

Zusammenfassung

Hintergrund: Die ambulanten Notfallambulanzen in Deutschland drohen wegen steigender Patientenzahlen zu überlasten. Diese Entwicklung wird zum Teil durch die Zunahme von ambulant-sensitiven Notfallpatient*innen begründet. Angesichts dessen ist eine Lösung für die Entlastung der Krankenhausambulanzen zugunsten der Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit notwendig. Das Ziel der Arbeit ist die Analyse der Übertragbarkeit des US-amerikanischen Behandlungsmodells „Retail Health Clinic“ auf das deutsche Gesundheitssystem.

Methodik: Zur Bearbeitung der Forschungsfrage werden sechs qualitative Experteninterviews geführt. Die Studiengruppe setzt sich aus leitenden Ärzt*innen und Vertreter*innen von gesundheitspolitischen Institutionen zusammen. Im Rahmen der Vor- und Nachbereitung der Interviews wird eine ergänzende Literaturrecherche durchgeführt. Die Auswertung der Experteninterviews erfolgt mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Eine bedingte Übernahme des US-amerikanischen Behandlungsmodells ist unter bestimmten Voraussetzungen denkbar. Eine Behandlung von Krankheiten durch nicht-ärztliches Personal, wie etwa Physician Assistants (PA), ist in Deutschland nicht etabliert und bedarf neuer Rechtsbedingungen. Optionen für die Vergütung der Leistungen von PAs sind ein Pauschalsystem oder eine leistungsbezogene Vergütung mit krankheits- oder qualifikationsbezogener Differenzierung. Darüber hinaus könnte eine Retail Health Clinic durch eine Vorhaltefinanzierung oder ein Genossenschaftssystem finanziert werden. Über das Einsparpotential wird kontrovers diskutiert. Einerseits können die Gesamtausgaben durch eine zusätzliche Versorgungsebene ansteigen. Andererseits sind Einsparungen aufgrund der Umlenkung von kostenintensiven Bagatellpatient*innen aus Krankenhäusern zu erwarten.

Diskussion: Für die Etablierung von Retail Health Clinics im ambulanten Bereich ist zunächst eine rechtliche Grundlage für das nicht-ärztliche Personal zu schaffen. Dies umfasst neben der Vereinheitlichung ihrer Handlungsbefugnisse auch eine neue Vergütungsregelung. Bezüglich des Einsparpotentials können keine finalen Aussagen getroffen werden, da dieses nach Patientenverhalten und Komplexität der Beschwerden variiert. Abzusehen ist, ob nach dem Inkrafttreten des ausstehenden Notfallreformgesetzes der Bedarf an einer Entlastung der Notfallambulanzen weiterhin besteht.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Zielstellung	6
2. Ambulant-sensitive Notfälle.....	8
2.1 Ambulant-sensitive Notfälle nach Patientenmerkmalen	9
2.2 Gründe der Patient*innen für die Präferenz der Notfallambulanz.....	10
2.3 Strukturbedingte Gründe für hohes Aufkommen in der Notfallambulanz.....	12
2.4 Auswirkungen der Zunahme ambulant-sensitiver Notfälle	14
3. Gesetzesreformen in der Notfallversorgung	16
3.1 Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ).....	16
3.2 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	17
3.3 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)	18
3.4 Gesetz zur Reform der Notfallversorgung.....	18
4. US-amerikanisches Behandlungsmodell „Retail Health Clinic“	20
4.1 Zielgruppe und Patientenmerkmale	20
4.2 Patientenmotive und Behandlungsanlässe	21
4.3 Physician Assistants in Deutschland	22
5. Methodik	24
5.1 Begründung der Experteninterviews als Erhebungsmethode und.....	24
Konzipierung	24
5.2 Auswahl, Rekrutierung und Vorstellung der Expert*innen.....	26
5.3 Durchführung und Transkription der Interviews	28
6. Auswertung mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.....	30
7. Ergebnisse der Experteninterviews.....	34
8. Diskussion	41
8.1 Ergebnisdiskussion	41
8.2 Limitationen.....	47
9. Fazit.....	49
Literaturverzeichnis.....	51
Rechtsquellenverzeichnis	58
Anhang	59
Eidesstattliche Erklärung	98

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste von ambulant-sensitiven Diagnosegruppen (eig. Darstellung, in Anlehnung an Schüttig & Sundmacher, 2019)	8
Tabelle 2: Beispielhafte Gegenüberstellung der inhaltlich-semantischen und gesprächsanalytischen Transkription (eig. Darstellung anhand des Beispiels von Dresing & Pehl, 2018).....	29
Tabelle 3: Auszug aus Zusammenfassungsvermaske (eig. Darstellung, in Anlehnung an Mayring, 2003).....	33
Tabelle 4: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (eig. Darstellung)	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (eig. Darstellung) ...	32
---	----

Vorwort

Besonderen Dank gilt den sechs Expert*innen, die sich – trotz der Herausforderungen der COVID-19-Pandemie – die Zeit genommen haben, um ihr Wissen mit mir zu teilen. Auch möchte ich mich bei meinen zwei Gutachtern dafür bedanken, dass sie mich bei der Erstellung meiner Bachelorthesis unterstützt haben.

Zugunsten eines besseren Leseflusses wurde bei zusammengesetzten Wörtern (z. B. Patientenalter) auf die Nutzung des Gendersterns verzichtet. Selbstverständlich werden bei dieser Schreibweise alle Geschlechter gleichermaßen miteinbezogen und adressiert. Zuletzt ist anzumerken, dass sich Teile des Anhangs auf einem separaten Datenträger (USB-Stick) befinden. Grund hierfür ist der große Umfang und, dass diese Materialien nicht direkt für das Leseverständnis der Arbeit benötigt werden. Um welche Dateninhalte es sich handelt, wird im Anhang näher erläutert.

Abkürzungsverzeichnis

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
BÄK	Bundesärztekammer
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GNL	Gemeinsames Notfalleitsystem
GOP	Gebührenordnungsposition
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
INZ	Integrierte Notfallzentren
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
PA	Physician Assistant
RHC	Retail Health Clinic
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZNA	Zentrale Notaufnahme

1. Einleitung und Zielstellung

In Deutschland sind das Rettungswesen, die zentralen Notaufnahmen (ZNA) der Krankenhäuser, die vertragsärztliche Versorgung zu Sprechstundenzeiten und deren ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) an der Notfallversorgung beteiligt. Die Sicherstellung von Letzterem liegt in Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 5). Hierbei gilt, dass für ambulante Notfälle keine konsentrierte Definition existiert. Nach der Definition des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) sind es Behandlungsfälle, in denen mindestens eine Gebührenordnungsposition (GOP) des Abschnitts 1.2¹ aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgerechnet werden kann (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 6). Behringer et al. zufolge handelt es sich bei einem Notfall um einen Gesundheitszustand, bei dem der/die Patient*in selbst oder eine Drittperson eine unverzügliche Betreuung als notwendig einstuft (Behringer et al., 2013, S. 625-626). Letztere Definition spiegelt den niedrighschwelligem Zugang in die Notfallversorgung wider, da Patient*innen bereits durch die administrative Erfassung als Notfall gelten (Wahlster et al., 2019, S. 555). Nach der Notfalldefinition des ZI ist die Gesamtzahl der ambulanten Notfälle, in den ZNA und bei dem ÄBD, von 2009 mit 18,3 Mio. bis 2018 auf 19,5 Mio. angestiegen. Im Jahr 2019 konnte schließlich eine Abnahme auf 19 Mio. Fälle verzeichnet werden. Zurückzuführen ist diese Entwicklung darauf, dass die Fallzahlen in der ZNA von 2016 mit 10,7 Mio. bis 2019 auf 10,4 Mio. abgesunken sind (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 4).

Unter den meistgestellten Diagnosen gibt es, sowohl in als auch außerhalb der Sprechstundenzeiten, Unterschiede zwischen den Versorgungsebenen: Während im Jahr 2019 in der ZNA größtenteils Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems behandelt wurden, liegen akute Infektionserkrankungen im oberen Diagnosespektrum des ÄBD. Bei den Patient*innen der Notfallambulanzen ist von 2009 bis 2019 ein Anstieg des Durchschnittsalters von 30 auf 36 Jahre zu beobachten (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 4). Vor allem junge Erwachsene stellen sich vermehrt in der Notfallambulanz vor (Dräther & Schäfer, 2017). Im Vergleich zu anderen Altersgruppen haben 20- bis 34-Jährige die Notfallambulanzen in den Jahren 2013 bis 2015 überproportional in Anspruch genommen (Wahlster et al., 2019, S. 553). Dahingegen ist das mediane Patientenalter in den ÄBD über den gleichen Zeitraum hinweg konstant (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 4). Zwischen 2009 und 2015 ist auch zu beobachten, dass die ambulante Notfallversorgung häufiger von gesünderen, urbanen und sozial unbelasteten Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen

¹ Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst

wird (Wahlster et al., 2019, S. 556). Im internationalen Vergleich mit elf Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung haben 64 % der deutschen Patient*innen außerhalb der Sprechzeiten Schwierigkeiten mit dem Zugang zur medizinischen Versorgung (Osborn & Squires, 2016). Entsprechend verschiebt sich die Notfallversorgung hin zu einer Akutversorgung ohne hohe Dringlichkeit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018, S. 548-549). Im Allgemeinen stellen die hohen Kontaktraten in deutschen Notfallambulanzen, wegen der im internationalen Vergleich guten Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzt*innen, eine Besonderheit dar (Osborn & Schoen, 2013). Trotz Rückwärtstrend ist die Inanspruchnahme der Notfallambulanz derzeit immer noch so hoch, dass eine Überlastung (sog. Crowding) droht. Zudem sind infolge des bisher ungesteuerten Zugangs steigende Fallzahlen abzusehen. Die bisherige Entwicklung betont die Notwendigkeit von alternativen ambulanten Versorgungsangeboten im vertragsärztlichen Bereich (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 4).

Vor dem Hintergrund der Problemstellung ist das Ziel der Thesis die *„Erfassung des Status Quo und Einschätzung des Entlastungspotentials der Notfallambulanzen in deutschen Krankenhäusern auf Basis der Analyse des Behandlungsmodells ‚Retail Health Clinic‘ aus den USA“*. Der Schwerpunkt liegt auf dem Aspekt der Übertragbarkeit hinsichtlich der Umsetzbarkeit, Vergütungsmodellierung und dem möglichen Einsparpotential im ambulanten Notfallwesen.

Im zweiten Kapitel werden ambulant-sensitive Notfälle als Grund für die hohe Anzahl der Notfallpatient*innen sowie die Auswirkungen der Zunahme dieser näher erforscht. Daran knüpfen die gesetzlichen Veränderungen seit dem Jahr 2015 zur verbesserten Notfallversorgung an. Anschließend folgt die Vorstellung der in den USA entwickelten ambulanten Versorgungseinrichtungen „Retail Health Clinics“. Nach dem theoretischen Grundlagenteil folgt die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise zur Beantwortung der Forschungsfrage. Hier wird die Konzeptionierung und Durchführung der leitfadengestützten Experteninterviews sowie die qualitative Inhaltsanalyse im Detail erklärt. Darauf folgt der Ergebnisteil. Nach der Diskussion schließt die Arbeit mit einem Fazit ab.

2. Ambulant-sensitive Notfälle

Neben dem Anstieg der Notfallpatient*innen in deutschen Krankenhäusern wird beobachtet, dass das Spektrum der behandelten Erkrankungen sich verändert hat. Angenommen wird, dass die Bagatellerkrankungen in der Notfallambulanz in den letzten Jahren zugenommen hat (Schüttig & Sundmacher, 2021, S. 55-56). Die in der Notaufnahme potentiell vermeidbaren Fälle werden als ambulant-sensitive Notfälle bezeichnet. So gibt es eine Vielzahl von Beschwerden und Erkrankungen in der ZNA, die effizient und mit vergleichsweise geringeren Kosten im niedergelassenen Bereich behandelt werden können (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1025). Basierend auf dieser Erkenntnis haben Schüttig und Sundmacher mittels einer Panel-Befragung von 30 Ärzt*innen eine Gruppe von 31 Notfalldiagnosen identifiziert, die auch in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können. Zu erwähnen ist, dass die Liste dieser ambulant-sensitiven Notfalldiagnosen nicht als abschließend zu betrachten ist, sondern eher als Grundlage für die weitere Forschung dient (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1029).

Unterteilt werden die ambulant-sensitiven Notfalldiagnosegruppen zum einen in den Anteil der Expert*innen, die die Diagnosegruppe als ambulant behandelbar bewerten. Zum anderen folgt eine Expertenschätzung der Fälle, die durch kontinuierliche ambulante Versorgung hätten vermieden werden können. Nachfolgende Tabelle zeigt zehn ausgewählte ambulant-sensitiven Diagnosegruppen, gruppiert nach der vorangegangenen Beschreibung.

Tabelle 1: Liste von ambulant-sensitiven Diagnosegruppen (eig. Darstellung, in Anlehnung an Schüttig & Sundmacher, 2019)

Ausgewählte ambulant-sensitive Notfalldiagnosegruppen und ihre Behandelbarkeit im ambulanten Sektor		
Ambulant-sensitive Notfalldiagnosegruppe	Geschätzter Anteil der ambulant behandelbaren Fälle	Geschätzter Anteil durch ambulante Behandlung vermeidbarer Fälle
Hauterkrankungen	93%	86%
Biomechanische Funktionsstörungen	91%	76%
Bronchitis	91%	76%
Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	91%	73%
Hypertonie	90%	72%
Arthropathien	89%	81%
HNO-Infektionen	88%	78%
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	88%	74%
Rückenbeschwerden	87%	75%
Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	87%	67%

Die meistbehandelten Fälle in der ZNA gehören gleichzeitig zu den ambulant-sensitiven Notfalldiagnosegruppen. So suchen Patient*innen am häufigsten selbstständig die Notfallambulanz auf, um Beschwerden am Bewegungsapparat abklären zu lassen. Darüber hinaus dominieren auch in der ZNA die Diagnosen, die das Verdauungssystem und die Haut betreffen (Mosler, Flägel & Steinhäuser, 2020, S. 439).

2.1 Ambulant-sensitive Notfälle nach Patientenmerkmalen

Unter den Patient*innen, die sich mit ambulant-sensitiven Diagnosen in die Notfallambulanz begeben, können prädiktive Faktoren identifiziert werden. So steht eine hohe Morbidität in einem positiven Zusammenhang mit ambulant-sensitiven Notfällen (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1029). Dieses Phänomen könnte damit begründet werden, dass Patient*innen mit Vorerkrankungen eine ausgeprägtere Körpersensibilität haben, harmlose Symptome viel eher missinterpretieren und sie mit ihrer vorhandenen Erkrankung in Verbindung bringen (Schmiedhofer et al., 2017, S. 840). Auf der anderen Seite ist das junge Alter ein weiterer patientenbezogener Faktor, der mit ambulant-sensitiven Notfällen in Verbindung steht. So berichten diverse Studien mit großer Effektstärke, dass junge Erwachsene viel wahrscheinlicher die ZNA mit weniger dringlichen Beschwerden aufsuchen (Davis et al., 2010, S. 38-44); (Petersen et al., 1998, S. 1249-1255); (Sarver, Cydulka & Baker, 2002, S. 916-923). Schüttig und Sundmacher geben an, dass Patient*innen bis zu einem Alter von 70 Jahren zu einem vermeidbaren Besuch in der ZNA neigen (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1029). Interessant ist, dass der Großteil dieser Patientengruppe sich über die nicht gegebene Dringlichkeit bewusst ist und sich vermeintlich beabsichtigt mit Bagatellen in ein Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung begibt. Dies wird in einer Querschnittsstudie von Scherer et al. bestätigt, in der 1.175 Patient*innen mit geringfügigen Beschwerden in der ZNA befragt wurden. Dabei gaben über die Hälfte der vormals jüngeren Patient*innen an, dass sie ihre Behandlungsdringlichkeit selbst als niedrig einstufen (Scherer et al., 2017, S. 650-651). Die Präferenz vieler jüngerer Patient*innen ist so groß, dass sie sich lieber in die ZNA in der nächstgelegenen Stadt als zum kassenärztlichen Bereitschaftsdienst in ihrer Nähe begeben würden (Reinhold et al., 2020, S. 516). Darüber hinaus steht das Haushaltseinkommen in einem negativen Zusammenhang mit ambulant-sensitiven Notfällen. Folglich suchen Geringverdiener*innen eher mit Bagatellerkrankungen die ZNA auf (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1029); (Sarver, Cydulka & Baker, 2002, S. 916-923). Auch stellen sich Migrant*innen häufiger als Nicht-Migrant*innen außerhalb der Kernarbeitszeiten und mit weniger akuten Leiden in der Notfallambulanz vor (Credé, Such

& Mason, 2018, S. 61-73). Negativ korreliert zudem die Wahlbeteiligung mit ambulant-sensitiven Notfällen. Dabei kann die geringe Wahlbeteiligung einer Person auf ihre gleichzeitig geringe soziale Teilhabe hindeuten. Zuletzt suchen Patient*innen in hausärztlicher Betreuung im Allgemeinen seltener die ZNA auf, wobei sich privat Versicherte in Notfällen öfter an ihre/n Hausärzt*in wenden als gesetzlich Versicherte (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1029); (KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017). Neben den Gründen für das hohe Bagatellaufkommen in Notfallambulanzen, die z. T. aus den Patientenmerkmalen hervorgehen, sind auch verhaltensbezogene Faktoren verantwortlich. Die folgenden Kapitel gehen näher auf beide Aspekte ein.

2.2 Gründe der Patient*innen für die Präferenz der Notfallambulanz

Die Selbsteinweisung von Patient*innen mit geringfügigen Beschwerden oder Bagatellkrankheiten lässt sich in vier Hauptmotive einteilen. Da im deutschen Gesundheitssystem eine freie Arztwahl besteht und die Behandlungskosten von den Krankenversicherungen übernommen werden, sind bei der Fehlinanspruchnahme finanzielle Motive eher untergeordnet (Schmiedhofer et al., 2016, S. 1).

Ein häufig angeführter Grund ist die hohe Anspruchshaltung in Kombination mit der Bequemlichkeitserwägung, vor allem durch eingesparte Wartezeiten oder lange Anfahrtswege (Steffen, Tempka & Klute, 2007, S. 1089-1090). Bei einer qualitativen Befragung von 40 Patient*innen durch Schmiedhofer et al. gab ein Großteil der gesünderen und jüngeren Patient*innen an, dass der niedrighschwellige 24/7-Zugang zur Notfallambulanz ausschlaggebend für ihre Präferenz ist (Schmiedhofer et al., 2017, S. 838). Gemäß dem Prinzip, dass jederzeit ein „doc to go“ verfügbar ist, haben die meisten Befragten keine/n Hausärzt*in und halten dies für redundant (Schmiedhofer et al., 2016, S. 4). Auch wurde erkannt, dass diese Patient*innen sich entweder gar nicht oder nur marginal um eine Versorgung im ambulanten System bemühen. Vor allem diejenigen, die während der Sprechstundenzeiten erwerbstätig sind, begründen dies mit ihrer empfundenen erhöhten Zeit- und Handlungsautonomie. Die zu erwartenden Wartezeiten in der ZNA scheinen somit noch annehmbarer zu sein als der Zeitaufwand für die Suche nach einem Termin im ambulanten Versorgungssystem (Schmiedhofer et al., 2017, S. 838-840). Allgemein bestärken die langen Wartezeiten in der vertragsärztlichen Versorgung viele Betroffene darin, die Notaufnahme aufzusuchen, um eine schnellere Behandlung zu erhalten (Harris Interactive, 2005); (Sarver, Cydulka & Baker, 2002, S. 916-923).

Darüber hinaus hoffen auch viele Bagatellpatient*innen in der ZNA auf eine qualitativ höherwertigere Versorgung. In einer Befragung von 729 Patient*innen mit niedriger Behandlungsdringlichkeit nach dem Manchester Triage System² gaben 48,3 % von ihnen an, in der ZNA die bessere Versorgung zu erwarten (Reinhold et al., 2020, S. 514). Vordergründig betrifft dies jüngere Patient*innen mit einer ausgeprägten Angst vor einer ernsthaften Erkrankung. Aus Sicht der Behandler*innen wird die Patientenentscheidung, sich selbst in die ZNA einzuweisen, von dem Misstrauen in die Kompetenz der vertragsärztlichen Versorgung bekräftigt (Oslislo et al., 2019, S. 5-6). Getrieben durch die Unzufriedenheit mit bisherigen Arzterfahrungen im ambulanten Bereich, hoffen Patient*innen in der Krankenhausambulanz auf einen höheren medizinischen Standard zu treffen (Schmiedhofer et al., 2016, S. 5). Auch chronisch Kranke und Akutleidende sehen in den breiten Therapie- und Diagnostikmöglichkeiten und der Konsultation von mehreren Fachärzt*innen an einem Ort einen systematischen Vorteil gegenüber einer Behandlung im ambulanten Praxisbereich (Schmiedhofer et al., 2017, S. 838).

Ein drittes Motiv ist das individuelle Dringlichkeits- und Schmerzempfinden von Patient*innen. Es ist evidenzbasiert, dass über 80 % der Bagatellpatient*innen das Gefühl haben, nicht mehr länger mit einer Behandlung warten zu können (Northington, Brice & Zou, 2005, S. 131-137); (Redstone et al., 2008, S. 370-376); (Somasundaram et al., 2016, S. 621). Diese Ergebnisse implizieren, dass die irrtümliche Selbstklassifizierung als Notfallpatient*in als Leitmotiv zur unnötigen Inanspruchnahme gesehen werden kann. Diese mangelhafte Gesundheitskompetenz ist, aus der ärztlichen Perspektive, teilweise auf den Glauben an inkorrekten Informationen aus dem Internet zurückzuführen. Dies lässt vermuten, dass eine weniger vertrauensvolle bis nicht vorhandene Arzt-Patienten-Beziehung sich negativ auf die wahrgenommene Dringlichkeit und damit unnötigen Besuche der ZNA auswirkt (Oslislo et al., 2019, S. 5-6). Deutlich wird damit, dass der fehlenden Gesundheitserziehung mithilfe von Aufklärungsgesprächen bei Behandler*innen entgegengewirkt werden kann.

Als viertes und letztes Motiv ist für das ungerechtfertigte Aufsuchen einer Notfallambulanz die Unkenntnis über die Funktionsweise des Gesundheitssystems zu benennen. Oft weisen sich Patient*innen mit Bagatellen selbst ein, weil sie nicht wissen, wie die Zuständigkeiten im Gesundheitsversorgungssystem verteilt sind. Auch die Unwissenheit über Notfallversorgungsangebote im niedergelassenen Bereich ist ein Treiber für die hohe Anzahl der Bagatellpatient*innen (Steffen, Tempka & Klute, 2007, S. 1089-1090). Insbesondere wird häufig bei nicht-deutschen Staatsbürger*innen die inkorrekte Selbsteinweisung beobachtet. Bei

² Das System stellt mithilfe von Abfrageparametern fest, wann spätestens ein ärztlicher Arztkontakt erfolgen muss. Somit findet eine Priorisierung der Behandlungsdringlichkeit statt (Helen & Juncker, 2020, S. 168).

ihnen ist dies entweder mit soziokulturellen Differenzen, der fehlenden Erfahrung mit dem deutschen Gesundheitssystem oder Sprachbarrieren zu erklären (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1025). In Übereinstimmung damit ergibt eine Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dass Patient*innen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft sich häufiger in die ZNA als erste Anlaufstelle begeben als jene mit deutscher Staatsbürgerschaft (KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015).

Deutlich wird, dass die patientenseitigen Motive für die Präferenz der Notfallambulanz gegenüber dem vertragsärztlichen Versorgungsangebot vielfältig sind. Es geht hervor, dass Patient*innen sowohl unzufrieden mit dem ambulanten Sektor sind als auch einen Mangel an niedrigschwelligen KV-Alternativen wahrnehmen. Dies führt dazu, dass für einen Teil der Patient*innen die ZNA eine komplette Substitution der allgemein- und fachärztlichen Versorgung darstellt (Schmiedhofer et al., 2017, S. 840). Die Kenntnis über die Beweggründe für die Präferenzen kann eine Chance für Interventionen oder angepasste Angebote für Patientensubgruppen bieten (Wahlster et al., 2019, S. 548).

2.3 Strukturbedingte Gründe für hohes Aufkommen in der Notfallambulanz

Gleichermaßen müssen auch die strukturellen Faktoren für das hohe Aufkommen von Bagatellen in der ZNA untersucht werden. Auch hier lassen sich die Gründe in vier übergeordnete Kategorien gliedern.

Die erhöhte Inanspruchnahme der Notfallambulanzen ist mitunter der mangelhaften Verfügbarkeit von alternativen Versorgungsangeboten zu verschulden. Nach einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) geben mehr als zwei Drittel der teilnehmenden Krankenhäuser an, dass die sprechstundenfreien Zeiten nur zur Hälfte von den Bereitschaftspraxen abgedeckt werden. Zudem fehlen fachärztliche Bereitschaftsdienste, sodass fachspezifische Notfallbehandlungen regelhaft im Krankenhaus stattfinden (DGINA, 2015, S. 5-6). Noch dazu stellt sich die Frage, welche ambulantsensitiven Notfälle nicht nur theoretisch, sondern auch tatsächlich außerhalb des Krankenhauses behandelt werden können. Generell ist die ambulante Notfallversorgung in drei Kategorien zu unterteilen: die allgemeine Notfallbehandlung, spezielle Notfallbehandlung und krankenhausspezifische Notfallbehandlung. Ersteres kann prinzipiell von den Bereitschaftspraxen übernommen werden. Für die anderen Notfallkategorien ist ein Krankenhausaufenthalt nötig, da der ÄBD sowohl personell als auch technisch hierfür unzureichend ausgestattet ist. Für einen Großteil der ambulanten Notfälle ist keine Behandlung in einer KV-Praxis möglich, da dort die notwendigen Untersuchungen nicht vorgenommen werden können

oder kein/e entsprechende/r Fachärzt*in diensthabend ist. Obwohl ein Drittel der Patientengruppe der allgemeinen Notfallbehandlungen theoretisch außerhalb des Krankenhauses versorgt werden kann, hat faktisch nur die Hälfte dieser Fälle Zugang zu Alternativangeboten. Dementsprechend besteht aus organisatorischer und medizinischer Sicht nur bei einem Sechstel aller ambulanten Notfälle auch tatsächlich die Möglichkeit der Behandlung im KV-Bereich (DGINA, 2015, S. 6-7). Dabei könnte sich die Anzahl der ambulant-sensitiven Notfälle um vier pro 1.000 Einwohner*innen verringern, wäre ein/e zusätzliche/r Fachärzt*in pro 100.000 Einwohner*innen vorhanden (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1029). Dafür spricht, dass Patient*innen mehrheitlich (57 %) vor dem Aufsuchen einer ZNA versuchen, ihre Beschwerden während der Sprechzeiten abzuklären (Somasundaram et al., 2016, S. 621).

Ein weiterer Grund für die drohende Überlastung der Notfallambulanzen ist das Problem des Informations- und Steuerungsdefizits. Durch die unklare Aufgabentrennung zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsebenen und die z. T. mehrfach vorgehaltenen Strukturen, wird den Patient*innen die freie Wahl für den Versorgungsweg überlassen (Messerle, Schreyögg & Gerlach, 2021, S. 47). Wie bereits festgestellt, ist die laienhafte Einstufung als Notfall oft inkorrekt. So führt eine systembedingte erleichterte Selbsteinweisung umso mehr zu unnötigen Behandlungsfällen in der Notfallambulanz. Auch die geringe Bekanntheit der telefonischen Beratungsangebote der KV trägt zum Steuerungsdefizit bei. Der Einsatz der unter der 116 117 erreichbaren Leitstellen als Steuerungsinstrument ist nach wie vor schwierig, zumal die Nummer nur 20 % der Bevölkerung bekannt sind (KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020). Durch die COVID-19-Pandemie ist jedoch zu erwarten, dass die kassenärztliche Telefonberatung in der Bevölkerung präsenter geworden ist. Dennoch bleibt die Hoffnung auf eine bessere Patientenverteilung bestehen, da ein Großteil der Patient*innen (59 %) Versorgungsangebote der KV nutzen würden, sofern sie vorhanden und ihnen bekannt sind (Somasundaram et al., 2016, S. 621).

Ein weiteres Problem, das die bedarfsgerechte Steuerung der Notfallressourcen erschwert, sind die strukturellen Rahmenbedingungen. Obgleich niedergelassene Ärzt*innen und der ÄBD einen Teil der Notfallversorgung verantworten, sind sie kaum in die Steuerung eingebunden. So differiert die Organisation des ÄBD sowie deren Kooperationsgrad mit Krankenhäusern stark zwischen den Bundesländern (Schmidt & Wildner, 2019). Dazu fehlen wirtschaftliche Anreize, die eine durchgängige Öffnung von Notfallpraxen attraktiver gestalten. Durch das ortsabhängige Aufkommen ist dies nur an wenigen Standorten finanziell lohnend (Augurzky et al., 2018). Generell fehlt auch eine bundeseinheitliche Planung in allen Bereichen der Notfallversorgung (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2019).

Zuletzt ist das ambulante Systemversagen durch nicht nachvollziehbares Überweisungsverhalten der Zuweiser*innen anzuführen. Die Zunahme der Sicherheitsmedizin bei den Behandler*innen begünstigt den Anstieg der fehlgeleiteten Notfallpatient*innen. Besonders Ärzt*innen in Weiterbildung räumen sich oft bei Bagatellpatient*innen viel Zeit ein, um sich vor einer Fehlentscheidung abzusichern. Das geht so weit, dass Patient*innen zur eigenen Absicherung in die Notaufnahme überwiesen werden (Searle et al., 2015, S. 311-312).

2.4 Auswirkungen der Zunahme ambulant-sensitiver Notfälle

Unabhängig von den Gründen für die erhöhte Anzahl der ambulant-sensitiven Notfälle, bringen die steigenden ambulanten Notfallzahlen in der ZNA sowohl wirtschaftliche als auch medizinische negative Konsequenzen mit sich.

Auf der einen Seite führen vermeidbare Behandlungsfälle zu ineffizienten Gesundheitsausgaben in der Notfallambulanz. Um dies zu verdeutlichen, müssen zunächst die Höhe und Zusammensetzung der Behandlungskosten erläutert werden, bevor diese der Vergütung gegenübergestellt werden. Die Auswertung der fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten von 612.070 ambulanten Notfällen aus 55 Krankenhäusern durch die DGINA liefert aussagekräftige Daten. Demnach betragen die Durchschnittskosten für einen ambulanten Notfall 120 EUR pro Fall. Damit verknüpft ist ein erheblicher Ressourcenaufwand, wie etwa eine hohe Personalbindung von circa 141 kumulierten Personalminuten pro Patient*innen. Die Personalkosten machen den höchsten Anteil der Kostenarten aus – so geht ein Drittel der Fallkosten an den ärztlichen Dienst und ein weiteres Drittel an den Pflege- und Funktionsdienst. Die Infrastrukturkosten machen rund ein Viertel aus, wohingegen nur 9 % auf medizinische Sachkosten entfallen. Unterteilt in die Kostenstellen, entstehen 80 % der Fallkosten in der Notaufnahme an sich, während 13 % für radiologische Untersuchungen und 5 % für Laboruntersuchungen anfallen. Erwähnenswert ist, dass die Kosten je nach Alter und Zuweisungsart variieren. Patient*innen unter sechs Jahren verursachen Durchschnittskosten i.H.v. 89 EUR. Bei hochbetagten Patient*innen steigen die Kosten auf bis zu 160 EUR pro Behandlung. Weist der/die Patient*in sich nicht selbst ein, sondern wird mit dem Rettungsdienst transportiert, fallen etwa 171 EUR dafür an. Wenn dabei noch ein/e Notärzt*in anwesend ist, steigen die Transportkosten auf etwa 242 EUR. Demgegenüber wurden in der DGINA-Studie Fallkostenerlöse von 341.194 Notfällen erhoben, deren Durchschnitt bei 32 EUR liegt. Bei den durchschnittlichen Kosten i.H.v. 120 EUR entsteht ein Fehlbetrag von 88 EUR pro Fall (DGINA, 2015, S. 4-5). Die Darstellung der Kosten und Erlöse für die ambulante Notfallbehandlung variiert nach der erhebenden Institution. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine durchschnittliche Vergütung von 32 EUR angibt,

belaufen sich die Angaben der KBV auf eine Durchschnittvergütung von 70 bis 93 EUR pro Notfallpatient (Neubauer, 2016). Es wird jedoch bei beiden Annahmen ersichtlich, dass eine komplette ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus durch die regelhafte (Pauschal-)Vergütung nicht zu decken ist (Riessen, Gries & Seekamp, 2015, S. 174-185). Noch weiter verschärft sich das finanzielle Defizit dadurch, dass das Notfallversorgungsbudget durch gesetzliche Regularien in den letzten Jahren geschmälert wurde. So gibt es seit April 2017 für Notfallpatienten ohne Behandlungsdringlichkeit eine Abklärungspauschale im EBM in Höhe von 4,72 bis 8,42 EUR. Da jede/r ambulant behandelte Patient*in das Defizit eines Krankenhauses erhöht, hatte der Gesetzgeber das Ziel, die Weiterleitung dieser Patientengruppe zu begünstigen (Heller & Juncken, 2020, S. 171). Allerdings wurde zur Gegenfinanzierung der Abklärungspauschale ausgleichend die Notfallpauschale für die ambulante Notfallversorgung am Tag gesenkt, sodass Behandlungen schlechter vergütet werden (KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016). Zudem müssen Krankenhäuser, die nicht an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen, aber dennoch Notfallpatient*innen nicht abweisen, einen Abschlag von 50 EUR pro vollstationären Fall zahlen (§ 4 Abs. 6 KHEntG). Nicht unwahrscheinlich ist, dass die derzeitigen bestehenden Rahmenbedingungen zu finanziellen Fehlanreizen – auf Kosten der medizinischen Effizienz – beitragen. Im internationalen Vergleich ist die stationäre Aufnahmewahrscheinlichkeit in deutschen Notfallambulanzen über alle ICD³-Kapitel hinweg auffällig hoch (Dormann, Diesch & Ganslandt, 2010, S. 261-267); (Geissler, Quentin & Busse, 2017, S. 41-59). Vor dem Hintergrund ist fraglich, ob der tatsächliche Leistungsbedarf ursächlich für die stationäre Aufnahme ist. Oder ob vielmehr der Kostendeckungsbedarf des Krankenhauses und die höheren Erlöse im DRG⁴-Bereich die hohe Aufnahmequote begründen (Wahlster et al., 2019, S. 556).

Auf der anderen Seite ist der drohenden Überlastung von Notfallambulanzen vorzubeugen, da andernfalls die Patientenversorgung und die Motivation des Klinikpersonals beeinträchtigt werden könnte. Die Negativfolgen einer ungerechtfertigten Zunahme von Bagatellpatient*innen sind sowohl auf der Patienten- als auch Behandlerseite zu beobachten. Dem frustrierten und überlasteten Fachpersonal stehen erhöhte Warte- und Behandlungszeiten sowie eine schlechtere Versorgungsqualität gegenüber (Morley et al., 2018). Durch die aufkommensbedingten verlängerten Wartezeiten verzögern sich die medizinisch notwendigen Maßnahmen für multimorbide Patient*innen. Das wiederum verschlechtert die Patientensicherheit und verringert dazu die Patientenzufriedenheit (Schuettig & Sundmacher, 2019, S. 1025); (Ackroyd-Stolarz, Read & Mackinnon, 2011); (Epstein, Huckins & Liu, 2012, S. 173-180); (Sun, Hsia & Weiss, 2013, S. 605-611). Auch werden die Abklärungspauschalen als

³ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

⁴ Diagnosis Related Groups

Gegenmaßnahme zur Überlastung der ZNA kritisch betrachtet. Die kurze Abklärungszeit fördert das Risiko der Fehlleitung, da Symptome eventuell zu schnell als Bagatellen eingeschätzt werden. Darüber hinaus müssen richtig eingeschätzte Bagatellfälle eine doppelte Wartezeit in Kauf nehmen, einmal in der ZNA und anschließend bei dem ÄBD (Heller & Juncken, 2020, S. 171).

Den angeführten Konsequenzen bei einer Zunahme von Bagatellpatient*innen kann mehreren Studien zufolge durch umfassend weitergebildete Fachärzt*innen in der Notaufnahme entgegengewirkt werden. Einerseits werden, durch die korrekte Einschätzung von erfahrenen Ärzt*innen, weniger kostenintensive Untersuchungen durchgeführt. Dadurch können die Behandlungskosten gesenkt werden. Andererseits steigt durch die erhöhte Effizienz im Behandlungsprozess auch die Patientenzufriedenheit (Scherer et al., 2014, S. 165-173); (Schleef et al., 2017, S. 845-851). Neben diesem Lösungsansatz gibt es seit dem Jahr 2016 mehrere Gesetzesreformen für eine verbesserte Notfallversorgung.

3. Gesetzesreformen in der Notfallversorgung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich in den letzten Legislaturperioden den Defiziten in der ambulanten Notfallversorgung angenommen. So wurden in den letzten Jahren neue organisatorische Rahmenbedingungen gesetzlich definiert. Neben der Höhe und Bedingungen für die Vergütung der Notfallbehandlung wurde auch das Versorgungsangebot für die Patient*innen gesetzlich angepasst. Letzteres beinhaltet neben infrastrukturellen Veränderungen auch eine Erweiterung der Beratungsangebote für hilfeschuchende Patient*innen unter Einbindung der KV. Die nächsten Kapitel greifen die relevantesten Änderungspunkte der Gesetzesänderungen auf. Dadurch kann ein Eindruck davon verschafft werden, wie weit bisherige Reformen die zuvor beschriebenen Schmerzpunkte in der Notfallversorgung aufgreifen.

3.1 Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Am 01. Januar 2016 ist das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) in Kraft getreten. Laut des Gesetzes haben die kassenärztlichen Vereinigungen den Auftrag erhalten, Notfallpraxen (sog. Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern einzurichten. Sie haben auch die Möglichkeit, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den ärztlichen Bereitschaftsdienst einzubinden (KHSG, Art. 6, Nr. 1a; § 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V). In den an die ZNA angegliederten Portalpraxen können Patient*innen mit leichten Beschwerden behandelt

werden. Im Idealfall ist rund um die Uhr ein/e Vertragsärzt*in anwesend, der die von der Notfallambulanz weitergeleiteten Patient*innen behandelt. Der Vorteil dieser Versorgungsform liegt vor allem in der gemeinsamen Ressourcennutzung. Durch die Kooperation von KV-Ärzt*innen mit der Notfallambulanz werden Strukturabläufe erleichtert und Kosten gespart (Heller & Juncken, 2020, S. 171). Bereits im Jahr 2018 wurde die Errichtung von Portalpraxen an Krankenhäusern in vielen Bundesländern umgesetzt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Des Weiteren wurde durch das KHSG die Budgetierung für die Notfallbehandlung im KV-Bereich aufgehoben. Infolgedessen erfolgt die Vergütung im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst mit einem eigenen Honorarvolumen aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Dabei dürfen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden (KHSG, Art. 6, Nr. 4a). Um dem Behandlungsaufwand für aufwendige Patientenfälle gerecht zu werden, wurden im EBM zusätzliche Ziffern für eine Schweregraddifferenzierung eingeführt (KHSG, Art. 6, Nr. 3bb).

Die zusätzlichen EBM-Ziffern verbessern zwar die Vergütungssituation für bestimmte Diagnosen, tragen aber dennoch nur bedingt zur adäquaten Finanzierung der Notfallversorgung bei. So bleibt das Problem der Unterfinanzierung von Bagatellpatient*innen, da die Pauschalvergütung zur Deckung des kostenintensiven Ressourcenverbrauches nicht ausreichend ist.

3.2 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das zum 11. Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) trägt dazu bei, aufsuchende Patient*innen in die richtige Versorgungsebene weiterzuleiten. Versicherte sollen unter der Rufnummer 116117 in Akutfällen einem telefonischen, bundesweit standardisierten Ersteinschätzungsverfahren unterzogen werden. Genutzt wird dabei das softwarebasierte SmED-Verfahren (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland). Entsprechend ihrer Beschwerden sollen sie anschließend in eine passende Versorgungsebene vermittelt werden (TSVG, Art. 36cc, Nr. 3). Die Auswertung der unter der 116 117 eingegangenen Anrufe im Jahr 2020 zeigt, dass das SmED-Verfahren über 820.000 Mal eingesetzt wurde. In nur 22 % der Fälle ergab die Software, dass ein Krankenhausbesuch notwendig wäre. Demgegenüber empfahl die Software in etwa 75 % der Fälle eine vertragsärztliche Versorgung. Nichtsdestotrotz ist keine Aussage darüber zu treffen, inwiefern die 116 117 faktisch zur Steuerung der Patient*innen in die Notfallambulanzen oder Bereitschaftspraxen beiträgt. Grund hierfür ist, dass die Disponent*innen am Telefon

von den Softwareempfehlungen abweichen können (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 16). Zudem steht es den Patient*innen frei, für welche Versorgungsebene sie sich letztendlich entscheiden.

3.3 Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) ist seit dem 20. Juli 2021 rechtskräftig und damit das jüngste in Kraft getretene Gesetz. Mit dem GVWG ist in Planung, dass in Krankenhäusern ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren eingeführt wird. Damit soll der Behandlungsbedarf der selbsteinweisenden Notfallpatient*innen ermittelt werden, um sie anschließend in die angemessene Versorgungsebene zu überführen. Daran anknüpfend setzt die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen voraus, dass das Ersteinschätzungsverfahren einen sofortigen Behandlungsbedarf festgestellt hat (GVWG, Art. 33, Buchstabe c). Hervorgehoben wird damit, dass andere als die im vertragsärztlichen Bereich tätigen Behandler*innen nur in medizinisch-notwendigen Notfällen eine ambulante Behandlung zu Lasten der Kostenträger erbringen dürfen. Begründet wird der Reformdruck vom Gesetzgeber mit einer zunehmenden Fehlanspruchnahme der Notfallambulanz durch Patient*innen mit nicht gegebener Behandlungsdringlichkeit. Nach dem Sachverständigengutachten des G-BA soll die Ersteinstuferstelle der Krankenhausnotaufnahme durch die KV besetzt werden. Dies wird von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und weiteren Fachverbänden kritisiert. Der Unmut basiert darauf, dass dadurch lediglich die Unterkapazität des vertragsärztlichen Systems offengelegt wird. Die DIVI nimmt an, dass mehr als 30 % der Fälle unterschätzt werden und nicht mit den Mitteln der aus dem KV-Bereich behandelt werden können. Dadurch könnte es zu einer Rück-Zuweisung in die Notfallambulanzen kommen (Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, 2017); (Heller & Juncken, 2020, S. 166).

Bisher kann die Wirkung dieser gesetzgeberischen Maßnahme noch nicht evaluiert werden, da keine Untersuchung über einen ausreichend langen Zeitraum stattgefunden hat (Mangiapane, Czihal & von Stillfried, 2021, S. 5).

3.4 Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Anfang des Jahres 2020 wurde vom Gesetzgeber ein Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung veröffentlicht. Darin sind insbesondere zwei Neuerungen zur Entlastung der Krankenhausambulanzen relevant.

Ein wesentliches Ziel der Reform ist die ressourcenschonende Notfallversorgung basierend auf einem bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahren. Es soll ein gemeinsames Notfalleitsystem (GNL) errichtet werden, um Patient*innen basierend auf einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren in die passende Versorgungseinrichtung zu disponieren. Hierfür ist die Kooperation der Leistungserbringer aus dem Rettungswesen und der ambulanten und stationären Notfallversorgung nötig. Dabei bleiben die Notfallnummern 112 und 116 117 erhalten. Eingeführt werden soll lediglich eine digitale Vernetzung der Leistungserbringer, um Patientendaten auszutauschen. Die Anschaffung der entsprechenden Softwarelösung im Wert von 25 Mio. EUR wird aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert (Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, 2020, S. 2).

Außerdem soll die bisher sektoral getrennte Notfallversorgung nun sektorenübergreifend und damit effizienter stattfinden. Deswegen ist es in Planung, integrierte Notfallzentren (INZ) an vorab festgelegten Krankenhausstandorten einzurichten. Diese sollen als erste Anlaufstelle für Notfallpatient*innen fungieren. Dort soll im Notfall eine standardisierte Ersteinschätzung vorgenommen werden, auf dessen Basis dann eine unmittelbare Notfallbehandlung oder ein stationärer Aufenthalt veranlasst wird. Der Betrieb soll durch die KV und die Krankenhäuser gemeinsam erfolgen, wobei die fachliche Leitung der KV des jeweiligen Landes unterliegt (Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, 2020, S. 2-3). Um unnötigen Vorhaltungen und Inanspruchnahmen und damit vermeidbaren Krankenhausaufgaben entgegenzuwirken, ist ein Vergütungsabschlag für Krankenhäuser ohne INZ-Standort vorgesehen. So ist die im EBM vorgesehene Vergütung für eine ambulante Notfalleistung in diesen Fällen um 50 % zu kürzen (Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, 2020, S. 37).

Zur operativen Umsetzung der angeführten Neuregelungen werden konkrete Vorgaben vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) benötigt. So tritt das Notfallreformgesetz erst in Kraft, sobald eine neue Richtlinie des G-BA zu den Leistungen der medizinischen Notfallrettung und der INZ vorliegt. Für die Erstellung der Richtlinie hat der G-BA nach Verkündung des Gesetzes 18 Monate Zeit (Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung, 2020, S. 23). Letzteres ruht nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums allerdings derzeit aufgrund der Covid-19-Pandemie (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Dennoch bietet der aktuelle Stand des Gesetzesentwurfes ausreichend Kontroversen, die zur Diskussion anregen. Ein noch nicht vom Gesetzgeber thematisierter Ansatz zur Entlastung der Notfallversorgung ist die Einführung eines zusätzlichen ambulanten Versorgungsangebotes, wie etwa die „Retail Health Clinic“.

4. US-amerikanisches Behandlungsmodell „Retail Health Clinic“

Retail Health Clinics (RHC) sind ambulante Versorgungseinrichtungen in den USA, die in Einkaufszentren, Warenhäusern und Großdrogerien angesiedelt sind (Gerste, 2007). Typischerweise werden sie von den in USA bekannten Einzelhandelsketten Target, CVS, Walgreens oder Walmart betrieben (Mehrotra et al., 2008, S. 1). Während der Großteil der Retail Health Clinics Einzelhändlern gehört, gibt es drei verschiedene Betriebsmodelle. Bei der ersten Option stellt der Einzelhändler, und zugleich Eigentümer, das Gesundheitspersonal ein und leitet das operative Geschäft. Hierbei trägt er das operative Risiko. Eine weitere Option ist, dass der Einzelhändler mit regionalen Behandlern kooperiert. Dann stellen die Gesundheitsversorger das Fachpersonal, während der Einzelhändler die betriebswirtschaftliche Verantwortung trägt. Oftmals verweist das Retail-Clinic-Personal, wenn nötig, die Patienten zu den Praxen der diensthabenden Gesundheitsversorger. Auf diese Weise entsteht eine Win-Win-Situation. Die letzte Betriebsmöglichkeit ist, dass der Einzelhändler die Raumfläche an einen Behandler vermietet. Letzterer trägt dabei die volle Verantwortung für betriebswirtschaftliche Aufgaben und die Personalbesetzung (Bachrach et al., 2015, S. 8).

Das Leistungsangebot von nahezu allen Betreibern umfasst neben Standarduntersuchungen auch die Notfallversorgung bei Beschwerden mit geringer Dringlichkeit. Auch Schutzimpfungen sind dort möglich. Kennzeichnend für eine RHC sind die wegfallenden oder sehr kurzen Wartezeiten und der Geschäftsbetrieb außerhalb der ambulanten Sprechstundenzeiten. In der Regel werden Walk-In-Patient*innen von Nurse Practitioners oder Physician Assistants versorgt, die unter einer ärztlichen Leitung arbeiten (Bachrach et al., 2015, S. 4-6); (Gerste, 2007). Das Tagesgeschäft wird oft ohne ärztliche Anwesenheit betrieben. Dennoch ist für den Fall von schweren Notfällen ein telefonischer Hintergrunddienst mit Ärzt*innen eingerichtet (Gerste, 2007). Eröffnet wurden die ersten Retail Clinics im Jahr 2000, gefolgt von einer kontinuierlichen Expansion (Zamosky, 2014). So stieg die Anzahl der Kliniken von 2006 bis 2014 von 200 auf 1.800 an. Derzeit sind insgesamt 1.949 Retail Clinics, verteilt auf nahezu alle US-Bundesstaaten, vertreten (Bachrach et al., 2015, S. 7); (Michas, 2020).

4.1 Zielgruppe und Patientenmerkmale

Die primäre Zielgruppe von RHC sind Patient*innen mit Behandlungsbedarf in sprechstundenfreien Zeiten. Vorrangig stellen sich Patient*innen vor, die keine Krankenversicherung (16 bis 27 %) sowie keine Hausarztbeziehung (63 %) haben (Weinick et al., 2011, S. 3).

Ergänzend dazu ist die Retail Clinic besonders attraktiv für Patient*innen, die eine Behandlung von Bagatellerkrankungen zu geringen Kosten wahrnehmen möchten. Hierbei sparen Patient*innen pro Behandlung 50 bis 55 US-Dollar im Vergleich zu einer Vorstellung in Arztpraxen oder Notfallambulanzen. Kooperiert die Retail Clinic mit örtlichen Krankenversicherungen, so zahlen Versicherte meist nur zwischen 10 und 20 US-Dollar dazu (Bachrach et al., 2015, S. 7); (Gerste, 2007).

Meistens ziehen junge Erwachsene ohne chronische Erkrankungen im Alter von 18 bis 44 Jahren den Besuch einer RHC einer Notfallambulanz vor. An den Extremen der Altersklassen, bei Patient*innen unter zwei und über 65 Jahren, nehmen die Besuchszahlen ab. Zudem nehmen Bewohner*innen von einkommensstarken Gegenden eine RHC öfter in Anspruch (Mehrotra et al., 2008, S. 4); (Ashwood et al., 2011, S. 3-4). Die höhere Inanspruchnahme in wohlhabenden Gebieten lässt sich eventuell damit erklären, dass Besserverdiener*innen ihre Zeit als wertvoller einstufen (Grossman, 2000). Zudem gehören Familien mit Kindern öfter als kinderlose Paare und Singles zum Patientenstamm (Rudavsky & Mehrotra, 2010, S. 42-48); (Pollack, Craig & Armstrong, 2009). Im Jahr 2019 ließen sich 29,2 % aller Erwachsenen mindestens einmal in einer RHC oder einem Urgent Care Center⁵ behandeln. Zuletzt ist festzustellen, dass akademische Patient*innen im Vergleich zu Patient*innen mit niedrigem Bildungsabschluss öfter in einer RHC vorstellig werden (Black & Adjaye-Gbewonyo, 2021, S. 1-4). Es stellt sich heraus, dass die Patient*innen, die eher eine RHC besuchen, zum Teil die gleichen Merkmale wie die Bagatellpatient*innen in der ZNA besitzen. Die Übereinstimmung der Patientencharakteristika spricht zunächst dafür, dass für die Retail Health Clinic in Deutschland eine potentielle Patientengruppe vorhanden ist.

4.2 Patientenmotive und Behandlungsanlässe

Vor der Analyse der Übertragbarkeit der RHC auf das deutsche Gesundheitssystem wird erläutert, weshalb Patient*innen eine RHC gegenüber der konventionellen ambulanten Versorgung präferieren. In dem Kontext ist auch wichtig, mit welchen Beschwerden die Patient*innen eine RHC aufsuchen. Nur so kann eingegrenzt werden, für welche bisher in der Notfallambulanz erbrachten Leistungen ein Substitutionspotential besteht.

Bis jetzt existieren nur wenige Studien, die die Patientengründe für eine Bevorzugung einer RHC gegenüber anderen Versorgungseinrichtungen untersuchen. Wang et al. haben diese

⁵ Ambulantes Versorgungsangebot außerhalb der Sprechstundenzeiten (Aufbau und Funktion ähnlich wie die Bereitschaftspraxen der KV in Deutschland), (Weinick, Burns & Mehrotra, 2010)

in einer qualitativen Erhebung untersucht. Diese ergab, dass die örtliche Nähe, günstigen Behandlungskosten, geringen oder wegfallenden Wartezeiten und zuletzt die Unzufriedenheit mit anderen Behandlungssettings relevant für die Inanspruchnahme sind (Wang et al., 2010, S. 3). Mehrotra et al. kommen ergänzend dazu zum Ergebnis, dass die RCH für Patient*innen bequemer als die ZNA ist, weil die Terminsuche entfällt (Mehrotra et al., 2008, S. 5).

Mit Blick auf die Besuchsgründe entfallen 95,4 % der in einer RHC behandelten Beschwerden auf banale Akuterkrankungen und Präventivmaßnahmen. Am häufigsten diagnostiziert werden Infektionen der oberen Atemwege (60,6%), Harnwegsinfektionen (3,7 %), Präventivmaßnahmen (21,6 %) und andere kleinere akute Beschwerden wie Allergien, Insektenstiche und Hautausschläge sowie Bindehautentzündungen (9,5 %) (Mehrotra et al., 2008, S. 4); (Weinick, Burns & Mehrotra, 2010, S. 3). Eine andere Erhebung zeigt, dass in einer RHC auch häufig die Rachenentzündung, Mittelohrentzündung und akute Sinusitis behandelt werden (Bachrach et al., 2015, S. 7). Diese Diagnosen lassen sich zum Teil in die in Kapitel 2 vorgestellte Liste der ambulant-sensitiven Notfalldiagnosen einordnen. So besteht zumindest in der Theorie ein Substitutionspotential. Ob eine tatsächliche Substitution realisierbar ist, wird in den nächsten Kapiteln weiter ausgeführt.

4.3 Physician Assistants in Deutschland

Der PA (dt.: Arztassistenz) entlastet als akademisierte Gesundheitsfachkraft den/die Ärzt*in, indem er delegierbare Aufgaben übernimmt. Anders als in anderen Ländern, dürfen PAs ärztliche Leistungen nicht substituieren. Somit sind sie dem ärztlichen Dienst unterstellt und die einheitliche Heilkundenausübung durch den/die Ärzt*in bleibt bestehen (King, Tod & Sanders, 2017); (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017, S. 4-5). Die letzte Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen verbleibt stets bei dem/der Ärzt*in (Meyer-Treschan et al., 2021, S. 20). Grundsätzlich sind Tätigkeiten delegierbar, wenn sie keinem gesetzlich definiertem Arztvorbehalt unterliegen und sich nicht im ärztlichen Kernbereich befinden. Zu den höchstpersönlichen Arztleistungen gehören die Anamnese, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung der Patient*innen, Entscheidung über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien (Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008). Anzuführen ist auch, dass grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten nicht an PAs gegeben werden dürfen, wenn der Patient*innen im Einzelfall einen hohen Schweregrad hat oder eine besondere Gefährdung aufweist. Mit diesen Beschränkungen

beläuft sich der Tätigkeitsbereich der PAs auf folgende Bereiche (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017, S. 9):

- 1) Mitwirkung bei der Erstellung der Diagnose und des Behandlungsplans
- 2) Mitwirkung bei komplexen Untersuchungen sowie Durchführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten, soweit diese nicht speziellen Berufen vorbehalten sind
- 3) Mitwirkung bei der Ausführung eines Behandlungsplans
- 4) Mitwirkung bei Eingriffen
- 5) Mitwirkung bei Notfallbehandlungen
- 6) Adressatengerechte Kommunikation und Informationsweitergabe
- 7) Prozessmanagement und Teamkoordination
- 8) Unterstützung bei der Dokumentation

Bei einer Studiendauer von drei Jahren wird an den meisten Hochschulen, zusätzlich zur Hochschulberechtigung, eine abgeschlossene Berufsausbildung für den Studiengang Physician Assistance vorausgesetzt (Meyer-Treschan et al., 2021, S. 17). Damit ist das Studium nicht grundständig, sondern stellt eine akademische Weiterbildung dar (Deutscher Ärztetag, 2017, S. 118). Insbesondere sollen medizinische Fachangestellten, Pflegefachkräfte, Notfallsanitäter*innen, operationstechnische Assistent*innen und Angehörige von Therapie- oder medizinisch-technischen Gesundheitsfachberufen adressiert werden (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017, S. 8). Derzeit sind bundesweit die Studieninhalte und Tätigkeitsprofile noch nicht vereinheitlicht. Jedoch haben sich die Bundesärztekammer (BÄK), die KBV, die Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA) und die ausbildenden Hochschulen im Jahr 2017 in einem Konzeptpapier auf einheitliche Vorgaben geeinigt. Zu erwähnen ist, dass das Konzeptpapier eine freiwillige Verpflichtung darstellt und weder staatlich anerkannt noch gesetzlich verbindlich ist (Korzilius & Osterloh, 2017, S. 1302-1303). Vielmehr sollen sich die Hochschulen, freiwillig zur Einhaltung der im Konzeptpapier einheitlich definierten Vorgaben verpflichten, um die Qualität der Arztassistenz zu sichern (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017, S. 21). Inhaltlich umfasst das Studium die Krankheitslehre, um den Studierenden ein Verständnis über Maßnahmen zur Diagnose und Therapie nahezu bringen. Außerdem werden neben naturwissenschaftlichen Fächer auch Basisfächer wie Anatomie, Physiologie, Hygiene und Mikrobiologie gelehrt. Über die Kenntnisse in Chirurgie und Innere Medizin hinaus werden Inhalte in den kleinen klinischen Fächern, wie die Notfallmedizin, vermittelt. Diese theoretischen Grundlagen werden um einen praktischen Teil ergänzt. Mit 571 Absolvent*innen im Jahr 2019 ist das Berufsbild in Deutschland noch relativ unbekannt (Deutscher Hochschulverband Physician Assistance, 2021). Dennoch wächst die Anzahl der auszubildenden Hochschulen, seitdem der erste Studiengang in

Deutschland im Jahr 2015 angeboten wurde. Unter den Absolvent*innen arbeiten 96 % im stationären Sektor, wobei eine Beschäftigung im ambulanten Sektor bereits diskutiert wird (Blum, 2016).

Nach einer zusammenfassenden Erläuterung über die grundlegenden Eigenschaften und Fachbesetzung einer Retail Health Clinic kann nun die darauf aufbauende Methodik der Arbeit vorgestellt werden.

5. Methodik

Zur Datenerhebung wurden qualitative Experteninterviews unter Zuhilfenahme eines Leitfadens geführt. Es wurde angenommen, dass die Befragung einer Studiengruppe mit einer weitreichenden Expertise einen tiefgreifenden Einstieg in das Forschungsthema erlaubt. Daher wurde in der Vorbereitungsphase eine umfassende narrative Literaturrecherche betrieben, um sich dem Wissensstand der Expert*innen anzunähern. Nach der inhalt-semantischen Transkription der Interviews folgte die Auswertung der Ergebnisse mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

5.1 Begründung der Experteninterviews als Erhebungsmethode und Konzipierung

In der qualitativen Forschung haben sich Leitfadentinterviews als die meistangewandte Interviewmethode etabliert (Kruse, 2014, S. 213). Sie werden mithilfe eines vorab vorbereiteten Leitfadens geführt (Helfferich, 2019, S. 669). Experteninterviews stellen eine Form des Leitfadentinterviews dar. Sie charakterisieren sich nicht über den Leitfaden, sondern über das Erkenntnisinteresse an dem Wissen der befragten Expertengruppe. Hierbei stehen der Berufsstatus und die Expertise der Befragten im Fokus. Definiert werden Expert*innen als Personen, „die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2008, S. 133). Sie besitzen Wissen über sonst schwer zugängliche Erfahrungsbereiche (Meuser & Nagel, 2005). Es wird angenommen, dass die Befragten ihr Wissen stellvertretend für die ganze Expertengruppe präsentieren. Allerdings können die Erzählungen nicht als objektiv gewertet werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Befragten nicht vorsätzlich die Unwahrheit erzählen, sondern ihre subjektive Wahrheit wiedergeben. Daher kann es sein, dass Erzählungen abgemildert oder überspitzt sind (Helfferich, 2019, S. 671-672). Das Ziel dieser Interviewform ist es,

praxis- und erfahrungsbezogenes Wissen zu generieren. Bei den Retail Health Clinics handelt es sich um ein in Deutschland marginal erforschtes Behandlungsmodell, sodass die Beantwortung der Forschungsfrage mit der existierenden Literatur allein nicht möglich ist. Deshalb ist die Entscheidung darauf gefallen, Expert*innen qualitativ zu befragen. Sehr typisch für ein Experteninterview ist die ausführliche Vorarbeit. Gemäß der Best Practice gilt es als Tabu, Informationen einzufordern, die mit Eigenrecherche leicht in Erfahrung gebracht werden können. Dies könnte als unangemessene Bequemlichkeit oder mangelnden Respekt interpretiert werden (Helfferich, 2019, S. 682). Daher wurde vor der Durchführung der Interviews eine ausführliche Literaturrecherche betrieben.

Für die Erstellung eines Leitfadens wird das Forschungsthema zunächst in verschiedene Themenblöcke aufgeteilt, die unterschiedliche Dimensionen erfassen. Diese thematischen Blöcke bilden den Grundaufbau des Leitfadens. Jeder Themenblock beginnt mit einer Leitfrage oder einer Erzählaufforderung, um das Themenfeld zu eröffnen. Danach folgen die inhaltlichen Aspekte, Aufrechterhaltungsfragen und konkreten Nachfragen. Erstere dienen der Interviewerin als inhaltliche Merkliste für die gewünschten Erzählungen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant und zwingend notwendig sind. Aufrechterhaltungsfragen hingegen dienen nicht zur inhaltlichen Steuerung, sondern fordern den/die Gesprächspartner*in dazu auf, die Erzählung fortzusetzen. Zuletzt werden konkrete Nachfragen gestellt, um spezifische Themen aufzugreifen, die nicht oder nur unzureichend adressiert wurden (Kruse, 2014, S. 217-218). Trotz des gleichbleibenden Grundaufbaus können Leitfäden sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Da die Interviewerin konkrete Informationen erhalten wollte, erwies sich ein stark strukturierter Leitfragen mit vorab festgelegten Fragen als methodisch sinnvoll. Die methodische Entscheidung für die Einschränkung der Offenheit wird durch das im Vordergrund stehende Forschungsinteresse begründet (Helfferich, 2019, S. 676 und 682). Für alle durchgeführten Interviews wurde ein Leitfaden als Grundgerüst genutzt. Dabei sind einzelne Themenblöcke flexibel an den/die jeweilige/n Gesprächspartner*in angepasst, sodass teilweise Aspekte gestrichen oder ergänzt wurden. Obwohl die Fragen vorformuliert wurden, entschied die Interviewerin spontan, wie flexibel oder wörtlich sie die Fragen im Gesprächsverlauf formulierte. Somit fungierte der Leitfaden als Erinnerungsstütze. Die Nutzung eines solchen als grobe Orientierung gewährleistet, dass die einzelnen Interviews gut vergleichbar sind (Helfferich, 2019, S. 675). Der für alle ärztlich tätigen Expert*innen genutzte Leitfaden ist im Anhang 1 beigefügt. Für alle anderen Expert*innen wurde dieser Leitfaden als Grundlage herangezogen, sodass Fragen ergänzt oder gestrichen wurden.

Vor der Untersuchung der Übertragbarkeit von Retail Clinics in das deutsche Gesundheitswesen muss überprüft werden, ob die Expert*innen überhaupt einen Veränderungsbedarf in der ambulanten Notfallversorgung sehen. Aus diesem Grund wurde zunächst mit den Expert*innen über die derzeitigen problematischen Bereiche in der deutschen Notfallversorgung im ambulanten Bereich, insbesondere hinsichtlich einer drohenden Überlastung, gesprochen. Ihre Aussagen konnten die in der Vorbereitung recherchierten Erkenntnisse bestätigen oder ergänzen.

5.2 Auswahl, Rekrutierung und Vorstellung der Expert*innen

Die Stichprobe von qualitativen Studien umfasst in der Regel 1 bis 30 Teilnehmer*innen (Fridlund & Hildingh, 2000). Prinzipiell sollte die Anzahl der Studienobjekte sich nach dem notwendigen Informationsbedarf richten, der für die Beantwortung der Forschungsfrage nötig ist (Krippendorff, 2018); (Patton, 2014). Unter der Berücksichtigung des Zeitbudgets für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Ist-Ziel von vier Experteninterviews gesetzt. Um ein möglichst differenziertes Meinungsbild zu erhalten, wurde bei der Suche nach geeigneten Expert*innen darauf geachtet, dass möglichst vielfältige Standpunkte vertreten werden. Folglich wurden zusätzlich zu praktizierenden Ärzt*innen auch in gesundheitspolitischen Verbänden tätige Mediziner*innen und Gesundheitsökonom*innen kontaktiert. Demnach wurden Expert*innen aus unterschiedlichen berufspolitischen Richtungen gezielt per E-Mail angefragt. In der schriftlichen Anfrage wurden das Forschungsvorhaben sowie die Rahmenbedingungen für das Interview kommuniziert. Bei einer vorgesehenen Interviewlänge von 30 bis 40 Minuten wurde den Expert*innen freigestellt, ob das Gespräch vor Ort, telefonisch oder per Videoanruf stattfinden soll. Da die anzufragenden Expert*innen insbesondere während der Covid-19-Pandemie stark eingebunden war, war anzunehmen, dass der Rücklauf gering ausfallen wird. Um einen vorzeitigen Abbruch des Forschungsvorhabens aufgrund von einer zu kleinen Stichprobe vorzubeugen, wurde daher vorausschauend eine große Gruppe potentieller Gesprächspartner*innen kontaktiert. Entsprechend der Vermutung meldeten sich sechs Expert*innen von insgesamt 48 verschickten Anfragen mit einer Zusage für ein Interview zurück. Darunter befindet sich ein Experte, der aus Zeitgründen seine Antworten nur in Schriftform vorlegen konnte. Um die Terminfindung zu erleichtern, wurden sowohl das Gesprächsdatum als auch die Uhrzeit flexibel an die Gesprächspartner*innen angepasst. Nach einer finalen Terminierung wurde den Expert*innen eine Datenschutz- und Einverständniserklärung zugeschickt (siehe Anhang 2). Darin ist zusätzlich zur Einwilligung zum Gespräch festgehalten, dass dieses aufgezeichnet wird. Zudem erhielten alle Expert*innen auf eigenen Wunsch hin die Interviewfragen vorab.

Im Folgenden werden die Interviewpartner*innen in Kürze vorgestellt. Dabei gelten die genannten Qualifikationen nicht als vollständig. Vielmehr werden nur die Qualifikationen angeführt, die einen Bezug zum Forschungsthema aufweisen. Ihre Person wird dabei dem Buchstaben „B“ für Befragte/n und einer Kennnummer zugeordnet, die der chronologischen Reihenfolge der geführten Interviews entspricht. Somit steht beispielsweise „B1“ für den ersten befragten Experten.

Experte B1

Der Experte B1 ist Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie und leitet als Oberfeldarzt die zentrale Notaufnahme eines Bundeswehrkrankenhauses in Norddeutschland. Über seine praktizierende Tätigkeit hinaus sitzt er als Vizepräsident und stimmberechtigtes Vorstandsmitglied in der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA). Die DGINA ist eine Fachgesellschaft, die mit über 1.500 Mitgliedern den Großteil der Notaufnahme vertreten, die gemäß G-BA-Beschluss an der Notfallversorgung teilnehmen. Sie agiert als multiprofessionelle Fachgesellschaft mit dem Ziel, die notfallmedizinische und -pflegerische Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln (DGINA, 2020).

Expertin B2

Die Expertin B2 ist praktizierende Oberärztin und leitet die interdisziplinäre Not- auf Aufnahmestation in einem pädiatrischen Krankenhaus in Norddeutschland.

Experte B3

Der Experte B3 ist ein praktizierender Facharzt für Innere Medizin und der Präsident einer Ärztekammer in Norddeutschland. Mitunter besitzt er eine Zusatzweiterbildung in der Notfallmedizin. Zudem arbeitet er als ärztlicher Leiter eines Bildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen in einem norddeutschen Krankenhaus. Zu den genannten Tätigkeiten kommt hinzu, dass er als Professor im Studiengang Physician Assistance an einer Hochschule lehrt.

Experte B4

Der Experte B4 ist Diplom-Volkswirt und Geschäftsführer einer Krankenhausgesellschaft im norddeutschen Raum. Zuständig ist er dort für die Planung und Finanzierung. Der Verband vertritt 77 Krankenhäuser im Land mit ca. 20.000 Betten.

Experte B5

Der Experte B5 ist ein praktizierender Facharzt für Anästhesiologie, Notfall-, Intensiv- und Palliativmedizin. Er leitet als Chefarzt die zentrale Notaufnahme eines norddeutschen Krankenhauses und war zuvor bereits als Rettungsassistent notfallmedizinisch tätig. Darüber hinaus ist er zertifizierter Dozent in diversen Kurssystemen für eine Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Notfallmedizin.

Experte B6

Der Experte B6 ist ein praktizierender Facharzt für Innere Medizin und Anästhesiologie. Zusätzlich besitzt er eine Weiterbildung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin. Er leitet als Oberarzt stellvertretend die zentrale Notaufnahme in einer norddeutschen Klinik.

5.3 Durchführung und Transkription der Interviews

Die Interviews wurden im Rahmen eines Videoanrufs mittels Zoom-Cloudmeetings geführt. Lediglich der Experte B6 hat seine Antworten in Schriftform dargelegt. Aufgezeichnet wurden die Interviews in Bild und Ton mit der im Programm integrierten Aufnahmefunktion. Während der Gesprächssituation hat sich die Interviewerin bewusst zurückgehalten, um die Antworten und Tendenz der Expert*innen nicht zu verzerren. Die Haltung der Befragenden im qualitativen Interview sollte hörerorientiert und dem Relevanzsystem des Befragten untergeordnet sein. Neben erzählgenerierenden Fragen muss den Interviewten unbedingt ein monologisches Rederecht eingeräumt werden (Kruse, 2014, S. 267). Bei einer Gesamtlänge aller geführten Interviews von 215 Minuten, beträgt die durchschnittliche Länge 43 Minuten.

Im Anschluss an die Interviews wurden die Gesprächsmitschnitte mit dem Programm MAXQDA 2022 transkribiert. Eine Transkription ist eine Verschriftlichung des aufgezeichneten Interviews. Ihr Ziel ist es, die Audio- und Videodateien so umzuwandeln, dass eine zeitlich entlastete und systematische Auswertungsarbeit ermöglicht wird (Kruse, 2014, S. 349). Die Entscheidung über die angewandte Transkriptionsmethode bewegt sich zwischen den entgegengesetzten Zielen der Exaktheit und pragmatischen Umsetzung. Einerseits soll das Gespräch so authentisch wie möglich wiedergegeben werden. Andererseits stören zu viele Details im Transkript die Lesbarkeit. Es gilt, dass sich der Detailgrad der Transkription an der intendierten Verwendung der Transkripte orientiert. Wenn nur der semantische

Inhalt⁶ relevant ist, werden benötigte Informationen wie die Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit nicht verschriftlicht. Somit fällt die Entscheidung für das vorliegende Forschungsvorhaben aus pragmatischen Gründen auf die inhaltlich-semantiche (einfache) Transkription. Diese Transkriptionsmethode ist durch die gute Lesbarkeit, leichte Erlernbarkeit und den verhältnismäßig geringeren Zeitaufwand vorteilhaft. Auf diese Weise ist der Gesprächsinhalt schneller zugänglich. Zu den niedergeschriebenen Aussagen gibt es nur wenig Angaben zu para- und nonverbalen Ereignissen. Der gesprochene Text wird in der Umgangssprache beibehalten und lediglich um etwaige Dialekte geglättet (Dresing & Pehl, 2018, S. 16-20).

Zum besseren Verständnis folgt ein frei erfundenes Beispiel, das die inhaltlich-semantiche Transkription der gesprächsanalytischen Transkription gegenüberstellt.

Tabelle 2: Beispielhafte Gegenüberstellung der inhaltlich-semantiche und gesprächsanalytischen Transkription (eig. Darstellung anhand des Beispiels von Dresing & Pehl, 2018)

Inhaltlich-semantiche Transkription	Gesprächsanalytische Transkription
„Ein besonders gutes Beispiel, das waren mal unsere Nachbarn. (...), dreißig Jahre verheiratet, (...)“	„n besonders ↑`Gutes beispiel das warn mal unsere ↑`NACHbarn. (- - -) ähm (- - -) ↑`DREIßig jahre ver`hEiratet, °hh das letzte kind (.)“

Das zur Transkription der Experteninterviews genutzte Regelsystem wurde von Kuckartz et al. im Jahr unter Berücksichtigung der computergestützten Textanalyse (weiter-)entwickelt. Dieses setzt sich aus drei Teilen zusammen, die die angewandten Transkriptionsregeln an sich (ersten beiden Teile) und Hinweise zur einheitlichen Schreibweise (dritter Teil) beinhalten (Dresing & Pehl, 2018, S. 16-19). Eine Auflistung der an das Forschungsvorhaben angepasste Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl, strukturiert nach dem Regelsystem, findet sich im Anhang 3. Inklusiv des Korrekturlesens ist für einfache Regelsysteme von einem Fünf- bis Zehnfachen der Interviewlänge als Transkriptionszeit auszugehen (Dresing & Pehl, 2010, S. 726). Folglich wurden für die Verschriftlichung von 215 Minuten Rohmaterial mindestens 1.075 Minuten (ca. 18 Stunden) benötigt.

Bei aller Zurückhaltung der Interviewerin können die Antworten der Interviewpersonen nicht unbeeinflusst bleiben. Demnach lassen sich die Antworten nicht allein auf die Fragen selbst

⁶ Die Bedeutung des Inhalts

oder die kommunikative Intention der Interviewperson zurückführen. Vielmehr handelt es sich um das Ergebnis einer Interaktion, bei der Erfahrungshintergründe und Vorannahmen beider Gesprächspartner*innen zum Tragen kommen. Somit ist bei der folgenden Auswertung zu berücksichtigen, dass ein qualitatives Interview kein Abbild der Realität, sondern eine gemeinsam konstruierte Wirklichkeit darstellt (Kruse, 2014, S. 287).

6. Auswertung mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse dient zur Auswertung von allen Textarten, mitunter auch die Transkripte von Interviews (Bengtsson, 2016, S. 10). Der Vorteil dieser Analysetechnik liegt darin, dass große Rohdatensätze auf qualitativ-interpretativer Ebene bearbeitet werden können. Dabei werden relevante Aussagen aus einer Datenmenge extrahiert und ihrem Sinn nach interpretiert. Nicht zuletzt können dadurch latent vermittelte Inhalte erfasst werden (Mayring & Fenzl, 2019, S. 633); (Bengtsson, 2016, S. 8).

Für die Transkript-Analyse wurden folgende methodische Grundprinzipien nach Mayring angewandt (Larcher, 2010, S. 2-3); (Mayring & Fenzl, 2019, S. 635-637); (Mayring, 2003, S. 42 ff.):

- *Einordnung des Materials in den Kommunikationszusammenhang:* Das Rohmaterial wird innerhalb seines Entstehungskontextes untersucht. Nicht nur der Text an sich ist aussagekräftig, sondern auch die Schlussfolgerungen darüber hinaus.
- *Systematisches und regelgeleitetes Vorgehen:* Vor der Analyse wird, passend zur Forschungsfrage, ein Ablaufmodell erstellt. Die darin festgelegten inhaltsanalytischen Regeln sind in chronologischer Reihenfolge einzuhalten.
- *Definition von Analyseeinheiten:* Analyseeinheiten setzen sich aus Kodiereinheiten, Kontexteinheiten und Auswertungseinheiten zusammen. Eine Kodiereinheit legt den kleinsten Textbestand fest, der ausgewertet werden kann (z. B. Wort, Satz). Als Kontexteinheit bezeichnet man die Informationen, die für die Kodierung genutzt werden dürfen (z. B. ganzes Interview, einzelne Antworten). Zuletzt definiert die Auswertungseinheit die Materialportion, die sich in ein Kategoriensystem einordnen lässt (z. B. Materialteile). Für die vorliegenden Transkripte bildet jedes Wort eine Kodiereinheit. Als Kontexteinheiten werden nur alle Interviewantworten einbezogen, die sich auf die gestellte Frage beziehen. Die Auswertungseinheiten sind die Teile der Antworten, die relevante

Informationen in Bezug auf die Forschungsfrage darstellen. Das heißt, dass nebensächliche oder abschweifende Erzählungen nicht analysiert werden.

- *Zuordnung der Auswertungseinheiten zu Kategorien:* Die regelgeleitete Zuordnung von Kategorien zu Textstellen erfolgt entweder induktiv oder deduktiv nach den vorab definierten inhaltsanalytischen Regeln. Bei Ersterem werden Kategorien anhand des vorliegenden Materials entwickelt. Bei Letzterem werden theoriegeleitet vorab Kategorien aufgestellt.
- *Überprüfung der Gütekriterien:* Für die qualitative Inhaltsanalyse relevante Gütekriterien sind die Intrakoderübereinstimmung und die Interkoderübereinstimmung. Bei der Intrakoderübereinstimmung erfolgt eine nach abgeschlossener Analyse erneute Auswertung, ohne, dass die Kategorien betrachtet werden. Stimmt die Auswertungen durchschnittsweise überein, so ist dies als Kriterium für Reliabilität zu werten. Bei der Interkoderübereinstimmung wird ein zweiter Kodierer beauftragt. Hier gilt, dass Übereinstimmungen als ein Zeichen der Objektivität gewertet werden.
- *Forschungsbezug anstelle von Technik:* Die Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse sind nicht universell anwendbar, sondern müssen entsprechend der Forschungsfrage modifiziert werden.
- *Evidenz hat grundsätzlich Vorrang:* Der aktuelle Stand der Forschung hat grundsätzlich Vorrang vor Verfahrensargumenten. In der Bearbeitung des vorliegenden Forschungsthemas wurden durch die vorbereitende Literaturrecherche schon vor der Auswertung des Interviews einige Kategorien festgelegt. Das heißt, dass neben induktiven auch deduktive Kategorien gebildet wurden.

Nach Mayring gibt es drei Grundtechniken der qualitativen Inhaltsanalyse. Ergänzend zu der Explikation und Strukturierung ist die sog. Zusammenfassung eine etablierte Methode. Das Ziel der Zusammenfassung ist es, einen Text auf die wesentlichen Bestandteile zu reduzieren, um so die Kernaussagen zu extrahieren. Hierbei werden Kategorien induktiv gebildet (Mayring, 2010, S. 602). Die zusammenfassende Inhaltsanalyse zeichnet sich durch eine systematisierte Vorgehensweise durch fest definierte Analyseschritte und -regeln aus (Larcher, 2010, S. 2). Das Ablaufmodell beinhaltet fünf Hauptschritte, die mehrere Unterschritte umfassen (s. Abb. 1):

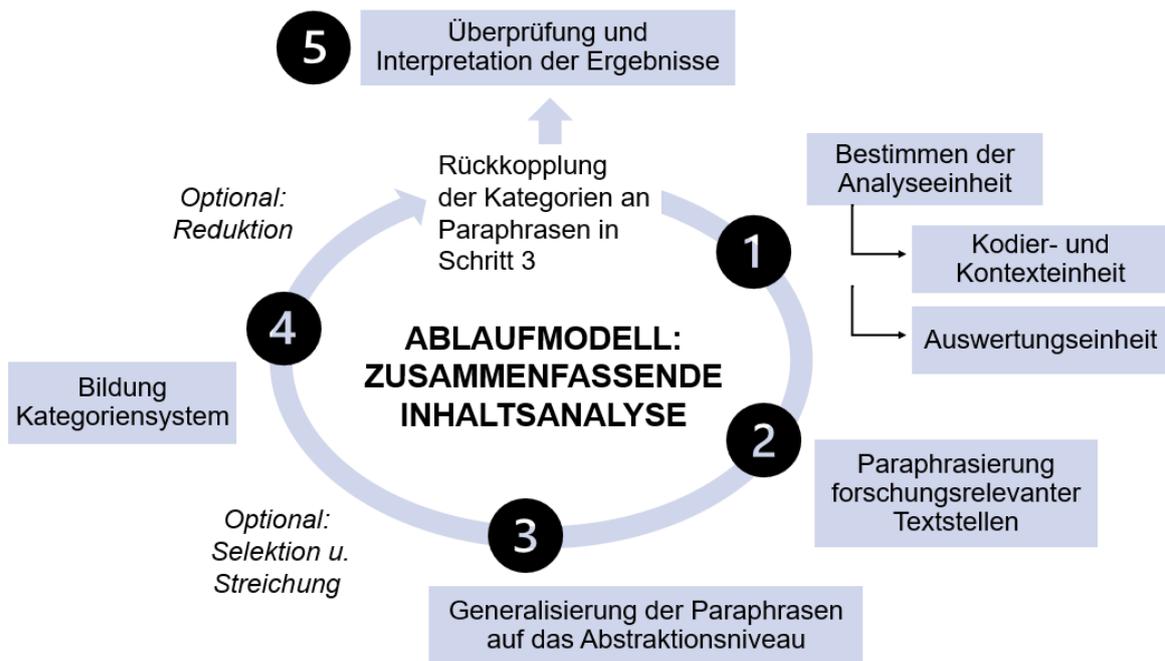


Abbildung 1: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (eig. Darstellung)

Im ersten Schritt der sog. Zusammenfassung werden die dreigliedrigen Analyseeinheiten bestimmt. Dabei sind die Kodier- und Kontexteinheiten die kleinsten bzw. größten Textteile, die mit in die Auswertung fließen. Die Auswertungseinheiten sind die Interviewaussagen, die nacheinander zur Auswertung herangezogen werden. Im zweiten Schritt folgt die Paraphrasierung, bei der die festgelegten Auswertungseinheiten inhaltlich beschränkt auf ihre grammatikalische Kurzform heruntergebrochen werden. Bei der Generalisierung im dritten Schritt werden die gewonnenen Paraphrasen auf einem vorab definierten Abstraktionsniveau allgemeiner formuliert. Gegebenenfalls können dabei entstandene inhaltsgleiche Paraphrasen gestrichen werden. Im anschließenden vierten Schritt werden sich aufeinander beziehende, aber auch inhaltlich alleinstehende Paraphrasen zu neuen Aussagen in Kategorien zusammengefasst. Wichtig ist, dass alle (generalisierten) Paraphrasen sich in dem Kategoriensystem einordnen lassen. Werden deckungsgleiche Kategorien aufgedeckt, kann eine erneute Reduktion vorgenommen werden. Ein zentraler Schritt bei der qualitativen Analyse ist die Durchführung einer Rückkopplungsschleife. Da die Kategorien erst bezogen auf die Forschungsfrage entwickelt werden, muss in einem zirkulären Verfahren sichergestellt werden, dass das Kategoriensystem dem Textinhalt gerecht wird. Wird dabei festgestellt, dass das vorliegende Material unzureichend durch das Kategoriensystem repräsentiert wird, müssen die Kategorien erneut an die Paraphrasen angepasst werden. Anschließend, im fünften und letzten Schritt, werden die Analyseergebnisse und deren Interpretation darauf geprüft, ob sie die Fragestellung ausreichend beantwortet haben (Larcher, 2010, S. 4-5). Zuletzt werden die Intrakoderübereinstimmung und Interkoderübereinstimmung als Gütekriterien überprüft (Mayring, 2010, S. 603 und 610). Für eine bessere

Nachvollziehbarkeit wird die Durchführung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse in einer Zusammenfassungsmaske tabellarisch dokumentiert (Mayring, 2003, S. 64). Es folgt als Beispiel ein Auszug aus der Zusammenfassungsmaske für die vorliegende Forschungsfrage:

Tabelle 3: Auszug aus Zusammenfassungsmaske (eig. Darstellung, in Anlehnung an Mayring, 2003)

Inter-viewpartner*in	Auswertungseinheit	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion mit Einordnung in Kategorie
B2	„Physician assistants sind eine gute Lösung. Also, dass man (...) keine Ärzte dahin setzt, sondern (...) gut ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger, die noch eine Zusatzweiterbildung haben in der (...) Basisversorgung“	PAs sind gute Lösung; alternativ Gesundheits- und Krankenpfleger mit Zusatzweiterbildung in der Basisversorgung	PAs oder Gesundheits- und Krankenpfleger mit Zusatzweiterbildung in der Basisversorgung	Kategorie 5: - PAs - Weiterbildung in Basis-Pädiatrieversorgung

In den ersten beiden Spalten werden der/die Interviewpartner*in und die Auswertungseinheit niedergeschrieben. In der dritten und vierten Spalte folgt die Paraphrase bzw. Generalisierung. Zuletzt wird in der letzten Spalte die Reduktion mit der Einordnung in die am Material entwickelte Kategorie zusammengefasst. Im Anhang 4 befindet sich die gesamte Dokumentation der zusammenfassenden Inhaltsanalyse.

Nach der Analyse des gesamten Materials entstand ein Kategoriensystem mit sieben Kategorien und folgenden Kodierungen:

Tabelle 4: Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (eig. Darstellung)

Kategorie	Kodierung
Kategorie 1	Entwicklung der Patientenzahl und -struktur in der ZNA
Kategorie 2	Gründe für ambulant-sensitive Notfälle
Kategorie 3	Personal in RHC
Kategorie 4	Voraussetzungen für die Patientensicherheit in RHC
Kategorie 5	Vergütungsmodell für RHC
Kategorie 6	Einsparpotential durch Inanspruchnahme RHC
Kategorie 7	Kritik an den RHC

Zu beachten ist, dass für die Forschungsfrage irrelevantes Transkriptmaterial nicht in der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt wurde. Alle Interviewergebnisse, die sich in die Kategorien 1 und 2 einordnen lassen, dienen zur Bestätigung der vorbereitenden Literaturrecherche. Deshalb werden die Inhalte dieser Kategorien im Ergebnisteil nur angeführt, wenn sie die Literaturrecherche um neue Informationen ergänzen. Demgegenüber tragen die Erkenntnisse, die sich in die Kategorien 3 bis 7 einordnen lassen, maßgeblich zur Beantwortung der Forschungsfrage bei und werden ausführlicher beschrieben.

7. Ergebnisse der Experteninterviews

Sowohl die bestehende ambulante Notfallversorgungsstruktur als auch die Übertragbarkeit von Retail Health Clinics auf Deutschland wird unter den Befragten unterschiedlich bewertet. In den Folgekapiteln werden zunächst die Ergebnisse vorgestellt, die die Literaturergebnisse zu der derzeitigen Versorgungssituation in den Krankenhausambulanzen ergänzen. Daran anknüpfend folgt die Evaluation der Übertragbarkeit des Behandlungsmodells Retail Health Clinic.

Kategorie 1: Entwicklung der Patientenzahl und -struktur in der ZNA

Im Widerspruch zu der von dem ZI veröffentlichten Statistik, sind sich alle Expert*innen einig, dass die Patient*innen in der Notaufnahme langfristig zunehmen. Aus ihrem (klinischen) Alltag können sie berichten, dass der Zustrom in der Notfallambulanz sich verstärkt hat. Dabei warnt der Experte B1, dass die Notfallstatistiken je nach der erhebenden Institution schwanken und eine durch das ZI kommunizierte Stagnation der Patientenzahl von eigenen Interessen beeinflusst sein könnte. Auch merkt er an, dass keine universelle

Notfalldefinition existiert und eine realitätsgetreue Erhebung der Patientenzahlen damit schwierig ist (Expertengespräche 1 – 6).

Bezüglich der Patientenstruktur gibt die Person B1 an, dass bei einem Teil seiner Patient*innen der Schweregrad und die Personalbindungszeit zugenommen haben. Damit geht er nicht davon aus, dass größtenteils Bagatellfälle der Treiber von steigenden ambulanten Notfallzahlen sind. Vielmehr äußert er, dass seine Notfallpatient*innen zumeist ihre Beschwerden korrekt einschätzen und sich in die passende Versorgungsebene begeben (Expertengespräch 1).

Kategorie 2: Gründe für ambulant-sensitive Notfälle

Die von der Studiengruppe genannten Gründe und vorhersagenden Patientenmerkmale für ein erhöhtes Aufkommen in den Notfallambulanzen decken sich mit den Ergebnissen der Literaturrecherche in Kapitel 2.1 bis 2.3. Daher werden an dieser Stelle nur neue Erkenntnisse innerhalb der Kategorien weiter ausgeführt.

Nach den Experten B5 und B6 mangelt es faktisch im ambulanten KV-Bereich an Versorgungskapazitäten, sodass Ärzt*innen ihre Patient*innen oftmals aus operativer Überforderung in die ZNA überweisen (Expertengespräche 5 und 6). Bei den für die ambulant-sensitiven Notfallpatient*innen typischen Charakteristika berichten B1 und B3, dass Patient*innen aus städtischen Gebieten eher dazu neigen, die ZNA als Alternative aufzusuchen (Expertengespräche 1 und 3). Auch handelt es sich bei ambulant-sensitiven Notfällen nach B6 oft um hochbetagte Patient*innen mit einer fehlenden Patientenverfügung. Diese werden von den Pflegekräften, die sich rechtlich absichern möchten, eingewiesen (Expertengespräch B6).

Kategorie 3: Personal in RHC

Der Experte B1 konstatiert, dass im Fall einer Krankheitsbehandlung kein Rechtsrahmen für das Handlungsspektrum von nicht-ärztlichem Personal besteht und dies bei ihnen für Unsicherheit sorgt. Demnach wäre die Risikobereitschaft von nicht-ärztlichen Verantwortungsträgern gering. Daher kann er sich nur vorstellen, dass eine RHC als Erste-Hilfe-Stelle für Verletzungen operiert und keine Krankheiten behandelt. In dem Fall kann er sich den Einsatz von Notfallsanitäter*innen vorstellen. Dennoch ist es für ihn unabdingbar, dass die Qualifikation der leitenden Person das angebotene Leistungsspektrum übersteigen muss.

Nur so könnte in Ausnahmesituationen adäquat auf dringliche Notfälle reagiert werden (Expertengespräch 1). Im Gegensatz dazu hält der Experte B5 die personelle Besetzung durch Notfallsanitäter*innen für die Behandlung von Bagatellen für ungeeignet. Dies begründet er damit, dass diese routiniert in der schweren Notfallbehandlung sind und mit Bagatellen eher überfordert wären. Vielmehr ist nach ihm eine Besetzung mit klinischem Personal, wie Pflegefachkräften für Notfallmedizin, geeignet. Sie seien vertraut mit der Behandlung von Bagatellen wie Schnittwunden oder nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen. Außerdem seien sie fähig, ihre Handlungskompetenz korrekt einzuschätzen (Expertengespräch 5). Laut dem Experten B6 sollten in einer RHC leitende Ärzt*innen gemeinsam mit allgemein- und notfallmedizinisch ausgebildetem Personal eingesetzt werden. Eine Implementierung der US-amerikanischen Personalbesetzung in Deutschland sieht er als schwierig an, da die Qualifikationen und Befugnisse sich in beiden Ländern zu stark voneinander unterscheiden. Dennoch fügt er hinzu, dass allen voran eine Zielgruppe für die RHC definiert werden muss (Expertengespräch 6). Somit impliziert er, wie der Experte B1, dass die Personalbesetzung von dem Leistungsangebot der RHC abhängt.

Demgegenüber ist es für die Expert*innen B2, B3, und B4 denkbar, dass ausschließlich akademisierte Gesundheitsfachkräfte wie Physician Assistants oder Advanced Nurse Practitioners eingesetzt werden. Hervorgehoben wird von dem Experten B3, dass der Spielraum für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an PAs groß ist. Und das, obwohl deren Handlungsrahmen im Konsenspapier der BÄK und KBV konservativ geschätzt wird. Er betont jedoch, dass die ärztliche Verantwortung bestehen bleiben soll und der eigenverantwortliche Betrieb durch PAs kritisch ist. Die Ärztin B2 konkretisiert, dass Gesundheits- und Krankenpflegern mit einer Zusatzweiterbildung in der Basisversorgung oder Basis-Pädiatrieversorgung in RHC arbeiten sollten. Sie betont, dass das Personal auch eine Notfallqualifikation besitzen sollte, um die Wartezeit bis zur ärztlichen Versorgung bei ernsthaften Notfällen überbrücken zu können. Passend dazu hält sie eine ärztliche Anwesenheit nur bei Bedarf für nötig und ist der Meinung, dass banale Beschwerden durch nicht-ärztliches Personal versorgt werden können. Zu der gleichen Ansicht kommt auch der Experte B3. Er hält Ärzt*innen in RHC für eine Fehlbesetzung, da sie die höchstrangigste Ressource im Gesundheitswesen darstellen. Dennoch räumt er ein, dass die Bevölkerung mit der stetigen Versorgung durch Ärzt*innen sozialisiert ist und eine Abweichung zunächst auf Skepsis stoßen könnte (Expertengespräche 2, 3 und 4).

Trotz der denkbaren ärztlichen Abwesenheit setzen die Experten B2, B3, B4 und B5 für den Betrieb einer RHC die Leitung durch und digitale Anbindung von Ärzt*innen voraus. Der Experte B4 äußert, dass ein ärztlicher Hintergrunddienst sowohl aus fachlicher als auch

rechtlicher Sicht notwendig ist (Expertengespräche 2, 3, 4 und 5). Allein der Experte B6 hält die ärztliche Anwesenheit durch Internist*innen, Allgemeinmediziner*innen und Chirurg*innen für erforderlich. Seine Meinung beruht darauf, dass essentielle Schritte im Behandlungsprozess wie die Rezeptausstellung und Therapieverordnung dem Arztvorbehalt unterliegen. Demnach hält er die Personalbesetzung von nicht-ärztlichen Mitarbeitenden erst für möglich, sobald gesetzlich ein erweiterter Delegationsrahmen gewährleistet ist (Expertengespräch 6).

Kategorie 4: Voraussetzungen für die Patientensicherheit in RHC

Die Expertin B2 ist der Meinung, dass eine Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst die Patientensicherheit erhöhen kann. So können die RHC-Patient*innen bei schwerwiegenden Notfällen schnell verlegt werden. Außerdem muss ihr zufolge ein fundiertes Ausbildungskonzept vorliegen, das die Mitarbeitenden auf ein selbstständiges Arbeiten ohne kontinuierliche Rückversicherung vorbereitet. Der Experte B4 ist ebenfalls der Meinung, dass die Beschäftigung in einer RHC eine spezielle Ausbildung mit darauf zugeschnittenen Inhalten voraussetzt (Expertengespräche 2 und 4). In Ergänzung dazu, sagt der Experte B5, dass das RHC-Personal bei weniger schweren Notfällen autark nach ärztlichem Standard arbeiten sollten könnte. Bei schweren Notfällen sollten sie vor Ort unter telemedizinischer Anweisung handeln können (Expertengespräch 5). Nach dem Befragten B6 müssten Behandlungspfade (SOP⁷) für die häufigsten Erkrankungen vorhanden sein. Darüber hinaus sollte ein Dokumentationsstandard etabliert werden (Expertengespräch 6).

Für die Sicherung der Behandlungsqualität schlägt die Expertin B2 ein Supervising der Mitarbeitenden vor. Nach dem Experten B3 sollten qualitätsrelevante Daten wie die Behandlungs-Outcomes und Abrechnungsdaten geprüft werden (Expertengespräche 2 und 3).

Kategorie 5: Vergütungsmodell für RHC

Laut dem Experten B1 ist eine Vergütung der Behandlung in einer RHC nur mit einem Pauschalssystem denkbar. Als Begründung nennt er, dass eine Vergütung der Behandler*innen nach dem EBM oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an die ärztliche Leistungserbringung geknüpft ist (Expertengespräch 1). Im Gegensatz dazu, ist die Expertin B2 davon überzeugt, dass die Höhe der Vergütung sich nicht an den Behandler*innen, sondern am

⁷ Standard Operating Procedure

Krankheitsbild orientieren sollte. Sie befürwortet, dass dieselbe erbrachte medizinische Leistung, unabhängig von der Fachqualifikation der Behandler*innen, gleichermaßen mit dem EBM-Honorar vergütet werden sollte. Damit setzt sie indirekt voraus, dass die Kompetenz der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachkräfte ausreicht, um ein den Ärzt*innen gleichwertiges Behandlungsergebnis zu erzielen (Expertengespräch 2). Ebenfalls sehen die Experten B3 und B5 die Vergütung einer RHC im ambulanten Bereich. An dieser Stelle geht der Experte B3 ins Detail und schlägt zwei Möglichkeiten vor. Die eine Lösung ist, dass Leistungen von PAs als eigenständiger Leistungsbereich in die GKV eingeführt werden sollten. Die Vergütung für PAs müsste gleichzeitig von den ärztlichen Leistungen und auch von denen der medizinischen Fachangestellten abgegrenzt werden. Dafür sollte der EBM-Katalog um separate EBM-Leistungsziffern für an PAs delegierbare Tätigkeiten erweitert werden. Demnach wäre für delegierbare EBM-Leistungen ein Umrechnungsfaktor für die nicht-ärztliche Vergütung festzulegen. Die andere von B3 vorgeschlagene Lösung wäre eine Budgeterhöhung für Behandler*innen, die an RHC angebunden sind und mit PAs zusammenarbeiten. Somit würde die Budgetgrenze eines/r Behandlers*in je nach Anzahl der von ihm/ihr beschäftigten PAs variieren (Expertengespräch 3).

Entgegen diesen Ansichten hält der Experte B4 eine leistungsbezogene Vergütung für schwierig, da es sich bei der Notfallversorgung tendenziell um eine Vorhaltefinanzierung mit Fixkosten handelt. Er befindet die Realisierung der Vorhaltefinanzierung vor allem hinsichtlich der Zuordnung auf die Kostenträger für schwierig. Denkbare Optionen wären die Verteilung der Vorhaltekosten auf die Kostenträger mithilfe einer Divisionskalkulation oder einer direkten Finanzierung. Eine Vorhaltefinanzierung würde dazu führen, dass die Behandlungskosten von der Besuchsfrequenz der Patient*innen abhängen. So würde der von den Kostenträgern zu erstattende Behandlungspreis in einer weniger frequentierten RHC höher ausfallen als in einer gut besuchten RHC (Expertengespräch 4).

Nach dem Experten B6 wäre das Wirtschaften in einer RHC nach dem Genossenschaftssystem sinnvoll. Demzufolge sollten alle Beschäftigten in einen gemeinsamen Haushalt wirtschaften. Auf der einen Seite können aus den Erlösen alle medizinischen Maßnahmen finanziert werden, ohne, dass sich ein Einzelner bereichern kann. Auf der anderen Seite könnten die Kosten für die Notfallversorgung deckend verteilt werden, sodass das Krankenhaussystem entlastet wird (Expertengespräch 6).

Kategorie 6: Einsparpotential durch Inanspruchnahme RHC

Ob eine Inanspruchnahme der RHC zu tatsächlich Ersparnissen führt, ist unter den Interviewpartner*innen umstritten. Die Experten B1, B2, und B4 konstatieren, dass kein Einsparpotential bei der Einführung von RHC besteht. Nach den Experten B1 und B4 wird mit den RHC eine zusätzliche – und keine ersetzende – Versorgungsebene neben dem Rettungsdienst und der ZNA errichtet. Dadurch nehmen die Abrechnungsebenen und auch die Gesamtkosten zu. Demnach würde der Experte B1 nur unter zwei (realitätsfernen) Bedingungen eine Reduzierung der Kosten für wahrscheinlich halten. Erstens müssten die Vergütungssätze in einer RHC niedriger als in der ZNA sein. Und zweitens dürften die Patient*innen nach der Behandlung in einer RHC keine weiteren Behandler*innen mehr aufsuchen. Insbesondere von letzterem ist nicht auszugehen, da die technischen Mittel in einer RHC zur finalen Abklärung voraussichtlich nicht ausreichen werden und die Diagnosestellung dem Arzt vorbehalten ist. Dem Experten B1 zustimmend, ist der Experte B4 auch der Ansicht, dass das Finanzierungsvolumen der RHC größer als die zu erwartenden Kosteneinsparungen ist. Des Weiteren merkt er an, dass eine ärztliche Anwesenheit in der RHC – ob physisch oder digital – sehr kostenintensiv wäre und damit Einsparungen ausschließt (Expertengespräche 1 und 4). Auch die Expertin B2 äußert, wenn auch ohne nähere Ausführung, dass sie kein Einsparpotential erwartet. Dafür kann sie sich vorstellen, dass das Stresslevel der in der ZNA Beschäftigten durch die Entlastung sinken könnte (Expertengespräch 2).

Gegensätzlich dazu halten die Experten B3, B5 und B6 es für möglich, dass durch die Etablierung von RHC die Kosten im Gesundheitswesen verringert werden. Begründen tut das der Experte B3 damit, dass Krankenhauspatienten mit geringen Beschwerden unverhältnismäßig viel Aufwand generieren und gleichzeitig kostenintensive Ressourcen binden. Unter dem Vorbehalt, dass noch keine Kostenrechnung für Deutschland durchgeführt werden kann, steht er den Einsparungen zuversichtlich gegenüber (Expertengespräch 3). Aus dem gleichen Grund sieht der Befragte B5 ebenfalls ein Einsparpotential. Er erläutert, dass Bagatellfälle die Kapazitäten für kostendeckende Fälle blockieren. Darüber hinaus können die vorgehaltenen Krankenhausstrukturen durch ambulante Notfallleistungen nicht refinanziert werden. Daher sei eine Umlenkung ambulanter Notfälle hilfreich, um finanzielle Defizite im Krankenhaus zu vermeiden (Expertengespräch 5). Ohne detaillierte Ausführungen gibt der Experte B6 an, dass eine effizient betriebene RHC zu Kosteneinsparungen führen kann (Expertengespräch 6).

Kategorie 7: Kritik an den RHC

Der Experte B1 glaubt, dass die Anspruchshaltung der Patient*innen auf eine ärztliche Versorgung zu hoch ist, sodass eine RHC in Deutschland nicht akzeptiert werden würde. Er vermutet auch, dass die Absicherungsmentalität in Deutschland im Widerspruch mit dem Prinzip einer RHC steht. Vor allem, weil für eine zusätzliche Versorgungsebene zwischen der KV-Praxis und Notfallambulanz noch keine formal-juristische Grundlage vorhanden ist. Die für eine RHC geeignete Patientengruppe schätzt er als klein ein, wobei er es dazu für unwahrscheinlich hält, dass sich diese Patient*innen keine zusätzliche Abklärung suchen. Ihm zufolge ist ein aus dem Gesamtversorgungssystem losgelöster Betrieb nicht vorstellbar. Zum einen, weil die Diagnosestellung an die ärztliche Profession gebunden ist. Und zum anderen, weil das nicht-ärztliche Personal bei Behandlungsfehlern mit schwerwiegenden Konsequenzen rechnen müsste. Entsprechend sieht er eine geringe Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme von nicht-ärztlichen Fachkräften. Ein weiterer Kritikpunkt von ihm ist, dass das Versorgungsspektrum einer RHC nicht auf lebensbedrohliche Symptome vorbereitet ist. In diesen Ausnahmefällen müssten Patient*innen weitertransportiert werden, wodurch die Versorgungskette sich unnötig verzögert (Expertengespräch 1).

Nach der Expertin B2 könnte das Konzept an der flächendeckenden Aufklärung über eine sachgerechte Nutzung scheitern. Sie betont, dass es schon herausfordernd ist, über den Unterschied von Bagatellsymptomen zu ernsthaften Notfällen aufzuklären. Damit verbunden, wäre es auch schwierig, das Modell in der Bevölkerung bekannt zu machen. Bezogen auf die Behandlungsqualität kritisiert sie, dass eine Behandlung von Kindern in RHC ohne pädiatrisch spezialisiertes Personal schwierig ist. So könnte es zu einer Über- oder Unterschätzung von Symptomen bei Kindern durch Erwachsenenmediziner*innen oder PAs kommen. Zuletzt steht sie den versprochenen geringen Wartezeiten kritisch gegenüber, da dies nicht der Realität des deutschen Gesundheitswesens entspricht (Expertengespräch 2).

Laut dem Experten B3 besteht die Gefahr, dass die RHC als Werbestelle um Patient*innen missbraucht wird. Er warnt davor, dass private Krankenhausketten eine RHC betreiben, um die eigenen Krankenhausleistungen anzupreisen. So darf die Kommerzialisierung der Medizin nicht gegenüber der patientenorientierten Versorgung priorisiert werden.

Der Experte B4 sieht es ebenfalls, wie der Experte B1, kritisch, dass mit der RHC eine dritte Versorgungsebene etabliert wird. Dadurch wird das bereits bestehende Problem der Doppelstrukturen im deutschen Gesundheitswesen noch bestärkt. Er ist davon überzeugt, dass das primäre Ziel der RHC nicht die Entlastung der Notfallversorgung ist. Vielmehr ergänzt

sie das Versorgungsangebot für Patient*innen, die sich sowieso schon in den bestehenden Versorgungsebenen bewegen. Darüber hinaus ergänzt er, dass RHC in dicht besiedelten, städtischen Gegenden am besten funktionieren würden. Dies ist kritisch, da Versorgungsprobleme eher in ländlichen Regionen bestehen. Zuletzt hält er die Umsetzung bei den derzeitigen deutschen Rechtsbedingungen für unmöglich (Expertengespräch 4).

Gemäß dem Experten B5 muss der Handlungsrahmen für die diagnostische und therapeutische Kompetenz der nicht-ärztlichen Mitarbeitenden vor dem Betrieb einer RHC abgeklärt werden. Ein größeres Problem sieht er darin, dass Vertragsärzt*innen die RHC als Konkurrenz und finanzielle Bedrohung wahrnehmen könnten. Dies kann ihm zufolge in Lobbyismus resultieren (Expertengespräch 5).

Zuletzt führt der Experte B6 an, dass es in einer RHC zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann, die sofortige ärztliche Versorgung bedürfen. Er sieht den Grund darin, dass viele Patient*innen ihre Beschwerden inkorrekt einschätzen und infolgedessen die RHC als falsche Versorgungsebene aufsuchen (Expertengespräch 6).

8. Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst zentrale und ausgewählte Ergebnisse aus dem vorangegangenen Kapitel diskutiert, die sich explizit auf die Übertragbarkeit der RHC auf Deutschland beziehen. Dafür werden sowohl die Beurteilung der Autorin als auch die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche herangezogen. Daraufhin werden die inhaltlichen und methodischen Limitationen der Arbeit aufgezeigt.

8.1 Ergebnisdiskussion

Kategorie 3: Personal in RHC

Insgesamt sind sich die Interviewpartner*innen hinsichtlich der Personalbesetzung in einer RHC uneinig. Für die Experten B1 und B6 ist eine Versorgung von Erkrankungen ohne ärztliche Kompetenz mit den gegebenen Gesetzesbedingungen nicht denkbar. In Deutschland sind für medizinische Assistenzberufe weder die Anforderungen an die Qualifikation noch die konkreten Tätigkeitsbefugnisse gesetzlich definiert (Korzilius & Osterloh, 2017, S. 1302-1303). So besteht viel Interpretationsraum für delegierbare Tätigkeiten. Vor dem Hintergrund sind die Expertenansichten nachvollziehbar, da sowohl die Behandler*innen als

auch die Patient*innen bei fehlenden rechtlichen Grundlagen einem hohem Haftungs- bzw. Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind. Nichtsdestotrotz wirft die Evidenz auf internationaler Ebene ein gutes Licht auf die Qualität der Versorgung durch PAs. Eine englische Studie ergibt, dass die Behandlungsqualität von PAs mit der von Ärzten im zweiten Weiterbildungsjahr vergleichbar ist (Halter et al., 2020). Eine Publikation aus den Niederlanden kommt zu der Erkenntnis, dass die Versorgungsqualität nicht durch PAs im ärztlichen Team beeinträchtigt wird (Timmermans et al., 2017). In Deutschland sind allerdings bislang noch kaum belastbare Daten zur Behandlungsqualität bei der Versorgung durch PAs vorhanden (Meyer-Treschan et al., 2021, S. 20).

Die restlichen Befragten befürworten eine reine Besetzung durch akademisierte Gesundheitsfachkräfte oder Pflegefachkräfte für Notfallmedizin für die Krankheitsbehandlung. Unter ihnen besteht der Konsens, dass eine ärztliche Anwesenheit vor Ort für banale Beschwerden nicht erforderlich ist. Dennoch ist es für sie unabdingbar, dass die RHC von Ärzten geleitet werden und eine ärztliche Kompetenz telemedizinisch erreichbar ist. Zurecht räumt der Experte B3 ein, dass eine medizinische Versorgung ohne ärztliche Anwesenheit in der deutschen Bevölkerung nur zögerlich akzeptiert werden würde. Obwohl die ärztliche Behandlung hierzulande zum Selbstverständnis geworden ist, könnten positive Patientenerfahrungen sukzessive das anfängliche Misstrauen und die ständige Erwartung an eine Versorgung durch Ärzt*innen beseitigen. So ergibt eine qualitative US-Studie von Wang et al., dass 67 % der Patient*innen zufrieden mit ihrer Behandlung sind. Insbesondere wurde von den Patient*innen als positiv empfunden, dass der/die Behandler*in gründlich und vertrauenswürdig aufgetreten ist. Der von den RHC-Betreibern MinuteClinic, RediClinic, Take-Care und LittleClinic ermittelte Anteil an zufriedenen Patient*innen deckt sich mit dem Studienergebnis (Wang et al., 2010, S. 3). Ließen sich bei der Errichtung von RHC in Deutschland ähnliche Werte erzielen, könnten zufriedene Patient*innen als Multiplikatoren dienen. Mit ihrer Mund-zu-Mund-Propaganda wäre ein steigendes Vertrauen in alternative Versorgungsebenen denkbar. Zudem bietet sich eine flächendeckende Aufklärungsarbeit an, um die breite Masse darüber aufzuklären, in welchen Situationen ein RHC-Besuch gerechtfertigt ist. Allen voran muss den Patient*innen deutlich werden, dass das RHC-Personal zwar qualifiziert ist, nicht aber den Anspruch einer ärztlichen Versorgung erfüllen kann und soll.

Kategorie 4: Voraussetzungen für die Patientensicherheit

Für die Patientensicherheit setzen die Experten B2 und B4 ein spezielles Ausbildungskonzept, das nicht-ärztliches Personal auf selbstständiges Arbeiten vorbereitet, voraus. Für

eine erhöhte Sicherheit hält der Experte B6 den Rückgriff auf Behandlungspfade für häufige Erkrankungen für sinnvoll. Ein weiterführender Ansatz wäre zunächst die Eingrenzung des Behandlungsspektrums auf die fünf in den US-amerikanischen RHC am häufigsten behandelten Beschwerden. Dies wären mitunter die Rachenentzündung, Mittelohrentzündung, akute Sinusitis, Bindehautentzündung und Harnwegsinfektionen (Bachrach et al., 2015, S. 7). Bei einem im Vergleich zur Notfallambulanz kleinerem Leistungsspektrum könnte die Patientenbehandlung für nicht-ärztliches Personal schneller routiniert und damit sicherer werden.

Der Neuartigkeit des Retail-Clinic-Konzeptes in Deutschland geschuldet, plädiert der Experte B3 für eine stringente Prüfung der Behandlungsergebnisse. Damit hat der Experte B3 verdeutlicht, dass neben der von den Patienten bevorzugte Bequemlichkeit und Niedrigschwelligkeit in einer RHC auch die Behandlungsqualität betrachtet werden muss. Sollte diese unzureichend sein, wäre die Frage nach dem Substitutionspotential in einer RHC überflüssig. Demzufolge muss zusätzlich evaluiert werden, inwiefern die Versorgung in einer RHC qualitativ höher- oder gleichwertig gegenüber einer Behandlung in anderen Versorgungsebenen ist. Bis zum Jahr 2019 gibt es nur wenige Studien, die die Behandlungsqualität in RHC ausreichend beurteilen. Dies liegt daran, dass diese stark von der zu behandelnden Krankheit abhängt (Mukamel et al., 2019, S. 828). Dennoch liegt eine Analyse von insgesamt 75.886 Behandlungen der Mittelohrentzündung, Rachenentzündung und Harnwegsinfektion aus MinuteClinics, Arztpraxen und Notfallambulanzen vor. Diese ergibt, dass die Versorgungsqualität in den RHC bei diesen Krankheiten sogar höher als in anderen Behandlungssettings ist. Trotz der vielversprechenden Evidenz muss ergänzt werden, dass Risikopatient*innen und komplexe Behandlungsverläufe gemäß den MinuteClinic-Leitlinien nicht behandelt, sondern weiterverwiesen werden (Shrank et al., 2014, S. 798). Auch Mehrotra et al. kommen bei einer Analyse von 15.170 Patientenfällen aus RHC, ZNA, Arztpraxen und Urgent Care Centers zu demselben Ergebnis (Mehrotra et al., 2009, S. 6). Andere Studien ergeben, dass der Anteil der Patient*innen (88 %) ohne wiederkehrenden Besuch in einer RHC höher ist als in anderen Behandlungssettings (Wilson et al., 2010, S. 757-758). Die niedrigere Wahrscheinlichkeit einer Wiedervorstellung spricht dafür, dass die Patient*innen adäquat versorgt wurden (Rohrer et al., 2008); (Weinick et al., 2011, S. 4). Grenzt man die Patientengruppe dahingegen auf den rein pädiatrischen Bereich ein, zeichnet sich ein anderes Bild ab. Eine qualitative Befragung zufolge waren 226 Kinderärzt*innen zufolge in hohen Anteilen schon einmal mit falschen Diagnosen (81 %), zu hohen (77 %) oder falschen Verschreibungen (68 %) von Antibiotika, fehlenden Untersuchungsmöglichkeiten (68 %) oder einer nicht der Diagnose entsprechend eingeleiteten Therapie (69 %) bei RHC-Patient*innen konfrontiert. Von den Befragten haben 91 % angegeben, dass sie

ein bis zwei Mal pro Woche eine/n RHC-Patient*in zusätzlich versorgen. Darunter haben 37 % angegeben, dass dies auf die Unterversorgung in RC zurückzuführen ist (Garbutt et al., 2013, S. 1-4). Die Widersprüche in der Literatur zeigen, dass eine verallgemeinernde Aussage über die Behandlungsqualität und Patientensicherheit in RHC bis zum heutigen Zeitpunkt noch nicht möglich ist. Für eine tiefgehende Untersuchung dieser Aspekte sollte in jeden Fall vorab eine klare Ziel- bzw. Patientengruppe definiert werden.

Kategorie 5: Vergütungsmodell für RHC

Zunächst einmal ist herauszustellen, dass die Krankenversicherungssysteme in den USA und Deutschland sich stark voneinander unterscheiden. In den USA sind nicht alle US-amerikanische Bürger verpflichtend krankenversichert, sodass einige von ihnen die Leistungen einer RHC als Selbstzahler in Anspruch nehmen (Mehrotra et al., 2009, S. 7). Daneben besteht in Deutschland eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht, sodass die Krankenkassen als Kostenträger agieren. Die Möglichkeit, dass die deutschen Patient*innen eine Behandlung in einer RHC als Selbstzahler*in in Anspruch nehmen, wurde damit im Gespräch nicht angeführt.

Aufgrund der vorgesehenen Leistungserbringung durch nicht-ärztliches Personal, ist für den Experten B1 nur eine (von der GOÄ und dem EBM losgelöste) Pauschalvergütung denkbar. Ein Pauschalssystem könnte sich als eher schwierig erweisen. Dafür müssten die Pauschalen so hoch sein, dass sie die Behandlungskosten decken und den Mehraufwand des RHC-Personals, z. B. durch die Arbeitszeit außerhalb von Sprechstundenzeiten, adäquat abdecken. Für Experte B4 hingegen kommt nur eine Vorhaltefinanzierung für die Deckung der Fixkosten infrage. Demnach hängen die für den Betreiber entstehenden Kosten von der Anzahl der Patient*innen ab. Bei den nach Besuchsfrequenz variierenden Behandlungskosten wird die Bereitschaft der Kostenträger zur Kooperation für RHC in ländlichen Gegenden voraussichtlich gering sein. Nur die Expert*innen B2 und B3 befürworten eine leistungsbezogene Vergütung im EBM-Bereich. Die Expertin B2 hält, unabhängig vom Leistungserbringenden, eine Vergütung orientierend am Krankheitsbild für angemessen. Dieser Ansatz könnte zu einer empfundenen Benachteiligung bei Ärzt*innen führen. Im Gegensatz dazu ist Experte B3 der Ansicht, dass ein Umrechnungsfaktor für nicht-ärztlich erbrachte EBM-Leistungen neu eingeführt werden sollte. Die fehlende tarifliche Vergütungsregelung für PAs wird auch von den Autoren Meyer-Treschan et al. (2021, S. 20) aufgegriffen. So werden PAs in Deutschland oft in haus- oder konzerninterne Tarife eingruppiert, wobei

deren Einordnung oft vom individuellen Verhandlungsgeschick abhängt. Es wird erkennbar, dass die PAs im Vergütungssystem bis heute ungenügend berücksichtigt werden.

Kategorie 6: Einsparpotential durch Inanspruchnahme RHC

Von US-amerikanischen Gesundheitspolitikern wird angenommen, dass RHC den Zugang zur Notfallversorgung erleichtern und Bagatellen in der Notfallambulanz vermeiden können. Dies würde zu reduzierten Gesundheitsausgaben führen (Scott, 2007); (Hansen-Turton et al., 2007, S. 61-73). Bei den Expertengesprächen über das Einsparpotential für das deutsche Gesundheitswesen durch die Errichtung von RHC wurden nur die Ersparnisse der Kostenträger berücksichtigt.

Kein Einsparpotential bei einer Errichtung von RHC in Deutschland sehen die Expert*innen B1, B2 und B4. Ihnen zufolge wird damit eine zusätzliche Versorgungsebene geschaffen, wodurch die Gesamtausgaben im Gesundheitssystem ansteigen. Ganz unberechtigt scheint die Befürchtung der Expert*innen nicht zu sein. So äußern US-amerikanische Autor*innen, dass es bei banalen Beschwerden eine Verschiebung von der Selbstbehandlung bis hin zur unnötigen Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gibt. Trotz geringerer Behandlungskosten pro Fall, könnten RHC eine hohe künstliche Nachfrage erzeugen, indem sie Patient*innen anziehen, die ihre Beschwerden selbst behandelt hätten (Thygeson et al., 2008, S. 1284-1290). Im Widerspruch dazu ergeben mehrere Studien, dass nicht einmal 30 % der Befragten versuchen würden, ihre Beschwerden selbst zu lindern. Folglich würden sich die restlichen Patient*innen, ohne eine RHC in ihrer Nähe, in ein teureres Behandlungssetting begeben (Wang et al., 2010, S. 4). Außerdem hält es der Experte B1 für unwahrscheinlich, dass Patient*innen eine RHC als finale Versorgungsebene aufsuchen. Tatsächlich ist es möglich, dass in RHC unentdeckte, aber vermeidbare Komplikationen zu Folgebesuchen bei Ärzt*innen führen. Dadurch würden die Gesundheitsausgaben in der Summe steigen (Startz, 2006). Andere Studien ergeben auch, dass zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen entstehen, da RHC keine ersetzenden, sondern nur ergänzende Behandlungsangebote sind (Ashwood et al., 2012). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Wang et al. (2010, S. 3), da nur 64 % nach dem Besuch einer RHC auf eine weitere Abklärung durch Ärzt*innen verzichten.

Auf der anderen Seite sehen die Experten B3, B5 und B5 ein großes Einsparpotential in Deutschland, sollten RHC eingeführt werden. Ihr Hauptargument ist die mögliche Vermeidung von kostenintensiven Bagatellpatient*innen im Krankenhaus. In den USA ergibt ein Kostenvergleich der Behandlungssettings, dass die Behandlung in einer RHC pro Fall 40

bis 80 % günstiger als in einer Arztpraxis oder ZNA ist (Mehrotra et al., 2009). Außerdem wurde festgestellt, dass RHC-Patient*innen seltener die ZNA aufsuchen. Dennoch unterscheiden sich ihre in der ZNA verursachten Gesamtkosten nicht von den Patienten, die nie eine RHC nutzen. Das weist darauf hin, dass RHC-Patient*innen hauptsächlich für komplexe und damit kostenintensive Erkrankungen die Notfallambulanz aufsuchen und mit Bagatellen fernbleiben (Sussman et al., 2013, S. 153). Folglich würden die Gesamtkosten im Gesundheitssystem höher ausfallen, wenn RHC-Patient*innen genauso oft die ZNA aufsuchen wie Nicht-RHC-Patient*innen.

Zusammengefasst bleibt der Einfluss auf die insgesamt eingesparten Kosten im Gesundheitssystem unter den Expert*innen kontrovers. Selbst in der einschlägigen Literatur ist das tatsächliche Einsparpotential bislang noch unerforscht (Hwang & Mehrotra, 2013). Aus diesem Grund bedarf es langfristiger Untersuchungen.

Kategorie 7: Kritik an den RHC

Kritisch wird von dem Experten B3 angeführt, dass RHC-Betreiber wirtschaftlichen Fehlreizen unterliegen könnten. Er warnt eindringlich davor, dass das Behandlungsmodell kommerzialisiert und für die implizite Akquise von Patient*innen genutzt werden könnte. Auch in den USA wird von Ärzt*innen die Sorge geäußert, dass die RHC-Betreiber sich am Profit anstelle des Patientenwohls orientieren. Sie kritisieren, dass die RHC oft in der Nähe von oder in Apotheken lokalisiert sind. Dadurch könnte angenommen werden, dass ein erhöhter Anreiz zur Verschreibung von Medikamenten besteht. Jedoch kann diese Befürchtung entkräftigt werden, da es evident ist, dass in RHC nicht mehr Antibiotika verschrieben werden als in Arztpraxen (Weinick et al., 2011, S. 4); (Mehrotra et al., 2009, S. 6).

Während RHC nach dem Experten B5 die ZNA um Patient*innen entlasten, könnten sie auch wohlmöglich Patientenströme aus dem ambulanten Sprechstundenbereich abziehen. Infolgedessen könnten Ärzt*innen in RHC-Betreiber eine Konkurrenz um Patient*innen wahrnehmen. Basierend auf US-amerikanischen Untersuchungen wird das Verhältnis von Ärzt*innen zu RHC unterschiedlich beschrieben. Einerseits behandeln RHC oft das gleiche Spektrum wie niedergelassene Ärzt*innen, sodass einige von ihnen befürchten, dass die RHC ihre Patient*innen aus dem hausärztlichen Bereich „abschöpfen“ (Salinsky, 2009, S. 2-3). Andererseits ist es auch möglich, dass RHC die Vergütung für die niedergelassenen Ärzt*innen erhöhen, da sie diese um leichte Behandlungsfälle entlasten. So können Ärzt*innen die nun vorhandene Kapazität mit hochvergüteten komplexen Krankheitsbildern füllen. Erwähnenswert ist auch, dass RHC oft Patient*innen zu niedergelassenen Ärzt*innen

weiter verweisen, wodurch deren Umsatz wiederum steigt (Weinick et al., 2011, S. 3); (Mehrotra et al., 2008, S. 6). Dennoch wirkt sich die wahrgenommene geschäftliche Bedrohung auf ein verändertes Verhalten der Behandler*innen aus. So geben in einer qualitativen Befragung 66 % der Ärzt*innen an, dass sie das Behandlungsangebot ihrer Arztpraxen, um konkurrenzfähig zu bleiben, angepasst haben. Weitere Maßnahmen als Reaktion auf die expandierenden RHC sind veränderte Öffnungszeiten, offene Sprechstunden und auch die Aufklärung ihrer Patient*innen über die Vor- und Nachteile einer RHC (Garbutt et al., 2013, S. 4).

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt wird von dem Experten B6 genannt. Er sieht eine Gefahr für die Patientensicherheit darin, dass sie lebensbedrohliche Beschwerden unterschätzen und sich damit in einer RHC vorstellen. Basierend auf Studiendaten kann diese Befürchtung zum Teil entkräftigt werden. Für die USA hat eine Analyse der Querschnittsdaten von RHC-Patient*innen ergeben, dass nur 2,3 % der Patient*innen einer RHC an eine andere Versorgungsebene verwiesen wurden. Dieser geringe Patientenanteil spricht dafür, dass der Großteil der Patient*innen die Dringlichkeit ihrer Beschwerden korrekt einschätzen. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die Patient*innen mit ihrer „Selbst-Triage“ maßgeblich zu ihrer Sicherheit beitragen (Mehrotra et al., 2008, S. 4); (Weinick, Burns & Mehrotra, 2010, S. 5).

Inwiefern sich die ausgewählten Kritikpunkte bei einer Etablierung von Retail Health Clinics in Deutschland als zutreffend erweisen, ist zum derzeitigen Stand noch nicht abzusehen. Nichtsdestotrotz sollten die von den Expert*innen angeführten Punkte hierzulande im Falle einer Planung von RHC berücksichtigt werden. Auf diese Weise können etwa wirtschaftliche Fehlanreize und Faktoren, die die Patientensicherheit gefährden, vermieden werden.

8.2 Limitationen

Bei der Beantwortung der Forschungsfrage sind sowohl inhaltliche als auch methodische Limitationen zu nennen.

Zunächst einmal wurde die zugrundeliegende Problemstellung – die drohende Überlastung in den deutschen Notfallambulanzen – auf der Grundlage von Notfallstatistiken aus den Jahren 2009 bis 2019 festgestellt. Aufgrund der COVID-19-Pandemie ist es seit dem Jahr 2020 nicht möglich, belastbare Daten zu der Entwicklung der ambulanten Fallzahlen zu erheben. Ebenfalls sind die US-amerikanischen Studiendaten zu den Erkenntnissen über die Retail Health Clinics vorsichtig zu interpretieren. Durch die soziodemographischen Unterschiede sowie die Eigenheiten des Gesundheitssystems in den USA ist nicht davon

auszugehen, dass die Studienergebnisse bedingungslos auf Deutschland angewandt werden können. Dazu kommt, dass diese Studien z. T. mehrere Jahre zurückliegen und, unter Berücksichtigung der in den USA expandierenden RHC-Ketten, nicht mehr die Realität widerspiegeln. Zudem kann nicht angenommen werden, dass die PAs in Deutschland gleichermaßen selbstständig wie die US-amerikanischen PAs in RHC agieren könnten. Dafür ist das Berufsbild hierzulande bislang noch zu marginal erforscht. Hinzukommt, dass PAs in den USA bereits seit Jahrzehnten etabliert und entsprechend schon effektiv in das Versorgungssystem integriert sind.

Bei den Erkenntnissen über das Einsparpotential durch RHC und deren Behandlungsqualität bzw. gewährleistete Patientensicherheit gibt es Einschränkungen in der Aussagekraft. Einerseits werden zur Berechnung des Einsparpotentials drei Annahmen getroffen. Erstens müsste der Großteil der ambulant-sensitiven Notfälle tatsächlich eine andere Versorgungsebene als die Notfallambulanz aufsuchen. Zweitens müssen die RHC auch die Kapazität und technischen Ausstattung besitzen, um den Patientenströmen gerecht zu werden. Und drittens müssen die von den angeführten Studien als häufig behandelt definierten Diagnosen mit dem Leistungsangebot der RC abzudecken sein (Weinick, Burns & Mehrotra, 2010, S. 5). Fraglich ist, ob diese Voraussetzungen bei einer Piloteinführung in Deutschland erfüllt werden können. Andererseits sind die Erkenntnisse über die Behandlungsqualität und damit einhergehende Patientensicherheit in den RHC stark verzerrt, weil nur weniger komplexe Fälle behandelt werden. Die Untersuchung der Behandlungsqualität unterliegt damit einem Bias, da sich Patient*innen vorher selbst triagieren und mit einer komplexen, ernsthaften Erkrankung nicht in einer RHC vorstellig werden würden (Mehrotra et al., 2009, S. 7).

Methodisch ist die Einschränkung der Offenheit bei der Durchführung der qualitativen Interviews anzuführen. Um alle Forschungsinteressen im Gespräch abzudecken, wurde der Leitfaden mittels direkter Fragen stark strukturiert. Gegen eine starke Strukturierung spricht, dass die Befragten darin gehemmt sind, sich frei zu äußern, weil die Interviewerin auf subjektive Relevanzen hindeutet. Auch besteht die Gefahr, dass Befragte aus Höflichkeit die Ansichten der Interviewerin übernehmen. Ohne, dass diese ihren eigenen Vorstellungen entsprechen. Da es sich bei der Studiengruppe um Expert*innen mit teils jahrzehntelangem Erfahrungswissen handelt, ist allerdings nicht von einem Interviewerbias auszugehen. Daher sprechen zwei Argumente für eine starke Strukturierung. Zum einen muss sichergestellt werden, dass die für die Forschungsfrage relevanten Antworten generiert werden. So müssen Themen angesprochen werden, selbst wenn sie für die Befragten nicht wichtig erscheinen und sie diese bei offenen Erzählaufforderung nicht adressiert hätten. Zum anderen

können individuelle Aussagen bei der Analyse besser zu Kategorien geclustert und verallgemeinert werden, wenn die gleichen Aspekte angesprochen werden (Helfferich, 2019, S. 676).

9. Fazit

Vor dem Hintergrund der drohenden Überlastung der Notfallambulanzen, ist das Ziel der Thesis die Analyse der Übertragbarkeit des US-amerikanischen Behandlungsmodells Retail Health Clinic auf Deutschland. Aus den qualitativen Experteninterviews und der Literaturrecherche geht hervor, dass die RHC nur bedingt und unter der Erfüllung von bestimmten Voraussetzungen auf die ambulante Versorgung in Deutschland übertragbar ist. Grundsätzlich ist eine nicht-ärztliche Versorgungsform möglich, sofern die Beschwerden der Patient*innen nicht komplex sind und als ambulant-sensitiv eingestuft werden können. Daneben muss das nicht-ärztliche Personal ausreichend geschult sein und mittels telemedizinischer Anbindung jederzeit die Möglichkeit haben, eine ärztliche Kompetenz hinzuziehen. Wichtig ist auch, dass Patient*innen in der Lage sind, ihre Symptome korrekt einzuschätzen und sich selbst in die richtige Versorgungsebene zu steuern.

Für die personelle Besetzung durch PAs sind veränderte Rechtsbedingungen notwendig. Um die Rechtssicherheit der PAs zu gewährleisten und eine Klarheit über den Handlungsrahmen zu schaffen, ist eine Vereinheitlichung des Berufsbildes im Ausbildungsgesetz sinnvoll. Die steigende Anzahl der auszubildenden Hochschulen ist positiv zu bewerten und lässt auf eine zunehmende Akzeptanz unter den ärztlichen Professionen und der Bevölkerung hoffen. Im Expertengespräch über die Vergütung stellte sich heraus, dass die bestehenden Honorarsätze ungeeignet sind, um PAs oder nicht-ärztliches Personal in den RHC zu vergüten. So wird die Einführung einer neuen Vergütungsform, die zwischen ärztlich und nicht-ärztlich erbrachter Leistung differenziert, benötigt. Auch kann das Berufsbild für Studieninteressierten attraktiver werden, wenn das Gehalt tariflich festgelegt ist und keinen großen Schwankungen unterliegt. Um die Patientensicherheit zu erhöhen, scheint es sinnvoll zu sein, sich bundesweit auf einen einheitlichen Leistungskatalog der RHC zu einigen. Die für ausgewählte Krankheiten vorliegende Evidenz über die Behandlungsqualität kann dabei herangezogen werden, um das Leistungsspektrum in einer RHC zu definieren. In dem Zusammenhang sollte eventuell zusätzlich ein Mindestalter für den Besuch einer RHC festgelegt werden. Der Hintergrund dafür ist, dass die Behandlung von vulnerablen Patientengruppen, wie z. B. Kindern, eine Spezialisierung seitens der Behandler*innen benötigt. Zuletzt ist es schwierig, das Einsparpotential durch die Errichtung von RHC in Deutschland

zu prognostizieren. Die Gefahr, dass RHC nicht als substituierende, sondern ergänzende Versorgungsebene wahrgenommen wird, ist hoch. Hier kommt es darauf an, wie viel Vertrauen die Patient*innen in die Kompetenz des RHC-Personals haben. Dabei spielt auch die Aufklärung der Bevölkerung über die Funktion und die Leistungsfähigkeit einer RHC eine große Rolle. Abzuwarten ist, wann die Bearbeitung des Notfallreformgesetzes wieder aufgenommen wird und welche Neuerungen für die Notfallversorgung tatsächlich in Kraft treten werden. Erst dann kann evaluiert werden, inwiefern die Notfallambulanzen entlastet werden und wie hoch der zukünftige Bedarf für ein alternatives Behandlungsmodell ist.

Literaturverzeichnis

- Ackroyd-Stolarz, S., Read, G., & Mackinnon, N. (2011). The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. S. 564-569.
- Ashwood, J., Gaynor, M., Setodji, C., Reid, R., Weber, E., & Mehrotra, A. (2012). Estimating the impact of retail clinics on health care utilization and spending.
- Ashwood, J., Reid, R., Setodji, C., & Weber, E. (2011). Trends in Retail Clinic Use Among The Commercially Insured. S. 3-4.
- Augurzky, B., Beivers, A., P., B., Budde, R., Emde, A., Haering, A., . . . Straub, N. (2018). Notfallversorgung in Deutschland. *Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*.
- Bachrach, D., Frohlich, J., Garcimonde, A., & Nevitt, K. (2015). Building a Culture of Health: The Value Proposition of Retail Clinics. S. 4-8.
- Behringer, W., Buergi, U., Christ., M., Dodt, C., & Hogan, B. (2013). Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. S. 625 - 626. Notfall Rettungsmedizin.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. S. 8-10. Von <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352900816000029?via%3Dihub> abgerufen
- Black, L., & Adjaye-Gbewonyo, D. (2021). Urgent Care Center and Retail Health Clinic Utilization Among Adults: United States, 2019. *In: NCHS Data Brief(409)*, S. 1-4. Von <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/106463> abgerufen
- Blum, K. (2016). Der Arztassistent (Physician Assistant) - Evaluation einer neuen Qualifikation im deutschen Gesundheitswesen. Von <https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Evaluation/0Studiengang/PhysicianAssistant.pdf> abgerufen
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017). Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. S. 4-9 und 21.
- Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2008). Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Von <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/thematischeuebersicht/delegation/> abgerufen
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Reform der Notfallversorgung. Von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html> abgerufen
- Credé, S., Such, E., & Mason, S. (2018). International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. S. 61-73.
- Davis, J., Fujimoto, R., Chan, H., & Juarez, D. (2010). Identifying characteristics of patients with low urgency department visits in a managed care setting. S. 38-44.

- Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. (2017). DIVI kritisiert neue Empfehlung zur Notfallversorgung. *Pressemitteilung*.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2019). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.
- Deutscher Ärztetag. (2017). 120. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll. S. 118.
- Deutscher Hochschulverband Physician Assistance. (2021). Physician Assistants in Deutschland - es werden stetig mehr.
- DGINA. (2015). Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. *Gutachten*, S. 4-7.
- Dormann, H., Diesch, K., & Ganslandt, T. (2010). Kennzahlen und Qualitätsindikatoren einer medizinischen Notaufnahme. *Deutsches Ärzteblatt International*, S. 261-267.
- Dräther, H., & Schäfer, T. (2017). Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014. *Krankenhausreport 2017*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2010). Transkription. In: Mey G.; Mruck K. (Hrsg.) - *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 726. VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_50
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. S. 16-20.
- Epstein, S., Huckins, D., & Liu, S. (2012). Emergency department crowding and risk of preventable medical errors. S. 173-180.
- Expertengespräch 1. (19. November 2021). Expertenbezeichnung B1: Oberarzt und Vorstandsmitglied DGINA. *Per Zoom geführt um 12:00 Uhr*.
- Expertengespräch 2. (19. November 2021). Expertenbezeichnung B2: Ärztliche Leitung ZNA. *Per Zoom geführt um 14:00 Uhr*.
- Expertengespräch 3. (22. November 2021). Expertenbezeichnung B3: Präsident Ärztekammer und Professor der Physician Assistance. *Per Zoom geführt um 14:00*.
- Expertengespräch 4. (07. Dezember 2021). Expertenbezeichnung B4: Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft. *Per Zoom geführt um 10:00 Uhr*.
- Expertengespräch 5. (17. Dezember 2021). Expertenbezeichnung B5: Ärztliche Leitung ZNA. *Per Zoom geführt um 12:00 Uhr*.
- Expertengespräch 6. (23. Januar 2022). Expertenbezeichnung B6: Ärztliche Leitung ZNA. *Schriftliche Antwort*.
- Fridlund, B., & Hildingh, C. (2000). Health and qualitative analysis methods. Qualitative research methods in the service of health.
- Garbutt, J., Mandrell, K., Sterkel, R., Epstein, J., Stahl, K., Kreusser, K., . . . Strunk, R. (2013). PEDIATRIC PROVIDERS' ATTITUDES TOWARD RETAIL CLINICS. S. 1-4. doi:[10.1016/j.jpeds.2013.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.05.008)

- Geissler, A., Quentin, W., & Busse, R. (2017). Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. *In: Krankenhausreport 2017*, S. 41-59. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Gerste, R. (2007). Medizin aus dem Supermarkt. *Deutsches Ärzteblatt*.
- Grossman, M. (2000). The human capital. *In: Handbook of Health Economics*. New York: Elsevier.
- Halter, M., Drennan, V., Wang, C., Wheeler, C., Gage, H., & Nice, L. (2020). Comparing physician associates and foundation year two doctors-in-training undertaking emergency medicine consultations in England: a mixed-methods study of processes and outcomes. *BMJ Open*.
- Hansen-Turton, T., Ryan, S., Miller, K., Counts, M., & Nash, D. (2007). Convenient Care Clinics: The Future of Accessible Health Care. S. 61-73.
- Harris Interactive. (2005). Emergency Department Utilization in California: Survey of Consumer Data and Physician Data.
- Helfferrich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. S. 669-676 und 682. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH. Von https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-21308-4_44 abgerufen
- Heller, A., & Juncken, K. (2020). Primärversorgung in der Zentralen Notaufnahme. S. 166-171. doi:10.19224/ai2020.164
- Hwang, J., & Mehrotra, A. (2013). Why Retail Clinics Failed to Transform Health Care.
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2015). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2015. Von www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2015_Berichtband_Bund.pdf abgerufen
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2016). Neue Regelungen im EBM zum Notfall und Bereitschaftsdienst. Von www.kbv.de/html/1150_25783.php abgerufen
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2017. Von www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf abgerufen
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020). Versichertenbefragung 2019: Anlaufstellen Notfallversorgung. Von <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/36643.php> abgerufen
- KHSG. (2015). Krankenhausstrukturgesetz. Art. 6, Nr. 1a; § 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V.
- King, R., Tod, A., & Sanders, T. (2017). Development and regulation of advanced nurse practitioners in the UK and internationally.
- Korzilius, H., & Osterloh, F. (2017). Ärzte sollen entlastet werden. *In: Deutsches Ärzteblatt*, S. 1302-1303.

- Krippendorff, K. (2018). Content analysis: An introduction to its methodology. Sage publications.
- Kruse, J. (2014). Qualitative Interviewforschung - Ein integrativer Ansatz. S. 213-218, 267, 287 und 349. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Larcher, M. (2010). Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring – Überlegungen zu einer QDA Software unterstützten Anwendung. *Diskussionspapier vom Institut für nachhaltige Wirtschaftsentwicklung*, S. 2-5.
- Mangiapane, S., Czihal, T., & von Stillfried, D. (2021). Zi-Paper: Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*, S. 4 - 16. Berlin.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. S. 42-64. Weinheim und Basel: Beltz UTB.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: G. Mey; K. Mruck (Hrsg.) - *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 602-610. VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi:978-3-531-92052-8_42
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. S. 633-637. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH. Von https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-21308-4_42 abgerufen
- Mehrotra, A., & Lave, J. (2012). Visits To Retail Clinics Grew Fourfold From 2007 To 2009, Although Their Share Of Overall Outpatient Visits Remains Low. Von <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1128> abgerufen
- Mehrotra, A., Liu, H., Adams, J., Wang, M., Lave, J., Thygeson, M., . . . McGlynn, E. (2009). The Costs and Quality of Care for Three Common Illnesses at Retail Clinics as Compared to Other Medical Settings. S. 6-7.
- Mehrotra, A., Wang, M., Lave, J., Adams, J., & McGlynn, E. (2008). A Comparison of Patient Visits to Retail Clinics, Primary Care Physicians, and Emergency Departments. S. 1-6. doi:doi:10.1377/hlthaff.27.5.1272
- Messerle, R., Schreyögg, J., & Gerlach, F. (2021). Patientenorientierte Notfallsteuerung. *Krankenhausreport 2021*, S. 47.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Meyer-Treschan, T., Busch, D., Farhan, N., Führmann, B., Siegmüller, J., & Heistermann, P. (2021). Welchen Beitrag können Physician Assistants zur Gesundheitsversorgung leisten? Eine Abgrenzung zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. S. 17-20. Von <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1865921721000891> abgerufen
- Michas, F. (2020). Number of retail clinics in the U.S. in 2019, by location. Von <https://www.statista.com/statistics/1168697/us-leading-retail-clinic-locations/> abgerufen
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G., Stankovich, J., & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>

- Mosler, T., Flägel, K., & Steinhäuser, J. (2020). Beratungsanlässe in Notaufnahmen und Notfallpraxen außerhalb hausärztlicher Sprechstundenzeiten – Eine Mixed-Methods-Studie. S. 439. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. doi:10.1055/a-1236-3570
- Mukamel, D., Ladd, H., Amin, A., & Sorkin, D. (2019). Patients' preferences over care settings for minor illnesses and injuries. S. 828. doi:10.1111/1475-6773.13154
- Neubauer, G. (2016). Kritische Analyse des "Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenanalyse und Strukturanalyse". Expertise für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ZI. *Institut für Gesundheitsökonomik*. München.
- Northington, W., Brice, J., & Zou, B. (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. S. 131-137.
- Osborn, R., & Schoen, C. (2013). The Commonwealth Fund 2013. International Health Policy Survey in 11 Countries . *The Commonwealth Fund*.
- Osborn, R., & Squires, D. (2016). The Commonwealth Fund 2016. International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries. *The Commonwealth Fund*.
- Oslislo, S., Heintze, C., Schmiedhofer, M., Möckel, M., Schenk, L., & Holzinger, F. (2019). How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. S. 5-6. Von <https://bmjopen.bmj.com/content/9/4/e026786> abgerufen
- Patton, M. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage publications.
- Petersen, L., Burstin, H., O'Neil, A., Oray, E., & T., B. (1998). Nonurgent emergency department visits: The effect of having a regular doctor. S. 1249-1255.
- Pollack, E., Craig, E., & Armstrong, K. (2009). The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations. *Archives of Internal Medicine*(169).
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung*. S. 133.
- Redstone, P., Vancura, J., Barry, D., & Kutner, J. (2008). Nonurgent use of the emergency department. S. 370-376.
- Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. (2020). Bundesministerium für Gesundheit. S. 2-3, 23 und 37.
- Reinhold, A., Greiner, F., Schirmeister, W., Walcher, F., & Erdmann, B. (2020). Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus. S. 514-516. Siegen: Springer Medizin Verlag GmbH. Von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-020-00681-4> abgerufen
- Riessen, R., Gries, A., & Seekamp, A. (2015). Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. S. 174-185.
- Rohrer, J., Yapuncich, K., Adamson, S., & Angstman, K. (2008). Do retail clinics increase early return visits for pediatric patients?
- Rudavsky, R., & Mehrotra, A. (2010). The Sociodemographic Characteristics of the Communities Served by Retail Clinics. S. 42-48.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. *Gutachten*, S. 548-549.
- Salinsky, E. (2009). Medicine, Big Business, and Public Health: Wake Up and Smell the Starbucks. S. 2-3. Von https://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/08_0203.htm abgerufen
- Sarver, J., Cydulka, R., & Baker, D. (2002). Usual source of care and nonurgent emergency department use. S. 916-923.
- Scherer, M., Boczor, S., Weinberg, J., Kaduszkiewicz, H., Mayer-Runge, U., & Wagner, H. (2014). Allgemeinmedizin in einer Universitätsklinik – Ergebnisse eines Pilotprojekts. S. 165-173.
- Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H., & Schäfer, I. (2017). Patients attending emergency departments—a cross-sectional study of subjectively perceived treatment urgency and motivation for attending. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 650-651. doi:10.3238/arztebl.2017.0645
- Schleef, T., Schneider, N., Tecklenburg, A., Junius-Walker, U., & Krause, O. (2017). Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. S. 845-851.
- Schmidt, F., & Wildner, M. (2019). Übersicht über die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes in Deutschland: Auf welche Basis bauen Krankenhausstrukturgesetz und Versorgungsstärkungsgesetz auf? doi:<https://doi.org/10.1055/a-0725-8193>
- Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S., & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open*, S. 1-5. doi:10.1136/bmjopen-2016-013323
- Schmiedhofer, M., Searle, J., Slagman, A., & Möckel, M. (2017). Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nicht-dringlichem Behandlungsbedarf. S. 838-840. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0042-100729>
- Schuettig, W., & Sundmacher, L. (2019). Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany. S. 1025-1029.
- Schüttig, W., & Sundmacher, L. (2021). Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren? *Monitor Versorgungsforschung (03/21)*, S. 55-56. doi:<http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2317>
- Scott, M. (2007). Health Care in the Expressed Lane: Retail Clinics Go Mainstream. In: *California Healthcare Foundation*.
- Searle, J., Muller, R., Slagman, A., Schäfer, C., Lindner, T., Somasundaram, R., . . . Möckel, M. (2015). Überfüllung der Notaufnahmen: Gründe und populationsbezogene Einflussfaktoren. S. 311-312. Berlin: Springer-Verlag. doi:10.1007/s10049-015-0011-2

- Shrank, W., Krumme, A., Tong, A., Spettell, C., Matlin, O., Sussman, A., . . . Choudry, N. (2014). Quality of Care at Retail Clinics for 3 Common Conditions. *In: Am J Manag Care*, S. 798.
- Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B., & Wrede, C. (2016). Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. S. 621. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. doi:<https://doi.org/10.1055/s-0042-112459>
- Startz, T. (2006). Quick health care is not the same as primary care.
- Steffen, W., Tempka, A., & Klute, G. (2007). Falsche Patientenreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser. S. 1089-1090.
- Sun, B., Hsia, R., & Weiss, R. (2013). Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. S. 605-611.
- Sussman, A., Dunham, L., Snower, K., Hu, M., Matlin, O., Shrank, W., . . . Brennan, T. (2013). Retail Clinic Utilization Associated With Lower Total Cost of Care. *In: Am J Manag Care*, S. 153.
- Thygeson, M., Van Vorst, K., Maciosek, M., & Solberg, L. (2008). Use And Costs Of Care In Retail Clinics Versus Traditional Care Sites. *In: Health Affairs*, S. 1084-1090. doi:[10.1377/hlthaff.27.5.1283](https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1283)
- Timmermans, M., Brink, G., Vught, A., Adang, E., Berlo, C., & Boxtel, K. (2017). The involvement of physician assistants in inpatient care in hospitals in the Netherlands: a cost-effectiveness analysis. *BMJ Open*.
- Wahlster, P., Czihal, T., Gibis, B., & Henschke, C. (2019). Sektorenübergreifende Entwicklungen in der Notfallversorgung– Eine umfassende Analyse ambulanter und stationärer Notfälle von 2009 bis 2015. S. 548-556. doi:<https://doi.org/10.1055/a-0820-3904>
- Wang, M., Ryan, G., McGlynn, E., & Mehrotra, A. (2010). Why Do Patients Seek Care at Retail Clinics and What Alternatives Did They Consider. *In: Am J Med Qual*, S. 3-4. doi:[10.1177/1062860609353201](https://doi.org/10.1177/1062860609353201)
- Weinick, R., Burns, R., & Mehrotra, A. (2010). Many Emergency Department Visits Could Be Managed At Urgent Care Centers And Retail Clinics. *In: Health Affairs(9)*, S. 3-5.
- Weinick, R., Pollack, C., Fisher, M., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2011). Policy Implications of the Use of Retail Clinics. *Rand Health Q*, S. 3-4. Von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945196/?report=printable> abgerufen
- Wilson, A., Zhou, X., Shi, W., Rodin, H., Bargman, E., Garrett, N., & Sandberg, T. (2010). Retail Clinic Versus Office Setting: Do Patients Choose Appropriate Providers? *In: Am J Manag Care*, S. 757-758.
- Zamosky, L. (2014). What retail clinic growth can teach physician about patient demand. *Medical Economics*. Von <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/content/tags/cvs-caremark/what-retail-clinic-growth-can-teachphysicians-about-pat?page=full> abgerufen

Rechtsquellenverzeichnis

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. Mai 2019

Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021

Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422) (Stand: Zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 11.7.2021 I 2754)

Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung (Stand: Zuletzt geändert durch Art. 14 Nr. 2 G v. 10.12.2021 I 5162)

Anhang

Anhang 1: Grundlegender Gesprächsleitfaden für Experteninterviews

Der nachfolgende Leitfaden wurde für die Befragung der Experten B2, B5 und B6 genutzt. Für die Experten B1, B3 und B3 wurde derselbe Leitfaden um Themen ergänzt oder gekürzt. Letztere Leitfäden befinden sich auf dem der Thesis beigelegtem USB-Stick in dem Ordner „Interviewleitfaden“.

Interviewleitfaden für B2, B5 und B6

1. Dem *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung* zufolge ist die Anzahl der Notfälle zwischen den Jahren 2009 und 2019 in der Notfallambulanz trotz einer leicht rückläufigen Entwicklung zu hoch.

a) Wie hat sich die Auslastung in Ihrer ZNA über die Jahre entwickelt? Gibt es neben einer Zu- oder Abnahme von Notfällen auch Veränderungen in der Patientenstruktur?

Falls keine Veränderung:

b) Bekommen Sie durch den Austausch mit ärztlichen Kollegen eine Veränderung mit?

Falls Veränderung:

c) Welche Gründe für die Zu- bzw. Abnahme des Patientenaufkommens in der ZNA halten Sie für wahrscheinlich?

2. Mitunter führt das Aufsuchen der Notfallambulanz bei nicht gegebener Dringlichkeit zur erhöhten Belastung der Versorgungskapazitäten im Krankenhaus. Viele Häuser nutzen das Manchester Triage-System zur Ersteinschätzung der Notfallpatienten.

a) Wie gehen Sie mit Patienten um, die sich mit Bagatellkrankheiten bei Ihnen in der Notaufnahme vorstellen?

3. Sicherlich gibt es Patienten, die Sie – etwa bei nicht gegebener Behandlungsdringlichkeit – nicht in der ZNA behandeln und weiterverweisen. Diese können sich alternativ in die

Notfallpraxen der ärztlichen Bereitschaftsdienste sowie die Akutsprechstunden der niedergelassenen Ärzte begeben.

Diese Alternativen werden oft nicht wahrgenommen. Begründet wird dies häufig mit der Präferenz für die Versorgung im Krankenhaus sowie den längeren Wartezeiten oder unzureichenden Öffnungszeiten in der primären Gesundheitsversorgung.

a) Teilen Sie – aus der ärztlichen Perspektive – diesen Eindruck?

b) Wie schätzen Sie die Behandlungsqualität der ambulanten Notfallversorgung außerhalb des Krankenhauses ein?

4. Das Gesundheitsministerium hat einen Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Notfallversorgung in DE erarbeitet. In diesem „Notfallreformgesetz“ ist mitunter die Errichtung von integrierten Notfallzentren (INZ) in Krankenhäusern geplant.

a) Was halten Sie von diesem Gesetzesentwurf? Prognostizieren Sie bei der Umsetzung von intersektoralen Anlaufstellen im Krankenhaus eher eine Entlastung der Notfallambulanz oder einen zunehmenden Verwaltungsaufwand?

b) Das geplante Weiterleitungsverfahren der INZ impliziert, dass die drohende Überlastung der ZNA nahezu allein auf die Fehlanspruchnahme zurückzuführen ist. Damit adressiert das „Notfallreformgesetz“ die teils defizitären Ambulanzversorgung außerhalb des KH nur unzureichend. Welche gesundheitspolitischen Initiativen wünschen Sie sich zur Entlastung der ZNA?

5. In den USA gibt es alternativ zu der Notfallambulanz die „*Retail Health Clinic*“. Diese sind ambulanzähnliche Einrichtungen in alltagsnahen Settings (etwa Einkaufszentren) zur Behandlung von kleinen Notfällen, wie z. B. Insektenstichen. Kennzeichnend sind die kurzen Wartezeiten und die Erreichbarkeit rund um die Uhr. Hierbei erfolgt die Versorgung oft nicht durch einen Arzt, sondern durch entsprechend ausgebildete Pflegefachkräfte. Für schwerwiegende Notfälle ist ein telefonischer Hintergrunddienst mit Ärzten eingerichtet.

Gerne möchte ich Ihre Einschätzung dazu hören, ob und wie dieses Versorgungsmodell auf Deutschland hinsichtlich verschiedener Aspekte übertragbar wäre.

a) Stellen Sie sich vor, dass Sie die Personalplanung einer Retail Health Clinic verantworten: Welche Fachkräfte mit welcher Qualifikation würden Sie einsetzen?

Falls Nennung Arzt: Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein Arzt einige Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal delegieren, sofern er kurzfristige Erreichbarkeit garantieren kann. Könnten Sie sich den Betrieb auch ohne einen Arzt vor Ort vorstellen?

b) Welche Voraussetzungen zur Gewährleistung der Patientensicherheit und zur Qualitätssicherung müssten gegeben sein?

c) Wie könnten die erbrachten Leistungen – für nicht-ärztliches als auch ärztliches Personal – vergütet werden? Beschreiben Sie bitte ein für Sie denkbares Vergütungsmodell unter der Annahme, dass extrabudgetäre Vergütungen gegebenenfalls möglich wären.

d) Der Besuch einer *Retail Health Clinic* kann die Fehlinanspruchnahme von kostenintensiven Krankenhausstrukturen in der Notfallambulanz vermeiden. Dadurch lassen sich negative Deckungsbeiträge sowie Fehlbelegungsabschläge durch den MDK reduzieren. Wie hoch schätzen Sie das Einsparpotential in Ihrem Haus ein?

e) Bei den INZ gibt es Kritik bezüglich der fachlichen Leitung durch die KV. In wessen Leitung sähen Sie eher die Verantwortung einer *Retail Health Clinic*?

f) Was sehen Sie an dem Behandlungsmodell kritisch?

6. Das Modell der *Retail Health Clinic* wird in der USA akzeptiert, weil der Bevölkerung ein angemessenes Notfallbewusstsein zugeschrieben wird. Damit der Betrieb einer *Retail Health Clinic* sicher ist, muss diese Voraussetzung gegeben sein. Jedoch haben Sie bestimmt schon Patienten erlebt, die die Dringlichkeit Ihrer Beschwerden nicht korrekt einschätzen können.

Welchen Ansatz würden Sie verfolgen, um diese Patientengruppe über angemessene Gründe für den Besuch einer ZNA aufzuklären?

Anhang 2: Datenschutz- und Einwilligungserklärung für die Experteninterviews

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt:

Bachelorthesis mit dem Arbeitstitel „Erfassung des Status Quo und Einschätzung des Entlastungspotentials der Notfallambulanzen in deutschen Krankenhäusern auf Basis der Analyse des Behandlungsmodells „Retail Health Clinic“ aus den USA“

Durchführende Institution: Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg

Projektleitung: Erstbetreuung Herr Prof. Dr. Zöllner

Name Interviewer und Unterschrift:

Lisa Pham

Interviewdatum: XXXX, den XX.XX.2021 (XX Uhr)

Beschreibung des Forschungsprojekts:

[x] mündliche Erläuterung schriftliche Erläuterung

Das Interview wird mit einem aufgezeichnet und sodann von der Bachelorandin Lisa Pham in Schriftform gebracht. Für die wissenschaftliche Auswertung des Interviewtext werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In der Bachelorarbeit wird das Interview nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

ja nein

Vorname; Nachname Interviewter in Druckschrift und Unterschrift:

Die vorliegende Datenschutzerklärung wurde von der Autorin, in Anlehnung an einer Vorlage von der Universität Gießen, selbst erstellt.

Quelle:

Universität Siegen (o.J.). Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten. Von: <https://www.uni-siegen.de/datenschutz/arbeitshilfen/einwilligungserklaerunginterview.pdf>

Anhang 3: Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing und Pehl

Dreiteiliges Regelsystem:

1. Inhaltlich-semantische Transkription

- I. Wörtliche Transkription (nicht lautsprachlich oder zusammenfassend).
- II. Annäherung der Wortverschleifungen an Schriftdeutsch („‘n Buch“ wird „ein Buch“) und Beibehaltung des Satzbaus trotz syntaktischer Fehler.
- III. Wortgenaue Übersetzung der Dialekte ins Hochdeutsche (ansonsten Beibehaltung).
- IV. Umgangssprachliche Partikel wie „gell“ mittranskribieren.
- V. Stottern wird geglättet und abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppler werden nur erfasst, sofern sie als Stilmittel genutzt wurden.
- VI. Halbsätze, die nicht beendet wurden, werden mit dem Abbruchszeichen „/“ gekennzeichnet.
- VII. Zugunsten der Lesbarkeit wird die Interpunktion geglättet, d.h. bei Senkung der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollen beibehalten werden.
- VIII. Rezeptionssignale „hm, aha...“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden nur niedergeschrieben, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
- IX. Pausen ab ca. 3 Sek. werden mit (...) markiert.
- X. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen mit VERSALIEN kennzeichnen.
- XI. Zwischen jedem Sprecherbeitrag gibt es eine freie, leere Zeile. Am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
- XII. Emotionale nonverbale Äußerungen beider Gesprächspartner, die die Aussage stützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen) werden beim Einsatz in Klammern notiert.
- XIII. Unverständliche Wörter mit „(unv.)“ kennzeichnen, bei längeren unverständlichen Passagen möglichst mit Ursache „(unv., Mikrophon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt („Arzt?“).
- XIV. Semantisch irrelevante Gesprächsmitschnitte inmitten des Interviews werden nicht transkribiert (akustisch bedingte Nachfragen, die Intervieworganisation betreffende Anmerkungen, wie z.B. „Vielleicht geht das schon in die nächste Frage über“).
- XV. Anmerkungen der Interviewerin zur Verständlichkeit des Transkriptes werden in eckigen Klammern ergänzt und kursiert.
- XVI. Namentliche Kennzeichnung der Interviewpartner („I“ für Interviewer und „B“ für Befragte) mit Kennnummern.
- XVII. Speichern als PDF mit Name „Interview Thesis dt. Notfallversorgung_Name Gesprächspartner“

2. Erweiterte inhaltlich-semantische Transkription

- I. Gründe für zwischenzeitliche Unterbrechungen des Gespräches, die keiner semantischen Bedeutung zuzuordnen sind, werden mit „(..., Unterbrechungsgrund)“ gekennzeichnet.
- II. Backchanneling der interviewenden Person („mh-hmm, ja, aha...“), während eine andere Person spricht, wird nicht transkribiert, solange der Redefluss dadurch nicht unterbrochen wird.
- III. Nach der Partikel „hm“ wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. (bejahend, verneinend, kritisierend...)
- IV. Sprecheruberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „//“ gekennzeichnet.

3. Hinweise zur einheitlichen Schreibweise

- I. Die Partikeln „hm“ werden unabhängig von der Betonung immer „hm“ geschrieben.
- II. Zogerungslaute werden immer „ähm“ geschrieben.
- III. (Maß-)Einheiten werden ausgeschrieben.
- IV. Gesprochene Zeichen werden ausgeschrieben, z.B. „at“, „Paragraf“.
- V. Abkürzungen werden nur getippt, wenn sie explizit so gesprochen wurden.
- VI. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anfuhrungszeichen gesetzt: „Und ich sagte dann ‚Na, dann schauen wir mal‘“.
- VII. Wortverkurzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
- VIII. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
- IX. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich wiedergegeben, z.B. „übers Ohr hauen“.
- X. Werden Aufzählungen mit Buchstaben gesprochen, wird ein großer Buchstabe ohne Klammer geschrieben, z.B. „und wir haben A keine Zeit und B kein Geld.“
- XI. Organisationsbezeichnungen und -namen werden kursiert.
- XII. 13. Zahlen werden wie folgt dargestellt:
 - a. Zahlen null bis zwölf im Fliestext als Wörter, größere in Ziffern.

- b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
- c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „ $4 + 5 = 9$ “ und „3,5“.
- d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibt man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: „Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe“.
- e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolgt man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“

Anhang 4: Zusammenfassungsmaske der qualitativen Inhaltsanalyse

Anmerkung: Die mit der vorangegangenen Zusammenfassungsmaske analysierten Interviewtranskripte sind auf dem der Thesis beiliegenden USB-Stick im Ordner „Transkripte“ zu finden.

Interviewpartner	Auswertungseinheit	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion mit Einordnung in Kategorie
B1	„Das ZI (...) dient (...) der Kassenärztlichen Vereinigung und propagiert und veröffentlicht natürlich auch im Interesse und in Meinung der KV. (...) Da werden (...) Sachen, die sie auch erheben, (...) nicht veröffentlicht, weil sie unglücklich sind für die Argumentation der KV“	ZI erhebt und wertet im eigenen Interesse aus	Veröffentlichung zu Notfallstatistiken schwanken nach Institution	K1: - Veröffentlichung zu Notfallstatistiken schwanken nach Institution - Keine universelle Definition von Notfall - Allg. Zunahme - Zunahme nicht durch Fehleinschätzung; „Selbst-Triagierung“ zutreffend
B1	„Grundsätzlich ist es so, dass wir von Jahr zu Jahr eine Zunahme an ZNA-Patienten verzeichnen“	Notfallpatienten nehmen zu	Zunahme Notfallpatienten	
B1	„Der Schweregrad und damit die Personalbindungszeit für die Patienten ist deutlich anders geworden“	Schweregrad und Personalbindungszeit in ZNA nehmen zu	Komplexere Fälle in der ZNA	
B1	„Nach unserer Definition ist ein Hilfesuchender, ein Notfallpatient, das, wenn er sich selber dazu macht. Es gibt da keine saubere Definition“	Notfallpatienten schreiben sich selbst den Status zu	Keine universelle Definition von Notfall	
B1	„Und den Schweregrad bestimmt zunächst mal der Patient, der damit kommt“	Notfallempfinden ist subjektiv	Keine universelle Definition von Notfall	K2: - KV-Bereich hochschwellig und mit hohem Zeit- und Wegaufwand verbunden
B1	„Wir lassen (...) den Patienten entscheiden (...) wo er hinmöchte. In die KV-Praxis oder in die Notaufnahme. Erstaunlicherweise (...) ist es so, dass diese Präferenz, (...) die der	Patient kann seine Beschwerden korrekt einschätzen und sich in die	„Selbst-Triagierung“ der Patienten i.d.R. zutreffen	

	Patient wählt, [zu] einem sehr hohem Prozentsatz – (...) über 97 Prozent – zutreffend ist“	passende Versorgungsebene begeben		– Lange Wartezeit auf (Fach-)Arzttermin – Zeitersparnis in der ZNA ggü. KV-Bereich
B1	„Ein wichtiger Grund ist, (...) die Struktur des ambulanten Gesundheitssystems. (...) Sie haben am Wochenende jemanden geholfen beim Umzug und haben sowas wie einen Hexenschuss am nächsten Morgen. (...) Sie (...) gehen zum Hausarzt. (...) Nach einer Woche ist es aber nicht besser. Jetzt gehen Sie wieder zu dem Hausarzt (...). Dann geht das nochmal zwei, drei Wochen und es ist immer noch nicht besser. (...) Und dann irgendwann kommt mal vielleicht ein Orthopäde ins Spiel oder irgendwann ein Neurochirurg (...). Sie haben einen ziemlich langen Weg. Weil das gestufte Verfahren eben abläuft“	In der Struktur des ambulanten Gesundheitssystems verläuft die Behandlung gestuft, so dass die komplette Versorgung bei unterschiedlichen Ärzten nacheinander stattfindet; Lange Wege lassen sich auch bei banalen Beschwerden nicht vermeiden	Die Versorgung von banalen Beschwerden im KV-Bereich ist nicht niedrigschwellig und nimmt viel Zeitaufwand in Anspruch	– Erwartung schnellere Behandlung – Wahrnehmung besserer Behandlungsqualität im Krankenhaus im Ggs. zum KV-Bereich – Patienten in städtischen Gebieten – Abnehmende Gesundheitskompetenz in Kombination mit Angst vor ernsthafter Erkrankung – Systemverschulden; unklare Verantwortlichkeit
B1	„Wenn Sie sich (...) in den Patienten reinversetzen: (...) Der hat jetzt ein akutes Problem und das möchte er jetzt abgeklärt haben. Und zwar möglichst umfassend (...) mit einem Abwasch. Und jetzt überlegt er sich 'Geh ich zum Hausarzt oder gehe ich in die ZNA-Versorgungsstruktur?‘“	Eine umfassende Abklärung von Beschwerden in einem Arztbesuch ist nur in der ZNA möglich	In der ZNA ist die Versorgung banaler Beschwerden zeitsparender	– Soziokulturelle Unterschiede
B1	„Ich hab (...) keine Zeit, krank zu sein. Und das macht natürlich auch ein gewisser anspruchshaltender Patient“	Patienten priorisieren ihre Zeit hoch und haben einen hohen Anspruch	In der ZNA wird man, entsprechend der Anspruchshaltung, schneller versorgt	K3: – Notfallsanitäter

B1	„Sie meinen, sie haben eine Verletzung. Das muss ins Krankenhaus. Da muss man ja vielleicht was nähen, das kann der Hausarzt ja gar nicht. Denken die Leute ja auch“	Patienten vertrauen dem Krankenhauspersonal mehr als dem Hausarzt	Behandlungsqualität im Krankenhaus wird besser bewertet; Kompetenz im KV-Bereich eher schlecht	<ul style="list-style-type: none"> – Risikobereitschaft bei nicht-ärztl. Verantwortungsträgern gering – Kein Rechtsrahmen für Handlungsspektrum von nicht-ärztl. Fachpersonal u. damit einhergehende Unsicherheit
B1	Im dörflichen Setting ist das anders. (...) Da macht der Hausarzt auch die Entbindung und kann auch die Gardinenstange anbauen“	Patienten im dörflichen Setting haben keine Alternativen zum Hausarzt	Überfüllte Notaufnahmen sind eher ein städtisches Phänomen	<ul style="list-style-type: none"> – Erste-Hilfe-Stelle – Leitungsqualifikation abhängig vom zu erwartenden Leistungsspektrum – (Qualifikation der Leitung > Leistungsspektrum) = Patientensicherheit – Wenn Betrieb als Erste-Hilfe-Stelle, dann Sanitäter als fachliche Leitung
B1	„Das hängt davon ab, was Sie dieser Klinik für ein Aufgabengebiet zuordnen. Sind das Walk-In-Räumlichkeiten (...)? (...) Dann kann ich das Level natürlich niedriger hängen, weil der Patient (...) weiß, wo er dort reingeht (...).	Leitungsqualifikation einer RC kann niedriger als bei Ärzten sein, wenn Patient nichts Gegenständliches erwartet	Leitungsqualifikation einer RC abhängig vom zu erwartenden Leistungsspektrum	

B1	„Sie brauchen (...) immer eine Ausbildung, die ein Stückchen höher geht, als das, was Sie dort machen“	Qualifikation des leitenden Personals muss höher als angebotenes Leistungsspektrum sein	Zur Patientensicherheit muss Qualifikation der Leitung das Leistungsspektrum übersteigen	
B1	„Wenn man das so unter dieser Maßgabe nimmt, so eine Erste-Hilfe-Anlaufstelle. (...) Dann sehe ich (...) eine Sanitäterqualifikation dort am ehesten“	Sanitäter als Leistung, wenn RC als Erste-Hilfe-Stelle betrieben wird	Sanitäter als Leistung, wenn RC als Erste-Hilfe-Stelle betrieben wird	
B1	„Ich habe dem Patienten auch ein Stückweit die Selbstständigkeit genommen, Sachen selber zu behandeln. (...) Wir haben den Leuten auch sukzessive Angst gemacht und haben ihnen diese Kompetenzen weggenommen.“	Patienten sind zurückhaltender mit der Selbstversorgung geworden und verlieren an Kompetenz	Gesundheitskompetenz der Patienten nimmt ab; Angst ernsthaft erkrankt zu sein	K5: – Pauschalvergütung
B1	„Wir haben unseren Versicherten jahrelang eingetrichtert, wir haben das beste Gesundheitssystem der Welt. Also hat er auch ein gewisses Anspruchsdenken“	Patienten haben hohen Anspruch an Gesundheitsversorgung	Patient erwartet schnelle, qualitative Behandlung; ist anspruchsvoll	K6: – Zusätzliche Versorgungsebene – Bedingungen für Einsparungen nicht anzunehmen: 1) Vergütungssatz RC < ZNA und 2) Keine Wiedervorstellung von RC-Patienten
B1	„Die Erfahreneren, die wissen 'wenn ich (...) nach vorne kommen will in der Warteschlange, ist es besser, ich komm mit dem	Patienten missbrauchen den Rettungsdienst, um	Absichtlich ungerechtfertigter Besuch der	K7:

	Rettungswagen (...)' Da werden missbräuchliche Nutzungen des Systems klar“	schneller versorgt zu werden	ZNA, um Zeit zu sparen	– Anspruchshaltung der Patienten ist konträr zum RC-Konzept
B1	„Nach unserer Sicht ist das Patientenbashing nicht das richtige“	Patienten sind nicht die Ursache des Problems	Drohende Überfüllung ist dem System an sich zuzuschreiben	– Dt. Absicherungsmentalität
B1	„Der Patient (...) macht das, weil die (...) Wege sich dorthin kanalisieren. Insofern muss man (...) sehr aufpassen, dass man nicht den Patient prügelt, sondern, dass man an den Strukturen was ändert. (...) Daraus resultieren ja viele Probleme, dass wir hier eine Sektorentrennung haben – die für den Patienten überhaupt nicht nachvollziehbar ist“	Patienten sind nicht die Ursache des Problems; die Verantwortlichkeiten der Sektoren sind aus Patientenperspektive nicht nachvollziehbar	Drohende Überfüllung ist den unklaren Verantwortlichkeiten im Sektorensystem zuzuschreiben; Unkenntnis über Gesundheitssystem durch Systemverschulden	– Kleine Zielgruppe für RC; RC-Besuch ohne zusätzliche Abklärung unwahrscheinlich – Verzögerung der Versorgungskette – Geringe Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme von nicht-ärztl. Personal – Arztvorbehalte = Unabhängigkeit von Gesundheitssystem schwierig – Fehlende formal juristische Grundlage
B1	„Da kommen Leute in unser System rein, die (...) gar nicht wissen, wo sie richtig aufgehoben sind. Wenn jemand im System groß wird, hat er vielleicht eine andere Familisierung mit den Strukturen des Gesundheitssystems“	Patienten aus einem anderen Land sind nicht vertraut mit dem deutschen Gesundheitssystem	Unkenntnis über Gesundheitssystem durch soziokulturelle Unterschiede	
B1	„Wir haben ganz oft Leute mit Migrationshintergrund (...) am Tresen, die (...) es in	Patienten aus einem anderen Land sind nicht	Unkenntnis über Gesundheitssystem durch	

	anderen Ländern gewohnt sind, dass erstmal der Cash-Zugriff geklärt wird“	vertraut mit den Kostenträgern	soziokulturelle Unterschiede	
B1	„Okay, Sie brauchen einen Termin beim Facharzt. In einer Woche reicht aus. Ich buche Ihnen den Termin'. Das soll ja theoretisch funktionieren. Ob das in der Praxis so funktioniert, würde ich mal mit einem Fragezeichen versehen“	Die Vermittlung von Facharztterminen beim KV-Terminservice geschieht in der Praxis nicht zeitnahe	Die Wartezeit auf einen (Facharzt-)Termin ist zu lang	
B1	„Wenn Leute nachts kommen oder (...) außerhalb der Regelzeit. Und sie fordern ein MRT ein. Sie haben zwar schon einen Termin, aber der ist noch so lange hin und sie halten es jetzt nicht mehr aus. Und sie denken, dass ein MRT eine Notfalluntersuchung in der Notaufnahme ist“	Patienten begeben sich auf Verzweiflung mit einfachen Untersuchungen in die Notaufnahme	Die Wartezeit auf einen (Facharzt-)Termin ist zu lang	
B1	„Ich bin skeptisch bei diesem Konzept, dass das für Deutschland anwendbar ist“	Skepsis bzgl. Übertragbarkeit auf Deutschland	Skepsis bzgl. Übertragbarkeit auf Deutschland	
B1	„Ich möchte (...) den sehen, der sich in diese Stelle reinsetzt und die Verantwortung trägt, wenn er nicht ärztlicher Art ist. (...) Ich bin ein großer Freund von Delegation. Wir haben ja noch ein paar Berufsgruppen, die noch gar nicht richtig ausgebracht sind in Deutschland, wie PAs (...)“	Trotz Delegationsmöglichkeit wird die Suche nach einem nicht-ärztlichen Verantwortungsträger schwierig; v.a. da PAs in DE noch nicht etabliert sind	Risikobereitschaft für nicht-ärztliche Verantwortungsträger ist gering; v.a. da PAs in DE noch selten sind	
B1	„Wir haben die Notfallsanitäter (...) qualifiziert in einer (...) Berufsausbildung, dreijährig. Wir haben Sie (...) mit Kompetenzen ausgestattet. Aber am Ende schwebt über	Selbst mit Qualifikation sind Notfallsanitäter bei Patientenversorgung unsicher über ihren Handlungsrahmen, da	Rechtliche Bedingungen schaffen Unsicherheit beim Handlungsrahmen von	

	denen immer das Schwert des Heilberufegesetzes und der Kompetenzen“	rechtliche Bedingungen unklar sind	qualifizierten nicht-ärztlichen Fachpersonal	
B1	„In so einer Stelle: Ich wüsste gar nicht, unter wem das stehen sollte. Da müssten Sie einmal MFAs oder Schwestern haben, die das eigenverantwortlich machen“	Trotz Delegationsmöglichkeit wird die Suche nach einem nicht-ärztlichen Verantwortungsträger schwierig; Bereitschaft bei MFAs oder Pflegepersonal gering einzuschätzen	Schwer vorstellbar, dass nicht-ärztliches Personal bereit ist, Verantwortung für RC zu tragen	
B1	„Das ist ja wie bei einem Fußballspiel: Sanitäter, die Sie einsetzen. Na klar, können Sie rumgehen und gucken, wenn es jemanden schlecht geht. (...) Sowas in der Art könnte das (...) maximal sein. Aber für außerhalb von Verletzungen, für Erkrankungen solche Punkte zu haben... (...) das wäre mehr so was wie <i>First Responder</i> [Ersthelfer] wahrscheinlich“	Vergleich der Retail Clinic mit der Sanitäter-Versorgung: Als First-Responder-Modell zu reinen Versorgung von Verletzungen (ohne Krankheitsbehandlung) denkbar	Retail Clinic als Erste-Hilfe-Stelle für Verletzungen und nicht zur Behandlung von Krankheiten	
B1	So einen Schnell-Anlaufpunkt. Dann können Sie (...) den, der (...) in der Nähe (...) umgeknickt ist (...) erste Hilfe leisten. Also eine Erste-Hilfe-Stelle. Nur in dem eigentlichen Sinne als kleine Gesundheitsklinik (...) – das halte ich auf Deutschland so auf Weiteres nicht anbringbar“	RC als Versorgungsstelle für Erkrankungen nicht vorstellbar in DE; nur denkbar als Erste-Hilfe-Stelle	Denkbares Leistungsspektrum wäre nur die Erste Hilfe	
B1	„In so einer Praxis (...) werden Sie wahrscheinlich nur mit Pauschalen hantieren können. (...) Wenn Sie dort Leistungen	RC nur mit Pauschalsystem denkbar, da Vergütung nach bestehenden	Pauschalsystem; Vergütung nach EBM oder GOÄ nicht mgl. ohne	

	<p>abrechnen wollen, brauchen Sie einen Arzt dazu. Dann sind Sie im EBM-Bereich oder im GOÄ-Bereich. Die Amis sind da relativ schmerzfrei. Die sagen 'Alles, was ich notfallmäßig mache, das bezahlst du bar'. (...) Das muss man sich mal auf Deutschland umgesetzt vorstellen. Da wäre ein Riesenaufschrei“</p>	<p>EBM oder GOÄ an ärztliche Leistung geknüpft ist; Barzahlung von Leistungen nicht vereinbar mit dt. Mentalität</p>	<p>ärztl. Leistung; Barzahlung von Leistungen nicht denkbar in DE</p>	
B1	<p>„Jemand (...) ist umgeknickt. Den machst du einen Verband und schickst den dann in die Klinik. Jetzt rechnet noch jemand ab. Das System, das die Erstversorgung macht. Du hast den Rettungsdienst und den Krankentransport (...). Und (...) die Notaufnahme. (...) Kostenmäßig wird das auf jeden Fall mehr als weniger“</p>	<p>Zusätzliche Versorgungsebene neben dem Rettungsdienst und der ZNA sorgt für steigende Gesamtkosten</p>	<p>Keine Kostensenkung aufgrund zusätzlicher Versorgungsebenen neben dem Rettungsdienst und der ZNA</p>	
B1	<p>„Das ist ja nochmal eine Versorgungsstruktur neben dem Hausarzt“</p>	<p>RC als zusätzliche Versorgungsstruktur neben dem Hausarzt</p>	<p>RC nicht als Umlenkung von Patientenströmen sondern zusätzliche Versorgungsebene</p>	
B1	<p>„Das würde (...) nur was (...) [bringen], wenn du sagst: 'Ich bin unter den Vergütungssätzen einer Notaufnahme und ich kann es hier so final behandeln, dass es nicht einer Vorstellung in einer Notaufnahme bedürfte'. Aber (...) das ist die Frage. Wie richtest du das nachher aus? (...) Da brauchst du Diagnosegeräte. Und schon beim EKG (...) jemanden, der das befundet. (...) Befund und</p>	<p>Einsparpotential nur unter der Annahme gegeben, dass die Vergütungssätze niedriger als in der Notaufnahme sind und der Patient keine weitere Versorgungsebene aufsucht. Letzteres ist schwierig, da</p>	<p>Einsparungen nur unter zwei Bedingungen: 1) Vergütungssätze niedriger als in ZNA und 2) Patient sucht nach RC-Besuch keine weiteren Behandler auf; Letzteres problematisch, weil RC zur</p>	

	Diagnoseerstellung ist (...) an die Approbation geknüpft. Das ist schwierig“	techn. Mittel in RC zur finalen Abklärung nicht ausreichen und die Diagnoseerstellung dem Arztvorbehalt unterliegt	finalen Abklärung unzureichend ausgestattet sind und die Diagnosestellung Ärzten vorbehalten ist	
B1	„Das ist eine vorgeschaltete Struktur. Glaube ich nicht, [dass es ein Einsparpotential gibt]“	Kein Einsparpotential, da RC zusätzliche Versorgungsebene ist	Kein Einsparpotential, da RC zusätzliche Versorgungsebene ist	
B1	„Das hat auch was mit dem Anspruchsdenken der Patienten (...) zutun“	Anspruchsdenken der Patienten erschwert die Etablierung von RC	Anspruchshaltung der Patienten erschwert die Etablierung von RC	
B1	„Ich nehme mal das Beispiel mit dem Ziehen in der Brust. (...) Was will denn derjenige in dieser Praxis oder in dieser Anlaufstelle Kausales machen? Der müsste denjenigen ja auch weiterschicken. (...) Ich weiß nicht, ob das eine unnötige – für bestimmte Fälle – Verzögerung der ganzen Kette ist“	Bei ernsthaften Symptomen ist eine RC nicht handlungsfähig, wodurch die Versorgungskette verzögert wird	Verzögerung der Versorgungskette bei schweren Notfällen in einer RC	
B1	„Das Problem ist, dass (...) es da zur Diagnosestellung kommt, die (...) an die ärztliche Profession gebunden sind. Ich kann mir das nicht losgelöst aus einem Gesamtversorgungssystem vorstellen“	Diagnosestellung unterliegt dem Arztvorbehalt, sodass RC nicht unabhängig agieren kann	Unabhängigkeit von Gesamtversorgungssystem schwierig, da Diagnosestellung ärztl. vorbehalten ist	
B1	„Ich kann mir schwer vorstellen, dass man Personal findet, was sich reinsetzt in so eine Stelle und diese Tätigkeiten wahrnimmt. Weil es immer damit rechnen muss, dass es hinterher eine drüber kriegt“	Nicht-ärztl. Personal muss bei Behandlungsfehlern mit schwerwiegenden Konsequenzen rechnen	Geringe Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme von nicht-ärztl. Personal	

B1	„Ich glaube, dass die Absicherungsmentalität in Deutschland dem überwiegt, als, dass so eine Stelle wirklich zum Arbeiten kommt“	Absicherungsmentalität in DE widerspricht sich mit dem Prinzip	Absicherungsmentalität in DE im Widerspruch mit dem RC-Prinzip	
B1	„Schwierig. Eben genau aus diesen formal-juristischen Fragestellungen. Wenn Sie noch ein drittes Gebilde zwischen KV-Praxis und Notaufnahme dazwischen hängen“	Zusätzliche Versorgung zwischen KV-Praxis und Notaufnahme hat noch keine formal-juristische Grundlage	Fehlende formal-juristische Grundlage für zusätzliche Versorgungsebene	
B1	„Es ist ein verschwindend geringer Anteil, der für so eine Hilfsstelle geeignet wäre. Und der nicht trotzdem noch eine weitere Abklärung sucht“	Patientengruppe für RC eher klein; Vermutlich suchen RC-Patienten noch zusätzl. Abklärung	Kleine Zielgruppe für RC; RC-Besuch ohne zusätzliche Abklärung unwahrscheinlich	
Interviewpartner	Auswertungseinheit	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion mit Einordnung in Kategorie
B2	„Während der Flüchtlingskrise 2015, 2016 waren (...) deutlich mehr Patienten hier“	Notfallpatienten nehmen zu durch Flüchtlingskrise	Zunahme Notfallpatienten, soziokultureller Grund	K1: – Zunahme: soziokulturell bedingt
B2	„Was man (...) schon merkt, ist (...), dass (...) viele Patienten mit Bagatellen kommen oder Eltern kommen mit Husten, Schnupfen (...). Dass da halt die Hemmschwelle sehr niedrig ist“	Patienten kommen oft mit Bagatellen in die ZNA	Bagatellfälle in der ZNA nehmen zu, weil die Hemmschwelle gesunken ist	K2: – Lange Wartezeit auf (Fach-)Arzttermin
B2	„[Sie] haben schon irgendwie den Impuls und wissen (...) auch, dass Ohrenscherzen nicht in die Notaufnahme gehören. Aber haben nicht das Gefühl, dass sie [im KV-Bereich] irgendwie einen Termin bekommen“	Patienten begeben sich wissentlich in die falsche Versorgungsebene, weil sie im KV-Bereich keinen Termin bekommen	Die Wartezeit auf einen (Facharzt-)Termin ist zu lang	K3: – Gesundheits- und Krankenpfleger mit Zusatzweiterbildung in der Basisversorgung – Weiterbildung in Basis-Pädiatrieversorgung
B2	„Physician assistants sind eine gute Lösung. Also, dass man (...) keine Ärzte dahin setzt,	PAs sind gute Lösung; alternativ Gesundheits-	PAs oder Gesundheits- und Krankenpfleger mit	

	sondern (...) gut ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger, die noch eine Zusatzweiterbildung haben in der (...) Basisversorgung“	und Krankenpfleger mit Zusatzweiterbildung in der Basisversorgung	Zusatzweiterbildung in der Basisversorgung als RC-Personal	– Notfallqualifikation zur Überbrückung Wartezeit bei ernsten Notfällen – Akademisierte Gesundheitsfachkräfte; PA oder advanced nursed practitioners – Ärztl. Anwesenheit nur bei Bedarf; banale Beschwerden durch nicht-ärztl. Personal – Digitale Anbindung von Ärzten
B2	„Vielleicht auch Basis-Pädiatrieversorgung (...). Das ist mir besonders wichtig, dass man da (...) auch die Kinder gut einschätzen kann“	Für Kinder können in RC Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Basis-Pädiatrieversorgung eingesetzt werden	Behandlung von Kindern in RC durch Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Basis-Pädiatrieversorgung	
B2	„Das wäre (...) dasselbe Prinzip wie beim Rettungsdienst. Dass man erstmal die Rettungssanitäter gucken lässt und die leichten Sachen alleine behandeln lässt. Und nur bei Bedarf den Arzt hinzu zieht“	Übernahme Rettungssanitäter-Prinzip für RC: Selbstständige Behandlung banaler Beschwerden und ärztliche Sicht bei Bedarf	Bei banalen Beschwerden kann nicht-ärztliches Personal alleine handeln; erst bei Bedarf Arztanwesenheit	
B2	„Die bräuchten (...) eine (...) gute Notfallausbildung, dass sie (...) auch was überbrücken können, bis der Rettungsdienst da ist“	RC-Personal muss Notfallqualifikation haben, um ggf. Notfälle bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes adäquat zu versorgen	Notfallqualifikation, um ggf. Notfälle bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes adäquat zu versorgen	K4: – Spezielles Ausbildungskonzept – Anbindung vom Rettungsdienst – Supervising Personal
B2	„Klar, müsste so eine Art Telemedizin gegeben sein, dass man jederzeit einen Arzt hinzu rufen kann“	Telemedizinische Behandlung in RC integrieren	Digitale Anbindung von Ärzten in RC	
B2	„Man muss (...) ein Ausbildungskonzept haben, mit den richtigen Inhalten. Dass die Leute da gut vorbereitet sind auf (...) eine verantwortungsvolle (...) Tätigkeit, die sie quasi alleine durchführen. Ohne, dass sie	Ausbildungskonzept muss das RC-Personal inhaltlich auf selbstständiges Handeln vorbereiten	Fundiertes Ausbildungskonzept als Vorbereitung auf selbstständiges Arbeiten	K5: – Vergütungshöhe orientierend am Krankheitsbild

	sich im Team dauernd rückversichern können“			
B2	„Man müsste eine gute Anbindung haben an den Rettungsdienst, dass man (...) notfallmäßig die Patienten verlegen kann“	Digitale Anbindung zu Rettungsdienst in RC integrieren	Digitale Anbindung vom Rettungsdienst in RC	K6: – Nur geringeres Stresslevel, kein Einsparpotential
B2	„Qualitätssicherung: (...) Dass man (...) so ein Supervising macht, der Leute, die da arbeiten“	Supervising des Personals zur Qualitätssicherung	Supervising des Personals zur Qualitätssicherung	
B2	„Spontan würde man (...) sagen: '(...) Der Arzt kriegt (...) ein Arztgehalt. (...) Und (...) wenn (...) eine Schwester das Ganze behandelt, dann kriegt sie (...) achtzig Prozent davon. (...)'. Aber auf der anderen Seite ist es (...) dasselbe Krankheitsbild, was zwei Menschen behandeln und wahrscheinlich (...) gleich gut behandeln. Da ist (...) die Frage, ob man (...) sagt: '(...) Die sollten dasselbe kriegen“	Die Höhe der Vergütung sollte sich nach behandelter Krankheit und nicht nach Behandler richten	Vergütungshöhe orientierend am Krankheitsbild und nicht am Behandler	K7: – Aufklärung über sachgerechte Nutzung schwierig – Bekanntmachung schwierig – Kein Personal für vulnerable Patientengruppen – Überprüfung Patientensicherheit schwierig
B2	„Ich seh da jetzt kein großes Einsparpotential. Also, abgesehen von dem großen Nervfaktor, den es natürlich wirklich einsparen würde“	Kein großes Einsparpotential, nur Verbesserung des Stresslevels	Kein großes Einsparpotential, nur Verbesserung des Stresslevels	– Skepsis an geringer Wartezeit
B2	„Selbst Erwachsenen-Ärzte kriegen das nicht hin, gut ein Kind zu beurteilen. Entweder schätzen sie es (...) viel zu kritisch ein oder sie übersehen es“	Über- oder Unterschätzung von Symptomen bei Kindern in RC	Behandlung von Kindern in RC ohne spezialisiertes Personal schwierig	

B2	„Das stelle ich mir (...) schwierig vor, dass diese physician assistants (...) auch die Kinder gut einschätzen können“	Es wird bezweifelt, ob PAs Kinder gut einschätzen können	Einschätzung von Kindern durch PA zweifelhaft	
B2	„Man müsste (...) eine gute Aufklärung der Bevölkerung haben. (...) Das ist ja im Moment schon schwierig, (...) den Leuten klarzumachen, wann sie erst den Notarzt rufen müssen oder, wann sie (...) bis zum nächsten Tag warten können“	Etablierung der RC setzt gute Bevölkerungsaufklärung voraus; Aktuell ist die Aufklärung über Bagatellen schon schwierig	Aufklärung der Bevölkerung über sachgerechte Nutzung der RC schwierig	
B2	„Das Bekanntmachen des Modells (...) könnte herausfordernd sein“	Bekanntmachung der RC ist herausfordernd	Bekanntmachung der RC als Herausforderung	
B2	„Patientensicherheit: Dass man (...) wirklich guckt, dass die Patienten da (...) wirklich gut versorgt werden.“	Patientensicherheit muss überprüft werden	Überprüfung der Patientensicherheit evtl. schwierig	
B2	„Überall (...) im deutschen Gesundheitssystem sind ja horrende Wartezeiten normal, selbst mit Termin (...). Deshalb wäre ich da gespannt, ob es wirklich so ist, dass da so niedrige Wartezeiten sind“	Kritisch betrachtet werden die in einer RC versprochenen geringen Wartezeiten, da dies nicht der Versorgung im dt. Gesundheitssystem entspricht	Skepsis, ob geringe Wartezeiten in der RC einzuhalten sind	
Interviewpartner	Auswertungseinheit	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion mit Einordnung in Kategorie
B3	„Es ist wahrgenommen worden, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser vermehrt in Anspruch genommen werden. Insbesondere von fußläufigen Patienten mit subjektivem Krankheitsgefühl, Symptomen, die (...)“	Notfallpatienten nehmen zu, Patienten stellen sich ungerechtfertigterweise in ZNA vor	Zunahme Notfallpatienten, Bagatellen	K1: – Zunahme Bagatellen

	ein Aufsuchen eines Krankenhauses nicht (...) rechtfertigen“			
B3	„Dass man sich davon erhofft, dass man seine Beschwerden durchaus schneller und (...) mit einem besseren diagnostischen Zugang (...) bekommt“	Patienten hoffen, dass sie in der ZNA besser und hochwertiger versorgt werden	In der ZNA wird schnellere Behandlung und bessere Diagnostik erwartet	K2: – Öffnungszeiten im vertragsärztl. Bereich unzureichend für Erwerbstätige – Erwartung schnellere Behandlung – Wahrnehmung besserer Behandlungsqualität im Krankenhaus im Ggs. zum KV-Bereich – Patienten in städtischen Gebieten – Fehlender Hausarzt – Jüngere Altersklassen
B3	„Es gibt auch (...) Menschen, die keinen Hausarzt haben. Gerade die jüngere Generation, die dann auch jetzt dann direkt ins Krankenhaus geht“	Patienten haben keinen Hausarzt und kommen bei Beschwerden direkt ins Krankenhaus	Keine Beziehung zu Allgemeinmediziner; Junge Patienten begeben sich eher direkt in die ZNA	
B3	„Wir sehen aber auch ein Shift hin (...) zu Kontaktgründen, die schwer nachvollziehbar sind. Nach dem Motto: 'Ich hab seit einer Woche Schmerzen und komme jetzt um ein Uhr nachts in eine Notaufnahme und meine, jetzt müsste es abgeklärt werden'. Das ist ein Phänomen, das in den Metropolen schon lange zu verzeichnen ist“	Bagatellen in Krankenhäusern nehmen zu	Bagatellfälle in der ZNA nehmen zu; städtisches Phänomen	
B3	„Es ist eben auch häufig eine gewisse Anspruchshaltung dahinter“	Patient hat hohe Anspruchshaltung	Patient hat hohe Anspruchshaltung	
B3	„Gerade auch der frühe Abend war (...) ein ganz häufiger Peak, weil man dann vielleicht von seiner Arbeit gekommen [ist]. Hausarzt hat nicht mehr auf. Und [man] ist dann direkt ins Krankenhaus gekommen“	Besonders zu sprechstundenfreien Zeiten herrscht großer Andrang in der ZNA	Öffnungszeiten im vertragsärztlichen Bereich sind unzureichend (für Erwerbstätige)	K3: – Akademisierte Gesundheitsfachkräfte; PA oder advanced nursed practitioners – Ärzte = höchstrangigste Ressource = Fehlbesetzung

				<ul style="list-style-type: none"> – Digitale Anbindung von Ärzten – Spielraum für Delegation an PA groß trotz konservativer Einschätzung des Handlungsrahmens im Konsenspapier BÄK / KBV – Skepsis in der Bevölkerung bei Behandlung ohne Arzt
B3	„Auf keinen Fall (...) Ärzte. Weil das unsere höchstrangige Ressource ist und wir jetzt, auch in den nächsten Jahren, Probleme haben werden, überhaupt die jetzt schon bestehenden Hausarztsitze, zum Beispiel, aber auch durchaus Facharztsitze zu besetzen“	Keine Ärzte in RC, weil sie in anderen ambulanten Bereichen schon dringend gebraucht werden	Ärzte als höchstrangigste Ressource im Gesundheitswesen in RC fehlbesetzt	<p>K4:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prüfung der Outcomes und Abrechnungsdaten
B3	Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich dadurch aus, dass es (...) qualitativ sehr hochstrebend ist, weil es mit enormen Ressourcen arbeitet. Nämlich insbesondere der ärztlichen Ressource. So sind wir alle (...) sozialisiert“	Kennzeichnend für das dt. Gesundheitswesen ist die Versorgung durch Ärzte, woran die Leute gewöhnt sind	Skepsis ggü. nicht-ärztlichem Personal entspringt der Sozialisierung: Med. Versorgung immer durch Ärzte	<p>K5:</p> <ul style="list-style-type: none"> – PA-Leistungen als eigenständiger GKV-Bereich – Separate Leistungsziffern für delegierte Leistungen / Erweiterung EBM-Katalog – Umrechnungsfaktor für EBM-Ziffern, die delegiert wurden

				– Budgeterhöhung für Behandler, die mit PA an RC-Modell teilnehmen
B3	„Auch mit einem hohen Anspruch, eigentlich jede Leistung (...) schnell bekommen zu können. Das werden wir in der Zukunft nicht mehr schaffen“	Hoher Anspruch auf schnelle Behandlung zukünftig nicht bedienbar	Hoher Anspruch auf schnelle Behandlung zukünftig nicht bedienbar	K6: – Kostenintensive Ressourcenbindung und viel Aufwand für ZNA-Patienten mit leichten Beschwerden
B3	„Ich bin (...) der Meinung, dass möglichst akademisch qualifizierte Gesundheitsfachberufe (...) sehr gut dafür geeignet sind. Das ist ein deutliches Umdenken in Deutschland. Da sind wir mitten im Prozess“	Akademisierte Gesundheitsfachkräfte für RC geeignet; erfordert Veränderungsbereitschaft	Akademisierte Gesundheitsfachkräfte für RC	K7: – Gefahr: Missbrauch als Außenwerbestelle
B3	„Ich muss (...) andere Formen der Versorgung suchen. (...) Da bin ich (...) der Meinung, dass ein möglichst gut qualifizierter Gesundheitsfachberuf, auch in erster Linie, diese Versorgung machen kann. (...) Das gehört (...) primär nicht zu einer ärztlichen Kernkompetenz solche leichten Erkrankungen (...) durchzuführen. Eine akademische Gesundheitskraft, wie der physician assistant oder ein advanced nursed practitioner (...) aus dem Pflegebereich herkommend, können das übernehmen“	Leichte Erkrankungen sind von PAs oder advanced nursed practitioners behandelbar; Bagatellen sind nicht ärztl. Kernkompetenz zuzuordnen	PAs oder advanced nursed practitioners als RC-Personal	

B3	„Bei den Retail Kliniken wäre es mir am Anfang lieber, (...) dass (...) die primäre Verantwortung im ärztlichen Kontext erstmal da ist. Und, dass es wirklich in Delegation läuft. Als, dass ich (...) was vollkommen Getrenntes davon mache und sage: 'Da setze ich jetzt jemanden hin, der eigenverantwortlich tätig ist'. Das sehe ich sehr, sehr kritisch. Würde auch höchstwahrscheinlich von unserer Gesellschaft nicht goutiert werden, die (...) einen ärztlichen Kontext gewohnt ist“	Betrieb einer RC nur unter dem Grundsatz der Delegation mit ärztl. Leitung denkbar; Eigenverantwortung von nicht-ärztl. Personal wäre kritisch und nicht mit Gesellschaftshaltung vereinbar	Betrieb nur unter dem Grundsatz der Delegation und nicht unter Eigenverantwortung des nicht-ärztl. Personals	
B3	„Durch (...) die verbesserte Digitalisierung habe ich (...) auch (...) die Möglichkeit einer digitalen Anbindung und (...) ärztlicherseits ein Videokonsil zu machen“	Telemedizinische Behandlung in RC integrieren	Digitale Anbindung von Ärzten in RC	
B3	„Ich würde mir (...) wünschen, dass (...) eine Retail Klinik mit einer Hausarztpraxis vernetzt ist oder (...) einem Zentrum, wo eine ärztliche Kompetenz digital hinzugezogen werden kann. Wenn ich (...) mir unsicher bin, um dann (...) den ärztlichen Rat zu haben“	Vernetzung der RC mit ärztlichen Behandlern, um schnelle Hilfe bei Ratlosigkeit fordern zu können	Digitale Anbindung von Ärzten in RC	
B3	„Es gibt ja dieses Konsenspapier zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung [und] Bundesärztekammer aus (...) 2017. Das (...) sehr konservativ einschätzt: Die Handlungskompetenzen eines physician assistant“	Konsenspapier der KBV und BÄK aus 2017 schätzt Handlungskompetenzen der PAs konservativ ein	Gesetzlich ist die Handlungskompetenz der PAs stark begrenzt	
B3	„Das ist (...) der Vorteil der Delegation: Ich kann als (...) Arzt eigentlich alles delegieren	Delegation an den PA ist bei allen Tätigkeiten	Spielraum für Delegation an PA ist groß	

	an einen physician assistant, der (...) in meinem Team arbeitet. Wovon ich erstmal ausgehe, dass der physician assistant das kann. Und es (...) keinen Arztvorbehalt gibt. Und Arztvorbehalte gibt es nur relativ wenige, die teilweise gesetzlich verankert sind“	ohne Arztvorbehalt möglich, sofern der PA gut ausgebildet ist		
B3	„Ein physician assistant hat ein dreijähriges Studium. Kennt sich mit wissenschaftlichen Arbeiten aus, kann Studien interpretieren, kennt Krankheitsbilder (...) vertiefend (...). Und in der Delegation ist (...) der Qualifikationsrahmen entscheidend. (...) Je höher der ist, umso mehr kann ich (...), mit gutem Gewissen, Aufgaben delegieren“	Der Bachelorabschluss des PA stattet diesen ihn mit mehr Kompetenzen aus, sodass er mehr delegationsfähige Aufgaben übernehmen kann	Akademischer Grad erweitert den Qualifikationsrahmen und somit den Spielraum für Delegation	
B3	„Natürlich muss man das (...) überprüfen anhand von qualitätsrelevanten Daten, auch von Abrechnungsdaten“	Prüfung der RC durch Outcomes und Abrechnungsdaten	Prüfung der Outcomes und Abrechnungsdaten	
B3	„Es muss (...) die kontinuierliche medizinische Edukation gewährleistet sein. Also Fortbildungen, auch dort auf den neuesten Stand gebracht werden“	RC-Personal muss kontinuierlich fortgebildet werden	Regelmäßige Fortbildungen für RC-Personal	
B3	„Dass diese Leistungen, die da ein physician assistant erbringt, im gesetzlichen Krankenversicherungssystem sich abbildet“	PA-Leistungen als eigenständiger GKV-Bereich	PA-Leistungen als eigenständiger GKV-Bereich	
B3	„Wobei, ich (...) es sinnvoll finde (...) extra Leistungsziffern zu generieren, um (...) zu unterscheiden: 'Ist es eine ärztlich erbrachte Leistung oder ist es eine erbrachte Leistung unter ärztlicher Delegation?'. (...) Eine	Für an PA delegierte Leistungen sollten separate Leistungsziffern generiert werden, weil	Separate Leistungsziffern für an PAs delegierte Leistungen, da ärztl. Leistung höher-rangig ist	

	Ultraschalluntersuchung, die durch einen Arzt erbracht wird, ist (...) höherrangiger als eine Ultraschalluntersuchung, die (...) ein physician assistant macht“	ärztlich erbrachte Leistungen höherrangiger sind		
B3	„Die eine (...) Möglichkeit ist (...), dass ich die Budgetgrenzen des Hausarztes damit erhöhe. Und einfach sage (...): 'Wenn du einen physician assistant hast, der auch an der Versorgung teilnimmt, kannst du statt zweitausend, zweitausendfünfhundert Patienten behandeln. Und dafür kriegst du Budget'. Das wäre relativ einfach und undifferenziert“	Budgeterhöhung für an RC angebundene Hausärzte, die mit PAs zusammen arbeiten	Budgeterhöhung für an RC angebundene Hausärzte, die mit PAs zusammen arbeiten	
B3	Die andere Sache ist wirklich, dass ich dann entsprechende Ziffern einsetze. (...) Wenn ich (...) einen Umrechnungsfaktor habe im EBM - ärztlich erbracht (...) höher, von einer akademischen Gesundheitsfachkraft erbracht, dieselbe Leistung ein bisschen niedriger. Weil (...) die Arztminute (...) teurer ist als die Minute eines physician assistants Vor dem Hintergrund (...) der (...) digital erfolgten Abrechnung, ist das (...) egal, wie viel Ziffern ich da generiere in meinem System“	Umrechnungsfaktor im EBM für an PA delegierte Leistungen, da ärztl. erbrachte Leistungen höher abgerechnet werden könnten; digitales Abrechnungssystem bietet bereits Möglichkeiten	Umrechnungsfaktor im EBM für an PA delegierte Leistungen; digitale Abrechnung mit Umrechnungsfaktor unproblematisch	
B3	„Ich muss (...) nur EBM-Ziffern erweitern. Oder (...) differenzieren, bei einer vorhandenen EBM-Ziffer: 'Wird die ärztlicherseits oder nicht-ärztlicherseits erbracht?'. Und dann (...) festlegen, auf welchem Kompetenzniveau ich diese nicht-ärztlich erbrachte Leistung ansiedle. Wenn das (...) eine MFA	Erweiterung des EBM-Katalogs, um nicht-ärztlich erbrachte Leistungen abzurechnen; Vergütung des PA muss von der der MFA abgrenzt werden	Erweiterung des EBM-Katalogs um nicht-ärztlich erbrachte Leistungen mit Schwerpunkt auf Kompetenzniveau des PA	

	kann, (...) dann brauche ich (...) nicht unbedingt einen PA dafür“			
B3	„Das ist schon enorm. (...) Die Krankenhäuser reißen sich nicht um diese Patienten, die in eine Retail Health Clinic gehen würden. (...) Weil das Krankenhaus ist auf das Besondere ausgerichtet. (...) Die Patienten, die geringere Beschwerden haben, die (...) auch einen relativ hohen Aufwand (...) generieren dort und ja, Ressourcen binden (...) [sind nicht beliebt]. Es gibt da noch keine genauen Berechnungen, aber ich kann mir vorstellen, dass (...) unter einem Strich (...) zu einer Kosteneinsparung führt“	Patienten mit leichten Beschwerden sind, aufgrund der hohen Ressourcenbindung, eher unattraktiv für ein Krankenhaus; ohne konkrete Belege kann sich der Befragte eine Kosteneinsparung vorstellen	Kosteneinsparung denkbar, da Krankenhauspatienten mit leichten Beschwerden unverhältnismäßigen Aufwand generieren und viele kostenintensive Ressourcen beanspruchen	
B3	„Es darf nicht zu einem Geschäftsmodell werden. (...) Es darf jetzt da keine Ausrichtung sein. Es darf (...) nicht (...) so eine Außenstelle zum Werben von Patienten sein“	RC darf nicht als Werbebestelle für Patienten genutzt werden	Missbrauch einer RC als Außenwerbestelle von Behandlern	
B3	„Da sehe ich eventuell eine gewisse Gefahr. Dass (...) gerade private Krankenhausketten (...) das aufmachen. Und das dann (...) unter dem Deckmäntelchen läuft: '(...) So ein bisschen mach ich da auch. Aber eigentlich will ich da (...) meine eigenen Leistungen (...) noch besser anpreisen'. (...) Da muss man (...) aufpassen. Weil das (...) der Kommerzialisierung in der Medizin noch Vorschub leisten würde“	Gefahr, dass RC von privaten Krankenhausketten zur Anpreisung der eigenen Krankenhausleistungen betrieben werden; Vorsicht vor Kommerzialisierung der Medizin	Kommerzialisierung der Medizin; missbräuchlicher Betrieb durch private Krankenhausketten als Werbestelle	

Interviewpartner	Auswertungseinheit	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion mit Einordnung in Kategorie
B4	„Längerfristig ist das so, (...) dass die Inanspruchnahme der Notaufnahme angestiegen ist“	Notfallpatienten nehmen zu	Zunahme Notfallpatienten	K1: – Allg. Zunahme – Langfristig Abnahme lt. ZI-Erhebung
B4	„Es gab diese ZI-Untersuchung, die gesagt haben, dass sei jetzt vielleicht zum Stillstand gekommen. Ob das ein nachhaltiger Trend schon ist, weiß ich nicht“	ZI-Untersuchung zeigt rückläufige Zahlen	Abnahme Notfallpatienten (laut ZI)	
B4	„Es gibt (...) auch eine ganze Reihe von Menschen, (...) die haben gar keinen Hausarzt, weil sie bisher keinen gebraucht haben. Und die Gruppe dieser Menschen ist tendenziell wachsend“	Die Patientengruppe ohne Hausarzt ist wachsend	Keine Beziehung zu Allgemeinmediziner	K2: – Fehlender Hausarzt – Soziokulturelle Unterschiede
B4	„Eine andere Gruppe sind vielleicht Menschen, die aus anderen Ländern zugezogen sind – (...) und (...) als erste medizinische Anlaufstation - für Probleme irgendwelcher Art - Krankenhäuser verinnerlicht haben“	Patienten aus einem anderen Land sind es gewohnt mit Beschwerden aller Art zunächst ins Krankenhaus zu gehen	Unkenntnis über Gesundheitssystem durch soziokulturelle Unterschiede	K3: – Gesundheits- und Krankenpfleger mit Zusatzweiterbildung in der Basisversorgung – Akademisierte Gesundheitsfachkräfte; PA oder advanced nursed practitioners – Ärztl. Hintergrunddienst aus fachlicher und rechtlicher Sicht (B4)
B4	„Es gibt sicherlich viele Fälle, (...) da braucht man - streng genommen - gar keinen Arzt. Versorgungsfälle, die im Moment unser System – (...) die Notfallambulanzen – durchaus belasten.“	Viele Patienten, die die ZNA unnötig auslasten	Ein Teil der Patienten ist ungerechtfertigterweise in der ZNA	
B4	„Da (...) bei eine[r] ganze[n] Reihe von Fällen, durchaus unklar (...) [ist], was der tatsächliche Versorgungsbedarf ist, brauche ich am Ende, mindestens aus rechtlichen Gründen, (...) aber auch aus fachlichen Gründen,	Aus rechtlichen und fachlichen Gründen braucht man bei unklaren Symptomen einen	Ärztlicher Dienst im Hintergrund aus rechtlicher und fachlicher Sicht notwendig	

	(...) einen ärztlichen (...) Back-Up. Oder eine ärztliche Anwesenheit (...)	Arzt als Back-Up oder vor Ort		
B4	„physician assistant ist ein guter Ansatz. Ich würde es davon abhängig machen, was die können und was die dürfen. Und am Ende muss es – und das hängt mit diesem Können und Dürfen zusammen – einen ärztlichen Back-Up geben“	PA als Personal denkbar; deren Handlungsrahmen sollte sich nach dem Gesetz und deren Qualifikation richten; ärztl. Back-Up nötig	Einsatz von PA befürwortet; Handlungsrahmen abhängig von Gesetz und Qualifikation; ärztl. Back-Up nötig	K4: – Spezielles Ausbildungskonzept
B4	„Ich glaube, dass das (...) man da mit einer normalen Pflegeausbildung nicht für qualifiziert ist. Was aber nicht ausschließt, dass man eine zusätzliche Ausbildung macht, um sich dafür zu qualifizieren“	Zusätzliche Weiterbildung von Pflegefachkräften nötig	Zusätzliche Weiterbildung von Pflegefachkräften nötig	
B4	„Ich glaube, dass es (...) eine sehr spezifische Ausbildung für diese Art der Tätigkeit geben müsste“	RC-Personal muss speziell ausgebildet werden	Spezielle Ausbildung für RC-Personal	
B4	„Ich glaube, dass (...) man die [Notfallversorgung] ganz schwer leistungsbezogen vergüten kann. Sondern, dass, (...) die Leistungen dieser Einrichtung (...) die Vorhaltung von Versorgung ist. (...) Die Kosten sind mehr oder weniger fix. Das heißt, ich bin (...) bei einem Modell, wo ich eigentlich eine Vorhaltefinanzierung brauche“	Leistungsbezogene Vergütung in der Notfallversorgung ist eher schwierig, da es sich in dem Bereich eher um eine Vorhaltefinanzierung mit Fixkosten handelt	Vergütung durch Vorhaltefinanzierung und Fixkostenbetrag	K5: – Vorhaltefinanzierung mit Fixkosten – Vorhaltefinanzierung über Divisionskalkulation o. direkte Finanzierung; Abhängigkeit Behandlungskosten von Besuchsfrequenz
B4	„Das Problem ist dann natürlich: Wie realisiere ich diese Vorhaltefinanzierung? (...)	Realisierung der Vorhaltefinanzierung, v.a.	Realisierung der Vorhaltefinanzierung, v.a.	K6:

	Und wie ordne ich diese (...) [Kosten] welchem Kostenträger zu?“	hinsichtlich der Zuordnung auf Kostenträger schwierig	hinsichtlich der Zuordnung auf Kostenträger schwierig	– Keine Kostenverringering bei Arztanwesenheit – Finanzierungsvolumen RC > erwartende Kosteneinsparungen
B4	„Ich müsste (...) über (...) Divisionskalkulation oder über eine direkte Finanzierung diese Vorhaltefinanzierung realisieren. Das ist alles andere als banal. Und würde dann (...) dazu führen, dass, in einer weniger frequentierten Einheit, der Preis für eine bestimmte Leistung (...) höher ausfällt als in einer höher frequentierten Einrichtung“	Realisierung Vorhaltefinanzierung über Divisionskalkulation oder direkte Finanzierung; Behandlungskosten würden demnach von Besuchsfrequenz abhängen	Realisierung Vorhaltefinanzierung über Divisionskalkulation oder direkte Finanzierung; Abhängigkeit Behandlungskosten von Besuchsfrequenz	K7: – Verstärkt Problem der Doppelstruktur – Primäres Ziel nicht die Entlastung – Übertragbarkeit auf dt. Rechtsbedingungen schwierig – Konzept auf städtische Gebiete zugeschnitten
B4	Wenn ich sowas wie eine ärztliche Anwesenheit brauche (...), dann wird das, ganz ganz schnell, ganz ganz teuer. Und dann ist (...) die wirtschaftliche Überlegung, die in den USA dahinter steht - die würde dann schon nicht mehr funktionieren“	Ärztliche Anwesenheit in RC wäre sehr kostenintensiv	Einsparpotential bei ärztl. Anwesenheit nicht gegeben	
B4	„Ich glaube, dass es sich nicht lohnt, (...) eine weitere Versorgungsstruktur zwischen dem niedergelassenen Bereich und die Krankenhäuser zu setzen. Ich glaube, dass die Finanzierung dieser Struktur größer ist als das, was an anderer Stelle eingespart wird“	Finanzierung einer RC als zusätzliche Versorgungsstruktur neben dem KV- und Krankenhausbereich ist größer als Einsparung	Finanzierungsvolumen der RC ist größer als zu erwartende Kosteneinsparungen	
B4	„Zu diesen Einrichtungen hätte ich das Problem, dass wir jetzt (...) eine dritte Versorgungsebene einbeziehen. Und ein Stückweit	Bestehendes Problem der Doppelstrukturen	Dritte Versorgungsebene verstärkt	

	haben wir bei uns ja schon das Problem mit Doppelstrukturen. Die Gefahr besteht (...), dass wir dann noch eine dritte Struktur aufbauen“	wird durch dritte Versorgungsebene verstärkt	Problem der Doppelstrukturen	
B4	„Vielleicht werden sie ein Stückweit entlastet. Vielleicht ist das aber gar nicht das ganz große Ziel, eine bestimmte Anzahl von Patienten da rauszuziehen, wenn die Strukturen sowieso da sind“	Eventuell ist das primäre Ziel der RC nicht die Entlastung, sondern das Angebot zusätzlicher Versorgung	Primäres Ziel ist nicht die Entlastung bestehender Versorgungsstrukturen, sondern die Zusatzversorgung	
B4	„Das ist von unserer deutschen Versorgungswelt, und auch von den rechtlichen Rahmenbedingungen (...) sehr weit entfernt“	Die Umsetzung im Rahmen dt. Rechtsbedingungen ist schwierig	Übertragbarkeit bei dt. Rechtsbedingungen schwierig	
B4	„Das ist ein Konzept, das wahrscheinlich in städtischen Regionen besser funktionieren würde als in ländlichen Regionen. (...) Das ist ja (...) Bestandteil des Konzeptes ist: 'Wir haben irgendeine Stelle, wo sowieso sehr viele Menschen sind'. Und die gibt es natürlich in Hamburg eher als in Nordfriesland. Und größere Versorgungsprobleme haben wir (...) eher in den ländlichen Regionen“	RC würde eher im städtischen Kontext / in dicht besiedelten Gegenden am besten funktionieren, obwohl Versorgungsprobleme eher in ländlichen Regionen bestehen	RC kann ländlichen Versorgungsbedarf nicht erfüllen, da sie eher in städtischen Regionen funktionieren	
Interviewpartner	Auswertungseinheit	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion mit Einordnung in Kategorie
B5	„Ich sah in meinen Notaufnahmen zuletzt (...) eine stetige Steigerung der Patientenzahlen, keinen Abfall. (...) Das heißt, dass wir knapp über sechzig Prozent ambulant behandeln. Und das ist (...) eigentlich gar nicht der Auftrag von einer Notaufnahme“	Notfallpatienten nehmen zu, größtenteils im ambulanten Bereich	Zunahme Notfallpatienten, im ambulanten Setting	K1: – Allg. Zunahme

B5	„Wir haben von den Eindruck aus den letzten zwanzig Jahren, die in die Notaufnahme kamen, wer wirklich krank war. Und jetzt sind wir so ein bisschen Amazon in der Gesundheitsökonomie. Wenn Sie Prime-Zugang haben und entscheiden sich (...) vor zwölf Uhr einen Breitbildfernseher zu kaufen, steht er morgen bei Ihnen (...). Und diese Philosophie sehen wir auch in der ZNA“	Im Gegensatz zu früher kommen Patienten heutzutage mit banalen Beschwerden in die ZNA, weil sie eine erhöhte Anspruchshaltung haben	Patient mit Bagatell-Beschwerde hat hohe Anspruchshaltung	K2: – Lange Wartezeit auf (Fach-)Arzttermin – Einweisung in ZNA durch operative Überforderung der ambulanten Ärzte – Ungenügend ambulante Angebote
B5	„Die ambulante Versorgung [wird] zunehmend schwierig wird für die Bevölkerung. Wenn jemand ein Leben hat und will einen Facharzt konsultieren und kriegt dann die Antwort: 'In 16 Wochen ist was frei'. Dann ist das deswegen nicht ausreichend“	Patienten warten im KV-Bereich zu lange auf einen Facharzttermin	Die Wartezeit auf einen (Facharzt-)Termin ist zu lang	– Erwartung schnellere Behandlung – Wahrnehmung besserer Behandlungsqualität im Krankenhaus im Ggs. zum KV-Bereich
B5	„Hausärzte stoßen natürlich (...) sehr schnell auch operativ an ihre Grenzen. (...) Und [sie] weisen deswegen sehr früh ein“	Hausärzte werden der Patientennachfrage im ambulanten Bereich nicht gerecht	Hausärzte weisen Patienten aus operativer Überforderung in die ZNA ein	
B5	„Da kommen Menschen, bei denen der Harnblasenkatheter rausgerutscht ist. Und die werden (...) in die Notaufnahme geschickt, damit wir nur einen Katheter legen. (...) Warum macht das nicht jeder andere Arzt?“	Personal in der ZNA führt auch einfache Eingriffe durch, die eigentlich im KV-Bereich behandelt werden könnten	Die ambulante Versorgungsstruktur wird dem Versorgungsbedarf nicht gerecht, wodurch die ZNA auch allgemeinmedizinische Versorgung übernimmt	K3: – Ärztl. Leitung und Fachpersonal mit klinischer Ausbildung – Notfallsanitäter ungeeignet wegen fehlender Routine
B5	„Ich würde es ärztlich leiten. Ich würde Fachpersonal nach vorne stellen. (...) Es ist egal,	Ärztliche Leitung einer RC; Personal vor Ort	Ärztlich geleitete RC mit klinisch ausgebildetem Personal	– Pflegekraft für Notfallmedizin geeignet – Digitale Anbindung von Ärzten

	welches es ist. Aber es sollte (...) klinisch ausgebildet sein“	sollte klinisch ausgebildet sein		
B5	„Notfallsanitäter können zwar wirklich schwere Notfälle behandeln, (...) sind (...) aber häufig bei dem Bagatellkram (...) vollkommen überfordert, weil sie das aus ihrem Alltag nicht so gut kennen“	Notfallsanitäter sind routiniert in der schweren Notfallbehandlung und überfordert bei Bagatellen	Notfallsanitäter aufgrund fehlender Routine bei Bagatellen ungeeignet als Personal	K4: – Autarkes Arbeiten nach ärztl. Standard
B5	„So richtig gut dort aufgehoben wäre wahrscheinlich eine Fachschwester für Notfallmedizin (...). Die Zusatzbezeichnung kann man machen. Die kennen das ZNA im Geschäft. Also, Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Schnittwunde und den ganzen Kram. Aber, wissen auch, wann ihre Kompetenzen überschritten werden und es notwendig wird, jemanden dazu zu rufen, der ärztlich tätig werden kann“	Fachschwester für Notfallmedizin geeignet, da sie sich sowohl mit Bagatellen auskennen als auch ernstzunehmende Notfälle richtig deuten können	Fachschwester für Notfallmedizin geeignet; vertraut mit Behandlung von Bagatellen und fähig, ihre Handlungskompetenz einzuschätzen	K5: – Vergütung im ambulanten Bereich
B5	„Ich würde das telemedizinisch anbinden an die nächsten Zentren, sodass Rücksprachen jederzeit erfolgen können“	Telemedizinische Behandlung in RC integrieren	Digitale Anbindung von Ärzten in RC	K6: – Umlenkung ambulanter Bagatellen kostensparend, da Vorhaltekosten durch ambulante Leistungen nicht gedeckt werden
B5	„Physician assistants können da hilfreich sein. Wobei, die ja noch rar gesehen sind in Deutschland. Aber es gibt ja auch immer mehr, die in der Notfallmedizin arbeiten. (...)“	PA prinzipiell hilfreich und bereits eingesetzt in Notfallbehandlung, jedoch noch unbekannt in DE	Trotz geringer Bekanntheit in DE sind PAs in der Notfallmedizin denkbar	
B5	„[Bei schweren Notfällen] kann er denjenigen vor Ort (...) in den ersten Maßnahmen anleiten, wie wir es aus dem Aachener Projekt kennen in der Telemedizin“	Digital zugeschaltete Ärzte können RC-Personal in Notfallmaßnahmen	Digitale Anbindung von Ärzten in RC	K7: – Fehlende formal juristische Grundlage

		anleiten; Vgl. mit Aache- ner Projekt		– Konkurrenz-wahrneh- mung und damit einher- gehender Lobbyismus
B5	„Der Patient ist dann ja safe. Hat ja ein Profi vor Ort die Hände. Und einen medizinischen Profi noch im Hintergrund, der die Hände anweisen kann“	Patient ist sicher, weil Fachpersonal vor Ort ist und ein Arzt dieses digital anleiten kann	Patientensicherheit durch ärztl. Zuschaltung gegeben	
B5	„Ich glaube nicht, dass es dafür zwingend einen Arzt vor Ort braucht“	Arzt vor Ort nicht nötig	Ärztl. Anwesenheit nicht nötig	
B5	„Was wir sicherstellen ist, dass vor Ort eine medizinische Expertise ist, die dann auf Anordnung ordentlich arbeiten kann, wenn es ein schwerer Notfall ist. Im Alltag bei weniger schweren Notfällen autark arbeiten kann - da mit einem ärztlichen Standard (...), der vorher definiert ist“	RC-Personal sollte vor Ort selbstständig nach ärztlichem Standard und bei schweren Notfällen unter Anweisung handeln können	Autarkes Arbeiten nach ärztlichem Standard bei leichten Notfällen und Arbeit nach ärztl. Anweisung bei schweren Fällen	
B5	„Für die ambulante Versorgung (...) würde ich (...) auch eine (...) ambulante Versorgungsstrategie (...) empfehlen“	Vergütung durch ambulanten Sektor	Vergütung durch ambulanten Sektor	
B5	„[Es] würde (...) vielleicht die Chance geben, dass man weniger Minusgeschäft in der ZNA macht. Die Kliniken halten Strukturen vor, (...) die nicht refinanziert sind durch die ambulante Versorgung. Wir würden allein schon ein Plus dadurch machen, dass (...) [ambulante Patienten] nicht kommen“	Vorhaltung in Krankenhausstruktur wird nicht durch ambulante Leistungen refinanziert, weshalb eine Umlenkung ambulanter Patienten kostensparend wäre	Umlenkung von ambulanten Patienten ist kostensparend, da Vorhaltekosten durch ambulante Leistungen nicht gedeckt werden	

B5	„Jeder Patient ist ein Minusgeschäft, den wir nicht stationär aufnehmen. (...) Trotzdem können wir die Bagatellen nicht stationär aufnehmen, weil sie dann Betten blockieren, die wir dringend für andere brauchen. Deswegen (...) würde das Krankenhaus schon alleine davon profitieren, dass wirkliche Bagatellen auch wirklich ambulant behandelt werden“	Umlenkung von Bagatellen wäre profitabel für Krankenhaus, da eine kostendeckende stationäre Aufnahme aufgrund begrenzter Kapazitäten nicht mgl. ist	Umlenkung von Bagatellen profitabel für Krankenhaus	
B5	„Man gibt, unter jetzigen juristischen Vorgaben, Leuten auf einem Mal eine diagnostische und therapeutische Kompetenz, die juristisch nicht abgesegnet ist. Das müsste man vorher klären“	Diagnostische und therapeutische Kompetenz des RC-Personals unzureichend rechtl. abgesichert	Fehlende Rechtsgrundlagen für diagnostische und therapeutische Kompetenz des nicht-ärztl. Personals	
B5	„Es werden, wenn Sie es den Patienten leicht im Zulauf gestalten, einige Arztpraxen anfangen, Lobbyismus zu starten. Weil sie den Eindruck haben, dass man ihnen die (...) Patienten wegnimmt. Natürlich profitieren auch die davon, dass die Kranken bei ihnen sind und nicht die Bagatellen. Aber es würde zu einer Verschiebung führen, die spürbar wird. In den ärztlichen Portemonnaies“	Ambulante Behandler könnten das Gefühl haben, dass RC ihnen die (Bagatell-)Patienten wegnehmen und Lobbyismus betreiben	Ambulante Behandler könnten RC als Konkurrenz wahrnehmen und Lobbyismus betreiben	
Interviewpartner	Auswertungseinheit	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion mit Einordnung in Kategorie
B6	„Wir bemerken in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs an Patienten in der Notaufnahme“	Notfallpatienten nehmen zu	Zunahme Notfallpatienten	K1: – Allg. Zunahme

				K2:
B6	„Während früher der Hausarzt umfassend rund um die Uhr erreichbar war und auch Hausbesuche durchführte, hat sich die medizinische Landschaft deutlich verändert“	Hausärztliche Versorgung hat sich mit der Zeit verschlechtert	Die ambulante Versorgungsstruktur wird dem Versorgungsbedarf nicht gerecht	– Ungenügend ambulante Angebote – Zeitersparnis in der ZNA ggü. KV-Bereich
B6	„Wir bemerken einen deutlichen Zustrom durch Patienten, die den Rettungsdienst fälschlicherweise als Transportunternehmen ins Krankenhaus betrachtet, in der Hoffnung dort schneller ärztliche Hilfe zu erhalten. (...) Auch jüngere „fußläufige“ Patienten“	Patienten missbrauchen den Rettungsdienst, um schneller versorgt zu werden	Absichtlich ungerechtfertigter Besuch der ZNA, um Zeit zu sparen; Bagatellpatienten oft jung	– Erwartung schnellere Behandlung – Jüngere Altersklassen – Fehlende Patientenverfügung sorgt für absichernde Einweisung durch Pflegeheime
B6	„Patienten der Altersgruppe jenseits der 80 Jahre, (...) die in früheren Jahren sicherlich ebenfalls vom Hausarzt in der Häuslichkeit versorgt wurden, sowohl therapeutisch als auch palliativ“	Ältere Patienten nehmen in der ZNA zu; früher wurden sie hausärztlich versorgt	Die ambulante Versorgungsstruktur wird dem Versorgungsbedarf nicht gerecht	
B6	„Die Versorgungslandschaft hat sich verändert. Es gibt Uhrzeiten, zu denen keine ambulante Anbindung stattfinden kann, im Gegensatz zu früher“	Die Versorgungszeiten im ambulanten Bereich haben sich mit der Zeit verschlechtert	Die ambulante Versorgungsstruktur wird dem Versorgungsbedarf nicht gerecht	K3:
B6	„Wir bemerken, dass eine medizinische Einrichtung häufig als Dienstleister gesehen wird. Patienten mit geringer Krankheitsausprägung (...) kommen in die Notaufnahme in der Hoffnung, schnell Hilfe zu erhalten“	Patienten sehen Ärzte als Dienstleister und erwarten eine schnelle Behandlung, auch bei geringfügigen Beschwerden	Patient mit Bagatell-Beschwerde hat hohen Anspruch bzgl. schneller Behandlung	– Ärztl. Leitung und Fachpersonal mit klinischer Ausbildung – Ärztl. Anwesenheit erforderlich – Delegationsrahmen umfasst nicht Rezept- und Therapieverordnung – Definition Patientenzielgruppe
B6	„Patienten aus Pflegeheimen werden ins Krankenhaus eingeliefert, nicht immer nur als Notfälle, sondern auch dann, wenn der	Patienten aus Pflegeheimen kommen bei kleinen Zustands-	Fälle in der ZNA wären durch eine	

	Allgemeinzustand sich im Alter ändert. Grund dafür ist häufig, dass der Patient sich zu Lebzeiten keine Gedanken gemacht hat, in welchen Fällen, eine Krankenhausbehandlung erfolgen soll – Stichwort Patientenverfügung“	Veränderungen in die ZNA, weil der Umgang in solchen Situationen zuvor nicht in einer Patientenverfügung festgehalten wurde	Patientenverfügung / formal-juristisch vermeidbar	
B6	„Dieses Modell lässt sich in Deutschland (...) nicht vollständig abbilden, da die Qualifikationen und Befugnisse der US-amerikanischen und der deutschen Medizinexperten nicht 100%ig gleichen“	Übertragbarkeit auf DE schwierig, weil Qualifikationen und Befugnisse des med. Personals in den USA andere sind	Übertragbarkeit auf DE schwierig, weil Qualifikationen und Befugnisse des med. Personals in den USA andere sind	K4: – Definition von Behandlungsstandards (SOP) für häufigste Erkrankungen – Dokumentationsstandard
B6	„Es [muss] eine eindeutige Zielgruppe an Patienten geben“	Zielgruppe muss vorab definiert werden	Definierte Patientenzielgruppe nötig	
B6	„Zusätzlich muss das Personal möglichst allgemeinmedizinisch und notfallmedizinisch ausgebildet sein. Eine ärztliche Leitung bestehend aus Internisten, Allgemeinmedizinern und Chirurgen sollte vorhanden sein. Bei Bedarf sollten weitere Fachdisziplinen vernetzt sein, beispielsweise Urologie, Gynäkologie – als (...) Vordergrundpersonal“	Personal muss allgemein- und notfallmedizinisch ausgebildet sein; Ärztliche Leitung durch Internisten, Allgemeinmedizinern und Chirurgen; bei Bedarf Vernetzung mit weiteren Fachärzten	Allgemein- und notfallmedizinische Ausbildung; Ärztliche Leitung durch Internisten, Allgemeinmedizinern und Chirurgen; Einbindung weiterer Fachärzte bei Bedarf	K5: – Genossenschaftssystem
B6	„Einen solchen Betrieb ganz ohne Arzt vor Ort zu führen halte ich für schwierig“	RC ohne ärztliche Anwesenheit ist kritisch zu betrachten	Ärztliche Anwesenheit ist nötig	K6: – Effizient betrieben = Kosteneinsparung
B6	„In Deutschland ist die Rezeptierung von Medikamenten und Verordnung von Therapien (...) nicht delegierbar. Hier müssten	Rezeptausstellung und Verordnung von Therapie ist nicht delegierbar;	Essentielle Schritte im Behandlungsprozess (Rezeptausstellung und	K7: – Fehleinschätzung der Beschwerden

	diverse Gesetzesänderungen durchgeführt werden, um (...) eine umfangreiche Delegation von Aufgaben zu gewährleisten“	Gesetz muss geändert werden, um nicht-ärztl. Personal handlungsfähig zu machen	Therapieverordnung) unterliegen Arztvorbehalt; Gesetzesänderungen für erweiterten Delegationsrahmen nötig	
B6	„Es müssten für die häufigsten Erkrankungen Behandlungspfade vorhanden sein (,SOP‘). Auch müsste ein Dokumentationsstandard etabliert werden“	Definition von Behandlungsstandards (SOP) für häufigste Erkrankungen; Dokumentationsstandard nötig	Definition von Behandlungsstandards (SOP) für häufigste Erkrankungen und Dokumentationsstandard nötig	
B6	„Im Grunde wäre das Genossenschaftssystem sinnvoll. Alle Mitarbeiter wirtschaften in eine gemeinsame Kasse, sodass der Patient alle erforderlichen Maßnahmen erhält, ohne dass ein einzelner in der Klinik sich einzeln bereichern kann. (...) Die Kosten könnten deckend verteilt werden und das Krankenhaussystem könnte sinnhaft entlastet werden“	Genossenschaftssystem: Gemeinsame Verwaltung der Einnahmen und Ausgaben zur Vermeidung der individuellen Bereicherung	Genossenschaftssystem: Gemeinsames Wirtschaften zur Vermeidung der individuellen Bereicherung	
B6	„Ich denke (...), dass (...) eine FUNKTIONIERENDE Retail Clinic möglicherweise zu einer Entlastung der Kliniken beitragen kann“	Effizient betriebene RC kann zu Kosteneinsparung führen	Effizient betriebene RC kann zu Kosteneinsparung führen	
B6	„(...) In einer Retail Clinic kann es zu lebensbedrohlichen Situationen kommen, die sofortiger ärztlicher Hilfe bedürfen. Viele Patienten können (...) ihre eigene Verletzung oder Erkrankung nicht einschätzen (...)“	Fehleinschätzung der RC-Patienten kann lebensbedrohlich sein, weil in den RC kein Arzt vor Ort ist	Patientenseitige Fehleinschätzung der RC-Patienten als Gefahr	

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Pham, Lisa

Hamburg, den 04.03.2022

Ort, Datum