



Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Ambulante Versorgung außerhalb der Sprechzeiten

Der Begriff „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ bezeichnet zutreffend die ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der Sprechzeiten im Bereich der ambulanten Versorgung. Nur:

- wie ist die Wahrnehmung der tatsächlichen Versorgung?
- Ist die Nummer 116 117 dem Laien bundesweit bekannt?
- Stimmen die Vorstellungen des Laien über die Versorgung mit den Tatsachen überein und gibt es Änderungsbedarf?

Editorial zum Talk about „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“

von Prof. Dr. Walter Ried, Universität Greifswald, 27.11.2017

Ein Mensch, der unter akuten gesundheitlichen Beschwerden leidet, deren Abklärung und Behandlung keinen Aufschub zu dulden scheinen, ist ein Fall für die medizinische Notfallversorgung. Dabei hängt es von der Art des Notfalls ab, welche Versorgung tatsächlich benötigt wird. Im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung muss die Versorgung möglichst zeitnah beginnen, was in der Regel der Rettungsdienst übernehmen wird, und dann zeitnah in einem geeigneten Krankenhaus fortgesetzt werden. Bei weniger kritischen Fällen kann eine stationäre Behandlung immer noch angezeigt sein; vielfach wird jedoch eine ambulante Versorgung ausreichen.

Wenn eine angemessene Versorgung des betrachteten Patienten grundsätzlich durch eine niedergelassene Ärztin geleistet werden kann, handelt es sich um einen Fall für die ambulante Notfallversorgung. In Deutschland wird dieser Teil der medizinischen Notfallversorgung sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch in den Notaufnahmen bzw. Notfallambulanzen der Krankenhäuser erbracht. Bei den niedergelassenen Ärzten ist noch nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme zu differenzieren: Wenn dieser außerhalb der Praxissprechzeiten liegt, erfolgt die Versorgung im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Nach § 75 Absatz 1b SGB V obliegt die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu den stundenfreien Zeiten den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Dieser Auftrag betrifft zunächst die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte und damit den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Weiterhin enthält der Absatz die Vorgabe, zur Sicherstellung auch mit zugelassenen Krankenhäusern zu kooperieren und zu diesem Zweck unter anderem die Notfallambulanzen von Krankenhäusern einzubinden. Die Sicherstellung der ambulanten Not-



fallversorgung außerhalb der Praxissprechzeiten hat somit nicht allein durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu erfolgen – in Übereinstimmung mit der empirisch zu beobachtenden Bereitstellung.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst beinhaltet die medizinische Erstversorgung des Patienten, also diejenige Versorgung, die bis zur Öffnung der Praxen erforderlich ist, und kann als Sitz- oder als Fahrdienst erbracht werden. Beim Sitzdienst befindet sich die Ärztin in einer Praxis, in die sich der Patient eigenständig begibt. Im Fahrdienst sucht die Ärztin den Patienten, in der Regel nach telefonischer Kontaktaufnahme, in seiner Häuslichkeit auf, um ihn dort zu versorgen. In einzelnen KV-Bereichen, so beispielsweise bei der KV Hessen, werden diese Dienste noch durch einen Hintergrunddienst ergänzt, dessen Aufgabe darin besteht, kurzfristige Ausfälle im Sitz- oder Fahrdienst zu ersetzen und damit die Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist in den letzten Jahren deutlich verändert worden. Noch vor wenigen Jahren war es üblich, den Sitzdienst vornehmlich in der eigenen Praxis zu erbringen. Im Bedarfsfall mussten sich die Patienten somit jeweils neu informieren, wo der für sie zuständige Bereitschaftsdienst verfügbar und über welche Telefonnummer dieser gegebenenfalls zu erreichen ist. Ferner bestanden große Unterschiede zwischen den Bereichen, innerhalb derer der Bereitschaftsdienst regional zu erbringen war, im Hinblick auf die Zahl der verfügbaren Ärztinnen. Als Konsequenz war eine regional stark streuende Anzahl von Bereitschaftsdiensten je Ärztin zu beobachten, wobei die Belastung insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Regionen sehr hoch ausfallen konnte.

Heute sind die Bereitschaftsdienstbereiche innerhalb der KV-Bezirke so geordnet, dass die Anzahl der Dienste pro Arzt kaum noch regional streut. Ferner findet der Sitzdienst in der Regel in eigens dafür eingerichteten Bereitschaftsdienstpraxen statt, die für die Erstversorgung der Patienten ausreichend ausgestattet sind. Ferner existiert über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 ein telefonischer Leitdienst, mit dem die Patienten auf den für sie nächstgelegenen Bereitschaftsdienst verwiesen werden. Insgesamt haben diese Maßnahmen dazu beigetragen, den Zugang zum ärztlichen Bereitschaftsdienst zu verbessern und Belastungsspitzen für die beteiligten Ärzte abzubauen.

Trotz dieser Verbesserungen gibt es klare Hinweise darauf, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst derzeit problembehaftet ist. Nach der Versichertenbefragung 2017 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung würden sich nur 20 % der Befragten an den Bereitschaftsdienst wenden, wenn sie außerhalb der Praxissprechzeiten ärztliche Hilfe benötigten. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren noch gesunken und fällt aktuell bei jüngeren Befragten besonders niedrig aus. Außerdem kennen weniger als 10 % der Befragten die bundeseinheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, wobei dieser Anteil in den letzten Jahren immerhin deutlich gestiegen ist. Diese Befunde werden durch Daten zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser ergänzt, aus denen hervorgeht, dass ein erheblicher Teil der Patienten ohne Einweisung gekommen ist und lediglich einer ambulanten Versorgung bedarf. Dem Krankenhaus Barometer 2017 zufolge, einer Umfrage unter Krankenhäusern mit mindestens 100 Betten, sind die Notfallambulanzen zu einem erheblichen Teil außerhalb der Praxissprechzeiten für die ambulante Notfallversorgung genutzt worden.



Insgesamt ist der ärztliche Bereitschaftsdienst in Deutschland heutzutage, was seine Funktion und seine Erreichbarkeit anbelangt, zweifelsohne zu wenig bekannt. Es spricht daher viel dafür, dass die aufwändigen Strukturen, innerhalb derer dieser Dienst bereitgestellt wird, derzeit in zu geringem Umfang genutzt werden. Demgegenüber steht eine hohe Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Krankenhäuser, die nicht nur auf das erwähnte Informationsdefizit zurückgeht, sondern offenbar auch mit der Hoffnung auf eine bessere Versorgung verbunden wird. Diese ist allerdings insofern unbegründet, als die Krankenhäuser im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung ebenfalls nur die Erstversorgung leisten dürfen und somit nicht den Arztbesuch zu den Praxisprechzeiten ersetzen können.

Eine hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit gut aufgestellte ambulante Notfallversorgung kann nur gelingen, wenn – wie vom Gesetzgeber gefordert – der ärztliche Bereitschaftsdienst und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser in gewissem Umfang kooperieren. Dies gilt insbesondere für Patienten, deren Versorgungsbedarf zunächst unklar ist. Die zur weiteren Abklärung erforderliche Diagnostik steht in den Krankenhäusern zur Verfügung, nicht aber in den Bereitschaftsdienstpraxen. Eine adäquate Versorgung solcher Patienten kann in sogenannten Portalpraxen erfolgen, also in Bereitschaftsdienstpraxen, die am Standort eines Krankenhauses angesiedelt sind. Ferner erscheint es sinnvoll, die Patienten in der ambulanten Notfallversorgung so zu steuern, dass sie frühzeitig auf den für ihren Bedarf angemessenen Versorgungspfad gelangen. Neuere Konzepte, wie etwa vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kürzlich vorgeschlagen, sehen zudem eine bessere Integration der Notfallversorgung insgesamt vor, wobei neben einer einheitlichen Steuerung der Notfallpatienten auch eine stärkere Verzahnung von Rettungsdienst und ambulanten Notfallversorgung gefordert wird.

Diese Bemerkungen verdeutlichen, dass in Deutschland derzeit nicht nur die ambulante Notfallversorgung, sondern auch die Notfallversorgung in toto auf dem Prüfstand steht. Dabei ist die bedeutende Rolle zu beachten, die der ärztliche Bereitschaftsdienst für die Versorgung von Notfallpatienten spielt, die lediglich einer ambulanten Erstversorgung bedürfen. Für eine Bestandsaufnahme dieses Dienstes ist es wichtig, Informationen über dessen Einschätzung von den mittelbar und unmittelbar beteiligten Akteuren zu erhalten. Auf dieser Grundlage können nicht nur aktuelle Probleme identifiziert werden, sondern auch Hinweise auf Anpassungen, die zur künftigen Gestaltung der ambulanten Notfallversorgung sowie der Notfallversorgung insgesamt sinnvoll erscheinen.

Greifswald, 27.11.2017



Kurz-Vita Prof. Dr. Walter Ried

Lehrstuhl für Allgemeine Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft

Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät Universität Greifswald

Friedrich-Loeffler-Str. 70

17487 Greifswald



Beruflicher Werdegang

- 1986: Diplom-Volkswirt, Universität Mannheim
- 1992: Promotion (Dr. rer. pol.), Thema der Dissertation: „Information und Nutzen der medizinischen Diagnostik“
- 2002: Habilitation an der Fakultät für Volkswirtschaftslehre der Universität Mannheim, Thema der Habilitationsschrift: „On the theory of health capital accumulation“
- 2002/2003: LS-Vertretungen an der Technischen Universität München und an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
- Seit 10/2003: Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft an der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Forschungsschwerpunkte

- Gesundheitsversorgung und Daseinsvorsorge im ländlichen Raum
- Gesundheitsökonomische Analyse von Strategien zur Eindämmung multiresistenter Erreger
- Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und künftige Finanzierung von Gesundheitsleistungen
- Nachhaltigkeit der Finanzpolitik

(Stand: 11/2017)