

Krankenhaus-Report 2017

„Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 25-40



3	Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014	25
	<i>Hendrik Dräther und Tobias Schäfer</i>	
3.1	Einleitung.....	26
3.1.1	Abgrenzung „ambulante Notfallversorgung“	26
3.1.2	Hinweise zur Datengrundlage und zu den Berechnungen	28
3.2	Ambulante Notfallversorgung 2014	29
3.2.1	Überblick	29
3.2.2	Notfallversorgung nach Alter	30
3.2.3	Notfallversorgung nach Wochentagen	31
3.2.4	Versorgungsunterschiede zwischen Notfallambulanzen und ambulanten Praxen	32
3.3	Die ambulante Notfallversorgung 2009 bis 2014.....	35
3.3.1	Allgemeiner Trend einer zunehmenden ambulanten Notfallversorgung?.....	35
3.3.2	Strukturverschiebung in der ambulanten Notfallversorgung	37
3.4	Fazit	38

3 Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014

Hendrik Dräther und Tobias Schäfer

Abstract

Auf Basis von Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten konnte die ambulante Notfallversorgung im Zeitraum 2009 bis 2014 in den Bezirken von insgesamt 14 Kassenärztlichen Vereinigungen untersucht werden. Die ambulante Notfallversorgung zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass Versicherte am selben Tag ihrer Notfallversorgung wieder in ihre häusliche Umgebung zurückkehren. Diese Versorgung wird zunehmend in den Krankenhäusern und den dort angesiedelten Notfallambulanzen geleistet: Auf diese entfallen in mittlerweile fast 58 % aller versorgten Notfälle. 2009 lag der Anteil noch bei ca. 50 %. Nur am Wochenende kommt den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine in quantitativer Hinsicht überdurchschnittliche Bedeutung zu. Die Notfallversorgung in Notfallambulanzen zeigt grundlegende andere Versorgungsschwerpunkte als die durch die ambulanten Praxen; z. B. haben die niedergelassenen Ärzte bei über 20 % der von ihnen behandelten Notfällen den Patienten zu Hause aufgesucht, weitere diagnostische und medizinische Leistungen neben der Abrechnung der Notfallpauschale werden dagegen in erster Linie über die Notfallambulanzen erbracht.

Based on billing data of AOK insurees, outpatient emergency care was examined in the districts of 14 regional Associations of SHI Physicians for the years 2009 to 2014. Among other things, outpatient emergency care is characterised by the fact that insured persons can return to their home or remain there on the same day of their treatment. Emergency care is increasingly provided by hospitals and emergency rescue centers located there: In 2014, almost 58% of all emergency cases were treated there in the 14 districts, whereas in 2009, they accounted for only around 50%. Only on weekends, physicians (as well as psychotherapists) who are participating in SHI-accredited services have an above-average importance in quantitative terms. Emergency care rendered in emergency ambulances shows a fundamentally different focus than that in outpatient surgeries; for example, office-based doctors have visited more than 20% of their emergency patients at home.

3.1 Einleitung¹

Die ambulante Notfallversorgung ist seit mehreren Jahren Gegenstand einer intensiven Diskussion. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert beispielsweise eine Verdreifachung der Vergütung je Notfall (DKG 2016 und MCK 2015, S. 4 f.). Viele Krankenhäuser beklagen, dass ihre Notfallambulanzen „überlaufen“ werden (Deutscher Bundestag 2014). Insbesondere aber wird die Notfallversorgung insgesamt als zwischen unterschiedlichen regionalen und institutionellen Zuständigkeiten² zersplittert, nicht ausreichend miteinander abgestimmt und ineffektiv angeschlossen (Augurzky et al. 2015, S. 83 ff.). Zudem fehlt es an einer ausreichenden Transparenz zum Angebot und zur Nachfrage ambulanter Notfallleistungen.³ So fehlen z. B. Statistiken, wie viele Ärzte sich an welchen Orten regelmäßig an der Notfallversorgung beteiligen. Auch ist wenig darüber bekannt, welche ambulante oder stationäre Versorgung einer Notfallbehandlung unmittelbar vorausging und/oder sich ihr anschloss.

Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag auf der Basis der Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in einem Bereich von insgesamt 14 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für den Zeitraum 2009 bis 2014 eine Reihe von Fragen. Er analysiert u. a., was die Notfallambulanzen an oder in Krankenhäusern auf der einen Seite und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auf der anderen Seite leisten. Welche Versorgungsunterschiede lassen sich erkennen und wer ist wann und wie an der ambulanten Notfallversorgung beteiligt? Es wird untersucht, wie sich die quantitative und strukturelle Entwicklung der Notfallversorgung im zeitlichen Verlauf darstellt.

3.1.1 Abgrenzung „ambulante Notfallversorgung“

Zur ambulanten Notfallversorgung werden hier alle Leistungen gezählt, welche die gesetzlichen Krankenkassen über die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach § 87a SGB V vergüten. Dabei handelt es sich um die „Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst“ des Kapitels 1.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). In Ausnahmefällen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abweichend zum EBM Notfallleistungen vereinbart, die extrabudgetär vergütet werden.⁴ Leistungen des Rettungsdienstes wie auch Krankentransporte gehen nicht in die Betrachtung ein.

1 Die Autoren danken Herrn Jörg Friedrich und Frau Carina Mostert für ihre umfangreiche Mitarbeit beim Verfassen des Beitrags und bei den zahlreichen Überlegungen zu den Auswertungen. Zu danken ist Herrn Jörg Neumann für seine inhaltlichen Korrekturen.

2 Bund, Länder, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser und Rettungsdienste.

3 Die Kassenärztlichen Vereinigungen berichten einzeln über die ambulante Notfallversorgung (siehe z. B. KVB 2015), dies aber uneinheitlich und unregelmäßig. Die Honorarberichte der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV 2016) enthalten dagegen gar keine Informationen zu diesem Themenbereich.

4 Betroffen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Bremen, Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz.

In diese ambulante Notfallversorgung sind grundsätzlich die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen niedergelassenen und angestellten Ärzte sowie ärztliche und nicht ärztliche Psychotherapeuten eingebunden. Aber auch Krankenhäuser rechnen diese EBM- oder analog zum EBM vereinbarte Leistungen – im Folgenden EBM-Notfalleleistungen – ab, wenn sie in ihren Notfallstellen, -aufnahmen oder -ambulanzen (im Folgenden Notfallambulanzen) GKV-Versicherte behandeln, die am selben Tag nach Hause entlassen oder in den ambulanten Versorgungsbereich überwiesen werden.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 73 SGB V) nach § 75 Abs. 1b SGB V „umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst)“ und obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 Abs. 1 SGB V), die zu diesem Zwecke einen ärztlichen Not(fall)dienst – regional unterschiedlich – organisieren. Die Notfallambulanzen stehen dagegen in der Regel sowohl innerhalb als auch außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten zur Verfügung. Erst seit 2015 sind Krankenhäuser in den durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienst einzubinden (§ 75 Abs. 1b S. 2 SGB V),⁵ sodass für den hier gewählten Auswertungszeitraum 2009 bis 2014 zwei Gruppen von Leistungserbringern nebeneinander stehen, deren Leistungen wenig aufeinander abgestimmt sind: Eine Gruppe besteht aus niedergelassenen oder angestellten Vertragsärzten, die insbesondere eine vertragsärztliche Versorgung zu ihren sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen haben.⁶ Die zweite Gruppe bilden Krankenhäuser und ihre Notfallambulanzen, die eine Notfallversorgung sowohl zu den üblichen Sprechstunden wie auch während der sprechstundenfreien Zeiten der Vertragsärzte leisten.

Die für diese Analyse gewählte Herangehensweise baut auf einem „administrativen“ Verständnis (Huke und Robra 2015) der ambulanten Notfallversorgung auf, wonach das Vorliegen einer abgerechneten ambulanten EBM-Notfalleistung den ambulanten Notfall definiert. Ob der eine Notfallambulanz oder ambulante Praxis aufsuchende GKV-Versicherte einen medizinisch begründeten Versorgungsbedarf mitbringt oder nicht, ist für die Abrechnung von Notfällen gemäß EBM unerheblich. Eine nachträgliche Unterteilung dieser administrativen Notfälle in medizinisch begründete Fälle oder andere Fälle ist auf Basis der verfügbaren Routinedaten nicht möglich. Zudem gehen diejenigen medizinisch begründeten Notfälle nicht in die Analyse ein, die zu den üblichen Praxisöffnungszeiten im Rahmen der normalen ambulanten Versorgung behandelt wurden.

5 Einführung einer Kooperationsverpflichtung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz.

6 Die kassenärztlichen Vereinigungen kommen ihrem Sicherstellungsauftrag sehr unterschiedlich nach. In Berlin ist ein ambulanter Notdienst auch zu den üblichen Sprechzeiten der vertragsärztlichen Versorgung eingerichtet. In Schleswig-Holstein werden z. B. seit vielen Jahren an oder in den Krankenhäusern Notfallpraxen betrieben, die im Wesentlichen tagsüber geöffnet sind und so die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen reduzieren.

3.1.2 Hinweise zur Datengrundlage und zu den Berechnungen

Die Analysen basieren auf den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen für AOK-Versicherte der Jahre 2009 bis 2014 für vierzehn Kassenärztliche Vereinigungen. Für die gewählten Fragestellungen ist es notwendig, in diesen sogenannten Einzelfallnachweisen nach § 295 SGB V eindeutig zwischen Notfallambulanzen und ambulanten Praxen zu unterscheiden. Dies war bei den Einzelfallnachweisen der folgenden Kassenärztlichen Vereinigungen möglich: KV Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Hessen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen.⁷ Die so abgegrenzte Grundgesamtheit schließt ca. 11,5 Mio. AOK-Versicherte ein, deren Zahl in den einzelnen Jahren 2009 bis 2014 nur geringen Schwankungen unterliegt.

So konnten etwas weniger als 50% aller AOK-Versicherten in die Analyse einbezogen werden. Nicht möglich war die Berücksichtigung der ambulanten Notfallversorgung in Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen.

Bei einzelnen Fragestellungen konnten darüber hinaus nicht alle vierzehn KV-Regionen ausgewertet werden. Im KV-Bezirk Westfalen-Lippe rechnen z. B. einzelne Krankenhäuser ihre ambulanten Notfallleistungen ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Bei den Einzelfallnachweisen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen ist eine Analyse der Versorgungsschwerpunkte innerhalb der Notfallversorgung nicht möglich, da dort pauschal ohne Ausweis weiterer EBM-Leistungen vergütet wird.

Ambulante Notfälle stellen tagesbezogene Ereignisse dar. Jeder Leistungserbringer (Notfallambulanzen wie auch ambulante Arztpraxen) rechnet für jeden Patienten und je Tag exakt einen ambulanten Notfall ab.⁸ Innerhalb eines Quartals kann derselbe Leistungserbringer beim selben Patienten mehrere Notfälle abrechnen. Wenn ein Versicherter am selben Tag von mehreren Leistungserbringern mit unterschiedlichen Betriebsstättennummern behandelt wird, werden ebenso mehrere ambulante Notfälle abgerechnet.

Ein ambulanter Notfall beinhaltet mindestens die Abrechnung einer Notfallpauschale des EBM-Kapitels 1.2. Haben die Vertragspartner der Gesamtvergütung zum EBM-Kapitel 1.2 abweichende Vergütungsvereinbarungen getroffen, so sind diese in den Berechnungen berücksichtigt. Neben den Notfallpauschalen können weitere EBM-Leistungen abgerechnet werden, wenn der Patient beispielsweise geröntgt wurde. Bei ca. 95% aller abgerechneten Notfälle ist es möglich, diese ggf. weiteren abgerechneten EBM-Leistungen auszuwerten.⁹

⁷ Die Autoren bedanken sich bei den Kolleginnen und Kollegen mehrerer AOKs, die die Einzelfallnachweise von Krankenhäusern identifiziert haben, für ihre Unterstützung.

⁸ Einzelfallnachweise der Kassenärztlichen Vereinigungen sind dagegen quartalsbezogene Abrechnungen mit ggf. vielen (EBM-)Einzelleistungen, aus denen die Informationen tagesbezogener Notfallleistungen entnommen werden.

⁹ In technischer Hinsicht werden die zu den Notfallpauschalen hinzukommenden weiteren Notfallleistungen nur bei Einzelfallnachweisen der Fallart „Notfall“ ausgewertet. Abrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen bleiben, wie bereits erwähnt, in diesen Auswertungen grundsätzlich außen vor.

3.2 Ambulante Notfallversorgung 2014

3.2.1 Überblick

Rund jeder fünfte AOK-Versicherte nahm im Laufe des Jahres 2014 im Durchschnitt 1,62 mal die ambulante Notfallversorgung in Anspruch (Tabelle 3–1).¹⁰

Dem stationären Sektor kommt bei der Notfallversorgung eine größere Rolle zu als den ambulanten Praxen, da ca. 57,7% aller ambulanten Notfälle dort anfielen bzw. 66,1% der Notfallpatienten mindestens einmal in einer Notfallambulanz behandelt wurden. Den organisierten Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigungen haben dagegen 47% der Patienten mindestens einmal aufgesucht oder zu sich gerufen; 42,3% aller ambulanten Notfälle entfielen auf den organisierten Notfalldienst.¹¹

Unter der Annahmen, dass die ausgewählten Regionen ein für die AOK insgesamt durchschnittliches Notfallversorgungsniveau widerspiegeln und unter Berücksichtigung des GKV-Bias, der darin besteht, dass AOK-Versicherte grundsätzlich eine höhere Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen aufweisen als GKV-

Tabelle 3–1

Eckwerte zur ambulanten Notfallversorgung der AOK-Population 2014

	Leistungserbringergruppen		
	Ambulante Praxen	Krankenhäuser	Gesamt
Ambulante Notfälle in Mio.	1,57	2,14	3,71
Anteil an Gesamt	42,3%	57,7%	
Patienten in der ambulanten Notfallversorgung in Mio.	1,07	1,51	2,29
Anteil an Gesamt*, **	47,0%	66,1%	
Inanspruchnahme-Raten*, **	9,4%	13,2%	20,0%
Ambulante Notfälle je Notfallpatient	1,46	1,42	1,62

* Die Inanspruchnahme-Rate entspricht dem Verhältnis von Versicherten mit mindestens einer ambulanten Notfallbehandlung zur Gesamtzahl an Versicherten.

** Versicherte können im Laufe eines Jahres sowohl ambulante Praxen als auch Notfallambulanzen aufsuchen. Die Anzahl insgesamt notfallbehandelter Versicherter ist daher kleiner als die Summe der Versicherten mit mind. einer ambulanten Notfallversorgung in ambulanten Praxen und mindestens einer in Notfallambulanzen. Gleiches gilt für die Summe der Inanspruchnahme-Raten.

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen und mit Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen in diesen Regionen.

10 Neben dem hausärztlichen Versorgungsbereich und den Gynäkologen behandelt keine weitere Facharztgruppe so viele Versicherte, wie dies in der ambulanten Notfallversorgung der Fall ist.

11 Notfallpatienten suchen im Durchschnitt 1,62 Mal eine ambulante Notfalleinrichtung ein. Manche werden im Laufe eines Jahres mehrmals ambulant notfallbehandelt, andere werden – wie später näher ausgeführt wird – sowohl in ambulanten Praxen behandelt als auch in Notfallambulanzen versorgt. Die Verteilung der Notfälle auf ambulante Praxen und Notfallambulanzen stellt sich deswegen etwas anders dar als die Verteilung der Patienten.

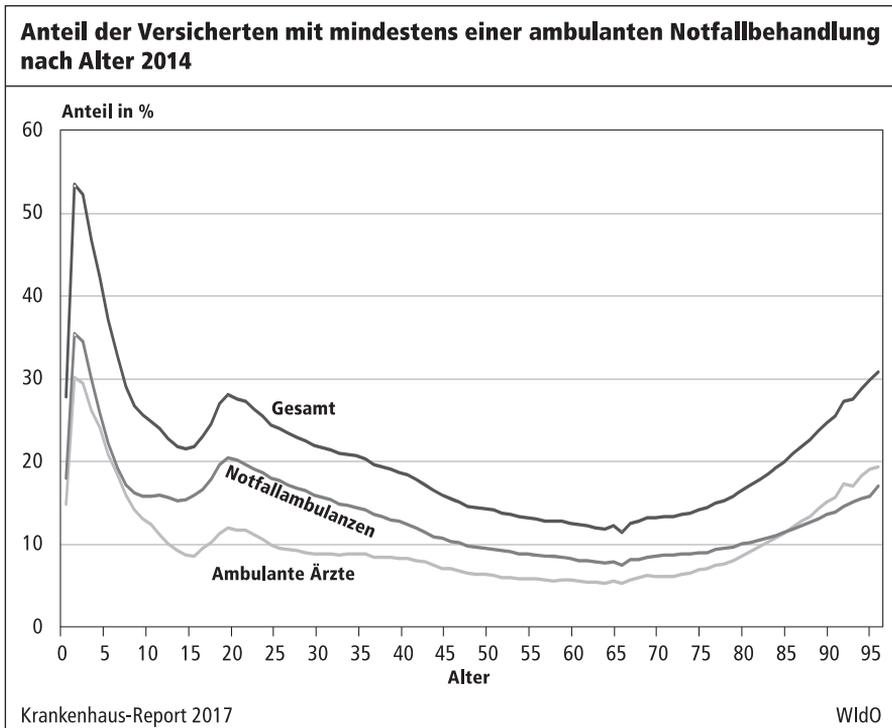
Versicherte insgesamt,¹² liegt die auf die GKV hochgerechnete Notfallzahl bei etwa 20 Millionen und die Zahl an notfallversorgten GKV-Versicherten 2014 bei ca. 12,5 Mio. Sowohl das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi 2015) als auch das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ (MCK 2015, S. 2) kommen zu vergleichbaren Fallzahlen, allerdings mit einem geringeren Anteil, der auf Notfallambulanzen entfällt, und einem entsprechend größeren Anteil, den ambulante Ärzte behandelt haben.

3.2.2 Notfallversorgung nach Alter

Kinder, junge Erwachsene sowie ältere Personen weisen überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme-Raten auf (siehe Abbildung 3–1). Von diesen Personen werden mehr als 20% mindestens einmal im Jahr im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung behandelt. Bei Kleinkindern erreicht die Rate sogar über 50%.

Nur Versicherte im Alter zwischen 5 bis 10 Jahren und hochbetagte ab einem Alter von 80 Jahren werden zu etwa gleichen Teilen sowohl in Notfallambulanzen

Abbildung 3–1



¹² Auf Basis der GKV-Frequenzstatistik und der KM6 ergibt sich eine Notfallzahl je Versicherten, die bei AOK-Versicherten um etwa 13% höher ausfällt als bei GKV-Versicherten.

als auch ambulanten Praxen versorgt. In allen anderen Altersklassen überwiegt die Versorgung in Notfallambulanzen

Die auffällig hohen Inanspruchnahme-Raten bei den 16- bis 20-Jährigen sind im Wesentlichen auf (mögliche) Schwangerschaften oder Schwangerschaftskomplikationen zurückzuführen.

3.2.3 Notfallversorgung nach Wochentagen

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben eine ambulante Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten und somit insbesondere am Wochenende sicherzustellen. Es ist daher auch nicht überraschend, dass mehr als 44% aller ambulanten Notfälle auf einen Samstag oder einen Sonntag fallen (Tabelle 3–2). An diesen Tagen versorgen die ambulanten Ärzte zudem mehr als die Hälfte ihrer gesamten Notfälle (56,6%) und leisten somit ihren Notdienst insbesondere am Wochenende. Die in Notfallambulanzen versorgten Notfälle verteilen sich dagegen viel gleichförmiger auf alle sieben Wochentage, wenngleich am Wochenende ein leicht höheres Versorgungsaufkommen zu erkennen ist (ca. 35% ihrer ambulanten Notfälle).

Vergleicht man die Wochentage Montag bis Freitag miteinander und stellt sie dem Wochenende gegenüber, so ergeben sich zwei Auffälligkeiten. Zum einen ist zu erkennen, dass mittwochs und freitags mehr Notfälle zu versorgen sind als an den anderen drei Wochentagen. Dies trifft sowohl auf die ambulanten Praxen als auch auf die Notfallambulanzen zu. Hier liegt als Erklärung nahe, dass an diesen beiden Tagen die Öffnungszeiten der ambulanten Praxen innerhalb der allgemeinen ambulanten Versorgung eingeschränkt sind. Zum anderen übernehmen ambulante Arztpraxen am Wochenende etwas mehr als die Hälfte der gesamten Notfallversorgung (54,9% am Samstag und 52,4% am Sonntag), während ihr Anteil an den Wo-

Tabelle 3–2

Verteilung ambulanter Notfälle auf Wochentage und Leistungserbringergruppen

	Montag	Dienstag	Mitt- woch	Don- nerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamt
Verteilung auf die Wochentage								
Ambulante Ärzte	6,4%	4,8%	12,2%	6,2%	13,8%	30,1%	26,5%	100,0%
Notfallambulanzen	13,2%	11,8%	13,3%	11,9%	14,4%	17,9%	17,5%	100,0%
Gesamt	10,3%	8,9%	12,8%	9,5%	14,1%	23,1%	21,3%	100,0%
Anteil der Notfallambulanzen und ambulanten Ärzte an der Notfallversorgung je Wochentag								
Ambulante Ärzte	25,9%	22,9%	40,1%	27,4%	41,2%	54,9%	52,4%	42,1%
Notfallambulanzen	74,1%	77,1%	59,9%	72,6%	58,8%	45,1%	47,6%	57,9%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit mindestens 180 Versichertentagen im Jahr 2014 und Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt oder Sachsen und ambulanten Notfallversorgung in diesen Regionen. Eigene Berechnung.

chentagen deutlich niedriger liegt. Auf die Notfallambulanzen entfallen wochentags zwischen 58,9% (freitags) und 77,2% (dienstags) aller Notfälle.

Leider lässt sich weder mit den vorliegenden Abrechnungsdaten noch in Verbindung mit anderen Überlegungen analysieren, zu welcher Tages- oder Uhrzeit ambulante Praxen oder die Notfallambulanzen aufgesucht wurden.¹³ Ein großer Anteil der Notfallpatienten wird sicher abends und nachts behandelt. Allerdings erfolgt die Versorgung in Notfallambulanzen auch tagsüber in erheblichem Umfang (vgl. DGI-NA 2014; Busse 2014).

Generell wird der Mix der Notfallversorgung durch ambulante Ärzte und Krankenhäuser auch durch unterschiedliche regionale Versorgungsmodelle beeinflusst. So betreiben viele Kassenärztliche Vereinigungen sogenannte Anlaufpraxen an oder in Krankenhäusern, die dazu dienen, die Notfallambulanzen von allgemeinen Versorgungsaufgaben zu entlasten, für die die besonderen Versorgungsstrukturen eines Krankenhauses nicht erforderlich sind. Andere KVen wiederum wie Berlin betreiben gar keine Anlaufpraxen, dafür aber einen mobilen Notfalldienst, der nachts sowie tagsüber Patienten aufsucht.

3.2.4 Versorgungsunterschiede zwischen Notfallambulanzen und ambulanten Praxen

Zwischen den ambulanten Praxen und den Notfallambulanzen sind grundsätzliche Versorgungsunterschiede zu erkennen (Tabelle 3–3), wenn diejenigen EBM-Leistungen untersucht werden, die zusätzlich zu den Notfallpauschalen (EBM 01210 ff.) abgerechnet werden.¹⁴ Bereits diagnosebezogene Auswertungen haben verdeutlicht, dass Verletzungen (ICD-Hauptgruppe 19) überwiegend in den Notfallambulanzen (Dräther und Mostert 2016, S. 58) und Atemwegserkrankungen zu einem großen Teil auch in ambulanten Praxen behandelt werden (ebenda, S. 58).

Hinsichtlich der Versorgungsspektren von ambulanten Praxen und Notfallambulanzen gemäß EBM zeigt sich: In 16,3% aller ambulanten Notfälle werden diagnostische bzw. bildgebende radiologische Verfahren (Röntgen, Computer- (CT) oder Magnetfeld-Resonanz-Tomographie (MRT)) eingesetzt. Diese Leistungen werden nahezu ausschließlich (99%) durch die Notfallambulanzen der Krankenhäuser erbracht und kommen bei 27,2% der dort behandelten Notfälle zum Einsatz. Ähnlich verhält es sich bei der Ultraschalldiagnostik. Sie wird zwar mit 7,2% aller Notfälle seltener aber gleichfalls weitestgehend nur in der Notfallversorgung via Notfallambulanz eingesetzt (95,8% der abgerechneten Leistungen).

Ambulante Praxen weisen in ihrer Notfallversorgung andere Schwerpunkte auf. Die ambulanten Ärzte suchen bei 23,6% der von ihnen behandelten Notfälle die

13 Eine Unterscheidung zwischen nächtlich und tagsüber zu versorgenden Notfällen ist gemäß dem EBM (Ziffer 01212) erst seit Beginn 2015 und in wenigen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem vierten Quartal 2014 möglich und konnte daher bei den vorgenommenen Auswertungen nicht erfolgen..

14 Zudem werden unter „weiteren Maßnahmen“ solche verstanden, die unmittelbar in den ambulanten Praxen oder Notfallambulanzen geleistet werden. Wird ein Notfallpatient in ein Krankenhaus oder zu einem ambulanten Facharzt überwiesen, so handelt es sich um Maßnahmen außerhalb der ambulanten Notfallversorgung.

Tabelle 3–3

Behandlungsschwerpunkte bei ambulanten Notfällen je Leistungserbringergruppe

EBM-Kapitel	Kapitelbezeichnung	Gesamt	Anteile innerhalb		Anteile je Leistungserbringergruppen	
			ambulanter Praxen	Notfallambulanz	ambulante Praxen	Notfallambulanz
---	Notfälle insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	40,8%	59,2%
---	davon zusammen mit weiteren EBM-Leistungen inkl. Wegepauschalen etc. (EBM-Kap. 1.4)	51,4%	33,9%	63,4%	26,9%	73,1%
---	davon zusammen mit weiteren EBM-Leistungen ohne Berücksichtigung von Wegepauschalen etc. (EBM-Kap- 1.4)	41,7%	10,2%	63,4%	10,0%	90,0%
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	9,6%	23,6%	0,0%	100,0%	0,0%
1.7.4	Mutterschaftsvorsorge	1,1%	0,0%	1,8%	0,4%	99,6%
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen, darunter ...	14,4%	4,4%	21,3%	12,4%	87,6%
2.1	Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	2,6%	1,4%	3,4%	22,8%	77,2%
2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	11,6%	2,8%	17,7%	9,8%	90,2%
9	Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen	1,0%	0,8%	1,2%	33,2%	66,8%
32	Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie	12,7%	5,0%	18,0%	15,9%	84,1%
33	Ultraschalldiagnostik	7,2%	0,7%	11,6%	4,2%	95,8%
34	Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie	16,3%	0,4%	27,2%	1,0%	99,0%

Notfälle enthalten Leistungen des EBM-Kapitel 1.2 oder ergeben sich aus den regional vereinbarten Notfallpauschalen (siehe dazu auch Abschnitt 3.1.2). „Weitere EBM-Leistungen“ liegen dann vor, wenn Leistungen aus anderen EBM-Kapiteln abgerechnet wurden (Ausnahme: EBM-Ziffer 32001, die immer mit abgerechnet wird). Leistungen des EBM-Kapitels 1.4 zeigen an, dass der Notfall leistende Arzt zu dem zu behandelnden Patienten hingefahren ist.

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen und ambulanten Notfallversorgern in diesen Regionen.

Patienten in ihrer häuslichen Umgebung auf. Notfallambulanzen werden hingegen vom Patienten aufgesucht, sei es unter Zuhilfenahme des Rettungsdienstes oder auf andere Weise.¹⁵ Bei Patienten, die von ambulanten Ärzten notfallbehandelt werden, werden lediglich bei 10,2 % der Notfälle weitere (EBM-)Leistungen erbracht: Hierzu zählen im Wesentlichen Laboruntersuchungen, kleinchirurgische Eingriffe, Infusionen und Transfusionen.¹⁶ In den Notfallambulanzen werden dagegen bei insgesamt 63,4 % der Notfälle weitere vergütungsrelevante Maßnahmen ergriffen.

Ausschlaggebend für das umfangreichere Versorgungsspektrum in Notfallambulanzen sind die schon betrachteten radiologischen Leistungen (Röntgen, CTs etc.) und die Ultraschalldiagnostik. Aber auch Laboruntersuchungen und kleinchirurgische Eingriffe treten in Notfallambulanzen viel häufiger auf als in ambulanten Praxen. In 1,8 % der Notfälle in Notfallambulanzen werden auch Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß der Mutterschafts-Richtlinie erbracht.¹⁷

Die Notfallpauschalen des EBM (01210 ff.) bilden das tatsächliche Versorgungsgeschehen nicht vollständig bzw. nur „pauschal“ ab, wenn beispielsweise mehrere und ggf. unterschiedliche Fachärzte an der Behandlung eines Patienten beteiligt sind. Ob Arzneimittel verabreicht wurden, ist bei den abgerechneten Notfällen ebenfalls nicht oder nur unvollständig zu erkennen.¹⁸

Ambulante Praxen veranlassen im Bedarfsfall weitere medizinische Maßnahmen. Bei 14,7 % der in ambulanten Praxen behandelten Notfälle findet am selben Tag eine weitere Behandlung in Notfallambulanzen oder im Rahmen stationärer Aufnahmen im Krankenhaus statt. Rund jeder elfte Patient wird am selben Tag in einem Krankenhaus vollstationär aufgenommen (8,8 %) und 6,2 % von ihnen werden in Notfallambulanzen weiterbehandelt.¹⁹

15 Der Rettungsdienst ist nicht Gegenstand dieses Beitrags. Wie oft dieser gerufen wird, kann an dieser Stelle daher nicht näher untersucht werden. Auch nachdem ein ambulanter Arzt einen Notfallpatienten aufgesucht hat, kann anschließend der Rettungsdienst gerufen worden sein, um den Patienten in ein Krankenhaus zu bringen.

16 „Sachkosten“ des EBM-Kapitels 40 wie beispielsweise das Abrechnen eines Arztbriefs sind aufgenommen und werden dabei nicht zu den EBM-relevanten Maßnahmen gerechnet.

17 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). Siehe <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/>.

18 Davon zu unterscheiden sind die in den Notfallambulanzen ausgestellten Rezepte, deren Kosten die Krankenkassen ggf. übernehmen. Derartige Verordnungen wurden nicht untersucht.

19 Aus den Abrechnungsdaten kann nicht entnommen werden, ob ein Patient zuerst eine ambulante Praxis und anschließend eine Notfallambulanz aufgesucht hat. Diese Reihenfolge der Patientenbehandlung ist zwar anzunehmen, es kann aber auch sein, dass morgens eine Notfallambulanz und abends wegen eines anderen medizinischen Behandlungsbedarfes eine ambulante Praxen aufgesucht wurde.

3.3 Die ambulante Notfallversorgung 2009 bis 2014

3.3.1 Allgemeiner Trend einer zunehmenden ambulanten Notfallversorgung?

Auf den ersten Blick gibt das Niveau ambulanter Notfalleistungen des Jahres 2014 keine Überraschung preis. Die Zahl der Notfälle hat sich im Vergleich zum Ausgangsjahr 2009 bei nahezu gleich gebliebener Versichertenzahl kaum verändert (Tabelle 3–4). Die Fallzahl je 1 000 AOK-Versicherte ist nach fünf Jahren um 4,1% höher und damit im Hinblick auf Schwankungen, die zwischen einzelnen Jahren auftreten, nicht besonders auffällig. Sowohl spezifische Krankheitswellen als auch kalendarische Effekte können derartige Veränderungen zwischen zwei Kalenderjahren erklären, etwa wenn in einem der beiden Jahre vergleichsweise viele gesetzliche Feiertage auf einen Wochentag fallen. In dem betrachteten Zeitraum 2009 bis 2014 fielen in einzelnen Jahren und in einzelnen KV-Regionen bis zu drei zusätzliche Arbeitstage an.²⁰

Daneben sind in den Jahren 2009 und 2013 Sondereffekte zu beobachten. So ging die Zahl der ambulanten Notfälle im Wechsel von 2009 nach 2010 um 7,9% zurück (Tabelle 3–5). Verantwortlich dafür dürfte wesentlich die „pandemische Influenza (H1N1)“ im Jahr 2009 sein, die so stark wie in keinem der Jahre zuvor ausfiel und zum Herbst des Jahres ihren Höhepunkt erreichte (RKI 2010, S. 11 ff.). Genau zu dieser Jahreszeit lag 2009 auch das Versorgungsniveau ambulanter Notfälle so hoch wie in keinem anderen der untersuchten Jahre.²¹ Auch die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen fiel 2009 signifikant höher aus als in den Vor- und Folgejahren (Meyer und Meschede 2016, S. 278 u. 279). In der Konsequenz weist das Jahr 2009 ein höheres Notfallversorgungsniveau auf als die Folgejahre bis einschließlich 2012. Da 2010 von keiner vergleichbaren Grippewelle heimgesucht wurde, ging die Anzahl ambulanter Notfälle deutlich zurück.

In den Folgejahren 2011 und 2012 hat sich die Zahl ambulanter Notfälle je GKV-Versicherter gegenüber den Vorjahren lediglich um 2,6% und 1,0% verändert. Im Jahr 2013 stieg die Fallzahl deutlich um über 11% an und lag damit auf dem höchsten Wert im beobachteten Zeitraum.²² Der in allen untersuchten KV-Regionen zu beobachtende deutliche Anstieg ist auf zwei besondere Ereignisse zurückzuführen: Zum einen war 2013 ebenfalls ein Jahr mit einer ausgeprägten Influenza-

20 In den untersuchten Bundesländern hatten die Jahre 2013 und 2014 im Vergleich zu den Vorjahren bis zu drei Arbeitstage weniger; siehe dazu <http://www.kalenderpedia.de/>.

21 Die Inanspruchnahme ambulanter Notfalleistungen liegt in den hier verwendeten Daten zwischen der 45. und 48. Kalenderwoche 2009 um bis zu 40% höher als in allen anderen untersuchten Jahren 2010 bis 2014. Weitere vergleichbar signifikante Abweichungen sind im Zeitraum 2009 bis 2014 nicht festzustellen.

22 Die Zahl der GKV-Versicherten variiert in den betrachteten Jahren, sodass richtigerweise nicht die absolute, sondern die durchschnittliche Zahl ambulanter Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte zu nennen wäre, um eine Mengenentwicklung im Zeitverlauf zu beschreiben. Mit 331 Notfällen je 1 000 GKV-Versicherte stellt das Jahr 2013 aber auch in dieser Hinsicht den Höchstwert für den gewählten Zeitraum dar, sodass die absolute Fallzahl wie auch die Fallzahl je 1 000 GKV-Versicherte in gleichgerichteter Weise einen Trend beschreiben.

Tabelle 3–4

Ambulante Notfälle bei AOK-Versicherten im Zeitverlauf 2009 bis 2014 je Leistungs-erbringergruppe*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ambulante Notfälle in Mio.						
Ambulante Ärzte	1,82	1,60	1,60	1,55	1,69	1,57
Notfallambulanzen	1,83	1,78	1,87	1,83	2,08	2,14
Gesamt	3,65	3,37	3,47	3,38	3,77	3,71
Notfälle je 1000 AOK-Versicherte						
Ambulante Ärzte	155,7	136,3	136,5	136,5	148,7	137,6
Notfallambulanzen	156,9	151,5	158,8	161,8	182,8	187,8
Gesamt	312,6	287,8	295,3	298,3	331,5	325,4
... Veränderungen im Verhältnis zu 2009						
Ambulante Ärzte		-12,5 %	-12,3 %	-12,4 %	-4,5 %	-11,7 %
Notfallambulanzen		-3,4 %	1,2 %	3,1 %	16,5 %	19,7 %
Gesamt		-7,9 %	-5,6 %	-4,6 %	6,0 %	4,1 %
... Veränderungen im Verhältnis zum Vorjahr						
Ambulante Ärzte		-12,5 %	0,2 %	-0,0 %	9,0 %	-7,5 %
Notfallambulanzen		-3,4 %	4,8 %	1,9 %	13,0 %	2,7 %
Gesamt		-7,9 %	2,6 %	1,0 %	11,1 %	-1,9 %

* Berechnungen auf Basis von Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2014 von AOK-Versicherten mit Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen.

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

enza-Welle, die mit einer vermehrten Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung einherging.²³ Zum anderen ist mit Wirkung zum 1.1.2013 die Praxisgebühr abgeschafft worden,²⁴ die auch im Rahmen der Notfallversorgung zu entrichten war, sofern GKV-Versicherte nicht generell von der Zuzahlung befreit waren. Beide Ereignisse dürften die erneut deutlich höhere Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen im Vergleich zu den Vorjahren erklären.

Dass die Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 zu einem Niveausprung hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen geführt hat, scheint als Erklärung plausibel. Gestützt wird diese Annahme dadurch, dass es 2014 zu keinem nennenswerten Absinken des Fallzahl-niveaus kam, obwohl dieses Jahr im Vergleich zum Vorjahr ohne vergleichbare Grippewelle verlief.

23 Vgl. Robert Koch-Institut 2014, S. 11 ff. Korrespondierend zu der vom Robert Koch-Institut festgestellten Grippewelle zeigen interne Auswertungen eine deutlich gestiegene Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen in Verbindung mit Atemwegserkrankungen an. Auch die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen wegen Atemwegserkrankungen weist im Jahr 2013 einen sehr hohen Wert auf (vgl. Robra et al. 2016, S. 278–279).

24 Abschaffung der Praxisgebühr durch das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20.12.2012 (BGBl I S. 2789).

Tabelle 3–5

Anteil der Notfallambulanzen an der Gesamtzahl ambulanter Notfälle

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Durchschnitt ausgewählter Regionen	50,2 %	52,6 %	53,8 %	54,2 %	55,1 %	57,7 %
Minimum	34,4 %	38,6 %	41,0 %	42,5 %	42,8 %	47,4 %
Maximum	76,6 %	76,1 %	76,5 %	76,1 %	77,0 %	78,3 %

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

3

Letztlich lässt sich auf Basis der analysierten AOK-Stichprobe für 14 KVen ein allgemeiner Trend einer zunehmenden ambulanten Notfallversorgung nicht belegen. Maßgeblich scheinen vielmehr Schwankungen der Fallzahlen zu sein, bedingt durch spezifische Krankheitswellen, die Abschaffung der Praxisgebühr und kalendarische Effekte. Die Autoren vertreten allerdings die Hypothese, dass es durch die Abschaffung der Praxisgebühr zu einem Niveausprung in der Versorgung infolge eines veränderten Inanspruchnahmeverhaltens gekommen ist.

3.3.2 Strukturverschiebung in der ambulanten Notfallversorgung

Ließ sich aufgrund der benannten Sondereffekte kein allgemeiner Trend eines steigenden Inanspruchnahme-Niveaus identifizieren, so gilt dies allerdings nicht für die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen. Denn diese haben 2014 im Vergleich zum Jahr 2009 fast 20% mehr Notfälle versorgt, während es bei den ambulanten Praxen 11,7% weniger Notfälle waren (Tabelle 3–5). Mit Ausnahme des Übergangs von 2009 auf 2010 stieg jedes Jahr die Fallzahl (sowohl die absolute als auch die durchschnittliche Fallzahl je Versicherter) in Notfallambulanzen an. Im Durchschnitt über die vierzehn untersuchten Regionen wuchs der Anteil der in Notfallambulanzen versorgten Notfälle von rund 50% im Jahr 2009 auf fast 58% im Jahr 2014 – eine Entwicklung, die in nahezu allen untersuchten Regionen zu beobachten ist (Tabelle 3–5). 2014 wurden in den einzelnen Regionen mindestens 47,4%

Tabelle 3–6

Weitere medizinische Behandlung von Notfallpatienten ambulanter Praxen in Notfallambulanzen und Krankenhäusern im Zeitraum 2009 bis 2014

Jahr	(1) Bei (anderen) ambulanten Praxen	(2) Am selben Tag Versorgung in Notfallambulanzen	(3) Am selben Tag vollstationäre Aufnahme	(4) Sowohl (2) als auch (3)	(5) Entweder (2) oder (3)
2014	1,23 %	6,24 %	8,82 %	0,13 %	14,71 %
2013	1,14 %	5,72 %	8,81 %	0,12 %	14,20 %
2012	1,14 %	5,67 %	9,68 %	0,13 %	15,01 %
2011	1,19 %	5,42 %	9,73 %	0,12 %	14,82 %
2010	1,22 %	5,04 %	10,01 %	0,14 %	14,70 %
2009	1,17 %	4,72 %	9,53 %	0,14 %	13,93 %

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

und bis zu 78 % aller ambulanten Notfälle in Notfallambulanzen behandelt. Lediglich in Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen lassen sich keine oder nur geringere Verschiebungen hin zu den Notfallambulanzen feststellen.

Gleichzeitig werden zunehmend mehr Versicherte, die in ambulanten Praxen notfallversorgt werden, am gleichen Tag auch in Notfallambulanzen behandelt (siehe Spalte (2) in Tabelle 3–6). Sind 2009 noch 4,7 % der Notfallpatienten ambulanter Praxen am selben Tag auch in Notfallambulanzen behandelt worden, so waren es 2014 mit 6,2 % deutlich mehr. Über die Jahre zeigt sich ein stetiger Anstieg. Auf der anderen Seite geht der Anteil an Versicherten, die am selben Tag vollstationär aufgenommen werden, tendenziell zurück (Spalte (3) in Tabelle 3–6).

3.4 Fazit

In der Grundgesamtheit von AOK-Versicherten mit Wohnort in einem der ausgewählten Bezirke von insgesamt 14 Kassenärztlichen Vereinigungen haben 2014 20 % der Versicherten im Durchschnitt 1,62 mal die ambulante Notfallversorgung in Anspruch genommen. 66,1 % dieser Versicherten haben dabei die Notfallambulanzen aufgesucht, auf die 57,7 % aller ambulanten Notfälle entfallen. Dort wurden 2014 fast 20 % mehr Fälle behandelt als 2009. Das tatsächliche Patientenaufkommen in Notfallambulanzen fällt allerdings deutlich höher aus, weil vollstationäre Krankenhausaufnahmen über die Notfallambulanzen nicht mitgezählt sind. In den ambulanten Praxen wurden 2014 lediglich 1,57 Mio. Versicherte und damit deutlich weniger als 2009 versorgt.²⁵ Die ambulante Notfallversorgung findet zu ca. 45 % am Wochenende statt, unter mehrheitlicher Beteiligung ambulanter Praxen. Montags bis freitags sind dagegen überwiegend Notfallambulanzen mit einem Anteil zwischen 59 und 77 % in der ambulanten Notfallversorgung aktiv. In der Diskussion um die Notfallversorgung wird u. a. angeführt, dass die Notfallambulanzen eine immer größere Versorgungslast tragen. Dies lässt sich auf der Basis der vorliegenden Auswertungen bestätigen, zumal dies in einigen KV-Regionen besonders ausgeprägt ausfällt.

Das Leistungsspektrum der Notfallversorgung durch ambulante Praxen und durch Notfallambulanzen unterscheidet sich erwartungsgemäß deutlich. Radiologische bildgebende Verfahren und Ultraschalluntersuchungen werden fast ausschließlich in Notfallambulanzen vorgenommen, ambulante Ärzte leisten dagegen auch eine Notfallversorgung beim Patienten zu Hause (23,6 % ihrer Fälle). Bei den Notfallambulanzen verbleiben knapp 37 % ihrer Notfälle ohne weitere medizinische Maßnahmen neben der Abrechnung der Notfallpauschale, während es bei ambulanten Praxen fast 90 % sind.²⁶ 15 % der Notfallpatienten ambulanter Praxen werden

25 Auch hier ist anzumerken, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in großem Umfang eine Art der Notfallversorgung leisten, die aber während ihrer normalen Sprechzeiten geschieht.

26 Gemeint sind solche medizinischen Maßnahmen, die nicht über die Notfallpauschale gemäß EBM-Kapitel 1.2 abgegolten werden und gemäß dem EBM zusätzlich gesondert abgerechnet werden können.

am selben Tag auch in Notfallambulanzen behandelt oder in Krankenhäusern vollstationär aufgenommen.

Es liegt nahe anzunehmen, dass das quantitative Niveau der ambulanten Notfallversorgung 2013 infolge der Abschaffung der Praxisgebühr einen Niveausprung erfahren hat, der bis zu 10% betragen könnte. Dies bedarf allerdings noch einer genaueren Analyse. Sondereffekte wie die Abschaffung der Praxisgebühr, die Influenza-Pandemien der Jahre 2009 und 2013 und kalendarische Einflüsse erlauben es jedoch im Moment nicht, die Frage zu beantworten, ob es einen allgemeinen Trend einer kontinuierlich zunehmenden ambulanten Notfallversorgung gibt.

Die kontinuierlich steigende Inanspruchnahme der Notfallambulanzen kann mit mehreren Faktoren zusammenhängen. Sie können in veränderten Präferenzen der Patienten zu finden sein, die zunehmend Versorgungszentren/Notfallambulanzen bevorzugt kontaktieren und einzelne ambulante Leistungserbringer meiden. Ebenso ist es möglich, dass die GKV-Versicherten – im kurzfristigen Bedarfsfall – keinen geeigneten Zugang zur allgemeinen ambulanten Versorgung finden und deswegen und insbesondere wochentags vermehrt auf die Notfallambulanzen ausweichen. Befragungen von Patienten in Notaufnahmen legen nahe, dass dieser Einflussfaktor relevant ist (Somasundaram et al. 2016). Ebenso liegt es aber auch im ökonomischen Interesse der Krankenhäuser, ihre Notfallambulanzen als Eingangstür für eine weitergehende vollstationäre Versorgung offen zu halten.

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Giebner M, Kirstein A. Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015, Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 77–98.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag jeweils zum 1. Juli des Jahres). <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>. Stand: August 2016.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). „Wer die Notfallversorgung verbessern will, muss auch die Finanzierung sichern“. Pressemitteilung vom 06.09.2016. http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/38/aid/15125/start/10/title/DKG_zum_Gutachten_des_vdek.
- Deutscher Bundestag 2014. Drucksache 18/2302. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Cornelia Möhring, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
- Dräther H, Mostert C. Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer. In: Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 43–52.
- Huke T, Robra B. Notfallversorgung im stationären Sektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 61–76.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Honorarbericht für das erste Quartal 2014. Zahlen und Fakten. <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>, Stand 30.11.2016.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (Hrsg). KVB-Forum 12/2015. Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Stuttgart: Kohlhammer 2015; 40.
- Management Consult Kestermann GmbH (MCK). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Erstellt in Kooperation mit der Deut-

schen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA). Hamburg 2015; 81.

Meyer M, Meschede M. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2015. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg). Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Berlin, Heidelberg: Springer 2016; 251–454.

Robert Koch-Institut 2010: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2009. Berlin: Eigenverlag 2010; 201.

Robert Koch-Institut 2014: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2013. Berlin: Eigenverlag 2014; 211.

Robert Koch-Institut 2015: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2014. Berlin: Eigenverlag 2015; 233.

Somasundaram R, Geissler A, Leider B, Wrede C. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. In: Gesundheitswesen (Online-Publikation); im Erscheinen.

Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung in Deutschland (Zi). „Zu viele Patienten in Notfallambulanzen – Steuerung notwendig“. Pressemitteilung vom 15. September 2015. Analyse der Notfallbehandlung 2009–2014. <http://www.zi.de/cms/presse/2015/22-september-2015/>, Stand 30.11.2016.