

Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2020

Dr. Sandra Mangiapane, Thomas Czihal, Dr. Dominik von Stillfried



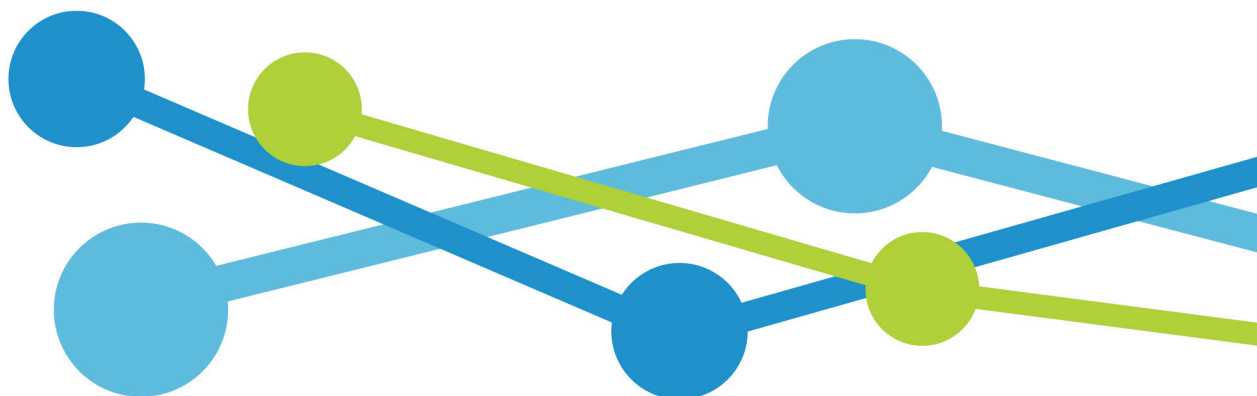
www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Salzufer 8
10587 Berlin

E-Mail: smangiapane@zi.de
Tel. +49 30 4005 2450

ISSN 2199-1480 (online)



Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	4
	Hintergrund	4
	Ziel der Arbeit	4
	Material und Methoden	4
	Ergebnisse	4
	Diskussion	4
2	Hintergrund	5
3	Methodik	6
	Datengrundlage	6
	Notfälle	6
	Innerhalb/außerhalb der Sprechstundenzeiten	6
	Patientencharakteristika	7
	Pandemiebedingte Veränderungen	7
4	Ergebnisse	8
	Entwicklung 2009 bis 2019	8
	Inanspruchnahme innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten	9
	Diagnosespektrum	10
	Altersstruktur der Patientenschaft	11
	Einfluss der COVID-19-Pandemieentwicklungen in den ersten drei Quartalen 2020	14
5	Diskussion	15
6	Literatur	18

1 Zusammenfassung

Hintergrund

Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland ist seit Jahren im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion und Gegenstand gesetzgeberischer Aktivitäten. Dabei wird insbesondere der Aspekt überfüllter und überlasteter Notfallaufnahmen und die weitere Zunahme der Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten, die sich infolge eines ungesteuerten freien Zugangs selbst vorstellen oder eingeliefert werden, problematisiert.

Ziel der Arbeit

Ziel ist es darzustellen, wie sich die Anzahl an Behandlungsfällen und das Behandlungsspektrum der ambulanten Notfallversorgung in Notaufnahmen und im ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) im Zeitraum von 2009 bis 2019 und in den ersten drei Quartalen des Jahres 2020 entwickelt hat. Zudem wird für den Zeitraum von 2009 bis 2019 die Entwicklung der stationären Notaufnahmen betrachtet.

Material und Methoden

Es wurde eine Beobachtungsstudie auf Basis der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und der DRG-Statistik durchgeführt.

Ergebnisse

Die Gesamtzahl ambulanter Notfälle steigt von 18,3 Mio. Fällen in 2009 auf 19,5 Mio. Fälle in 2018 stufenförmig an. Von 2018 auf 2019 sinken die Gesamtfallzahlen dann auf 19 Mio. ambulante Notfälle pro Jahr ab. Dieser Verlauf ist insbesondere auf die Entwicklung in den Notaufnahmen zurückzuführen, deren Fallzahlen von 8,2 Mio. in 2009 auf 10,7 Mio. in 2016 zunächst kontinuierlich ansteigen und seitdem auf 10,4 Mio. Fälle in 2019 absinken. Der Gesamtfallzahlrückgang verstärkt sich im Pandemiejahr 2020 noch weiter. So ist in den ersten drei Quartalen des Jahres 2020 ein Rückgang an ambulanten Notfällen von -13 % im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Demgegenüber steigt die Anzahl stationärer Notfälle von 2009 bis 2019 kontinuierlich von 6,6 Mio. auf 8,7 Mio. Fälle an. Bezüglich des Diagnosespektrums ist zu erkennen, dass es eine Arbeitsteilung zwischen den Versorgungsbereichen gibt. Während die häufigsten Diagnosen in den Notaufnahmen im Jahr 2019 hauptsächlich Verletzungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems betreffen, handelt es sich bei den TOP 10-Diagnosen im ÄBD größtenteils um akute Infektionserkrankungen. Dies ändert sich in 2020 nicht wesentlich. Während das mediane Alter von Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen von 30 Jahren im Jahr 2009 auf 36 Jahre im Jahr 2019 kontinuierlich ansteigt, ändert sich dieses im ÄBD über die Zeit hinweg nicht (36 Jahre in 2009, 37 Jahre in 2019).

Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass der Anstieg der Inanspruchnahme der Notaufnahmen seit 2016 gebrochen ist. Dennoch ist die Fallzahl in den Notaufnahmen hoch und macht deutlich, dass die in der Notaufnahme bereits vorstellig gewordenen Patientinnen und Patienten ein unmittelbares Alternativangebot in der vertragsärztlichen Versorgung benötigen. Durch weitere Studien ist zu erhärten, wie in diesem Zusammenhang – unterstützt durch strukturierte Ersteinschätzungsverfahren – ein sicherer Verweis in die angemessene Versorgungsebene gelingen kann. Die vorliegende Zeitreihe legt den Schluss nahe, dass dafür ausreichend Zeit besteht, da von einer massiven Zunahme und Überfüllung der Notaufnahmen aktuell nicht ausgegangen werden kann.

2 Hintergrund

Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland ist seit mehreren Jahren im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion (1, 2) und Gegenstand gesetzgeberischer Aktivitäten (3-5). Dabei werden insbesondere der Aspekt überfüllter und überlasteter Notfallaufnahmen (Crowding) und die weitere Zunahme der Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten, die sich infolge eines ungesteuerten freien Zugangs selbst vorstellen oder eingeliefert werden, problematisiert (1, 2). Eine Studie der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) aus dem Jahr 2015, in der in 55 Krankenhäusern ambulante Behandlungsfälle in den Notaufnahmen untersucht wurden, schätzte den Anteil der durch die Vertragsärzteschaft behandelbaren Patientinnen und Patienten im Bereich allgemeiner Notfallleistungen auf bis zu 33 %, den bei Vorhaltung gebietsärztlicher Dienste zudem grundsätzlich außerhalb des Krankenhauses behandelbaren Patientenanteil auf weitere 20 %; demnach wären insgesamt bis zu 53 % ambulant durch Vertragsärztinnen und -ärzte behandelbar (6).

An der Versorgung im medizinischen Notfall sind in Deutschland unterschiedliche Institutionen beteiligt. Sie basiert im Wesentlichen auf dem Rettungswesen, den Notaufnahmen der Krankenhäuser und der ambulanten Versorgung der Vertragsärzteschaft zu Praxisöffnungszeiten oder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) außerhalb der Praxisöffnungszeiten. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sind dabei die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch für die Sicherstellung eines flächendeckenden ÄBD verantwortlich. Um das Problem der Fehlinanspruchnahme von Notaufnahmen zu adressieren, wurde dieser Sicherstellungsauftrag in den letzten Jahren mehrfach erweitert. So wurden die KVen mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG, 2015 (3)) beauftragt, vertragsärztliche Notdienstpraxen (sog. Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einzurichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einzubinden. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG, 2019 (4)) erhielten die KVen weiterhin die Aufgabe, spätestens ab dem 01.01.2020 den gesetzlich Versicherten unter der Telefonnummer 116117 rund um die Uhr in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der angemessenen Versorgungsebene zu vermitteln.

In einem aktuellen Gesetzentwurf (GVWG (5)) ist als weiteres Strukturelement geplant, ein einheitliches steuerndes Ersteinschätzungsverfahren im Krankenhaus einzuführen, dessen Anwendung als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfallleistungen von Krankenhäusern gelten soll. Patientinnen und Patienten, die einer Krankenhausbehandlung nicht bedürfen, sollen damit in die vertragsärztliche Versorgung gesteuert werden. Die Bundesregierung hebt in ihrer Gegenäußerung zur Kritik des Bundesrats an dem Gesetzentwurf hervor, dass hierdurch der Grundsatz konkretisiert werden solle, „dass andere als die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer [...] nur in Notfällen für eine ambulante Behandlung zu Lasten der GKV in Anspruch genommen werden dürfen“ (7). Dies greift auch das Kernelement des 2019 vorgestellten aber nicht weiter verfolgten Gesetzentwurfs für eine Notfallreform auf, nämlich als Grundlage einer Inanspruchnahmesteuerung eine klare Abgrenzung zwischen einem Notfall und einem Akutfall herbeizuführen (8). Dabei wird der Reformdruck weiterhin mit einer zunehmenden Fehlinanspruchnahme der Notfallversorgung begründet.

Diese Begründung muss angesichts der jüngeren Entwicklung der Inanspruchnahme bis zum Beginn der Pandemie hinterfragt werden. Bezüglich der Inanspruchnahme von Notfallleistungen gibt es bereits Untersuchungen (9-14). So konnte auf Basis von Abrechnungsdaten gezeigt werden, dass die ambulanten Notfälle von 2009 bis 2015 insgesamt deutlich anstiegen und dabei eine Zunahme von Notfällen in den Notaufnahmen und eine gleichzeitige Abnahme von Notfällen im ÄBD erfolgte (11, 13, 14). Im weiteren Zeitverlauf von 2016 bis 2018 deutet sich bereits ein Rückgang der an deutschen Krankenhäusern ambulant behandelten Notfallpatienten an, während zeitgleich die durch niedergelassene Haus- und Fachärzte abgerechneten ambulanten Notfälle anstiegen (14). Bezüglich des Einflusses der COVID-19-Pandemie auf die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung konnten darüber hinaus bereits erhebliche Rückgänge in den ersten drei Quartalen des Jahres 2020 aufgezeigt werden (9, 10).

Keine der bisher gemachten Untersuchungen wurde über einen ausreichend langen Zeitraum durchgeführt, um eine Nachbeobachtung der Wirkung bisheriger gesetzgeberischer Initiativen zu ermöglichen. Da zur weiteren Bewertung des oben beschriebenen Reformdrucks ein Blick auf eine längere Zeitreihe der Abrechnungsdaten relevant ist, wurden im Rahmen der vorliegenden Beobachtungsstudie daher folgende Fragestellungen untersucht:

- (1) Wie hat sich die Anzahl an Behandlungsfällen der ambulanten Notfallversorgung in Notaufnahmen und im ÄBD im Zeitraum von 2009 bis 2019 verändert?
- (2) Wie hat sich die gesamte Akut- und Notfallversorgung (inklusive ungeplanter stationärer Aufnahmen) in diesem Zeitraum entwickelt?
- (3) Wie hat sich seit 2015 die Anzahl an ambulanten Notfällen innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten der Vertragsarztpraxen entwickelt?
- (4) Wie stellt sich das Diagnosespektrum der in Notaufnahmen und der durch den ÄBD versorgten ambulanten Notfälle innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten dar?
- (5) Gibt es hinsichtlich des Alters der Patientinnen und Patienten, die ambulante Notfallleistungen in Notaufnahmen in Anspruch nehmen, einen Unterschied zu solchen, die den ÄBD in Anspruch nehmen? Verändert sich dieser Altersunterschied im Zeitverlauf von 2009 bis 2019?
- (6) Wie hat die COVID-19-Pandemie die Inanspruchnahme von ambulanten Notfallleistungen im Jahr 2020 verändert? Gab es Corona-bedingt eine Veränderung bezüglich des Alters- und Diagnosespektrums in den Notaufnahmen und dem ÄBD im Vergleich zum Jahr 2019?

3 Methodik

Datengrundlage

Als Datengrundlage wurden die ambulanten Abrechnungsdaten von 16 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen, ohne Bremen) gemäß § 295 SGB V vom 1. Quartal 2009 bis zum 3. Quartal 2020 verwendet. Die Daten umfassen die ambulanten Abrechnungsfälle aller rund 72 Millionen GKV-Versicherten in diesen KV-Regionen. Für die Betrachtung der ungesteuerten stationären Notfälle wurde beim Statistischen Bundesamt eine Auswertung der Daten gemäß § 21 KHEntgG aus der DRG-Statistik zu vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) der Jahre 2009 bis 2019, gruppiert nach Aufnahmegrund, abgefragt.

Notfälle

Als ambulante Notfälle wurden alle Behandlungsfälle betrachtet, in denen mindestens eine Gebührenordnungsposition (GOP) aus dem Abschnitt 1.2 – Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst – des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet wurden (Tabelle 1). Als stationäre Notfälle, bzw. ungeplante stationäre Aufenthalte wurden alle Krankenhausfälle betrachtet, welche in der DRG-Statistik mit dem Aufnahmegrund Notfall geführt werden.

Innerhalb/außerhalb der Sprechstundenzeiten

Eine Untersuchung hinsichtlich der Fragestellung, welche Behandlungsfälle innerhalb und welche außerhalb der Sprechstundenzeiten von Arztpraxen versorgt wurden, ist erst ab dem 4. Quartal 2014 möglich, da erst ab diesem Zeitpunkt die bis dahin undifferenzierte Notfall-GOP 01210 nach Uhrzeit und Wochentagen in die GOPen 01210 und 01212 differenziert wurde. Zum 2. Quartal 2019 wurde darüber hinaus eine nach Uhrzeit differenzierte Abklärungspauschale eingeführt (Tabelle 1). Weitere GOPen, welche Informationen über den Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Notfallleistung liefern, sind die GOPen 01214, 01216 und 01218. Die Abrechnung dieser Ziffern setzt allerdings voraus, dass im Behandlungsfall bereits ein Notfallkontakt stattgefunden hat.

Tabelle 1 GOPen des Abschnitts 1.2 EBM	
GOP	Anmerkung
01205 (Abklärung Behandlungsnotwendigkeit 7-19h, außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	erst ab Q2 2017 im EBM
01207 (Abklärung Behandlungsnotwendigkeit 19-7h + ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	erst ab Q2 2017 im EBM
01210 (Notfallpauschale 7-19h, außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	bis Q3 2014 keine Differenzierung nach Uhrzeit
01211 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01210 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst	bis Q4 2015
01212 (Notfallpauschale 19-7h, ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	erst ab Q4 2014 im EBM
01214 (weiterer Kontakt 7-19h, außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	
01215 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst	bis Q4 2015
01216 (weiterer Kontakt 19-22h, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr)	
01217 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst	bis Q4 2015
01218 (weiterer Kontakt 22-7h und an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr)	
01219 Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Not(-fall)dienst	bis Q4 2015
01223 (Schwergradzuschlag zur 01210)	erst ab Q2 2017 im EBM
01224 (Schwergradzuschlag 1 zur 01212)	erst ab Q2 2017 im EBM
01226 (Schwergradzuschlag 2 zur 01212)	erst ab Q2 2017 im EBM
Quelle: Einheitlicher Bewertungsmaßstab	

Ein Behandlungsfall wurde demnach als ausschließlich innerhalb der Sprechstundenzeit erbracht gekennzeichnet, wenn innerhalb des Behandlungsfalls die GOP 01205, 01210 oder 01214, aber nicht die GOPen 01207, 01212, 01216 oder 01218 abgerechnet wurden. Als ausschließlich außerhalb der Sprechstundenzeiten erbracht galten demgegenüber Fälle, in denen die GOP 01207, 01212, 01216 oder 01218, aber nicht die GOPen 01205, 01210 oder 01214 abgerechnet wurden.

Patientencharakteristika

Bezüglich der Unterscheidung der Patientencharakteristika in Notaufnahmen und im ÄBD wurde die Entwicklung der Altersverteilung der Patientinnen und Patienten über die Jahre 2009 bis 2019 sowie für das Jahr 2019 die Verteilung der Patientinnen und Patienten über die beiden Versorgungsbereiche pro Altersgruppe betrachtet. Weiterhin wurden die zehn häufigsten Diagnosen (ICD-3-Steller) der Notfall-Patientenschaft in beiden Versorgungsbereichen analysiert. Bezüglich der Diagnosen wurde in diesem Zusammenhang auch eine Stratifizierung nach Inanspruchnahme innerhalb oder außerhalb der Sprechstundenzeiten gemäß dem oben beschriebenen Vorgehen vorgenommen. Für die Betrachtung der Altersverteilung wurden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, deren Altersangabe in den Abrechnungsdaten mehr als 110 Jahre betrug und damit als unplausibel angesehen wurde.

Pandemiebedingte Veränderungen

Für die Untersuchung Corona-bedingter Veränderungen wurde die Anzahl ambulanter Notfälle der ersten drei Quartale des Jahres 2020 mit den Vorjahreswerten verglichen und die absolute und relative Abweichung pro Versorgungsbereich berechnet. Dies wurde zudem alterabhängig betrachtet. Anhand der Behandlungsfälle des zweiten Quartals der Jahre 2019 und 2020 wurde außerdem untersucht, ob es zu einer Veränderung innerhalb des Spektrums der zehn häufigsten Diagnosen zwischen den beiden Zeiträumen gekommen ist.

4 Ergebnisse

Insgesamt haben 67.576.976 Patientinnen und Patienten im Zeitraum vom 1. Quartal 2009 bis zum 3. Quartal 2020 mindestens eine gegenüber den betrachteten 16 KVen abgerechnete ambulante Notfallleistung in einer Notaufnahme oder im ÄBD in Anspruch genommen. Diese Studienpopulation stellt die Grundlage für die im Folgenden aufgeführten Analyseergebnisse dar. Für die Betrachtung der Altersverteilungen mussten 18.365 Patientinnen und Patienten aufgrund unplausibler Altersangaben ausgeschlossen werden.

Entwicklung 2009 bis 2019

Die zeitliche Entwicklung der Anzahl an ambulanten Behandlungsfällen im Notfall, gruppiert nach Versorgungsbereich, ist Tabelle 1 zu entnehmen. Insgesamt ist ein deutlicher, stufenweiser Gesamtanstieg der Inanspruchnahme von 18,3 Mio. Fällen in 2009 auf 19,5 Mio. Fälle in 2018 zu erkennen. Von 2018 auf 2019 sinken die Gesamtfallzahlen dann um rund 500.000 Fälle auf 19 Mio. ambulante Notfälle pro Jahr ab. Sprünge in der Gesamtentwicklung sind vor allem von 2012 auf 2013 (17,7 Mio. auf 19,4 Mio. (+9 %)) und von 2015 auf 2016 (19 Mio. auf 19,4 Mio. (+2 %)) zu beobachten. Der Anteil von Behandlungsfällen in Notaufnahmen an allen Notfällen steigt dabei von 45 % in 2009 auf 55 % in 2016 kontinuierlich an und sinkt dann bis 2019 leicht auf 54 % ab.

Abbildung 1 verdeutlicht die jeweilige Entwicklung in den Notaufnahmen und im ÄBD. Im Jahr 2013 verzeichnen beide Bereiche einen deutlichen Anstieg (+11 % (Notaufnahmen) und +8 % (ÄBD) bezogen auf 2012). Die Zahl der ambulanten Abrechnungsfälle der Notaufnahmen steigt zwischen 2013 und 2016 dann weiter um 754 Tsd. an (+19 % bezogen auf 2012) und sinkt anschließend bis 2019 langsam aber stetig um insgesamt 44 Tsd. Fälle auf 10,3 Mio. Fälle (+14 % bezogen auf 2012). Die Fallzahlentwicklung im ÄBD verläuft uneinheitlicher. Hier ist zunächst ein Absinken der Fallzahlen von 2013 bis 2015 um 773 Tsd. Fälle (-0,8 % bezogen auf 2012) und anschließend eine Plateaubildung bis 2017 zu beobachten. Im weiteren Verlauf wird von 2017 auf 2018 zunächst ein Anstieg um 283 Tsd. Fälle (+3,6 % bezogen auf 2012) und von 2018 auf 2019 dann ein erneutes Absinken auf 8,8 Mio. Behandlungsfälle (+0,9 % bezogen auf 2012) verzeichnet.

Im stationären Bereich steigen die Behandlungsfälle mit dem Aufnahmegrund Notfall von 2009 bis 2016 zunächst kontinuierlich um durchschnittlich 284 Tsd. Fälle pro Jahr von 6,62 Mio. auf 8,61 Mio. an (+4 % p.a). Von 2016 auf 2017 wachsen die Fallzahlen dann nur noch geringfügig auf 8,65 Mio., bleiben in 2018 nahezu konstant und steigen erst im Jahr 2019 wieder um 1,1 % auf 8,75 Mio. Fälle an (Tabelle 2).

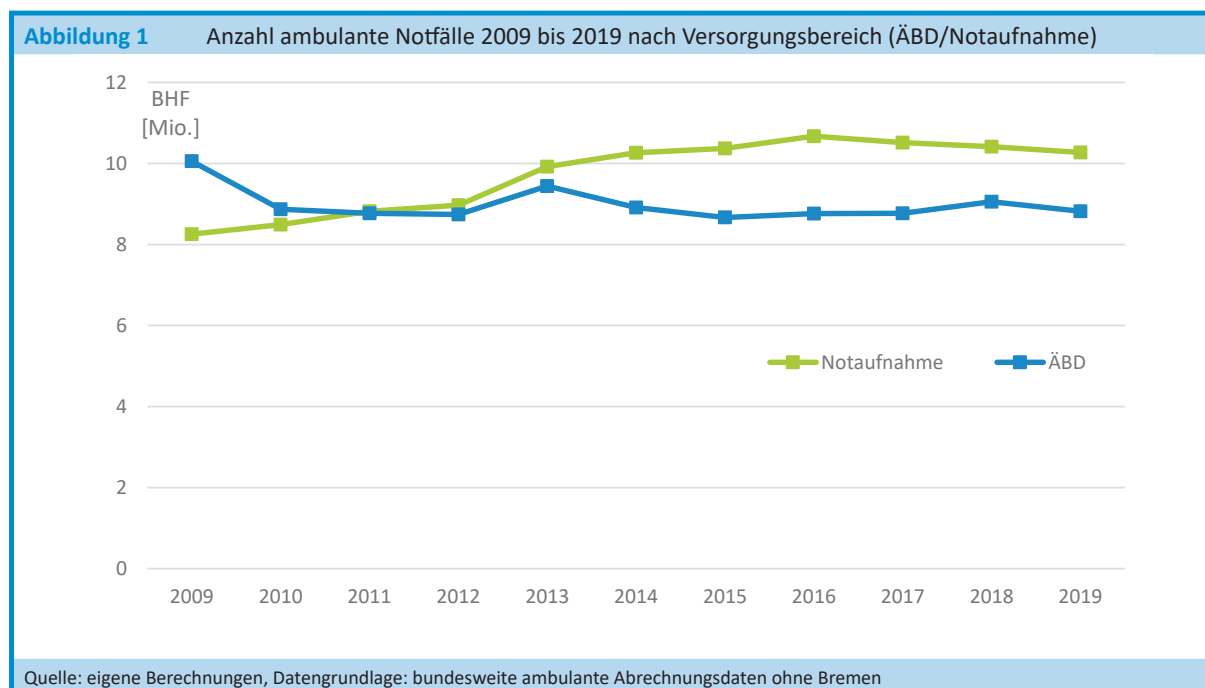


Tabelle 2 Anzahl ambulante Notfälle 2009 bis 2019 nach Versorgungsbereich (ÄBD/Notaufnahme)

Jahr	Anzahl Fälle		
	Notaufnahme	ÄBD	Gesamt
2009	8.255.159	10.054.865	18.310.024
2010	8.491.745	8.869.272	17.361.017
2011	8.821.536	8.770.335	17.591.871
2012	8.972.319	8.741.350	17.713.669
2013	9.919.838	9.440.038	19.359.876
2014	10.268.242	8.916.275	19.184.517
2015	10.372.858	8.667.283	19.040.141
2016	10.673.947	8.762.790	19.436.737
2017	10.518.857	8.770.523	19.289.380
2018	10.413.834	9.053.522	19.467.356
2019	10.272.213	8.821.765	19.093.978

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen

Tabelle 3 Anzahl ambulanter und stationärer Notfälle im Krankenhaus 2009 bis 2019

Jahr	Anzahl Fälle		
	Ambulant	Stationär	Gesamt
2009	8.255.159	6.621.561	14.876.720
2010	8.491.745	6.844.022	15.335.767
2011	8.821.536	7.163.214	15.984.750
2012	8.972.319	7.464.171	16.436.490
2013	9.919.838	7.798.904	17.718.742
2014	10.268.242	8.107.676	18.375.918
2015	10.372.858	8.395.822	18.768.680
2016	10.673.947	8.608.710	19.282.657
2017	10.518.857	8.649.277	19.168.134
2018	10.413.834	8.650.121	19.063.955
2019	10.272.213	8.745.168	19.017.381

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen,

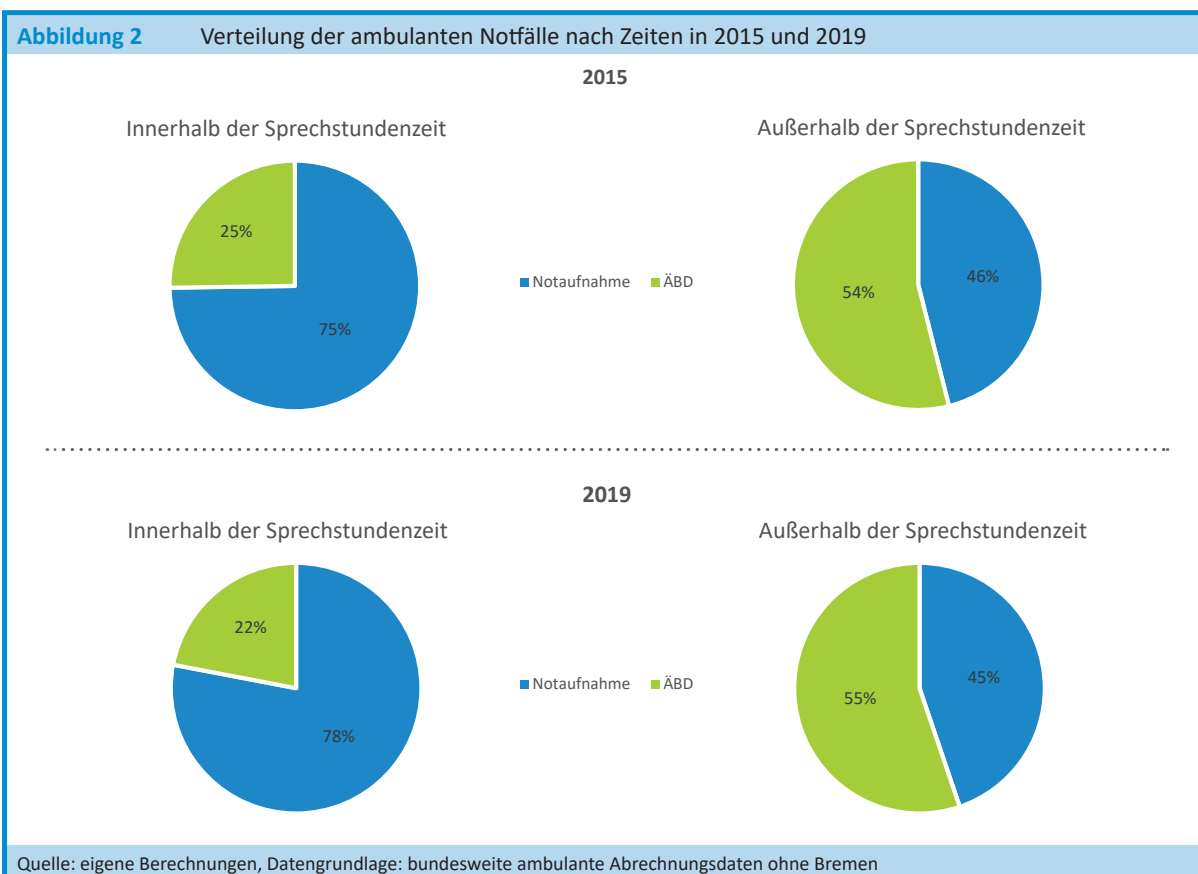
Inanspruchnahme innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten

Die Entwicklung der Verteilung der ambulanten Notfälle, die von 2015 bis 2019 innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten in den Notaufnahmen und vom ÄBD versorgt wurden, ist Tabelle 4 zu entnehmen. Es ist zu erkennen, dass die innerhalb der Sprechstundenzeiten über Abschnitt 1.2 des EBM abgerechneten Notfälle zu einem größeren Anteil auf Notaufnahmen entfallen. Dieser Anteil steigt von 2015 auf 2016 von 75 % auf 78 % an und bleibt dann bis 2019 unverändert (Abbildung 2). Dies reflektiert, dass der ÄBD bis auf wenige Regionen in der Regel außerhalb der Praxisöffnungszeiten aktiv ist. Außerhalb der Sprechstundenzeiten ist das Verhältnis von über Notaufnahmen versorgter Fälle zu über den ÄBD versorgter Fälle ausgewogener. Bis 2017 entfallen 54 % der Notfälle auf den ÄBD, ab 2018 erhöht sich dieser Anteil leicht auf 55 %. In beiden Versorgungsbereichen sinkt die Anzahl an innerhalb der Sprechstundenzeiten versorgter Notfälle innerhalb des Betrachtungszeitraums ab. Während in den Notaufnahmen ein stetiger, langsamer Rückgang von durchschnittlich -0,8 % p.a. von 4,36 Mio. auf 4,22 Mio. Fällen erfolgt, ist der Rückgang im ÄBD insbesondere auf einen sprunghaften Rückgang von 2015 auf 2016 zurückzuführen (1,47 Mio. auf 1,2 Mio. Behandlungsfälle). Außerhalb der Sprechstundenzeiten kommt es in beiden Versorgungsbereichen zunächst von 2015 auf 2016 zu einem Fallzahlenanstieg von jeweils 5,6 %. Im weiteren Verlauf sinkt die Fallzahl in den Notaufnahmen dann kontinuierlich um durchschnittlich 1,8 % p.a. auf 6 Mio. Fälle in 2019 ab. Im ÄBD bleibt die Fallzahl demgegenüber in 2017 zunächst unverändert, erhöht sich 2018 erneut um 3,7 % und sinkt dann um 3 % auf 7,4 Mio. Fälle im Jahr 2019.

Tabelle 4 Anzahl Notfälle, nach Inanspruchnahme innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeit

Jahr	innerhalb der Sprechstundenzeit		außerhalb der Sprechstundenzeit	
	Notaufnahme	ÄBD	Notaufnahme	ÄBD
2015	4.357.184 (100 %)	1.469.526 (100 %)	5.960.019 (100 %)	6.982.699 (100 %)
2016	4.342.170 (99,7 %)	1.196.193 (81,4 %)	6.294.679 (105,6 %)	7.372.981 (105,6 %)
2017	4.290.736 (98,5 %)	1.203.773 (81,9 %)	6.191.666 (103,9 %)	7.366.164 (105,5 %)
2018	4.259.755 (97,8 %)	1.214.874 (82,7 %)	6.121.579 (102,7 %)	7.623.684 (109,2 %)
2019	4.221.330 (96,9 %)	1.190.677 (81,0 %)	6.016.898 (101,0 %)	7.414.714 (106,2 %)

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen



Diagnosespektrum

Die im Jahr 2019 jeweils in den Notaufnahmen und im ÄBD innerhalb und außerhalb der Sprechstundenzeiten vorkommenden zehn häufigsten Diagnosen (ICD-3-Steller) sind Tabelle 5 zu entnehmen. Dabei gibt es hinsichtlich des Diagnosespektrums zwar einige Gemeinsamkeiten aber grundsätzlich zeigt sich eher eine klare Arbeitsteilung zwischen den Versorgungsbereichen. Die in beiden Versorgungsbereichen insgesamt häufig vorkommenden Diagnosen sind Bauch- und Beckenschmerzen (R10) mit 540.148 Behandlungsfällen in den Notaufnahmen und 297.438 Behandlungsfällen im ÄBD, Rückenschmerzen (M54) mit 365.944 Behandlungsfällen in den Notaufnahmen und 510.026 Behandlungsfällen im ÄBD und Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion (T14, 367.780 Behandlungsfälle in den Notaufnahmen und 450.380 Behandlungsfälle im ÄBD). Ansonsten wird das Diagnosespektrum in den Notaufnahmen vor allem innerhalb der Sprechstundenzeiten hauptsächlich durch verschiedene verletzungsbedingte und das Muskel-Skelett-System betreffende Diagnosen geprägt. Außerhalb der Sprechstundenzeiten wird dieses Spektrum um akute Infektionen der Atemwege (J06, 173.721 Behandlungsfälle) und infektiöse Darmerkrankungen (A09, 150.227 Behandlungsfälle) ergänzt. Demgegenüber handelt es sich bei den TOP 10-Diagnosen im ÄBD sowohl innerhalb als auch außerhalb der Sprechstundenzeiten größtenteils um verschiedenste akute Infektionserkrankungen. Als häufigste Diagnose tritt dabei mit insgesamt 663.042 Fällen die Diagnose J06 auf. Anders als in den

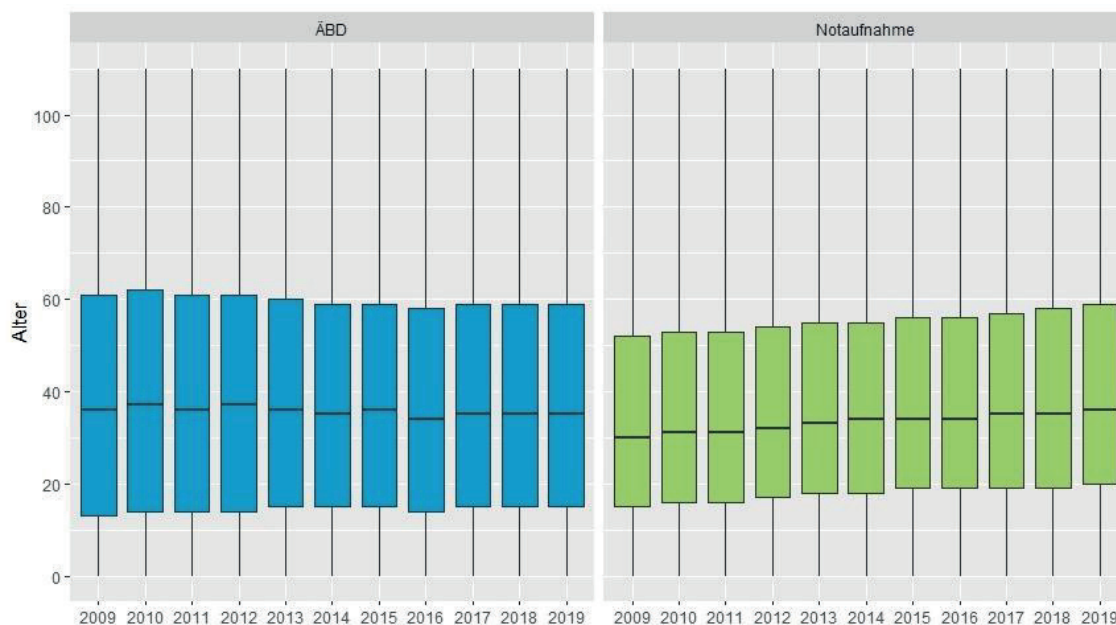
Notaufnahmen ist im ÄBD zudem die Diagnose Essentielle Hypertonie (I10) mit insgesamt 308.815 Behandlungsfälle häufig vertreten.

Altersstruktur der Patientenschaft

Die Altersverteilung von Notfallpatientinnen und -patienten nach Versorgungsbereich in den Jahren 2009 bis 2019 ist Abbildung 2 zu entnehmen. Dabei ist zu erkennen, dass das mediane Alter von Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen von 30 Jahren im Jahr 2009 auf 36 Jahre im Jahr 2019 kontinuierlich ansteigt. Demgegenüber variiert das Alter der Patientenschaft im ÄBD geringfügig zwischen einem Median von 34 und 37 Jahren, wobei bis 2016 eine leichte Abnahme des medianen Alters von

Tabelle 5 ATOP 10-Diagnosen (ICD-3-Steller), gruppiert nach Notaufnahme, ÄBD und innerhalb, außerhalb der Sprechstundenzeit im Jahr 2019			
Innerhalb der Sprechstundenzeiten			
Notaufnahme	Anzahl Behandlungsfälle	ÄBD	Anzahl Behandlungsfälle
R10 -Bauch- und Beckenschmerzen	222.587	J06 -Akute Infektionen der oberen Atemwege	92.094
M54 -Rückenschmerzen	177.296	M54 -Rückenschmerzen	70.272
S01 -Offene Wunde des Kopfes	146.613	T14 -Verletzung n. näher bez. Körperregion	60.282
S00 -Oberflächliche Verletzung des Kopfes	145.876	A09 -Sonstige/n. näher bez. Gastroenteritis/Kolitis	48.222
T14 -Verletzung n. näher bez. Körperregion	136.587	I10 -Essentielle (primäre) Hypertonie	43.231
S93 -Luxation, Verstauchung ..Sprunggelenk/Fuß	136.013	J03 -Akute Tonsillitis	41.718
S60 -Oberflächliche Verletzung Handgelenk/Hand	131.754	R10 -Bauch- und Beckenschmerzen	40.303
S61 -Offene Wunde des Handgelenk/Hand	117.488	N39 -Sonstige Krankheiten des Harnsystems	36.485
M79 -Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	110.962	H10 -Konjunktivitis	33.689
Außerhalb der Sprechstundenzeiten			
Notaufnahme	Anzahl Behandlungsfälle	ÄBD	Anzahl Behandlungsfälle
R10 -Bauch- und Beckenschmerzen	317.561	J06 -Akute Infektionen der oberen Atemwege	570.948
S01 -Offene Wunde des Kopfes	266.791	M54 -Rückenschmerzen	439.754
S93 -Luxation, Verstauchung ..Sprunggelenk/Fuß	237.604	T14 -Verletzung n. näher bez. Körperregion	390.098
T14 -Verletzung n. näher bez. Körperregion	231.193	J03 -Akute Tonsillitis	327.777
S00 -Oberflächliche Verletzung des Kopfes	224.606	A09 -Sonstige/n. näher bez. Gastroenteritis/Kolitis	309.920
S61 -Offene Wunde des Handgelenk/Hand	201.356	I10 -Essentielle (primäre) Hypertonie	265.593
S60 -Oberflächliche Verletzung Handgelenk/Hand	196.595	R10 -Bauch- und Beckenschmerzen	257.135
M54 -Rückenschmerzen	188.648	H10 -Konjunktivitis	252.644
J06 -Akute Infektionen der oberen Atemwege	173.721	N39 -Sonstige Krankheiten des Harnsystems	247.086
A09 -Sonstige/n. näher bez. Gastroenteritis/Kolitis	150.227	J20 -Akute Bronchitis	217.873

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen

Abbildung 2 Altersverteilung von Notfallpatienten nach Versorgungsbereich in den Jahren 2009 bis 2019


Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen

Tabelle 6 Notfälle, Patientenzahl und Fallzahl je Patient nach Versorgungsbereich im Jahr 2019 und nach Altersgruppen

AG	Notaufnahme			ÄBD			Verteilung der Fälle	
	Fälle	Patienten	Fälle/ Patient	Fälle	Patienten	Fälle/ Patient	Notauf- nahme	ÄBD
0 bis 14	1.958.173	1.625.912	1,20	2.326.419	1.672.106	1,39	46%	54%
15 bis 19	622.343	513.061	1,21	400.509	320.471	1,25	61%	39%
20 bis 24	794.922	644.976	1,23	569.059	438.991	1,30	58%	42%
25 bis 29	819.944	669.195	1,23	575.731	450.059	1,28	59%	41%
30 bis 34	813.290	672.816	1,21	578.695	457.066	1,27	58%	42%
35 bis 39	670.773	563.556	1,19	519.322	412.225	1,26	56%	44%
40 bis 44	532.186	452.846	1,18	435.051	346.080	1,26	55%	45%
45 bis 49	497.699	427.845	1,16	405.493	324.759	1,25	55%	45%
50 bis 54	576.614	500.689	1,15	457.733	371.891	1,23	56%	44%
55 bis 59	554.012	483.323	1,15	435.555	353.922	1,23	56%	44%
60 bis 64	446.950	389.550	1,15	350.722	283.983	1,24	56%	44%
65 bis 69	384.878	334.062	1,15	304.268	243.364	1,25	56%	44%
70 bis 74	320.388	275.861	1,16	261.365	205.834	1,27	55%	45%
75 bis 79	407.768	347.032	1,18	331.902	259.475	1,28	55%	45%
80 bis 84	427.168	358.744	1,19	383.881	294.415	1,30	53%	47%
85 bis 89	260.928	215.652	1,21	268.326	201.849	1,33	49%	51%
über 90	184.177	149.583	1,23	217.734	162.092	1,34	46%	54%

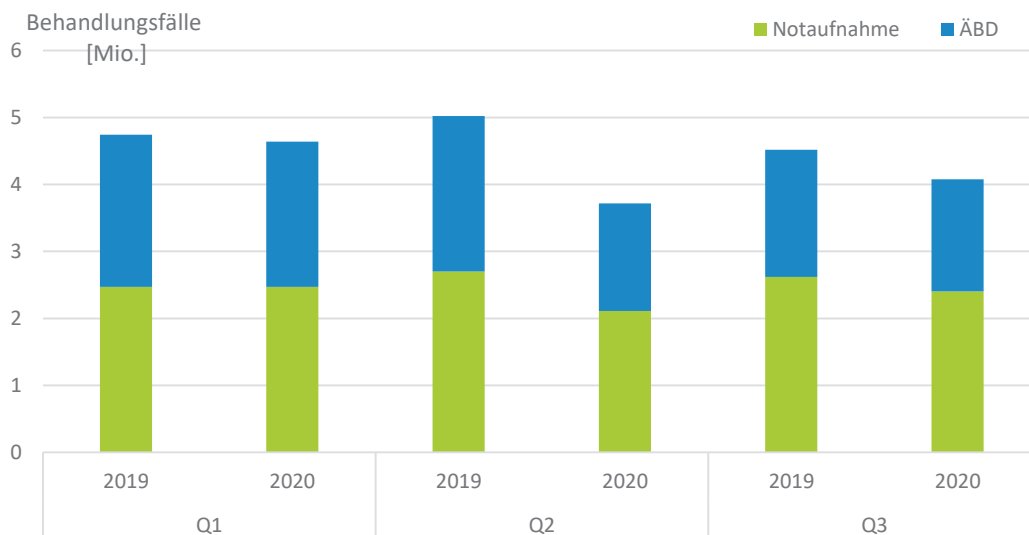
Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen

36 Jahren in 2009 auf 34 Jahre in 2016 und ab 2017 wieder ein geringfügiger Anstieg auf 35 Jahre zu beobachten ist. Grundsätzlich ist über den gesamten Beobachtungszeitraum die innerhalb eines Jahres deutliche starke Altersstreuung bei Patientinnen und Patienten im ÄBD im Vergleich zu Patienten in den Notaufnahmen zu erkennen. Allerdings nimmt die Streuung der Altersverteilung im ÄBD im Zeitverlauf deutlich ab, während sie bei Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen relativ stabil bleibt. So sinkt der Interquartilsabstand der Altersverteilung von Patientinnen und Patienten im ÄBD von 48

Jahren in 2009 auf 41 Jahre in 2020, wohingegen er bei Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen bis 2016 konstant 37 Jahre beträgt und ab dann auf 39 Jahre in 2019 ansteigt.

Die Verteilung der Notfälle nach Versorgungsbereich variiert dabei innerhalb der unterschiedlichen Altersgruppen deutlich (Tabelle 6). Während der Anteil der ambulanten Notfälle in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen im ÄBD im Jahr 2019 mit 54 % höher ist als in den Notaufnahmen, zeigt sich ab einem Alter von 15 Jahren bis zum Alter von 84 Jahren durchweg ein höherer Anteil von in Notaufnahmen

Abbildung 3 Anzahl an Notfällen in Notaufnahmen und im ÄBD in den ersten 3 Quartalen des Jahres 2020 im Vergleich zu 2019



Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen

Tabelle 7 Notfälle nach Altersgruppen und Versorgungsbereich in den ersten drei Quartalen des Jahres 2020

AG	Notaufnahme			ÄBD			Verteilung der Fälle	
	Fälle	Patienten	Fälle/Patient	Fälle	Patienten	Fälle/Patient	Notaufnahme	ÄBD
0 bis 14	1.204.372	1.076.624	1,12	1.201.263	993.013	1,21	50%	50%
15 bis 19	383.063	335.578	1,14	239.419	205.839	1,16	62%	38%
20 bis 24	524.176	449.639	1,17	367.128	304.444	1,21	59%	41%
25 bis 29	538.072	462.756	1,16	369.702	308.490	1,20	59%	41%
30 bis 34	577.091	500.946	1,15	388.225	325.595	1,19	60%	40%
35 bis 39	476.339	417.647	1,14	344.804	289.755	1,19	58%	42%
40 bis 44	392.221	346.040	1,13	304.612	256.291	1,19	56%	44%
45 bis 49	344.764	306.828	1,12	270.314	227.490	1,19	56%	44%
50 bis 54	405.048	362.876	1,12	308.577	263.047	1,17	57%	43%
55 bis 59	407.240	366.193	1,11	302.974	258.238	1,17	57%	43%
60 bis 64	331.443	297.867	1,11	245.309	207.744	1,18	57%	43%
65 bis 69	270.514	242.612	1,12	195.967	164.345	1,19	58%	42%
70 bis 74	236.512	210.974	1,12	178.437	147.412	1,21	57%	43%
75 bis 79	252.970	223.139	1,13	184.873	151.837	1,22	58%	42%
80 bis 84	308.135	269.571	1,14	241.564	196.465	1,23	56%	44%
85 bis 89	194.480	168.516	1,15	170.721	137.264	1,24	53%	47%
über 90	138.786	118.595	1,17	136.431	109.377	1,25	50%	50%

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen

Tabelle 8 TOP 10-Diagnosen (Anzahl Behandlungsfälle) im zweiten Quartal 2019 und 2020 nach Versorgungsbereich			
Ärztlicher Bereitschaftsdienst			
ICD-3	2. Quartal 2019	ICD-3	2. Quartal 2020
T14 - Verletzung nicht näher bez. Körperregion	256.472	J06 - Akute Infektionen obere Atemwege	209.907
M54 - Rückenschmerzen	222.074	T14 - Verletzung nicht näher bez. Körperregion	208.320
R10 - Bauch- und Beckenschmerzen	206.664	U07 - Krankheiten mit unklarer Ätiologie**	162.949
J06 - Akute Infektionen obere Atemwege	163.333	M54 - Rückenschmerzen	160.454
S93 - Luxation	122.173	R10 - Bauch- und Beckenschmerzen	156.931
I10 - Essentielle (primäre) Hypertonie	121.366	I10 - Essentielle (primäre) Hypertonie	114.923
S01 - Offene Wunde des Kopfes	119.431	S01 - Offene Wunde des Kopfes	113.264
S00 - Oberflächliche Verletzung des Kopfes	117.041	S00 - Oberflächliche Verletzung des Kopfes	97.274
A09 -Sonstige/n. näher bez. Gastroenteritis/Kolitis*	116.312	S61 - Offene Wunde Handgelenk/Hand**	94.477
J03 - Akute Tonsillitis*	112.937	S93 - Luxation	81.561
Notaufnahmen			
ICD-3	2. Quartal 2019	ICD-3	2. Quartal 2020
R10 - Bauch- und Beckenschmerzen	134.598	S01 - Offene Wunde des Kopfes	104.923
S01 - Offene Wunde des Kopfes	110.533	R10 - Bauch- und Beckenschmerzen	103.106
S93 - Luxation	107.807	S61 - Offene Wunde Handgelenk/Hand	89.981
T14 - Verletzung nicht näher bez. Körperregion	102.005	U07 - Krankheiten mit unklarer Ätiologie**	84.531
S00 - Oberflächliche Verletzung des Kopfes	98.666	T14 - Verletzung nicht näher bez. Körperregion	83.222
S60 - Oberfl. Verletzung Handgelenk/Hand	93.748	S00 - Oberflächliche Verletzung des Kopfes	83.059
M54 - Rückenschmerzen	92.445	S60 - Oberfl. Verletzung Handgelenk/Hand	74.054
S61 - Offene Wunde Handgelenk/Hand	88.429	S93 - Luxation	72.292
S90 - Oberfl. Verletzung der Knöchel/Fuß*	61.739	J06 - Akute Infektionen obere Atemwege**	69.008
S80 - Oberfl. Verletzung Unterschenkel*	61.401	M54 - Rückenschmerzen	64.650

Quelle: eigene Berechnungen, Datengrundlage: bundesweite ambulante Abrechnungsdaten ohne Bremen
*Code ist im 2. Quartal 2020 nicht mehr unter den TOP 10-Diagnosen, **Code war im 2. Quartal 2019 nicht unter den TOP 10-Diagnosen

versorgter Fälle. Dieser schwankt zwischen 55 % (40-49 Jahre, 70-74 Jahre) und 61 % (15-19 Jahre). Ab 85 Jahren ist der Anteil an Notfällen im ÄBD dann mit 51 % bzw. 54 % höher als in den Notaufnahmen. Dabei zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg, dass die Anzahl an Behandlungsfällen pro Patient im ÄBD mit durchschnittlichen 1,30 Fällen pro Patient höher ist als in den Notaufnahmen (durchschnittlich 1,19 Fälle pro Patient).

Einfluss der COVID-19-Pandemieentwicklungen in den ersten drei Quartalen 2020

Insgesamt ist in den ersten drei Quartalen des Jahres 2020 ein Rückgang an ambulanten Notfällen (ÄBD und Notaufnahmen) von -13 % im Vergleich zum Vorjahr zu beobachten. Dabei sinken die Fallzahlen im 1. Quartal zunächst nur geringfügig um -2 %. Der deutliche Rückgang erfolgt dann im 2. Quartal mit

-26 % bzw. im 3. Quartal mit -10 % (Abbildung 3). Dabei sinkt die Fallzahl im ÄBD in allen drei Quartalen stärker als in den Notaufnahmen (-4,5 % (Q1), -31 % (Q2), -12 % (Q3) vs. -0,1 % (Q1), -22 % (Q2) und -8 % (Q3)).

Auch die Verteilung der Notfälle innerhalb der unterschiedlichen Altersgruppen zeigt sich in den ersten drei Quartalen des Jahres 2020 im Vergleich zu 2019 verändert (Tabelle 7). So steigt der Anteil der in Notaufnahmen versorgten ambulanten Notfälle sowohl in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen als auch der Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren im Vergleich zu 2019 an und übersteigt anders als in 2019 den Anteil der über den ÄBD versorgten Fälle in der Altersgruppe ab 85 Jahren bzw. gleicht sich diesem an.

Demgegenüber bleibt das führende Diagnosespektrum innerhalb der Versorgungsbereiche im 2. Quartal 2020 sowohl im ÄBD als auch in den Notaufnahmen im Vergleich zum 2. Quartal 2019 weitestgehend identisch (Tabelle 8). Anders als in 2019 erscheint in 2020 allerdings in beiden Bereichen die Diagnose U07 (Krankheiten mit unklarer Ätiologie) unter den TOP 10-Diagnosen. Ebenfalls beiden Bereichen gemeinsam ist eine deutliche Zunahme der Diagnose J06 (Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege). Diese war in Notaufnahmen in 2019 nicht unter den TOP 10. Im ÄBD fallen die im 2. Quartal 2019 noch unter den TOP 10 aufgeführten Diagnosen A09 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis) und J03 (Akute Tonsillitis) nicht mehr unter das führende Diagnosespektrum des 2. Quartals 2020.

5 Diskussion

Mit der vorliegenden Studie erfolgt erstmals eine längsschnittliche Betrachtung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis in das Pandemiejahr 2020 hinein. Die Analysen basieren auf Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, sowie aggregierten Daten gemäß § 21 KHEntG aus der DRG-Statistik zu vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, sodass zwar sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor betrachtet werden konnten, eine Zusammenführung der Daten auf Patientenebene oder auf der Ebene einer Notaufnahme und somit eine sektorenübergreifende Analyse war hingegen nicht möglich. Darüber hinaus konnten Unfälle, die in die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften fallen, nicht betrachtet werden, da diese weder in den Abrechnungsdaten der KVen noch in der DRG-Statistik enthalten sind.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl ambulanter Notfälle bis 2018 stufenförmig ansteigt und seither absinkt. Dabei ist der sowohl in den Notaufnahmen als auch im ÄBD stärkste zu beobachtende Anstieg im Jahr 2013 vermutlich durch die Abschaffung der Praxisgebühr zum Jahresende 2012 als eine wesentliche strukturelle Änderung der Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme zu erklären (1). Ab diesem Zeitpunkt ist ein stetiger Anstieg der Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch ambulant behandelbare Fälle nur bis 2016 zu beobachten. Seit 2016 sinken die Fallzahlen in den Notaufnahmen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Sprechstundenzeiten, während sie im ÄBD innerhalb der Sprechstundenzeiten zwar ebenfalls sinken, aber außerhalb der Sprechstundenzeiten bis 2018 wieder leicht ansteigen. Dabei muss die Bedeutung des ÄBD innerhalb der Sprechstundenzeiten im Vergleich zu den Notaufnahmen insofern relativiert werden, als dass dieser während dieser Zeit (7 bis 19 Uhr) aufgrund geöffneter Praxen nur wenige Stunden bzw. nur regional im Einsatz ist, während die Notaufnahmen über das gesamte Zeitfenster in Anspruch genommen werden können. Vorherige Analysen haben aufgezeigt, dass zusätzlich zu den jährlich rund 1,2 Mio. am Tag über den ÄBD versorgten Notfällen ca. 196 Mio. Akutfälle pro Jahr in den Praxen behandelt werden (14), sodass zu erkennen ist, dass die meisten Patientinnen und Patienten während der Praxisöffnungszeiten bei akuten Beschwerden einen niedergelassenen Arzt und nicht die Notaufnahmen aufsuchen.

Als Gründe für die Trendwende in der Notfallinanspruchnahme ab 2016 können mehrere Faktoren diskutiert werden. Ein Faktor könnten die inzwischen rund 830 Portalpraxen sein, die ausgehend vom Krankenhausstrukturgesetz seit 2016 von KVen in oder an Krankenhäusern errichtet wurden. Unklar ist, ob und inwieweit diese bisher als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten fungieren, die sich

selbständig als Notfallpatienten präsentieren. Der in der prozentualen Größenordnung vergleichbare Rückgang der ambulanten Notfälle der Notaufnahmen außerhalb und während der Praxisöffnungszeiten lässt darauf schließen, dass nicht die Bereitschaftspraxen alleine ursächlich sein können, da diese während der Praxisöffnungszeiten in der Regel nicht besetzt sind. Einen zusätzlichen Effekt könnten stringenter Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeübt haben sowie ein steigender Bekanntheitsgrad der über die Telefonnummer 116117 zu erreichenden Terminservicestellen. So zeigen Befragungen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kaufmännischen Krankenkasse unabhängig voneinander, dass von den im Jahr 2020 bzw. 2021 befragten Personen 32 % bzw. 31 % die Nummer des Bereitschaftsdienstes kannten, wohingegen es im Jahr 2019 nur 19 % bzw. 15 % waren (15, 16). Auswertungen der KBV zum Anrufaufkommen haben zudem ergeben, dass im Jahr 2019 rund 8 Mio. Anrufe und damit 1,7 Mio. Anrufe mehr unter der 116117 eingegangen sind als im Jahr 2016 und dass Peaks insbesondere zu Feiertagszeiten zu verzeichnen waren. Im Pandemiejahr 2020 stieg die Anruhfzahl dann nochmals deutlich auf 17,4 Mio. an (Persönliche Mitteilung der KBV). In Umsetzung des TSVG wurde Anrufern mit akuten Gesundheitsbeschwerden unter dieser Servicenummer bereits teilweise 2019 und ab 2020 flächendeckend und rund um die Uhr ein nach strukturierter telefonischer Ersteinschätzung mittels SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) angemessenes Versorgungsangebot vermittelt. SmED wurde im Jahr 2020 bereits mehr als 820.000 Mal eingesetzt. Die Software empfahl in 22 % dieser Fälle, ein Krankenhaus aufzusuchen, in rund 75 % der Fälle wurde eine vertragsärztliche Versorgung angeraten (17). Da die Disponenten von den Empfehlungen der Software abweichen können, liegen aktuell noch keine Auswertungen dazu vor, in welchem Umfang die 116117 faktisch Akutpatientinnen und -patienten in die vertragsärztliche Versorgung oder die Notaufnahmen gesteuert hat. Unklar ist auch, wie sich seit 2016 die Entwicklung bei den Rettungsfahrten dargestellt hat; hier hatte der Sachverständigenrat in seiner Problemanalyse zuletzt von einem stetigen Inanspruchnahmeanstieg insbesondere durch Bagatellfälle berichtet (1).

Das Jahr 2020 hingegen hat pandemiebedingt auch in der sonstigen vertragsärztlichen Versorgung und im stationären Bereich zu deutlichen Rückgängen in der Inanspruchnahme geführt (9, 18). Ursächlich hierfür ist das zurückhaltende und veränderte Verhalten der Patientenschaft im Rahmen der COVID-19-Pandemie, verstärkt durch Maßnahmen des Pandemiemanagements, wovon – weltweit – auch die Notaufnahmen nicht ausgenommen wurden (19).

Dabei ist auch der bis 2016 zu beobachtende Trend der steigenden Inanspruchnahme der Notfallversorgung kein rein deutsches Phänomen, sondern international zu beobachten (20, 21). Bisher sind uns keine über das Jahr 2016 hinausgehenden Publikationen zum weiteren zeitlichen Verlauf der Notfälle in anderen Ländern bekannt geworden. Aus öffentlich verfügbaren Statistiken ist in diesem Zusammenhang kein einheitlicher Trend zu erkennen. Während Daten des NHS England aufzeigen, dass die Anzahl ambulanter Notfälle auch über das Jahr 2016 weiter ansteigen (22), verbleibt die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen in den USA in 2017 auf dem Niveau von 2016 (23).

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte der Frage, inwiefern die Inanspruchnahme der Notaufnahmen medizinisch erforderlich war, nicht analysiert und beantwortet werden. Vorherige Untersuchungen weisen aber darauf hin, dass es in den letzten Jahren zu einer Verschiebung von einer Notfallversorgung hin zu einer Akutversorgung ohne besondere Dringlichkeit gegeben hat (24-26), wobei fehlendes Wissen über Alternativangebote und deren subjektiv oder objektiv eingeschränkte Verfügbarkeit sowie veränderte Erwartungshaltungen und Qualitätsvermutungen seitens der Patientenschaft als Gründe für den Weg in die Notaufnahme genannt werden (6, 24, 26-28). Hierzu liegen keine aktualisierten Studien vor. Dabei konnten bisherige Analysen zeigen, dass es bezüglich des Haupt-Diagnosespektrums eine relativ klare Arbeitsteilung zwischen Notaufnahmen und dem ÄBD gab und gibt (1, 14). So waren die ambulanten Behandlungsfälle der Notaufnahmen im Jahr 2018 im Wesentlichen durch die Versorgung von Verletzungen und Wunden geprägt, während im Bereitschaftsdienst akute Infekte und die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten überwogen. Die Daten des Jahres 2019 und der ersten drei Quartale des Jahres 2020 zeigen nun, dass es diesbezüglich – auch unter Pandemiebedingungen – keine gravierende Umsteuerung gegeben hat und dass diese Arbeitsteilung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Sprechstundenzeiten zu erkennen ist. Ein in Bezug auf

die Charakteristika der Notfallpatienten bisher nicht bekannter Aspekt ist dabei die unterschiedliche Altersentwicklung von Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen und im ÄBD im Zeitverlauf. So zeigt die vorliegende Untersuchung, dass das mediane Alter von Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen von 30 Jahren im Jahr 2009 auf 36 Jahre im Jahr 2019 kontinuierlich ansteigt, während das Alter der Patientinnen und Patienten im ÄBD über die Zeit relativ stabil bleibt und nur geringfügig zwischen 34 und 37 Jahren schwankt. Dabei könnte die Altersentwicklung bei Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen eine Ursache der wahrgenommenen Belastung in den Notaufnahmen sein (29) und auf eine vermehrte Inanspruchnahme durch Pflegebedürftige zurückzuführen sein (30). Sie ist auf Grundlage der für die Analyse verwendeten Daten aber nicht genau zu erklären und sollte im Rahmen von weiteren Studien näher untersucht werden.

Für die aktuelle Diskussion um eine Fortführung der von der Regierung begonnenen Reform der Notfallversorgung ist ein Verständnis der langfristigen und aktuellen Entwicklung der Notfallversorgung sinnvoll. Die vorliegende Studie stellt dafür die ambulante Notfallversorgung von 2009 bis 2020 dar, ergänzend wurden auch die stationären Fälle mit Aufnahmegrund Notfall aus der DRG-Statistik betrachtet. Da es sich um ungeplante Aufnahmen ohne ärztliche Einweisung handelt, ist davon auszugehen, dass diese Patientinnen und Patienten in der Regel durch eine Notaufnahme gesehen wurden. Die Zahl ungeplanter Aufnahmen steigt seit 2009 stetig, obgleich auch hier der Zuwachs ab 2016 etwas geringer auszufallen scheint. Studien dazu, in welchem Zusammenhang die stationären Fälle mit der Art des Zugangs (Einlieferung durch den Rettungsdienst, Einweisung oder selbständiges Aufsuchen der Notaufnahme) stehen, liegen für Deutschland nicht vor und können nicht in ihrer Entwicklung dargestellt werden. Somit kann auch der zu erwartende Effekt eines Ersteinschätzungsverfahrens beim Zugang zur Notaufnahme auf die Entwicklung der ungeplanten Aufnahmen aktuell nicht abgeschätzt werden. Erkenntnisse aus Modellvorhaben sprechen dabei allerdings nicht für ausgeprägte Effekte auf die Aufnahmen, wohl aber für eine Entlastung der Notaufnahme (31).

Die bereits zitierten Patientenbefragungen zum Grund der Inanspruchnahme von Notaufnahmen machen deutlich, dass die in der Notaufnahme bereits vorstellig gewordenen Patientinnen und Patienten meist ein unmittelbares Alternativangebot in der vertragsärztlichen Versorgung benötigen. Partner- oder Kooperationspraxen, die auch während der Öffnungszeiten Akutpatienten von Krankenhäusern entgegennehmen (32, 33), ÄBD-Praxen am Krankenhaus und die zentrale Servicenummer der Kassenärztlichen Vereinigungen für Akutfälle und den Bereitschaftsdienst sind weiterhin relevante und noch auszubauende Angebote an Patientinnen und Patienten, die einen dringenden gesundheitlichen Handlungsbedarf sehen, aber keine Vertragsarztpraxis zu ihrer Verfügung finden. Durch weitere Studien ist zu erhärten, wie – unterstützt durch strukturierte Ersteinschätzungsverfahren – ein sicherer Verweis an die angemessene Versorgungsebene faktisch gelingen kann. Die vorliegende Zeitreihe legt zumindest den Schluss nahe, dass für ein so evaluiertes Vorgehen ausreichend Zeit besteht, da von einer massiven Zunahme und Überfüllung der Notaufnahmen aktuell nicht ausgegangen werden kann.

6 Literatur

1. SVR (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn/Berlin
2. SVR (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn/Berlin
3. BMG Bundesministerium für Gesundheit (2015) Krankenhausstrukturgesetz: KHSG
4. BMG Bundesministerium für Gesundheit (2019) Terminservice- und Versorgungsgesetz: TSVG
5. BMG Bundesministerium für Gesundheit (2021) Kabinettsentwurf zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz: GVWG
6. Haas C, Larbig M, Schöpke T et al. (2014) Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Management Consult Kestermann GmbH, Hamburg
7. Deutscher Bundestag Drucksache 19/27214. Unterrichtung durch die Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)– Drucksache 19/26822 – Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates
8. BMG Bundesministerium für Gesundheit (2020) Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
9. Mangiapane S, Zhu L, Czihal T et al. (2021) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. bis 3. Quartal 2020. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_3_Leistungsanspruchnahme_COVID_final.pdf (letzter Aufruf: 14.04.2021)
10. Slagman A, Behringer W, Greiner F et al. (2020) Medical Emergencies During the COVID-19 Pandemic. *Dtsch Arztebl Int* 117:545–552. DOI 10.3238/arztebl.2020.0545
11. Dräther H, Schäfer T (2017) Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg.) *Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Schattauer, Stuttgart
12. Dräther H, Mostert C (2016) Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J et al. (Hrsg.) *Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Schattauer, Stuttgart
13. Wahlster P, Czihal T, Gibis B et al. (2020) Sektorenübergreifende Entwicklungen in der Notfallversorgung – Eine umfassende Analyse ambulanter und stationärer Notfälle von 2009 bis 2015. *Gesundheitswesen* 82:548–558. DOI 10.1055/a-0820-3904
14. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019) Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Broschuere_final.pdf (letzter Aufruf: 14.04.2021)
15. Kaufmännische Krankenkasse (2021) Pressemitteilung vom 22.02.2021. <https://www.kkh.de/presse/pressemitteilungen/notaufnahme> (letzter Aufruf: 14.04.2021)
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2020. https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_Ergebnisse_KBV_Versichertenbefragung_2020.pdf (letzter Aufruf: 14.04.2021)
17. HCQS (2020) SmED-Reporting Stand Dezember 2020
18. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Technische Universität Berlin (2021) Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis September 2020.: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
19. Wong LE, Hawkins JE, Langness Simone et al. Where Are All the Patients? Addressing Covid-19 Fear to Encourage Sick Patients to Seek Emergency Care. *NEJM Catalyst* 2020:1–12
20. van den Heede K, van de Voorde C (2016) Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy* 120:1337–1349. DOI 10.1016/j.healthpol.2016.10.002
21. Berchet C (2015) Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. *OECD Health Working Papers* 83

22. NHS digital (2018) Hospital Accident and Emergency Activity 2017-18. https://files.digital.nhs.uk/D3/CCB4FE/AE1718_%20Annual%20Summary.pdf (letzter Aufruf: 14.04.2021)
23. AHRQ (2021) HCUP Fast Stats - Trends in Emergency Department Visits
24. Heller AR, Juncken K (2020) Primärversorgung in der Zentralen Notaufnahme. *Anästh Intensivmed*:164–176. DOI 10.19224/ai2020.164
25. Steffen W, Tempka A, Klute G (2007) Falsche Patientenreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser. *Dtsch Arztebl Int* 16: A 1088–91
26. Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A et al. (2017) Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Gesundheitswesen* 79:835–844. DOI 10.1055/s-0042-100729
27. Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA et al. (2018) Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen* 80:621–627. DOI 10.1055/s-0042-112459
28. Scherer M, Lüthmann D, Kazek A et al. (2017) Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl Int* 114:645–652. DOI 10.3238/arztebl.2017.0645
29. Morley C, Unwin M, Peterson GM et al. (2018) Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One* 13: e0203316. DOI 10.1371/journal.pone.0203316
30. Kosan J (2012) Notarzteeinsätze in Alten- und Pflegeheimen: der NAW als Lückenbüsser; eine prospektive Studie. Dissertation, Freie Universität Berlin (Hrsg.)
31. Petersen P-F (2018) Modellprojekt Hessen: Der Triage-Tresen, eine Anlaufstelle für ÄBD-Praxis und ZN. Vortrag beim Marburger Bund Fach- und Praxisforum, Berlin
32. Kassenärztliche Vereinigung Hessen Partnerpraxen. <https://www.kvhessen.de/ueber-uns/partnerpraxen/> (letzter Aufruf: 14.04.2021)
33. Doll S (2019) Ärztlicher Bereitschaftsdienst bietet ab Januar mehr Funktionen. *Weser-Kurier* 2019