hat von der Situation, und die Disponenten hier in den Leitstellen hatten eine extrem gute, nicht nur geografische, sondern grundsätzlich einfach auch gute Kenntnisse.“ (Interview_B108)

Einige Ärzte berichteten, dass der vorherige Ablauf über die örtlichen Leitstellen besser sei, da es eine bessere Vernetzung der Institutionen vor Ort gebe und auch die Bekanntheit untereinander eine große Rolle spiele. Die jetzige Regelung gehe aus Sicht der Ärzte mit einem deutlichen Qualitätsverlust einher. Daher plädieren einige dafür, die Expertise in der Region zu halten, um darauf zurückgreifen zu können.

B: „Weil die Ortskenntnis und so ein bisschen die Erfahrung verloren geht. Es muss jetzt nicht unbedingt in jedem einzelnen Bereich jemand sitzen, aber ich fände es schon sinnvoller, wenn es zum Beispiel jetzt vielleicht für Niedersachsen dann das eingeteilt ist in drei, vier große Gebiete, die dann so einzeln versorgt werden.“ (Interview_B109)

Dazu würden die Verschwendung von Ressourcen durch die fehlende Verknüpfung der verschiedenen Institutionen und Sektoren sowie eine fehlende Verzahnung der Telefonnummern 116117 und 112 gehören. Weiter gebe es eine Vielzahl nicht genutzten ärztlichen Potenzials. Falsche

durch die Rufnummer 116117 gestellte Indikationen würden dazu führen, dass sich Wartezeiten für die Patienten verlängerten und sich wichtige und behandlungsbedürftige Fälle nach hinten verschöben.

B: „Also da sowas wie Warteschleife. Das ist ja auch wichtig. Gehört ja auch mit zur Behandlungsqualität. Also ob man da jetzt eine Erreichbarkeit innerhalb von zwei, drei Minuten jemand erreicht oder da zehnmal anrufen muss und manche dann aufgeben und sagen „dann fahre ich zur Notaufnahme, wenn ich da nicht mehr erreichen kann“.“ (Interview_B109)

B: „Da fährt man ja zum Teil bis nach hinter Löningen, ist dann auch irgendwie ewig unterwegs, um vielleicht, was wirklich dann sinnvoll ist, das dann wieder nach hinten zu schieben.“ (Interview_B105)

Eine Wartezeit von 20-30 Minuten sei beim Versuch, die Rufnummer 116117 zu erreichen, durchaus normal. Es werde von den Patienten ein hohes Maß an Geduld und Durchhaltevermögen in einer Situation von Not und Sorge gefordert. Die lange Wartezeit würde in vielen Fällen dazu führen, dass Patienten direkt das Krankenhaus bzw. die Notaufnahme aufsuchten oder die 112 anwählten. In Pflegeheimen spiele die Wartezeit eine besondere Rolle.

6.3.6 Hauptkategorie: Relevanz von Verordnungen

In dieser Kategorie sollte erfasst werden, welche Rolle Verordnungen für Ärzte im Bereitschaftsdienst spielen. Dabei sollten insbesondere Hürden und Probleme im Umgang mit und bei der Ausstellung von Verordnungen sowie Verordnungsgründe näher beleuchtet werden.

Verordnungen würden im Bereitschaftsdienst zwar eine Rolle spielen, kämen nach überwiegender Aussage der befragten Ärzte aber keine übermäßige Bedeutung zu. Dabei handle es sich überwiegend um Rezepte, welche im Sitzdienst üblicherweise häufiger ausgestellt würden als im Fahrdienst.

Ausstellprozess

Zunächst wurde angemerkt, dass die im Bereitschaftsdienst ausgestellten Verordnungen das eigene Arzneimittelbudget belasten würden. Den aktuellen Ausstellprozess von Verordnungen beschreiben Ärzte als *umständlich*. Das elektronische Rezept und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) würden in Bereitschaftsdienstpraxen und im Fahrdienst nicht funktionieren, sodass manuell ausgestellt werden müsse.

Einlösung des Rezepts

Die Einlösung eines verordneten Rezepts im Bereitschaftsdienst wurde von den Befragten als größte Hürde beschrieben. Bereitschaftsdienstpraxen seien zwar in der Regel zentral gelegen und es befinde sich eine diensthabende Notfallapotheke in der Nähe, in der das Rezept eigenständig

eingelöst werden könne. In ländlichen Bereichen komme es allerdings vor, dass eine Bereitschaftsdienstpraxis auch unabhängig von einem Krankenhaus betrieben werde. Hier gestalte sich die Einlösung eines Rezepts durch eingeschränkte Öffnungszeiten und eine eingeschränkte Erreichbarkeit durch sehr lange Anfahrtswege und ggfs. schlechte Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel zur nächsten Apotheke schwer.

B: „Wo ist denn die nächste Apotheke in der Wesermarsch und dass man riesige Probleme hat, weil die Patientin kommt schon mit dem Bus zur Bereitschaftsdienstpraxis und dann ist die Richtlinie, ich habe mit den Apothekern gesprochen, 20 Kilometer dann soll diese/ das kann in Butjadingen sein.“ (Interview_B111)

B: „Also beim Sitzdienst ist es kein Problem, weil da wird in der Regel auch eine Apotheke in der Nähe sein. Eine diensthabende Apotheke.“ (Interview_B109)

Im Fahrdienst stelle die Einlösung des Rezepts bei Haus- und Pflegeheimen insbesondere eine Hürde dar, da die Patienten zumeist nicht mobil seien und sich nicht selbstständig auf den Weg zur nächsten Apotheke machen könnten. Bislang gebe es keine pauschalisierte Lösung zum Transport der Medikamente von der Apotheke zum Patienten. Häufig komme es in diesen Fällen stark auf das soziale Umfeld des Patienten an. In den meisten Fällen würden sich Lösungen finden lassen, in denen die Familien oder Nachbarn mobilisiert würden und sich um die Einlösung des Rezepts kümmern würden.

B: „Ja, also zumindest für den Weg vom Rezept zur Apotheke. Aber dann muss immer noch das Medikament von der Apotheke zum Patienten. Und dann haben wir zum einen das Problem bei abgelegenen Orten oder selbst, wenn es in der Stadt ist, wenn die Leute nicht mobil sind. Die einen sind super vernetzt und haben drei Nachbarn und zwei Familienangehörige, die das dann holen im Auto. Das kann ja teilweise 15 - 20 Kilometer entfernt sein, zur Apotheke fahren. Aber die anderen haben es halt nicht.“ (Interview_B109)

Ein weiteres Problem würden in jüngster Zeit Arzneimittellengpässe und Lieferschwierigkeiten bei den Apotheken darstellen. Die verschreibenden Ärzte hätten keinen Zugriff oder Einblick in die Verfügbarkeiten und Bestände der Apotheken. Bei Rückfragen oder Problemen durch die Apotheken gebe es keine geeigneten Kommunikations- und Austauschmöglichkeiten zwischen Arzt und Apotheken zur weiteren Absprache.

Einschränkungen durch Dispensierrecht

Die befragten Ärzte beschrieben das gültige Dispensierrecht als weitere Hürde im Bereitschaftsdienst. Die fehlende Möglichkeit, Medikamente an den Patienten abzugeben, schränke den Handlungsspielraum und die Effizienz des Bereitschaftsdienstes deutlich ein. Das Dispensierrecht wird so, wie es aktuell ist, als *nicht praktikabel* beschrieben.

B: „Das Dispensierrecht, das ist schon ein bisschen schwierig. [...] Und es ist auch anders nicht so richtig gut praktikabel, dass man im Einzelfall eben vor Ort ein paar Tabletten da lassen können muss.“ (Interview_B214)

Insbesondere in den ländlichen Gegenden, wo Apotheken weit entfernt sind und lange Lieferzeiten haben, könne es lange dauern, bis das verordnete Medikament beim Patienten ankommt. In diesen Situationen könnte eine Abgabe von Notfallmedikamenten an den Patienten direkt Abhilfe schaffen oder den Patienten zumindest erstversorgen, sodass die Zeit bis zur Öffnung der Hausarztpraxen überbrückt werden könne. Unter den aktuellen Bedingungen sei es für den Patienten nicht immer möglich, die verbleibende Zeit oder das Wochenende zu Hause zu überbrücken. Häufig entstünden so – insbesondere in Pflegeheimen – vermeidbare Krankenhauseinweisungen. Es würde zu einer großen Erleichterung und Entlastung des Systems führen, wenn zumindest Notfallmedikamente in Tablettenform verabreicht werden dürften. Bislang sind Tabletten im Gegensatz zu Infusionen nicht über den Sprechstundenbedarf zu beziehen. Vereinzelt werde als Lösungsstrategie von den Ärzten die Mitnahme und Gabe von Arzneimustern beschrieben.

B: „Ja, also teilweise denke ich, haben die keine Ahnung und glauben man ist so eine wandelnde Apotheke. Blöd ist aber, dass Tabletten über Sprechstundenbedarf nicht zu beziehen sind, entweder hat man dann zufällig irgendein Muster oder so. Und mit Tabletten kann man jetzt die Tasche nicht unendlich bestücken mit allen Möglichkeiten, die man so bräuchte.“ (Interview_B214)

B: „Wie soll dann der kassenärztliche Notdienst auf dem Land mit seiner Tasche da aus seinem Sprechstundenbedarf irgendwelche Notfallmedikation geben? [...] Also letztlich war es dann wieder am Ende, man kriegt das Morphin nicht ausgestellt in der Nacht. Also geht der Patient auch im Tumorleiden dann in die Station, wird eingewiesen mit dem Rettungsdienst, weil es an Medikamenten scheitert, in dem Moment an der sozialen Ebene, weil man ja nicht/. Man darf ja nur i.v. als Sprechstundenbedarf haben.“ (Interview_B111)

6.3.7 Hauptkategorie: Qualifikation und Eignung

In dieser Kategorie ging es um die Erfassung und Einschätzung von Rahmenbedingungen und Anforderungen an die Qualifikation und Eignung der teilnehmenden Ärzte, die aus Sicht der Befragten für eine Teilnahme am Bereitschaftsdienst als sinnvoll und notwendig erachtet werden. Dabei wurden einerseits die Rahmenbedingungen und Kompetenzen abgefragt, die bei einer Teilnahme von Weiterbildungsassistenten im Bereitschaftsdienst in Bezug auf die Qualifikation eine Rolle spielen und berücksichtigt werden sollten.

Teilnahme Weiterbildungsassistenten

Die Teilnahme und Einbindung von Weiterbildungsassistenten im Bereitschaftsdienst wurden von den Befragten vor dem Hintergrund einer umfassenden Ausbildung befürwortet. Allerdings

solle die Teilnahme nicht zu Beginn der Weiterbildung erfolgen, sondern eher zum Ende der Weiterbildungszeit. Berücksichtigt werden solle hier der individuelle Wissensstand des Weiterbildungsassistenten. Außerdem komme es darauf an, welche Inhalte bereits in der Weiterbildung abgedeckt wurden (z.B. ob der Weiterbildungsassistent schon in der Notaufnahme tätig war oder wie viel er im Bereich der Inneren Medizin oder Chirurgie gemacht hat).

Die Teilnahme am Bereitschaftsdienst solle freiwillig und nach Absprache mit dem Weiterbilder erfolgen. Der Weiterbilder sollte im Hintergrund als Back-up erreichbar sein und bei Fragen oder Problemen zur Verfügung stehen. Die Verantwortung solle weiterhin beim Weiterbilder bleiben.

In anderen Bundesländern seien die Regelungen einfacher und transparenter gestaltet worden. Hier würde häufig eine spezielle Genehmigung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst für Weiterbildungsassistenten erlangt, mit dem man dann zur Teilnahme qualifiziert sei. Dies würde den Befragten und ihren Weiterbildungsassistenten ein größeres Gefühl der Absicherung vermitteln.

Grundsätzlich begründeten die Befragten ihre Befürwortung damit, dass man bereits während der Weiterbildung Erfahrungen im Bereich des Bereitschaftsdienstes gesammelt haben sollte, da dieser Teil der vertragsärztlichen Verpflichtung sei. Das frühzeitige Kennenlernen und Übernehmen von Bereitschaftsdiensten könne Ängste und Vorbehalte junger Ärzte abbauen. Auch solle der Bereitschaftsdienst Teil der Grundausbildung von Ärzten sein, beispielsweise in Form von Pflichtmodulen im Rahmen der Facharztausbildung.

B: „Und ich finde auf jeden Fall, dass die/. Es sollte nicht verpflichtend sein. Es sollte halt ab libitum sein. Man sollte die Möglichkeit haben, aber wie ich es verstanden habe, dürften die ja auch mit, wenn einer im Hintergrund ist. Oder? Die dürften das ja machen. Es muss dann nur jemand erreichbar sein, damit sie das dürfen.“ (Interview_B104)

Man begegne im Bereitschaftsdienst Fällen und Situationen, die analog der Situation in der Akutsprechstunde der hausärztlichen Praxis entsprechen. Die Teilnahme sei dabei insbesondere im Sinne des Lernens richtig und wichtig. Hier würden Kompetenzen wie das schnelle und sichere Treffen von Entscheidungen, Durchsetzungsvermögen und Handlungssicherheit im Umgang mit Notfällen hervorgehoben. Ebenfalls sei von Relevanz, Erfahrungen zu sammeln und so übermäßigen Respekt oder Ängste einzufangen sowie das Zusammenspiel mit anderen Institutionen sowie die Patientensteuerung durch den Arzt zu stärken.

B: „Aber das ist schon noch mal was anderes als hier in der Praxis. Auch wenn man hier alleine zum Beispiel mal eine Sprechstunde macht, weiß man immer, der Weiterbilder sitzt nebenan und ich habe hier das ganze Team. Da bin ich wirklich alleine und muss alleine Entscheidungen treffen. Und auch solche Situationen wie jetzt beim letzten Dienst. Alle Häuser abgemeldet. Dann steht man da und dann braucht man schon auch so eine gewisse Routine, sich durchzusetzen.“ (Interview_B113)

Teilnahme Fachärzte

Die Beurteilung der Teilnahme von Fachärzten war zunächst sehr aus der Perspektive der Hausärzte geprägt. Die Befragten brachten zum Ausdruck, dass sie es als absolut fair empfinden, dass alle Vertragsärzte zum Bereitschaftsdienst eingeteilt werden, da dieser durch ausschließlich Hausärzte nicht abzudecken wäre. Die Aufrechterhaltung des aktuellen Bereitschaftsdienstsystems funktioniere nur, weil alle Fachgruppen sich daran beteiligen. Grundsätzlich spiele hier der Gerechtigkeitsgedanke zwischen den Fachgruppen eine große Rolle, da aus Perspektive der Hausärzte viel Wert auf eine gerechte Verteilung und gleichsame Beteiligung aller gelegt werde. Die Einschätzung der Hausärzte geschieht vor dem Hintergrund, dass sie die Eignung der Fachärzte voraussetzen.

B: „Prinzipiell fair, weil das sicherlich sonst gar nicht abzudecken ist.“ (Interview_ B201)

B: „Eigentlich finde ich ja, die Fachärzte dürften ihren Anteil daran auch leisten, dann wäre es deutlich weniger Belastung für uns.“ (Interview_B104)

Die Befragten äußerten zur Qualifikation und Eignung von Ärzten aller Fachgruppen bei der Teilnahme am Bereitschaftsdienst gemischte Auffassungen. Einige äußerten keine Bedenken. Als Begründung wurde angeführt, dass alle Ärzte approbiert seien und das gleiche Studium absolviert hätten. Zwar würden einigen Fachärzten im Vergleich zu Hausärzten Erfahrungswerte fehlen, dennoch würden sie nicht grundverkehrt handeln. Hausärzte hätten den Vorteil, von der Ausbildung, aber auch mehr durch Kompetenzen, Routinen und Sicherheit durch ihre tägliche Arbeit zu profitieren. Fachärzten würde diese oft fehlen.

B: „Also wie gesagt, als Hausarzt ist es nicht so schlimm, wir machen es ja tagtäglich, was da so kommt. Aber ich muss ganz ehrlich sagen, als Hals-Nasen-Ohrenarzt hätte ich mir fast mehr gewünscht, einfach um die Routine zu haben.“ (Interview_B120)

B: „Aber es ist natürlich manchmal/, ich kriege auch die Zettel, wenn meine Patienten da waren, dann denkt man so „Aha“. Ja, es ist manchmal ganz interessant einfach. Aber ansonsten finde ich es schon okay. Okay, also wir haben ja alle mal das Gleiche studiert. [...] Dass die Fachärzte die Erfahrung nicht haben. Genau. Aber jetzt nicht grundverkehrt.“ (Interview_ B201)

Insbesondere für die grundversorgenden Fachärzte wie Gynäkologen, Urologen, Dermatologen und Chirurgen sollte es nach Ansicht der meisten Befragten kein Problem sein, Patienten im Bereitschaftsdienst zu versorgen. Im Bereitschaftsdienst gehe es primär um eine Erstversorgung, welche die Sichtung und Steuerung der Patienten, die für keinen Arzt eine Schwierigkeit darstellen sollte. Spezielle Fortbildungen, die auf die Teilnahme am Bereitschaftsdienst vorbereiten, könnten dabei helfen, das Gefühl der Unsicherheit zu vermindern. Hausärzte verstanden dennoch, dass Fachärzte sich überfordert fühlten und Schwierigkeiten äußerten. Besonders

Fachärzte, die wenig oder keinen Patientenkontakt haben, würden im Bereitschaftsdienst sehr herausgefordert.

B: „Das ist ein bisschen, wie wenn man sagen würde, jeder kann Notarzt fahren, der einen Notarztschein gemacht hat. Das wird auch in den meisten Fällen gut gehen. Aber wenn man wirklich mal intubieren muss, das kann halt der Anästhesist, die anderen können das einfach nicht gescheit. Wann habe ich das letzte Mal gemacht?“ (Interview_B105)

Befragte Fachärzte zeigten sich in Bezug auf die Qualifikation und Eignung deutlich besorgter. Der Gedanke an den Bereitschaftsdienst gehe mit einem großen Gefühl der Unsicherheit und Sorgen um die Haftung einher. Die Befragten assoziieren die Fachkompetenz der diensthabenden Ärzte auch mit der Qualität der Versorgung. So wurde beschrieben, dass die verpflichtende Einteilung von Ärzten aller Fachgruppen und die dadurch schwankende Fachkompetenz Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen würde. Fachärzte anderer Gebietsbezeichnungen als Allgemeinmedizin oder Innere Medizin könnten im Bereitschaftsdienst auftretende Fälle nicht immer adäquat einschätzen und versorgen, was zu einer höheren Überweisungs- und Einweisungsquote von Fällen führe.

6.3.8 Hauptkategorie: Inanspruchnahme

In dieser Kategorie sollte näher erfasst werden, welche Patienten das Versorgungsangebot des Bereitschaftsdienstes aufsuchen und welche Gründe und Motive sie leiten. Aus Sicht der Ärzte gab es besonders vulnerable Patientengruppen, die im Bereitschaftsdienst versorgt werden. Gleichwohl nannten die Befragten die Versorgung ihnen unbekannter Patienten im Bereitschaftsdienst als relevantes Thema. Darüber hinaus sollten die Gründe für eine Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes näher beleuchtet werden.

Patienten

Zu den vulnerablen Gruppen zählten erst einmal psychiatrische Patienten, die vornehmlich in städtischen Bereichen eine Rolle spielen würden, und meist einer Einweisung oder Unterbringung nach dem Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (nPsychKG) benötigten. Weiter wurde übereinstimmend ein großer Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund und Geflüchtete als vulnerable Gruppen genannt. Die Gruppen seien durch die sprachliche Barriere und bestehende Kommunikationsprobleme sowie dadurch bedingte Hilflosigkeit benachteiligt. Patienten dieser Gruppe seien oft unsicher und unwissend, wohin sie sich mit ihren Problemen und Anliegen wenden sollten, und würden das deutsche Gesundheitssystem nicht ausreichend kennen. Kinder wurden im Allgemeinen als eine weitere

vulnerable Gruppe genannt. Die Befragten schilderten, dass Kinder entweder gar keinen Kinderarzt hätten oder keine Termine bei ihrem Kinderarzt bekämen. So kontaktierten oft junge Eltern den Bereitschaftsdienst aufgrund fiebernder Infekte oder anderer akuter Erkrankungen und Unsicherheiten. Mehrfach wurde die Gruppe alleinerziehender Mütter genannt. Zuletzt nannten die Befragten ältere Menschen und Pflegeheimbewohner als vulnerable Patientengruppe. Für diese seien die Zeiten, bis die regulären Sprechzeiten beginnen, manchmal zu lang und sie bräuchten ärztliche Hilfe, um die Zeit zu überbrücken. Oft hätten die Befragten Patienten mit akuter Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes, in palliativer Situation oder aber verstorben vorgefunden. Ebenfalls herausfordernd wurden unbekannte Patienten im Bereitschaftsdienst beschrieben. Da der Kontext und Vorerkrankungen oft nicht bekannt seien, könne unbekannten Patienten im Bereitschaftsdienst nur begrenzt geholfen werden. So bestehe keine Bindung zu den Patienten und eine Weiterverfolgung aus ärztlicher Sicht sei ebenfalls nicht möglich.

Gründe und Motive

Neben medizinischen Indikationen und damit laut den Befragten berechtigten Gründen für eine Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes haben Ärzte als Grund für das Aufsuchen bzw. die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes aus Sicht der Patienten vielfach *Not und Sorge* gezählt. Patienten hätten in dieser Situation eine Not oder Sorge, die zur Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes *berechtige*. Dabei handele es sich häufiger nicht um eine harte medizinische Indikation, dennoch seien Patienten *sichtlich verunsichert, ängstlich* und gehörten in dieser Situation ernst genommen.

B: „Also der hat ja Sorgen, es ist irgendwas nicht in Ordnung, er kann es nicht einschätzen, der ist nicht der Experte.“ (Interview_B120)

B: „Also die Anrufe sind ja eigentlich genauso. Die passieren in Sorge, die rufen an und die meisten sind gerechtfertigt, will ich mal sagen.“ (Interview_B115)

Die fehlende und sich verändernde flächendeckende Routineversorgung durch Haus- und Fachärzte spiele bei der Inanspruchnahme durch die Patienten eine zunehmende Rolle. Zum einen würden sich im Bereitschaftsdienst laut der Befragten die Mängel in der hausärztlichen Versorgung deutlich widerspiegeln. Hausbesuche im Bereitschaftsdienst würden tendenziell häufiger dort anfallen, wo keine - insbesondere in sehr ländlichen Bereichen - oder unzureichende hausärztliche Versorgung durch Praxen stattfinde.

Viele Patienten, die den Bereitschaftsdienst kontaktierten, hätten gar keinen Hausarzt und wären damit nicht an eine hausärztliche Versorgung angebunden. Dies führe dazu, dass viele Nicht-

Notfallbehandlungen aus der Ärztemangelsituation heraus entstehen. Besonders sichtbar sei der Effekt dort, wo auch aus bedarfsplanerischer Sicht bereits eine drohende Unterversorgung vorherrsche (HPB Cloppenburg, HPB Delmenhorst, HPB Wildeshausen).

B: „Wenn ich in der Praxis bin, das sind oft Leute, die wirklich Hilfe brauchen, die haben oft keine Hausärzte.“ (Interview_ B201)

Außerdem wurden von einigen Befragten die Versorgungsroutinen ihrer niedergelassenen Kollegen kritisiert. Fehlende akute Termine und das Nicht-Sichten der Patienten durch Hausärzte treibe letztlich in die Bereitschaftsdienstpraxis. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Befragten angemerkt, dass die Einschränkungen in den Sprechstundenzeiten der Praxen kritisch zu betrachten seien. Viele Praxen hätten an Mittwoch- und Freitagnachmittagen, mittlerweile häufiger sogar an weiteren Nachmittagen, nicht mehr geöffnet. Auch seien die telefonischen Erreichbarkeiten mittlerweile deutlich eingeschränkt und hätten eine schlechte Kommunikation zwischen Arztpraxen und Patienten zur Folge.

B: „Und ich sehe es auch mit Argusaugen, dass immer mehr Praxen, sag ich jetzt mal, die Sprechzeiten eindämpfen. Der Freitag Nachmittag, der schon gefallen ist, da habe ich meine eigenen Ansichten. Deswegen haben wir auch immer noch auf.“ (Interview_ B108)

B: „Also ich sehe momentan ein Hauptproblem darin, dass die Sprechstunden in den Praxen, so wie ich das hier so hier im Ort so beobachte, sich ja auch geändert haben. Das heißt also, die machen Sprechstunde von acht bis beispielsweise Nachmittag, 16:00 Uhr und. [...] Danach läuft dann der Anrufbeantworter und sie verweisen auf den Notdienst, der allerdings erst ab 19:00 greift.“ (Interview_ B110)

Dazu komme, dass immer weniger hausärztliche Praxen regelmäßige Haus- und Heimbesuche machen würden. Das führte dazu, dass besonders Pflegeheime in den Fokus der Hausbesuche im Rahmen des Bereitschaftsdienstes rücken würden. In den Pflegeheimen würden sich oft akute Situationen und Verschlechterungen bereits länger bestehender Situationen zeigen, weil kein Hausarzt zum Hausbesuch gekommen sei. Diese würden dann vom Bereitschaftsdienst aufgefangen.

B: „Besonders viele Pflegeheime, weil kein Hausarzt zum Hausbesuch gekommen ist.“ (Interview_ B111)

B: „Wenn ich dann die Statistik angucke, wie viel ich drüber liege in meiner Statistik mit Hausbesuchen, dann muss man sich das bei mir angucken. Da bin ich natürlich 500 % drüber, weil einige Praxen einfach generell sagen, sie machen keinen Hausbesuch.“ (Interview_ B111)

B: „Da soll heute bitte der Kollege heute Abend mal eine Einweisung fertig machen“. Bei komplett gesperrten Krankenhäusern war das tatsächlich kein Spaß. Wo ich dachte, das hätte die Kollegin vielleicht noch machen können, wenn ich mittags sowieso anrufe und sage „Hey, ich weiß, die muss ins Krankenhaus“ muss ich das nicht schieben in den Nachtdienst.“ (Interview_ B113)

Als problematisch wurde von den Befragten die gegenseitige kollegiale Vertretung in Urlaubs- und Abwesenheitszeiten, die oft nur unzureichend stattfindet, gesehen. Patienten würden von ihren Ärzten zwar an eine Vertretungspraxis verwiesen. Diese hätten meist aber gar keine Kapazitäten und würden Patienten abweisen oder an den Bereitschaftsdienst verweisen. Fehlende Facharzttermine und lange Wartezeiten hätten ebenfalls großen Einfluss auf die Inanspruchnahme. Beschwerden und Krankheiten würden oftmals „verschleppt“ oder sich verschlechtern, weil kein Termin beim Facharzt möglich sei und so nicht rechtzeitig weiterbehandelt werde. In der aktuellen Situation spiele auch die Einrichtung und Umsetzung des Hausarztvermittlungsfalls eine nicht unerhebliche Rolle, da Fachärzte seit dem Wegfall der Neupatientenregelung deutlich weniger Termine anbieten würden.

B: „Und das finde ich schon anstrengend, weil viele Dinge ja auch dadurch zustande kommen, dass die Patienten Dinge verschleppen, weil manchmal auch einfach keine Termine bei Fachärzten zu kriegen sind.“ (Interview_B104)

Zu den Motiven ohne medizinische Relevanz zählten die Befragten hohes Anspruchsdenken bei den Patienten in Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen im gesamten Gesundheitssystem. Patienten hätten die Erwartungshaltung, dass alle Anliegen sofort und vollumfänglich geklärt und gelöst werden sollten. Der Bereitschaftsdienst sei dabei für die Patienten eine Serviceleistung. Sie würden den Bereitschaftsdienst aus Bequemlichkeit und aufgrund der schnellen Verfügbarkeit ärztlichen Rates ohne oder mit kurzer Wartezeit nutzen.

B: „Aber so dieses „es ist ja jemand da und ich habe ja die Karte und dann wird das alles bezahlt“. Das ist schon extrem geworden.“ (Interview_B113)

Ein weiterer Aspekt sei die mangelnde Gesundheitskompetenz. Patienten hätten keine Fähigkeit, sich und ihr Problem selbst einzuschätzen und hätten das Bedürfnis, ihre Beschwerden sofort vorstellen zu müssen. Insgesamt seien Patienten von einer gewissen Hilflosigkeit gekennzeichnet.

B: „Ich habe seit heute 38 Temperatur“. Ja, dann kann man das ja theoretisch einfach mal zu Hause abwarten und eine Ibuprofen nehmen. Aber es muss sofort vorgestellt werden und sofort gefragt werden, ob das schlimm ist.“ (Interview_B102)

Zudem würden die Patienten immer weniger Präventionsverhalten und das Auskommen mit einfachen Hausmitteln und einer Selbstmedikation lernen. Dabei spiele der fehlende Rückgriff auf Familie und vorherige Generationen eine Rolle. Die Befragten gaben an, dass ein großer Teil der Patienten den Bereitschaftsdienst wegen Bagatellen kontaktiere. Konsultationen seien überwiegend Resultat langfristig bestehender Beschwerden und Verschleppungen, das Bedürfnis nach

einer zweiten Meinung und vorübergehender Beschwerden. Auch Einsamkeit sei dabei ein Motiv. Die Befragten ergänzten dass viele Fälle nicht so akut waren, dass sie nicht bis zur nächsten regulären Sprechstunde hätten warten können. Der Bereitschaftsdienst diene immer wieder als Hausarztersatz.

B: „Viele Beschwerden, die schon langfristig bestehen. Viele auch Zweitmeinung. „Ich war beim Kinderarzt und dann muss ich noch mal versichern“ und so.“ (Interview_B120)

B: „Dass doch viele Patienten den Notdienst anlaufen mit einem Problem, was eigentlich in die normale Hausarztpraxis zu Sprechstunden gehört.“ (Interview_B106)

Daraus leite sich nach Ansicht der Befragten eine ungesteuerte Nutzung des Gesundheitssystems durch die Patienten ab. Patienten würden Probleme oft aussitzen und dann zum Arzt gehen, wenn es ihnen gut passe. Oft seien es dieselben Patienten, die den Bereitschaftsdienst immer wieder nutzen. Patienten würden selbstständig entscheiden, wann sie welche Leistung beanspruchen. Immer wieder komme es dazu, dass Patienten zwischen den Sektoren Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Krankenhaus wählen und vielfach mehrere in Anspruch nehmen.

B: „Alle geben sich Mühe, besser zu sein und die Wartezeiten zu reduzieren. Aber dann Notaufnahme, je niedriger die Wartezeiten sind, umso mehr Leute werden dahin strömen [...] und bekommt idealerweise die Versorgung, die man sich erwünscht hat, oder gerade auch Leute, die davon ausgehen, dass man in ihrem Fall jetzt aber doch ein MRT machen müsste oder eine Blutentnahme. Dann gehen die halt dahin. Und da ist ja auch kein Mechanismus in Deutschland vorgesehen zu sagen, dass man die praktisch mit einem Zweizeiler nach Hause schickt, sondern die werden ja dann alle regelhaft versorgt.“ (Interview_B109)

Die Erwartungshaltung der Patienten sei im Laufe der Zeit deutlich im Sinne der Resignation darüber, dass ihnen ohnehin nicht geholfen werden könne, zurückgegangen. Dies sei der Grund dafür, dass Patienten häufig doch den direkten Weg ins Krankenhaus bzw. in die Notaufnahme wählen würden, wo ihnen umgehend geholfen werden könne. Patienten würden nach Einschätzung der Befragten in Notaufnahmen oftmals eine sofortige Vollversorgung im Vergleich zum Bereitschaftsdienst erhalten.

6.3.9 Hauptkategorie: Leichenschau

Die Hauptkategorie Leichenschau gibt Auskunft über Abläufe und Erfahrungen der Ärzte mit der Feststellung des Todes bzw. der Leichenschau im Bereitschaftsdienst.

Die Befragten berichteten mehrheitlich, dass die Ausstellung von Totenscheinen nicht häufig vorkomme und eher eine Nebenrolle einnehme.

B: „Mal ein Totenschein. Das ist jetzt nicht so/, nein, das ist auch nicht schlimm.“ (Interview_B201)

Die Vergütung einer Todesfeststellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erscheine dabei angemessen und fair. Leichenschauen werden als sensibles Thema beschrieben und würden mit einem besonders hohen Zeit- und Dokumentationsaufwand einhergehen. Bei unbekannten Patienten und Pflegeheimbewohnern sei die Leichenschau teilweise erschwert, da Unterlagen fehlen würden, was sich schlussendlich auf die medizinische Qualität der Todesfeststellung niederschlagen könne. Dies betreffe insbesondere Pflegeheime, die personell schlecht besetzt seien und keine oder nur geringe Auskünfte zu den Verstorbenen geben können.

B: „Du fährst quasi in Nordkreis in so ein Heim und da ist ein Totenschein und das dauert ja. [...] Du kennst die Patienten nicht, musst dann anhand von Aktenlage, teilweise gibt es den Perso nicht, du kannst es teilweise nicht richtig ausfüllen. Das ist ein bisschen Arbeit. Und wenn das Personal im Heim für die Pflege schlecht besetzt ist und man hat wenig Unterstützung, dann dauert es schon.“ (Interview_B120)

Teilweise wurde der Wunsch nach einer Schulung oder Fortbildung bzw. der Aufnahme dieses Themas in die Ausbildung von Ärzten geäußert, damit der Arzt vorbereitet in diese Situation gehen und die Dokumentationsanforderungen bewältigen könne. Weiterhin wurde der Wunsch nach einer Begleitung durch eine zweite Person genannt, um Entlastung in dieser Situation zu erhalten.

B: „Ich würde mir das fachlich zutrauen, aber es ist halt da auch, sage ich mal, viele Dinge, auch administrative Dinge, die zu tun sind. Beispielsweise so ganz banale Dinge, wo dann, wenn ich eine Totenbescheinigung ausstelle, wer, wie, wann kriegt sie die beispielsweise, wo gebe ich das hin, wem gebe ich das? Wie fülle ich das aus usw. und so fort. Das sind ja alles Dinge, die meiner Meinung nach in einem Vorbereitungsseminar auf den KV Dienst gehören.“ (Interview_B116)

Als verbesserungswürdig anzusehen sei die Regelung bzw. Umsetzung der Zuständigkeiten während und außerhalb der Sprechzeiten. Die Befragten würden häufiger erleben, dass Hausärzte während der Sprechzeiten bei einer Anforderung auf den Bereitschaftsdienst verweisen. Andererseits passiere es ebenfalls häufiger, dass der im Bereitschaftsdienst tätige Arzt auf den Hausarzt verweise, was für den Hausarzt zu Problemen und Einschränkungen bei der Durchführung des regulären Praxisalltags führen könne.

B: „Auf der einen Seite bin ich gesetzlich dazu verpflichtet, eine adäquate Leichenschau zu machen und auch in einem gewissen Zeitkorridor. Ich weiß nur nicht, wie ich das parallel machen soll, weil ich kann ja dafür nicht die Praxis schließen. Ich kann ja nicht sagen „ich muss jetzt erst mal ins Pflegeheim“, mache die Praxis und ich komme mal in einer Stunde wieder. Das wirft mir natürlich meinen kompletten Tagesplan über den Haufen.“ (Interview_B116)

6.3.10 Hauptkategorie: Einordnung in gesamtberuflichen Kontext

In dieser Kategorie soll eine Einordnung des Bereitschaftsdienstes in den gesamtberuflichen Kontext durch die Befragten erfolgen. Die Befragten wurden dazu aufgefordert, ihre Sichtweise und

Erfahrungen, die sie während der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung gemacht haben, zu schildern, um einen Überblick über die Facetten der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung erzeugen zu können.

Berufsethos

Es wurde ein Bewusstsein dafür genannt, dass durch den organisierten Bereitschaftsdienst eine durchgängige Versorgung der Patienten rund um die Uhr sichergestellt wird und die Notaufnahmen so entlastet werden können. So wurde der Bereitschaftsdienst als wichtiger Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung empfunden. Die Befragten waren sich kongruent, dass der Bereitschaftsdienst zur Ausübung ihrer Tätigkeit dazugehöre. Sie würden es als ihre Aufgabe ansehen, eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen und betonen, dass Notaufnahmebesuche nur durch das Vorschalten eines Arztes in Form des Bereitschaftsdienstes verhindert werden könnten. Diese Tätigkeit könne aktuell nur durch Vertragsärzte übernommen werden. Es gebe laut den Befragten immer wieder Fälle, die zeitnah behandelt und versorgt werden müssten, weshalb der Bereitschaftsdienst nicht wegzudenken sei. Die Befragten vermuteten, dass die Inanspruchnahme und Bedeutung des Bereitschaftsdienstes als versorgende Säule in den nächsten Jahren zunehmen werde, da sich ein Ärztemangel abzeichne und die flächendeckende Versorgung durch Arztpraxen sich deutlich verändere.

B: „Und das sehe ich auch als meine Aufgabe, muss ich sagen, dass das eben auch unser täglich Brot ist dann im Notdienst.“ (Interview_B103)

B: „Ja, finde ich schon, weil das ist, wenn wir nicht die Grundversorgung, die flächendeckende Versorgung/ . Wir wollen nicht, dass Leute in die Krankenhäuser gehen und dafür ist dieser Notdienst gedacht.“ (Interview_B103)

In diesem Zusammenhang merkten die Befragten an, dass sie das Vorhalten eines Bereitschaftsdienstes zwar als zeitgemäß empfänden, sich die Situation und die Arbeitsbedingungen in der Gesellschaft und auch im Gesundheitswesen aber verändern würden. Die Grundidee des Bereitschaftsdienstes sei dabei ursprünglich aus dem Vollzeitberuf heraus entstanden. Mittlerweile würden Faktoren wie der Trend zur Anstellung, zunehmende Teilzeittätigkeiten und der hohe Anteil von Frauen in der Medizin allerdings dazu führen, dass das jetzige Bereitschaftsdienstmodell nicht dauerhaft aufrechterhalten werden könne. Insbesondere für Praxisinhaber, die Ärzte anstellten, sei das jetzige Modell zunehmend belastender. Diese würden anteilig anhand ihrer Versorgungsaufträge zum Bereitschaftsdienst herangezogen und müssten Lösungen dafür finden, wie sie die Dienste für sich selbst und die angestellten Ärzte abdecken. Es könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass angestellte Ärzte freiwillig Dienste übernehmen, was die

Praxisinhaber mitunter vor große Herausforderungen stelle. Hier sei die Attraktivität der selbstständigen Tätigkeit in Kooperation mit angestellten Ärzten in Gefahr.

B: „Nein, ich glaube, das stammt aus einer Zeit, wo der Arzt noch seine 300 400 Patienten im Quartal behandelt hat.“ (Interview_B113)

B: „Jeder weiß es, dass wenn 100 Medizinstudentinnen und 100 Medizinstudenten sind, wie viel Arztstunden im Leben in der Bevölkerung an Patienten für die Bevölkerung da ist, ist das bei den Frauen 1/3 weniger. Mindestens. Es ist biologisch ganz normal, da gibt es immer Ausnahmen, aber dadurch werden die Arztstunden immer weniger. Deswegen diese Berufsordnung.“ (Interview_B111)

Ebenfalls schilderten die Befragten, dass sich das berufliche Selbstverständnis vieler niedergelassener Ärzte deutlich verändert habe. So würden einige Befragte vorausschauendes Denken und Arbeiten in den Praxen vermissen.

B: „Also ich finde, wir brauchen keinen Bereitschaftsdienst, sage ich Ihnen ganz ehrlich. Wenn die Kollegen ja ein anderes Verantwortungsgefühl, wie auch immer, ich will darüber jetzt nicht urteilen, aber meine Patienten müssen NICHT in den Bereitschaftsdienst und DEINE auch nicht. Weil wenn die hier dann auch noch mal anrufen auf einem Freitag, dann werden die bedient. Das machen wir ja auch.“ (Interview_B201)

B: „Auch vorausschauendes Denken. Ich hatte letzters eine Patientin, die hatte einen beginnenden Harnwegsinfekt am Freitag, das war noch nicht Fisch und nicht Fleisch. Und der habe ich dann gesagt „Wissen Sie was, Sie machen das erst mal jetzt mit dem Canephron. Und wenn Sie merken, das funktioniert gar nicht, kriegen Sie jetzt von mir noch ein Rezept für eine Antibiose bei. Wenn Sie es nicht brauchen, dann nehme ich es raus. Tun wir weg. Und wenn, holen Sie sich das“. Ich habe die aufgeklärt. Ich habe ihr gesagt, wenn die und die Symptome/. Sie hat es gebraucht.“ (Interview_B201)

Einige Befragte äußerten, dass Praxen besser in die Regelversorgung ihrer eigenen Patienten investieren sollten, damit diese nicht den Bereitschaftsdienst aufsuchen mussten.

B: „Wirklich, bei uns kann ja jeder kommen. Wenn es ein Notfall ist, kommt er auch noch freitags um zwölf. Ja, wirklich. Weil das sind unsere Patienten, die müssen versorgt werden, wir nehmen auch die anderen mit an.“ (Interview_B201)

Als Positivbeispiel wurde von einigen Befragten genannt, dass sie auch außerhalb der Sprechstundenzeiten für ihre Patienten erreichbar seien und eine Telefonnummer für Notfälle zur Verfügung stellen würden. Insgesamt wurde an dieser Stelle an den Berufsethos der Kollegen appelliert.

Einfluss auf Berufswahl

Zum Einfluss des Bereitschaftsdienstes auf die Berufswahl waren sich die Befragten einig, dass die Organisation und Belastung durch diesen kein Hindernis darstellen dürfte. Sie argumentierten, dass die Bereitschafts- und Hintergrunddienste während der Tätigkeit im Krankenhaus sehr viel häufiger und einschneidender seien.

B: „Aber genau das gehört dazu. Über das ist ja, das sollte eigentlich klar sein.“ (Interview_B102)

B: „Und die Kollegin, die wir jetzt haben, die war jetzt die letzten zwei Jahre in der Reha. Da hat sie aber auch viele Dienste machen müssen. Da ist es, glaube ich, dann in der Praxis schon einfacher. Und der Bereitschaftsdienst spielt für sie, glaube ich, vom Denken her keine Rolle. Das ist sowas Hintergeordnetes.“ (Interview_B104)

Früher habe man deutlich häufiger Bereitschaftsdienst in den kleinen Kreisen gehabt und auch die Inanspruchnahme innerhalb eines Dienstes habe deutlich nachgelassen. Der Bereitschaftsdienst spiele nur noch eine untergeordnete Rolle und sei nicht wesentlich, wenn die Tätigkeit als Vertragsarzt insgesamt eine ausfüllende Tätigkeit darstelle.

Diesbezügliche Vorbehalte bei Studenten und Weiterbildungsassistenten sowie Krankenhausärzten seien unbegründet. In diesem Zusammenhang wird angemerkt, dass viel besser über die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung aufgeklärt werden müsse, um Ängste und Vorbehalte abzubauen. Im Auge behalten solle man allerdings dennoch die nachfolgenden Generationen der Ärzte, die einen anderen Blickwinkel auf die Tätigkeit insgesamt und den Bereitschaftsdienst werfen würden. Vor diesem Hintergrund komme einer guten Organisation des Bereitschaftsdienstes und der damit einhergehenden Dienstbelastung eine tragende Rolle zu.

Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben

Vor allem jüngere Befragte gaben zur Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit der Familie und dem Privatleben an, dass das Gesamtpaket aus der eigenen Praxis, dem Bereitschaftsdienst und der Familie eine Herausforderung darstelle.

B: „Und wenn man dann noch on top Dienste machen müsste, plus Familie und Mann und Haushalt, das funktioniert halt einfach nicht.“ (Interview_B102)

Schwierig sei es, wenn beide Partner in Vollzeit arbeiten würden. Häufig musste einer den Umfang seiner Tätigkeit reduzieren, damit die Praxistätigkeit vollumfänglich abgedeckt werden könne. Gerade in den Schulferien sei in den Arztpraxen viel los und es sei dann besonders herausfordernd, eine Betreuung sicherzustellen. Dennoch sei die Vereinbarkeit deutlich besser gegeben als in der Klinik.

B: „Genau und in dem Moment dann Familie und Bereitschaftsdienst unter einen Hut zu bringen.“ (Interview_B103)

Insbesondere bei kleinen Kindern stelle sich die Bewältigung des Praxisalltags inkl. des Bereitschaftsdienstes einen erhöhten Organisationsaufwand dar.

B: „Also, das ist schon machbar. Besser als in der Klinik mit den Diensten. Jetzt sind wir halt/ also mein Mann ist ja auch im Krankenhaus. Jetzt sind wir halt schon zwei Leute in Diensten und ich mache wirklich, also ich muss überhaupt keine Dienste in der Praxis machen, das ist alles freiwillig. Wenn ich dann Niedergelassene wäre oder als Fachärztin angestellt wäre, dann müsste ich es ja mitmachen. Und auch das ist bei der Frequenz glaube ich noch in Ordnung.“ (Interview_B105)

B: „Die Kinder, also Familie zum Beispiel mit meinen beiden kleinen Kindern, die kommen dann an dem Tag tatsächlich viel zu kurz. Die sehe ich nur ganz kurz, wenn es gut läuft. Und dann war ich auch jetzt am Mittwoch bis 1:00 Uhr nachts war ich durchgehend unterwegs. Dann sieht man sich halt gar nicht mehr.“ (Interview_B113)

Befragte, deren Kinder bereits älter oder erwachsen waren, bezeichneten den Bereitschaftsdienst als eine nicht nennenswerte Belastung und als in der Konstellation gut machbar.

B: „Da ich erwachsene Kinder habe, ist das sicherlich vereinbar, als für jemanden, der keine Ahnung 32 ist und drei kleine Kinder zuhause hat. Das ist so. Und es hängt immer davon ab, welches Dienstmodell der sozusagen hat.“ (Interview_B120)

Weitere Probleme und Hürden

Neben dem Bereitschaftsdienst beschrieben die Befragten Probleme und Hürden wie eine schlechte Vergütung der Regelleistungen, eine allgemein hohe Arbeitsbelastung, überbordende Bürokratie, fehlende kollegiale Vertretung und Vernetzung, eine eingeschränkte Selbstbestimmung durch die Politik und das Personalmanagement, die sie zusätzlich herausfordern und belasten würden.

6.3.11 Hauptkategorie: Sektorenübergreifende Schnittstellen und Probleme

In dieser Kategorie wurden alle Aussagen erfasst, die bedeutsame Schnittstellen zwischen dem Bereitschaftsdienst und weiteren Institutionen des Gesundheitssystems beschreiben.

Pflegeheime

Die größte Unterkategorie bildet dabei die Schnittstelle mit Pflegeheimen im Bereitschaftsdienst. Im Sitzdienst würden diese eher eine untergeordnete Rolle spielen, im Fahrdienst aber würde die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen eine große Rolle spielen.

B: „Also es ist schon so, dass der Fahrdienst, dass ich immer, wenn ich tagsüber Fahrdienst habe, in der Regel mindestens ein, zwei Heime anfähre und Patienten, weil es einfach ein langes, weil das Wochenende lang ist für ältere Patienten und für die Heime eben auch oft, wenn sie eben keine gute oder sagen wir mal, wenn einfach was akut ist. So, und das muss ja gar nicht unbedingt immer schlecht vorbereitet sein, dann brauchen die einfach auch den Notdienst. Und das sehe ich auch als meine Aufgabe, muss ich sagen, dass das eben auch unser täglich Brot ist dann im Notdienst. Das ist schon so und das sind dann aber auch Patienten, die/. Also die rufen nicht wegen Kleinigkeiten an, in der Regel.“ (Interview_B103)

Die Pflegeheimversorgung und deren Qualität sei dabei sehr vom Heim abhängig. Dem Pflegeheimpersonal und seiner Erfahrung sowie Kenntnis über die Bewohner wird eine hohe

Bedeutung zugeschrieben. Das Pflegeheimpersonal sei von sehr hoher Personalfuktation gekennzeichnet und habe oft wenig oder keine Kenntnis über den Zustand der Bewohner. Oft werde dann der Bereitschaftsdienst zur einfachen Abklärung gerufen. Immer mal wieder würden haftungstechnische Gründe zu einer Alarmierung des Bereitschaftsdienstes führen. In diesen Fällen könne der diensthabende Arzt oftmals nichts für den Patienten tun.

B: „Da muss man eher mal hinfahren, glaube ich, weil dann doch die Leute älter sind und dann kann man es nicht telefonisch und dann muss ich auch Anweisungen ja schreiben. Geht auch nicht telefonisch, das brauchen die dann schriftlich. Das ist dann auch nicht ein bisschen Hindernis. Aber ich fahr dann ins Heim, da fahre ich meist besten.“ (Interview_B115)

B: „Bei den Pflegeheimen ist immer das Problem, dass die viele Arztbesuche bzw. die Hausbesuche anfordern. Allein damit das in ihrer Kurve steht und sie sich da absichern, ohne dass man da wirklich irgendwas macht. Also war dann eben häufig so, dass irgendjemand, der schon sowieso ziemlich schlimm krank war, fast schon moribund, sich noch ein bisschen verschlechtert hat, ohne dass man da eingreifen konnte.“ (Interview_B117)

Es wurde weiter berichtet, dass das Pflegeheimpersonal in akuten Situationen immer wieder den Rettungsdienst oder den Notarzt kontaktiere, da die Wartezeit bei der 116117 aufgrund knapper Personalressourcen, vor allem nachts und am Wochenende, zu lang sei. Hier wurden ein schnellerer Zugriff auf die 116117 durch eine gesonderte Nummer oder einen gesonderten Absprungpunkt bei der Befragung als Lösungsansatz vorgeschlagen. So übernehme der Rettungsdienst häufig Fälle, die eigentlich für den Bereitschaftsdienst seien. In Konsequenz daraus nehme der Rettungsdienst den Patienten häufig mit und es komme zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen.

B: „Wir haben schon teilweise, dass die dann irgendwann genervt den Rettungsdienst rufen. Also das Problem ist natürlich, die können/ , die müssen ja arbeiten dort. Und die sind natürlich auch gerade am Wochenende oder nachts auch minderbesetzt. Und wenn dann eine Kraft von vielleicht zwei Kräften, die im ganzen Pflegeheim überhaupt sind, nur mit telefonieren beschäftigt ist, ist es natürlich echt schwierig.“ (Interview_B214)

B: „Das wäre gut, wenn die ein einfaches Verfahren haben, weil das das haben wir ja auch jetzt unabhängig von 116117 immer mal wieder die Situation, jemand soll nicht in die Klinik mehr unbedingt, sondern soll vor Ort versorgt werden, weil es einfach nichts bringt, immer hin und her und vielleicht mehr Belastung ist irgendwann als medizinischer Nutzen. Und je nachdem, wer dann Dienst hat und wie gut der oder diejenige die Situation kennt und auch wie die Motivationslage ist und was sonst so drum rum los ist, wird eben doch einfach schnell mal 112 gerufen.“ (Interview_B214)

Es wurde berichtet, dass vor allem die Ausstellungen von Rezepten, akut oder als Dauermedikation, ein bedeutsames Thema sei. Als Gründe hierfür wurden genannt, dass das Pflegeheim den Hausarzt nicht unter der Woche kontaktiert habe oder der Hausarzt trotz Kontaktierung nicht zur Visite gekommen sei. Dabei werde immer wieder deutlich, dass die Pflegeheimversorgung durch Ärzte während der Sprechzeiten sehr unterschiedlich wahrgenommen werde. Auch die

Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen Hausarzt und Bereitschaftsdienst seien immer wieder ein Reibungspunkt. Zwar seien diese eigentlich klar geregelt, doch zeige sich in der Realität immer wieder, dass es hier zu Problemen in der Abstimmung bezüglich der Verantwortung komme. In diesem Zusammenhang wurde erneut die Problematik der zur Verfügungstellung von Medikamenten angesprochen. Das Ausstellen eines Rezepts sei kein Problem, viel mehr gestalte es sich immer wieder schwierig, wie das Medikament letztlich von der Apotheke zum Patienten im Pflegeheim gelangt. Dieser Weg könne mitunter lange dauern.

B: „Und ehrlicherweise, wenn eine Pflegefachkraft um 2:00 Uhr in der Nacht, ich muss es immer wieder sagen, anruft, in einem Heim und sagt das dem Disponenten, die hat bei 112 angerufen, die macht schon die richtige und wird dann an den kassenärztlichen Notdienst weitergestellt. Da kommt man dann da an und die Pflegefachkraft sagt „Ich weiß, dass Sie nichts machen können. Stellen Sie mir bitte einfach die Einweisung aus“. Dafür ist das System nicht gemacht. Und wenn eine Pflegefachkraft eines Krankenhauses, eines Pflegeheims, sagt, sie braucht in der Nacht Hilfe, sie ist ja schon Fachkraft, dann braucht sie meistens, vielleicht, sie kann dann ja sagen, sie braucht einen Arzt. Aber wenn sie sagt, sie braucht einen Krankentransport, sollte das vielleicht ernst genommen werden und nicht noch gewartet werden.“ (Interview_B111)

B: „Und im Pflegeheim ja genauso. Da gibt es dann welche, die dann entweder vielleicht doch dann für die Nacht das Medikament vom anderen Bewohner verwenden können und es dann wieder umtauschen. Oder es gibt dann doch irgendwie jemand, der in die Apotheke vorbeifahren kann. Aber das ist dann alles so, ich sag mal so individuelle Lösungen, auf die man sich jetzt nicht unbedingt verlassen möchte. Also das ist vom System bis jetzt nicht wirklich abgedeckt.“ (Interview_B109)

Immer wieder komme es aber vor, dass keine Lösung gefunden werde und der Pflegeheimbewohner aus diesen Gründen, insbesondere in sehr ländlichen Bereichen, ins Krankenhaus eingewiesen werden müsse. Telemedizinische Kommunikation mit den Pflegeheimen sei bisher gar nicht oder nur sehr wenig möglich. Oft würden die personellen Kapazitäten und auch die technische Ausstattung fehlen. Hier werde, insbesondere was beratende Tätigkeiten angehe, großes Potenzial gesehen.

Krankenhaus und Notaufnahme

Als weitere bedeutsame Schnittstelle für den Bereitschaftsdienst wurden Krankenhäuser und insbesondere Notaufnahmen genannt. Einerseits würden Patienten den Bereitschaftsdienst aufsuchen, da sie unversorgt aus dem Krankenhaus entlassen würden und keine Medikamente hätten. Dies sei vor allem an Wochenenden häufiger der Fall. Als weiterer Punkt wurde genannt, dass Krankenhäuser häufiger keine Patienten mehr aufnehmen würden und vom System abgemeldet wären. Dies betreffe insbesondere psychiatrische Fälle. Die Befragten schilderten, dass man in solchen Situationen aus dem Bereitschaftsdienst heraus viel und lang telefoniere, bis der Patient

untergebracht sei. Oft erfordere dies ein großes Durchsetzungsvermögen, für welches man unter Zeitdruck nicht immer ausreichend Kraft habe.

B: „Und auch solche Situationen wie jetzt beim letzten Dienst. Alle Häuser abgemeldet. Dann steht man da und dann braucht man schon auch so eine gewisse Routine, sich durchzusetzen und zu sagen „Ich weiß, Herr Kollege, Sie sind abgemeldet, aber ich schicke Ihnen die Patientin jetzt, weil die muss jetzt ins Krankenhaus“.“ (Interview_B113)

Außerdem sei die aktuelle ambulante Versorgung ihrer Patienten durch Notaufnahmen in Akutfällen nicht zufriedenstellend. So würden häufig keine Entlassungsbriefe oder Kurzberichte ausgestellt, aus denen hervorgehe, weshalb die Patienten dort vorstellig waren, welche Diagnose gestellt und welche Medikamente verordnet wurden.

B: „Ja, es bringt denen auch überhaupt nichts, ins Krankenhaus zu gehen. Die Versorgung in den Notaufnahmen ist jetzt schon eine Katastrophe. Also das sehen wir ja immer wieder. Die kommen hier montags, waren am Wochenende in der Notaufnahme und kriegen noch nicht mal einen Brief mit. Keinen, keinen Kurzschrift, gar nichts. Und wenn sie dann im Notdienst waren und Medikamente bekommen haben, wissen wir es dann ja auch nicht.“ (Interview_ B201)

Zuletzt wurde von einigen Befragten die Frage der Steuerung zwischen den Krankenhäusern bzw. Notaufnahmen und dem Bereitschaftsdienst angesprochen. Es wurde bemängelt, dass es derzeit keinerlei Steuerungsmechanismen zwischen den Sektoren gebe und Patienten sich ihre passende Behandlungseinheit selbst aussuchen würden. Die Befragten forderten hier funktionierende Steuermechanismen und eine bessere Verzahnung der Sektoren, um den Grad der Effektivität zu steigern und so die ohnehin überlasteten Notaufnahmen zu entlasten. Eine gute Lösung sei die Angliederung von Bereitschaftsdienstpraxen an oder in die Notaufnahmen. Allerdings würde in Bereitschaftsdienstpraxen, die bereits an ein Krankenhaus angegliedert waren, die Schnittstelle zwischen der Bereitschaftsdienstpraxis und dem Krankenhaus bislang verschieden gelebt. Die gemeinsame Nutzung von Geräten verlaufe in der Regel problemlos, ebenso eine zum Teil gemeinsame Behandlung von Patienten. Allerdings wurde geäußert, dass die Räumlichkeiten und der Wartebereich sowie dessen Beschilderung zum Teil nicht optimal seien, sodass für Patienten nicht direkt offensichtlich sei, welcher Anlaufstelle sie folgen sollen. Als Vorteil integrierter Bereitschaftspraxen in Notaufnahmen sahen sie, dass Patienten schnell dorthin verwiesen werden könnten, wo sie zugehörig waren und versorgt werden konnten. Die Patienten würden in dem Fall von kurzen Wegen, Zeitersparnissen und kollegialem Austausch profitieren.

B: „Aber ich finde insgesamt ist es echt gut und ich kenne halt einfach noch viele im Krankenhaus (umbenannt). Deswegen ist es für mich glaube ich auch noch mal einfacher, dass ich mal eben sagen kann/. Wir haben irgendwann mal eine Omi getackert am Kopf, weil sie eine Platzwunde hatte und Corona, und dann haben wir gesagt „komm, wir tackern die mal“. Und dann kam ein Pfleger mit und wir haben das zusammen gemacht. Also das klappt schon.“ (Interview_B102)

Dennoch schlussfolgerten die Ärzte, dass die Schnittstellen noch nicht ausreichend gelebt würden. Insbesondere die Etablierung und bessere Verknüpfung durch die Ein-Tresen-Lösung wurde als wünschenswert angesehen. Die Grundidee der Ein-Tresen-Lösung sei gut und sinnvoll, die Umsetzung und gelebte Realität meist aber noch ausbaufähig. Die Befragten schilderten, dass meist kein gemeinsam eingesetztes Personal vorhanden sei und auch die Anmeldung und EDV-Systeme aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht miteinander verknüpft seien. Im Sinne der Barrierefreiheit werde der Ausbau gemeinsam genutzter Strukturen absolut befürwortet. Die Angliederung der Bereitschaftsdienstpraxis an ein Krankenhaus bedeute für den Patienten eine Verschränkung der Sektoren und ein vollumfängliches und bedürfnisorientiertes Versorgungsangebot. Patienten würden so lange Wege erspart.

B: „Und finde es auch voll gut, seit die KV-Praxis sozusagen auch mit an die Notaufnahme angegliedert ist.“ (Interview_B105)

Durch die Vergrößerung der Bereitschaftsdienstbereiche und Einrichtung einer zentralen Bereitschaftsdienstpraxis pro Bereitschaftsdienstbereich könnten sich für die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit für die Patienten allerdings Hürden ergeben. Hier sei die Lage der Praxis sehr entscheidend.

B: „Und eine gemeinsame, sag ich jetzt mal, Struktur, Bereitschaftspraxis am Krankenhaus, wie das in den großen Städten, Varel lebt das ja auch, durchaus Sinn macht, hat Vorteile. Aber ich erlebe ja viele Kollegen in Notdienstkreisen, wo das Krankenhaus so wie bei uns ja gar nicht im Kreis ist oder am Rande des Kreises wie in Vechta. Das ist ein Riesenproblem.“ (Interview_B108)

B: „Was wieder dafür spricht, dass es eine Bereitschaftsdienstpraxis geben könnte ohne Krankenhaus. Ich finde, das Krankenhaus ist gar nicht das Entscheidende, sondern entscheidend ist, dass es eine Räumlichkeit sein muss, wo man eine gewisse Qualität bieten kann, also von der Ausbildung der Helferinnen als auch von der Infrastruktur als auch von der Ausbildung der Kollegen, die da Dienst machen.“ (Interview_B108)

Neben der Lage der Räumlichkeiten sollten auch eine Anbindung an eine Apotheke sowie öffentliche Verkehrsmittel sowie daran gekoppelte, gut erreichbare Öffnungszeiten berücksichtigt werden.

Rettungsdienst

Die Befragten schilderten, dass neben dem Bereitschaftsdienst auch der Rettungsdienst inkl. Notarzt davon betroffen seien, wegen falscher Indikationen und Bagatellen alarmiert worden zu sein. Die Schnittstelle und Abgrenzung zwischen dem Rettungsdienst und dem Bereitschaftsdienst funktionierte unzureichend. Als Grund hierfür wurde wieder die fehlende Verzahnung der

Systeme und Rufnummern 116117 bzw. 112 genannt, die immer wieder zur Zuordnung von falschen Indikationen auf beiden Seiten führe.

B: „Ich glaube, dass der Bereitschaftsdienst *gesamt betrachtet ineffektiv ist, weil er nicht verzahnt ist mit den anderen Diensten. Das heißt, jeder macht sich einen schlanken Fuß. Der Rettungsdienst verdient Geld, indem er Patienten transportiert. Die Krankenhäuser jammern, machen sich aber die Station voll über die Patienten, die in die INA kommen. Und die Kassenärztliche Vereinigung steht unter dem Druck der Niedergelassenen, dass sie auf der einen Seite der Sicherstellungsauftrag hat, auf der anderen Seite möglichst wenig für diesen Notdienst bezahlen will aus der Gesamtvergütung. Das ist alles verständlich, aber diese Aufgabe wird aus meiner Sicht sein, wie kann man, sage ich jetzt mal, einen guten Dienst organisieren?*“ (Interview_B108)

Das führe dazu, dass Patienten in einigen Fällen zwischen den Sektoren hin und her geschoben und nicht klar zugeordnet würden. Oft falle die Zuständigkeit in letzter Instanz auf den Bereitschaftsdienst zurück, der nicht immer etwas für den Patienten tun könne.

B: „Es fällt zurück, dann Krankenhaus hat nicht aufgenommen, Rettungsdienst war vor Ort, hat nicht mitgenommen und es fällt dann auf den kassenärztlichen Notdienst zurück.“ (Interview_B111)

Das Nachordnen des Rettungsdienstes aus dem Bereitschaftsdienst in diesen Fällen stelle allerdings kein Problem für die Befragten dar und komme immer wieder vor.

Auch in diesem Zusammenhang nannten die Befragten fehlende Steuerungsmechanismen als zentrales Problem. Sie führten dazu auf, dass Patienten sich ihre benötigte Ressource selbst aussuchen würden und die Sektoren teilweise dabei sogar doppelt in Anspruch nähmen und diese gegeneinander ausspielen würden.

B: „Es kann nicht sein, dass ich wie letztes, 2:00 Uhr morgens hinter Barßel gerufen werde, weil jemand Thoraxschmerzen hat. Ich komme dort an, da liegt ein Einsatzprotokoll vom Rettungsdienst da. Patient verweigert die Mitnahme und den Patient spreche ich darauf an und sage „Warum rufen Sie mich jetzt an, wenn Sie sowieso nicht ins Krankenhaus wollen?“ „Ja, ich will nur wissen, ob das auch korrekt ist.“ (Interview_B119)

Weiter wurde angemerkt, dass es gerade im Bereich des Rettungsdienstes in den letzten Jahren vermehrt Projekte gebe, die ungesteuert aneinander vorbeiliefen. Die Befragten würden nicht immer ausreichend in Kenntnis gesetzt und informiert. Häufig fehle ein Austausch auf den Steuerungsebenen.

B: „Also als ganz wichtig finde ist, dass es noch mehr Austausch gibt oder überhaupt einen Austausch zwischen Rettungsdienst und den niedergelassenen Ärzten, weil das/ da erlebe ich momentan so gut wie gar keinen Austausch.“ (Interview_B109)

6.3.12 Hauptkategorie: Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes

Diese Kategorie enthält alle Aussagen und Ideen, die zur Weiterentwicklung und Ausgestaltung des Bereitschaftsdienstes genannt wurden. Schwerpunktmäßig ging es hierbei um die

Verfügbarkeit der ärztlichen Ressource und den optimierten Einsatz dieser durch den Einsatz von Telemedizin sowie die Delegation von Leistungen an Fachkräfte anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Zunächst soll allerdings ein Überblick darüber gegeben werden, was die Befragten zur Verfügbarkeit der Ressource Arzt und Delegation von Aufgaben an Fachkräfte anderer naher Berufsgruppen sowie zum Einsatz von Telemedizin gesagt haben.

Ressource Arzt

Die Verfügbarkeit der Ressource Arzt war von zwei Determinanten geprägt. Einerseits wurde die Theorie aufgestellt, dass in Deutschland kein tatsächlicher Arztmangel vorherrsche und es ausreichend Ärzte gebe. Das Problem liege hier eher in einer Überversorgung und Nichtsteuerung der Patienten. Patienten kämen viel zu oft in die Arztpraxen und würden eine zu hohe Inanspruchnahme auslösen.

Ein weiteres Thema war die abnehmende Arbeitskraft pro Arzt. Zwar gebe es weiterhin eine hohe Anzahl an Ärzten, doch nehme die Leistung pro Arzt durch einen Wandel der Tätigkeitsformen stetig ab. Ärzte würden zunehmend im Angestelltenverhältnis und in Teilzeit arbeiten wollen. Ebenso spiele eine Rolle, dass mittlerweile deutlich mehr Absolventen der Medizinstudiengänge weiblich seien und somit dem Arbeitsmarkt durch Familienplanung zeitweise weniger zur Verfügung stünden. Dies führe zu einer Abnahme der Patientenversorgung bei gleichbleibender Arztlzahl. Gleichwohl verdeutliche sich innerhalb des Systems immer wieder, dass es viel nicht genutztes ärztliches Potenzial gebe. Es habe sich in der Vergangenheit gezeigt, dass man durch Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen und fairer Vergütungsmöglichkeiten schnell und einfach Ärzte gewinnen könnte (z.B. während der Covid-19-Pandemie für Impftätigkeit in Impfzentren). Diesen Gedanken solle man auf die Gestaltung des Bereitschaftsdienstes übertragen. Allerdings äußerten einige die Sorge, dass nicht zu viele parallele Arbeitsangebote für Ärzte geschaffen werden dürften, da diese sonst der Basisversorgung fernbleiben würden.

Zur Delegation von ärztlichen Leistungen an Fachkräfte naher Berufsgruppen äußerten sich die Befragten mit gemischten Gefühlen. Wenige warnten vor dem Aufweichen des Arztberufs. Der Arztberuf zeichne sich dadurch aus, dass ein Arzt wichtige Entscheidungen treffen und Verantwortung übernehmen müsse. Dafür habe er lange studiert und sei letztlich auch approbiert.

B: „Wer soll es denn dann machen? Physician Assistants so oder was soll das alles? Also nein, ist doch Quatsch. Und jetzt/. Und das ist auch so eine Geschichte. Aber das ist vielleicht jetzt berufspolitisch, also dass jetzt der Arztberuf so ein bisschen aufgeweicht wird, so mit Bachelormedizinerinnen und Physician Assistants und so, und die sind dann so selektiv. Das war auch noch nie gut.“ (Interview_B120)

B: „Da gibt es ja diese verschiedenen Konzepte Gemeindenotfallsanitäter. Es ist immer schwierig. Im Endeffekt muss ein Arzt Entscheidungen treffen. Er muss es auf seine Kappe nehmen. So sage ich das einfach mal so. Es gibt Sachen, warum man studiert hat, warum man die Approbation hat und warum man mindestens fünf Jahre Weiterbildung hat. Und die Erfahrung. Und das sieht man immer wieder in so Grenzbereichen. Und aktuell versucht die Politik, dass aus Ärzten light zu bekommen. Die bekommen sie nicht einfach so. Die sind teuer. Ein Notfallsanitäter im Drei-Schicht-System, ist meine persönliche Meinung, ist nicht das Richtige, als dass man sagt, man setzt genau das Konzept von der KV ein. Einen höher bezahlten Arzt, der dann in dem Moment einfach die Entscheidung trifft.“ (Interview_B111)

Der Einsatz von Physician Assistants (PA) wurde dem entgegen von einigen Befragten als denkbar empfunden.

B: „Ja, im Grunde genommen durch vielleicht auch Physician Assistants. Ganz ehrlich. Also wirklich genau für die Dinge. Dann wird vielleicht einer von zehn noch mal an einen Arzt weitergeleitet hier medizinisch, aber die anderen neun können so vor Ort versorgt werden.“ (Interview_B103)

Derzeit sei in Deutschland der Tätigkeitsrahmen allerdings noch nicht genau definiert, was den Einsatz von PAs erschwere. Auch die Vergütung der durch diese erbrachten Leistungen sei noch nicht ausreichend abgebildet.

B: „Das könnte man natürlich schon überlegen, ob man diese Berufsgruppe mal mit einbezieht. In Kliniken wird es ja so langsam doch publik. Aber ich glaube, so im niedergelassenen Bereich ist das noch nicht so ein Thema. Aber da sind ja viele ärztliche Aufgaben, die dann übernommen werden können. Also da, wo, die sehe ich jetzt bei meiner Tochter, wenn die Praktikum macht/. Die Kliniken, die dann verstanden haben, was ein PA ist denken „Mensch, den brauchen wir“. Also das wäre halt eine Möglichkeit, wie man dann eben auch außerärztliches Personal generieren könnte.“ (Interview_B107)

Ein Nebeneinanderherlaufen verschiedener Berufssparten sei allerdings kritisch zu beobachten. Die Abgrenzung zwischen den Berufsgruppen und der Einsatzrahmen müssten hier ganz klar geregelt werden. Auch bestehe die Gefahr, in eine Ineffektivität abzurutschen.

Dennoch gaben einige Ärzte an, dass es viele Leistungen gebe, die man gut an andere Berufsgruppen delegieren könne.

B: „Ich glaube, ein guter Bereitschaftsdienst, der den Leuten das Gefühl gibt, dass sie im Falle des Falles einen Ansprechpartner haben, der qualifiziert ist, muss gar kein Arzt sein, das ist das eine.“ (Interview_B108)

Sie führten beispielhaft das Gesundheitssystem in Skandinavien an, wo es bereits viele Berufsgruppen gebe, die deutlich selbstständiger als in Deutschland arbeiteten. Insbesondere den Einsatz von Rettungssanitätern im Bereitschaftsdienst konnten sich die Befragten gut vorstellen, da diese aus ihrem Arbeitsalltag heraus schon qualifiziert seien und vor dem Einsatz der ärztlichen Ressource Patienten steuern sowie erstversorgen könnten. Eine Rückkopplung mit Ärzten in schwierigeren Fällen sei dabei allerdings unabdingbar. Damit durch den Einsatz von Rettungssanitätern Ressourcen gespart würde und die Versorgung der Patienten trotzdem auf hohem

Niveau erfolge, bräuchten diese eine gute Ausbildung und Qualifikation. Ebenfalls denkbar sei der Einsatz von Medizinischen Fachangestellten mit Zusatzqualifikationen Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (Verah) oder Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPa), ähnlich der früheren Gemeindeschwester.

B: „Das NäPa-Konzept. Fahren wir ja auch in der Praxis. [...] Die Kollegin hat Zeit, hat ein eigenes Fahrzeug, die kann sich den Tag selber einteilen, schreibt mir am Ende eine Zusammenfassung und wir setzen uns jetzt nachher eben noch einmal eine halbe Stunde hin und ich kriege wirklich gebündelt die Informationen und kann dann darauf reagieren. Also dieses Konzept, ob man das Gemeindeschwester nennt, NäPa oder wie auch immer, ist in meiner Meinung nach absolutes Konzept für die Zukunft, weil wir eben diese ganz vielen Bagatellfälle haben.“ (Interview_B113)

B: „MFAs sind in der Notdienstpraxis, in der Notaufnahme auch tatsächlich. Die haben dann eher den Low-care Bereich.“ (Interview_B102)

Hier wurde auf das früher sehr gut funktionierende Prinzip der Gemeindeschwester verwiesen und berichtet, dass hierüber sehr gut Lücken in der Versorgung geschlossen werden könnten. Die Befragten waren sich allerdings indes einig, dass diese Berufsgruppe zwingend eine Zusatzausbildung und -qualifikation für die Tätigkeit im Bereitschaftsdienst bräuchte, damit sie bestimmte Tätigkeiten übernehmen könnte.

Einsatz Telemedizin

Zum Einsatz von Telemedizin äußerten sich die Befragten grundsätzlich offen. Während der Interviews wurde der Begriff „Telemedizin“ absichtlich nicht näher definiert und eingegrenzt, da hier davon ausgegangen worden ist, dass die Befragten verschiedene Präkonzepte zu diesem Thema haben und diese in die Ideen und Anregungen zur Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes durch den Einsatz Telemedizin einfließen sollten. Zum Einsatz von Telemedizin allgemein äußerten die Befragten, dass es zeitgemäß und mittlerweile technisch gut umsetzbar sei. Einige Befragte äußerten allerdings Zweifel und berichteten, dass die Nutzung von Telemedizin vor allem im allgemeinmedizinischen Bereich schwierig sei, da das Sehen, Hören und Anfassen der Patienten oft das einzige Handwerkszeug sei. Patienten würden es außerdem eher selten in Anspruch nehmen und ebenfalls den persönlichen Kontakt bevorzugen. Dennoch gebe es Nischen und Einsatzbereiche, in denen die Telemedizin Vorteile habe.

B: „Ich glaube gerade was so Hausärzte Sachen angeht, bei den meisten muss man einfach aufs Herz hören und muss man einmal auf die Lunge hören. Da komme ich einfach nicht drum herum. Das ist unser sowieso schon unser einziges Handwerkszeug. Und wenn ich das nicht mal habe und die meisten Hausbesuch Sachen, da ist irgendwas, dass man oder zumindest einmal die Beine anfassen muss, irgendwas, dass das da schwierig ist.“ (Interview_B105)

B: „Grundsätzlich gut. Also wir haben hier jetzt inzwischen mit dem neuen PVS-System eigentlich die Möglichkeit. Ich habe das jetzt auch im Heim noch mal gerade vor ein paar Wochen mit dem Leiter besprochen, ob das nicht vielleicht auch etwas wäre, wenn man dann nochmal schaut, was wir/.“ (Interview_B106)

Angeregt wurde, dass der Einsatz einer Telemedizin im Praxisalltag allerdings kaum möglich sei, da diese noch ergänzend hinzukomme. Auch die derzeitige Vergütung sei nicht attraktiv.

Schwierigkeiten sahen einige Ärzte darin, dass die Durchführung technisch einwandfrei funktionieren müsse und die Patienten entsprechende Endgeräte und eine Internetverbindung vorweisen müssten. Dennoch steige die Akzeptanz in der Bevölkerung. Einkalkuliert werden müsse bei der Nutzung von Telemedizin der hohe Informationsverlust.

B: „Allerdings, der persönliche Kontakt, den man teilweise ja aber auch mit dem Patienten braucht. Da kommen wir dann in die Kommunikationsforschung. Die nonverbale Kommunikation, die fällt natürlich dann weg.“ (Interview_B110)

Ein ähnliches Bild zeigte sich auch in Bezug auf den Bereitschaftsdienst. Die Befragten gaben an, dass man sich auch hier häufig ein Bild vor Ort machen müsse. Einige Fälle könne man gut per Telemedizin lösen, viele aber eben nicht. Daher werde der Einsatz von Telemedizin von den Befragten als ergänzend angesehen, nicht aber als ersetzend. Zunächst sei aber der Rahmen genau zu definieren, was mit Telemedizin gemeint sei und für welche Einsätze diese in welchem Umfang einzusetzen ist.

B: „Sondern Telemedizin ist, dass die Praxen oder meinetwegen eine KV Praxis in dem unterversorgten Gebiet zusätzlich noch einen Pool von Leuten hat, die vielleicht auf solche Anfragen von Verah oder Pflegeheim/. Riesenthema/, die Pflegeheime bei uns sind nicht in der Lage, mit uns telemedizinisch zu kommunizieren. Die scheitern ja schon damit, eine Wunddokumentation zu fotografieren und zuzuschicken. Aber wenn das und das sind ja ganz kleine Steps, wenn das gelingt, dann sind wir ganz weit vorne.“ (Interview_B108)

Außerdem bedürfe der Einsatz von Telemedizin vorab einer guten Steuerung und Zuordnung von Patienten.

B: „Wenn die Kundschaft sozusagen weiß, die Patienten, „ich kann mir mal schnell so einen Arzt auf den Bildschirm schalten“. Wird es häufiger angenommen möglicherweise. [...] Also den ein oder anderen Einsatz könnte man wahrscheinlich direkt, wenn man ein Gesicht vor Augen hat/. Und dann kriegt man schon so ein bisschen das Gefühl in der Schilderung, der Mimik und allem. Wie die Sachlage jetzt wirklich ist. Das ist natürlich anders als eine SMS zu lesen, wo es dann entweder mal unterdramatisch oder mal überdramatisch dann letztendlich ist am Ende.“ (Interview_B214)

Dennoch sei der Einsatz insbesondere bei Patienten, die weit entfernt wohnten, denkbar, um lange Anfahrtswege einsparen zu können. Insbesondere in Kombination mit Rettungssanitätern vor Ort könnten sich Ärzte gut vorstellen, dass durch den Einsatz von Telemedizin Ressourcen für Ärzte und Patienten gespart würden und damit sinnvoller eingesetzt werden könnten.

Ideen und Anregungen

Es wurde angeregt, dass der Teilnahmemodus am Bereitschaftsdienst überdacht werden solle. Dabei wurde gefordert, dass es entweder eine eigene Berufssparte geben solle, die auf den Bereitschaftsdienst spezialisiert und entsprechend fortgebildet ist. Dies könnten entweder Ärzte sein, die dies hauptberuflich machen, oder aber dauerhaft eingesetzte Poolärzte, die für die Vertragsärzte die Dienste übernehmen.

B: „Also ich würde dort, also wenn es nach mir ginge, qualifizierte, eine andere richtige Berufssparte daraus ergehen lassen. Also Leute, die auch wissen, was sie tun. Ja, also mitunter glaube ich, dass jemand, der im Rettungsdienst arbeitet, das viel effizienter machen könnte als wenn ich einen Gynäkologen dort hinstelle oder einen Augenarzt oder was weiß ich.“ (Interview_B116)

Alternativ dazu solle der Teilnahmemodus für die Vertragsärzte nicht verpflichtend, sondern freiwillig sein. Außerdem gaben Ärzte an, dass sie sich gut vorstellen könnten, von zu Hause telemedizinisch tätig zu werden und man dadurch einige Ärzte gewinnen könnte, die sich dadurch einen Zuverdienst erhoffen würden.

B: „Also das fände ich glaube ich schon gut. Die, die es machen wollen okay. Und es gibt bestimmt auch welche, die sehr breit aufgestellt sind und dann Lust drauf haben.“ (Interview_B105)

Einige Befragte seien davon überzeugt, dass, wenn man die Attraktivität der Dienste erhöhe und Ressourcen hebe, sich ausreichend Ärzte fänden, die den Bereitschaftsdienst freiwillig machen würden.

Bislang gebe es keine Einführung in Form von Einführungsseminaren oder Informationsveranstaltungen seitens der KVN für die Dienste, was Abläufe und administrative Dinge betreffe. Ärzte würden sich so, insbesondere zu Beginn der Tätigkeit, oft überfordert fühlen.

B: „Und was ich unabhängig davon sinnvoll finde, sowohl bei Ärzten in Weiterbildung als auch bei nicht hausärztlichen Fachärzten, dass die irgendeine Art von Grundausbildung für den KV Dienst bekommen. Also so kenne ich das auch aus Bayern, dass man da Leichenschau, kinderärztliche Notfälle und dann vielleicht nochmal so ein bisschen [...] Notfall Crashkurs oder Rettungsmedizin, Reanimation oder so was macht. Also auch inklusive.“ (Interview_B109)

Einige Ärzte berichteten, dass sie sich die Möglichkeit eines Follow-Ups der im Bereitschaftsdienst behandelten Patienten wünschen würden. Bislang hatten sie keine Möglichkeit, den Werdegang von Patienten, beispielsweise bei Krankenhauseinweisung, rück- oder weiterverfolgen zu können, es sei denn es beständen persönliche Kontakte. Dennoch sei es einigen Ärzten wichtig, um ihre eigene Arbeit reflektieren zu können und eine Rückmeldung bekommen zu können, ob die gestellte medizinische Indikation richtig war. Überdies wurde angeregt, ein Qualitätsmanagement für den Bereitschaftsdienst einzuführen.

B: „Dass da Qualitätsmanagement passiert oder so ein Qualitätsverbesserungsprozess. Oder Tumorkonferenzen oder so was. Ähnlich ist halt ein KV-Dienst auch finde ich so relevant für die Versorgung. Das ist irgendwie, dass der auch anders betrachtet werden sollte.“ (Interview_B109)

Handlungsbedarf werde bei der Pflegeheimversorgung außerhalb der Sprechzeiten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes gesehen. Zum einen werde eine eigene Schnittstelle für Pflegeheime bei der Rufnummer 116117 vorgeschlagen. Hierdurch solle eine schnellere Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes erreicht werden. Weiterhin werde die Idee eines Extra-Pflegeheimversorgungsdienstes neben dem allgemeinen Bereitschaftsdienst eingebracht, um die schnell benachteiligte Patientengruppe der Pflegeheimbewohner schützen zu können und unnötige Hospitalisierungen, die immer wieder auch durch eine unzulängliche Katheterversorgung entstünden, vermeiden zu können.

B: „Und in Bayreuth zum Beispiel, die hatten das eine Zeit lang so gelöst, ich weiß nicht, ob es immer noch so ist. Die hatten dann praktisch nochmal so einen extra Pflegeheim Versorgungsdienst, unabhängig von dem regulären KV Dienst, auch von den Hausärzten. Weil da natürlich auch besonders eine vulnerable Population ist, die dann schnell auch mal benachteiligt ist oder wo es eben auch wichtig ist zum Beispiel, dass idealerweise die KV-Ärzte Blasenkatheter wegdrehen können, damit die Patienten nicht deswegen ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen.“ (Interview_B109)

Als eine weitere Handlungsebene sahen die Befragten die Patientensteuerung an. Die Einführung der bundeseinheitlichen Rufnummer 116117 und damit der standardisierten Ersteinschätzung mittels SmED durch eine zentrale Anlaufstelle wurden teilweise als nicht zielführend bewertet. Für besser würden regionale Lösungen für Patientenlaufstellen befunden. Gerade weil Niedersachsen ein Flächenland mit vielen individuellen regionalen Herausforderungen sei, sollten lokale Lösungen gefunden und Ressourcen besser im Konsens mit anderen Versorgungsstrukturen eingesetzt werden.

Ein Umdenken müsse allerdings auch auf Seiten der Patienten erfolgen. Dazu sei eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung notwendig. Patienten müssten zur Verantwortung gezogen werden und bezüglich ihrer hohen Anforderungen an die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten aufgeklärt werden, was innerhalb des Bereitschaftsdienstes leistbar sei.

Vereinzelt wurde von den Befragten die Einführung einer Notfallgebühr in den Raum gestellt.

B: „Also früher gab es noch diese Notfallgebühr. 10 €. Genau, das ist ja auch nochmal eine Diskussion. Die ist ja dann/. Wann war das vor 10 Jahren? Wenn man jetzt die Ärzteschaft fragen würde, würde wahrscheinlich ein Großteil sagen „wir brauchen eigentlich schon so eine Gebühr“ oder speziell auch für die Notaufnahme. Und dann zahlt man da irgendwie 50 € oder so was für Notaufnahme und die man dann vielleicht zurückbekommt, wenn man jetzt stationär aufgenommen werden muss.“ (Interview_B109)

Zur Optimierung der Versorgung von Patienten außerhalb der Sprechzeiten regen die Befragten außerdem einen Ausbau telefonischer bzw. telemedizinischer Beratungsangebote an. Viele Ärzte würden angeforderte Hausbesuche telefonsicher Art lösen und könnten so oftmals Abhilfe schaffen, woraus einige Befragte schlossen, dass es sinnvoll sei, eine generelle telefonische bzw. telemedizinische Bereitschaft einzurichten.

B: „Viele Ärzte telefonieren halt auch viele Einsätze weg. [...] Ich wiederum ziehe einfach den Schluss daraus, dass es vielleicht ja auch sinnvoll ist, irgendwie so eine Art telefonische Bereitschaft oder so was zu haben, wo vielleicht ja auch gerade viele junge Eltern einfach nur anrufen können und ihr Problem schildern und irgendwie gesagt bekommen „das ist nicht so schlimm, mach das und das und dann ist das so“. Vielleicht fehlt ja auch sowas. Das ist ja auch eigentlich eine Erkenntnis irgendwie.“ (Interview_B105)

Auch hier wurden als gesonderte Zielgruppe Pflegeheime und junge Eltern, die häufig einen Rat suchten, hervorgehoben.

B: „Ja, das denke ich schon. Doch das wäre sicherlich eine gute Idee. Also junge Eltern, die anrufen und sagen mein Kind hat 37,4 Fieber und sonst hat es nichts und isst und trinkt gut und hustet nicht und ist sonst gut drauf. Die müssen jetzt nicht sofort zum Notarzt. Und wenn das von solcher ärztlichen Stelle den Eltern plausibel klar gemacht wird, dann kann man damit sicherlich auch viel Mühe sonst wo sparen.“ (Interview_B117)

Im Rahmen der Befragung wurden zwei Modellprojekte genannt, die die Befragten als ausbaufähig wahrnehmen.

Einerseits befürworteten einige Befragte die flächendeckende Implementierung der Allgemeinmedizin in Notaufnahmen. An der Medizinischen Hochschule Hannover lief dazu ein Modellprojekt, von dem die Befragten Positives gehört hätten und sich gut vorstellen könnten, dass Allgemeinmediziner in Notaufnahmen hilfreich bei der Steuerung und Versorgung von Patienten außerhalb der Sprechzeiten sein könnten.

B: „Könnte ich mir tatsächlich, weil man ja ganz anders arbeitet. Man ist ja nicht. Ich sage mal, man braucht nicht eine halbe Stunde für einen Patienten. Braucht man sicherlich auch mal, aber ist eher nicht die Regel. Und man kann, glaube ich schnell filtern „Ist das wirklich was oder ist das nichts“? Finde ich gut. Habe ich auch schon gedacht.“ (Interview_B102)

B: „Das finde ich super, wenn das jemand macht. Der kann das angucken und kann dann weiterempfehlen oder weiterschicken, also aufnehmen. Problem ist halt dann, wenn der sozusagen vom Krankenhaus kommt, dann hat er quasi wieder manchmal Auflagen, was er machen muss und dann kann es sein, dass das Haus sagt, du musst die aufnehmen und ich schicke die nach Hause. Er muss sie aufnehmen, wir müssen Betten füllen. [...] Das ist wieder der Interessenkonflikt zwischen den Sektoren. Insbesondere in kleinen Krankenhäusern. [...] Ich finde es super, wenn das ein Allgemeinarzt macht, der dann auch die Erfahrung hat und dann auch viele Sachen schon behandeln kann. Und die dann nach Hause schickt und fertig. Und die Dauer und die Wartezeiten verkürzen kann.“ (Interview_B115)

Andererseits hatte sich das Modellprojekt im Bereitschaftsdienstbereich Delmenhorst und Wildeshausen überregional herumgesprochen, sodass sich einige Befragte für eine Ausweitung

des Projekts in andere Bereitschaftsdienstbereiche aussprachen. Aus Sicht der Befragten sprach dafür, dass sie nachts nicht mehr aufstehen müssten und so eine deutliche Reduzierung der Belastung erzielt werden könne, da Rettungssanitäter die Fahrdienste übernehmen würden. Dabei war den Befragten mehrheitlich egal, welche Kosten durch den Einsatz von Rettungssanitätern im Bereitschaftsdienst für sie entstehen würden.

B: „Das finde ich und das finde ich sehr gut, weil die können erst mal gucken, ob das wirklich was, ob das wirklich ein Notfall ist, ob da ärztlich wirklich sofort geguckt werden muss. Es sind viele Fälle, die können bis zum nächsten Tag warten. Das ist auch dann wirklich ressourcenschonend und können hausärztlich versorgt werden.“ (Interview_B118)

Außerdem empfanden Ärzte es als positiv, dass die Rettungssanitäter im Sinne der Steuerung und Filterung von Patienten tätig würden und bereits viele Fälle schon ohne Einsatz einer ärztlichen Ressource versorgen könnten. Dies empfanden die Befragten als sehr ressourcenschonend.

B: „Das finde ich sehr gut, weil die können erst mal gucken, ob das wirklich ein Notfall ist, ob da ärztlich wirklich sofort geguckt werden muss. Es sind viele Fälle, die können bis zum nächsten Tag warten. Das ist auch dann wirklich ressourcenschonend und können hausärztlich versorgt werden. [...] Die können vieles sondieren und einschätzen, in welche Richtung das geht und welche Hilfe dann notwendig oder sinnvoll auch ist.“ (Interview_B118)

Sollte doch ein ärztlicher Rat oder Unterstützung notwendig sein, verbänden sich die Rettungssanitäter aktuell telemedizinisch mit der Telemedizinzentrale des Klinikums Oldenburg, welche durch Fachärzte für Anästhesie und Intensivmedizin besetzt wäre. Hier schlugen die Befragten vor, dass dieser Hintergrunddienst besser durch niedergelassene Ärzte anstatt des Rückgriffs auf Externe besetzt werden solle. Dies würde sich einerseits finanziell positiv auswirken. Andererseits wurde erläutert, dass Niedergelassene deutlich näher an der Basisversorgung seien und die Fälle, die häufig allgemeinmedizinischer Natur seien, deutlich praktikabler lösen würden. In diesem Zusammenhang werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in einer solchen Konstellation die Ausstellung elektronischer Krankschreibung und Rezepte möglich gemacht werden müsse, damit ein solches Projekt wirklich zielführend und ressourcenschonend umgesetzt wäre.

6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ärzte empfinden den Bereitschaftsdienst neben der ohnehin schon hohen Arbeitsbelastung im Praxisalltag als eine zusätzliche Belastung. Allerdings haben Umstrukturierungen seitens der KV dazu geführt, dass die Belastung in den letzten Jahren stetig gesunken ist. Die befragten Ärzte äußern ein Bewusstsein über die Notwendigkeit eines Bereitschaftsdienstes und sehen diesen als Teil ihres Berufs an. Sie sind mit der Organisation des Bereitschaftsdienstes überwiegend zufrieden. Im Verlauf der Befragung spiegeln sich die bereits in Kapitel 5 aufgezeigten Unterschiede bezüglich der Organisation und Infrastruktur des Bereitschaftsdienstes in den untersuchten Regionen wider. Ärzte erfahren so uneinheitliche Teilnahmevoraussetzungen und Arbeitsbedingungen. Diese sind auf die teils kleingliedrige Planung der einzelnen Bereitschaftsdienstbereiche und die verschiedenen Organisationsformen zurückzuführen. So zeigen sich innerhalb der Interviews deutliche Unterschiede im Bereich der Ausstattung während der Praxisdienste. Weiterhin gibt es Unterschiede bezüglich der Lage der Bereitschaftsdienstpraxen und Anbindung an ein Krankenhaus, unterschiedliche Belastungsintensitäten durch variable Diensthäufigkeiten der Ärzte in den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen sowie ein abweichendes Patientenaufkommen. Auch im Fahrdienst werden Unterschiede durch die Befragten aufgezeigt. Hier werden die Größe des Planungsbereichs mit entsprechend langen Fahrtstrecken, die verschiedenartig vorgenommene Dokumentation sowie die teilweise Begleitung durch einen Fahrdienst durch die Ärzte genannt. Insgesamt werden die Dienste in den Bereitschaftsdienstpraxen weniger kritisch bezüglich der Organisation und Abläufe angesehen. Die Fahrdienste hingegen werden von den Ärzten mehrfach in der Form kritisiert, dass die Handlungsfähigkeit und damit auch Sinnhaftigkeit vielfach eingeschränkt sind. Außerdem stellen insbesondere diese eine Belastung für die Ärzte dar.

Die Vergütung des Bereitschaftsdienstes ist für die Ärzte insgesamt nicht zufriedenstellend und wird als deutlicher Einflussfaktor auf die Attraktivität der Tätigkeit beschrieben. Als weitere attraktivitätssteigernde Einflussfaktoren werden ein organisierter Fahrdienst zur Entlastung und vor dem Hintergrund des Sicherheitsaspekts, eine gute Vereinbarkeit mit dem Praxisalltag sowie fließende Abläufe und Prozesse innerhalb des Bereitschaftsdienstes genannt. Diese umfassen gute und einfache technische Umsetzungen und Schnittstellen sowie die Dokumentation und Abrechnung.

Im Bereich der Verordnungen werden große Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit durch das gültige Dispensierrecht beschrieben. Auch die Ausstellung eines elektronischen Rezepts funktioniert in Bereitschaftsdienstpraxen bislang nicht. Im Fahrdienst werden Rezepte ebenso wie

das Muster 19, der Vertretungs- und Notfallschein, sogar händisch ausgefüllt. Patientenseitig stellt die Einlösung eines Rezepts, insbesondere im Fahrdienst, immer wieder ein Problem dar und bedarf einer allgemeingültigen Lösung. Weiter blockiert der Datenschutz die Weitergabe von Informationen und die Einrichtung einer funktionierenden Ein-Tresen-Lösung zwischen Bereitschaftsdienstpraxen und Notaufnahmen in Krankenhäusern. Ein weiterer Kritikpunkt ist die nicht vorhandene Möglichkeit, durch den Arzt erbrachte telefonische Beratungen abrechnen zu können.

Ärzte geben an, dass das Inanspruchnahmeverhalten des Bereitschaftsdienstes durch die Patienten neben relevanten medizinischen Indikationen vermehrt von Bagatellen, mangelnder Gesundheitskompetenz, hohem Anspruchsdenken und nicht zuletzt den Folgen einer sich verschlechternden Regelversorgung gekennzeichnet sei. Hausärztemangel und fehlende Facharzttermine führen Patienten immer wieder in den Bereitschaftsdienst.

Die Einführung der bundeseinheitlichen Rufnummer 116117 führt durch die Filterfunktion der Patienten für die Ärzte zu einer spürbaren Entlastung. Die Qualität der Ersteinschätzung und daraus resultierende Handlungsempfehlungen in Form von erhobener Dringlichkeit und der richtigen Versorgungsebene seien allerdings nicht immer passend. Insbesondere werden Kenntnisse über örtliche Strukturen und der Rückgriff auf diese vermisst. In diesem Kontext werden neben langen Wartezeiten fehlende oder mangelhafte Verzahnung zwischen dem Bereitschaftsdienst und weiteren Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen genannt. Der Bereitschaftsdienst insgesamt solle mehr im Kontext bestehender Ressourcen gesehen und eingebunden werden, um vorhandene Ressourcen effizienter einzusetzen, Parallelstrukturen zu vermeiden und die Qualität der Versorgung zu heben. Die Pflegeheimversorgung und abnehmende Durchführungen von Haus- und Pflegeheimbesuchen spielten dabei eine gesonderte und zunehmende Rolle.

Die befragten Ärzte nennen vielfältige Ideen und Anregungen zur Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes aus Sicht der Leistungserbringer. Breite Zustimmung finden der flächendeckende Einsatz telemedizinischer Beratungsangebote durch Ärzte und eine Einbindung weiterer Berufsgruppen wie MFAs, Sanitäter und PAs in den Fahrdienst zur Entlastung der Ressource Arzt. Das Modellprojekt in den Bereitschaftsdienstbereichen Delmenhorst und Wildeshausen, bei dem Gesundheitsfachkräfte mit telemedizinischer Rückkopplung an einen Arzt den Fahrdienst übernehmen, wurde vielfach als Positivbeispiel genannt. Weiter werden der Einsatz von Allgemeinmedizinern in Notaufnahmen, eine Änderung des Teilnahmemodus von verpflichtend in freiwillig

sowie eine verstärkte Berücksichtigung von besonders vulnerablen Patientengruppen bei der Organisation und Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes angeregt.

Im Verlauf der Befragung zeigen sich Tendenzen in den Wahrnehmungen und Ausprägungen der Antworten der Ärzte in Bezug auf das Geschlecht der Ärzte (männlich/weiblich), die Praxiskonstellation (EP/BAG/Anstellung) und den Standort der Praxis (städtisch/ländlich). So wird der Bedarf nach der Einrichtung eines organisierten Fahrdienstes aus dem Sicherheitsaspekt heraus in städtischen Bereichen am größten eingeschätzt. In ländlichen Bereichen wird dieser eher als Entlastung bei sehr weiten Anfahrtswegen angesehen. Ärztinnen und Ärzte schätzten dies gleichermaßen ein. In Bezug auf die Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit der Familie und dem Privatleben sahen Ärztinnen größere Herausforderungen. Weiter wurde deutlich, dass die Belastung durch den Bereitschaftsdienst und die Vereinbarkeit mit dem Praxisalltag vom Standort der Praxis sowie der Praxiskonstellation abhängig sind. In Einzelpraxen tätige Ärzte, besonders in ländlichen Regionen, verspürten eine tendenziell höhere Belastung durch den Bereitschaftsdienst, neben dem ohnehin schon anspruchsvollen Praxisalltag als Ärzte, die in Kooperationen tätig sind. Die Dienstarten und -häufigkeiten sind in ländlichen Bereichen tendenziell höher, das Patientenaufkommen und die damit verbundenen Verdienstmöglichkeiten allerdings niedriger. Neben den geschlechts- und standortspezifischen Wahrnehmungen wird vor allem das Gefälle zwischen städtischen und ländlichen Standorten deutlich. In ländlichen Bereichen ist die Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen und deren Anbindung an Krankenhäuser meist geringer ausgeprägt. Auch sind lange Fahrtwege und mangelnde Vertreterstrukturen üblich. Die genannten Aspekte werden als deutlicher Einflussfaktor auf die Attraktivität der Tätigkeit im Bereitschaftsdienst und insgesamt wahrgenommen. So werden unterschiedliche Chancen und Herausforderungen in der vertragsärztlichen Tätigkeit aufgezeigt.

7. Diskussion

Im Verlauf dieser Arbeit wurden die derzeitigen Strukturen des Bereitschaftsdienstes anhand ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven dargestellt und um die Ergebnisse der Befragung von Ärzten als Leistungserbringer erweitert. Am Beispiel ausgewählter Bereitschaftsdienstbereiche Niedersachsens konnte aufgezeigt werden, dass der kassenärztliche Bereitschaftsdienst trotz vergangener Reformierungswellen noch immer von heterogenen Bereitschaftsdienststrukturen, kleinteiliger Organisation und Stadt-Land-Gefällen geprägt ist. Regionale Unterschiede und Herausforderungen in geographischer, demografischer und wirtschaftlicher Hinsicht wirken sich auf das medizinische Versorgungsangebot, nicht zuletzt aber auch auf die Organisation und Umsetzung des Bereitschaftsdienstes aus.

So sind Bereitschaftsdienstbereiche in ländlichen Bereichen kleinteiliger geplant, was sich beispielsweise in geringeren Ärztezahlen und dadurch bedingt „höhere“ Diensthäufigkeiten sowie von den Ärzten zu zahlenden Bereitschaftsdienstumlagen niederschlägt. Auch die Inanspruchnahmen und daraus resultierende Verdienstmöglichkeiten unterliegen Schwankungen. Ländliche und strukturschwache Regionen erfahren somit häufig eine Benachteiligung im Vergleich zu städtischen Regionen. Die Ergebnisse der Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen des Bereitschaftsdienstes decken sich im Wesentlichen mit den Aussagen von Ärzten zu ihrer Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes.

Ärzte empfinden den Bereitschaftsdienst mehrheitlich als Belastung, welche allerdings unterschiedlich ausgeprägt und von verschiedenen Merkmalen, wie dem Tätigkeitsort und der dortigen Organisation und den Rahmenbedingungen, abhängig ist. Als größte Kritikpunkte und gleichzeitig Verbesserungsvorschläge sind nach Aussagen der Ärzte demnach eine weitere Verbesserung der Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit der Praxistätigkeit gewünscht. Die Reduzierung der Belastung könne durch Einführung eines flächendeckenden Fahrdienstes sowie Verbesserung und Vereinfachung bestehender Prozesse und Infrastruktur unter Einbindung der Digitalisierung erreicht werden.

Auch die Vergütung und Finanzierung des Systems spielten dabei eine zentrale Rolle. Ideen zur Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes enthielten vor dem Hintergrund der fortschreitenden Demografie, der schrumpfenden ärztlichen Ressource und der steigenden Nachfrage durch Patienten die Einbindung nichtärztlichen Personals und Delegation von Leistungen an dieses. Ergänzend wurde der Einsatz von Videosprechstunden und Telemedizin im Bereitschaftsdienst

genannt. Gleichzeitig standen die verbesserte Steuerung von Patienten in die richtige Versorgungsebene sowie eine verbesserte und effizientere Nutzung bestehender Ressourcen durch Verzahnung bestehender Strukturen im Fokus. Insgesamt konnte dargestellt werden, dass der Bereitschaftsdienst mit seinen heterogenen und kleinteiligen Strukturen einerseits ein bislang weitgehend von den anderen an der Notfallversorgung beteiligten Sektoren losgelöstes und fragmentiertes Versorgungsangebot darstellt und andererseits unterschiedlichen Einfluss auf die Attraktivität der Tätigkeit von Vertragsärzten sowie deren Zufriedenheit nimmt.

Die gewonnenen Einblicke sollen nun bewertet und anschließend im Kontext der Notfallversorgung unter Rückgriff auf aktuelle Reformierungspläne und Gesetzesvorhaben diskutiert und eingeordnet werden. Dazu werden vier Kernthemen in den Blick genommen: Uneinheitliche Organisations- und Rahmenbedingungen des Bereitschaftsdienstes, Teilnahmevoraussetzungen des Arztes, Attraktivität der Arbeitsbedingungen im Bereitschaftsdienst sowie systembedingte Herausforderungen (Abbildung 45).

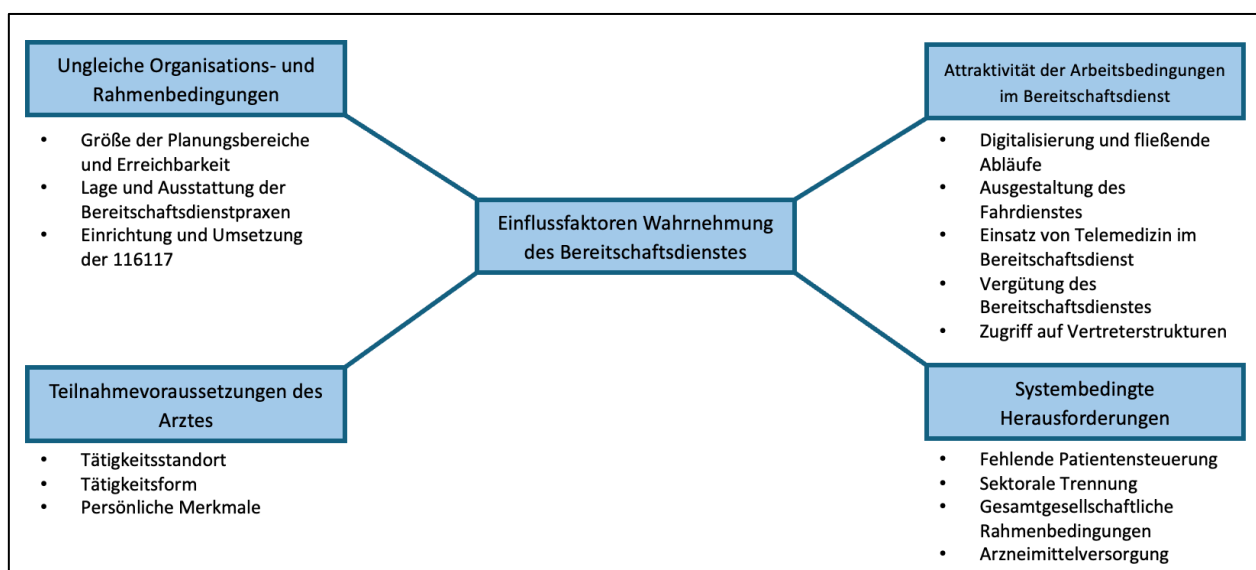


Abbildung 45: Überblick Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes

7.1 Interpretation und Wertung der Ergebnisse

7.1.1 Ungleiche Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass es durch den Föderalismus bedingt nicht nur zwischen den einzelnen Länder-KVen unterschiedliche Organisationsstrukturen geben dürfte, sondern auch innerhalb einer Landes-KV wie Niedersachsen. Noch gravierender zeigt sich dies innerhalb bestehender regionaler KVN-Bezirksstellenstrukturen. Die Unterschiede betreffen vor allem durch die KVN gesteuerte Organisationsaspekte wie die Größe der Bereitschaftsdienstbereiche,

die Lage von Bereitschaftsdienstpraxen und ihre Anbindung an Krankenhäuser. Weiter sind uneinheitliche Öffnungszeiten, unterschiedliche Qualifikationsniveaus bei ärztlichem und nichtärztlichem Personal sowie unterschiedliche räumliche und technische Ausstattungen und Anbindung an IT-Infrastrukturen aufzuzählen. Die unterschiedlichen Größen der Bereitschaftsdienstbereiche haben zahlreiche Folgen. Sie äußern sich in unterschiedlichen Diensthäufigkeiten und -arten, verschieden hohen Bereitschaftsdienstumlagen und ausgeprägten Patientenaufkommen sowie Einsatzdichten mit Auswirkungen auf die Verdienstmöglichkeiten sowie dadurch bedingte unterschiedliche Chancen des Diensttauses und der Vertretersuche. Außerdem wirken sie sich auf die Arbeits- und Teilnahmebedingungen der Bereitschaftsdienstärzte aus. Dabei wird ein Gefälle zwischen städtischen und ländlichen Bereichen mit einer Benachteiligung ländlicher Strukturen deutlich.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen bereits Frankenhauser-Mannuß et al. in 2013, als sie die gegenwärtige Bereitschaftssituation in Deutschland aus der Perspektive von Bereitschaftsdienstärzten mit Hilfe von teilstandardisierten Fragebögen untersuchten (19). Einerseits wurden die schlechte Honorierung und Finanzierung des Bereitschaftsdienstes als größtes Problem genannt. Daneben wurden jedoch auch die Organisation innerhalb eines Dienstes, aber auch übergeordnet durch die KVen und die Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen bzw. der genutzten Räumlichkeiten als Kernprobleme des Bereitschaftsdienstes identifiziert. Auch hier konnten Unterschiede in den Aussagen zwischen Ärzten aus städtischen und ländlichen Regionen aufgezeigt werden. In ländlichen Bereichen wurden, ähnlich wie auch in den durchgeführten Interviews, die Größe der Einzugsgebiete und eine zunehmende Herausforderung zur Besetzung der Dienste aufgrund abnehmender Bereitschaft der Ärzte sowie des sich zuspitzenden Ärztemangels als Herausforderungen festgestellt. Osterloh stellte das Problem des Gefälles zwischen städtischen und ländlichen Räumen im Bereitschaftsdienst trotz zahlreicher Bereitschaftsdienstreformen bereits 2010 in seinem Artikel dar (174). Auch zwei weitere Studien aus der Schweiz, deren Bereitschaftsdienstorganisation ebenfalls föderal geschieht, kamen schon Anfang der 2000er Jahre zu dem Schluss der Benachteiligung ländlicher Räume bei der Belastungsverteilung von Bereitschaftsdiensten bei Ärzten, welche somit noch immer anhalten (175, 176).

Insgesamt ist sowohl aus den Analysen der Rahmenbedingungen und Organisation als auch den Ergebnissen der Interviews abzuleiten, dass eine Anpassung und Optimierung der Bereitschaftsdienstorganisation anzustreben ist. Auch Leutgeb et al. konnten in ihrer Befragung von ländlichen Hausärzten in Deutschland in 2018 herausstellen, dass der Bereitschaftsdienst bei Ärzten

insgesamt eine Belastung darstellt und eine Reduzierung dieser eine erhebliche Steigerung der Zufriedenheit mit der Tätigkeit mit sich bringt (20).

Größe der Planungsbereiche und Erreichbarkeit

Bei der Analyse der ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche konnte gezeigt werden, dass die Größe dieser (von 237,2 km² in Delmenhorst bis 879,9 km² im Ammerland) und damit die Erreichbarkeit der Bereitschaftsdienstpraxen bzw. die Anfahrtswege bei Hausbesuchen großen Schwankungen unterliegen. Die meisten KVen haben sich in den letzten Jahren größtenteils auf den Weg gemacht und ihre Bereitschaftsdienste mit dem Ziel der Vereinheitlichung reformiert, indem sie mehrere kleinteilige Bereitschaftsdienstbereiche zusammenführten und die Bereiche entsprechend vergrößert wurden. Damit folgten sie dem Trend des Zusammenschließens von kleinflächigen Bereichen zu großflächigen Bereitschaftsdienstbereichen, welcher auch international Anfang der 90er Jahre in Großbritannien und später auch Dänemark sowie den Niederlanden aufgrund des Anstiegs ärztlicher Belastungen, sich andeutenden Arztmangels in ländlichen Bereichen und veränderter Berufsvorstellungen von jungen Ärzten folgte (177-179). So konnte eine Reduktion der Diensthäufigkeit durch Umverteilung der Dienste auf mehr Ärzte und eine Vermischung städtischer und ländlicher Bereiche erreicht werden, um etwaige Standortnachteile auszugleichen und die Arbeitsbedingungen, insbesondere auf dem Land, für die Ärzte attraktiver zu gestalten. Beispielsweise hat die KVN während ihrer Bereitschaftsdienstreform in 2012 festgelegt, dass Bereitschaftsdienstbereiche so gewählt sein sollen, dass Ärzte pro Bereich und Quartal nicht mehr als vier Bereitschaftsdienste machen sollen. Die Vergrößerung der Bereitschaftsdienstbereiche wirkt sich ebenfalls auf das Versorgungsangebot für Patienten aus, indem lange Anfahrtswege zu den Bereitschaftsdienstpraxen bzw. Wartezeiten bei Hausbesuchen zu bewältigen sind. Aus den Interviews haben sich außerdem Hinweise ergeben, dass lange Anfahrten darüber hinaus dazu führen, dass Ärzte Patienten telefonisch kontaktieren und anstatt des Hausbesuchs mit einer telefonischen Beratung versorgen. Ähnliche Trends konnte auch das Zi aufzeigen, welches einen deutlichen Rückgang von Hausbesuchen zugunsten der Versorgung durch telefonische bzw. Videosprechstunde verzeichnet (180).

Insgesamt stellt die Vergrößerung der Planungsbereiche aus der Perspektive der Versorgung eine Hemmschwelle für Patienten dar. Ärzte sehen große Einzugsgebiete mit langen Anfahrtswegen zu den Patienten ebenfalls als problematisch und belastend an (19). Dies ist auch ein Grund, weshalb der kassenärztliche Bereitschaftsdienst häufig in die Kritik gerät. Die Eintreffzeiten im Rettungsdienst in Deutschland sind durch die Rettungsdienstgesetze der Bundesländer im Rahmen

einer Hilfsfrist geregelt sind, während es im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst keine gesetzlichen Regelungen, die die Eintreffzeit eines Arztes festlegen, gibt. In Niedersachsen sollen laut Hilfsfrist des niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes 95% der in einem Jahr zu erwartenden Notfalleinsätze eine Eintreffzeit von 15 Minuten nicht übersteigen (31). Innerhalb dieser wird versucht, nach Einsatzart und Dringlichkeit zu differenzieren. Andere Bundesländer hingegen haben deutlich niedrigere Hilfsfristen festgelegt (Bayern: 12 Minuten, Berlin 10 Minuten). In Bezug auf den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst haben einige KVen zwar spezifische Regelungen, die festlegen, in welcher Zeit ein Arzt beim Patienten eintreffen soll. Ihre Vorgaben variieren allerdings vermutlich zwischen den KVen. Darüber hinaus sind diese Regelungen weder transparent und vergleichbar, noch wird ihre Einhaltung überprüft.

Zeitgleich kommt es im Rahmen von Bereitschaftsdienstreformen aktuell in ländlichen Bereichen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und aus der sich zuspitzenden Arztmangelsituation heraus vermehrt zu Schließungen von Bereitschaftsdienstpraxen (181, 182). Patienten müssen dann noch längere Anfahrtswege zur nächstgelegenen Bereitschaftsdienstpraxis auf sich nehmen, wie es auch im Bereitschaftsdienstbereich Brake der Fall ist. Als Folge dessen wird eine weiter zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes prognostiziert, da Patienten so lange Anfahrten und Wartezeiten nicht immer, je nach persönlicher Situation und infrastruktureller Anbindung, bewältigen können (183). Inanspruchnahmedaten des Gemeindenotfallsanitäters haben gezeigt, dass insbesondere ältere und mobilitätseingeschränkte Patienten durch den Rettungsdienst versorgt werden und aufgrund niedrigschwelliger und allgemeinmedizinischer Beschwerden die Ressource Gemeindenotfallsanitäter auslösten (50, 184).

Die sich zuspitzende Arztmangelsituation spielt allerdings auch bei Neuorganisationen und Umstrukturierungen des Bereitschaftsdienstes eine signifikante Rolle. Die Planung der Regelversorgung zeigt bereits ähnliche Effekte und Entwicklungen auf. Für die zuletzt in 2019 umgesetzte Bedarfsplanungsreform hat der Gemeinsame Bundesausschuss vor dem Hintergrund der sich andeutenden Änderungen in der Versorgung 2018 ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgelegt. Nach dieser soll bei der Bedarfsplanung von Kassensitzen die Erreichbarkeit der Haus- und Facharztpraxen als wesentliches Kriterium berücksichtigt sein. Das bedeutet, dass innerhalb von 15 Minuten 99 Prozent der Bevölkerung den nächsten Hausarzt mit dem Auto erreichen können. Zu den Praxen von Kinder- und Jugendärzten sowie Gynäkologen sollen aufgrund der Frequentierung und teilweise geringerer Mobilität die Wegstrecken nicht länger als 20 Minuten sein. Allgemeine fachärztliche Versorgung durch Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte,

Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte sowie Psychotherapeuten soll nicht weiter als 30 Minuten Fahrzeit entfernt liegen. Das fehlende eine Prozent der Bevölkerung lebt auf den Inseln sowie in abgelegenen Regionen (185).

Laut einer Berechnung des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen brauchen in 2023 99 Prozent der Bevölkerung sogar längstens 10 Minuten mit dem PKW zum Hausarzt. 97 Prozent der Haushalte in Ballungsräumen und 83 Prozent der Haushalte in ländlichen Regionen erreichen die nächste hausärztliche Praxis sogar innerhalb von 5 Minuten. Allerdings ist es schon jetzt für Menschen ohne PKW teilweise schwieriger, eine hausärztliche Praxis zu Fuß, mit dem Rad oder dem Bus zu erreichen (186). Krankenhäuser mit zentralen Notaufnahmen sind in 2023 in durchschnittlich 14 Autominuten erreichbar. Dabei brauchen 80 Prozent der Bevölkerung maximal 15 Minuten Fahrtzeit, 17 Prozent höchstens 24 Minuten, die restlichen drei Prozent über 24 Minuten. Auch hier zeigen sich die größten Entfernungen in ländlichen Gebieten (187).

Anhand der Bedarfsplanungszahlen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgungszahlen in den untersuchten Bereitschaftsdienstbereichen konnte allerdings deutlich gezeigt werden, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung zur Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung in der Versorgungsrealität aufgrund der abnehmenden ärztlichen Ressource nicht (mehr) flächendeckend erfüllt werden können. Auch in den untersuchten Bereitschaftsdienstbereichen zeichnet sich die abnehmende ärztliche Ressource in der Regelversorgung bereits ab. Vor allem in den Bereitschaftsdienstbereichen Cloppenburg (14,5 offene Sitze in 2023) und Delmenhorst (18,0 offene Sitze in 2023), die im bundesweiten Vergleich beide als ländlich einzuordnen sind, ist eine hausärztliche Mangelsituation aufgrund der vielen unbesetzten Arztsitze schon Versorgungsrealität (137).

Es zeichnen sich somit schon jetzt deutliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Erreichbarkeiten medizinischer Versorgung ab. Bereits bestehende Probleme und Herausforderungen einer flächendeckenden medizinischen Versorgung werden sich prognostisch zukünftig eher vergrößern. Neben der sich ohnehin verschlechternden Regelversorgung, die ebenfalls vielfach mit langen Anfahrtswegen und Wartezeiten einhergeht, wird, besonders in ländlichen Bereichen, auch die schnelle und wohnortnahe Erreichbarkeit, von Krankenhäusern und Bereitschaftsdienstpraxen abnehmen. Allerdings sind es genau die ländlichen Bereiche, die oft ohnehin von alternder Bevölkerung und mangelnder Infrastruktur und Mobilität betroffen sind, wo die

Bevölkerung bei der Erreichbarkeit medizinischer Versorgung vor besondere Herausforderungen gestellt wird (123).

Lage und Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen

In Niedersachsen gibt es derzeit 70 Bereitschaftsdienstpraxen, von denen 62 an ein Krankenhaus angebunden sind (90). Die Untersuchung der 13 Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirkstellen Oldenburg und Wilhelmshaven zeigt, dass dort 11 Bereitschaftsdienstpraxen eingerichtet sind, von denen 10 an ein Krankenhaus angebunden sind. Grundsätzlich soll es eine Bereitschaftsdienstpraxis je Bereitschaftsdienstbereich geben, was teilweise bedeutet, dass es zwei Bereitschaftsdienstpraxen in einem Landkreis gibt (128). In einigen Krankenhäusern sind bereits gemeinsame Strukturen von Bereitschaftsdienstpraxen und Notaufnahmen eingerichtet worden. Dies ist allerdings nicht flächendeckend der Fall. Noch immer gibt es Bereitschaftsdienstbereiche wie in Jever oder Nordenham, in denen Dienste in den Räumlichkeiten der Ärzte oder in Bereitschaftsdienstpraxen, die völlig losgelöst sind, stattfinden. Teilweise sind Bereitschaftsdienstpraxen räumlich an Krankenhäuser angebunden, wie es auch in Cloppenburg oder Vechta der Fall ist. So sind auch hier keine einheitlichen Standards vorhanden, was die Lage und Anbindung von Bereitschaftsdienstpraxen angeht. Schmidt und Wildner haben in diesem Zusammenhang in 2018 bereits erhoben, dass es in den einzelnen Bezirken der KVen Unterschiede bezüglich der Etablierung und Organisation von Bereitschaftsdienstpraxen gab. Während zum Zeitpunkt der Erhebung in einigen KVen bereits ausschließlich Bereitschaftsdienstpraxen organisiert waren, gab es weiterhin KVen (so auch Niedersachsen), die zwar größtenteils in Bereitschaftsdienstpraxen organisiert waren, aber dennoch Unterschiede in der Organisation zwischen städtischen und ländlichen Regionen aufzeigten und so die unterschiedlichen Herausforderungen an die Sicherstellung repräsentierten (103).

Die geführten Interviews weisen auf die große Bedeutung mangelnder Ausstattung von Bereitschaftsdienstpraxen hin. Ähnliche Ergebnisse erzielten auch Frankenhauser-Mannuß et al. in ihren Studien. Sie zeigten auf, dass fehlende oder mangelnde Ausstattung vielfach von den befragten Ärzten kritisiert wurde und zur Zufriedenheit und Attraktivität der Tätigkeit beitrug (19, 20). Fehlende diagnostische Mittel in den Bereitschaftsdienstpraxen führen dazu, Patienten zu den nächsten Sprechstundenzeiten an den Hausarzt oder in die Notaufnahmen von Krankenhäusern verwiesen werden und so Fälle für Notaufnahmen in Krankenhäusern generiert werden, die mit besserer Ausstattung im Bereitschaftsdienst vermieden werden können. Es gibt nur eine Studie, die sich inhaltlich mit den Patientencharakteristika, der Diagnosestellung und genutzten

Therapiemöglichkeiten in einer Bereitschaftsdienstpraxis im Nordwesten Deutschlands beschäftigt, wonach umfangreichere Diagnostikmittel wie ein EKG oder Sonografie im Rahmen des Bereitschaftsdienstes eher weniger verwendet wurden. Hingegen waren kleinere Labortests sowie die Möglichkeiten, Rezepte auszustellen stärker nachgefragt (188). Aktuell gibt es für die Bereitschaftsdienstpraxen und den Fahrdienst keine einheitlichen Standards und Vorgaben bezüglich einer vorzuhaltenden Ausstattung. Darüber hinaus gibt es keine Daten und Auswertungen, die Rückschlüsse über die tatsächliche Ausstattung ziehen lassen.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Bereitschaftsdienstpraxen konnte anhand der Auswertungen der ambulanten GKV-Notfälle ein sehr divergierendes Inanspruchnahmeverhalten festgestellt werden. Bereitschaftsdienstpraxen in größeren Städten oder an größeren Krankenhäusern wurden dabei tendenziell öfter besucht. Dies könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass dort mehr Menschen wohnen und Notfallversorgung in Anspruch nehmen. Gleichzeitig konnte die Auswertung der Herkunft der Patienten nach Postleitzahl in der Bereitschaftsdienstpraxis Oldenburg zeigen, dass Patienten Bereitschaftsdienstpraxen überregional in Anspruch nehmen, was möglicherweise ebenfalls auf erweiterte Öffnungszeiten und größere Diagnostikmöglichkeiten zurückzuführen ist.

Die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen sind ebenfalls nicht einheitlich geregelt. Es konnte keine Studie gefunden werden, die primär das Patientenaufkommen nach Wochentag und Uhrzeit in deutschen Bereitschaftsdienstpraxen untersucht hat. An dieser Stelle lohnt sich zunächst ein Blick in das Aufkommen in den Notaufnahmen. Augurzky und Beivers haben in ihrem Projektbericht das Aufkommen an Notfallpatienten in 14 Münchener Kliniken in Notaufnahmen vom 01.07.2013 bis 30.06.2014 nach Tagen und Uhrzeit untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass das Patientenaufkommen montags bis freitags tagsüber, während der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte, gleichmäßig verteilt war (27). Hier ist also eine Sogwirkung der Notaufnahmen weg von der Regelversorgung zu erkennen, mit welcher sich auch Danner et al. beschäftigten (2). Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle allerdings, dass nicht nur sog. Selbsteinweiser die Notaufnahmen während der Sprechstundenzeiten aufsuchen, sondern auch viele Einweisungen durch Vertragsärzte, insbesondere Hausärzte, vorgenommen werden (189). Ein ähnliches Inanspruchnahmeverhalten zeigen auch die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten des Zi von 2022. Hier waren Höhepunkte der Inanspruchnahmen in den Notaufnahmen jeweils von 9-12 und 15-18 Uhr erkennbar, was üblicherweise in die Sprechstundenzeiten der Niedergelassenen fällt (190). Die Erfahrungen aus der Notaufnahme in Rosenheim zur erweiterten Ersteinschätzung, in

der ebenfalls im Tagesverlauf ankommende Patienten in 2022 untersucht wurden, decken sich damit (190). Gleichwohl konnten Greiner et al. sowie Trentzsch et al. zeigen, dass Notaufnahmenbesuche in der „tiefen Nacht“ auf weniger als einen Patienten pro Stunde zurückgehen (191, 192). Bundesweite Abrechnungsdaten für das Jahr 2019 haben gezeigt, dass ambulante Notfälle zwischen 7 und 19 Uhr im Schnitt nur 1,3 ambulante Notfallkontakte pro Stunde waren, rund ein Viertel rechnete mehr als 1,7 ab und 20 Notaufnahmen bundesweit verzeichneten in dieser Zeit mehr als 3,8 Notfallkontakte (190).

Zu Beginn der Arbeit wurde ebenfalls in die Anrufzeiten und das Anrufaufkommen bei der 116117 eingeführt, welche hier zum Vergleich herangezogen werden (111). Hier waren allerdings insbesondere an Mittwoch- und Freitagnachmittagen sowie Wochenenden und Feiertagen ein deutlich erhöhtes Aufkommen zu beobachten, also außerhalb der Sprechzeiten. Außerdem hat das Zi im Rahmen der Evaluation von SmED+ die Inanspruchnahmen von Bereitschaftsdienstpatienten an ausgewählten Kliniken erhoben. Auch hier konnten klassisch vermehrte Inanspruchnahmen in den Nachmittags- und Abendstunden, insbesondere aber an Mittwoch- und Freitagnachmittagen sowie an Wochenenden, aufgezeigt werden (193).

Somit gibt es Hinweise, dass es zumindest tagsüber Unterschiede in den Inanspruchnahmen zwischen Notaufnahmen und Bereitschaftsdienstpraxen gibt, sodass es hier zunächst einen verstärkten Forschungs- und Aufschlüsselungsbedarf gibt. Nach aktuellem Stand würde das Inanspruchnahmeverhalten nicht für eine (ganztägige) Ausweitung der Öffnungszeiten von Bereitschaftsdienstpraxen bzw. INZ an Krankenhäusern sprechen, sondern vielmehr für gezielte und dem Bedarf entsprechende Öffnungszeiten sowie eine verbesserte Steuerung in die richtige Versorgungsebene.

Einrichtung und Umsetzung der 116117

Aus den Interviews ging hervor, dass die Einrichtung der 116117 als zentrale Anlaufstelle zur Erreichbarkeit des Bereitschaftsdienstes und die Vermittlung in die Bereitschaftsdienstpraxen sowie in den Fahrdienst zunächst grundsätzlich befürwortet wurde. Die Umsetzung und Organisation dieser brachte in der Versorgungspraxis hingegen einige Probleme mit sich.

So stellt die Nutzung der 116117 für Patienten bislang nur ein Angebot und keine Verpflichtung dar. Dies führt dazu, dass nur ein Anteil der Bereitschaftsdienstfälle durch die 116117 gesteuert wird. Nicht zuletzt spielt die Bekanntheit der Telefonnummer in der Bevölkerung dabei eine Rolle (194, 195). Die Organisation und Umsetzung der TSS sowie Vermittlung der Akutfälle durch die 116117 obliegt wieder den Länder-KVen. Der Einsatz von SmED als standardisiertes

Erstabfragetool ist seit 2020 gesetzlich vorgeschrieben und von allen KVen umzusetzen. Die Häufigkeit der SmED-Nutzung ist laut Zi allerdings regional unterschiedlich und führt zu deutlichen Divergenzen zwischen den KVen. Der durchschnittliche Anteil der SmED-Assessments bezogen auf die Anrufe bei der 116117 je KV bewegt sich in 2023 zwischen 1,8% und 32,2%, was erneut auf regionale Unterschiede in der Organisation und Struktur der KVen bei der Annahme der 116117-Anrufe zurückzuführen sein könnte (114).

Laut der befragten Ärzte zeigten sich im Versorgungsalltag immer wieder Schwankungen bei der Qualität der Ersteinschätzung, welche nicht zuletzt auf die mangelnde Qualifikation sowie fehlende regionale Kenntnisse der Mitarbeiter bei der Anrufannahme zurückzuführen sind. Diese wirkten sich auf die Richtigkeit der Einschätzung der Dringlichkeit und die Empfehlung und Steuerung in die richtige Versorgungsebene aus. Häufig kam es dadurch zu Fehlern bei der Disposition von Hausbesuchen. Auch kam es zu Abgrenzungsproblemen zwischen Fällen der 116117 und der 112. Ähnliche Ergebnisse zeigten auch Breckner et al. in ihrer Studie (196). Sie erhoben bereits 2020, dass die Organisation und das Leistungsspektrum sowie die Qualifikation der Mitarbeiter der 116117 in den einzelnen Bundesländern abweichen und kamen zu dem Ergebnis, dass es einheitlicher Regelungen des Leistungsangebots und der Mitarbeiter bedürfe, welche sowohl die Transparenz der 116117 patientenseitig verbessern, als auch die Steuerung der Patienten in die richtige Behandlungsebene deutlich erleichtern würden (112, 196). Gleichzeitig konnte in Studien in Notaufnahmen der Effekt nachgewiesen werden, dass eine Ersteinschätzung durch ärztliches Personal zahlreiche Vorteile wie geringere Wartezeiten, Wiedervorstellungen, stationären Aufnahmezeiten sowie Sterberaten führt (197, 198), sodass dieser Gedanke bei der Festlegung der Qualifikation der Mitarbeiter bei der 116117 berücksichtigt werden sollte. Das Nachbarland Frankreich setzt bei der telefonischen Ersteinschätzung bereits ergänzend auf die ärztliche Ressource (199, 200).

Ein weiterer großer Kritikpunkt des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes sind lange Wartezeiten und erhebliche Einschränkungen in der Erreichbarkeit für die Patienten bei der 116117. Interne Auswertungen der KVN haben gezeigt, dass die durchschnittliche Wartezeit im Dezember 2024 (trotz Feiertagen und Weihnachtsferien) 00:05:28 Minuten andauerte (90). Allerdings konnte bereits gezeigt werden, dass das Anrufaufkommen unterschiedlich und zu den sprechstundenfreien Zeiten, klassischerweise an Mittwoch- und Freitagnachmittagen und an den Wochenenden sowie Feiertagen deutlich erhöht ist und zu längeren Wartezeiten führt (114, 115). Die Annahmequote lag im Dezember 2024 bei 83,7%, doch dürften die Erreichbarkeit und

Effizienz der Telefonnummer ein Thema sein, da diese im Fokus zahlreicher Diskussionen zur ambulanten Notfallversorgung stehen und Annahmezeiten im Rahmen der Notfallreform sogar gesetzlich geregelt werden sollen (90). Lange Wartezeiten und eine schlechte Erreichbarkeit der 116117 könnten als Hemmschwelle für Patienten gedeutet werden und dazu führen, dass Patienten Notfallstrukturen anderer Sektoren in Anspruch nehmen, bei denen sie schneller Hilfe und Versorgung erhalten (195).

Die Auswertung der Anzahl der ambulanten GKV-Notfälle in den untersuchten KVN-Bezirksstellenbereichen in 2019 und 2021 zeigen neben den Anzahlen der abgerechneten Hausbesuche einen deutlichen Rückgang. Der allgemeine Rückgang der zur Abrechnung gebrachten GKV-Notfälle von 2019 auf 2021 lässt sich einerseits durch die Covid-19-Pandemie begründen. Laut Zi zeigte sich insbesondere bei den sonstigen Akutfällen und deren Inanspruchnahme ein deutlicher Rückgang (6, 201, 202). Ein weiterer Einflussfaktor dürfte aber auch die flächendeckende Einführung des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens SmED bei der 116117 zum 01.01.2020 sein. Die Filterung und Steuerung der Patientenanliegen nach Dringlichkeit und Versorgungsebene sowie der Rückgriff auf die TSS zur Vermittlung von Akutterminen bei Ärzten und das Aussprechen von Handlungsempfehlungen könnten weiterhin Einfluss auf die Anzahl der zur Abrechnung gebrachten GKV-Fälle genommen haben. Hier gibt es allerdings bisher keine einschlägigen Studien, die diesen Effekt nachweisen.

Ärzte kritisieren weiter die fehlende Verzahnung der Hotline mit regionalen Strukturen und Institutionen. Sie bemängeln, dass die Ersteinschätzung durch eine Software soziale Faktoren und Hintergründe der Patienten nicht berücksichtige, wodurch Ärzte oft nur eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten hätten und weitere Ressourcen für eine akute Versorgung des Patienten aktiviert werden müssten. Hier ist eine verbesserte Einbindung und Verzahnung der 116117 als erste Anlaufstelle für Patienten mit dem Kontext des Versorgungsangebots anzustreben.

In Bezug auf die Einrichtung und Umsetzung der 116117 ist festzuhalten, dass eine gänzliche Vereinheitlichung des Versorgungsangebots mit einheitlichen Qualitätsstandards bislang nicht erreicht werden konnte.

7.1.2 Attraktivität der Arbeitsbedingungen im Bereitschaftsdienst

Anhand der Interviews zeigte sich, dass die Attraktivität der Tätigkeit im Bereitschaftsdienst und ihre Einflussfaktoren mit der Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes im Praxisalltag deutlich ineinandergreifen. Ärzte wünschen sich entweder eine freiwillige Teilnahme am Bereitschaftsdienst oder zumindest eine deutlich attraktivere und damit belastungsärmere Gestaltung. Als attraktiv bezeichnen die Ärzte alle Maßnahmen, die zu einer Reduzierung der Belastung durch den Bereitschaftsdienst führen. Diese würde laut der befragten Ärzte u.a. durch die Etablierung eines flächendeckenden Fahrdienstes oder die Übernahme des Fahrdienstes durch nichtärztliches Personal, den Einsatz von Telemedizin, transparente Diensttausch- und Vertreterstrukturen, fließende Prozesse und Abläufe sowie eine angemessene Vergütung des Bereitschaftsdienstes erreicht.

Digitalisierung und fließende Abläufe

Als ein Einflussfaktor auf die Attraktivität der Tätigkeit wurden fließende und funktionierende Abläufe genannt. Hierzu zählten Ärzte vorwiegend IT-Infrastruktur und Schnittstellen zum Austausch von Daten zwischen Tätigkeitsorten. Es hat sich gezeigt, dass vielfach eine Offenheit für die Digitalisierung von Prozessen vorhanden war und sich erhofft wurde, dass Arbeitsprozesse schneller und unkomplizierter gestaltet werden, damit Zeit und Personalkapazitäten eingespart werden können(203). In der Realität komme es laut der befragten Ärzte oft zu Problemen bei der Dokumentation im PVS und der Übertragung der Daten von der Bereitschaftsdienstpraxis in das eigene PVS sowie der Abrechnungsziffern aufgrund von Kompatibilitätsproblemen und veralteter oder nicht funktionaler Software und Hardware. Ebenso könnten die elektronische Krankschreibung sowie das elektronische Rezept im Bereitschaftsdienst nicht eingesetzt werden. Frankenhauser-Mannuß et al. konnten in ihrer Studie ähnliche Ergebnisse erheben(19). Auch dort kritisierten Ärzte ein „*instabiles, langsames und umständliches EDV-Programm*“ im Rahmen der Ausstattung. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach das Konzept der Teleclinic genannt und positiv hervorgehoben. Teleclinic ist eine Onlineplattform, bei der sich Ärzte registrieren und jederzeit von überall per Videosprechstunde behandeln können. Die benötigte Softwareinfrastruktur werde von Teleclinic gestellt und gleichzeitig ein großer Support bei der Nutzung sowie der Verwaltung und Abrechnung der Leitungen angeboten. In 2020 gab Teleclinic an, mit 250 Ärzten zusammenzuarbeiten. Mittlerweile dürften es deutlich mehr sein, allerdings gibt es dazu keine offiziellen Zahlen (204). Ärzte wünschten sich, das Prinzip der Teleclinic auf den Bereitschaftsdienst zu übertragen. Letztlich sorgen moderne und intuitive Software inklusive funktionierender

Schnittstellen und der Möglichkeit des Ausstellens von elektronischen Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsverordnungen für schnelle und fließende Arbeitsabläufe, die Ärzte für attraktiv halten. Insgesamt kann geschlussfolgert werden, dass gute Prozesse und Abläufe und ein moderner Arbeitsplatz dazu führen, dass Bereitschaftsdienste tendenziell lieber übernommen werden (203, 205). Dazu muss eine funktionierende Infrastruktur bereitstehen (206).

Ausgestaltung des Fahrdienstes

Es zeigte sich, dass die befragten Ärzte den Fahrdienst, insbesondere nachts, als besonders belastend empfinden. Grundsätzlich dient der Fahrdienst dem Aufsuchen von immobilen Patienten, doch stellt er außerdem eine Überbrückung zwischen dem Schließen der Bereitschaftsdienstpraxen und dem Öffnen der Vertragsarztpraxen dar und ist somit eine Ergänzung zu den Bereitschaftsdienstpraxen. Patienten, die außerhalb der Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen bei der 116117 anrufen und einen akuten Behandlungsbedarf aufweisen, werden somit aufgrund der geschlossenen Bereitschaftsdienstpraxen vom aufsuchenden Fahrdienst besucht und behandelt. Vor diesem Hintergrund wünschen sich Ärzte belastungsreduzierende Maßnahmen im Fahrdienst, welche die Etablierung eines organisierten Fahrdienstes sowie den Einsatz nichtärztlichen Personals umfassen könnten.

Die Auswertung der durchschnittlichen Anzahl der Fahrdiensteinsätze in den jeweiligen Bereitschaftsdienstbereichen pro Tag hat gezeigt, dass diese zwischen den Bereitschaftsdienstbereichen sehr unterschiedlich ist. Insgesamt findet diese aber auf einem niedrigen Niveau statt, so dass an erster Stelle kritisch hinterfragt werden sollte, in welchem Umfang und mit welchen personellen Ressourcen ein Fahrdienst im Bereitschaftsdienst zukünftig zu planen ist. Auch bundesweit zeichnet sich der Trend eines Rückgangs der Hausbesuche im Bereitschaftsdienst (ZI Besuche) und zunehmendem Einsatz von Telemedizin ab (180). Dennoch leistet der Fahrdienst, insbesondere in Niedersachsen als Flächenland, einen entscheidenden Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung. Da standardisierte Ersteinschätzung und Telemedizin keine abschließende Sicherheit bieten, wird es immer wieder Fälle geben, die eine Sichtung durch medizinisches Personal notwendig machen. Dies ist vor allem zur Vermeidung unnötiger Transporte und Krankenhauseinweisungen zu berücksichtigen.

Aufgrund des geringen Aufkommens im Fahrdienst bei teilweise mehrfacher Besetzung von medizinischem Personal in Bereitschaftsdienstpraxen könnten Patienten alternativ zum aufsuchenden Fahrdienst in die Bereitschaftsdienstpraxen transportiert werden. Allerdings stehen lange Anfahrtswege und lange Aufenthaltsdauern in den Bereitschaftsdienstpraxen gegenüber. Das

Klientel und seine Bedürfnisse in Bereitschaftsdienstpraxen dürfte sich dazu von denen im Fahrdienst unterscheiden. So sind Bereitschaftsdienstpraxen ursprünglich auf eine schnelle Versorgung akuter Fälle ausgelegt und werden vielfach von jungen Menschen aufgesucht (207). Im Fahrdienst handelt es sich eher um immobile, ältere und pflegebedürftige Patienten, wenn man von den Ergebnissen der Gemeindenotfallsanitäter auf den kassenärztlichen Fahrdienst schließt (184). Besonders Liegendtransporte würden die Verweildauer in den Bereitschaftsdienstpraxen verlängern und zu Staus führen. Im Rahmen des Gemeindenotfallsanitäterprojekts wurden die Einsatzdauern der Gemeindenotfallsanitäter vor Ort ausgewertet. Inklusive An- und Abfahrt betrug die durchschnittliche Einsatzdauer dabei 63,3 (SD 27,46 Minuten) (208). In Pflegeheimen war diese tendenziell länger (184). Im Modellprojekt 116117 konnten Verweildauern von 73 + 42 Minuten in ländlichen und 55 (SD 30 Minuten) in städtischen Bereichen bis zum Wiedereintreffen am Heimatstandort festgestellt werden (131). Aktuelle Zahlen des Rettungsdienstes zeigen, dass die durchschnittlichen Einsatzdauern in 2021 inklusive An- und Abfahrt sowie Transport im Notfall bei 74 Minuten, im Falle von Krankentransportleistungen bei 81 Minuten lagen (131), sodass diese ähnlich einzuordnen und nicht wesentlich kürzer sind. Ein Transport der Patienten zur Behandlung in die Bereitschaftsdienstpraxen ist unter aktuellen Voraussetzungen und Organisationsbedingungen als nicht zielführend zu betrachten, da der finanzielle und personelle Ressourcenaufwand vermutlich ähnlich hoch sein würde. Zudem wird es immer Fälle geben, die nicht oder nicht gut transportfähig sind und deren Transport zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation führen würde und so als vermeidbar gilt (209-211).

In einigen Bereichen Niedersachsens, wie auch im Bereitschaftsdienstbereich Oldenburg, ist ein organisierter Fahrdienst etabliert. Gerade nachts empfanden Ärzte es vor dem Hintergrund der großen Bereiche und langen Anfahrtswege als komfortabel, gefahren zu werden. Dazu wünschten sie sich von einem Fahrer inhaltliche Unterstützung, beispielsweise bei einer Leichenschau oder bei Dokumentationszwecken. Es wurden arztseitig Vergleiche mit dem Rettungsdienst und Notarzt gezogen, welche ebenfalls nicht alleine ausrückten. Dort regeln zahlreiche Gesetze, wie der Arbeits- und Gesundheitsschutz, Rettungsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer sowie die DIN EN 1798, welche Mindestanforderungen an Ausstattung und Besatzung festgelegt sind.

Ein weiteres Argument für die Einführung eines flächendeckenden begleiteten Fahrdienstes sind Sicherheitsbedenken, welche in den letzten Jahren aufgrund steigender Aggressivität bei Patienten zugenommen hatten (212-214). Tendenziell bestanden diese eher in städtischen Regionen. Die Einführung eines flächendeckenden Fahrdienstes für die Ärzte ist allerdings von einer

Abwägung zwischen Kosten und Nutzen geprägt. Für die Einführung sprechen die genannten Argumente der Entlastung und Sicherheit, insbesondere vor dem Trend der zunehmenden Vergrößerung der Planungsbereiche und sich verlängernde Anfahrtswege. Allerdings stehen die hohen Kosten, die von den Ärzten in Form einer steigenden Bereitschaftsdienstumlage zu zahlen sind, entgegen. Die Einführung eines flächendeckenden Fahrdienstes müsste so im Kontext der Organisation des gesamten Bereitschaftsdienstsystems gesehen und entsprechend abgewogen werden.

Vor dem Hintergrund des sich zuspitzenden Arztmangels, gerade in ländlichen Bereichen, wird alternativ zum organisierten Fahrdienst zunehmend nichtärztliches Personal zur Unterstützung der ärztlichen Ressource und zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch den Bereitschaftsdienst eingesetzt. Im Rahmen eines Modellprojekts in den Bereitschaftsdienstbereichen Delmenhorst und Wildeshausen wurde der Einsatz von Gesundheitsfachkräften, deren Qualifikation der eines Notfallsanitäters entspricht, getestet. Wie in Kapitel 3.4 beschrieben, haben Gesundheitsfachkräfte mit spezieller Schulung und Ausstattung in den jeweiligen Bereitschaftsdienstbereichen den aufsuchenden Fahrdienst für die Ärzte übernommen und bei Bedarf die telemedizinische Zentrale des Klinikums Oldenburg hinzugezogen. Ähnliche Ergebnisse konnten auch während des parallelen Einsatzes des Gemeindenotfallsanitäters durch die Großleitstelle Oldenburger Land erzielt werden (184, 208). Die Pilotprojekte haben gezeigt, dass der Einsatz dieser Berufsgruppe erfolgreich ist und für eine flächendeckende Ausweitung des Modellprojekts spricht, was zur Sicherung eines flächendeckenden Versorgungsangebots durch einen aufsuchenden Fahrdienst und einer weiteren Entlastung der ärztlichen Ressource führen würde (131). Allerdings sind die Befugnisse des Notfallsanitäters aktuell in den Rettungsdienstgesetzen der einzelnen Bundesländer und ggfs. durch die Anweisungen der ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes unterschiedlich geregelt und unterliegen keinem Standard.

Einsatz von Telemedizin im Bereitschaftsdienst

Neben dem Einsatz nichtärztlichen Personals spielt der Einsatz von Telemedizin eine zunehmende Rolle bei der Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung. Auch zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes wird diese zukünftig eine zentrale Bedeutung erhalten. Allgemein und auch während der Interviews ist zunächst aufgefallen, dass der Begriff der Telemedizin weitläufig ist und von Ärzten unterschiedlich verstanden wird. Dieses Phänomen wird auch in einigen Studien zum Thema Telemedizin aufgegriffen. Es gibt zahlreiche Definitionsversuche. Die Bundesärztekammer definiert Telemedizin als „*Sammelbegriff für verschiedenartige*

ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen hinweg mit Hilfe des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien erbracht werden“ (215). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) führt fort, dass Telemedizin es ermögliche, „*unter Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien trotz räumlicher Trennung z.B. Diagnostik, Konsultation, Monitoring und medizinische Notfalldienste anzubieten*“ und führt weiter aus, dass die Videosprechstunde als telemedizinische Leistung ein Teil dieser ist (216). Telemedizin wird dabei nicht nur für den Austausch zwischen Arzt und Patient, sondern auch zur Kommunikation zwischen Ärzten, zum Beispiel in Form von Telekonsilen, eingesetzt (217). Der Arzt entscheidet nach eigenem medizinischem Ermessen, ob die Anwendung von Telemedizin vertretbar ist. Dabei ist insbesondere die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten zu berücksichtigen (218). Letztlich verberge sich hinter dem Begriff der Telemedizin überwiegend die Videosprechstunde oder telefonische Kontakte. Spätestens seit der Covid-19-Pandemie hat die Telemedizin in Form der Videosprechstunde Einzug in die medizinische Versorgung gehalten (219).

Neben vielen Pilotprojekten gibt es mittlerweile einige Studien, die sich in Bezug auf bestimmte Krankheitsbilder oder Facharztgruppen mit potenziellen Anwendungsgebieten, Patientencharakteristika sowie deren Zufriedenheit beschäftigen. Dabei wurden besonders niedragschwellige Fälle wie leichte Erkrankungen, Infekte oder Beratungsbedarfe zur (Selbst-) Medikation für die Videosprechstunde als geeignet befunden (220-226). Erste Pilotprojekte im kinderärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Nordrhein sowie im allgemeinen Bereitschaftsdienst in Niedersachsen und Bayern wurden positiv bilanziert (227-229). Erst kürzlich veröffentlichte die KV Bayerns erste Ergebnisse zur digitalen Ersteinschätzung im Bereitschaftsdienst über ihre Plattform DocOnLine. Demnach konnten innerhalb des ersten halben Jahres nach Einführung ca. 90 % der Patienten, die das System nutzen, abschließend digital versorgt werden. 40% aller Patienten nutzen die Videosprechstunde, sodass Bereitschaftsdienstpraxen eine deutliche Entlastung erfahren (230). Dennoch bedarf es für einen flächendeckenden Regelbetrieb aus Gründen der Haftbarkeit und zur Sicherung der Qualität einer genauen Definition und Zuordnung bzw. Abgrenzung von geeigneten Fällen und des telemedizinischen Leistungsumfangs im Bereitschaftsdienst.

Durch den Einsatz der Videosprechstunde im Bereitschaftsdienst kann ein niedragschwelliges Versorgungsangebot geschaffen werden, wodurch ärztliche Ressourcen durch wegfallende

Anfahrtswege und den Verzicht auf einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt eingespart werden. Insbesondere im ländlichen Raum stellt die Telemedizin einen wichtigen Bestandteil der flächendeckenden medizinischen Versorgung dar. Ihr Ziel soll ein Schließen von Versorgungslücken über Distanzen hinaus sein (231, 232), sodass ein telemedizinisches Angebot in Form einer Videosprechstunde im Bereitschaftsdienst zu einer flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung beitragen kann. Ein flächendeckender Einsatz von Telemedizin kann vor dem Hintergrund der abnehmenden ärztlichen Ressource einen Teil der Hausbesuche vermeiden bzw. eindämmen. Auch in Dänemark, Großbritannien und den Niederlanden findet die Telemedizin in der Versorgung außerhalb der Sprechzeiten bereits breite Anwendung. Während der Covid-19-Pandemie wurden besonders in Dänemark telemedizinische Beratungs- und Behandlungsangebote ausgebaut, sodass bis zu 24% der Patientenfragen abschließend telemedizinisch beantwortet werden konnten (233). Die kürzlich von der KBV und dem GKV-Spitzenverband getroffene Vereinbarung für den Einsatz der Videosprechstunde kann dabei einen erheblichen Beitrag zur Sicherstellung der Qualität in der Videosprechstunde und Gewährleistung einer Anschlussversorgung der Patienten beitragen (234).

Zusätzlich ist zu beachten, dass der Einsatz von Telemedizin bzw. Videosprechstunden von Ärzten als attraktive Arbeitsbedingung angesehen wird, da Leistungen standortunabhängig erbracht werden können. So können weitere ärztliche Ressourcen ins System gebracht werden, indem beispielsweise Ärzte in Teilzeit angestellt und aus dem Home Office heraus tätig werden können (235, 236). Gleichzeitig haben Ärzte in den Interviews angegeben, dass sie den Bereitschaftsdienst attraktiver finden, wenn sie Patienten von zuhause telefonisch oder per Videosprechstunde versorgen können. Dabei sind die telemedizinischen Einsatzgebiete im Rahmen des Bereitschaftsdienstes vielfältig (Abbildung 46). Dies entspricht ebenfalls den Ausführungen des 10-Punkte-Aktionsplans für mehr Hausärztinnen und Hausärzte in Niedersachsen, welcher ebenfalls einerseits die Schaffung attraktiver Arbeitsmodelle im Angestelltenstatus und mit Homeoffice-Optionen empfiehlt und ausspricht, dass diese für die Gewinnung von Ärzten von besonders großer Bedeutung sind (237).

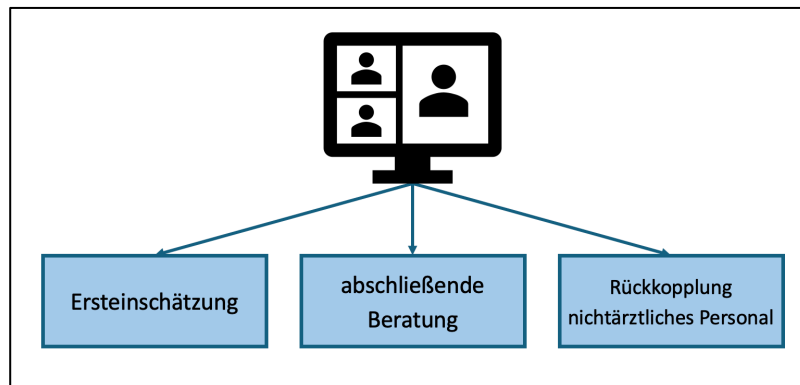


Abbildung 46: Telemedizinische Einsatzmöglichkeiten im Bereitschaftsdienst

Vergütung des Bereitschaftsdienstes

Die Vergütung des Bereitschaftsdienstes stellt, wie auch bei Frankenhauser-Mannuß et al. (19), einen starken Einflussfaktor auf die Attraktivität der Tätigkeit dar. Alle befragten Ärzte gaben übereinstimmend an, dass sie mit der Vergütung des Bereitschaftsdienstes unzufrieden wären und deutliche Veränderungen der Vergütungsstruktur wünschten.

Die Auswertung des durchschnittlichen Honorars pro Stunde in den ausgewählten Bereitschaftsdienstbereichen hat gezeigt, dass diese insgesamt sehr niedrig sind (meist unter 40 Euro pro Stunde bzw. mit Aufstockung durch den Sicherstellungszuschlag bis zu 40 Euro pro Stunde) und vom Patientenaufkommen abhängig waren. Auch hier konnte ein Gefälle der Verdienst- und Vergütungsmöglichkeiten zwischen einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen, insbesondere städtischen und ländlichen Regionen, sichtbar gemacht werden, was die Tätigkeit in ländlichen Regionen somit als finanziell deutlich unattraktiver erscheinen lässt.

Im Zusammenhang mit der Vergütung wurden verschiedene Vergütungsvorstellungen von den befragten Ärzten eingebracht. Zunächst gaben einige Ärzte an, dass sie vermissen würden, dass ihre Bereithaltung während der Dienstzeit, unabhängig davon, ob Patienten behandelt wurden oder nicht, honoriert und dadurch wertgeschätzt wird. Es wurde mehrfach der Vergleich mit der Hintergrund- und Bereitschaftstätigkeit von Ärzten im Krankenhaus gezogen, wo diese Bereithaltungszeiten beispielsweise im Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes (TVöD) geregelt und anteilig vergütet wurden (238). Sie nannten dies als deutlichen Nachteil der vertragsärztlichen Tätigkeit im Vergleich zur Tätigkeit im Krankenhaus.

Gleichwohl erfolgt die Verteilung der Vorhaltekosten des Bereitschaftsdienstsystems sowie der Einrichtung und Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen in Niedersachsen durch ein Umlagemodell auf überwiegender Grundlage des Arzthonorars. In Bezug auf das gesamte

Finanzierungssystem des Bereitschaftsdienstes, welches auch die Bereitstellung von verbesserter Ausstattung wie IT-Infrastruktur und einem organisierten Fahrdienst beinhaltet, wird auch hier der Interessenkonflikt der KVen zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der Vertretung der Interessen der Ärzte im Hinblick auf möglichst niedrige Kostenbelastungen für die Ärzte erneut deutlich. Da es sich um ein umlagefinanziertes System handelt, ist dieses „*wirtschaftlich, angemessen und zweckmäßig*“ zu gestalten (128), was sich letzten Endes auf die Organisation und Vergütung des Bereitschaftsdienstes auswirkt.

Bei der Finanzierung des Bereitschaftsdienstes gibt es ebenfalls Unterschiede zwischen den einzelnen Länder-KVen. Einige KVen betreiben das umlagefinanzierte Modell (z.B. die KVen Baden-Württemberg, Saarland, Westfalen-Lippe oder Hessen) (239-242). Allerdings gibt es auch KVen, wie zum Beispiel die KV Bremen, die keine Umlage erheben und dafür Ärzten die Nutzung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur je nach Nutzungsdauer in Form eines Aufwendungsersatzes in Rechnung stellen (243). Auch rechnen Ärzte nicht in allen Länder-KVen ihre erbrachten Leistungen im Bereitschaftsdienst selbst ab. In einigen KVen erhalten Ärzte eine pauschale Vergütung sowie einen Anteil des erwirtschafteten Honorars (KVen Mecklenburg-Vorpommern, Hessen) (239, 244). Auch der Sicherstellungszuschlag bzw. ein Garantiehonorar ist nicht in allen KVen gegeben. Es herrschen in den verschiedenen Länder-KVen unterschiedliche Finanzierungsmodelle vor, die sich verschieden auf die Honorar- und Verdienstmöglichkeiten der Ärzte im Bereitschaftsdienst sowie die Zahlung einer Bereitschaftsdienstumlage auswirken.

Schlussendlich hat der Aspekt der Vergütung und Finanzierung auch, wie bereits beschrieben, einen Einfluss auf die Vertretersuche und -gewinnung bzw. die Übernahme von Bereitschaftsdiensten durch Poolärzte. Eine angemessene oder attraktive Vergütung kann die freiwillige Übernahme von Diensten steigern.

Zugriff auf Vertreterstrukturen

Als attraktiv bezeichneten Ärzte die Möglichkeit einer schnellen und unkomplizierten Vertretersuche oder Übernahme der Bereitschaftsdienste durch Poolärzte. Frankenhauser-Mannuß et al. konnten in ihrer Studie ebenfalls zeigen, dass die Bereitschaft, Dienste zu übernehmen, rückläufig ist (19). Allerdings gestaltete sich die Vertretersuche bzw. Übernahme von Diensten durch Poolärzte in ländlichen Bereichen aufgrund der unattraktiveren Bedingungen oftmals und zunehmend schwerer. Entscheiden sich Ärzte, den Bereitschaftsdienst von einem externen Vertreter durchführen zu lassen, ergeben sich hier insbesondere in ländlichen Bereichen Nachteile. Einerseits fällt die Vergütung des Bereitschaftsdienstes durch wenige Inanspruchnahmen des

Bereitschaftsdienstes gering aus, da der diensthabende Arzt keine Leistungen zur Abrechnung bringen und somit kaum Umsatz generieren kann. Andererseits wirkte sich die Vergütung in Koabhängigkeit der Diensthäufigkeit und -Art sowie der langen Fahrtwege und niedrigen Inanspruchnahme auf die Vertretersuche bzw. die Attraktivität der Tätigkeit für einen Vertreter aus. Vertreter und Poolärzte, die freiwillig Bereitschaftsdienste übernehmen, siedelten sich eher in städtischen Bereichen mit einer hohen Inanspruchnahme an.

In einigen KVen gibt es fest etablierte Poolarztsysteme (KVen Nordrhein, Hessen, Bayerns, Niedersachsen, Baden-Württemberg) (128, 239, 241, 245, 246), in denen freiwillig tätige Ärzte regelmäßig Dienste von Ärzten gegen Bezahlung übernehmen oder von den KVen eingesetzt werden und über eine eigene Abrechnungsgenehmigung abrechnen. Poolärzte haben den Vorteil, dass diese fest bei den KVen registriert sind und entsprechende Nachweise wie Approbation und Fachkundenachweis erbringen müssen, um die Genehmigung zu erhalten (90). Dies sorgt für Transparenz bei der Übernahme von Diensten und sichert ein entsprechendes Versorgungsniveau. Außerdem geht bei der Dienstübernahme durch den Poolarzt das Haftungsrisiko auf diesen über, während die Haftung bei der Organisation eines Vertreters beim ursprünglich diensthabenden Arzt bleibt. Allerdings wurde der Einsatz von Poolärzten durch ein BSG-Urteil vom 24.10.2023 erschwert, da diese nach Einschätzung des BSG nicht als Selbstständige und so als sozialversicherungspflichtig gelten (247). Hier hat es bisher keine abschließende Einigung zwischen der Deutschen Rentenversicherung und den Kassenärztlichen Vereinigungen gegeben. Der Einsatz von Poolärzten spielt in vielen KVen eine tragende Rolle bei der Sicherstellung der Versorgung außerhalb der Sprechzeiten und ist nach dem Urteil zunächst nur eingeschränkt möglich (248). Somit spielen die Verdienstmöglichkeiten und Vergütung des Bereitschaftsdienstes ebenfalls eine Rolle bei der Übernahme von Bereitschaftsdiensten durch Poolärzte oder der Organisation von Vertretern.

Insgesamt gelingt die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Teilhabebedingungen im Bereitschaftsdienst durch belastungsreduzierende Maßnahmen bislang nur eingeschränkt, was auf stark begrenzte zur Verfügung stehende finanzielle Mittel und Ressourcen zurückzuführen ist. Insbesondere bei den Verdienstmöglichkeiten sowie der Organisation einer Vertretung herrschen erneut Benachteiligungen ländlicher Bereiche durch aktuelle Finanzierungsmodelle des Bereitschaftsdienstes vor, obwohl bereits Ausgleichsmöglichkeiten in Form von Sicherstellungszuschlägen wie am Beispiel Niedersachsens geschaffen wurden.

7.1.3 Teilnahmevoraussetzungen am Bereitschaftsdienst

Es konnte aufgezeigt werden, dass die Möglichkeiten, die Vereinbarkeit mit dem Praxisalltag zu organisieren und gestalten zu können, von verschiedenen Merkmalen abhängig und somit von unterschiedlichen Voraussetzungen gekennzeichnet ist. So konnten Unterschiede in den Aussagen hinsichtlich der Praxisform, des Praxisstandorts, des Geschlechts und des Alters bzw. der Lebensphase des Arztes aufgezeigt werden. Zwar gaben Ärzte in der Befragung an, dass der Bereitschaftsdienst in seiner jetzigen Form nicht (mehr) als Argument gegen eine Niederlassung sprechen dürfe und in Krankenhäusern deutlich mehr Bereitschafts- und Hintergrunddienste geleistet werden müssten. Doch spielen bei dieser Einschätzung das Alter der Ärzte und ein sich andeutender Generationenwechsel eine Rolle, der zu berücksichtigen ist (249-251).

Tätigkeitsstandort

Eine Niederlassung in ländlichen Bereichen ist für junge Ärzte schon jetzt im Vergleich zu städtischen Bereichen unattraktiver. Dabei spielen neben dem Bereitschaftsdienst weitere Faktoren wie eine ohnehin höhere und weiter steigende Arbeitsbelastung durch eine größere Anzahl an Patienten, Personalmangel, fehlende Kollegen und damit einhergehende Vertretungsprobleme bei Urlaubs- und Abwesenheitszeiten eine Rolle. Nicht zuletzt spielen die Angst vor Praxissschließungen in Nachbarorten und damit einhergehende zunehmende Patientenströme eine Rolle (252-257). Des Weiteren kann aufgezeigt werden, dass die Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit dem Praxisalltag stark von der ärztlichen Versorgung einer Region abhängig ist. Die vielfach kritisierte Bedarfsplanung kann dabei nur bedingt als Messinstrument für etwaige Mangelsituationen herangezogen werden. Trotz guter Versorgung laut Bedarfsplanung kann es punktuell zu Unter- oder Mangelversorgung kommen, da es zu Ungleichverteilungen innerhalb der Planungsbereiche kommen kann und das Arzt-Einwohner-Verhältnis dem gesamten Bereich gegenübergestellt wird (258). Gleichwohl zeigt sich innerhalb der Befragung, dass sich Ärzte aus offensichtlichen Mangelgebieten ohnehin schon deutlich belastet fühlen und die bereits hohe und stetig steigende Arbeitsbelastung im Praxisalltag und damit Auslastung der Praxis dazu führt, dass ein zusätzlicher Bereitschaftsdienst als entsprechend belastender empfunden wurde (258, 259). Zum Vergleich versorgten Hausärzte in einem städtischen Bereich in Niedersachsen im 3. Quartal 2024 ungefähr 960 GKV-Patienten, während Hausärzte in einer sehr ländlichen Region ungefähr 1.550 GKV-Patienten versorgten (90). Der Tätigkeitsstandort und damit einhergehende Herausforderungen beeinflussen somit die Belastung durch den Bereitschaftsdienst und die Vereinbarkeit mit der Praxistätigkeit.

Tätigkeitsform

Weiterhin konnten Unterschiede hinsichtlich der Tätigkeitsform der Ärzte und der Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit der Praxistätigkeit aufgezeigt werden. Ärzte, die in Kooperationsformen wie Berufsausübungsgemeinschaften (35% in 2024 in Niedersachsen (10)) oder Praxisgemeinschaften tätig sind und einen steigenden Anteil ausmachen, gaben an, dass sie im Falle eines Diensttausches oder einer benötigten Vertretung auf ihr kollegiales Netzwerk zurückgriffen und meist innerhalb der Kooperationen tauschten und eine Lösung fanden. Ärzte in Einzelpraxen (50% in 2024 in Niedersachsen (10)) sahen dagegen weniger die Möglichkeit, die Sprechstunde später zu starten oder eher zu beenden, da die Arbeitslast und das Patientenaufkommen zu groß waren und nicht aufgeschoben werden konnten. Sie berichteten hingegen häufiger, dass sie aus diesen Gründen auf einen externen Vertreter oder Poolarzt zurückgriffen und diesen entsprechend bezahlten. So entstehen Ärzten in Einzelpraxen in ländlichen Bereichen nicht nur organisatorische Nachteile, sondern unter Umständen auch finanzielle. Die Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit dem Praxisalltag ist für Einzelpraxen, insbesondere in ländlichen Bereichen, somit deutlich schwieriger herzustellen.

Der Trend zur Anstellung wirkt sich ebenfalls auf die Organisation des Bereitschaftsdienstes aus. Wie bereits in Kapitel 3.3 dargestellt, erfährt die Anzahl von Ärzten in Anstellungsverhältnissen in Niedersachsen von 2010 bis 2023 eine Zunahme von +231%. Waren es in 2010 noch 1.396 niedersächsische Ärzte in Anstellungsverhältnissen, waren es 2023 bereits 4.393 Ärzte. Darüber hinaus ist die Anzahl Medizinischer Versorgungszentren ebenfalls deutlich angestiegen. Sie machen im Jahr 2024 einen Anteil von 15% aus (10). Praxisinhaber und MVZs, die Ärzte anstellen, werden entsprechend des Versorgungsauftrags für sich selbst und die Angestelltenstellen zum Bereitschaftsdienst eingeteilt und herangezogen. Angestellte wollen allerdings überwiegend keine Bereitschaftsdienste außerhalb ihrer regulären Arbeitszeiten übernehmen. Das führt dazu, dass vor allem Praxisinhaber die Dienste entweder selbst machen oder, wie üblich auch die MVZs, eine Vertretung finden müssen, welche sie entsprechend bezahlen. Dieser Umstand könnte dazu führen, dass es bereits zunehmend unattraktiv ist, eine eigene Praxis zu haben und Ärzte dort anzustellen. Beide Optionen wirken sich jedoch auf die gefühlte Belastung des Bereitschaftsdienstes und die Vereinbarkeit mit dem Praxisalltag aus. Dabei sind MVZs durch ihre Größe und Wirtschaftskraft etwas weniger davon betroffen.

Persönliche Merkmale

Im Rahmen der Interviews hat sich gezeigt, dass persönliche Merkmale des Arztes wie das Geschlecht, das Alter bzw. die damit einhergehende Lebensphase und der Familienstand Einfluss auf die Wahrnehmung und die Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes nehmen.

So konnten Unterschiede in den Aussagen der Ärzte hinsichtlich des Geschlechts und der Lebensphase des jeweiligen Arztes festgestellt werden. Während jüngere Ärzte, insbesondere Ärztinnen, die Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit der Praxistätigkeit und der Familie bzw. Kindern als herausfordernd beschreiben, bezeichnen ältere Ärzte die Belastung durch den Bereitschaftsdienst in Kombination mit dem Praxisalltag aufgrund des Alters als zunehmend anstrengender.

In diesem Zusammenhang ist der steigende Anteil an Frauen in der Medizin zu berücksichtigen. Laut einer aktuellen Erhebung der KBV sind derzeit zwei Drittel der Studienanfänger im Fach Medizin Frauen. Der Anteil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden weiblichen Ärztinnen und Psychotherapeutinnen steigt dabei stetig an. Im Jahr 2022 hat er sogar erstmals einen Anteil von mehr als 50 % erreicht (125). Die Tendenz ist dabei zunehmend und geht mit einem erhöhten Bedürfnis der Vereinbarkeit von Beruf und Familie einher. Ärzte, die keine oder bereits erwachsene Kinder haben, berichten von weniger oder keinen Problemen bei der Vereinbarkeit des Bereitschaftsdienstes mit dem Praxisalltag und der Familie, während Ärzte mit Kindern, insbesondere Ärztinnen, davon berichteten, dass die Organisation der Familie und Betreuung der Kinder ohnehin eine Herausforderung bei der Gestaltung des Praxisalltags darstelle. Dies beeinflusse nicht nur die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung, sondern auch im Bereitschaftsdienst (125, 260). Die Vereinbarkeit mit dem Bereitschaftsdienst stelle eine zusätzliche Herausforderung oder Belastung dar, da dieser vorwiegend in den Abendstunden und nachts zu leisten sei.

Insgesamt bietet die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung, wie teilweise auch in den Interviews genannt, vor dem Hintergrund der Familienfreundlichkeit gegenüber der Tätigkeit im Krankenhaus einige Vorteile. Neben verschiedenen Tätigkeitsmodellen und flexiblen Arbeitszeitregelungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung deutlich weniger Bereitschaftsdienste zu leisten. Während in Niedersachsen maximal vier Dienste pro Quartal bzw. 16 Dienste pro Jahr die Obergrenze darstellen, liegt die Belastung in Krankenhäusern durch Hintergrund- und Bereitschaftsdienste deutlich höher. Erst in 2022 konnten Tarifänderungen durch den Marburger Bund festlegen, dass Krankenhausärzten maximal vier Dienste im Monat zugeteilt werden dürfen.

Einmal im Quartal darf demnach ein weiter Dienst angeordnet werden und weitere nur dann, wenn eine Gefährdung der Patientensicherheit vorliegt (261). Die Familienfreundlichkeit wird bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes durch die KVen nur teilweise berücksichtigt. Die niedersächsische Bereitschaftsdienstordnung sieht dazu beispielsweise vor, dass sich Ärzte „*aufgrund besonderer familiärer Verpflichtungen*“ befreien lassen können. Ärztinnen können sich „*ab Bekanntgabe der Schwangerschaft und 12 Monate nach der Geburt sowie weitere 24 Monate, soweit der andere Elternteil die Versorgung des Kindes nicht gewährleisten kann*“, befreien lassen. Darüber hinaus können sich männliche Ärzte „*ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten befreien lassen, soweit der andere Elternteil die Versorgung des Kindes nicht gewährleisten kann*“. Die Zeiträume scheinen dabei knapp gefasst (128). Dienstarten und Dienstzeiten werden bei der Dienstplanerstellung allerdings nicht berücksichtigt.

Die Befragung konnte darüber hinaus zeigen, dass Ärzte den Bereitschaftsdienst als solches und die Vereinbarkeit mit der Praxistätigkeit mit zunehmendem Alter als belastender empfinden (254). Auch hier werden die ungleichen Teilnahmebedingungen von Ärzten am Bereitschaftsdienst deutlich. Gerade in ländlichen Regionen sind zunehmend Ärzte höheren Alters tätig, da sie keinen Nachfolger finden und ihrer Praxistätigkeit weiter nachgehen möchten. Dieses Problem könnte sich aufgrund fortschreitender Demografie verstärken. Immer wieder aber spielte der Bereitschaftsdienst und die Belastung dadurch eine Rolle bei der Entscheidung, die Tätigkeit zu beenden (90). Dem ZI-Praxis-Panel zur Folge wollen nur rund 50% der Vertragsärzte ihrer Tätigkeit bis zum Ruhestand nachgehen. 20 % gaben an, dass sie eher aufhören wollen und 14% streben eine Anstellung an. Die Gründe hierfür sind eine hohe Arbeitsbelastung, hohe Praxiskosten und Fachkräftemangel. Indirekt dürfte auch der Bereitschaftsdienst als Teil der vertragsärztlichen Tätigkeit dazu zählen. Die Bereitschaftsdienstordnung in Niedersachsen sieht keine Möglichkeit der Befreiung von Ärzten aufgrund des Alters vor. Einige andere KVen wie die KV Bayerns, Hessen, Hamburg und Sachsen hingegen haben in ihrer Bereitschaftsdienstordnung geregelt, dass sich Ärzte ab einem bestimmten Alter vom Bereitschaftsdienst befreien lassen können (239, 246, 262, 263). Für Ärzte im Krankenhaus gibt es ebenfalls keine einheitliche Regelung zur Befreiung von Hintergrund- und Bereitschaftsdiensten aufgrund fortschreitenden Alters. Hier liegt die Entscheidung im Ermessen des Arbeitgebers. Einer generellen Befreiung von Ärzten ab einem bestimmten Alter steht jedoch die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes entgegen. Durch die zunehmende Arztmangelsituation, gerade in ländlichen Bereichen, werden Ärzte zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes zwingend benötigt.

Zusammenfassend lässt sich ein gesellschaftlich bedingter Wandel des Berufsbildes Arzt erkennen. Junge Ärzte bringen neue Vorstellungen über die Ausfüllung der ärztlichen Tätigkeit mit. Der zunehmende Anteil an Frauen an der Medizin und der damit einhergehende Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Teilzeittätigkeit und der Trend zur Anstellung wirken sich neben der Regelversorgung auch auf die Organisation des Bereitschaftsdienstes aus. Zusätzlich wirken eine abnehmende ärztliche Ressource aufgrund fortschreitenden Alters und eine sich verschlechternde Regelversorgung auf die Belastung durch den Bereitschaftsdienst ein, weshalb gesamtgesellschaftliche Entwicklungen und Trends bei der Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes berücksichtigt werden müssen.

7.1.4 Systembedingte Herausforderungen

Bereits zu Beginn dieser Arbeit wurde erwähnt, dass die Notfallversorgung, und so auch die Einbettung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in diese, Gegenstand vieler gesundheitspolitischer Diskussionen ist. Es wurde außerdem dargestellt, dass es bereits zahlreiche Gesetze gab, die unter anderem Verbesserungsvorschläge und konkrete Lösungsmaßnahmen enthielten. Trotzdem unterliegt die Notfallversorgung in Deutschland noch immer systembedingten Problemen und Herausforderungen.

Fehlende Patientensteuerung

Laut Aussage der befragten Ärzte stelle die fehlende Patientensteuerung eins der Kernprobleme des Bereitschaftsdienstes im Kontext der Notfallversorgung dar. Dabei werde das Versorgungsangebot zunehmend von Patienten mit Motiven ohne eine medizinische Indikation aufgesucht. Dabei ist die Notfallversorgung in Deutschland grundsätzlich, wie auch im europaweiten Vergleich, von steigenden Inanspruchnahmen von Patienten gezeichnet (264, 265). Die Hauptursache liegt dabei weitgehend an der durch die Patienten selbst gesteuerte Inanspruchnahme von Notfallleistungen (1, 266). Dazu zählen seitens der Patienten ein hohes Anspruchsdenken, die Inanspruchnahme wegen Bagatellerkrankungen und eine abnehmende Gesundheitskompetenz (188). Ähnliche Entwicklungen zeigen weitere Studien, die sich mit Inanspruchnahmegründen von Patienten in Notaufnahmen und des Rettungsdienstes auseinandersetzten und diese weiter untersuchten (7, 195, 267-270). Wie auch in den oben genannten Studien spiele laut der befragten Ärzte die sich verändernde Regelversorgung eine Rolle, welche unter anderem durch die zunehmende Ärztemangelsituation, eingeschränkte Erreichbarkeitszeiten der Vertragsarztpraxen, fehlende Facharzttermine und lange Wartezeiten, Einschränkungen durch die Einführung des Hausarztvermittlungsfalls und die Abnahme von Hausbesuchen gekennzeichnet sei (2).

Aus den beschriebenen Inanspruchnahmegründen resultiert dadurch somit häufig eine ungesteuerte Nutzung der zur Verfügung stehenden Versorgungsangebote durch die Patienten. Metelmann et al. bestätigen diesen Eindruck ebenfalls in ihrer Studie, in der sie feststellten, dass Patienten immer wieder Schwierigkeiten hatten, sowohl die Dringlichkeit ihres Anliegens als auch die geeignete Ressource dafür anzusteuern (271). Patienten suchen demnach zumeist den kürzesten Weg zu den ihnen als notwendig erscheinenden Versorgungsstrukturen bei bester Versorgungsqualität, welche Patienten am ehesten mit Krankenhäusern bzw. in Bereitschaftsdienstpraxen an und in Krankenhäusern assoziieren (2, 267, 268, 272). Dies konnte anhand der Inanspruchnahmezahlen der Bereitschaftsdienstpraxen und Krankenhäuser im Bereitschaftsdienstbereich Brake ebenso wie die der Bereitschaftsdienstpraxis in Oldenburg bestätigt werden. Einmal mehr wird hier der Bedarf einer zielgerichteten Patientensteuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene deutlich (7, 8, 195, 207, 268, 269, 271, 273, 274). Fehlinanspruchnahmen und missbräuchliche Inanspruchnahmen höherwertiger Versorgungsebenen und Einsatzmittel durch Patienten sind die Folge. Patienten haben aktuell vollen Zugriff auf alle in der Notfallversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen, ohne dass eine Steuerung oder Regulation erfolgt. Die originären Aufgaben der einzelnen an der Notfallversorgung beteiligten Sektoren sind ebenso wie ihre Rahmenbedingungen und Organisationsstrukturen in ihren jeweiligen Gesetzen geregelt. Dennoch nutzen Patienten die Sektoren nach ihren eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen, was letztlich zu einem „Missbrauch“ der Sektoren führt. Da die Telefonnummern 116117 des Bereitschaftsdienstes weder mit der 112, noch mit anderen an der Versorgung beteiligten Institutionen und Akteuren verknüpft ist, gelingt auch hier bisher keine übergreifende und verbindliche Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene oder zurück in die ambulante Regelversorgung.

Bei der Vermittlung der Patienten in die für ihn richtige Versorgungsebene ist erneut die Frage der Notwendigkeit der Versorgung und der Berechtigung zu diskutieren. Zu Beginn der Arbeit konnte bereits aufgezeigt werden, dass es unterschiedliche Definitionen von Akut- und Notfällen gibt und diese zumeist subjektiver Einschätzung der Patienten unterliegen. Auch der Übergang von Notfall- und Akutversorgung ist fließend und eine Abgrenzung meist schwierig (194). Insbesondere im Bereich der Notfall- und Akutversorgung stellt aber die Einschätzung der Dringlichkeit und die Abgrenzung von Notfall und Nicht-Notfall eine große Rolle. In diesem Zusammenhang haben einige Ärzte in den Interviews, wie ebenfalls immer wieder von der Politik angesprochen,

die (erneute) Einführung eines Systems, in dem Patienten monetär zur Verantwortung gezogen werden, vorgeschlagen.

So könnte beispielsweise eine Notfallgebühr bei Fehlinanspruchnahmen entrichtet werden, welche fortlaufend kontrovers diskutiert wird (275, 276). Hierbei können Parallelen zur Einführung der Praxisgebühr in 2004 gezogen werden. Die Praxisgebühr von 10 Euro diente ursprünglich ebenfalls dem Ziel, die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu steuern. Allerdings konnte der Praxisgebühr im Nachhinein keine spürbare Steuerungswirkung nachgewiesen werden (277). Dazu kam, dass der bürokratische Aufwand für Praxen erheblich war und eine zusätzliche Belastung darstellte (277). Vor dem Hintergrund überfüllter Notaufnahmen und steigender Notfallbehandlungen wird aktuell wieder vermehrt über die Einführung einer Notfallgebühr diskutiert. Sie soll dafür sorgen, dass Patienten vor dem Gang in die Notaufnahme zuerst den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Hausarzt aufsuchen (278). Anders als die Praxisgebühr, die bei jedem ersten Arztbesuch bzw. ambulanten Notaufnahmebesuch im Quartal zu entrichten war, könnte die Notfallgebühr gezielter wirken. Sie soll nur dann gezahlt werden, wenn keine medizinische Notwendigkeit für die Inanspruchnahme der Notaufnahme gegeben ist. Dem gegenüber stehen allerdings u.a. die Gefahr der Benachteiligung einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen sowie ein erhöhter bürokratischer Aufwand wie bei der Praxisgebühr. Außerdem könnte es Verdrängungseffekten von den Notaufnahmen in den Bereitschaftsdienst geben (275, 279).

Unterschiedliche Ziele und Finanzierungen der Sektoren

Im Verlauf dieser Arbeit konnte anhand verschiedener Beispiele herausgearbeitet werden, dass der Bereitschaftsdienst im Kontext der Notfallversorgung unter einer unzureichenden Verzahnung sowie unter erheblichen Schnittstellenproblemen leidet. So haben Ärzte in den Interviews davon berichtet, dass sie beispielsweise im Falle von Krankenhauseinweisungen aus dem Fahrdienst heraus keine Möglichkeit hatten, einen Überblick über Krankenhäuser mit freien Kapazitäten zu bekommen. Oder sie konnten nicht auf Patientendaten zugreifen, wenn diese bereits zuvor in der Notaufnahme waren und dort eine Behandlung oder Medikation erhalten haben, was die Arbeit im Bereitschaftsdienst einerseits erschwert und sich andererseits auf die Versorgungsqualität auswirkt. Diese und noch viele weitere Probleme lassen sich nicht zuletzt auf die unterschiedlichen Zielsetzungen und Finanzierungslogiken der beteiligten Versorgungssektoren zurückführen.

Wie bereits zu Beginn der Arbeit erläutert, unterliegen die drei Sektoren – Rettungsdienst, Notaufnahmen und Bereitschaftsdienst – jeweils den unterschiedlichen Zuständigkeiten und

gesetzlichen Regelungen der Bundesländer. Dies führt zu erheblichen Unterschieden in den organisatorischen Strukturen und Rahmenbedingungen – nicht nur zwischen den Ländern, sondern teilweise auch innerhalb einzelner Regionen.

Infolgedessen kommt es zu erheblichen Kommunikations- und Schnittstellenproblemen. Im Rahmen der geführten Interviews berichteten Ärztinnen und Ärzte mehrfach, dass ein kurzfristiger Austausch mit anderen Akteuren der Notfallversorgung häufig nicht möglich ist. Auch bei der Dokumentation bestehen Defizite: Es fehlt an durchgängigen digitalen Schnittstellen, die eine Mit- und Weiterbehandlung durch andere Versorger ermöglichen. Ein Beispiel hierfür ist die Versorgung von Patienten am Wochenende in Notaufnahmen ohne anschließende Entlassungspapiere oder die Weiterbehandlung durch den Bereitschaftsdienst nach Erstversorgung durch den Rettungsdienst oder in der Notaufnahme. In der Folge kommt es zu Doppeluntersuchungen und Versorgungslücken.

Ein weiteres Problem stellt die getrennte Infrastruktur dar. Wie in Kapitel 5 dargestellt, sind Bereitschaftsdienstpraxen zwar häufig an Krankenhäuser angebunden, jedoch bestehen keine gemeinsamen oder sektorenübergreifenden Strukturen in der Behandlung. Räumlichkeiten, Personal und IT-Systeme werden daher doppelt vorgehalten und finanziert. Am Beispiel der sogenannten Ein-Tresen-Lösung in den Bereitschaftsdienstbereichen Ammerland und Oldenburg wurde deutlich, dass eine sektorübergreifende Kooperation unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht realisierbar ist. Der gesetzliche Rahmen – insbesondere in Bezug auf Datenschutz und den Einsatz gemeinsamen Personals – stellt hierfür eine erhebliche Hürde dar.

Auch der Fahrdienst des Bereitschaftsdienstes verdeutlicht die Auswirkungen sektoraler Trennung. So übernehmen in den Bereitschaftsdienstbereichen Delmenhorst und Wildeshausen der KVN seit 2018 Gesundheitsfachkräfte mit spezieller Zusatzausbildung den Fahrdienst, unterstützt durch telemedizinische Anbindung. Zeitgleich etablierte die GOL den Gemeindenotfallsanitäter – ebenfalls eine Fachkraft mit Zusatzqualifikation und telemedizinischer Anbindung, die ambulante Notfälle versorgt. Beide Ressourcen verfolgen dasselbe Ziel: eine Entlastung der Notaufnahmen und die Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen. Dennoch erfolgt die Steuerung und Finanzierung dieser Angebote separat, was Doppelstrukturen begünstigt (5–11).

Die größte Herausforderung der sektoralen Trennung liegt in der Finanzierung. Jeder Sektor verfolgt unter den bestehenden Rahmenbedingungen eigene Ziele und wird getrennt vergütet. Während Rettungsdienst und Notaufnahmen auf eine umfassende Versorgung und damit auch auf eine vollständige Vergütung ausgerichtet sind – auch aus haftungsrechtlichen Gründen –,

verfolgt der kassenärztliche Bereitschaftsdienst das Ziel einer Minimalversorgung. Daraus ergibt sich ein geringer Anreiz, möglichst viele Patienten im Bereitschaftsdienst zu behandeln. Dies zeigt sich auch in der Organisation der Rufnummer 116117.

Grund dafür ist die Honorarverteilung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen. Leistungen, die im Bereitschaftsdienst erbracht werden, werden dem Gesamthonorar vorgelagert entnommen, bevor die übrigen Mittel auf die haus- und fachärztliche Regelversorgung verteilt werden. Je mehr also im Bereitschaftsdienst abgerechnet wird, desto weniger bleibt für die Verteilung auf die übrigen Fachgruppen (12). Sektorübergreifende Kooperationen scheitern daher nicht nur an strukturellen, sondern vor allem an finanziellen Hürden – es existieren keine gemeinsamen Anreizsysteme oder Abrechnungsmodelle.

In der Konsequenz führen diese unterschiedlichen Finanzierungs- und Steuerungslogiken zu Interessenkonflikten zwischen den Sektoren, die einen durchlässigen und koordinierten Versorgungsprozess verhindern. Diese Ergebnisse dieser Arbeit decken sich in dieser Hinsicht mit den Erkenntnissen von Frankenhauser-Mannuß et al. (19), dem SVR (29) sowie der Enquete-Kommision, die ebenfalls eine unzureichende Patientensteuerung und Schnittstellenproblematiken als zentrale Probleme der Organisation des Bereitschaftsdienstes identifizieren konnten (123). Zusammenfassend zeigt sich, dass nicht die Existenz der Sektorengrenzen an sich das Hauptproblem der Notfallversorgung in Deutschland darstellt, sondern vielmehr die Kombination aus fehlender Patientensteuerung und mangelhaften Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen.

Veränderte gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Interviews wurde immer wieder deutlich, dass die Inanspruchnahme der Notfallversorgung und des Bereitschaftsdienstes von sich verändernden gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen geprägt sind.

Einerseits führen demografische Entwicklungen dazu, dass der Anteil älterer Bevölkerung zunehmend ansteigt. Im Jahr 2023 waren 22,1% der deutschen Bevölkerung über 65 Jahre alt. Bis 2035 wird sogar jeder dritte Mensch in Deutschland älter als 60 Jahre alt sein (135). Auch die Pflegebedürftigkeit nimmt in Deutschland deutlich zu. In 2023 waren in Deutschland knapp 5,7 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig, was im Vergleich zu 2021 bereits einen großen Anstieg (+15%) darstellt (280). Vorausberechnungen nehmen sogar an, dass bei einer moderaten demografischen Entwicklung und konstanten Alterung 2055 bereits 6,8 Millionen als pflegebedürftig gelten (281). Ein deutlich steigender Pflegebedarf konnte ab 90+ Jahren festgestellt werden. Ebenso haben die meisten Hochbetagten mindestens eine

behandlungsbedürftige Erkrankung, in der Altersgruppe 80+ Jahre waren es durchschnittlich sogar 4,7 behandlungsbedürftige Erkrankungen (282), woraus sich eine Zunahme von Erkrankungen, besonders chronischen Erkrankungen, und der Häufigkeit mehrerer Erkrankungen gleichzeitig im Alter ableiten lässt (283, 284). Der Anteil älterer, immobiler, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen wird somit in Hinblick auf steigende und sich verändernde Versorgungsbedarfe bei der Größe der Planungsbereiche und der Erreichbarkeit der Versorgung besonders zu berücksichtigen sein.

Arzneimittelversorgung

Zuletzt konnte im Rahmen der Interviews identifiziert werden, dass die Abgabe von Medikamenten durch das eingeschränkte Dispensierrecht und das Einlösen von Rezepten immer wieder ein Problem darstellen. Insbesondere im Fahrdienst könnte eine Ausweitung des Dispensierrechts im Rahmen von Akut- und Notfallbehandlungen allerdings zu erheblichen Verbesserungen der Handlungsoptionen von Ärzten führen. Dies betrifft vor allem die Abgabe von Schmerzmitteln oder Antibiotika, sodass Patienten schnell und unkompliziert versorgt werden könnten (29, 188). Darüber hinaus werden in Bezug auf Verordnungen Kommunikationsprobleme und fehlende Schnittstellen zwischen dem Bereitschaftsdienst und den Apotheken geschildert, die zu Problemen in der Arzneimittelversorgung führen. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2014 sieht zwar vor, dass Versicherten, die den Bereitschaftsdienst in Anspruch nehmen müssen, der Zugang zu eventuell erforderlichen Arzneimitteln erleichtert werden soll. Das Gesetz sieht dazu einen Informationsaustausch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für die Einteilung der Apotheken zur Dienstbereitschaft im Notdienst zuständigen Behörden (Landesapothekerkammern) vor (285). Im Versorgungsalltag hingegen zeigen sich weiterhin Schnittstellenprobleme mit den Apotheken.

Eine Öffnung des Dispensierrechts im Rahmen der Notfallversorgung wurde seitens der Politik zuletzt abgelehnt (286). Einer Ausweitung des Dispensierrechts für Ärzte sprechen u.a. die Gefahr von Interessenkonflikten sowie Qualitäts- und Sicherheitsbedenken sowie fehlenden Infrastruktur in Arztpraxen entgegen, was die Lager- und Dokumentationssysteme für Arzneimittel betrifft.

7.2 Vorstellung aktueller Gesetzesvorhaben und Reformierungspläne

In Kapitel 3.1 wurden bereits überblicksartig wichtige Gesetze der letzten Jahre vorgestellt, die in der Vergangenheit verschiedenartig Einfluss auf die derzeitige Situation im Bereitschaftsdienst genommen haben dürften. Es sollen nun derzeitige Gesetzesvorhaben vorgestellt werden, mit deren Inkrafttreten unmittelbar auch die ambulante Notfallversorgung betroffen ist. Ein Aufgreifen der einzelnen Punkte und deren Einfluss auf den Bereitschaftsdienst wird im nächsten Abschnitt (Kapitel 7.3) erfolgen.

Weitere Auswirkungen der Krankenhausreform

Mit der aktuellen Krankenhausreform, welche durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) geregelt ist und am 17.10.2024 im Bundestag beschlossen wurde, werden drei zentrale Ziele verfolgt (287). Dabei geht es um die „*Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patienten sowie Entbürokratisierung*“ (287). Die Krankenhausreform wird dazu führen, dass sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland verändern wird. Es wird die Regionalisierung und Spezialisierung von Krankenhäusern angestrebt, was bedeutet, dass sich Krankenhäuser auf bestimmte Fachgebiete spezialisieren sollen, während flächendeckende Grundversorgung erhalten bleibt. Auch wird die Einführung von Versorgungsstufen diskutiert. So soll auf Probleme im deutschen Krankenhauswesen reagiert werden und Fachkräftemangel, der finanzielle Schieflage vieler Krankenhäuser, steigenden Kosten und Ineffizienzen entgegengewirkt werden. Nicht auszuschließen sind dabei Krankenhausschließungen sowie eine Verlagerung zahlreicher Leistungsangebote in den ambulanten Bereich. Die Krankenhausreform wird dabei auch unmittelbaren Einfluss auf die ambulante Notfallversorgung und damit auch auf die geplante Reform der Notfallversorgung nehmen, indem Krankenhäuser in verschiedene Versorgungsstufen eingeteilt werden. Diese sind von Spezialisierungsgrad und Ausstattung abhängig. Darüber hinaus sollen Notaufnahmen dadurch entlastet werden, dass Patienten, die keine akute Notfallversorgung benötigen, in alternative Einrichtungen gesteuert werden. Zudem sollen im Rahmen der Notfallversorgung INZ in den Krankenhäusern angesiedelt werden. Die Krankenhausreform legt dabei den Fokus auf eine klare organisatorische und finanzielle Trennung der ambulanten und stationären Notfallversorgung, wobei die INZ als Schnittstelle zwischen beiden Sektoren fungieren. Sie sieht dazu eine Überarbeitung der Finanzierung vor. Für Krankenhäuser, die eine stärkere Rolle bei der Notfallversorgung spielen, werden Vorhaltepauschalen eingeführt. Diese sollen eine bessere Kostendeckung der Notfallversorgung ermöglichen. Die Krankenhausreform trat am 01.01.2025 in Kraft

und soll schrittweise umgesetzt werden. Bis Ende 2026 müssen die Bundesländer ihren Krankenhäusern Leistungsgruppen zuweisen. Ab 2027 beginnt die Umstellung des Finanzierungssystems. Die vollständige Umsetzung der Krankenhausreform ist bis 2029 geplant.

Notfallreform

Ein aktuell bestehender Entwurf eines Gesetzes zur Notfallreform, welcher am 17.07.2024 vom Bundeskabinett beschlossen wurde, zielt darauf ab, die Akutversorgung im Notfall effizienter zu gestalten und Patienten in die für sie richtige Versorgung zu steuern. Sie umfasst dazu folgende grobe Eckpunkte (110).

1. Es sollen sogenannte „Akutleitstellen“ eingerichtet werden, die 24/7 über die 116117 erreichbar sind und zukünftig auch akute Fälle, die bisher über die TSS vermittelt werden, vermitteln. Mittels standardisierter Ersteinschätzung sollen Patienten in die richtige Versorgungsebene geleitet werden. Während der Sprechstundenzeiten werden Patienten dabei vorrangig in die Vertragsarztpraxen geleitet. Darüber hinaus werden die Notrufnummern 112 (Rettungsdienst) und 116117 (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) auf Initiative der Rettungsleitstellen besser miteinander verknüpft, sodass Patientendaten über geeignete Schnittstellen weitergegeben werden können.
2. Die KVen sollen unter der 116117 rund um die Uhr telemedizinische Angebote und einen aufsuchenden Fahrdienst bereitstellen. Wenn möglich, sollen Patienten durch Ärzte (auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin) telefonisch oder per Video abschließend behandelt werden, sodass eine anschließende Versorgung nicht mehr notwendig ist. Der aufsuchende Fahrdienst kann auch durch nichtärztliches Personal erfolgen, wenn dieses telemedizinisch mit einem ärztlichen Hintergrund verbunden ist. Der aufsuchende Dienst soll insbesondere die Versorgung von immobilen und pflegebedürftigen Patienten abdecken.
3. Es sollen bundesweit Notfallzentren an Krankenhäusern (INZ) entstehen, die eine zentrale Anlaufstelle für Notfälle darstellen. Diese Zentren beinhalten eine gemeinsame Ersteinschätzungsstelle, die entscheidet, in welche Versorgungsebene (Notaufnahme oder Notdienstpraxis) geleitet wird. Dort, wo es ärztliche Kapazitäten zulassen, sollen zusätzlich INZ für Kinder- und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden. Sie sollen gesetzliche festgelegte Mindestöffnungszeiten einhalten (WE/FT 09-21 Uhr / Mi, Fr 14-21 Uhr/ Mo, Di, Do 18-21 Uhr). Während der Sprechstundenzeiten soll mit Vertragsarztpraxen, die als

„Kooperationspraxen“ fungieren, zusammengearbeitet werden. Die Standorte der INZ bzw. KINZ werden im „erweiterten Landesausschuss“ festgelegt.

4. Die Notfallreform sieht eine Anpassung der Finanzierung vor. Die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes soll zukünftig zu gleichen Teilen zwischen KVen und gesetzlichen Krankenkassen (GKV) erfolgen. Die privaten Krankenkassen sollen ebenfalls einen Betrag in Höhe von sieben Prozent des von der GKV bereit gestellten Betrags leisten. Dazu ist eine jährliche Vereinbarung mit der KV erforderlich. Mittelverwendungen beinhalten in diesem Fall das telemedizinische Angebot, den aufsuchenden Fahrdienst, die Einrichtung der INZ/KINZ, die Einrichtung der Akutleitstelle sowie die digitale Vernetzung mit dem Rettungsdienst.
5. In den INZ sollen auch Krankschreibungen und die Abgabe kurzfristig benötigter Medikamente möglich sein, um Doppelbesuche bei Hausärzten zu vermeiden.

Auch der Rettungsdienst wird im Gesetzesentwurf berücksichtigt. Hier wird eine Optimierung der Triage in Form von Standardisierung und Verbesserung der Abfragesysteme und die Einführung eines Qualitätsmanagements in den Fokus gestellt. Der Rettungsdienst soll in seiner Rolle der Vor-Ort-Beurteilung gestärkt werden und Patienten direkt in geeignete Versorgungseinrichtungen (Notaufnahme oder andere ambulante Einrichtung) überweisen, sodass unnötige Krankenhauseinweisungen und Überlastungen von Notaufnahmen vermieden werden. Außerdem soll der Rettungsdienst stärker mit den an der ambulanten Notfallversorgung Beteiligten vernetzt und so eine bessere gemeinsame Behandlung und Übergabe von Patienten erreicht werden. Im Rettungsdienst zeichnet sich eine zunehmende Trennung der Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge von einer präklinischen Versorgung von Notfallpatienten ab, die zukünftig vor dem Hintergrund aktuell bestehender Fehlanreize berücksichtigt werden sollen (288).

Allerdings scheint die Umsetzung der Notfallreform derzeit ungewiss. Das Bundeskabinett hat den Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung zwar am 17.07.2024 beschlossen, doch konnte das Gesetz im Parlament keine Mehrheit erzielen und ist in der 20. Legislaturperiode nicht zustande gekommen. Ursprünglich sollte das Gesetz zum 01.01.2025 in Kraft treten. Die neue Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt, die Notfallreform zügig umzusetzen. Somit ist derzeit unklar, wann und in welcher Form die Notfallreform realisiert wird. Inwieweit die Notfallreform mit der Krankenhausreform in Einklang gebracht werden wird, ist bisher ebenfalls nicht geregelt.

Die Notfallreform würde mit ihren geplanten Inhalten den organisatorischen Rahmen der Bereitschaftsdienstorganisation durch eine Festlegung standardisierter Abläufe und eine engere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern deutlich beeinflussen. Zudem wird eine einheitliche Struktur über alle Bundesländer hinweg angestrebt. Der Bereitschaftsdienst soll zukünftig über die 116117 besser erreichbar sein und gesteuert werden bzw. Patienten verstärkt in die richtige Versorgungsebene steuern.

Bereitschaftsdienstreform in Niedersachsen

Unabhängig davon plant die KVN derzeit eine umfassende Bereitschaftsdienstreform, welche von der Vertreterversammlung im Februar 2024 beschlossen wurde (90). Die Eckpunkte entsprechen in Teilen den von den Ärzten in der Befragung geäußerten Wünschen und Vorstellungen und sollen im Laufe der Jahre 2025/2026 umgesetzt werden. So soll langfristig eine verpflichtende Teilnahme aller Ärzte am Bereitschaftsdienst entfallen und diese zu einer freiwilligen Teilnahme-möglichkeit umgewandelt werden. Weiter soll der Einsatz von Telemedizin als weiteres Versorgungsangebot, wenn nach der Befragung der 116117 mittels SmED indiziert, zum Einsatz kommen. Der Fahrdienst im Bereitschaftsdienst soll durch nichtärztliches Personal ergänzt und die Ressource Arzt so unterstützt und weniger belastet werden. Nichtsdestotrotz wird es Tätigkeiten und Aufgaben geben, die die ärztliche Ressource benötigen und nicht delegierbar sind. Hierfür braucht es weiterhin einen ärztlichen Hintergrunddienst. Ebenfalls wird langfristig eine Reduktion der Bereitschaftsdienstpraxen-Standorte angestrebt. Verbleibende Praxen sollen an Krankenhäusern angesiedelt werden, die mindestens die Notfallstufe 2 abdecken (289).

Vergleich mit anderen europäischen Ländern

Vor dem Hintergrund zunehmender Inanspruchnahmezahlen von Notfallpatienten, überlasteter Sektoren und daraus resultierendem Reformierungsdruck lohnt sich der Blick ins europäische Umland (insbesondere nach Dänemark, Großbritannien, Frankreich, Schweiz und Niederlande) und seine Notfallstrukturen. So sollen einzelne Ideen und Ansätze für eine Übertragung auf die deutsche Notfallversorgung identifiziert werden. Die Auswahl der Länder soll repräsentativ für die Organisation des Gesundheitswesens, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die mitteleuropäische Lage sein. Außerdem steht für diese fünf Länder ausreichend Literatur zur Organisation der Versorgung außerhalb der Sprechzeiten (der sog. out of hours care) zur Verfügung.

In den fünf betrachteten Ländern besteht die Notfallversorgung im Wesentlichen durch die vier Kernelemente Leitstelle, Akutversorgung durch Vertragsärzte, Rettungsdienst und Notaufnahmen (Abbildung 47) (27).

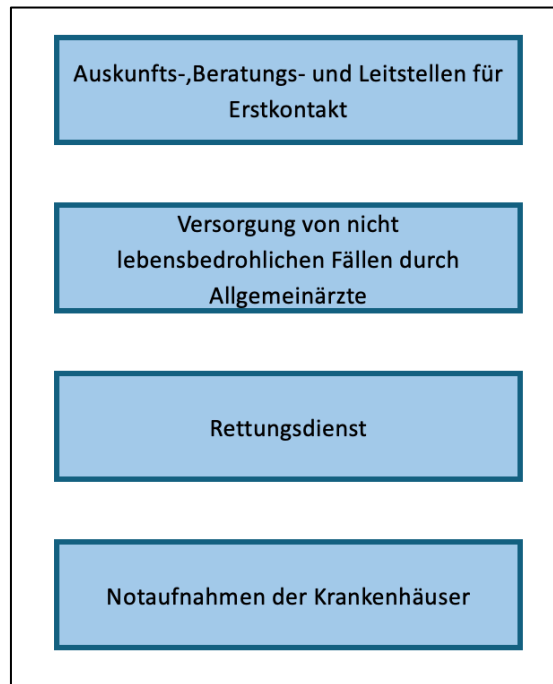


Abbildung 47: Kernelemente der Notfallversorgung in europäischen Nachbarländern
Quelle: Eigene Darstellung nach Augurzky et al. (27)

Allen gemeinsam ist, dass es klare Vorgaben in Bezug auf Strukturen und Zuständigkeiten der Sektoren gibt. Eine direkte und vom Patienten selbst gewählte Inanspruchnahme geht allerdings teilweise mit Wartezeiten und einer finanziellen Beteiligung einher. Weiter lässt sich festhalten, dass in allen betrachteten Ländern die Versorgung von Notfallpatienten mit niedrigem medizinischem Risiko überwiegend räumlich an oder in Krankenhäuser angegliedert wird. Ihre Versorgung wird in allen Ländern vorrangig durch Allgemeinärzte übernommen und nur dann von Notfallmedizinern erbracht, wenn keine Allgemeinärzte zur Verfügung stehen oder es die Schwere der Erkrankung erforderlich macht. Der Einsatz nichtärztlichen Personals in Abhängigkeit des Versorgungsbedarf ist ebenfalls überwiegend etabliert (27).

In Bezug auf die Versorgung von Notfallpatienten mit niedrigem medizinischem Risiko (mit dem deutschen Bereitschaftsdienst vergleichbar) lassen sich dennoch zwischen den Ländern einige strukturelle und organisatorische Unterschiede aufzeigen (Tabelle 52).

Tabelle 52: Vergleich Versorgung von Notfallpatienten mit niedrigem medizinischem Risiko in europäischen Nachbarländern

	Gemeinsame Leitstelle	Öffnung Notfallpraxis 24/7	Hausbesuchsdienst	Online-portal	Kostenbeteiligung der Patienten
Deutschland	nein	nein	ja	ja	nein
Dänemark	nein	ja	nein	ja	nein
Frankreich	ja	nein	ja	nein	ja
Großbritannien	nein	ja	nein	ja	nein
Schweiz	nein	nein	nein	nein	ja
Niederlande	nein	nein	nein	ja	ja

Quelle: Eigene Darstellung nach (27, 194, 200)

Demnach hat lediglich Frankreich eine gemeinsame Leitstelle für eingehende Notrufe. Dänemark und Großbritannien setzen auf eine durchgehende 24/7 Öffnung von Notfallpraxen. Hausbesuchsdienste werden hingegen nur in Deutschland und Frankreich angeboten, nicht aber in Dänemark, Großbritannien, der Schweiz und den Niederlanden. Auf eine Online-Plattformlösung, in der Patienten selbstständig eine Ersteinschätzung ihres Anliegens vornehmen können und im Sinne der Patientensteuerung Auskunft über die für sie richtige Versorgungsebene erhalten, setzen neben Deutschland ebenfalls Dänemark, Großbritannien und die Niederlande. Eine Kostenbeteiligung der Patienten bei Inanspruchnahme der Notfallversorgung findet in Frankreich, der Schweiz und den Niederlanden Anwendung.

Eine direkte Umsetzung einiger Elemente in die Notfallversorgung in Deutschland dürfte aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen und Gesundheitssysteme schwierig sein. Allerdings zeichnen sich parallel einige Beispiele ab, die bei der Weiterentwicklung der Notfallversorgung Deutschlands Berücksichtigung finden sollten. Hier stehen in Bezug auf die Patientensteuerung unter anderem das Online-Angebot zur Selbstinformation und zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, der verpflichtende telefonische Erstkontakt, der Einsatz transparenter und validierter Telefon- und Vor-Ort-Triagierungssysteme sowie die Schaffung bzw. Verbesserung der Transparenz und Aufklärung über Zuständigkeit und Aufgabenteilung für Patienten hervor (27, 290).

7.3 Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen für die Gestaltung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

Bis hierhin konnten zahlreiche Handlungsfelder und Angriffspunkte identifiziert werden, welche zu einer Verbesserung der Ausgestaltung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes beitragen können.

Ein Großteil der Probleme und Herausforderungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes wird nur im Rahmen einer groß angelegten Reform der Notfallversorgung unter Einbezug aller an der Notfallreform beteiligten Sektoren gelöst werden können. Allerdings gibt es zahlreiche kleinere Einzelmaßnahmen, die unter der Voraussetzung zunächst weiterhin bestehender kassenärztlicher Bereitschaftsdienste und zahlreicher landesweiter Bereitschaftsdienstreformen durch die KVen dringend Berücksichtigung finden und angegangen werden sollten. Im Folgenden sollen nun fünf Lösungsansätze vorgestellt und diese im Kontext vorherig genannter Reformen eingeordnet werden: die Vereinheitlichung der Organisations- und Rahmenbedingungen, die Verbesserung der Patientensteuerung, die Lage und Anbindung von Bereitschaftsdienstpraxen, die effektivere Gestaltung des Fahrdienstes, die Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen und Schnittstellen (Abbildung 48).

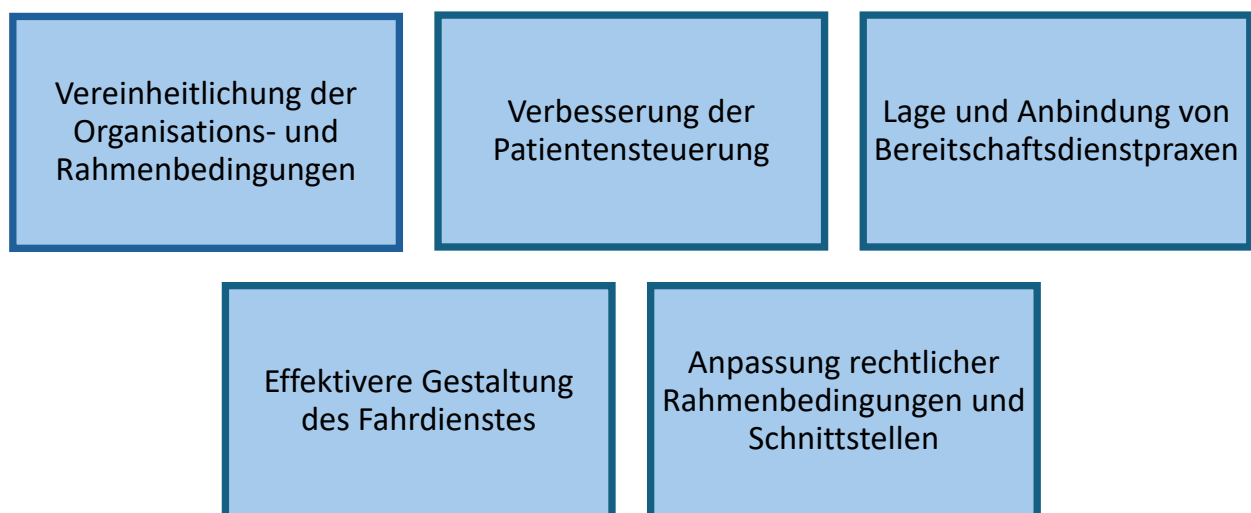


Abbildung 48: Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen

7.3.1 Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen

Bevor in den nächsten Kapiteln die Lösungsansätze für die einzelnen Versorgungsebenen des Bereitschaftsdienstes vorgestellt werden, soll zunächst die Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen diskutiert werden.

Im Verlauf der Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Organisations- und Rahmenbedingungen des Bereitschaftsdienstes nicht nur innerhalb Niedersachsens, sondern auch auf kleinteiligerer Ebene bis hin zu den einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen einer KVN-Bezirksstelle wie Oldenburg oder Wilhelmshaven ungleich sind. Diese haben einerseits Einfluss auf das vorhandene Versorgungsangebot für Patienten außerhalb der Sprechzeiten, andererseits aber auch auf die Teilnahmebedingungen der Ärzte. Für eine flächendeckende Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit wären diese zu vereinheitlichen. Dabei soll die gleichmäßige Verteilung von städtischen und ländlichen Herausforderungen berücksichtigt und so die Versorgungsqualität einerseits und andererseits die Attraktivität der Tätigkeit der Ärzte, insbesondere in ländlichen Bereichen, gesteigert werden.

Größe der Planungsbereiche und Erreichbarkeit

In Bezug auf die Größe der Bereitschaftsdienstbereiche kann ein Teil der Lösung eine organisatorische Veränderung bei der Planung der Bereitschaftsdienstbereiche sein. Dazu könnte man zunächst die Planungsbereiche für die Dienste in den Bereitschaftsdienstpraxen und den Fahrdienst voneinander loslösen.

Bereitschaftsdienstpraxen und der Fahrdienst unterliegen unterschiedlichen Anforderungen. Während in den Bereitschaftsdienstpraxen eine Patientenversorgung vor Ort stattfindet und eine durchgehende ärztliche Präsenz notwendig ist, unterliegt der Fahrdienst eher den Anforderungen einer im Rahmen der Akutversorgung schnellen Reaktionsfähigkeit, Mobilität und einer flexiblen Zeitplanung. In dieser Arbeit (Kapitel 5.2.3) konnte gezeigt werden, dass in den Bereitschaftsdienstpraxen im Vergleich zum Fahrdienst ein Großteil der Bereitschaftsdienstfälle versorgt wird. Aufgrund der hohen Nachfrage und Funktion der Bereitschaftsdienstpraxen als erste Anlaufstelle, ähnlich wie der Hausarzt, bietet sich unter der Voraussetzung bestehender und ggfs. optimierter Standorte der Bereitschaftsdienstpraxen eine kleinteiligere Planungsebene in Anlehnung an das Konzept der Bedarfsplanung an.

Für den Fahrdienst hingegen bietet sich aufgrund der im Vergleich niedrigeren Auslastung, insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Einsatzes der Telemedizin bzw. Videosprechstunde, eine Planung auf größerer und überregionaler Ebene an. Dies könnten beispielsweise das gesamte Bundesland Niedersachsen oder Bereiche ähnlicher Größe, Einwohnerzahl und Stadt-Land-Verteilungen sein. Innerhalb der vergrößerten Fahrdienstbereiche könnte eine an der Auslastung bedarfsorientierte Mehrfacheinteilung der Ärzte an verschiedenen Standorten vorgenommen werden. So könnte eine Anpassung der Diensthäufigkeit und Dienstarten erreicht

werden, was den Wegfall von kombinierten Diensten aus Bereitschaftsdienstpraxis und Fahrdienst beinhaltet.

Aus Sicht der Versorgung müssten damit einhergehend weiterführende Maßnahmen gefasst und umgesetzt werden, die trotz vergrößerter Planungsbereiche und damit einhergehender langer Anfahrtswege bzw. Wartezeiten eine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Dabei sollte die Personaldichte ärztlichen und nichtärztlichen Personals so gewählt sein, dass das Verhältnis zwischen Einsatzdichte und Fahrzeit bzw. Wartezeit für den Patienten optimal ausgesteuert ist und eine angemessen schnelle Versorgung durch den Fahrdienst auch in der Fläche sichergestellt ist. Dies könnte durch ein Auflösen der Bereitschaftsdienstbereichsgrenzen erreicht werden. Beispielsweise könnte man überregionale Raumordnungsregionen bilden, in denen Wachenstandorte oder Startpunkte der Ärzte nach Bedarf festgelegt werden. Ergänzend bräuchte es dann ein GPS-gesteuertes Flottenmanagement, was bedeutet, dass alle Einsatzfahrzeuge dauerhaft durch die Dispositionszentrale geortet werden können. Patientenfälle und Fahrdienste könnten so effektiver disponiert und bereichsübergreifend zugewiesen und abgearbeitet werden.

Die Anpassung der Größe der Bereitschaftsdienstbereiche und damit einhergehenden Personaldichte sollte allerdings in Abhängigkeit der Bereitschaftsdienstpraxenstandorte und eines ergänzenden Einsatzes der Telemedizin bzw. Videosprechstunde zur Überbrückung der Distanzen und Vermeidung unnötiger Hausbesuche vorgenommen werden.

Vergütung des Bereitschaftsdienstes

Die vergrößerten Bereiche würden sich außerdem aufgrund dann höherer Auslastung positiv auf die Vergütung bzw. das erwirtschaftete Honorar auswirken. So könnte die Belastung für alle Ärzte gleichmäßiger verteilt und eine finanzielle Benachteiligung von Ärzten in ländlichen Räumen ausgeschlossen werden.

Die Vergütung der Bereitschaftsdienste sollte überdies flächendeckend auf ein faires Niveau angehoben werden. Dazu wären einerseits Anpassungen der GOPen im EBM-Kapitel 1.2 auf Bundesebene vorzunehmen. Andererseits wären verschiedene Vergütungsmodelle in der Umsetzung denkbar. Zum Beispiel könnten die Zahlung einer landesweiten Umlage sowie landesweiter Sicherstellungszuschläge oder Pauschalen Abhilfe schaffen und dafür sorgen, dass landesweit einheitliche Verdienstmöglichkeiten bestehen. Die Vergütung sollte dabei, zumindest zu einem Teil, unabhängig vom Patientenaufkommen sein, welches nicht oder nur wenig steuerbar ist und sich zwischen städtischen und ländlichen Bereichen stark unterscheiden kann.

Digitalisierung und fließende Abläufe

Ebenfalls sollte die flächendeckende Etablierung von fließenden Abläufen und Arbeitsprozessen aller am Bereitschaftsdienst beteiligten Versorgungseinheiten angestrebt werden. Dazu gehört auch die sektorenübergreifende Verwendung digitaler Anwendungen. Dies gilt insbesondere für die Bereitstellung von IT-Infrastruktur zur Erfassung und Dokumentation von Patientendaten und deren Abrechnung sowie die Ausstellung elektronischer Verordnungen (u.a. eRP, eAU, eArztbrief). Hier könnte sich am Geschäftsmodell der Teleclinic orientiert werden (291). Die KV Hamburg hat ihren Ärzten dazu eine App bereitgestellt, mit der sowohl der Dienstplan und als auch der Dienstausschuss verwaltet werden kann, aber auch die Disposition von Fahrdiensteinsätzen sowie die Patientendokumentation und Abrechnung. Sie hat damit als erste KV den Schritt in die Volldigitalisierung des Bereitschaftsdienstes gemacht und die Teilnahme am Bereitschaftsdienst so für ihre Ärzte attraktiver gestaltet (292).

Zugriff auf Vertreterstrukturen

Darüber hinaus bedarf es fester Vertreterstrukturen und einem rechtssicheren Poolarztsystem. Dies bedeutet, dass KVen die Möglichkeit bieten, dass sich interessierte Ärzte als feste Vertreter bei ihnen einschreiben lassen und eine eigene Abrechnungsgenehmigung erhalten. Die Einschreibung als Vertreter bzw. Poolarzt sollte an feste Kriterien, ähnlich wie der Eintragung in das Arztregister vor Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, geknüpft sein, die von den KVen überprüft werden. So kann sichergestellt werden, dass Vertreter und Poolärzte über entsprechende Qualifikationen verfügen. Vertragsärzte, die ihre Dienste abgeben oder sich vertreten lassen wollen, könnten so auf feste Vertreterstrukturen zurückgreifen. KVen hingegen wäre transparent, wer die Bereitschaftsdienste übernimmt und durchführt.

Letztlich zielt auch die Notfallreform (110) darauf ab, Bereitschaftsdienststrukturen im Kontext der Notfallversorgung bundesweit zu vereinheitlichen. Eine Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen im Bereitschaftsdienst wird unter Bezugnahme der Befunde dieser Arbeit aufgrund regionaler Besonderheiten und Herausforderungen jedoch nur auf bestimmte Teilaspekte bezogen möglich sein. So können zwar kleine organisatorische Veränderungsmaßnahmen wie eine Vergrößerung der Bereitschaftsdienstbereiche, die Implementierung einer flächendeckenden IT-Infrastruktur in den Bereitschaftsdienstpraxen oder ein Modell für Vergütungs- und feste Vertreterstrukturen einheitlich umgesetzt werden. Allerdings wird man Stadt-Land-Gefälle, damit einhergehende Entfernungen, infrastrukturelle Defizite, Bevölkerungsstrukturen sowie Standortvor- und Nachteile durch organisatorische Maßnahmen nicht gänzlich

ausgleichen können. Gerade in einem Flächenland wie Niedersachsen wird es dafür immer individuelle und regionale Lösungen in Reaktion auf Besonderheiten und Ausnahmen geben müssen.

7.3.2 Verbesserung der Patientensteuerung

Neben der großen Uneinheitlichkeit hinsichtlich der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen des Bereitschaftsdienstes stellt die Patientensteuerung ein zentrales Kernproblem dar. Das Problem der fehlenden oder mangelnden Steuerung und Lenkung von Patienten zieht sich aufgrund fehlender Verzahnung durch alle Ebenen der Notfallversorgung. Sie wirkt sich somit auch auf die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes aus. Daher sollte die Patientensteuerung verbessert, verschärft und ausgebaut werden.

Einrichtung einer gemeinsamen Leitstelle

Für die Umsetzung einer zentrale Steuerungseinheit ist, wie es auch der SVR (29), die Enquete-Kommission (123), die KBV (194) und letztlich auch die Notfallreform (110) vorschlagen, die Einrichtung einer gemeinsamen telefonischen Anlaufstelle für die Patienten notwendig. Diese soll die 116117 sowie die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr 112 vereinen und koordinieren. Der SVR (29) und die Enquete-Kommission (123) nehmen vor diesem Hintergrund Bezug auf derzeit in den Leitstellen des Rettungsdienstes sowie der 116117 vorherrschende strukturelle Mängel und uneinheitliche Organisationsstrukturen und konkretisieren die Zusammenarbeit der 116117 und 112. Insbesondere fordern sie eine zentrale Anrufannahme und eine anschließende gemeinsame Steuerung der Ressourcen wie der des aufsuchenden Fahrdienstes und des Rettungsdienstes. Folglich liegt der Fokus auf der Schaffung gemeinsamer Leitstellen, welche einheitlichen Standards unterliegen, sodass strukturelle Mängel auf Seiten des Rettungsdienstes sowie der 116117 der KVen behoben werden und so zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

Sektorale Interessen

Die Notfallreform (110) sieht vor, dass die Organisation der Leitstellen künftig auf Initiative der Rettungsdienste erfolgen soll. Um hier eine Objektivität zwischen den Spannungsfeldern der Sektoren und ihrer unterschiedlichen Interessen und Anreize herzustellen, wird allerdings eine unabhängige telefonische Anlaufstelle für Patienten benötigt, die die Steuerung der Patienten nach objektiven Kriterien in die richtige Versorgungsebene übernimmt. Als Beispiel kann hier die Österreichische Gesundheitsberatung 1450 herangezogen werden, welche gemeinsam von der Regierung, den Bundesländern und den Krankenkassen finanziert wird. Sie wurde 2017 zuerst nur in Niederösterreich, schließlich aber österreichweit etabliert und setzt damit internationale

Maßstäbe. Ihr Ziel ist nicht nur eine schnelle Hilfe und Vermittlung im Akutfall, sondern auch eine unabhängige Orientierung im Gesundheitswesen (293, 294). Eine retrospektive Analyse zweier städtischer Gebiete in Österreich konnte zeigen, dass durch die Hotline ein Großteil der Anfragen durch Zuweisungen in die verfügbaren Versorgungspunkte beantwortet werden konnte (294). Anhand dieses Finanzierungsmodells könnte auch ein hiesiges Finanzierungsmodell für die Leitstellen in Deutschland abgeleitet werden.

Standardisierte Ersteinschätzung

Neben einer gemeinsamen Anlaufstelle braucht es eine standardisierte Ersteinschätzung, welche auf der einen Seite die Dringlichkeit des Anliegens und auf der anderen Seite die richtige Versorgungsebene spiegelt. Diese bedingt ein gemeinsames Triage-System.

Eine Harmonisierung bestehender Abfragesysteme, die zu gleichen Ergebnissen führen, wird an dieser Stelle kaum möglich sein. Während die KVen bundesweit einheitlich das Medizinprodukt SmED für ihre Ersteinschätzung nutzen, sind in den Leitstellen der Rettungsdienste verschiedenste Ersteinschätzungssysteme im Einsatz. Aus diesem Grund zielt auch die Notfallreform darauf ab, die im Rettungsdienst verwendeten Triage-Systeme zu standardisieren, zu optimieren und qualitätszusichern.

In diesem Zusammenhang ist es obligatorisch, das Abfragetool (ggfs. unter Einbezug von entstehenden Möglichkeiten durch Künstliche Intelligenz) so weiterzuentwickeln und anzupassen, dass es die steigenden Anforderungen der Patientenfragen bewältigen und korrekte Handlungsempfehlungen ableiten kann. Vor dem Hintergrund des zukünftigen Einsatzes von nichtärztlichem Personal, welches verschiedenartige Qualifikationen und damit einhergehenden Befugnisse haben kann, sollte das Abfragetool angepasst werden. Neben der Empfehlung der Versorgungsebene des Fahrdienstes sollte es bereits filtern können, welche genaue Personalressource benötigt wird und den Einsatz übernehmen kann.

Schnittstellen

Darüber hinaus müssen standardisierte IT-Systeme für eine einheitliche Steuerung der Patienten und Dokumentation zum Einsatz kommen, welche eine Schnittstelle für den Fahrdienst sowie eine schnittstellenübergreifende Weitergabe von Patientendaten ermöglichen und gleichzeitig die Aufgabe der Steuerung und Rückkopplung von Patienten in die ambulante Regelversorgung bzw. die weiterbehandelnde Instanz übernehmen (2, 295). Dabei dürfen sektorale Partikularinteressen keinen Einfluss nehmen. Außerdem bedarf es einer verbesserten Abgrenzung und

Zuordnung der Akut- und Notfälle, damit Patienten sektorenübergreifend an die zuständige Institution vermittelt und deren Daten übertragen werden können. So können erneute Abfragevorgänge vermieden werden. Der sich anschließende Dispositionsprozess an den Arzt bzw. den Fahrdienst im Falle eines Hausbesuchs soll reibungslos und medienbruchfrei funktionieren.

Wartezeit und Verknüpfung mit Strukturdaten

Dazu ist eine gute und schnelle Erreichbarkeit der Leitstelle zu jedem Zeitpunkt elementar. An dieser Stelle könnte auf die Ergebnisse des aktuellen FAST Track-Projekts vom Zi zurückgegriffen werden, in dem es um die Priorisierung bei der 116117 geht. Aufgrund der hohen Nachfrage kommt es, in Abhängigkeit von der Tageszeit und dem Wohnort, teilweise zu längeren Wartezeiten. Dringende Fälle sollen laut Zi dann durch automatisierte Sprachdialoge identifiziert und bevorzugt ersteingeschätzt werden. Die technische Umsetzung erfolgt über automatisierte Konversationssysteme (z. B. Voice- und Chatbot). Ergibt sich dann aus der Kurzabfrage eine hohe Dringlichkeit, erfolgt eine Priorisierung der Anrufenden (296).

Ergänzend sollte der Ausbau eines Onlineportals wie das der 116117, wie es auch in anderen europäischen Ländern praktiziert wird, vorangetrieben werden, um einerseits die Anruflast bei der Leitstelle zu verringern, aber auch um den Patienten schnell Handlungssicherheit zu geben und Wartezeiten zu verringern. Hinzu kommen die Implementierung und Verknüpfung des Onlineportals mit Strukturdaten wie z.B. den Öffnungszeiten von Apotheken, zahnärztlichen Notdiensten oder sonstigen (regionalen) Institutionen sowie Terminbuchungsoptionen in den Vertragsarztpraxen. Das Problem der fehlenden Verzahnung, wie es aktuell bei der 116117 der Fall ist, haben die KV Hamburg mit dem Arztruf Hamburg sowie die KV Thüringen mit der Vermittlungszentrale Thüringen versucht aufzugreifen (297, 298). Beide KVen haben ihr telefonisches und online Serviceangebot für Patienten durch verbesserte Erreichbarkeiten und Zusatzangebote sowie Terminvermittlungen deutlich ausgebaut. Der KV Thüringen ist dabei sogar eine Vernetzung mit dem zahnärztlichen Notdienst, dem Apothekennotdienst sowie dem tierärztlichen Notdienst gelungen.

Qualifikation des Personals

Die Qualität der Ersteinschätzung sowie die Vermittlung des Patienten in die richtige Versorgungsebene und das Auslösen der korrekten Ressource müssen durch Fachpersonen mit entsprechend festgelegter und einheitlicher Mindestqualifikation gesichert sein. Außerdem braucht das Dispositionspersonal neben Kompetenz und Qualifikation eine Rechtssicherheit, welche ebenso

wie das Abfragesystem zur Ersteinschätzung vorab festgelegten Qualitätskriterien entsprechen muss.

Terminvermittlung durch Leitstelle

Die Notfallreform (110) sieht vor, dass zukünftige Akutleitstellen auch akute Fälle vermitteln. Allerdings ist die Tatsache, dass diese neben den Terminservicestellen auch akute Fälle vermitteln sollen und diese beiden Aufgaben nicht mehr wie bisher getrennt voneinander gesehen werden, kritisch zu betrachten. Zwar ist die Zusammenlegung vor dem Hintergrund einer besseren Koordinierung und Steuerung in die richtige Ebene und der Vermittlung von Patienten während der Sprechstundenzeiten in die Vertragsarztpraxen als sinnvoll anzusehen, doch wird dafür zunächst ein entsprechendes Softwaretool benötigt, dass diesen Umfang der Terminvermittlung abbildet und standardisiert eingesetzt werden kann. Die Leitstelle benötigt für diese Art und diesen Umfang von Terminvermittlung außerdem ausreichend qualifiziertes Personal, welches aus der Ersteinschätzung und der Anzahl an Möglichkeiten, in die vermittelt werden kann, die für den Patienten richtige Versorgungsebene herausfiltert und ansteuert. Damit flächendeckend in gleicher Qualität vermittelt werden kann, bedarf es vor allem aber überall gleicher Vermittlungsmöglichkeiten. Zudem bedingt diese Zusammenlegung ein enormes Personalkontingent und entsprechend finanzielle Ressourcen der KVen. Um in die Vertragsarztpraxen vermitteln zu können, müssen dort freie Termine verfügbar sein, die über die Akutleitstelle gebucht werden können.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Anzahl zu Verfügung stehender Termine regional und zwischen den Länder-KVen schwankend ist. Auch konnte bereits herausgestellt werden, dass Behandlungskapazitäten vor dem Hintergrund der knapper werdenden ärztlichen Ressource nicht überall flächendeckend vorhanden sind und teilweise zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Notfallversorgung führen. Durch die Einführung der TSS konnten Terminknappheit und Wartezeiten auf Termine bei Fachärzten nicht nachhaltig verbessert werden (299, 300).

Praxen, die bereits Termine in den TSS zur Verfügung stellen, bemängeln einerseits, dass eine hohe Anzahl dieser nicht gebucht werden (90). Andererseits bemängeln sie mangelnde Termintreue bei Patienten (sog. No-Shows), was nicht zuletzt auf Sollbruchstellen in Form von Problemen bei der Weitergabe von Patientendaten bei der Terminvereinbarung zurückzuführen ist (301, 302). Insgesamt überzeugen die TSS aufgrund hoher Vorhaltungskosten und -ressourcen gegenüber geringer Nachfrage und Nutzen nicht, sodass es bei einer gemeinsamen Vermittlung von Terminen für die TSS und akuter Fälle erhebliche Verbesserungspotenziale gibt (303). Besonders kritisch ist, dass die Notfallreform keine verbindliche Regelung für eine flächendeckende

Terminverfügbarkeit vorgibt. Darüber hinaus ist aus Sicht der KVen kritisch zu sehen, dass die Vernetzung der 116117 und 112 auf Initiative der Rettungsleitstellen umgesetzt werden soll, was zu sektoralen Interessenskonflikten, insbesondere aufgrund der Finanzierung, führen kann.

Telemedizin

Als weitere Versorgungsebene sollte die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer telemedizinischen Konsultation in Form einer telefonischen Beratung oder Videosprechstunde für Patienten regelhaft etabliert werden, wie es auch die Notfallreform fordert (110). So können niedrigschwellige Anliegen, wie zum Beispiel Beratungsbedarfe, bereits telemedizinisch ressourcenschonend beantwortet und lange Anfahrtswege eingespart werden (304). Das von der Leistelle genutzte Abfragetool müsste einen sicheren Absprungpunkt für die Telemedizin enthalten, sodass diese als eine weitere Versorgungsebene für den Patienten zur Verfügung steht und angeboten werden kann. Anschließend soll der Patient mit seinen Daten medienbruchfrei an einen Arzt oder eine Plattform weitergegeben werden, die die weitere Behandlung übernimmt. Diese kann entweder sofort im Anschluss durch eine direkte Weiterleitung oder aber in Form einer Terminvermittlung in die Videosprechstunde erfolgen. Aus Gründen der Haftbarkeit und zur Sicherung der Qualität bedarf es einer genauen Definition und Zuordnung bzw. Abgrenzung von geeigneten Fällen und des telemedizinischen Leistungsumfangs in Bezug auf Bereitschaftsdienst.

Weitere Steuerungsinstrumente

Abschließend sollte über die Schaffung weiterer gezielter Maßnahmen und Anreize nachgedacht werden, die eine Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsebene unterstützen können.

Die Einführung der Praxisgebühr in 2004 hat zeigen können, dass der erhoffte Lenkungs- und Steuerungseffekt ausgeblieben ist. Der bürokratische Aufwand hingegen war sehr hoch. Aus diesem Grund ist die Einführung der Zahlung einer Notfallgebühr bei Fehlinanspruchnahmen der Notaufnahmen nicht als zielführend zu betrachten. Vielmehr sollte dazu auf übergeordneter Ebene angesetzt werden.

Aktuell können Patienten Notaufnahmen und Bereitschaftsdienstpraxen ohne vorherigen Anruf bei der Rufnummer 116117 aufsuchen. Es sollte überlegt werden, ob ähnlich wie in Dänemark, den Niederlanden oder in Österreich, eine vorherige verpflichtende telefonische Ersteinschätzung im Sinne der „hotline-first-strategy“ umgesetzt werden kann, bevor der Patient ambulante Akutversorgung in Anspruch nimmt. Weiter sollte diskutiert werden, ob vor jedem Hausbesuch zunächst eine verpflichtende telemedizinische Konsultation durch einen Arzt erfolgt

(„telemedicine-first-strategy“), wodurch unnötige Hausbesuche reduziert und weitere Ressourcen eingespart werden können (194). An dieser Stelle ist zu prüfen, inwieweit solche Maßnahmen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden können. Nicht zuletzt wird von der Enquete-Kommission auf eine verbindliche Ersteinschätzung hingewiesen, was bedeutet, dass diese für alle weiteren Anlaufstellen der Hilfesuchenden gültig und verbindlich ist.

Neben der Zuweisung von Patienten in die richtige Versorgungsebene sollte der Fokus durch eine Verknüpfung mit dem Terminservice auf die konsequente Steuerung von wenig akuten Notfällen in den ambulanten Versorgungssektor gelegt werden (305).

In diesem Zusammenhang kommt der Koordinationsfunktion der hausärztlichen Versorgung eine besondere Rolle zu. Bereits in den Interviews wurde von Ärzten angesprochen, dass die Steuerung der Patienten durch den Hausarzt und eine vorausschauende Behandlung und Betreuung eine ungesteuerte Nutzung der Notfallversorgung und folgende Notfallbehandlungen verhindern können. Zum Abbau oben genannter Steuerungsprobleme und sich daraus ergebender Ineffizienzen spricht sich auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in ihrem kürzlich veröffentlichten Positionspapier „Mehr Qualität durch hausärztliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung“ für ein Primärarztmodell aus. Indem hausärztliche Versorgung als zentrales Steuerungsinstrument festgelegt und in diese investiert wird, soll die ambulante Versorgung verbessert und in Konsequenz Notfallbehandlungen verhindert werden (306). Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch die Bundesregierung in ihren aktuellen Koalitionsverhandlungen.

Verfügbarkeit des Versorgungsangebots

Die Notfallreform (110) zielt trotz ihrer als prioritäres Ziel formulierten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene insgesamt sehr auf einen Ausbau der Notfallstrukturen statt einer Ordnung bzw. effektiver Nutzung vorhandener Strukturen ab. So muss kritisch hinterfragt werden, ob ein aufsuchender Fahrdienst und telemedizinische Angebote rund um die Uhr zur Verfügung gestellt werden müssen. Durch eine 24/7 zur Verfügung stehende Notfallversorgung würden ein Angebot und eine Doppelstruktur geschaffen werden, welche das Interesse der Patienten, Vertragsärzte während ihrer Öffnungszeiten in Anspruch zu nehmen, vermutlich verringern würde. Es würden falsche Anreize gesetzt, welche der grundsätzlichen Patientensteuerung und dem Grundsatz eines Mindestangebots widersprechen. Somit würden Parallelstrukturen geschaffen werden, welche als unwirtschaftlich und nicht versorgungsnotwendig zu deuten sind,

da die ambulante Versorgung vorrangig Kernaufgabe der Vertragsarztpraxen der niedergelassenen Ärzte sein sollte.

Neben dem aufsuchenden Fahrdienst würde die flächendeckende Einführung einer Telemedizin eine zusätzliche Dienstlinie bedeuten, die bislang nur in Teilen von den KVen eingesetzt wird. Ein 24/7 Versorgungsangebot erscheint vor dem Hintergrund abnehmender Ressourcen außerdem nur schwer umsetzbar, da in allen Sektoren zunehmend knappe personelle Ressourcen vorherrschen. 24/7 eingesetzte Vertragsärzte würden in der ambulanten Regelversorgung und den Vertragsarztpraxen fehlen. Zwar sieht die Notfallreform neben einem ärztlichen Fahrdienst auch die Möglichkeit des Einsatzes von nichtärztlichem Personal vor, was vorab positiv zu werten ist und neue Möglichkeiten ebnet. Allerdings ringen auch der Rettungsdienst sowie einige weitere medizinische Berufsgruppen mit Personalknappheit und Fachkräftemangel. Insgesamt sind die Verfügbarkeiten der Versorgungsangebote weniger aus dem Servicegedanken, sondern mehr aus dem tatsächlichen Bedarf heraus festzulegen.

7.3.3 Lage und Anbindung von Bereitschaftsdienstpraxen

Die Bereitschaftsdienstpraxen stellen ein weiteres Handlungsfeld dar, welches einige Optimierungspotenziale aufgezeigt hat. Auch die Bereitschaftsdienstpraxen leidet unter fehlender Patientensteuerung und Schnittstellenproblematiken. Die Notfallreform sieht dazu zunächst die Integration der Bereitschaftsdienstpraxen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser vor, welche nach der Notfallreform für Integrierte Notfallzentren (INZ) bzw. Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) stehen.

Lage und Anbindung der Bereitschaftsdienstpraxen/INZ

Im Rahmen der Analyse der Bereitschaftsdienstbereiche sowie der Interviews konnte erhoben werden, dass Bereitschaftsdienstpraxen hinsichtlich der Organisation und Infrastruktur deutlichen Unterschieden unterliegen. Für eine Aufhebung dieser bedarf es einer verpflichtenden Anbindung von Bereitschaftsdienstpraxen an bzw. in Krankenhäuser und Apotheken. Hier gibt es trotz gesetzlicher Vorgaben keine Standards bezüglich der Lage sowie deren Anbindung an ein Krankenhaus.

Während die Notfallreform (110) klare Vorgaben im Rahmen der gestuften Notfallversorgung der Krankenhäuser zur Ansiedlung von INZ und KINZ macht, regt der SVR (29) an, INZ bzw. KINZ nur an ausgewählten Standorten in Anhängigkeit des Versorgungsumfelds einzurichten. Augurzky und Beivers haben in diesem Zusammenhang 2018 eine Standortsimulation für Notfallzentren

erstellt und konnten, auch wenn nicht an allen Krankenhäusern mit Notfallstufen INZ angesiedelt sind, eine flächendeckende Notfallversorgung aufzeigen. Allerdings stellten sie auch heraus, dass eine große Abhängigkeit zu den Öffnungszeiten und dem Leistungsangebot bzw. Personal besteht (27).

In Bereichen, in denen kein Krankenhaus vorhanden ist, könnten Bereitschaftsdienstpraxen alternativ an Regionale oder Kommunale Versorgungszentren angegliedert werden. Allerdings wäre vor dem Hintergrund der Ressourcenschonung abzuwägen, ob die entstehenden Vorhaltekosten und benötigten Infrastrukturen sowie die tatsächliche Inanspruchnahme einer Abdeckung durch die Telemedizin und den aufsuchenden Fahrdienst entgegenstehen und nicht besser durch solche alternative Versorgungskonzepte aufgefangen werden können. Nicht zuletzt, da ein Trend zu größeren Bereitschaftsdienstpraxen in zentralen Lagen nachgewiesen werden konnte (2, 29). In einigen KVen, wie auch in Niedersachsen, gibt es neben dem allgemeinen Bereitschaftsdienst aufgrund der speziell benötigten apparativen Ausstattung einen flächendeckenden augenärztlichen Bereitschaftsdienst. Ebenfalls sind teilweise kinderärztliche Bereitschaftsdienstbereiche eingerichtet. Hier erscheint es sinnvoll, augen- und kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxen räumlich und infrastrukturell an oder in den allgemeinen Bereitschaftsdienst anzugliedern.

Um Sektorenkonflikten vorzubeugen, sollten die Standorte der Bereitschaftsdienstpraxen und Notaufnahmen der Krankenhäuser gemeinsam und sektorübergreifend geplant werden. Die Notfallreform (110) schlägt dazu eine Planung durch den „erweiterten Landesausschuss“ vor. An dieser Stelle sind die Auswirkungen der Krankenhausreform, insbesondere durch mögliche Schließungen von kleineren Krankenhäusern, Ambulantisierung von Leistungen und verkürzte Liegedauern, auf die Notfallversorgung und den Bereitschaftsdienst mitzudenken.

Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstzeiten/INZ

Nach der Standortfrage sollte eine Anpassung und Harmonisierung unterschiedlicher Öffnungszeiten bestehender Bereitschaftsdienstpraxen erfolgen, damit Patienten überall ein möglichst einheitliches und flächendeckendes Versorgungsangebot zur Verfügung steht. Die Notfallreform (110) legt dazu gesetzliche Mindestöffnungszeiten fest (WE/FT 09-21 Uhr / Mi, Fr 14-21 Uhr/ Mo, Di, Do 18-21 Uhr). Während der Sprechstundenzeiten soll hingegen mit den Vertragsarztpraxen kooperiert werden. Vor dem Hintergrund eines früheren Entwurfs zur Notfallreform, in dem 24/7 durchgängige Öffnungszeiten der INZ angedacht waren, erscheint dieser Vorschlag der Mindestöffnungszeiten deutlich nachhaltiger. Trotzdem sind die vorgeschlagenen Mindestöffnungszeiten insgesamt länger als die der untersuchten Bereitschaftsdienstbereiche und würden so eine

einschränkende Belastung für die Vertragsärzte im Praxisalltag darstellen. Für eine validierte Festlegung der jeweiligen Öffnungszeiten könnte man ergänzend auf die KV-Abrechnungsdaten zurückgreifen und die genauen Inanspruchnahmen der Bereitschaftsdienstpraxen und Notaufnahmen auswerten, da diese aufgrund der Abrechnungsbestimmungen des Kapitels 1.2 im EBM regelhaft eine Angabe der genauen Uhrzeiten enthalten. Ähnlich wie es das gestufte Notfallkonzept der Krankenhäuser vorsieht, könnte es auch hier verschiedene Abstufungen bei den Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen geben, sodass in städtischen Bereichen und Ballungszentren längere Öffnungszeiten und Verfügbarkeiten gegeben sind. In ländlicheren Bereichen hingegen könnten geringere Öffnungszeiten vorgehalten werden. Damit einhergehende Intransparenz bei Patienten bezüglich der Öffnungszeiten ihrer anzusteuernenden Bereitschaftsdienstpraxis könnte durch eine verpflichtende Patientensteuerung ausgeglichen werden.

Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen/INZ

Eine gemeinsame Ausstattung und Infrastruktur der Bereitschaftsdienstpraxen und Notaufnahmen könnten zu einer effizienteren Zusammenarbeit der Sektoren und Erhöhung der Versorgungsqualität führen. Die Ausstattung aller Bereitschaftsdienstpraxen muss dafür vereinheitlicht und insofern angepasst werden, als dass in allen Bereitschaftsdienstpraxen gleiche Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten vorhanden sind. Dabei ist eine Versorgung im allgemeinmedizinischen Rahmen anzustreben, damit Patienten nicht aufgrund mangelnder Ausstattung an Notaufnahmen bzw. Krankenhäuser überwiesen werden.

Praktische Erfahrungen der Ärzte haben gezeigt, dass es in Bezug auf die Anbindung der Bereitschaftsdienstpraxen nicht ausreicht, wenn die Räumlichkeiten innerhalb eines Krankenhauses liegen. Vielmehr sollten Bereitschaftsdienstpraxen zentral an die Notaufnahmen von Krankenhäusern angeschlossen sein und miteinander kooperieren. Kurze Wege zwischen Bereitschaftsdienstpraxis und Notaufnahme bzw. deren Räumlichkeiten sind dafür elementar.

Ein-Tresen-Lösung

Im Sinne der verbesserten Patientensteuerung und dem Fernhalten von Nicht-Notfallpatienten aus den Notaufnahmen ist außerdem eine Ein-Tresen-Lösung der Notaufnahmen und Bereitschaftsdienstpraxen mit einer gemeinsamen Ersteinschätzung zu etablieren. Darüber hinaus sollten gemeinsames ärztliches und nichtärztliches Personal, die gemeinsame Behandlung von Patienten und eine gemeinsame Nutzung von technischer Ausstattung und EDV für eine bessere Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie einer effizienteren Nutzung von Ressourcen stehen (29).

Es konnte bereits gezeigt werden, dass eine Ein-Tresen-Lösung im Sinne der Patientensteuerung erfolgreich sein kann, indem sie Patienten von Notaufnahmen in die vertragsärztliche Versorgung zurücksteuert (295). In der Bereitschaftsdienstpraxis Ammerland ist schon seit 2020 ein gemeinsamer Tresen unter den aktuell bestehenden gesetzlichen Herausforderungen etabliert. Anhand der ausgewerteten Anzahlen der ambulanten GKV-Notfälle im Ammerland ist ein möglicher positiver Effekt durch die Einführung eines gemeinsamen Tresens sichtbar. Allerdings ist der gemeinsame Tresen auch hier, ebenso wie in der Bereitschaftsdienstpraxis in Oldenburg, von getrenntem Personal und getrennten EDV-Systemen gezeichnet und gleicht eher einer Annäherung an das Konzept der Ein-Tresen-Lösung und INZ. Aktuell hält jeder Sektor noch immer eigenes Personal für die Annahme und Ersteinschätzung von Patienten vor. Hier müssten rechtliche Anpassungen vor dem Hintergrund der Arbeitnehmerüberlassung erfolgen. Auch die gemeinsame Behandlung von Patienten und der Zugriff auf deren Patientendaten ist aktuell aufgrund des Datenschutzes und fehlender (IT-)Schnittstellen nicht möglich. Um diesen Weg öffnen zu können, sind zunächst finanzielle und datenschutzrechtliche Grundlagen anzupassen und sektorenübergreifende Vereinbarungen zu schließen. Für die Ersteinschätzung mittels Software gibt es zudem bislang kein verpflichtendes und zentral genutztes Softwaretool, was flächendeckend zum Einsatz kommt und sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor berücksichtigen kann. Allerdings gibt es einige Studien, die auf die Relevanz eines geeigneten Ersteinschätzungstools hinweisen und Forderungen nach Weiterentwicklung geeigneter Softwarelösungen aufstellen (273, 295, 307).

Rolle der Allgemeinmedizin in der Notaufnahme

In Kontext von INZ wird häufig die Tätigkeit und damit einhergehend die Rolle von Allgemeinmedizinern an Krankenhäusern und in Notaufnahmen diskutiert. Allerdings weisen Schleef et al. in ihrer Erhebung an der Medizinischen Hochschule Hannover darauf hin, dass zwar ein Anteil der Patienten der Allgemeinmedizin zugeordnet werden kann, die häufigsten Beratungsanlässe allgemeinmedizinisch versorgter Patienten in der Notaufnahme jedoch nur teilweise mit denen der hausärztlichen Versorgung übereinstimmen (7, 273, 308). Insofern können die Etablierung von Allgemeinmedizinern in Notaufnahmen und ein gemeinsamer Zugriff von Bereitschaftsdienst und Notaufnahme auf diese ein Teil der Lösung sein, insbesondere vor dem Hintergrund der regelmäßigen Beteiligung von Allgemeinmedizinern an der Notfallversorgung in europäischen Nachbarländern. Diese muss aber ebenfalls im gesamten Kontext der deutschen Notfallversorgung gesehen und eingebunden werden (1, 309, 310).

IT-Infrastruktur in den Bereitschaftsdienstpraxen/INZ

Von besonderer Bedeutung ist, dass Bereitschaftsdienstpraxen an die Telematikinfrastruktur angebunden und die Nutzung der Funktionen elektronischen Krankschreibung, des elektronischen Rezepts, des elektronischen Arztbriefs, Zugriff auf ePA sowie der Versand von Dokumenten per Kommunikation im Medizinwesen (KIM) möglich sind. Es sollte berücksichtigt werden, dass das Praxisverwaltungssystem den Bedürfnissen des Bereitschaftsdienstes entspricht und für eine schnelle und reibungslose Erfassung und Übertragung von Patienten- und Abrechnungsdaten eine Schnittstelle enthält, die mit den Praxisverwaltungssystemen der Vertragsärzte kompatibel ist. Zur Schonung personeller Ressourcen empfiehlt es sich, Ressourcen von Bereitschaftsdienstpraxis und Krankenhaus zu bündeln und gemeinsam einzusetzen. Neben der ärztlichen Ressource gilt dies ebenfalls für MFAs, Gesundheits- und Krankenpfleger sowie für PAs. Beiden Sektoren gemein ist der Personalmangel auf ärztlicher und nichtärztlicher Seite.

Insbesondere in den INZ soll die Abgabe von benötigten Medikamenten und apothekenpflichtigen Medizinprodukten ermöglicht werden. Hier werden von der Notfallreform (110) Versorgungsverträge mit öffentlichen Apotheken als Lösung vorgeschlagen, aber nicht näher konkretisiert.

7.3.4 Effektivere Gestaltung des Fahrdienstes

Primäres Ziel des aufsuchenden Fahrdienstes sollte eine akute Vorort-Versorgung von Patienten, die nicht mobil sind und eine Bereitschaftsdienstpraxis nicht selbstständig aufsuchen können, sein. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, sind nachfolgende Aspekte umzusetzen.

Ausstattung des Fahrdienstes

Für eine verbesserte Vorort-Versorgung wird eine verbesserte und einheitliche Ausstattung des Fahrdienstes benötigt. Diese soll eine gezielte Diagnostik und Entscheidungsfindung ermöglichen. Die Einlösung eines während des Hausbesuchs ausgestellten Rezepts konnte, insbesondere in ländlichen Bereichen, als weitreichendes Problem des Fahrdienstes identifiziert werden. Infolgedessen sollte der Fahrdienst, ähnlich wie der Rettungsdienst, eine standardisierte Auswahl von Medikamenten mit sich führen und an Patienten verabreichen können. Nicht zu vernachlässigen ist außerdem die technische Ausstattung. Dem Fahrdienst sollte ebenfalls eine Anbindung an die TI, eine elektronische Dokumentation und eine digitale Weitergabe von Patientendaten möglich sein. Hier könnte mit einem mobilen Endgerät remote auf das an einer Hauptstätte installierte Praxisverwaltungssystem zugegriffen werden.

Ärztliches und nichtärztliches Personal im Fahrdienst

Für die weitere Gestaltung des Fahrdienstes gibt es zunächst zwei Möglichkeiten. Entweder würden weiterhin Ärzte für den Fahrdienst eingeteilt und bekämen einen begleiteten Fahrdienst mit einem Fahrzeug und Fahrer zur Verfügung gestellt. Alternativ soll aber die flächendeckende Übernahme des Fahrdienstes durch nichtärztliches Personal fokussiert werden. Das Modellprojekt in Delmenhorst und Wildeshausen hat ebenso wie das Gemeindenotfallsanitäterprojekt gezeigt, dass nichtärztliches Personal die Tätigkeit des Fahrdienstes mit telemedizinischer Rückkopplung zur Schonung der ärztlichen Ressource größtenteils übernehmen kann. Auch die Notfallreform öffnet die Teilnahme am Bereitschaftsdienst für nichtärztliches Personal unter der Voraussetzung einer telemedizinischen Rückkopplung zu ärztlichem Hintergrund. Dabei muss eine entsprechende Qualifikation des Personals sichergestellt sein. Die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Patientengruppen wie von Senioren, Pflegeheimbewohnern, Kindern und Migranten sollten durch den aufsuchenden Fahrdienst ebenso wie gesamtgesellschaftliche Veränderungen wie zunehmende Alterung und Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung finden.

Ärzte haben in den Interviews zur Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes und gleichzeitigen Entlastung der ärztlichen Ressource die Delegation ärztlicher Leistungen, vor allem im Fahrdienst, an weitere Berufsgruppen mit medizinischem Hintergrund gedacht. Hier wurden von den Ärzten insbesondere Medizinische Fachangestellte (MFAs) mit den Zusatzqualifikationen VeraH oder NäPa und Physician Assistants (PAs) genannt. Aktuell sind delegationsfähige Leistungen in der Vereinbarung der Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband festgehalten. Diese ist allerdings von 2013 bzw. wurde zuletzt 2015 aktualisiert und dürfte die derzeitigen Entwicklungen und Anforderungen, was Inhalte und Umsetzung von delegierbaren Leistungen angeht, nicht abbilden. Zunächst richtet sich die Delegationsvereinbarung an MFAs oder (medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA) oder medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten (MTLA), nicht aber an weitere Berufsgruppen. Demnach dürfen MFAs bisher nur auf ärztliche Anweisung tätig werden und der Arzt übernimmt die Haftung. Die Einsatzgebiete sind konkret festgelegt und umfassen im allgemeinmedizinischen Setting bisher grob Verwaltungsaufgaben sowie Unterstützung bei der Diagnostik. Der Einsatz von MFAs im aufsuchenden Fahrdienst mit Rückkopplung an einen Arzt als konkrete Umsetzungsmöglichkeit ist somit zu prüfen. Eine (Zusatz-)Qualifikation wie VeraH oder NäPa, deren Ausbildungskonzepte bislang überwiegend dem allgemeinmedizinischen Setting in Hausarztpraxen bzw. bei Haus- und Pflegeheimbesuchen entspricht (311, 312), wäre inhaltlich ebenso wie die

Delegationsvereinbarung anzupassen. Es müsste klar definiert werden, welche Leistungen durch eine MFA übernommen werden können und welche Leistungen weiterhin der ärztlichen Ressource bedürfen.

Ähnliches gilt für den Einsatz von PAs im Bereitschaftsdienst. Noch immer ist der Einsatz von PAs, deren Ausbildung pflegerische und medizinische Aspekte beinhaltet, in Bezug auf sein Einsatzspektrum in der vertragsärztlichen Versorgung ein Diskussionsthema. In Krankenhäusern und ihren Notaufnahmen wird der PA bereits flächendeckend eingesetzt und trägt somit zur Versorgung ambulanter Notfallpatienten bei, was auch Kleinpell et al. sowie Hooker et al. in ihren systematischen Reviews, in denen sie die Einsätze von PAs im Setting Akut- und Notfallmedizin und Notaufnahmen untersuchten, bestätigten (313, 314). Aktuell gibt es noch keine gesonderten Abrechnungsmöglichkeiten für den Einsatz von PAs in der vertragsärztlichen Versorgung. Bislang sind der Umfang und die Ausgestaltung für die Delegation von der Qualifikation des jeweiligen PAs abhängig. Ein Einsatz ohne Rückkopplung mit einem Arzt ist demnach bisher nicht möglich. Da der Einsatz von PAs in der vertragsärztlichen Versorgung weiteren rechtlichen Regelungen und Rahmenbedingungen bedarf, müssten auch die Bedingungen für einen Einsatz im Bereitschaftsdienst festgelegt werden.

Unabhängig vom allgemeinen Problem des Personalmangels, der sich auch im Rettungsdienst oder bei Medizinischen Fachangestellten niederschlägt (315, 316), ist allen drei Berufsgruppen der MFAs, Notfallsanitäter und PAs ist gemein, dass ihr Einsatz im Bereitschaftsdienst an festgelegte Rahmenbedingungen geknüpft sein muss und die Versorgungsqualität unmittelbar von deren Qualifikationsniveau abhängig ist, sodass spezielle Schulungen und Fortbildungsinhalte sichergestellt und nachgewiesen werden sollten.

Trotz des erfolgreichen Einsatzes nichtärztlichen Personals im Bereitschaftsdienst ist jedoch zu bedenken, dass es immer Tätigkeiten im Fahrdienst geben, die auch eine ärztliche Ressource erforderlich machen. Aktuell gibt es neben der Durchführung von Leichenschauen und den Einweisungen nach PsychKG (welche aufgrund gesetzlicher Regelungen nicht original in die Zuständigkeit des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes fallen und ggfs. mit anderen Modellen durchgeführt werden können) keine Auflistung von Tätigkeiten, die zwingend durch einen Arzt übernommen werden müssen. An dieser Stelle besteht weiterer Forschungs- und Auswertungsbedarf.

Bündelung von Ressourcen im Fahrdienst

Außerdem sollte über eine Bündelung der aufsuchenden Ressourcen des Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes nachgedacht und Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Vor dem

Hintergrund des sektorenübergreifenden Personalproblems und den in den Modellprojekten parallel eingesetzten Gesundheitsfachkräften der KVN und des Gemeindenotfallsanitäters des Rettungsdienstes ist eine Zusammenführung der Ressourcen und gemeinsame Steuerung dieser als sinnvoll zu erachten. Beide Ressourcen bedienen nachgewiesenermaßen ähnlich gelagerte Patientenfälle (131, 184, 208, 317), werden aber unterschiedlich angesteuert und finanziert, sodass an dieser Stelle aktuell Parallelstrukturen vorherrschen, von dessen Synergieeffekten profitiert werden könnte. Im Rahmen der Notfallreform soll auch das rettungsdienstliche Personal darin gestärkt werden, Vor-Ort-Behandlungen zu übernehmen und zu steuern, um Krankenhauseinweisungen zu verhindern (110).

Telemedizinische Rückkopplung an ärztlichen Hintergrund

Zudem sieht die Notfallreform für den Einsatz nichtärztlichen Personals die Sicherstellung einer telemedizinischen Rückkopplung an einen ärztlichen Hintergrund vor. Erfahrungen des Personals aus den Modellprojekten 116117 und dem Einsatz des Gemeindenotfallsanitäters mit telemedizinischer Anbindung an die Universitätsklinik für Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Klinikums Oldenburg haben gezeigt, dass sich die telemedizinische Rückkopplung an einen Arzt zunächst als sinnvoll und praktikabel erweist. Allerdings ist aufgrund der im Bereitschaftsdienst gelagerten, überwiegend primärärztlichen Fälle, an dieser Stelle über die Einrichtung und Etablierung eines allgemeinmedizinischen Backups nachzudenken, sodass auch hier standardisierte Festlegungen über die Qualifikationen und das Leistungsspektrum des Telemediziners festzulegen sind. Aus dem Projekt konnte gelernt werden, dass für eine fallabschließende Versorgung die Möglichkeit der Ausstellung eines digitalen Transportscheins und Verordnung von Krankenhauseinweisung durch den Telemediziner notwendig sind.

Insgesamt muss eine flächendeckende Gestaltung des Fahrdienstes in Kombination mit dem bedeutsamer werdenden Einsatz von Telemedizin und den Standorten und Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen sowie vor dem Hintergrund des Effizienzgedankens gedacht werden. Dazu ist eine Möglichkeit zu schaffen, Patientenfälle aus dem Fahrdienst heraus digital zwischen den Sektoren übermitteln zu können und so einen nahtlosen Übergang und eine Vernetzung mit weiteren an der akuten Notfallversorgung beteiligten Sektoren herzustellen.

7.3.5 Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen und Schnittstellen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es für die Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes unabdingbar ist, die bestehenden Sektoren zu vernetzen, ineinander zu integrieren und

ein Fortbestehen von getrennten Parallelstrukturen abzuschaffen. Es bedarf einer gemeinsamen und effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen.

Weiter müssen aktuell einschränkende Gesetze geöffnet und angepasst werden, damit dadurch aufgebaute Hemmschwellen überwunden werden können. Dazu gehören

- die Schaffung von Rechtssicherheit bei Behandlungsablehnungen von Nicht-Notfällen.
- die verpflichtende und verbindliche Ersteinschätzung der Patienten nach der „hotline-first“ und „telemedicine-first“-Strategie.
- die Anpassung des Datenschutzes und Schaffung von Schnittstellen zur Übergabe von Patientendaten zur Mit- und Weiterbehandlung sowie Festlegung von Wegen für diese.
- die Entwicklung von Möglichkeiten zur Beschäftigung gemeinsamen Personals im Sinne der Arbeitnehmerüberlassung (AÜG).
- die Klärung der Sozialversicherungspflicht von Poolärzten im Bereitschaftsdienst.
- die inhaltliche Aktualisierung der Delegationsvereinbarung zur Delegation von Leistungen an medizinisches Personal und Verabreichung von Medikamenten durch dieses.
- die Schaffung von Einsatz- und Vergütungsmöglichkeiten von weiteren medizinischen Berufsgruppen (insbesondere Physician Assistants) in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. im Bereitschaftsdienst und Regelung des Berufs- und Haftungsrechts.
- die Öffnung des Dispensierrechts für Ärzte und verpflichtende Anbindungs- und Kooperationsmöglichkeiten mit Apotheken zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Medikamenten im Bereitschaftsdienst.
- die Festlegung von zu erfüllenden Standards und Zuständigkeiten (insbesondere Zuständigkeit bei Telemedizin und „virtuellen“ Bereitschaftsdienstpraxen).
- die Einführung eines Qualitätsmanagements und regelmäßige Überprüfung dieser.

Außerdem ist die Verwendung vorhandener digitaler Anwendungen schnellstmöglich, flächendeckend und sektorenübergreifend voranzutreiben. Eine Vielzahl von vorhandenen Schnittstellenproblemen im Bereitschaftsdienst wird vermutlich durch funktionale und digitale Lösungen zu beheben sein.

Es zeichnen sich bereits gute Ansätze und Ideen in der Organisation und Integration des Bereitschaftsdienstes in Notaufnahmen von Krankenhäusern sowie dem Rückgriff auf nichtärztliches Personal ab, welche weiter und konsequenter verfolgt und in die Regelversorgung überführt werden sollen. Dabei ist das hessische SaN-Projekt besonders hervorzuheben, welches für eine sektorenübergreifende Versorgung ambulanter Notfallversorgung mit dem Ziel der Reduzierung

vermeidbarer Einsätze des Rettungsdienstes sowie der Entlastung der Notaufnahmen in Krankenhäusern steht (318). Bestehende Reformentwürfe wie die Reform der Notfallversorgung (110) inklusive des Rettungsdienstes und die Krankenhausreform (287) müssen in Einklang gebracht werden und dürfen, trotz unterschiedlicher Zuständigkeiten, nicht unabhängig voneinander umgesetzt werden. Insgesamt sollen diese Maßnahmen und Anpassungen weniger zum Abbau von Sektorengrenzen, sondern mehr zu einer anhand der bis hierhin geschilderten Lösungsansätze verbesserten Steuerung und Schaffung von Schnittstellen zwischen den Sektoren beitragen. Hier bedarf es einer sektorenübergreifenden Finanzierung und Verteilung und Bereinigung der zur Verfügung stehenden Gelder, welche Thema weiterer Forschung sein sollte.

Zu beachten ist dabei die bisher getrennte und ungleich verteilte Finanzierung der bisherigen Systeme, welche bei Reformierungen eins der größten Hindernisse darstellt. Die Notfallreform schlägt dazu eine paritätische Finanzierung der KVen und gesetzlichen Krankenkassen vor. Auch die privaten Krankenkassen sollen einen Betrag leisten und einen definierten Beitrag zahlen. Eine Beteiligung der Krankenhäuser ist bislang nicht vorgesehen. Die Notfallreform sieht außerdem vor, dass Mittelverwendungen in Bezug auf das telemedizinische Angebot, den aufsuchenden Fahrdienst, die Einrichtung der INZ/KINZ, die Einrichtung der Akutleitstelle sowie die digitale Vernetzung mit dem Rettungsdienst festgelegt werden sollen. Grundsätzlich sind die Finanzierungsaussichten zu begrüßen. Allerdings ist über die Höhe und genaue Ausgestaltung noch nichts weiter bekannt. Auch jetzt findet bereits eine gemeinsame Finanzierung des Bereitschaftsdienstes zwischen den KVen und GKVn statt, allerdings nicht zu gleichen Teilen. Für eine wirksam verbesserte Finanzierung kommt es auf die genaue Ausgestaltung und Verteilung der Gelder an.

Darüber hinaus gilt es aus Sicht der KVen, vor dem Hintergrund der hohen Relevanz der Förderung des Bereitschaftsdienstes zur Steigerung der Attraktivität der Tätigkeit, gezielte Maßnahmen zum Ausgleich der Benachteiligung ländlicher Bereiche und zur Stärkung der generellen vertragsärztlichen Tätigkeit zu entwickeln. Dazu gehört, in die ambulante Regelversorgung zu investieren und diese zu stärken, um einerseits die ärztliche Ressource aufzubauen oder mindestens zu erhalten und andererseits zu verhindern, dass Patienten aufgrund der sich verschlechternden Regelversorgung den Bereitschaftsdienst aufsuchen müssen. Hierzu müssen Anreize geschaffen werden, die die Entscheidung zur Niederlassung und die Tätigkeit als solches begünstigen. Neben dem Abbau von Bürokratie und Rechtfertigung sind, vor allem für ländliche Praxen, finanzielle Anreize für die Mehrbehandlung von Patienten zu schaffen und gleichzeitig Bestrafungen durch Prüfungen und Regresse abzuschaffen. Dabei könnte die kürzlich beschlossene Entbudgetierung

der Hausärzte einen Anfang darstellen. Zusätzlich sollte die Aus- und Weiterbildung von Ärzten verstärkt in den Fokus genommen und gefördert werden, um ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen und diesen in die vertragsärztliche Versorgung zu leiten.

7.3.6 Skizzierung eines zukünftigen Bereitschaftsdienstmodells

Vor dem Hintergrund der bis hierhin angesprochenen Lösungsansätze und Handlungsfelder wurde eine Skizzierung eines potenziellen Bereitschaftsdienstmodells vorgenommen, welches die genannten Lösungsansätze vereint und grafisch darstellen soll (Abbildung 49). Dazu ist anzunehmen, dass die bis hierhin vorgeschlagenen Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen angepasst und umgesetzt werden und damit neue gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen für die Organisation des Bereitschaftsdienstes gelten. Darüber hinaus wird vorausgesetzt, dass auf eine funktionale und sektorenübergreifende IT-Infrastruktur zurückgegriffen werden kann. Die Skizzierung des zukünftigen Bereitschaftsdienstmodells kann einen Großteil der bislang identifizierten Problemfelder lösen und vereinen.

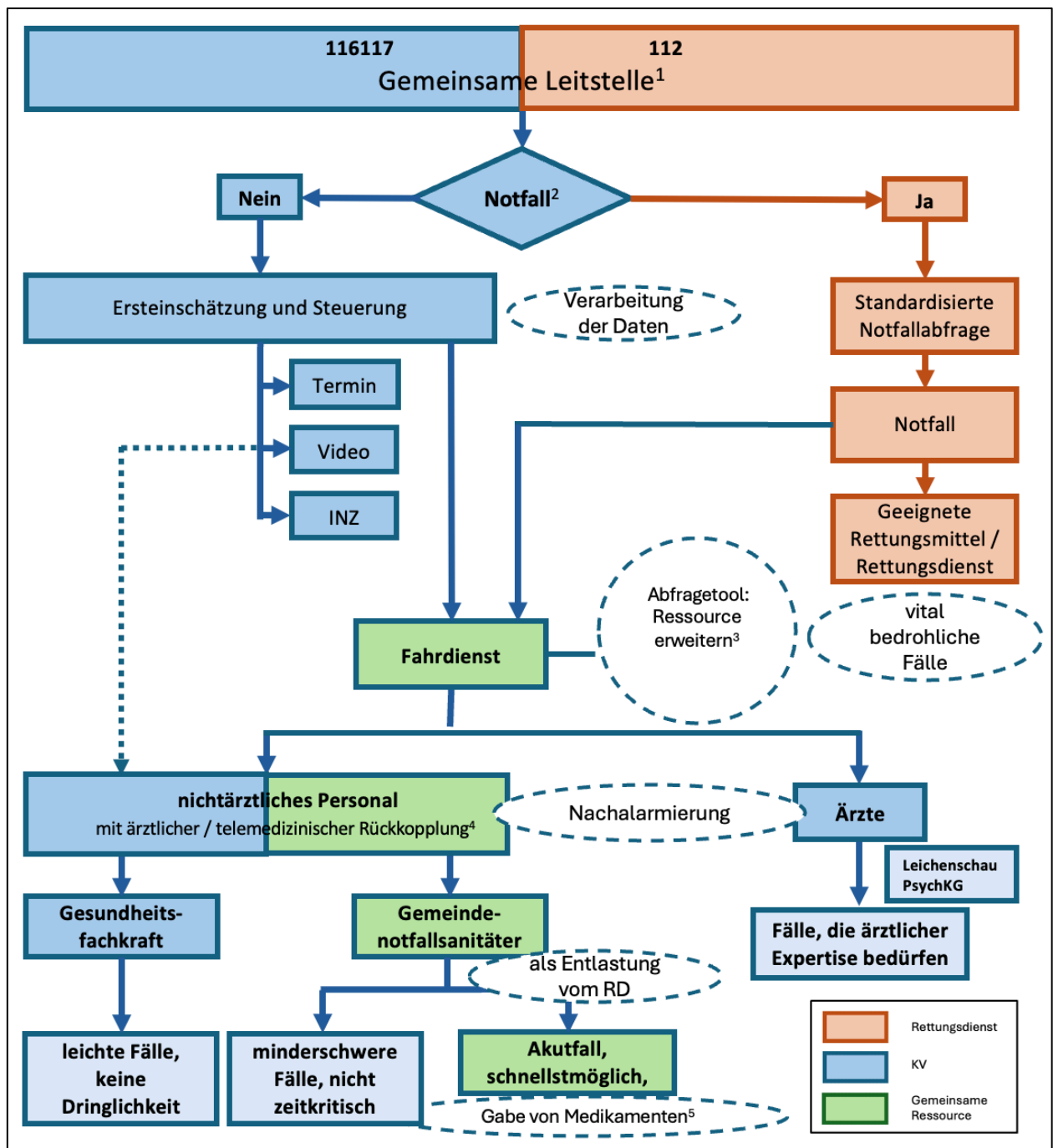


Abbildung 49: Skizzierung eines potenziellen Bereitschaftsdienstmodells

Das neue Bereitschaftsdienstmodell zeichnet sich durch eine gemeinsame Leitstelle zwischen der 116117 (Bereitschaftsdienst) und der 112 (Rettungsdienst) aus¹. Diese soll eine standardisierte Ersteinschätzung des Patienten mittels gemeinsamen Abfragetools vornehmen. Dabei soll die Notfallabfrage um die Erkenntnisse aus dem FAST Track-Projekt des Zi ergänzt werden². Nach diesen werden dringliche Fälle durch automatisierte Sprachdialoge identifiziert und bevorzugt ersteingeschätzt, um telefonische Warteschlangen zu vermeiden und eine Priorisierung der Anrufenden vorzunehmen (296).

Der Zugriff auf und die Verknüpfung mit Strukturdaten und einer Möglichkeit der Terminvermittlung in Vertragsarztpraxen, Bereitschaftsdienstpraxen und Krankenhäusern kann dazu beitragen, dass ein Anteil der Patienten keine Notfallversorgung in Anspruch nehmen muss und der Regelversorgung zugeleitet werden.

Neben der Steuerung der Patienten in die Versorgungsebenen Terminvermittlung, Videosprechstunde/Telemedizin oder Bereitschaftsdienstpraxis bzw. INZ mit Ein-Tresen-Lösung kann ein aufsuchender Fahrdienst nach Dringlichkeit und Schweregrad alarmiert werden und agieren. Der Fahrdienst besteht aus einem sektorübergreifenden Pool aus Gesundheitsfachkräften, Gemeindenotfallsanitätern und Ärzten, auf den gemeinsam zugegriffen werden kann. Für eine Zuweisung des Patienten in die richtige Ressource im aufsuchenden Fahrdienst bedarf es einer Erweiterung des Abfragetools³. Dieses soll helfen, die Fahrdiensteinsätze nach der Qualifikation sowie den Möglichkeiten und Grenzen des im Fahrdienst eingesetzten Personals zu sortieren und der richtigen Ressource zuzuordnen. Das nichtärztliche Personal sollte telemedizinisch auf einen allgemeinmedizinischen ärztlichen Hintergrund zurückgreifen können⁴. Die Ausstellung digitaler Verordnungen (auch der Transportschein und die Krankenhauseinweisung) ist flächendeckend für eine abschließende Versorgung möglich. Außerdem eröffnet die Ausweitung des Dispensierrechts im Rahmen der Notfallversorgung die Möglichkeit einer Abgabe von Medikamenten vor Ort⁵.

Folglich wäre die zuverlässige Versorgung und abschließende Behandlung von Bereitschaftsdienssfällen, akuten Notfällen des Rettungsdienstes - also solcher Fälle, die keine klassischen Bereitschaftsdienssfälle darstellen, wie beispielsweise eine Hypoglykämie bei einem bekannten insulinpflichtigen Diabetes-Mellitus-Patienten - sowie von sog. Low code-Fällen, die fälschlicherweise beim Rettungsdienst eingehen, sichergestellt. Sie erfolgt nach entsprechender Zuweisung und Priorisierung durch die jeweils geeignete Personalressource (Tabelle 53).

Der Pool des Fahrdienstes wird aus gemeinsamen anteiligen Mitteln des Rettungsdienstes und des Bereitschaftsdienstes finanziert.

Tabelle 53: Personalressourcen im aufsuchenden Fahrdienst

Personalressource	Qualifikation	Fälle
Gesundheitsfachkraft	MFA, PA mit Zusatzqualifikation	leichte Fälle, keine Dinglichkeit (Bereitschaftsdienstfälle): z.B. Katheterwechsel, Wundversorgung
Gemeindenotfallsanitäter	Notfallsanitäter mit Zusatzqualifikation zum Gemeindenotfallsanitäter	-minderschwere Fälle, nicht zeitkritisch (Bereitschaftsdienstfälle): z.B. Grippale Infekte, Magen-Darm-Beschwerden -Akutfälle, schnellstmöglich (als Entlastung des Rettungsdienstes): z.B. Hypoglykämie, Asthma, Bluthochdruck
Ärzte	ärztliche Qualifikation, bevorzugt Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Notfallmedizin	Fälle, die ärztlicher Expertise bedürfen

Vorteile

Das skizzierte Bereitschaftsdienstmodell kann die steigenden Anforderungen durch den demografischen Wandel und Zunahme von Pflegebedürftigkeit und Immobilität abdecken. Zusätzlich können die bislang parallel organisierten Ressourcen der Gesundheitsfachkraft und des Gemeindenotfallsanitäters im Fahrdienst, die nachgewiesen ähnliches Patientenkontingent versorgen, gebündelt werden. Der eingesetzte Bereitschaftsdienstarzt kann nicht nur den Patienten versorgen, sondern auch notwendige Rezepte und Bescheinigungen ausstellen. Die Versorgung von Pflegeheimpatienten, PsychKG-Einsätze und Leichenschauen könnte flächendeckend besser gewährleistet werden. Ein ärztliches Dispensierrecht in der ambulanten Notfallversorgung und dem Bereitschaftsdienst ermöglicht eine wohnortnahe Versorgung des Patienten und löst die Problematik der immobilen Patienten im ländlichen Bereich, welche derzeit nach dem Besuch des aufsuchenden Fahrdienstes eine weit entfernte Notdienstapotheke aufsuchen oder eine alternative Lösung finden müssen. Das bisherige Problem des Hin- und Herschiebens der Verantwortlichkeit zwischen Rettungsdienst und Bereitschaftsdienst kann behoben werden. Alle an der in der Abbildung 49 beteiligten Institutionen sind digital miteinander vernetzt und können Daten medienbruchfrei austauschen.

Hindernisse

Das skizzierte Bereitschaftsmodell würde aktuell an den Systembedingungen und an der Nichtdurchlässigkeit der Sektoren aufgrund der getrennten Finanzierungen und ihrem Festhalten ihrer Vertreter daran scheitern. Für eine erfolgreiche Umsetzung bräuchte es eine Mischfinanzierung der unterschiedlichen Zuständigkeiten der Sektoren bzw. die teilweise Aufhebung von

Sektorengrenzen. Für die Durchführung von Leichenschauen und PsychKG durch Vertragsärzte (bislang Abrechnung nach GOÄ) wird eine Einigung über die Zuständigkeit und Vergütung benötigt.

7.4 Stärken und Limitationen der Studie

Stärken

Innerhalb der vorliegenden Studie konnten durch die Aufbereitung einmaliger, regionaler KV-Abrechnungsdaten sowie soziodemografischer Daten von Vertragsärzten detaillierte Einblicke in das Abrechnungsgeschehen und Inanspruchnahmeverhalten einzelner Bereitschaftsdienstbereiche und deren Organisationsstrukturen der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven gewährt werden. So konnten Patientenströme aufgezeigt und ein naher und regionaler Vergleich zwischen der Inanspruchnahme von Bereitschaftsdienstpraxen und ambulanter Behandlungen in Notaufnahmen gezogen werden. Gleichwohl konnte praxisnah aufgezeigt werden, inwiefern sich Teilnahme- und Arbeitsbedingungen im Bereitschaftsdienst unterscheiden und die Attraktivität der Tätigkeit beeinflussen. Durch die Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen gepaart mit den Ergebnissen der im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzten zu ihren Wahrnehmungen und Erfahrungen, die im Rahmen leitfadengestützter Interviews erhoben wurden, konnte ein realitätsnahes Bild generiert werden. Dieses gibt Aufschluss über das derzeitige alltägliche Geschehen im Bereitschaftsdienst und spiegelt die Versorgungsrealität mit ihren Problemen und Herausforderungen wider. So konnten umfassende Prozesse rund um den Bereitschaftsdienst aus der Perspektive der Ärzte als Leistungserbringer abgebildet werden, was als deutliche Stärke dieser Studie herauszustellen ist, da sich so direkt aus der Versorgungspraxis zahlreiche Problem- und Handlungsfelder ableiten lassen, die bei einer Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes berücksichtigt werden können und sollten.

Zu diesem Thema konnte lediglich eine weitere Studie von 2014 ausfindig gemacht werden, die sich ebenfalls mit den Organisationsstrukturen und Herausforderungen aus der Perspektive von Ärzten beschäftigt hat (19). Allerdings ist diese Studie bereits 10 Jahre alt und wurde vor der Einführung einer verpflichtenden Ersteinschätzung durch die 116117 durchgeführt. Insgesamt zeigt sich, dass es im Bereich KV-relevanter Themen, so auch zum Bereitschaftsdienst, wenig Forschung und somit wenig hochwertige Vergleichsliteratur gibt, was die Notwendigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich einmal mehr unterstreicht.

Die Auswertung der Interviews wurde kategorienbasiert mittels der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Einige Interviewabschnitte wurden teilweise mehrfach kodiert, weshalb Inhalte mehrfach in verschiedenen Kontexten berücksichtigt und interpretiert wurden. Die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring wird zwar einerseits für ihre Systematik und Strenge geschätzt, dennoch aber für ihre Starrheit in Bezug auf die Offenheit für neue Kategorien und Flexibilität in der Datenanalyse kritisiert. Durch das induktiv-deduktive Wechselspiel konnte bei der Kodierung der Interviews ein maximaler Informationsgewinn aus den Interviews sichergestellt werden und die Einschränkung durch die strenge Regelgeleitetheit teilweise aufgehoben werden. Der Kodierprozess wurde von zwei unabhängigen Personen durchgeführt, weshalb die gewonnenen Ergebnisse als validiert gelten können. Abschließend wurden einigen Interviewten die aus den Interviews erzielten Ergebnisse zur Verfügung gestellt und im Sinne der kommunikativen Validierung um Rückmeldung gebeten, ob die Zusammenfassung und Darstellung der Ergebnisse den ursprünglich getroffenen Aussagen entsprechen.

Für die Durchführung qualitativer Forschung gibt es bislang keine standardisiert anzuwendenden Gütekriterien, wie man es aus der quantitativen Forschung kennt. Zur Sicherung der Qualität und Gewährleistung der Vertrauenswürdigkeit dieser Arbeit wurde sich bei der Anwendung von Qualitätskriterien an der Checkliste von Kruse orientiert (170). Es wurde großen Wert auf eine transparente und nachvollziehbare Dokumentation des Forschungsprozesses gelegt. Darüber hinaus wurde das Kriterium der Subjektiven Reflexivität sehr stark verfolgt und die Rolle des Forschers immer wieder kritisch hinterfragt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der beruflichen Tätigkeit bei der KVN und der Unabhängigkeit dieser vorliegenden Arbeit davon elementar, um subjektive Erfahrungen, Überzeugungen und Vorannahmen kritisch zu hinterfragen und dadurch bedingte Verzerrungen zu vermeiden.

Limitationen

Die besonders heterogen ausgewählten Bereitschaftsdienstbereiche für die Analyse der Organisationsstrukturen eigneten sich sehr gut, um die regionalen Unterschiede und Herausforderungen herauszustellen und repräsentativ für ein Flächenland wie Niedersachsen mit seinen Stadt-Land-Gefällen darzustellen. Der umfassende Einblick, der durch die Befragung gewonnen werden konnte, stellt gleichzeitig auch eine Schwäche der Studie dar, da dieser eher einem Überblick gleicht und einzelne Details und Problemstellungen nicht in der Tiefe behandelt werden konnten.

Hinsichtlich der Datenqualität und Vergleichbarkeit ist zunächst zu erwähnen, dass diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben und veröffentlicht wurden und so nur bedingt vergleichbar

sind. So stammen die verwendeten demografischen und geografischen Kennzahlen überwiegend aus dem Jahr 2022, die Basisdaten der Ärzte aus dem Jahr 2021. Die Bedarfsplanungszahlen entstammen sogar der zweiten Fortschreibung in 2023, so eine Übereinstimmung mit dem Zeitraum der Interviews herzustellen. Bei den KV-Abrechnungsdaten ist zusätzlich zu beachten, dass diese aufgrund zeitlich verzögerter Verfügbarkeit bereits aus den Abrechnungsjahren 2019 und 2021 sind und aufgrund der Covid-19-Pandemie einem Bias unterliegen.

Hinzu kommt, dass die Abrechnungsdaten lediglich zur Abrechnung gebrachte Leistungen enthalten, welche arztseitig bzw. krankenhausseitig Fehlern unterliegen und so zu einer Mehr- oder Minderabrechnung von Leistungen geführt haben können. Ergänzend ist zu nennen, dass zahlreiche telefonische Beratungen zusätzlich oder anstatt von Hausbesuchen gar nicht zur Abrechnung gebracht werden, obwohl diese von Ärzten erbracht wurden. Auf diese Problematik verweist auch das Zi in seinem Paper (319). Gleichwohl handelt es sich bei den KV-Abrechnungsdaten um originale Abrechnungsdaten, während das Zi seine Forschung zumeist mit den Abrechnungsfrühinformationen der KVen durchführt. Dies hat den Vorteil, dass nachträgliche Korrekturen der Arztpraxen in den originalen Abrechnungsdaten berücksichtigt und so weniger fehleranfällig als die Abrechnungsfrühinformationen sind. Auch konnten die Abrechnungsdaten der Notaufnahmen durch direkten Zugriff den jeweiligen Notfallambulanzen zugeordnet und so ausgewertet werden, was das Zi und andere Institutionen zunehmend aufgrund von Zuordnungsproblemen zu den Institutskennungen vor Herausforderungen stellt (75, 305, 320). Da die Interviews erst in 2023 durchgeführt wurden, ist zu beachten, dass zwischen den Inhalten der ausgewerteten KV-Abrechnungsdaten und den Interviews ein Zeitunterschied von ungefähr 2 Jahren liegt, sodass diese Daten nur einer bedingten Übereinstimmung unterliegen.

Die Abrechnungsdaten in dieser Arbeit konnten weiter aufgrund eingeschränkten Zugriffs nur nach den Tageszeiten aggregiert betrachtet werden. So konnte nur aufgezeigt werden, ob der Bereitschaftsdienst innerhalb oder außerhalb der Sprechzeiten aufgesucht wurde, nicht aber, zu welcher Uhrzeit genau. Auf detaillierte Auswertungen nach dem Schweregrad der Erkrankung oder Mehrfachkontakten innerhalb eines Quartals wurde verzichtet.

In Bezug auf die Stichprobe ist zu beachten, dass die Stichprobe bei qualitativer Forschung klassischerweise klein ist. Aufgrund dieser kleinen Fallauswahl ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt, sodass die Ergebnisse nur bedingt als repräsentativ angesehen werden können. Die Interpretation der Ergebnisse und die Thematisierung von Problemen und Lösungen sind dabei eher als Ansätze zu sehen und nicht als allgemeingültige Tatsachen. In der

vorliegenden Arbeit umfasst die Stichprobe für die Interviews überwiegend niedergelassene Hausärzte, sodass die gewonnenen Daten aus den Interviews sehr aus der Perspektive der Hausärzte geprägt sind. Fachärzte gaben bei der Kontaktaufnahme oftmals an, dass sie keinen Bereitschaftsdienst machen und sich vertreten lassen würden. Sie schätzen daher ein, keine gewinnbringenden Informationen im Rahmen einer Befragung beitragen zu können. Generell war die Bereitschaft, an einer Befragung zum Bereitschaftsdienst teilzunehmen, hoch. Dies mag vor allem daran liegen, dass die kontaktierten Ärzte bereits durch meine berufliche Tätigkeit bei der KVN bekannt waren und vorab eine Zusammenarbeit in anderem Kontext stattgefunden hat.

Auch die Interviewführung war meist durch eine vertrauensvolle Atmosphäre geprägt, wodurch teilweise tiefere Details und Angaben von den Ärzten erwirkt werden konnten. Der Interviewmodus war variabel und den individuellen Bedürfnissen der Ärzte zugeschrieben. So gab es deutliche Unterschiede, wann und in welchem Modus Interviews geführt wurden. Nahezu alle Interviews wurden von den Ärzten in deren Praxisalltag integriert und waren insofern von einem gewissen Zeitdruck überschattet. Nichtsdestotrotz konnte der Interviewleitfaden in allen Interviews eingehalten werden. Die Ergebnisse weisen insgesamt eine gute Vergleichbarkeit auf.

8. Fazit

In den letzten Jahren gab es zahlreiche Gesetze und Reformpläne, die die gegenwärtigen Probleme und Herausforderungen der Notfallversorgung in Deutschland in den Blick genommen haben und lösen oder zumindest verbessern sollten. Anhand der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass dies in Bezug auf den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst als eine Säule der Notfallversorgung bislang nicht oder nur in Teilen gelungen ist. Bisherige Gesetze und Reformen führten zu einer erheblichen Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, was einerseits auf nicht ausreichend geklärte Zuständigkeiten und verpflichtende Umsetzungsgrade, andererseits auf Herausforderungen und Probleme auf regionalen und sektoralen Ebenen zurückzuführen ist. Ziel dieser vorliegenden Arbeit war, zu untersuchen, wie die Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in Niedersachsen sind und Ärzte als Leistungserbringer diese wahrnehmen. Im ersten Teil dieser Arbeit wurden dazu Einblicke in die Organisation und Rahmenbedingungen einzelner Bereitschaftsdienstbereiche der KVN-Bezirksstellen Oldenburg und Wilhelmshaven gewährt und diese vertiefend analysiert. In einem zweiten Schritt wurden Ärzte im Rahmen von Interviews zu ihrer Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst befragt. Die Ergebnisse der Interviews haben die Ergebnisse der zuvor durchgeführten Analyse der Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen bekräftigen können.

Durch die Analyse der Organisations- und Rahmenbedingungen hinsichtlich demografischer und geografischer Kennzahlen, Lage und Anbindung der Bereitschaftsdienstpraxen, Bereitschaftsdienstzeiten, -arten, -häufigkeiten und -umlagen sowie die Basisdaten der dort tätigen Ärzte konnte zunächst stellvertretend für ein Flächenland wie das Land Niedersachsen aufgezeigt werden, dass sich die Organisations- und Rahmenbedingungen in einzelnen Bereitschaftsdienstbereichen erheblich unterscheiden und so auch das Versorgungsangebot sowie die Arbeits- und Teilnahmebedingungen für Ärzte uneinheitlich geregelt sind. Sie unterliegen großen Stadt-Land-Gefällen und führen im Vergleich zu einer tendenziellen Benachteiligung ländlicher Bereiche, weshalb diese vor dem Hintergrund der Steigerung der Attraktivität der Tätigkeit auf dem Land aufzuheben oder zumindest auszugleichen ist, sodass Ärzte unter ähnlichen Teilnahmebedingungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen.

Ärzte nehmen die Teilnahme am Bereitschaftsdienst grundsätzlich als Belastung wahr, welche allerdings unterschiedlichen Einfluss- und Standortfaktoren unterliegt. Für die Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes haben Ärzte insgesamt den Wunsch, die Teilnahme am Bereitschaftsdienst nur noch in freiwilliger Weise durchzuführen oder die Tätigkeit im

Bereitschaftsdienst zumindest so attraktiv zu gestalten, dass diese neben dem Praxisalltag als weniger belastend empfunden wird. Darüber hinaus konnten aus den Interviews allerdings weitere praktische Hinweise und Einblicke in die Versorgung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst generiert werden, die bei der Weiterentwicklung und Neustrukturierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der Notfallversorgung berücksichtigt werden sollten.

Als attraktivitätssteigernde und damit belastungsreduzierende Maßnahmen für den Bereitschaftsdienst wurden im Rahmen der Interviews neben einer angemessenen Vergütung der im Bereitschaftsdienst erbrachten Leistungen und Zeit im Kern die Etablierung von digitalen Anwendungen und fließenden Arbeitsabläufen, die Durchführung von telemedizinischen Behandlungen und die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal als wichtige Elemente für die Gestaltung des Bereitschaftsdienstes genannt. Darüber hinaus konnten einige systembedingte Herausforderungen identifiziert werden. So konnte herausgestellt werden, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Notfallversorgung durch Patienten deutlich verändert hat und es so zu einem Ungleichgewicht zwischen Versorgungsangebot und -nachfrage kommt. Dem gegenüber stehen innerhalb der aktuellen Versorgungsstrukturen eine unzureichende Patientensteuerung und fehlende Schnittstellen zwischen den Sektoren, welche Fehlinanspruchnahmen und eine missbräuchliche Nutzung der Sektoren mit sich ziehen. Eine verbesserte Patientensteuerung mit einhergehendem Auf- und Ausbau von Schnittstellen könnten insbesondere dazu beitragen, Patienten in die richtige Versorgungsebene zu leiten.

Zusammenfassend stellt der kassenärztliche Bereitschaftsdienst ein bislang weitgehend vom Rest der Notfallversorgung losgelöstes Versorgungsangebot dar, welches von einer Vorhaltung von Parallelstrukturen, ungenutzten Potenzialen sowie Ineffizienzen gekennzeichnet ist. Im Vergleich zu den anderen Sektoren ist der Bereitschaftsdienst zudem von einer großen Uneinheitlichkeit sowie einer mangelnden Professionalisierung gekennzeichnet. Zur Verbesserung dieser Strukturmängel wurden, wie auch vom SVR und der niedersächsischen Enquete-Kommission erarbeitet, neben der Einrichtung einer gemeinsamen Leitstelle bzw. Vernetzung der 116117 und 112 für eine gezieltere Patientensteuerung die Einrichtung und Etablierung von Integrierten Zentren in Notaufnahmen der Krankenhäuser, der Einsatz von Telemedizin sowie nichtärztlichen Personals zur Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung außerhalb der Sprechzeiten als Kernmaßnahmen herausgearbeitet. Außerdem konnten zahlreiche Anpassungsbedarfe rechtlicher Rahmen- und Systembedingungen identifiziert zu werden, die unter den

aktuellen Voraussetzungen Hürden darstellen und für eine Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes und der Notfallversorgung unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Anhand der Untersuchung konnte einmal mehr der dauerhaft bestehende Interessenkonflikt der KVen zwischen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung außerhalb der Sprechzeiten durch Vertragsärzte und der gleichzeitigen Interessenvertretung dieser verdeutlicht werden. Steigende Zahlen ambulanter Notfallbehandlungen in den letzten Jahren unterstreichen die Notwendigkeit der Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes zur Verhinderung überfüllter Notaufnahmen und überlasteter Systeme. Gleichwohl sinkt die zur Verfügung stehende Ressource der tätigen Vertragsärzte durch den lange prognostizierten Ärztemangel, was KVen vor zusätzliche Probleme und Herausforderungen bei der Sicherstellung ihres Versorgungsauftrags stellt. Aufgrund des in ländlichen Bereichen zum Teil bereits bestehenden Ärztemangels und einer prognostizierten Verstärkung des Problems, gilt es aus Sicht der KVen unter zunehmendem Druck, die Teilnahme- und Arbeitsbedingungen von Ärzten in städtischen und ländlichen Gebieten durch Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen anzugleichen und die Niederlassung, gerade in ländlichen Bereichen, so deutlich attraktiver zu gestalten.

Die Notfallreform eröffnet zwar strukturell neue Chancen für die Patientensteuerung, bleibt aber hinter ihrem Potenzial zurück, solange sie sich primär auf den Ausbau der Notfallstrukturen konzentriert, anstatt bestehende Versorgungsstrukturen effektiv zu verzahnen und besser zu steuern. Eine erfolgreiche Reform müsste daher stärker auf Koordination, sektorübergreifende Schnittstellen und Weiterleitung von Patienten(-daten) sowie einen gezielten Einsatz telemedizinischer und hausärztlicher Steuerungsinstrumente setzen.

Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen dabei außerdem gesamtgesellschaftliche Entwicklungen und die Interessen der jungen Ärzteschaft hinreichend berücksichtigt werden, um die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auch zukünftig in ländlichen Räumen sicherstellen zu können. Veränderte Vorstellungen und Bedürfnisse in der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit umfassen dabei insbesondere den Wunsch nach Anstellungsverhältnissen und Teilzeittätigkeiten, eine ausgeglichene Work-Life-Balance, einen steigenden Anteil von Frauen in der Medizin, ein Bedürfnis nach einer guten Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie und Home-Office-Möglichkeiten sowie fortgeschrittenes Alter und damit einhergehende Begleiterscheinungen in der bestehenden Ärzteschaft. Dem gegenüber stehen eine zunehmende und hohe Arbeitsbelastung in den Praxen durch demografische Bevölkerungsentwicklung, Praxisschließungen ohne

Nachfolge sowie ein hoher Bürokratieaufwand, was den Wunsch des „Rücken freihalten“ der Ärzte durch die KVen und abnehmende Belastung durch den Bereitschaftsdienst verstärkt. Niedersachsen startet in 2025 als erste KV mit dem Einsatz nichtärztlichen Personals im Fahrdienst des Bereitschaftsdienstes. Der Wegfall des Fahrdienstes für die Vertragsärzte im Bereitschaftsdienst zu Gunsten des Einsatzes nichtärztlichen Personals könnte im Vergleich zu den anderen KVen einen Standortvorteil für die Gewinnung und Niederlassung von Ärzten ergeben, was die Attraktivität der Tätigkeit und Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in Niedersachsen angeht.

Der Begrifflichkeit „flächendeckend“ wird dabei zukünftig eine andere Bedeutung zukommen müssen. Eine flächendeckende Versorgung wird in Zukunft mit längeren Erreichbarkeiten und Anfahrtswegen und unter Einsatz von Digitalisierung, Telemedizin und Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal zur Überbrückung von Distanzen mit gleichzeitiger Verknüpfung von Mobilität und Infrastruktur eine andere Versorgung darstellen, als sie bisher in Deutschland verstanden wird. Niedersachsen stellt die Gestaltung dieser dabei insbesondere als Flächenland vor große und regionale Herausforderungen, denen neben standardisierenden und vereinheitlichenden Konzepten nur durch weiterhin geltende individuelle Lösungen und Modellen begegnet werden kann. Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst muss im Kontext der Notfallversorgung neu gedacht und ein effektiver und patientenorientierter Ansatz verfolgt werden. Vorhandene Ressourcen gilt es besser zu steuern und vorhandene Potenziale zu nutzen. Für innovative Lösungsansätze müssen weiterhin (Teil-) Lösungen vorgeschlagen und erprobt werden. Dazu müssen Ideen aus Modellprojekten aufgegriffen und in die Regelversorgung übernommen werden sowie weitere Forschung in Bezug auf die Organisation und Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes und seine Auswirkungen aufgenommen werden (305). Gleichwohl sollten im Rahmen dessen bereits umgesetzte Interventionen zur Entlastung der Notfallversorgung evaluiert werden (1). Dazu reicht es nicht, allein die Notfallversorgung neu zu denken. Vielmehr muss die Notfallversorgung in Einklang mit der Krankenhausreform und der Rettungsdienstreform konzeptioniert und umgesetzt sowie eine Finanzierungsperspektive geschaffen werden.

Letztlich hat die vorliegende Arbeit einen bestehenden Reformierungsstau und deutlichen Bedarf nach Reformierungsprozessen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und der gesamten Notfallversorgung verdeutlicht. Ganz unabhängig davon, ob die KVen diese Prozesse anstoßen oder das BMG im Rahmen seines Gesetzesentwurfs zur Notfallreform, werden KVen grundsätzlich den Sicherstellungsauftrag unter den aktuellen Bedingungen nicht mehr allein erfüllen können und

auf die Unterstützung und Schnittstellenarbeit mit den anderen an der Notfallversorgung beteiligten Sektoren angewiesen sein. Diese Umstrukturierungsprozesse werden ein Umdenken und viel Mut bei allen Beteiligten benötigen, um sich von bestehenden Strukturen zu lösen und Konzepte neu denken zu können. Insbesondere die Bevölkerung wird sich in ihrer Anspruchshaltung bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verändern und darauf einlassen müssen.

9. Literaturverzeichnis

1. von Stillfried D, Mangiapane S. Notfallversorgung - Reformbedarf aus ambulanter Sicht. Inn Med. 2022;63:905-13.
2. Danner M, Rummer A. Notfall- oder (primär)ärztliche Versorgung: In welche Richtung wirken bestimmende Faktoren? Eine systematische Übersichtsarbeit [Internet]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/2024-05-31_Notfall-_und_primaer-medizinische_Versorgung_Evidenzbericht_final.pdf [letzter Zugriff: 01.02.2024].
3. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland. Institutionen, Organisation und Finanzierung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/905300/2b2994a87f7a2b0d5e243c833ce40f55/WD-9-042-22-pdf.pdf> [letzter Zugriff: 01.10.2024].
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wir helfen, wenn Sie krank sind - Rund um die Uhr [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.116117.de/de/index.php> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
5. Schultze A, Mayer-Runge U. Notfallversorgung – Reformbedarf aus stationärer Sicht. Inn Med. 2022;63:914-22.
6. Augurzyk B, Busse R, Haering A, Nimptsch U, Pilny A, Werbeck A. Analysen zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020. Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. RWI- Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). Essen: RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung; 2012.
7. Schleef T, Schneider N, Krause O. Allgemeinmedizin in der Notaufnahme - Welche Patienten? Welche Beschwerden? Notfall Rettungsmed. 2021.
8. Leutgeb R, Szecsenyi J, Kuehle T, Laux G. Charakteristika primärärztlicher Versorgung von Patienten außerhalb regulärer Sprechstundenzeiten im Vergleich zur Routineversorgung. Gesundheitswesen. 2015;77(10):757-60.
9. Beneker C. Überfüllte Notfallambulanzen: Was muss sich ändern – das Patientenverhalten oder die Versorgung? [Internet]. Verfügbar unter: <https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4907785> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
10. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN). Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvn.de/_media/Mitglieder/Publicationen/Broschüren+und+Flyer/Versorgung+in+Niedersachsen_+Broschüre-p-29744.pdf [letzter Zugriff: 02.02.2025].
11. Hilberg T. Ärzte machen weniger Hausbesuche [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95839/Aerzte-machen-weniger-Hausbesuche> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
12. Süddeutsche Zeitung. Patientenschützer kritisieren lange Wartezeiten bei Kassenpatienten [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankenkassen-arzttermin-wartezeit-patienten-1.5889719> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
13. Wahlster P, Czihal T, Gibis B, Henschke C. Sektorenübergreifende Entwicklungen in der Notfallversorgung – Eine umfassende Analyse ambulanter und stationärer Notfälle von 2009 bis 2015. Gesundheitswesen. 2019;82(06):548-58.
14. Heuer J. Verlagerungseffekte zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Bundesweite Analyse im Zeitverlauf. Zi-Paper 10/2017 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/Zi-Paper_10-2017_Verlagerungseffekte.pdf [letzter Zugriff: 02.10.2024].

15. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung: §75 SGB V [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___75.html [letzter Zugriff: 02.10.2024].
16. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31.12.2023 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
17. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. BSG-Urteil führt zu Einschränkungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst 2023 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/nachrichten-zum-praxisalltag/news-artikel/bsg-urteil-fuehrt-zu-einschraenkungen-im-aerztlichen-bereitschaftsdienst> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2019.
19. Frankenhauser-Mannuß J, Goetz K, Scheuer M, Szecsenyi J, Leutgeb R. Ärztlicher Bereitschaftsdienst in Deutschland: Befragung von Bereitschaftsdienstärzten zur gegenwärtigen Situation in Deutschland (Kritische Aussagen). Gesundheitswesen. 2014;76(6):428-33.
20. Leutgeb R, Frankenhauser-Mannuß J, Scheuer M, Szecsenyi J, Goetz K. Job satisfaction and stressors for working in out-of-hours care - a pilot study with general practitioners in a rural area of Germany. BMC Fam Pract. 2018;19(1):95.
21. Deutsche Gesellschaft für Normung. DIN 13050 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.din.de/de/meta/suche/62730!search?query=Rettungssystem> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
22. Pschyrembel Anästhesiologie – AINS. Notarzt. 2015;31(2):81.
23. Harding U. Der medizinische Notfall. In: Salomon F (Hrsg.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015.
24. Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B. Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Notfall + Rettungsmedizin. 2013;16(8):625-6.
25. Sefrin P. Notfallmedizin. In: Scholz J, Sefrin P, Böttiger B, Dörjes V, Wenzel V, (Hrsg.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG; 2013.
26. Bundesärztekammer. Akut- und Notfallversorgung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallversorgung> [letzter Zugriff: 18.01.2025].
27. Augurzyk B, Beivers A, Breidenbach P, Budde R, Emde A, Haering A, et al. Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. RWI- Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). Essen: RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung; 2018.
28. Köster C, Wrede S, Herrmann T, Meyer S, Willms G, Broge B, et al. Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen: AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH; 2016.
29. Gerlach F, Greiner W, Haubitz M, Meyer G, Schreyögg J, Thürmann P, et al. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2018.
30. Niehues C. Notfallversorgung in Deutschland: Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. Stuttgart: Kohlhammer; 2012.

31. Land Niedersachsen. Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz (NRettdG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://voris.wolterskluwer-online.de/browse/document/> [letzter Zugriff: 17.01.2025].
32. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. 2023. [Internet]. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-rettungsdienst.pdf [letzter Zugriff: 01.03.2025].
33. Verband der Ersatzkassen. Notfallversorgung: Es muss sich was ändern [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/NDS/politik/standpunkte/Notfallversorgung.html> [letzter Zugriff: 23.12.2024].
34. Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport. Bodengebundener Rettungsdienst. [Internet]. Verfügbar unter: https://www.mi.niedersachsen.de/startseite/themen/innere_sicherheit/rettungsdienste/bodengebundener-rettungsdienst-62169.html [letzter Zugriff: 02.02.2025].
35. Luthe E-W. Kommunale Verantwortung für das Rettungswesen. In: Luthe E-W (Hrsg). Kommunale Gesundheitslandschaften. Heidelberg: Springer; 2013: 331-336.
36. Krafft TA, Neuerer M, Böbel S, Reuter-Oppermann M, CAPHRI, Maastricht U, et al. Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland: Partikularismus vs. Systemdenken. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2022.
37. Haffert C. Private Anbieter drängen auf Milliardenmarkt Rettungsdienst [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kv-recklinghausen.drk.de/aktuell/presse-service/meldung/private-anbieter-draengen-auf-milliardenmarkt-rettungsdienst.html> [letzter Zugriff: 02.02.2025].
38. Beckmeier T, Neupert M, Bohn A. Ambulante Versorgung im Rettungsdienst – Möglichkeiten und Grenzen. Notfallmedizin up2date. 2021;16(02):151-72.
39. Redaktion Rettungsdienst. Niedersachsen: Weg für Konzessionsmodell ist frei [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.rettungsdienst.de/news/niedersachsen-weg-fur-konzessionsmodell-ist-frei-23330> [letzter Zugriff: 22.12.2024].
40. Radtke R. Einsatzfahrtaufkommen im öffentlichen Rettungsdienst in Deutschland nach Einsatzart in den Jahren 1994 bis 2017 [Internet]. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/482380/umfrage/einsatzfahrtaufkommen-im-oeffentlichen-rettungsdienst-nach-einsatzart/> [letzter Zugriff: 02.02.2025].
41. Günther A, Schmid S, Bruns A, Kleinschmidt T, Bartkiewicz T, Harding U. Ambulante Kontakte mit dem Rettungsdienst. Notfall + Rettungsmedizin. 2017;20(6):477-85.
42. Bernhard M, Knapp J. Ambulante Patientenkontakte in Rettungsdienst und Notaufnahme und deren Herausforderungen. Notfall + Rettungsmedizin. 2021;24(6):889-90.
43. Lindner T, Campione A, Möckel M, Henschke C, Dahmen J, Slagman A. Mit dem Rettungsdienst direkt in die Arztpraxis – eine wirkungsvolle Entlastung der Notaufnahmen? Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2022;117(6):447-56.
44. eHealth Ventures GmbH. Aktuelle Herausforderungen der Notfallmedizinischen Medizin. Polavis Magazin. 2019;12.
45. Häske D, Sarangi F, Casu S. Transportverweigerung und Transportverzicht im Rettungsdienst. Notfall + Rettungsmedizin. 2021;24(6):929-35.
46. Verband der Ersatzkassen. Reform Notfallversorgung und Rettungsdienst. Erneut Kostensteigerungen im Bereich Notfall- und Rettungsdienst [Internet]. Verfügbar unter:

- <https://www.gesundheit-adhoc.de/reform-notfallversorgung-und-rettungsdiensterneut-kostensteigerungen-im-bereich-notfall-und-rettungsdienst-reformen-fuer-mehr-qualitaet-und-wirtschaftlichkeit-notwendig/> [letzter Zugriff: 02.02.2024].
47. Malteser Hilfsdienst gGmbH. Der Gemeindenotfallsanitäter [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.gemeindenotfallsanitaeter.de> [letzter Zugriff: 02.02.2024].
 48. Seeger I, Luque Ramos A, Hoffmann F. Ambulante Notfallversorgung von Pflegeheimbewohnern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2018;51(6):650-5.
 49. AOK Niedersachsen. Pilotprojekt bindet Gemeinde-Notfallsanitäter in die Versorgung ein [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pk/niedersachsen/engagement-versorgungswege/gemeinde-notfallsanitaeter/> [letzter Zugriff: 22.01.2025].
 50. Sommer A, Rehbock C, Seeger I, Klausen A, Günther U, Schröder H, et al. Zwei Jahre Pilotphase Gemeindenotfallsanitäter in der Region Oldenburg (Niedersachsen). Notfall Rettungsmed. 2022.
 51. Die Techniker. Notfallversorgung in Bremen neu gedacht [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/position-notfall-bremen-2148440?tkcm=aus> [letzter Zugriff: 02.02.2025].
 52. Schwarz A. Neues Rettungsdienstgesetz verabschiedet [Internet]. Verfügbar unter: <https://andrea-schwarz-gruene.eu/2024/07/19/neues-rettungsdienstgesetz-verabschiedet/> [letzter Zugriff: 02.02.2025].
 53. Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khg/KHG.pdf> [letzter Zugriff: 02.02.2025].
 54. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/> [letzter Zugriff: 26.02.2025].
 55. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Niedersächsischer Krankenhausplan. 2022 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.ms.niedersachsen.de/krankenhaeuser/krankenhausplanung/krankenhausplanung-14156.html> [letzter Zugriff: 03.02.2025].
 56. Statistisches Bundesamt (Destatis). Krankenhäuser 2023 nach Trägern und Bundesländern [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html> [letzter Zugriff: 03.10.2024].
 57. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung § 108 Zugelassene Krankenhäuser [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_108.html [letzter Zugriff: 01.12.2024].
 58. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung § 109 Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_109.html [letzter Zugriff: 01.02.2025].
 59. Niedersächsisches Vorschrifteninformationssystem (NI-VORIS). Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://voris.wolterskluwer-online.de/browse/document/> [letzter Zugriff: 01.02.2025].

60. Bayern.Recht. Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayKrG> [letzter Zugriff: 01.02.2025].
61. Freie Hansestadt Bremen. Bremisches Krankenhausgesetz - (BremKrhG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/bremisches-krankenhausgesetz-bremkrhg-vom-24-november-2020-159875> [letzter Zugriff: 01.02.2025].
62. Zimmermann GW. Wann darf man eine Behandlung ablehnen? Uro-News. 2022;26(7):49-.
63. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung § 76 Freie Arztwahl [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___76.html [letzter Zugriff: 02.02.2025].
64. Pook M, Trägner W, Gahr M, Connemann BJ, Schönfeldt-Lecuona C. Psychiatrische Notfälle im Notfall- und Rettungswesen. In: Kollmar R, Matthes G, Rücker G, Somasundaram R, Zeymer U (Hrsg.). Weiterbildung Notfallmedizin: CME-Beiträge aus: Notfall + Rettungsmedizin 2015. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016: 9-42.
65. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Strafgesetzbuch (StGB) § 323c Unterlassene Hilfeleistung; Behinderung von hilfeleistenden Personen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___323c.html [letzter Zugriff: 01.02.2025].
66. Burgdorf A. Stationäre Gesundheitsversorgung im Landkreis Peine erhalten [Internet]. Verfügbar unter: <https://wir-fuer-das-klinikum-peine.jimdosite.com/krankenhausplanung-in-nds/> [letzter Zugriff: 01.03.2025].
67. Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-az/k/krankenhausstrukturgesetz-khsg> [letzter Zugriff: 21.10.2024].
68. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM 2024/Q32024 [Internet]. Verfügbar unter: <https://ebm.kbv.de> [letzter Zugriff: 01.02.2025].
69. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/KHEntgG.pdf> [letzter Zugriff: 01.02.2025].
70. Filser M, Offermanns M. Patientenbehandlung im Spannungsfeld zwischen Sicherstellungsverantwortung und ambuanter Versorgungsrealität. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.); 2021.
71. Haas C, Larbig M, Schöpke T. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse Hamburg 2015 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3._Ambulante_Vergue-tung/2.2.3.4._Ambulante_Notfallvehandlung_durch_Krankenhaeuser/2015-02-17_Gut-achten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf [letzter Zugriff: 01.04.2025].
72. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ambulante Notfallversorgung muss dringend neu geordnet werden [Internet]. Verfügbar unter:

- <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/ambulante-notfallversorgung-muss-dringend-neu-geordnet-werden/> [letzter Zugriff: 14.01.2025].
73. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pressemitteilung Nr. N061 vom 9. Dezember 2024 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_N061_23.html [letzter Zugriff: 12.02.2025].
74. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Krankenhäuser sichern auch die ambulante Notfallversorgung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-sichern-auch-die-ambulante-notfallversorgung/> [letzter Zugriff: 12.02.2025].
75. Mangiapane S, Kretschmann J, Czihal T, von Stillfried D. Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung. Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 4. Quartal 2023 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/2024-06-21_TrendReport_2023-Q4__002_.pdf [letzter Zugriff: 15.02.2025].
76. Bundesministerium für Gesundheit. Kassenärztliche Vereinigungen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/kassenaerztliche-vereinigungen.html> [letzter Zugriff: 13.02.2025].
77. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Kassenärztliche Vereinigungen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html> [letzter Zugriff: 12.02.2025].
78. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Bundesmantelvertrag - Ärzte vom 01. Oktober 2024 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf> [letzter Zugriff: 01.02.2025].
79. Wigge P. Ärztlicher Bereitschaftsdienst - Teilnahmepflicht und Befreiungsmöglichkeiten. Radiologie und Recht. 2024;6:628-631.
80. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_95.html [letzter Zugriff: 01.02.2025].
81. Verwaltungsgericht Düsseldorf. Verwaltungsgericht Düsseldorf v. 21.11.2016, Az.: 7K 3288/16 2016 [Internet]. Verfügbar unter: <https://research.wolterskluwer-online.de/document/> [letzter Zugriff: 23.12.2024].
82. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung §73 SGB V [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/73.html> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
83. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/> [letzter Zugriff: 23.12.2024].
84. Bundesärztekammer. Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/Musterberufsordnung-AE_09.05.2024.pdf [letzter Zugriff: 23.12.2024].
85. Niedersächsisches Vorschrifteninformationssystem (NI-VORIS). Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://voris.wolterskluwer-online.de/browse/document/> [letzter Zugriff: 23.12.2024].
86. Service Niedersachsen. Todesbescheinigung ausstellen [Internet]. Verfügbar unter: <https://include-ni.zfinder.de/tbT4q> [letzter Zugriff: 16.05.2024].

87. Niedersächsisches Vorschrifteninformationssystem (NI-VORIS). Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://voris.wolterskluwer-online.de/browse/document/c405092c-ebe9-35af-9173-a43ef26d0cde> [letzter Zugriff: 13.10.2024].
88. Bundesgesetzblatt. Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__ [letzter Zugriff: 02.10.2024].
89. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_75.html [letzter Zugriff: 02.10.2024].
90. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Unternehmensbereich 5 Vertragsärztliche Versorgung (unveröffentlicht).
91. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 24. Februar 2024 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvn.de/internet_media/Über+uns/Amtliche+Bekanntmachungen/2024/Honorarverteilungsmaßstab+der+KVN+_gültig+ab+2_+Quartal+2024_+online+bereitgestellt+am+26_+Februar++2024-p-42108.pdf [letzter Zugriff: 13.01.2025].
92. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung. 2024 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/02_Vordruckvereinbarung.pdf [letzter Zugriff: 28.10.2024].
93. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/khstatv/BJNR007300990.html> [letzter Zugriff: 01.12.2024].
94. Mangiapane S, Czihal T, von Stillfried D. Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2020. Zi-Paper 16/2021 [Internet] : Verfügbar unter <https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper-16-2021-Notfallversorgung-V2.pdf> [letzter Zugriff: 02.07.2024].
95. Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland. Grafik des Monats August 2023 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/august-2023> [letzter Zugriff: 27.12.2024]
96. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) [Internet]. Verfügbar unter: https://dejure.org/BGBI/2003/BGBI._I_S._2190 [letzter Zugriff: 01.12.2024].
97. Korzillus H. Ärztlicher Bereitschaftsdienst: Eine Rufnummer für alle 2012 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/125660/Aerztlicher-Bereitschaftsdienst-Eine-Rufnummer-fuer-alle> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
98. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_ [letzter Zugriff: 01.12.2024].
99. Bundesministerium für Gesundheit. Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/e-health-gesetz.html> [letzter Zugriff: 21.10.2024].

100. Bundesgesetzblatt. Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) [Internet]. Verfügbar unter: [letzter Zugriff: 01.12.2024].
101. Bundesgesetzblatt. Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) [Internet]. Verfügbar unter: https://dejure.org/BGBl/2019/BGBl._I_S._1202 [letzter Zugriff: 01.12.2024].
102. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSKG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/> [letzter Zugriff: 23.11.2024].
103. Schmidt FM, Wildner M. Übersicht über die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes in Deutschland: Auf welche Basis bauen Krankenhausstrukturgesetz und Versorgungsstärkungsgesetz auf? Gesundheitswesen. 2018;81(07):133-40.
104. Schäfer I, Menzel A, Herrmann T, Willms G, Oltrogge JH, Lühmann D, et al. Compliance and patient satisfaction with treatment settings recommended by the medical on-call service 116117 in Germany using computer-assisted structured initial assessment: a cross-sectional observational study accompanying the demand intervention. BMJ Open. 2023;13.
105. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Videosprechstunde im organisierten Not(fall)dienst [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php> [letzter Zugriff: 03.10.2024].
106. Deutscher Bundestag, Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentsmaterialien. Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-über-den-beruf-der-rettungsassistentin-und-des-rettungsassistenten-rettungsassistentengesetz/176925> [letzter Zugriff: 01.12.2024].
107. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz-NotSanG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/notesang/BJNR134810013.html> [letzter Zugriff: 01.12.2024].
108. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Bundesamt für Justiz. Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/grg/BJNR024770988.html> [letzter Zugriff: 01.12.2024].
109. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_ [letzter Zugriff: 01.12.2024].
110. Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/GE_Notfallreform_Kabinett.pdf [letzter Zugriff: 07.10.2024].
111. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Was ist SmED? [Internet]. Verfügbar unter: <https://smed.zi.de> [letzter Zugriff: 02.10.2024].
112. von Stillfried D, Czihal T, Meer A. Sachstandsbericht: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED). Notfall Rettungsmed. 2019;22(7):578-88.

113. Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland. SmED Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.zi.de/themen/medizin/smed/uebersicht> [letzter Zugriff: 01.12.2024].
114. Zoch-Lesniak B, Becker D, Schumann T, Kroll LE. Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland: Evaluationsbericht 2023. Berlin: Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland; 2024.
115. Zentralinstitut für die kassenärztlichen Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland. Akut- und Notfälle bei der 116117 [Internet]. Verfügbar unter: <https://smed.ziapp.de/> [letzter Zugriff: 01.05.2024].
116. Germania A. Region Niedersachsen [Internet]. Verfügbar unter: <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/de/de/demografia/dati-sintesi/niedersachsen/3/2> [letzter Zugriff: 27.12.2024].
117. Germania A. Deutschland [Internet]. Verfügbar unter: <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/de/de/demografia/dati-sintesi/deutschland/276/1> [letzter Zugriff: 27.12.2024].
118. Wegweiser Kommune. Demografische Entwicklung Lüchow-Dannenberg [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.wegweiser-kommune.de/data-api/rest/export/demo-grafische-entwicklung+luechow-dannenberg-lk+2016-2020+tabelle.pdf> [letzter Zugriff: 27.12.2024].
119. Die Bundeswahlleiterin. Region Hannover [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundeswahlleiterin.de/europawahlen/2024/strukturdaten/bund-99/land-3/kreis-3241.html> [letzter Zugriff: 28.12.2024].
120. Land Niedersachsen. Niedersachsen in Zahlen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.niedersachsen.de/startseite/land_leute/das_land/zahlen_fakten/niedersachsen-in-zahlen-20094.html [letzter Zugriff: 28.12.2024].
121. Cordes A, Gehrke B, von Gaaren F, Reinhold M, Schasse U. Stärken-Schwächen-Analyse (SWOT) für das Land Niedersachsen und seine Regionen. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Staatskanzlei. 2014 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.europa-fuer-niedersachsen.niedersachsen.de/download/116646/SWOT-Analyse_Teil_1.pdf [letzter Zugriff: 27.12.2024].
122. Bertelsmann-Stiftung. Kommunale Demografietypen 2020 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/wegweiser-kommunede/projektnachrichten/neue-demografietypisierung-1> [letzter Zugriff: 03.01.2025].
123. Niedersächsischer Landtag. Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“. Hannover; 2021.
124. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. 2019 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3715/BPL-RL_2024-12-19_iK-2024-12-31.pdf [letzter Zugriff: 03.01.2025].
125. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Medizin wird weiblich [Internet]. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php> [letzter Zugriff: 03.01.2025].
126. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ärztemangel [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/themen_1076.php [letzter Zugriff: 03.01.2025].
127. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Interne Daten (unveröffentlicht).

128. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvn.de/internet_media/Bereitschaftsdienstordnung_+Stand+1_+Januar+2025-p-1050.pdf [letzter Zugriff: 03.02.2025].
129. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvn.de/internet_media/Über+uns/Aufgaben+und+Ziele/KVN_Recht/Sicherstellungsrichtlinie_+vom+1_+Januar+2025-p-3256.pdf [letzter Zugriff: 03.02.2024].
130. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. KV Niedersachsen schreibt Regionen für Niederlassungsförderungen für 2024 aus [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvn.de/Presse/KV+Niedersachsen+schreibt+Regionen+für+Niederlassungsförderungen+für+2024+aus-press-30327.html> [letzter Zugriff: 23.01.2025].
131. Overheu D, Gleitsmann S, Scherbeitz H, Klingler H, Warnecke T, Jacobsen N. Examinierter Gesundheitsfachkräfte mit telemedizinischer Unterstützung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Unterstützung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2022;98:207-14.
132. Krieg C, Hudon C, Chouinard M-C, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. BMC Health Services Research. 2016;16(1):594.
133. David M, Richter R, Naghavi B, Borde T, Razum O, Somasundaram R, et al. Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch sog. Mehrfachnutzer/-innen: Ergebnisse einer prospektiven Studie unter besonderer Berücksichtigung des Migrationsstatus. Notfall + Rettungsmedizin. 2022;25(4):252-9.
134. Esri Deutschland. Auszug aus den Geodaten des Landesamtes für Geoinformation und Landesvermessung Niedersachsen. Gemarkungsgrenzen Niedersachsen [Internet]. Verfügbar unter: https://services2.arcgis.com/jUpNdisbWqRpMo35/arcgis/rest/services/NDS_Gemarkungsgrenzen/FeatureServer [letzter Zugriff: 12.11.2024].
135. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/_inhalt.html [letzter Zugriff: 12.11.2024].
136. Statistisches Bundesamt (Destatis). Einwohnerdichte 2024 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Glossar/Bevoelkerungsdichte.html> [letzter Zugriff: 21.11.2024].
137. Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen. Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung - Fortschreibung Nr. 02/2023 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvn.de/internet_media/Mitglieder/Zulassung/Bedarfsplanung/Bedarfsplanung_+Landesausschuss_+Beschluss+§+11+Hausärzte_+online+bereitgestellt+am+11_02_2023-p-13607.pdf [letzter Zugriff: 30.06.2024].
138. Deutsches Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG). Deutsches Krankenhaus Verzeichnis [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/app/suche> [letzter Zugriff: 12.11.2024].
139. Stadt Jever. Bebauungspläne [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.stadt-jever.de/portal/seiten/bebauungsplaene-903000208-20820.html> [letzter Zugriff: 12.11.2024].

140. Stadt Wildeshausen. Kreisstadt im Überblick [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.wildeshausen.de/portal/seiten/kreisstadt-im-ueberblick-914000070-21701.html> [letzter Zugriff: 12.11.2024].
141. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Innovation und Strukturwandel. Gebietsabgrenzung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.innovation-strukturwandel.de/strukturwandel/de/_documents/gebietsabgrenzung.html [letzter Zugriff: 12.11.2024].
142. Eichhorn L, Stöber M, Schröder C, Grohmann O, Kohlstedt R. Niedersachsen. Das Land und seine Regionen. Hannover: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (NLS), Niedersächsisches Institut für Historische Regionalforschung e. V. (NIHR); 2007.
143. Landkreis Wesermarsch. Referat 41 - Kreisentwicklung. Daten - Fakten - Entwicklungen. 2023 [Internet]. Verfügbar unter: https://wesermarsch.de/wp-content/uploads/2022/11/02_07-21_daten-fakten-text-1.pdf [letzter Zugriff: 21.01.2025].
144. Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Gemeinsames Statistikportal. Gemeinde-Verzeichnis Online [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.statistikportal.de/de/gemeindeverzeichnis> [letzter Zugriff: 21.01.2025].
145. Bürgerinfo Friesland. Tourismusstatistik 2023 für den Landkreis Friesland [Internet]. Verfügbar unter: https://buergerinfo.friesland.de/vo0050.asp?__kvonr=4247&voselect=2186 [letzter Zugriff: 12.11.2024].
146. Bund-Länder Demografie Portal. Geburtenrate in Niedersachsen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.demografie-portal.de/DE/Politik/Niedersachsen/laendermonate-demografisches-profil.html> [letzter Zugriff: 12.11.2024].
147. Niedersächsische Staatskanzlei. Demografisches Profil des Landes - Zahlen, Daten, Fakten [Internet]. Verfügbar unter: https://www.stk.niedersachsen.de/startseite/themen/demografie/demografische_entwicklung_in_niedersachsen/demografisches-profil-des-landes-zahlen-daten-fakten224593.html [letzter Zugriff: 12.11.2024].
148. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. Präventionsketten Niedersachsen. Stadt Delmenhorst [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.praeventionsketten-nds.de/die-kommunen/niedersachsenkarte/delmenhorst-stadt/> [letzter Zugriff: 11.10.2024].
149. Niedersächsisches Ministerium für Umwelt, Energie und Klimaschutz. Baumriesen, Flusslandschaften und alte Kulturen - Naturpark Wildeshauser Geest [Internet]. Verfügbar unter: https://www.umwelt.niedersachsen.de/naturlandschaften/naturparke/wildeshauser_geest/naturpark-wildeshauser-geest-8793.html [letzter Zugriff: 21.01.2025].
150. Hilberg T. Inanspruchnahme der Notfallversorgung: Gleiche Zahlen, unterschiedliche Deutung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141102/Inanspruchnahme-der-Notfallversorgung-Gleiche-Zahlen-unterschiedliche-Deutung> [letzter Zugriff: 11.10.2024].
151. van den Berg N, Hoffmann W, Hildebrandt H. Versorgungsforschung zu sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Versorgungsmodellen. In: Pfaff H, Neugebauer E, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F (Hrsg.). Versorgungsforschung - Theorien - Methoden - Praxis. Wiesbaden: Springer; 2024:539-551.
152. von Kardorff E. Einleitung. In: Flick U, von Kardorff E, Keupp H, von Rosenstiehl L, Wolff S (Hrsg.). Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendung. 2. Ausgabe. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1995:3-8.

153. Pohontsch N, Meyer-Feil T. Qualitative Methoden. In: Pfaff H, Neugebauer E, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F (Hrsg.). Versorgungsforschung - Theorien - Methoden - Praxis. Wiesbaden: Springer; 2024:215-229.
154. Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Ausgabe. Weinheim: Beltz; 2005.
155. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Ausgabe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
156. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 5. Ausgabe. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH; 2021.
157. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. Ausgabe. Weinheim: Beltz; 2016.
158. Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Kraimer K (Hrsg.). Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdt. Verlag; 1991:441-71.
159. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 2000;1.
160. Hammer S, Polchow S. Das Forschungsprojekt: Compliance in der Heilmitteltherapie aus der Patientenperspektive. In: Hammer S (Hrsg.). Mein Patient macht nicht mit - was nun? Compliance als Schlüssel zum Therapieerfolg. Idstein: Schulz-Kirchner; 2013:31-47.
161. Hopf C. Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Sozialforschung Ein Handbuch. 9. Ausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2012:349-60.
162. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Ausgabe. Marburg: Eigenverlag; 2018.
163. Flick U. Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Ausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2010.
164. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13. Ausgabe. Weinheim: Beltz; 2022.
165. Ulrich D, Haußer K, Mayring P, Strehmel P, Kander M, Degenhard B. Psychologie der Krisenbewältigung. Eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern. Weinheim: Beltz; 1985.
166. Dann H-D, Humpert W, Krause F, Tennstädt K-C. Praktische Probleme bei der Inhaltsanalyse offen erhobener Kognitionen, diskutiert am Beispiel der Variablen „Berufsinteresse arbeitslose Lehrer“. In: Haußer K, Mayring P, Strehmel P (Hrsg.). Analyse und Modifikation subjektiver Theorien von Lehrern (Forschungsberichte 43 des Zentrum 1 Bildungsforschung, Sonderforschungsbereich 23). Konstanz: Universität; 1982:159-73.
167. Jenker J. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring QUASUS. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.ph-freiburg.de/quasus/was-muss-ich-wissen/daten-auswerten/qualitative-inhaltsanalyse/die-qualitative-inhaltsanalyse-nach-mayring.html> [letzter Zugriff: 12.05.2024]
168. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Ausgabe. Weinheim: Beltz; 2022.
169. Rädiker S, Kuckartz U. Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video. Wiesbaden: Springer; 2019.
170. Kruse J. Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz; 2014.

171. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. 9. Ausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch; 2012:319-31.
172. Klüver J. Kommunikative Validierung. In: Heinze T (Hrsg.). Theoretische und methodologische Überlegungen zum Typus hermeneutisch-lebensgeschichtlicher Forschung Werkstattbericht. Hagen: Fernuniversität Hagen; 1979:69-84.
173. Heinze T, Thiemann E. Kommunikative Validierung und das Problem der Geltungsbegründung. ZfPäd. 1982;28:635-42.
174. Osterloh F. Ärztlicher Bereitschaftsdienst: Größere Bezirke, weniger Dienste. Dt Aertztbl. 2010;107(44):2152-4.
175. Hugentobler W. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. Prim Care. 2006;6:26-7.
176. von Below J, Marty F. Organisationsformen und Zeitbelastung im ambulanten ärztlichen Noztfalldienst in der Schweiz. Prim Care. 2005;5(37):740-2.
177. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Fam Pract. 2003;20(3):311-7.
178. van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Fam Med. 2006;38(8):565-9.
179. Grol R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. Health Aff (Millwood). 2006;25(6):1733-7.
180. Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland. Grafik des Monats Oktober [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/oktober-2024> [letzter Zugriff: 31.10.2024].
181. Kassenärztliche Vereinigung Saarland. BDP-Reform [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvsaarland.de/kb/bdp-reform-2025-faq> [letzter Zugriff: 04.02.2025].
182. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird zukunftsfest [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvbawue.de/kvbw/aktuelles/news-artikel/kvbw-aerztlicher-bereitschaftsdienst-wird-zukunftsfest> [letzter Zugriff: 04.02.2025].
183. Augsburger Allgemeine. Schließung von Notfallpraxen. Klinikärzte und Rettungsdienste warnen vor Überlastung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.augsburger-allgemeine.de/ratgeber/gesundheit/schliessung-von-notfallpraxen-klinikaerzte-fuerchten-belastung-und-fordern-notfall-gipfel-103138936> [letzter Zugriff: 23.11.2024].
184. Seeger I, Günther U, Schmiemann G, Hoffmann F. Versorgung älterer Patienten durch Gemeindenotfallsanitäter. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2022;117(7):542-8.
185. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.D. §§99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ [Internet]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf [letzter Zugriff: 20.02.2025].
186. Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen. Erreichbarkeit von hausärztlichen Praxen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Karten/Unsere-Gesundheitsversorgung/120-PKW-Hausaerzte.html> [letzter Zugriff: 22.02.2025].

187. Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen. PKW-Erreichbarkeit einer zentralen Notaufnahme oder Notfallambulanz [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Karten/Unsere-Gesundheitsversorgung/Erreichbarkeit-Notaufnahme.html> [letzter Zugriff: 22.02.2025].
188. Seeger I, Kreienmeyer L, Hoffmann F, Freitag MH. Cross-sectional study in an out-of-hours primary care centre in northwestern Germany - patient characteristics and the urgency of their treatment. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):41.
189. Promorin N, Rotter I, Wasem J. Analyse des Einweisungsverhaltens der niedergelassenen Ärzte in Bayern [Internet]. Verfügbar unter: https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/migratedchair3assets/file/Diskussionsbeitrag_Nr._173_KVB-Studie.pdf [letzter Zugriff: 22.02.2025].
190. von Stillfried D. Machbarkeitsstudie liefert pragmatische Lösungen zur Reform der Notfallversorgung. Wissenschaftliche Begleitung der Machbarkeitsstudie Rosenheim, Vortrag im Rahmen des Pressegesprächs vom 14.03.2022. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; 2022.
191. Greiner F, Slagman A, Stallmann C, March S, Pollmanns J, Dröge P, et al. Routine Data from Emergency Departments: Varying Documentation Standards, Billing Modalities and Data Custodians at an Identical Unit of Care. *Gesundheitswesen.* 2020;82(S 01):72-82.
192. Trentzsch H, Dodt C, Gehring C, Veser A, Jauch K-W, Prückner S, et al. Analyse der Behandlungszahlen in den Münchener Notaufnahmen des Jahres 2013/2014. *Gesundheitswesen.* 2020;82(05):431-40.
193. Bayeff-Filloff M. Erfahrungen aus der Notaufnahme Rosenheim zur erweiterten Ersteinschätzung. Sicherstellungskongress 2023: Zukunft der Akutversorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; 2023.
194. Johné J, Oltrogge-Abiry JH, Lüthmann D, UKE Hamburg Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin; aQua. Expertise: „Ambulante Akut- und Notfallversorgung - zwei Seiten einer Medaille“ . 2024 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Expertise_ambulante_Akut-und_Notfallversorgung.pdf [letzter Zugriff: 02.02.2025].
195. Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede CE. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen.* 2018;80(07):621-7.
196. Breckner A, Roth C, Wensing M, Paulus J. Quo vadis 116117? Bundesweiter Überblick über den Status quo und aktuelle Veränderungen. *Gesundheitswesen* 2020;82(04):324-7.
197. Burström L, Engström ML, Castrén M, Wiklund T, Enlund M. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Ups J Med Sci.* 2016;121(1):38-44.
198. Iacobucci G. All emergency departments must have GP led triage by October. *Bmj.* 2017;356:j1270.
199. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2015;17(3):1-218, xvii.
200. Quentin W, Baier N, Geissler A. Organisation of and payment for emergency care services in five high-income countries: Wilm Quentin. *European Journal of Public Health.* 2016;26(suppl_1).
201. Schäfer I, Haack A, Neumann M, Koch-Gromus U, Scherer M, Petersen E. Non-utilisation of medical services during the COVID-19 pandemic among persons with chronic diseases. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2023;66(3):275-82.

202. Mangiapane S, Kretschmann J, Czihal T, von Stillfried D, Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland. Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise [Internet]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Trendreport_7_Leistungsanspruchnahme_COVID_2022-12-08.pdf [letzter Zugriff: 02.02.2025].
203. Kurz C. Ärzte wollen digitaler arbeiten [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152502/Aerzte-wollen-digitaler-arbeiten> [letzter Zugriff: 06.10.2024].
204. Teleclinic. Mehr Einkommen. Mehr Freiheit. Mehr Flexibilität – Willkommen bei TeleClinic [Internet]. Verfügbar unter: <https://praxis.teleclinic.com/> [letzter Zugriff: 06.10.2024].
205. praktischArzt. Trendstudie: Ärzte offen für mehr Digitalisierung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.praktischarzt.de/magazin/trendstudie-aerzte-digitalisierung/> [letzter Zugriff: 06.10.2024].
206. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zi-Umfrage in Arzt- und Psychotherapiepraxen zeigt hohe Unzufriedenheit mit Telematikinfrastruktur [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/44-prozent-der-befragten-praxen-klagen-ueber-haeufige-software-abstuerze-auslesen-der-elektronischen-gesundheitskarte-besonders-stoeranfaellig-schlechte-digitalisierung-gefaehrdet-patientenversorgung> [letzter Zugriff: 06.10.2024].
207. Seeger I, Thate S, Ansmann L, Lubasch JS. Inanspruchnahme der Notfallversorgung im Nordwesten Deutschlands. Notfall Rettungsmed. 2022.
208. Klausen AD, Günther U, Schmiemann G, Hoffmann F, Seeger I. Häufigkeit und Charakteristika von Einsätzen der Gemeindenotfallsanitäter bei Pflegebedürftigen. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2024;119(4):316-22.
209. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Annals of Emergency Medicine. 2002;39(3):238-47.
210. Scheel J, Kratzer A, Vollmar HC, Wolf-Ostermann K, Gräbel E, Donath C. Krankenhausaufenthalte verringern und besser gestalten. Geriatrie-Report. 2020;15(2):32-8.
211. Rygiel K, Fimmers R, Schacher S. Ältere Notfallpatienten in der zentralen Notaufnahme. MedKlinIntensivmedNotfmed115. 2020:228-36.
212. KNA. Ärzte und Kliniken: Gewalt in Notaufnahmen nimmt zu [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140544/Aerzte-und-Kliniken-Gewalt-in-Notaufnahmen-nimmt-zu> [letzter Zugriff: 05.10.2024].
213. Smith P. Ärzte als Freiwild für Aggressionen? [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Panorama/Aerzte-als-Freiwild-fuer-Aggressionen-255957.html> [letzter Zugriff: 05.10.2024].
214. Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV-Befragung: Körperliche und verbale Gewalt bedroht zunehmend auch Praxen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/2024_71672.php [letzter Zugriff: 23.11.2024].
215. Bundesärztekammer. Telemedizin/Fernbehandlung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung> [letzter Zugriff: 04.10.2024].
216. Bundesministerium für Gesundheit. Telemedizin [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/t/telemedizin> [letzter Zugriff: 04.10.2024].

217. AOK. Fachportal für Leistungserbringer. Telemedizin: Definition, Grundlagen, Projekte [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/gp/e-health/telemedizin> (04.10.2024).
218. Jorzig A. Haftungsrisiken bei Telemedizin und Videosprechstunden. *Der Gynäkologe*. 2020;53(9):629-32.
219. Heuer J, Osterwald A, Akmatov MK, Holstiege J, Kohring C, Dammertz L, et al. Telemedizin als alternativer Zugang zu vertragsärztlicher ambulanter Versorgung – Trends im Zeitraum 2017 bis 2021. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2023.
220. Aries P, Welcker M, Callhoff J, Chehab G, Krusche M, Schneider M, et al. [Statement of the German Society for Rheumatology (DGRh) on the use of video consultations in rheumatology]. *Z Rheumatol*. 2020;79(10):1078-85.
221. Bublak R. Diagnosen in Videosprechstunde meist korrekt. *HNO Nachrichten*. 2022;52(5):8-9.
222. Kurz C, Lau T. Was leisten Sprechstunden per Video. *Dt Aertztbl*. 2024;121(1):35.
223. Gensorowsky D, Surmann B, Schmidt J, Greiner W. Nutzungsgrad und Nutzergruppen der Online-Videosprechstunde in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Eine Routinedatenanalyse. *Gesundheitswesen*. 2021;84(02):110-6.
224. Nieser C. Würden telemedizinische Videosprechstunden (für Patienten, die sich subjektiv als Notfall ärztlich vorstellen) als Alternative zur persönlichen Arztkonsultation in Anspruch genommen? Arzt- und Patientenbefragungen zu Videosprechstunden. Homburg/Saar: Universität des Saarlandes; 2019.
225. Sonnet M. Diabetestherapie per Videosprechstunde. *Info Diabetol*. 2020;14(1):48-.
226. Waschkau A, Allner R, Fischer S, Steinhäuser J. Telemedizin in der Hausarztpraxis – Aspekte der Kommunikation. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2018;94(1):17-21.
227. Niederrhein Nachrichten. Videosprechstunde wird dauerhaftes Angebot [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.niederrhein-nachrichten.de/nachrichten/videosprechstunde-wird-dauerhaftes-angebot-3627.html> [letzter Zugriff: 14.10.2024].
228. Ärztlicher Nachrichtendienst. KVNO: Kinderärztliche Videosprechstunde wird dauerhaftes Angebot [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aend.de/article/230939> [letzter Zugriff: 14.10.2024].
229. KV Innovationsscout. DocOnLine. Förderung der Vermittlung einer telemedizinischen ärztlichen Konsultation im Rahmen der Servicestelle 116 117 [Internet]. Verfügbar unter: <https://kv-innovationsscout.de/projekt/doconline> [letzter Zugriff: 19.10.2024].
230. Ärztenachrichtendienst. Digitale Ersteinschätzung entlastet Bereitschaftsdienst [Internet]. Verfügbar: <https://www.aend.de/article/233085> [letzter Zugriff: 04.02.2025].
231. Allner R, Wilfling D, Kidholm K, Steinhäuser J. Telemedizinprojekte im ländlichen Raum Deutschlands. Eine systematische Bewertung mit dem „Modell zur Evaluation von telemedizinischen Anwendungen“. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2019;141-142:89-95.
232. Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e. V. (SVDGV). Potenziale der Telemedizin für eine bessere Versorgung nutzen. 2022 [Internet]. Verfügbar unter: <https://digitalversorgt.de/wp-content/uploads/2022/02/Positionspapier-Potenziale-der-Telemedizin.pdf> [letzter Zugriff: 06.10.2024].
233. Kirk UB, Høstrup Vestergaard C, Hammer Bech B, Bondo Christensen M, Kallestrup P, Huibers L. Video consultation in general practice during COVID-19: a register-based study in Denmark. *BJGP Open*. 2024;8(2).

234. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Vereinbarung über die Anforderungen für die Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen gemäß § 87 Absatz 20 SGB V vom 1. März 2025 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_31c_BMV-Vereinbarung_Versorgungsqualitaet_telemedizinischer_Leistungen.pdf [letzter Zugriff: 02.03.2025].
235. Klinge K, Bleckwenn M. Telemedizin: Rechtlicher Rahmen, Einsatzgebiete und Limitationen. MMW - Fortschritte der Medizin. 2021;163(15):42-9.
236. Kassenärztliche Bundesvereinigung. PraxisBarometer Digitalisierung. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. 2020 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/IGES_KBV_PraxisBarometer_2020.pdf [letzter Zugriff: 03.02.2025].
237. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. 10-Punkte-Aktionsplan für mehr Hausärztinnen und Hausärzte in Niedersachsen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/presseinformationen/10-punkte-aktionsplan-fur-mehr-hausarztinnen-und-hausarzte-in-niedersachsen-239676.html> [letzter Zugriff: 21.02.2025].
238. beck im dtv. Tarifrecht öffentlicher Dienst: dtv; 2024.
239. Kassenärztliche Vereinigung Hessen. Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Recht_Vertrag/AEBD-ARZT_Bereitschaftsdienstordnung2023.pdf [letzter Zugriff: 04.10.2024].
240. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Gemeinsame Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 11. November 2009/20. 2010 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Rechtsquellen_und_Vertraege/Notfalldienstordnung/notfalldienstordnung_ae_kvwl.pdf [letzter Zugriff: 06.10.2024].
241. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=4101> [letzter Zugriff: 06.10.2024].
242. Kassenärztliche Vereinigung Saarland. Bereitschaftsdienstordnung der KV Saarland [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvsaarland.de/wp-content/upload> [letzter Zugriff: 07.10.2024].
243. Kassenärztliche Vereinigung Bremen. Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvhb.de/fileadmin/kvhb/pdf/Bereitschaftsdienst/aebd-notdienstordnung.pdf> [letzter Zugriff: 07.10.2024].
244. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Ärztliche Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 25.05.2024 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/ueberuns/Bereitschaftsdienstordnung_03072024.pdf [letzter Zugriff: 07.10.2024].
245. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Gemeinsame Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein [Internet].

- Verfügbar unter:
https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/rechtsdokumente/notdienstordnung_2022.pdf?v=1678173563 [letzter Zugriff: 07.10.2024].
246. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (BDO-KVB) [Internet]. Verfügbar unter:
<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Service/Rechtsquellen/Satzungsrecht/KVB-RQ-Bereitschaftsdienstordnung.pdf> [letzter Zugriff: 06.10.2024].
 247. Bundessozialgericht. „Pool-Arzt“ im vertragszahnärztlichen Notdienst nicht automatisch selbstständig [Internet]. Verfügbar unter:
https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2023/2023_35.html [letzter Zugriff: 05.10.2024].
 248. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. Nach BSG-Urteil: KVSH kündigt Poolärzten im Bereitschaftsdienst [Internet]. Verfügbar unter:
https://www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Presse/Pressemitteilungen/2023/PM_KVSH_kuendigt_Poolaerzten_im_Bereitschaftsdienst.pdf [letzter Zugriff: 05.10.2024].
 249. Healthrelations. Nachwuchsmangel: Wo bleiben die jungen Ärzte? [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.healthrelations.de/nachwuchsmangel/> [letzter Zugriff: 04.10.2024].
 250. Unbekannt. Generationenkonflikt. Was Ärztinnen und Ärzte sagen. Dt Aertztbl. 2020;117(7).
 251. Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. Work-Life-Balance [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.virchowbund.de/praxis-knowhow/praxis-gruenden-und-ausbauen/work-life-balance> [letzter Zugriff: 04.10.2024].
 252. Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J, Joos S. The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. Fam Med. 2013;45(2):95-101.
 253. Goetz K, Campbell SM, Steinhäuser J, Broge B, Willms S, Szecsenyi J. Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. BMC Fam Pract. 2011;12:137.
 254. Smits M, Keizer E, Huibers L, Giesen P. GPs' experiences with out-of-hours GP cooperatives: a survey study from the Netherlands. Eur J Gen Pract. 2014;20(3):196-201.
 255. Lecturio E-Learning Magazin für junge Ärzte. Praxisabgabe: Warum junge Ärzte nicht aufs Land wollen [Internet]. Verfügbar unter: <https://arztboerse.de/praxisabgabe-warum-junge-aerzte-nicht-aufs-land-wollen/mag> [letzter Zugriff: 04.10.2024].
 256. Kindler N. Warum wollen junge Ärztinnen und Ärzte nicht aufs Land? [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.landarzt-sein.de/2021/01/05/warum-wollen-junge-aerztinnen-und-aerzte-nicht-aufs-land/> [letzter Zugriff: 04.10.2024].
 257. van den Bussche H. Ergebnisse der KarMed-Kohortenstudie sowie Schlussfolgerungen für die fachärztliche Weiterbildung und die vertrags-, insbes. hausärztliche Tätigkeit. Zi-Paper 24/2022 [Internet]. Verfügbar unter:
https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_24-2022_KarMed-Studie.pdf [letzter Zugriff: 04.10.2024].
 258. Berater für Mediziner. Ärztemangel trotz Überversorgung [Internet]. Verfügbar unter:
<https://www.bfmberlin.de/aktuelles/aerztmangel-trotz-ueberversorgung/> [letzter Zugriff: 04.10.2024].
 259. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Bedarfsplanung muss reformiert werden [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kv-rlp.de/nachricht/bedarfsplanung-muss-reformiert-werden> [letzter Zugriff: 04.10.2024].
 260. Bühren A, Eckert J. Feminisierung der Ärzteschaft: Überschätzter Effekt. Dt Aertztbl. 2011;108(21):1168-71.

261. Marburger Bund. Umsetzung der neuen Tarifregelungen Teil 3: Änderungen beim Bereitschaftsdienst. 2022 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2023-01/VKA_MitgliederInfo_Bereitschaftsdienste_Teil%203.pdf [letzter Zugriff: 24.02.2025].
262. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvsachsen.de/fileadmin/api/contracts/230112_BdO_2023.pdf [letzter Zugriff: 04.10.2024].
263. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Notfalldienstordnung (NDO) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 28. September 2017 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kvhh.net/_Resources/Persistent/9/8/2/d/982d02e5dcdbd9dea89b051394803af8fb2a8517d/notfalldienstordnungvom28.09.2017.pdf [letzter Zugriff: 07.10.2024].
264. Berchet C. Emergency Care Service: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. Paris: OECD Publishing; 2015.
265. V. Carvalho AS, Broekema B, Brito Fernandes Ó, Klazinga N, Kringos D. Acute care pathway assessed through performance indicators during the COVID-19 pandemic in OECD countries (2020–2021): a scoping review. BMC Emergency Medicine. 2024;24(1):19.
266. von Stillfried D, Czihal T, Erhart M. Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. Zi-Paper 11/2017 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/Zi-Paper_11-2017_Notfallversorgung.pdf [letzter Zugriff: 07.10.2024].
267. Sitter K, Braunstein M, Wörnle M. Beweggründe von Patienten, die sich selbständig in der Notaufnahme vorstellen – eine prospektive monozentrische Beobachtungsstudie. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2024;119(7):546-57.
268. Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open. 2016;6(11):e013323.
269. Booker MJ, Purdy S, Shaw ARG. Seeking ambulance treatment for 'primary care' problems: a qualitative systematic review of patient, carer and professional perspectives. BMJ Open. 2017;7(8):e016832.
270. Leutgeb R, Engeser P, Berger S, Szecsenyi J, Laux G. Out of hours care in Germany - High utilization by adult patients with minor ailments? BMC Family Practice. 2017;18(1):42.
271. Metelmann B, Brinkrolf P, Kliche M, Vollmer M, Hahnenkamp K, Metelmann C. Rettungsdienst, kassenärztlicher Notdienst oder Notaufnahme. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2022;117(2):144-51.
272. Reinhold AK, Greiner F, Schirrmeister W, Walcher F, Erdmann B. Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. 2021;116(6):511-21.
273. Schleef T, Engeleit K, Krause O, Schneider N. Patients treated by general practitioners in a university emergency department before and after implementation of a triage system. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2023;118(5):382-8.
274. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients Attending Emergency Departments. Dt Arztebl Int. 2017;114(39):645-52.
275. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Patientensteuerung entlastet Notdienst [Internet]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_63293.php [letzter Zugriff: 09.02.2025].

276. afp, dpa, kna, cmk, may. Debatte über Notaufnahmegebühr [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/142367/Debatte-ueber-Notaufnahmegebuehr-entbrannt> [letzter Zugriff: 09.02.2025].
277. Deutscher Bundestag. Bundestag schafft einstimmig die Praxisgebühr ab [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2012/41447099_kw45_de_praxisgebuehr-209922 [letzter Zugriff: 09.02.2025].
278. Deutsches Ärzteblatt. Debatte über Notaufnahmegebühr entbrannt [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/debatte-ueber-notaufnahmegebuehr-entbrannt/> [letzter Zugriff: 09.02.2025].
279. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Notaufnahme-Gebühr für Patienten nur unter Vorbedingungen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/notaufnahme-gebuehr-fuer-patienten-nur-unter-vorbedingungen/> [letzter Zugriff: 09.02.2025].
280. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html [letzter Zugriff: 20.02.2025].
281. Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistischer Bericht - Pflegevorausberechnung - Deutschland und Bundesländer - 2022 bis 2070 [Internet]. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.html> [letzter Zugriff: 20.02.2025].
282. Zimmermann J, Brijoux T, Zank S. Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter. In: Kaspar R, Simonson J, Tesch-Römer C, Wagner M, Zank S (Hrsg.). Hohes Alter in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2023:63-87.
283. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age - a scoping review. BMC Public Health. 2019;19(1):1431.
284. Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M. Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Lindenberger U, Smith J, Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.). Berlin: Akademie- Verlag; 2010:175-207.
285. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1211.pdf [letzter Zugriff: 23.11.2024]
286. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. Lauterbach schließt dauerhaftes, ärztliches Dispensierrecht aus [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/newsroom/detail/lauterbach-schliesst-dauerhaftes-aerztliches-dispensierrecht-aus/> [letzter Zugriff: 23.11.2024].
287. Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVVG) [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVVG_RefE.pdf [letzter Zugriff: 07.10.2024].

288. Deutscher Bundestag Wissenschaftliche Dienste. Zur Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes bei einer Verankerung der Notfallversorgung im SGB V. Berlin: Deutscher Bundestag; 2024.
289. Beneker C. KV Niedersachsen will Belastung für Ärzte im Fahrdienst reduzieren [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/KV-Niedersachsen-will-Belastung-fuer-Aerzte-im-Fahrdienst-reduzieren447449.html> [letzter Zugriff: 01.10.2024].
290. Augurzký B, Beivers A, Giebner M. Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich M, Wasem J (Hrsg.). Stuttgart: Schattauer; 2015:77-97.
291. teleclinic. Tschüss Wartezimmer. Hallo Online-Arzt. [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.teleclinic.com> [letzter Zugriff: 19.10.2024].
292. KV Innovationsscout. KVH-App für den fahrenden Notdienst [Internet]. Verfügbar unter: <https://kv-innovationsscout.de/projekt/kvh-app-fuer-den-fahrenden-notdienst> [letzter Zugriff: 19.10.2024].
293. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Gesundheitsberatung 1450 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Gesundheitsberatung-1450.html> [letzter Zugriff: 09.02.2025].
294. Schullern C, Nöhammer E. [Health Hotline 1450: Potentials in Urban Areas of Lower Austria. A Retrospective Analysis.]. Gesundheitswesen. 2023;85(11):1043-6.
295. Koech L, Ströhl S, Lauerer M, Oslislo S, Bayeff-Filloff M, Thoß R, et al. Steuerung von Patient*innen aus Notaufnahmen in die vertragsärztliche Versorgung: Eine Machbarkeitsstudie. Gesundheitswesen. 2024;86(05):339-45.
296. Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland. FAST Track Priorisierung bei der 116117 [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.zi.de/themen/medizin/akut-und-notfallversorgung/projekte/fast-track> [letzter Zugriff: 23.11.2024].
297. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Arztruf Hamburg. Ärztliche Hilfe. Immer. 116117 [Internet]. Verfügbar unter: <https://arztruf-hamburg.de> [letzter Zugriff: 23.11.2024].
298. KV Innovationsscout. Vermittlungszentrale Thüringen. Ambulante Versorgung zeitgemäß koordinieren [Internet]. Verfügbar unter: <https://kv-innovationsscout.de/projekt/vermittlungszentrale-thueringen> [letzter Zugriff: 19.10.2024].
299. Sobiech-Eruhimovic B, Militzer-Horstmann C, Martin D. Terminservicestellen für die fachärztliche Terminvermittlung – Wie wirksam sind sie wirklich? Gesundheitswesen. 2021;84(06):517-25.
300. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Tätigkeit der Terminservicestellen Evaluationsbericht 2022 [Internet]. Verfügbar unter: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/TSS-Bericht_2022.pdf [letzter Zugriff: 01.02.2024].
301. Gisy J. Sind Sie heute schon versetzt worden? hautnah dermatologie. 2023;39(6):80-1.
302. Holle JU, Moosig F. Drei Jahre Terminservicestelle: hohe Rate an Fehlzusweisungen und No-show-Patienten – Eine retrospektive Auswertung des Rheumazentrum Schleswig-Holstein Mitte. Zeitschrift für Rheumatologie. 2019;78(9):832-8.
303. BNK intern – Terminservicestellen – unnötige und kostspielige zusätzliche Bürokratie. Aktuelle Kardiologie. 2016;5(02):143-.

304. KV Innovationsscout. Videosprechstunde im Bereitschaftsdienst. Digitalisierungsprojekt in Niedersachsen [Internet]. Verfügbar unter: <https://kv-innovationsscout.de/projekt/videosprechstunde-im-bereitschaftsdienst> [letzter Zugriff: 13.04.2024].
305. Slagman A, Möckel M. Notfallmedizinische Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Neugebauer E, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F (Hrsg.). Versorgungsforschung - Theorien - Methoden - Praxis. Wiesbaden: Springer; 2024:443-457
306. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Positionspapier: Mehr Qualität durch hausärztliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung [Internet]. Verfügbar unter: https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2025_positionspapier_hae_steuerung.pdf [letzter Zugriff: 13.04.2024].
307. Slagman A, Greiner F, Searle J, Harriss L, Thompson F, Frick J, et al. Suitability of the German version of the Manchester Triage System to redirect emergency department patients to general practitioner care: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(5):e024896.
308. Schleef T, Schneider N, Tecklenburg A, Junius-Walker U, Krause O. Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. *Gesundheitswesen*. 2017;79(10):845-51.
309. Bessert B, Oltrogge-Abiry JH, Peters PS, Schmalstieg-Bahr K, Bobardt-Hartshorn JS, Pohontsch NJ, et al. Synergism of an Urgent Care Walk-in Clinic With an Emergency Department. *Dtsch Arztebl Int*. 2023;120(29-30):491-8.
310. KV Innovationsscout. Allgemeinmedizinische Praxis am Campus. Modellprojekt zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung in Mainz [Internet]. Verfügbar unter: <https://kv-innovationsscout.de/projekt/allgemeinmedizinische-praxis-am-campus> [letzter Zugriff: 21.10.2024].
311. Bundesärztekammer. Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA_Fortbildungscurricula/Nicht-aerztliche_Praxisassistentin_Curriculum_3.Auflage_2023.pdf [letzter Zugriff: 23.11.2024].
312. Mußnug T, Mangiapane S, Czial T. Perspektiven einer hausärztlichen Fokusgruppe auf die Einführung von Community Health Nurses. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2022;98(9):298-303.
313. Kleinpell RM, Grabenkort WR, Kapu AN, Constantine R, Sicoutris C. Nurse Practitioners and Physician Assistants in Acute and Critical Care: A Concise Review of the Literature and Data 2008–2018. *Critical Care Medicine*. 2019;47(10).
314. Hooker RS, Klocko DJ, Luke Larkin G. Physician Assistants in Emergency Medicine: The Impact of Their Role. *Academic Emergency Medicine*. 2011;18(1):72-7.
315. Habicht S, Hahnen D. Strategien gegen den Personalmangel im Rettungsdienst. *Notfall + Rettungsmedizin*. 2024;27(7):537-41.
316. Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für die Bundesrepublik Deutschland. Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2023 [Internet]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Jahresberichte/ZiPP_Jahresbericht_2023.pdf [letzter Zugriff: 23.11.2024].
317. Flake F, Schmitt L, Peter M, Thate S, Scheinichen F, Peters O. Das Konzept Gemeindenotfallsanitäter/in: Projektskizze der Rettungsdienste Oldenburger Land zur

- optimierten Abwicklung von Notfalleinsätzen mit geringer vitaler Bedrohung. Notfall Rettungsmed. 2018;21(5):395-401.
318. Kassenärztliche Vereinigung Hessen. SaN-Projekt: ein Schnittstellenprojekt zur ambulanten Notfallversorgung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.kvhessen.de/praxis-management/san-projekt> [letzter Zugriff: 14.01.2025].
319. Deutsches Ärzteblatt. Inanspruchnahme der Notfallversorgung: Gleiche Zahlen, unterschiedliche Deutung [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/inanspruchnahme-der-notfallversorgung-gleiche-zahlen-unterschiedliche-deutung-a75c25d2-df5a-4ca3-ad21-245c923a2e3f> [letzter Zugriff: 13.07.2024].
320. Ärztezeitung. Notfallversorgung: Zi-Chef stellt Zahlen der Krankenhaus-Kommission infrage [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Zi-Chef-von-Stillfried-stellt-Zahlen-der-Krankenhaus-Kommission-in-Frage-436735.html> [letzter Zugriff: 02.08.2024].

10. Anhang

Anhang 1: Eigenständigkeitserklärung

Anhang 2: Einverständniserklärung

Anhang 3: Interviewleitfaden

Anhang 4: Kodierleitfaden

Anhang 5: Gesamtes Kategoriensystem

Anhang 6: Beispieltranskript eines Interviews

Anhang 1: Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt habe, keine anderen als von mir angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt habe und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Oldenburg, 09.05.2025

Annika Louise Kaper

Anhang 2: Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten

Sie erklären sich dazu bereit, im Rahmen der Dissertation „*Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst im Fokus*“ von Frau Annika Kaper an einem Interview teilzunehmen. Sie wurden über Art, Umfang und Ziel des o.g. Forschungsvorhabens informiert.

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht.

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person und Ihre schutzwürdigen Daten sowie die von im Interview erwähnten Personen und Institutionen zulassen könnten, anonymisiert. Das Transkript des Interviews dient nur zu Analysezwecken und wird lediglich in Ausschnitten zitiert. Nach Abschluss des Forschungsvorhabens werden die Daten vernichtet.

Ihre personenbezogenen Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert und vertraulich behandelt.

Einverständnis

Sie sind damit einverstanden, im Kontext des o. g. Forschungsvorhabens an der Befragung teilzunehmen. Darüber hinaus akzeptieren Sie die o. g. Form der anonymen Weiterverarbeitung und wissenschaftlichen Verwertung des geführten Interviews und der daraus entstehenden Daten.

Ihre Teilnahme an der Erhebung und Ihre Zustimmung zur Verwendung der Daten sind freiwillig. Durch eine Ablehnung entstehen Ihnen keine Nachteile. Ihnen ist bekannt, dass Sie diese Einwilligung jederzeit gegenüber Frau Annika Kaper widerrufen können. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe der Widerrufserklärung, wird dadurch für die Zukunft unzulässig. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

Unter diesen Bedingungen erklären Sie sich bereit, das Interview zu geben und sind damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

Name

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 3: Interviewleitfaden

	Kernthema	Leitfrage	Aufrechterhaltende Fragen und Themen	Weiterführende Themen
Einleitung		1. Wenn Sie an den Bereitschaftsdienst denken – was geht Ihnen durch den Kopf?		
		2. Welche Veränderungen oder Entwicklungen haben Sie in den letzten Jahren im Bereitschaftsdienst mitbekommen oder wahrgenommen?		
Organisation	Organisation	3. Wie erleben Sie die Organisation der Bereitschaftsdienstpraxis/des Bereitschaftsdienstes durch die KVN / DL / Ärztenetz / Ärzteverein?	Welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus? Fühlen Sie Ihre Interessen vertreten?	Wirtschaftlichkeit, Ansprechpartner, Tauschbörse, Vernetzung
	Diensteinteilung	4. Wie empfinden Sie die Diensteinteilung?	Was halten Sie von der verpflichtenden Einteilung? Wie ist die Belastung im Alltag durch die Einteilung?	Planbarkeit, Häufigkeit, Dienstzeiten und Vereinbarkeit mit Praxisbetrieb, Einteilung angestellter Ärzte
		4a. Alternativ: Warum lassen Sie sich vertreten und machen selbst keinen Dienst?	Wie finden Sie eine Vertretung?	Wie funktioniert der Austausch? Was kostet eine Vertretung?
	116117	5. Welche Erfahrungen haben Sie mit der bundesweiten Rufnummer 116117 gemacht?	Wie empfinden Sie die Qualität der Ersteinschätzung? Wie funktioniert die Kommunikation bei Rückfragen? Ist die 116117 eine geeignete Anlaufstelle für Patienten?	Zuordnung in Versorgungsebene, Disposition der Hausbesuche, Schnittstelle Rettungsdienst, Schnittstelle für Pflegeheime/Einrichtungen
	Vergütung	6. Was geht Ihnen beim Stichwort „Vergütung“ durch den Kopf?	Wie angemessen oder attraktiv ist die Vergütung? Wie sähe eine angemessene Vergütung aus?	Vertreter suche, freiwillige Übernahme von Diensten, Anreiz für junge Ärzte, unterschiedliche Verdienstmöglichkeiten Stadt und Land, Bekanntheit GÖPn EBM
	Ausstattung und Infrastruktur	7. Können Sie mir über die Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxis und auf Hausbesuchen berichten?	Wie ist die Behandlungsqualität? Wie zufrieden sind Sie damit? Wie sicher fühlen Sie sich bei Hausbesuchen?	Zusammenarbeit mit Krankenhaus, Medikamente und Verordnungen, eRezept, Pflegeheime

Inanspruchnahme	Inanspruchnahme	8. Wie beurteilen Sie die Inanspruchnahme?	Häufigkeit, Dringlichkeit, Gründe für Inanspruchnahme, Patientenkontext	Pflegeheime, Leichenschauen, NPsychKG
	Versorgungsangebot und -nachfrage	9. Inwiefern beantwortet der Bereitschaftsdienst die Nachfrage von Patienten?	Wann ja? Wann nicht?	
Ressource Arzt	Telemedizin	10. Was halten Sie vom Einsatz von Telemedizin im Bereitschaftsdienst?	Welche Fälle können damit beantwortet werden? Welche nicht?	
	Delegation	11. Haben Sie Ideen, wie man die Ressource Arzt schonender einsetzen kann?	Delegation von Leistungen z.B. Hausbesuche durch Sanitäter oder Gemeindenotfallsanitäter, Verah oder NäPa	Arztmangel, Personalmangel
	Weitere Ideen	12. Wenn Sie ein Idealbild zeichnen dürften: Wie sähe die Versorgung außerhalb der Sprechstunden aus?		
Nachwuchsgewinnung	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	13. Wie ist der Bereitschaftsdienst mit dem Familien- und Privatleben vereinbar?		Vereinbarkeit mit Familienleben, Teilzeittätigkeit, Ehrenämter
	Niederlassung und Nachfolgersuche	14. Welche Rolle spielt der Bereitschaftsdienst bei der Niederlassung / Nachfolgersuche?		
Evaluation	Evaluation und Best Practice	15. Was läuft im Bereitschaftsdienst besonders gut?		
		16. Was läuft nicht gut?		
		17. Haben Sie Tipps oder Tricks bei der Durchführung und Vereinbarung des Bereitschaftsdienstes mit dem Praxisalltag?		eigene Absprachen, Vereinbarungen, Lösungen, Fallübergabe
Berufsethos	Sicherstellungsauftrag	18. Die Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen sieht die Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst vor. Was denken Sie darüber?	Ist der Bereitschaftsdienst/Sicherstellungsauftrag außerhalb der Sprechzeiten im Sinne des Berufsethos zeitgemäß?	Falls nein: Wer könnte ihn (besser) ausüben oder übernehmen?

Ab- schluss		19. Haben Sie noch etwas, was Sie mir mit auf den Weg geben möchten?	Ideen, Anregungen, Tipps, Hinweise	

Anhang 4: Kodierleitfaden

Code (d= deduktiv i= induktiv)	Definition	Ankerbeispiel	Codierregel
Verordnungen (d)			
Einschätzung der Relevanz (d)	Relevanz von Verordnungen im Bereitschaftsdienst	"Das geht eigentlich gut und wir haben ja auch relativ viel dabei. Also wir zumindest im Koffer. Also Verordnung von Medikamenten ist eigentlich kein Thema." (B105)	
Probleme (d)			
Ausstellprozess (d)	Ausstellungen von Verordnungen	"Das muss ich ja momentan mit der Hand ausfüllen alles und das nervt schon ziemlich, ja." (B112)	insbesondere Rezepte und AUs
Einlösung des Rezepts (i)	Weg von Verordnung bis zum Patienten	"Also beim Sitzdienst ist es kein Problem, weil da wird in der Regel auch eine Apotheke in der Nähe sein. Diensthabe Apotheke. Aber beim Fahrdienst ist sowohl bei Leuten privat zu Hause als auch im Pflegeheim, da ist oft das Problem eben mit dem Medikamenten besorgen bzw. Transport." (B109)	
Einschränkungen durch Dispensierrecht (i)	Eingeschränkte Möglichkeiten, Medikamente im Bereitschaftsdienst auszugeben	"Das Dispensierrecht, das ist schon ein bisschen schwierig. Also, das wird schon erwartet. Und es ist auch anders nicht so richtig gut praktikabel, dass man im Einzelfall eben vor Ort ein paar Tabletten dalassen können muss." (B214)	
Verordnungsgründe (d)	Anforderungen von Verordnungen und häufig gefragte Medikamente im Bereitschaftsdienst	"Es waren viele Antibiotika. Weil ja auch viele Leute so mit Infekten kamen, dann Analgetika sehr viel, zum Teil auch Psychopharmaka. Meistens welche, die dann weiter verschrieben werden sollten. Ja, das war so das meiste. Okay, manchmal waren es einfach auch so Folgeerzette von Leuten, die nichts mehr hatten und nicht zu ihrem Arzt gegangen waren und dann sagten „ich brauche das jetzt“. Und dann klar kriegen sie das auch. Zumindest eine kleine Packung, damit sie übers Wochenende kamen." (B117)	
Erfahrungswerte 116117 (d)			

Negativ (d)			
Qualität der Ersteinschätzung (d)			
andere Einschätzung durch Arzt (i)	eigene telefonische Kontaktaufnahme und Ersteinschätzung mit Neubewertung der Notwendigkeit eines Hausbesuchs	"Das machen die gut und man wird dann auch sehr freundlich darum gebeten, sich bei den Patienten, wo dann Hausbesuch gerade ansteht, zu melden. Und dann kann ich ja immer noch entscheiden, ob ich dahinfahre oder nicht, ob das ein Notfall ist oder nicht." (B112)	
Einsatz von Software (d)	Gedanken zum Einsatz von Software zur standardisierten Ersteinschätzung von Patientenfragen	"Also ich bin sehr skeptisch. Ich glaube nicht, dass es gut funktioniert." (B108)	
Beispiele für falsche Indikationen (i)	Beispiele für falsche Ergebnisse und Indikationen durch den Einsatz von standardisierter Ersteinschätzung durch Software	"Also wenn ich dann einen Anruf bekomme von der Zentrale und die sagen mir, ich soll da und da anrufen, der Patient ist nicht mehr ansprechbar, dann frage ich mich, ob die eigentlich gar nichts kapiert haben." (B119)	
schlechte Erreichbarkeit (d)	schlechte Erreichbarkeit aus Sicht des Patienten	"Als Patient. Also das dauert schon unter Umständen 20, 30 Minuten, bis man da sein Anliegen vorgetragen hat und so." (B214)	nicht nur Wartezeit, sondern auch Erhalten von Rat und Hilfe
fehlende Verzahnung mit regionalen Strukturen (i)	fehlende Kenntnis und Verzahnung von regionalen Strukturen	"Also erst mal ein bisschen skeptisch. Im Sinne von, dass so eine übermäßige Zentralisierung ich dann nicht günstig finde. Weil die Ortskenntnis und so ein bisschen die Erfahrung verloren geht. Es muss jetzt nicht unbedingt in jedem einzelnen Bereich jemand sitzen, aber ich fände es schon sinnvoller, wenn es zum Beispiel jetzt vielleicht für Niedersachsen dann das eingeteilt ist in drei, vier große Gebiete, die dann so einzeln versorgt werden." (B109)	
Positiv (d)			

Patientenübergabeprozess an den Arzt (d)	Disposition der Hausbesuche an den diensthabenden Arzt	"Und ich finde, dass die Disponenten aus Göttingen sind sehr gut. Die waren wirklich/ , die schicken dann immer per/ . Ich bitte dann immer per SMS mir alle Daten zu schicken. Total genial. Und dann fährst du da hin." (B201) "Aber wie gesagt, es erfolgt ja gar keine richtige Kommunikation mehr mit dieser Leitstelle 116 117, sondern das ist einfach nur „hier habe ich einen Einsatz, bitteschön“, fertig. Das heißt also, es gibt heute keinen nennenswerten medizinischen Austausch darüber, wie das zustande gekommen ist, dass man meint, dass ich da jetzt hin muss..." (B108)	Telefon vs. SMS, Qualität der Daten, Austausch mit Disponenten, Funktionalität
Filterfunktion und Entlastung (i)	Entlastung durch Filterfunktion	"...aber da hat sich ja auch eine Verbesserung ergeben, finde ich aus meiner/ . Meines Erachtens ist die Verbesserung da, dass eine zentrale Stelle wirklich angerufen wird und dann verteilt und ich die Information von dieser Stelle kriege und nicht von den Patienten selber." (B103)	
Qualifikation und Eignung (d)			
Teilnahme von Weiterbildungsassistenten (d)			
Rahmenbedingungen (i)	Rahmenbedingungen zur Teilnahme von Weiterbildungsassistenten am Bereitschaftsdienst	"Und ich finde auf jeden Fall, dass die/ . Es sollte nicht verpflichtend sein. Es sollte halt als Libitum sein. Man sollte die Möglichkeit haben, aber so viel wie ich es verstanden habe, dürften die ja auch mit, wenn einer im Hintergrund ist." (B104)	
Kompetenzen (i)	geforderte Kernkompetenzen für eine sichere Teilnahme am Bereitschaftsdienst	"Also ja, also ich finde, das ist ein Fach, das man auf jeden Fall gemacht haben sollte als Hausarzt das Feld. Oder als Ausbildungsassistent. Weil es fällt ja auch einfach in diesen Bereich hinein. Du kommst in ein ganz anderes Leben rein. Viele Leute waren ja noch nie bei vielen Leuten zu Hause. Und was wir so teilweise im Hausbesuch sehen, das ist ja schon einiges." (B106)	
Einteilung von Ärzten aller Fachgruppen (d)			

Fairness-Gedanke (i)	Beteiligung aller Fachgruppen am Bereitschaftsdienst wird als gerecht angesehen	"Eigentlich finde ich ja, die Fachärzte dürften ihren Anteil daran auch leisten, dann wäre es deutlich weniger Belastung für uns." (B104)	
Eignung (d)			
keine Bedenken (I)	keine Bedenken bei der Teilnahme aller Fachgruppen am Bereitschaftsdienst	"Also auch als Hals-Nasen-Ohrenarzt gab es nie ein Problem. Und ich würde sogar auch sagen, dass auch die Neurologen, Pathologen, Psychiater und was weiß ich nicht was, eigentlich gut da durchkommen." (B120)	
eingeschränktes Fachwissen (i)	Fachärzte patientenferner Fachgruppen besitzen ein eingeschränktes allgemeinmedizinisches Fachwissen	"Die haben von dem Gängigen ja überhaupt keine Ahnung." (B105)	
Einfluss auf Versorgungsqualität (i)	Einfluss der Teilnahme von Fachärzten aller Fachgruppen auf die Versorgungsqualität im Bereitschaftsdienst	"...die sagen „Um Gottes willen, bloß keine Kinder, die behandle ich gar nicht und schicke sie gleich in die Klinik“." (B117)	
Organisation (d)			
Dokumentation (d)	Dokumentation von Patienten- und Abrechnungsdaten im Bereitschaftsdienst	"Wir haben eben keine elektronische Dokumentation, die wir jetzt in irgendeiner Weise weitergeben könnten." (B110) "Ich habe mir ein Blatt gebaut, wo ich Anamnese und so schon eintragen kann, und dann fahre ich rechts ran und trage es mir schon mal alles ein, dass ich nicht beim Patienten vor Ort noch unnötig lange schreiben muss." (B113)	Ausstellung von Verordnungen ausgenommen
Ausstattung und Infrastruktur (d)			

Fahrdienst (d)	Ausstattung des diensthabenden Arztes im Fahrdienst	"Arztkoffer? Da ist alles drin, da ist Intubation, Spatel drin. Da sind Infusionen drin und da sind Vigors drin. Da sind Notfallmedikamente drin, da ist ja eine Schere, Verbandsmaterial, Pflaster. So Sachen." (B120) "Man hat ja auch nicht die Blutdruck-Tablette dabei. Also du hast es ja auch nicht so, dass du jetzt sagst „jetzt nimm mal was“. Du kannst ja jetzt nicht alle 14 verschiedenen Hyperintensiver irgendwie mitführen. Das ist unmöglich." (B120)	
Praxis (d)	Räumlichkeiten und Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxis	"Aber wir haben da NICHTS. Wir haben ein Stethoskop, ein Blutdruckmessgerät, Urinsticks und ein Otoskop. Das war es. Wir haben keine Möglichkeit, ein Labor zu machen. Kein EKG, kein Sono." (B201) "Eigentlich nicht, muss ich sagen. Für das, was wir da machen sollen und für das, was ich glaube auch der hausärztliche Notdienst gedacht ist, ist es ausreichend. Ich brauche da jetzt eigentlich kein Labor, ich brauche da keine Troponintests, weil ich die Leute dann eh/ ." (B103)	Auch Personal und Öffnungszeiten sowie Erreichbarkeit
Diensteinteilung (d)			
Anregungen (d)	Ideen und Wünsche zur Diensteinteilung	"Da wurde ein Dienst einfach auf mich übertragen, als ich die Praxis übernahm, da war ich ein bisschen stinkig, weil man das nicht einfach so machen kann." (B103) "Und da sind tatsächlich manchmal die 50 möglichen Tage, die man ausgrauen kann für private Termine und Fortbildung, manchmal fürs Jahr nicht ganz ausreichend. Habe ich schon zumindest in manchen Jahre gemerkt, als ich zum Beispiel meine Weiterbildung für die manuelle Medizin gemacht habe." (B106)	

Dienststart und -häufigkeit (d)	Dienststart und -häufigkeit der zugeteilten Dienste	"Das ist natürlich was anderes, was wir jetzt im Fahrdienst haben. Das ist ja ein großer Teil, muss man sagen. Ich mache überwiegend Fahrdienste. Komischerweise werden mir die immer zugeteilt." (B103) "Ich meine, wir in der Praxis glaube ich so/ (...) also das sind ja irgendwie zwei Dienste im Monat und dann sogar mal einen Monat nicht und dann mal wieder drei." (B105)	
Diensttausch und Vertretersuche (d)	Umgang mit Diensttauschen, Tauschanfragen und Vertretungen	"Das läuft alles so per mündlicher Absprache. Also über die Kollegen, mit denen man sowieso auch im Alltag relativ viel zu tun hat. Man hat ja auch sozusagen, wenn die Praxis mal so zumacht, schon seine Leute, mit denen man eigentlich dann immer hin und her tauscht." (B105)	
BD-online (d)	Dienstplanungsprogramm BD-online	"Also das geht ja über das BD-online auch eigentlich zuverlässig. Ich denke das ist ein gutes Portal, wo das auch funktioniert. Man muss es halt beherrschen, aber da habe ich eigentlich keine Probleme. Klappt." (B107)	
angestellte Ärzte (d)	Diensteinteilung von und Handhabung mit angestellten Ärzten	"Die macht auch einen Dienst. Einen pro Quartal übernimmt sie. Das heißt, wir hätten dann vier pro Quartal für die Praxis und die muss das/. Aber die sagt mir, welche Dienste sie haben will. Und dann buche ich die ein und dann nimmt sie mir die ab." (B102)	
Größe des Planungsbereichs (d)			
sehr groß (i)	Die Größe des Planungsbereichs wird als sehr groß bezeichnet	„Natürlich ist das schon ein riesiges Gebiet, das Ammerland ist sehr groß und die Fahrerei ist dann schon ausgeprägt, das ist klar. Also von hier bis Uplengen, da sind ja bald 60 Kilometer und das ist schon viel.“ (B107)	
in Ordnung (i)	Die Größe des Planungsbereichs wird als gut machbar beschrieben	"Das ist okay von der Größe." (B201)	

Zusammenhang Größe und Diensthäufigkeit (i)	Präferenz zur Größe des Planungsbereichs und der Diensthäufigkeit	"Größerer Bereich, weniger Dienste, weil die Menge wird immer hoch bleiben, auch in kleinen Bereichen glaube ich das." (B113)	
Wahrnehmung Organisationsform (d)			
Nein (d)	Organisationsform wird nicht wahrgenommen	"Es ist für mich nicht sichtbar, wer es macht." (B115)	
Ja (d)			
Ärztendorf (d)	Vor- und Nachteile der Organisation des Bereitschaftsdienstes durch ein Ärztenetz	"Also ich bin Mitglied bei Plexxon und insofern bin ich mit deren Strukturen eigentlich bekannt und finde das auch gut, was die machen. Das funktioniert auch ordentlich, finde ich." (B107)	
in eigenen Praxen (d)	Vor- und Nachteile der Organisation des Bereitschaftsdienstes in eigenen Praxisräumen	"Und wir sagen in unserer Praxis mit einer guten MFA, mit einer eingespielten Infrastruktur, wo wir extrem viel Diagnostik für ganz kleines Geld machen können, fühlen wir uns natürlich viel besser aufgehoben als in einem Zimmerchen irgendwo am Krankenhaus." (B108)	
Verein (d)	Vor- und Nachteile der Organisation des Bereitschaftsdienstes durch einen Ärzteverein	"Also zumindest ist es da von Organisation wirklich toll, auch mit dem Fahrdienst. Und es ist natürlich deutlich besser vergütet. Das muss man einfach auch sagen." (B201)	
Sektorenübergreifende Schnittstellen und Probleme (d)			

Pflegeheime (d)	Schnittstelle Pflegeheim und Bereitschaftsdienst	"Ja, weil es ist wirklich für eine Dauermedikation, die schon vorher bestand, nur weil das Rezept zu spät beim Hausarzt bestellt wurde, dann den diensthabenden Arzt/ . Also das waren ja hin und zurück dann 40 Kilometer fahren zu lassen, weiß ich nicht, finde ich doch eher nicht vernünftig." (B201) "Es gibt Heime, bei denen läuft es besser. Es gibt Heime, die haben so einen hohen Durchsatz am Pflegepersonal, dass diese Information „Ruft bitte erst die Praxis an“ gar nicht übergeben wird. Das ist ein großes Problem. (...) Und es gibt natürlich Heime, die rufen den Rettungsdienst, nicht den ärztlichen Notdienst, wenn irgendwas Akutes ist." (B104)	Situationen und Probleme, die sich zwischen dem Pflegeheim und dem Bereitschaftsdienst ergeben
Krankenhaus und Notaufnahme (d)	Schnittstellen mit den Krankenhäusern / Notaufnahmen im Bereitschaftsdienst	"Und auch solche Situationen wie jetzt beim letzten Dienst. Alle Häuser abgemeldet." (B113) „Also die sind ja jetzt seit, ich weiß gar nicht, seit 1. Januar glaube ich/ da befindet sich ja die KV Praxis auch direkt im gleichen Gebäude wie die Notaufnahme des Krankenhauses. Und das ist schon sehr praktisch. Das heißt Patienten, die mit Thoraxschmerz kommen, da muss ich dann ja gar keine EKGs mehr schreiben. Könnte ich dann, aber mache ich dann gar nicht. Die schicke ich dann natürlich gleich weiter.“ (B112)	Situationen und Probleme, die sich zwischen Notaufnahmen / Krankenhäusern und dem Bereitschaftsdienst ergeben; insbesondere Zusammenarbeit Bereitschaftsdienst und Notaufnahmen in gemeinsamen Strukturen

Rettungsdienst (d)	Schnittstelle zwischen Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst	"Patient sagt am Telefon, er will nicht ins Krankenhaus, aber die Leitstelle sagt er muss. Dann kommt automatisch der Hausarzt. Was soll ich dann als Hausarzt machen? Er kommt ins Krankenhaus. So, jetzt hat nur ein Arzt übernommen, der da hinfährt, der für ihn die Entscheidung trifft." (B111) "ich muss es immer wieder sagen, anruft, in einem Heim und sagt das dem Disponenten, die hat bei 112 angerufen, die macht schon die richtige und wird dann an den kassenärztlichen Notdienst weitergestellt. Da kommt man dann da an und die Pflegefachkraft sagt „Ich weiß, dass Sie nichts machen können. Stellen Sie mir bitte einfach die Einweisung aus“. Dafür ist das System nicht gemacht." (B111)	Abgrenzungsprobleme bei Indikationsstellungen für den Rettungsdienst und den Bereitschaftsdienst
gesamtberuflicher Kontext (d)			
Berufsethos (d)			
Zugehörigkeit zum Beruf (d)			
Ja (d)	der Bereitschaftsdienst wird als Teil der Berufspflicht angesehen	"Also abgesehen von den Nichtigkeiten. Aber es gibt natürlich immer viele Sachen, die schon zeitnah auch behandelt werden müssen und dafür muss ja eine Versorgung laufen. Und wenn wir das nicht tun, wer tut es dann? Das weiß ich jetzt nicht." (B103)	
Nein (d)	der Bereitschaftsdienst wird nicht (mehr) als Teil der Berufspflicht angesehen	"Nein, ich glaube, das stammt aus einer Zeit, wo der Arzt noch seine 300 400 Patienten im Quartal behandelt hat." (B113)	
berufliches Selbstverständnis (d)	Aussagen darüber, wie man sich und die ärztliche Profession sieht und lebt	"Wir haben eine Handynummer, die besteht schon mindestens seit 15 Jahren und die steht mit auf unserem Flyer drauf. Für die Zeiten, wenn die Praxis geschlossen ist. Sodass meine Patienten, wenn sie Not haben, mich anrufen können. Das gilt auch für die Heime." (B104)	
Probleme und Hürden im Praxisalltag (d)			

Sonstige (i)	Sonstige vereinzelt genannte Belastungen und Hürden im Praxisalltag	"Und das fehlende Entlassmanagement. Also hier das Krankenhaus vor Ort." (B201)	
Personalmanagement (i)	Personalführung und Personalmangel	"Wenn man allem hinterherlaufen und man sich nicht verlassen kann, sondern allem hinterherlaufen muss und immer NOCHMAL kontrollieren muss, ob es auch WIRKLICH gemacht wurde, das ist schon/ . Das finde ich schon SEHR anstrengend." (B102)	
Eingeschränkte Selbstbestimmung und Freiberuflichkeit (i)	berufliche Selbstbestimmung und Freiberuflichkeit innerhalb des Systems der ambulanten Versorgung	"Und das Problem ist, dass die Ärzte immer über, viel über „Das müssen sie ja tun, das ist ja ihre Pflicht, das ist ja ihre Berufsordnung“." (B111)	
überbordende Bürokratie (i)	Bürokratische Belastungen im Alltag	"Und ständig irgendwelche neuen Regelungen, was man noch machen soll, dann soll man dies noch machen, dann gibt es irgendwelche Anfragen, dann soll man plötzlich irgendwelche Zeugnisse." (B105)	
kollegiale Vertretung (i)	Organisation einer Vertretung bei Praxisschließung	"Wenn ich am Montag zu machen würde, bräuchte ich ja dann einen Vertreter. Ich habe Kassenärzte Dienst gehabt, dann brauche ich Vertreter. Hier ist aber manchmal keiner in den Sommerferien, der vertreten kann, weil wir ja schon Vertretung für drei Praxen machen. Das ist schwierig." (B111)	
fehlende Vernetzung mit Kollegen (i)	mangelnde Vernetzung mit Kollegen und kollegiales Miteinander	"Ich glaube, jeder macht da sein eigenes Süppchen." (B103)	

Pflegeheimversorgung (i)	Versorgung von Heimpatienten im Praxisalltag	"Und wenn, dann ich sag mal zum Beispiel irgendwie noch ein Heim anruft und sagt „Du musst aber jetzt heute kommen“, das kann ich nicht leisten, das kann ich einfach nicht leisten, weil wann soll ich das und soll ich das tun?" (B102) "Auch jetzt in dieser Woche zum Beispiel bei einer sterbenden Patientin habe ich meine Notfallnummer gegeben und ich habe das in der Akte groß vermerken lassen. Die Fachkraft wusste da auch Bescheid und hat das auch benannt. Aber der Nachtdienst, die Nachtschwester, die da war, hat dann wieder einen unbekannten Arzt angerufen." (B118)	
hohe Arbeitsbelastung (i)	hohe und stetig zunehmende Arbeitsbelastung im Praxisalltag	"Ich glaube viele scheuen tatsächlich dieses Risiko der Selbstständigkeit. Also das nicht sicher zu sein, was kommt da am Ende nachher mal raus UND auch die VIELEN Arbeitsstunden. Ich habe über viele Jahre halt eher so/ . Ich meine, das rechnet keiner aus, aber wenn man halt so 50-60 Stunden Wochen hat." (B106)	im Praxisalltag; unabhängig vom Bereitschaftsdienst
schlechte Vergütung der Regelleistungen (i)	Vergütungssystem und schlechte Vergütung der erbrachten Leistungen	"Also die Bürokratie letztendlich und die Budgetierung ist/ . Man muss sagen, man verdient sein Geld nicht mit einer guten Versorgung, sondern mit irgendwelchen Sachen, die ich, wo ich die Patienten einschreibe. HZV ist sicherlich sinnvoll, weil die Leute zu mir kommen sollen, aber dass ich nur damit wirklich mit Pauschalen mein Geld verdiene, die mehr wert sind als der eigentliche Patient, wenn er kommt." (B103) "ist diese ganzen Geschichten mit Kürzungen, mit was man wie abrechnen darf oder was man nicht mehr abrechnen darf. Und die ganzen Centbeträge, die man irgendwie zusammenfuchst, um irgendwie am Ende viel Geld zu kriegen oder mehr Geld zu kriegen." (B105)	

Einfluss auf Berufswahl (d)	Einfluss des Bereitschaftsdienstes auf die Berufswahl	"Also ich würde jetzt sagen, so wie es jetzt seit einigen Jahren organisiert ist, dass es keine große Belastung ist und eigentlich nicht abhalten dürfte." (B107)	insbesondere Entscheidung sich niederzulassen
Vereinbarkeit von Familie und Privatleben (d)	Vereinbarkeit der Tätigkeit mit Familie und Privatleben	"Gerade wenn es so Richtung Ferien geht, wo dann ja in der Praxis auch immer viel ist und dann noch zu Hause diese ganzen Arbeiten, für die gelernt werden müssen. Das ist schon viel, aber es ist okay und es ist alles machbar. Man muss sich organisieren, seine Termine in den Kalender eintragen." (B102)	allgemein und im Bereitschaftsdienst
Weiterentwicklung Bereitschaftsdienst (d)			
Ideen und Anregungen (d)			
Teilnahmemodus (i)	Teilnahmemodus, unter dem am Bereitschaftsdienst teilgenommen wird	"Im Prinzip wäre es natürlich schon sinnvoll, wenn man Leute hätte, die sagen „okay, ich spezialisiere mich darauf, habe vielleicht gar keine Praxis, aber lebe eben vom Bereitschaftsdienst und bilde mich da dann auch entsprechend fort“. Das wäre schon die bessere Lösung." (B116)	
Einführung Qualitätsmanagement (i)	Maßnahmen, die dazu führen, die Qualität im Bereitschaftsdienst zu sichern und erhöhen	"Also es ist ja leider so, dass man bei diesen Diensten auch keine Einführung bekommt. Also es erzählt einem niemand „wann musst du das wie genau tun“ beispielsweise. Also es gibt da keine Infoveranstaltung Einführung in den KV Notdienst." (B116)	
Ausweitung von Modellprojekten (i)	Umsetzung und Ausweitung von Modellprojekten zur Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes	"Dann sind die im Krankenhaus, dann kann man sagen das macht jemand im Krankenhaus, das macht eine andere Zentrale. Die fährt die ganzen Dienste und holt die Leute ran und dann muss man die bezahlen." (B115)	
Patientensteuerung und -aufklärung (i)	Maßnahmen zur besseren Steuerung und Aufklärung von Patienten im ambulanten Notfallsektor	"Patienten MÜSSEN zur Verantwortung gezogen werden endlich." (B119)	
Einsatz Telemedizin (d)			

allgemein (i)	Einsatz von Telemedizin in der Patientenversorgung	"Das finde ich richtig, richtig schwierig. Ich glaube gerade was so Hausärzte Sachen angeht, bei den meisten muss man einfach aufs Herz hören und muss man einmal auf die Lunge hören. Da komme ich einfach nicht drum herum. Das ist unser so-wieso schon unser einziges Handwerkszeug." (B105)	im Praxisalltag
im Bereitschaftsdienst (d)	Einsatz von Telemedizin im Bereitschaftsdienst	"Aber ich kann mir auch vorstellen, zum Beispiel wenn/ gerade um diese langen Wege zu verhindern, wenn ich dann gerade in den Nordkreis fahren muss oder nach Löningen oder so. Da kann ich mir schon vorstellen, dass man mit Telemedizin einige Fragen klären kann, ohne dass ich vorbeifahren muss." (B112)	im Bereitschaftsdienst
Ressource Arzt (d)			
Verfügbarkeit ärztlicher Ressourcen (d)	Zukünftige Rolle und Entwicklung der Ressource Arzt insgesamt und bei der Ausgestaltung des Bereitschaftsdienstes	"Es gibt eigentlich gar nicht zu wenig Ärzte, sondern die Patienten werden halt überversorgt von Ärzten, weil sie eben / . Ich glaube weil sie einfach zu viel kommen. Sie kommen zu viel, sie kommen mit Kleinigkeiten wie „Ich habe Fieber, ich habe Husten, kann mal jemand gucken“." (B102)	
Delegierbarkeit an andere Berufsgruppen (d)			
Nein (d)	Kritik und Bedenken zum Einsatz anderer Berufsgruppen im Bereitschaftsdienst	"Und das ist auch so eine Geschichte. Aber das ist vielleicht jetzt berufspolitisch, also dass jetzt der Arztberuf so ein bisschen aufgeweicht wird, so mit Bachelormedizinern und Physician Assistants und so, und die sind dann so selektiv. Das war auch noch nie gut." (B120)	in Bezug auf die ärztliche Profession; alternativ oder ergänzend
Ja (d)			
Notfallsanitäter (d)	Einsatz von Sanitätern im Bereitschaftsdienst	"Und so was ähnliches machen ja auch die Gemeindenotfallsanitäter. Das ist mit Sicherheit hilfreich." (B112)	Sanitäter aller Qualifikationen
Verah/NäPa/MFA/Gemeindeschwester (d)	Einsatz von Verah/NäPa/MFA im Bereitschaftsdienst	"Auf jeden Fall eine Zusatzausbildung, denke ich mir. Also ohne geht es glaube ich nicht, (...) weil bestimmte Skills einfach vorhanden sein müssen. Aber eine NäPa klar, das wäre super." (B104)	

Physician Assistants (d)	Einsatz von Physician Assistants im Bereitschaftsdienst	"Es gibt ja auch diese im Emsland, haben die doch diese Physician Assistantsleute, die ja eigentlich/ . Da hatten wir auch schon mal drüber nachgedacht, die wären bestimmt auch hilfreich." (B112)	
Einflussfaktoren Attraktivität der Tätigkeit (d)			
Begleiteter Fahrdienst (d)			
Nachteile (d)			
eingeschränkte Flexibilität (I)	Begleitung durch Fahrer mit Einsatzfahrzeug führt zu Einschränkungen in der Flexibilität	"Ich bin jetzt daran gewöhnt. Ich vermisse es nicht. Ich muss auch dann warten, auf jemand, wenn er kommt. Also ich könnte ohne weitermachen. Ein netter Service. So ein Taxi aber/ ." (B115)	
hohe Kosten (i)	begleitender Fahrdienst führt zu Kostensteigerungen	"Das sind unnötige Kosten, die/ . Das kann man sich sparen." (B119)	
geringe Auslastung (i)	geringe Auslastung des Bereitschaftsdienstes bedarf keinem begleitenden Fahrdienst	"Also ich meine, dass wir jetzt hier mit der Einsatzdichte in der Wesermarsch, der jetzt das vorbereiten muss, glaube ich ist hier nicht unbedingt das Thema." (B214)	
Vorteile (d)			
Entlastung (d)	begleitender Fahrdienst führt zu Entlastung im Fahrdienst	"Es geht um dieses gefahren werden. Das muss sein." (B111)	
Kompetenz und Ausstattung (i)	Begleitung durch Fahrer mit Einsatzfahrzeug wird mit Kompetenz assoziiert	"In Oldenburg ist es ja so geregelt, dass man gefahren wird, dass da also ein Einsatzfahrzeug für den ärztlichen Notdienst ist. Dann hat man einen Fahrer und der hat auch so ein bisschen medizinische Sachen an Bord, zusätzlich zu der eigenen Arzttasche. Das ist dann sehr komfortabel und dann ist man auch zu zweit." (B118)	
Sicherheitsaspekt (d)	Sicherheitsgefühl und -empfinden im Bereitschaftsdienst	"Und wenn ich jetzt hier irgendwo hinfahren müsste, Hausbesuch machen. Also ich fand es schon angenehm, wenn jemand von den Johannitern dabei war. Also es ist ja häufig was Psychiatrisches auch und auch was, ich sage mal Kennedyviertel oder so in Oldenburg, da ist es schon schön, wenn man da als Frau nicht alleine hinfährt." (B201)	

Fließende Abläufe (d)	Gestaltung der Arbeitsabläufe und Prozesse als fließend und funktional	"Und dann fände ich es eher erstrebenswert, dass man das Ganze so gestaltet, dass es genügend attraktiv ist, dass jetzt nicht nur finanziell gemeint, sondern auch vom ganzen Prozedere her. Ablauf. Dass man genügend Leute hat, die das übernehmen, auch auf dem wünschenswerten Niveau." (B109)	
Vereinbarkeit mit Praxisalltag (d)			
keine Probleme (d)	keine Probleme bei der Bewältigung von Bereitschaftsdienst und Praxisalltag	"Ja, das ist machbar. Das ist gut." (B201)	
Einfluss auf Praxisbetrieb (d)	Umsetzung von Bereitschaftsdienst und Praxisbetrieb	„Bisher habe ich dann wirklich auch gesagt, ich kann, ich komme am Folgetag nicht oder es sind dann in der Regel Wochenenden, die ich dann hatte. Also ich habe jetzt tatsächlich mal einen Dienst im November, der geht von Dienstag auf Mittwoch. Dann würde ich aber auch sagen, ich komme dann eine Stunde später und das ist schon, das finde ich schon schwierig, muss ich sagen. Ich finde das nicht machbar.“ (B103)	
Empfinden als Belastung (d)	Empfinden des Bereitschaftsdienstes als Belastung	"Die Dienste sind nicht schlimm. Ich glaube das geht viel, viel schlimmer. Sie sind halt immer so ein bisschen. Ja, gut, mache ich das heute halt, aber freuen muss man sich darüber glaube ich nicht." (B201) "Ich denke als erstes Zusatzbelastung." (B116)	
Patientenaufkommen (d)	Frequentierung und Auslastung durch Patienten innerhalb eines Dienstes	"In den zwei Stunden, wo es offen ist. Da sitze ich dann da. Das ist okay. Also wenn ich das mache, sitze ich da und sehe da meine 15 bis 20 Patienten. Das ist auch ausgelastet." (B111)	
Vergütung (d)			
Fairness und Angemessenheit (d)			
Ja (d)	die Vergütung der Leistungen im Bereitschaftsdienst	"Bei den Temperaturen kommt ja keiner, denn generiere ich ja einen Umsatz von 1.000 €. In zwölf	

	werden als fair und angemessen empfunden	Stunden Arbeit tagsüber, wenn ich mich darüber beklagen würde." (B108)	
Nein (d)			
"manches kann man mit Geld nicht aufwiegen" (i)	die Vergütung führt nicht dazu, dass der Bereitschaftsdienst gerne gemacht wird	"Aber auch ich würde für 1.000 € glaube ich nicht freiwillig einen Dienst machen, wenn ich nicht Geld bräuchte." (B120)	
geringe Vergütung (d)	die Vergütung wird als nicht angemessen angesehen	"Da brauchen wir nicht mehr drüber zu reden. Die ganze Vergütung, ob Bereitschaftsdienst oder so. Das ist eine einzige Lachnummer." (B119)	
fehlende Berücksichtigung von Dienstart und Belastung (d)	die Vergütung sollte die Art des Dienstes und daraus resultierende Belastung berücksichtigen	"Also wenn ich zum Beispiel Praxisdienst habe, arbeite ich ja genauso wie ich hier auch arbeiten würde." (B104)	
Verhältnismäßigkeit zu Vergütung im Praxisalltag (i)	Vergleich von Vergütung von Leistungen des Bereitschaftsdienstes und Praxisalltag	"Die Hausbesuche sind besser vergütet als die normalen, mehr oder weniger geplanten Hausbesuche so bei den Patienten, die wir kennen." (B214)	
Diskussion um Vergütung der Bereitschaft (d)	Berücksichtigung der Bereitschaft oder Bereithaltung des Arztes bei der Vergütung	"Obendrauf verpflichtend. Es ist ja eine Bereitschaft und keine Freizeit. Man ist eingeeengt durch ein Gesetz und da finde ich kann man den Leuten das nicht mit einem Taschengeld / ." (B115)	
heiliger Schlaf (i)	Störungen und Unterbrechungen des nächtlichen Schlafs im Zusammenhang mit der Vergütung	"Ich bin da aber entspannt. Solange ich nachts nicht aufstehen muss, fahre ich da auch umsonst hin." (B201)	
Stadt-Land-Gefälle (d)	ungleiche Verdienstmöglichkeiten im Bereitschaftsdienst durch Stadt-Land-Gefälle	"Ja, also in Hannover, in dem Stadtgebiet, in Hannover, da ist das auch deutlich attraktiver. Klar, wir sind ja hier so ein bisschen auf einem oder bisschen mehr auf dem Land. Und das ist dabei ja auch wieder so das Unfaire daran, dieses Stadt-Land-Gefälle, dass die Ärzte in der Stadt einfach ein anderes Leben haben als die auf dem Land. Also klar, manche werden Landarzt, weil sie es gerne wollen, aber trotzdem ist das irgendwie unfair, dass es dann so unterschiedliche Vergütungsmöglichkeiten und Chancen zum Beispiel gibt." (B105)	

Abrechnungsvorgang (d)	Aussagen zur Abrechenbarkeit von Leistungen und technischer Vorgang	"Klar konnte man den Leuten sagen „kommen Sie am nächsten Tag in meine Praxis und lesen Sie die Karte ein“. Das hat ja niemand getan. Das heißt, ich habe die ganze Zeit für lau telefoniert." (B112)	
Anreiz für Zuverdienst (d)	Anreiz und Potenzial des Bereitschaftsdienstes als Zuverdienst	"Der hat auch ein paar mehr Dienste immer gemacht und auch ganz gerne gemacht, einfach als nettes Zubrot ist." (B105)	
fehlende Transparenz des Systems (i)	das Abrechnungssystem ist nicht transparent	"Ich weiß gar nicht, das kommt alles immer so spät. Es wird ja immer so versetzt bezahlt. Ich habe jetzt, glaube ich, irgendeinen Zuschuss für einen Sonntagsdienst, wo ich letztes Jahr irgendwann mal gefahren bin, bekommen." (B104)	Unwissenheit über Verdienst durch Bereitschaftsdienst und Höhe der Vergütung der einzelnen Abrechnungsziffern
Vorschläge für angemessene Vergütung (i)	Vorschläge für eine angemessene und faire Vergütung	"Also ich denke mal, 150 € Stundenlohn müsste man auf jeden Fall haben, dann würde sich das lohnen." (B117)	
Vergleich mit anderen Berufsgruppen (i)	angeführte Vergleiche mit den Gehältern anderer Berufsgruppen	"Aber im Verhältnis zu anderen Fachgruppen. Nehmen Sie einen Autohandel, die heute zum Teil bei 200 € die Stunde sind. Da kommt man sich schon manchmal unterbezahlt vor." (B107)	
Inanspruchnahme (d)			
Patienten (d)			
vulnerable Gruppen (d)			
Psychiatrische Fälle (i)	psychiatrische Patienten als besonders vulnerable Gruppe im Bereitschaftsdienst	"Stadt ist einfach mehr psychiatrisch." (B201)	
Migranten (i)	Migranten als besonders vulnerable Gruppe im Bereitschaftsdienst	"Patienten der unteren sozialen Schichten, wenn ich das so formulieren kann, häufig mit Migrationshintergrund. Die sich unsicher sind, die einfach nicht wissen, wie sie sich jetzt bewegen sollen in dem System bzw. die einfach auch wenig Gesundheitspräventionsverhalten gelernt haben." (B103)	

Kinder (i)	Kinder und ihre Eltern als besonders vulnerable Gruppe im Bereitschaftsdienst	"Kinder habe ich immer viele, weil die Kinderärzte, die nehmen ja auch nix an." (B201)	
Pflegeheime und Ältere (i)	Pflegeheimbewohner und alte Personen als besonders vulnerable Gruppe im Bereitschaftsdienst	"Also im Atrium habe ich mal fünf Patienten visitiert. Weil der Hausarzt den Tag vorher nicht gekommen ist und die waren echt krank mit Husten. Hohes Fieber. Einen habe ins Krankenhaus eingewiesen. Verdacht auf Pneumonie." (B201)	
unbekannte Patienten (i)	Patienten sind den Ärzten nicht bekannt	"Ich meine die Patienten kenne ich zum Teil auch nicht, dann fahre ich da immer hin und dann sehe ich die nie wieder." (B115)	
Gründe (d)			
Not und Sorge (i)	Not und Sorge als Inanspruchnahmegrund	"Aber gut, auf der anderen Seite, die haben Sorgen und Not. Gut dann/ . Das ist so das, was einen natürlich auch immer wieder hintreibt." (B120)	
unzureichende Regelversorgung (d)			
keine flächendeckende Routineversorgung (i)	eingeschränkte und mangelhafte flächendeckende Routineversorgung durch niedergelassene (Haus-)Ärzte	"Und die Mängel der hausärztlichen Versorgung TOTAL. Also da kriegt man wirklich mit, wie die Kollegen es in Wildeshausen machen, wie wir es nicht machen." (B201)	
eingeschränkte Sprechstundenzeiten (i)	zunehmend eingeschränkte Sprechstundenzeiten der Vertragsarztpraxen	"Und ich sehe es auch mit Argusaugen, dass immer mehr Praxen, sag ich jetzt mal, die Sprechzeiten eindämpfen." B108)	
mangelnde Pflegeheimversorgung durch Ärzte (i)	unzureichende alltägliche Pflegeheimversorgung durch Vertragsärzte	"Besonders viele Pflegeheime, weil kein Hausarzt zum Hausbesuch gekommen ist." (B111)	
fehlende Facharzttermine (i)	fehlende Facharzttermine oder lange Wartezeiten führen zum Aufsuchen des Bereitschaftsdienstes	"Und das finde ich schon anstrengend, weil viele Dinge ja auch dadurch zustande kommen, dass die Patienten Dinge verschleppen, weil manchmal auch einfach keine Termine bei Fachärzten zu kriegen sind." (B104)	
kein Hausarzt/Kinderarzt (d)	Patienten haben keinen Hausarzt oder Kinderarzt	"Das ist ja oft ohne Hausarzt, genau, ohne Hausarzt. Dann fehlende Kommunikation mit dem Hausarzt." (B201)	

berechtigte Bereitschaftsdienstfälle (i)	Fälle mit Behandlungsindikation	"Also es sind einmal Patienten natürlich in Not, die akut was haben an dem Wochenende. Dann sind es aber auch/ oder es sind Patienten, die zum Beispiel aufgrund von Wunden, die verbunden werden müssen, hinmüssen." (B104)	Fälle, die einen Hausbesuch im Bereitschaftsdienst notwendig machen
Motive ohne medizinische Relevanz (d)			
Anspruchsdenken (d)	Patientenanspruch bei der Auswahl der Gesundheitsleistung	"Oder es sind aber auch Patienten, die es einfach verbammelt haben, muss man sagen. Oder die sich nicht zum Hausarzt setzen wollten." (B104)	
mangelnde Gesundheitskompetenz (d)	verunsicherte Patienten, die ihren gesundheitlichen Zustand nicht ausreichend selbst einschätzen können	"Und Selbsteinschätzung. Und nicht jetzt so, was ja eh schon ein Trend ist, dass die Leute sich mehr Sorgen machen oder unsicherer sind als früher." (B109)	
Bagatellen (d)	Beschwerden mit niedriger Behandlungsindikation	"Ja, also schon, dass viel mehr Nichtigkeiten auch aufschlagen." (B106)	langzeitig bestehende Beschwerden und Beschwerden, die nicht im Bereitschaftsdienst hätten behandelt werden müssen
ungesteuerte Nutzung der Versorgungssektoren (d)	ungesteuerte und ungefilterte Nutzung der Versorgungsstrukturen durch Patienten	"Patienten, die einfach nicht zum Hausarzt gehen irgendwie am Tag und meinen, sie können halt mal eben abends kommen." (B102)	
Leichenschau (d)	Aussagen in Zusammenhang mit einer Leichenschau	"Also muss ich ja schon sagen, das ist ja wirklich ein sensibles Thema, wo du ja auch genau arbeiten musst. Du kennst die Patienten nicht, musst dann anhand von Aktenlage, teilweise gibt es den Perso nicht, du kannst es teilweise nicht richtig ausfüllen. Das ist ein bisschen Arbeit." (B120) "So, und dann ist die Patientin verstorben. Und dann musste dieser arme Kollege, der die Patientin überhaupt nicht kannte, die Leichenschau machen." (B118)	

Anhang 5: Gesamtes Kategoriensystem

Kategorien	Häufigkeit
Relevanz von Verordnungen (d)	72
Einschätzung der Relevanz (d)	13
Probleme (d)	45
Ausstellprozess (d)	15
Einlösung des Rezepts (i)	21
Einschränkung durch Dispensierrecht (i)	9
Verordnungsgründe (d)	14
Erfahrungswerte 116117 (d)	114
Negativ (d)	71
Qualität der Ersteinschätzung (d)	42
andere Einschätzung durch Arzt (i)	14
Einsatz von Software (d)	7
Beispiele für falsche Indikationen (i)	21
schlechte Erreichbarkeit (d)	20
fehlende Verzahnung mit regionalen Strukturen (i)	9
Positiv (d)	43
Patientenübergabeprozess an den Arzt (d)	24
Filterfunktion und Entlastung (i)	19
Qualifikation und Eignung (d)	83
Teilnahme von Weiterbildungsassistenten (d)	24
Rahmenbedingungen (i)	12
Kompetenzen (i)	12
Einteilung von Ärzten aller Fachgruppen (d)	59
Fairness-Gedanke (i)	11
Eignung (d)	48
keine Bedenken (i)	9
eingeschränktes Fachwissen (i)	21
Einfluss auf Versorgungsqualität (i)	18
Organisation (d)	247

Dokumentation (d)	21
Ausstattung und Infrastruktur (d)	65
Fahrdienst (d)	15
Praxis (d)	50
Diensteinteilung (d)	76
Anregungen (d)	4
Dienststart und -häufigkeit (d)	23
Diensttausch und Vertretersuche (d)	26
BD-online (d)	14
angestellte Ärzte (d)	9
Größe des Planungsbereichs (d)	39
sehr groß (i)	28
in Ordnung (i)	6
Zusammenhang Größe und Diensthäufigkeit (i)	5
Wahrnehmung Organisationsform (d)	46
Nein (d)	9
Ja (d)	37
Ärztetz (d)	3
in eigenen Praxen (d)	5
Verein (d)	29
Sektorenübergreifende Schnittstellen und Probleme (d)	68
Pflegeheime (d)	29
Krankenhaus und Notaufnahme (d)	23
Rettungsdienst (d)	16
Gesamtberuflicher Kontext (d)	186
Berufsethos (d)	44
Zugehörigkeit zum Beruf (d)	31
Ja (d)	23
Nein (d)	8
berufliches Selbstverständnis (d)	13
Probleme und Hürden im Praxisalltag (d)	100
Sonstige (i)	6

Personalmanagement (i)	6
Eingeschränkte Selbstbestimmung und Freiberuflichkeit (i)	8
überbordende Bürokratie (i)	13
kollegiale Vertretung (i)	10
fehlende Vernetzung unter Kollegen (i)	10
Pflegeheimversorgung (i)	5
hohe Arbeitsbelastung (i)	17
schlechte Vergütung der Regelleistungen (i)	25
Einfluss auf Berufswahl (d)	29
Vereinbarkeit mit Familie und Privatleben (d)	13
Weiterentwicklung Bereitschaftsdienst (d)	202
Ideen und Anregungen (d)	96
Teilnahmemodus (i)	15
Einführung Qualitätsmanagement (i)	14
Ausweitung von Modellprojekten (i)	25
Patientensteuerung und -aufklärung (i)	36
Einsatz Telemedizin (d)	44
allgemein (i)	11
im Bereitschaftsdienst (d)	33
Ressource Arzt (d)	62
Verfügbarkeit ärztlicher Ressourcen (d)	16
Delegierbarkeit an andere Berufsgruppen (d)	46
Nein (d)	8
Ja (d)	38
Notdallsanitäter (d)	11
Verah/NäPa/MFA/Gemeindeschwester (d)	21
Physician Assistants (d)	6
Einflussfaktoren Attraktivität der Tätigkeit (d)	314
Begleiteter Fahrdienst (d)	53
Nachteile (d)	12
eingeschränkte Flexibilität (i)	3
hohe Kosten (i)	5

	geringe Auslastung (i)	4
Vorteile (d)		41
	Entlastung (d)	12
	Kompetenz und Ausstattung (i)	9
	Sicherheitsaspekt (d)	20
Fließende Abläufe (d)		8
Vereinbarkeit mit Praxisalltag (d)		113
	keine Probleme (d)	14
	Einfluss auf Praxisbetrieb (d)	34
	Empfinden als Belastung (d)	34
	Patientenaufkommen (d)	31
Vergütung (d)		140
	Fairness und Angemessenheit (d)	94
	Ja (d)	12
	Nein (d)	82
	"manches kann man mit Geld nicht aufwiegen" (i)	14
	geringe Vergütung (d)	23
	fehlende Berücksichtigung von Dienstart und Belastung (d)	22
	Verhältnismäßigkeit zu Vergütung Praxisalltag (i)	6
	Diskussion um Vergütung der Bereitschaft (d)	8
	heiliger Schlaf (i)	6
	Stadt-Land-Gefälle(d)	3
	Abrechnungsvorgang (d)	6
	Anreiz für Zuverdienst (d)	8
	fehlende Transparenz des Systems (i)	13
	Vorschläge für angemessene Vergütung (i)	10
	Vergleich mit anderen Berufsgruppen (i)	9
Inanspruchnahme (d)		221
	Patienten (d)	49
	vulnerable Gruppen (d)	41

	Psychiatrische Fälle (i)	2
	Migranten (i)	12
	Kinder (i)	14
	Pflegeheime und Ältere (i)	13
	unbekannte Patienten (i)	8
Gründe (d)		172
	Not und Sorge (i)	18
	unzureichende Regelversorgung (d)	45
	keine flächendeckende Routineversorgung (i)	18
	eingeschränkte Sprechstundenzeiten (i)	5
	mangelnde Pflegeheimversorgung durch Ärzte (i)	5
	fehlende Facharzttermine (i)	4
	kein Hausarzt/Kinderarzt (d)	13
	berechtigte Bereitschaftsdienstfälle (i)	13
	Motive ohne medizinische Relevanz (d)	96
	Anspruchsdenken (d)	19
	mangelnde Gesundheitskompetenz (d)	19
	Bagatellen (d)	28
	ungesteuerte Nutzung der Versorgungssektoren (d)	30
Leichenschau (d)		15
		1.522

Anhang 6: Kodiertes Beispieltranskript eines Interviews

	1	I: Als erstes würde ich gerne wissen, was Ihnen, wenn Sie an Bereitschaftsdienst denken, durch den Kopf geht.
erste Assoziationen ur ..Empfinden als Belast Textmarker ..sehr groß Textmarker Veränderungen und En ..sehr groß	2	B: Ich bete. Bete, dass ich keine Anrufe bekomme, nachts, wenn ich Nachtdienst habe. Ansonsten hoffe ich, dass ich eine Runde habe, die ich hinbekomme. Und wo man nicht Dauerstress hat oder nicht gar nicht nach Hause kommt und nur fährt. Das hatte ich auch schon mal. Dann bin ich morgens losgefahren. Sagte meiner Frau ich mache den Abwasch, lass mal stehen. Und ich kam dann abends irgendwann spät. Und es war nichts passiert und da hatte ich gar keine Zeit. Also das gibt es schon, dass man manchmal, das habe ich aber selten gehabt in letzter Zeit, lange, lange fährt. Halbe Stunde fahren und dann wieder fahren. Da gab es ja vorher noch vor der Umstellung, das war nicht/. Das war nicht so gut und ist jetzt besser finde ich. Also vor den SMS gab es Funklöcher. Das ist natürlich jetzt genauso möglich. Dann kriegt man erstmal nichts. Dann bekommt man drei Anrufe, dann muss man erst mal gucken, wo fahre ich hin. Da war ich gerade in Rastede, dann bin ich in Wiefelstede und dann wieder Rastede und dann nach Augustfehn. Also es kann alles passieren. Bisher hatte ich auch immer Glück, dass ich dann so drei Rastede hatte oder so.
	3	I: Sie stapeln dann?
..sehr groß ..Hausbesuch erste Assoziationen und ..Empfinden als Belastun ..Einfluss auf Praxisbetrieb	4	B: Ich hatte auch schon dreimal Augustfehn, bin dann wieder zu Hause und dann nochmal Augustfehn und dann noch mal, dann fährt man halt 40 Minuten hin und zurück. Also ich fahre dann 20 von zu Hause. Hinfahren, Patient angucken, vielleicht zehn Minuten, vielleicht länger. Also zehn schafft man schon ganz gut. Und dann ist eben 40 Minuten für einen Patienten dann weg und dann/. Das ist natürlich unpraktisch oder auch für Patienten, die warten, dann einfach lange und dann fährt man auch ein bisschen schneller. Weil man denkt, man muss jetzt wieder schneller hinfahren. Das habe ich früher gemacht, mache ich auch nicht mehr. Also ich mache es schon noch. Im Ausnahmefall habe ich es auch gemacht Samstag, weil ich einen Nachtermin hatte und da wurde ich um sechs noch angerufen. Da musste ich dann irgendwie anders da hinkommen und das ist irgendwie blöd. Wenn man dann nicht nach Verkehrsordnung fährt und das ist dann irgendwie für einen selber auch Stress. Das heißt also beten, dass ich gucke, dass ich dann, wenn ich nachts den Dienst habe, ich am besten (unv.). Das ist ja/. Aber ich bin jetzt nicht mehr super jung, ich bin jung, aber mich stressen die Nächte, weil ich da was dann ja nicht schlafe. Und dann/.
	5	I: Wie machen Sie das am nächsten Tag, also wenn Sie