

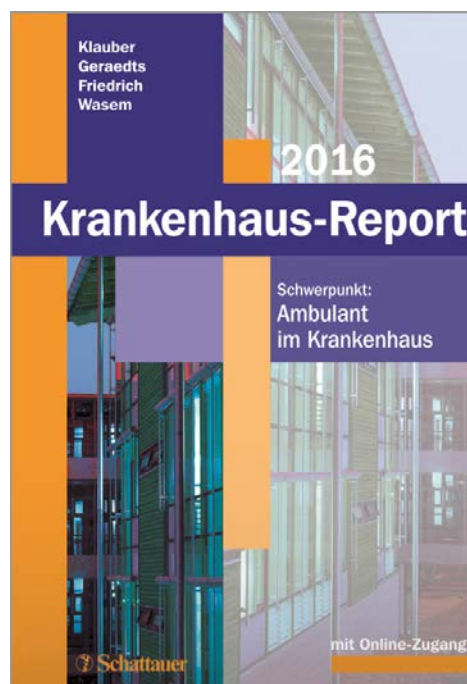
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

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

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 43-62



3	Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer	43
	<i>Hendrik Dräther und Carina Mostert</i>	
3.1	Einleitung.....	44
3.2	Struktur des organisierten Notdienstes in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern	45
3.3	Angebot und Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen	46
3.3.1	Datengrundlage und methodische Hinweise	46
3.3.2	Analyse der Leistungserbringer im Krankenhausbereich.....	47
3.3.3	Ambulantes Fallzahlvolumen in den Krankenhäusern.....	50
3.3.4	Inanspruchnahme nach Alter und Wohnort	52
3.3.5	Notfallversorgung nach Wochentagen	55
3.3.6	Übergänge zwischen ambulanten Ärzten und Krankenhäusern.....	56
3.3.7	Dokumentierte Behandlungsanlässe in Krankenhäusern und bei ambulanten Ärzten.....	57
3.4	Fazit	60

3 Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer

Hendrik Dräther und Carina Mostert

Abstract

Im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung werden bundesweit schätzungsweise mehr als 18,6% der GKV-Versicherten pro Jahr behandelt. Auf Basis von AOK-Abrechnungsdaten des Jahres 2013 für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern werden regionale Unterschiede sichtbar: In Berlin werden z. B. 20,8% der AOK-Versicherten mindestens einmal im Jahr ambulant notfallversorgt, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen 14,4%. Formal obliegt die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung zwar den Kassenärztlichen Vereinigungen, allerdings werden – gemäß den Hochrechnungen – mehr ambulante Notfälle an Krankenhäusern als von Vertragsärzten versorgt. In Berlin und Brandenburg rechnen die Krankenhäuser sogar ca. drei Viertel der ambulanten Notfälle ab. Zudem weisen einzelne Krankenhäuser mehr ambulante Notfälle als vollstationäre Aufnahmen auf. Erwartungsgemäß nehmen die GKV-Versicherten die ambulante Notfallversorgung vor allem am Wochenende in Anspruch und suchen Krankenhäuser insbesondere bei „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ auf. Der Versorgungsschwerpunkt ambulanter Ärzte liegt dagegen bei Krankheiten des Atmungssystems. Knapp 15% der Notfallpatienten, bei denen ambulante Ärzte medizinische Hilfe leisten, werden am gleichen Tag auch im Krankenhaus ambulant notfallversorgt oder stationär aufgenommen.

In Germany, more than 18.6% of SHI insurees per year are treated in the context of ambulatory emergency care. An analysis of AOK claims data of 2013 for Berlin, Brandenburg and Mecklenburg-Vorpommern reveals regional differences. In Berlin, 20.8% of the AOK insurees are treated at least once a year as emergency outpatients, whereas in Mecklenburg-Vorpommern this applies only to 14.4%. Formally, it is the responsibility of the physicians' associations to ensure outpatient emergency care; however – according to the extrapolations –, overall more emergency outpatients are treated in hospitals than by office-based physicians. In Berlin and Brandenburg hospitals settle as much as three quarters of the outpatient emergency cases. As a result, some hospitals even treat more emergency outpatients than inpatients. As expected, SHI insurees utilise outpatient emergency care especially on weekends and visit hospitals particularly for the treatment of “injuries, poisoning and certain other consequences of external causes”. Office-based physicians, on the other hand, mainly treat respiratory system diseases in an emergency context. Nearly 15% of emergency patients undergoing medical assistance of ambulatory physicians are also treated as emergency outpatients in a hospital or hospitalized on the same day.

3.1 Einleitung

Eine der Schnittstellen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung stellt die sogenannte ambulante Notfallversorgung dar. An dieser sind sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Vertragsärzte und die bei ihnen angestellten Ärzte (im Folgenden als „ambulante Ärzte“ bezeichnet) beteiligt. Im Jahr 2013 haben die Krankenhäuser ca. 7,5 Mio. GKV-Versicherte innerhalb eines Jahres mindestens einmal (ca. 10,5 Mio. Notfälle)¹ ambulant versorgt.² Ambulante Ärzte leisteten 2013 bei knapp 6,9 Mio. GKV-Versicherten in ca. 10,4 Mio. Fällen – also im vergleichbaren Umfang wie die Krankenhäuser – ambulant ärztliche Notfallhilfe.³ Das entspricht einer Inanspruchnahmerate von insgesamt 18,7% der Versicherten, wobei sie bei Krankenhäusern bei 10,7% und bei ambulanten Ärzten bei 9,8% lag.⁴

Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, alle medizinischen Notfälle zu versorgen, auch wenn keine weitergehende stationäre Versorgung erforderlich ist (vgl. Laufs und Kern 2010; § 80 Rz. 34). Unabhängig davon kommen ambulante Ärzte einem Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1b SGB V nach, der bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) liegt und der einen organisierten „Notdienst“ zu den „sprechstundenfreien Zeiten“ der Vertragsarztpraxen zur Folge hat. Die Ausgestaltung des ambulanten oder ärztlichen Notfalldienstes (im Folgenden als organisierter Notdienst bezeichnet) obliegt den jeweiligen KVen, die dabei nur an wenige bundesweite Vorgaben gebunden sind. Die in diesem Beitrag beschriebene ambulante Notfallversorgung setzt sich somit aus den in Krankenhäusern behandelten ambulanten Notfällen und dem organisierten Notdienst zusammen.⁵

Um die ambulante Notfallversorgung wird eine intensive Diskussion geführt. Zum einen wird eine sachgerechtere Vergütung der Krankenhäuser gefordert. Zum anderen wird die Frage gestellt, inwiefern die Krankenhäuser dabei auch einen Teil des Sicherstellungsauftrages der KVen übernehmen. Ebenfalls Gegenstand der Diskussion ist, ob Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen und der durch die Länder zu organisierende Rettungsdienst – u. a. aufgrund fehlender gemeinsamer Steuerung – effizient und bedarfsgerecht organisiert sind (vgl. Augurzyk et al. 2015).

1 Zur Definition eines Notfalls siehe Abschnitt 3.3.1.

2 Eigene Hochrechnung auf Basis von Abrechnungsdaten des Jahres 2013 für AOK-Versicherte mit Wohnort in Bayern, Schleswig-Holstein, Hessen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern oder Brandenburg mit in diesen Bundesländern abgerechneten ambulanten Notfallbehandlungen und auf Basis der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit zur Anzahl der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (KM 6) für das Jahr 2013 (BMG 2014).

3 Quelle: siehe Fußnote 2. Diese GKV-Versicherten werden im Durchschnitt 1,5 mal im Jahr durch ambulante Leistungserbringer ambulant notfallversorgt (vgl. Tabelle 3–3).

4 Die Inanspruchnahmerate drückt das Verhältnis von Versicherten mit der Inanspruchnahme mindestens einer ambulanten Notfallleistung zu der Gesamtheit aller Versicherten aus. Ein signifikanter Anteil der Versicherten wird im Laufe eines Jahres sowohl durch ambulante Ärzte als auch in Krankenhäusern ambulant notfallversorgt. Die Inanspruchnahmerate insgesamt fällt daher kleiner aus als die Summe der beiden einzelnen Inanspruchnahmeraten.

5 Leistungen des durch die Länder organisierten Rettungsdienstes sind ausgeschlossen. Sofern auch nicht an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer ambulante Notfallleistungen über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abrechnen, sind diese Leistungen jedoch Teil des organisierten Notdienstes und der folgenden Auswertungen.

Bisher liegen nur wenige empirische Untersuchungen zur ambulanten Notfallversorgung vor (vgl. auch Huke und Robra 2015). Eine durch das IGES-Institut durchgeführte und mit empirischen Schwerpunkten vorgenommene Studie zum „Ambulanten Potential in der stationären Notfallversorgung“ bezieht sich auf vollstationäre Abrechnungsdaten von Krankenhäusern und klammert damit ambulante Notfalleleistungen in dem hier definierten Sinne aus (vgl. IGES 2015). Das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus“ von der Management Consult Kestermann GmbH hat im Auftrag u. a. der Deutschen Krankenhausgesellschaft „fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten für insgesamt 612 070 ambulante Notfälle“ von insgesamt 55 Krankenhäusern untersucht. Hier stehen stationäre Kostenfragen im Vordergrund (vgl. MCK 2015).

Der vorliegende Beitrag wirft erstmals sektorenübergreifend einen empirischen Blick auf die Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen. Es werden dabei zeitliche, regionale und institutionelle Versorgungsschwerpunkte aufgezeigt. Die alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme und die dokumentierten Behandlungsanlässe werden in den Blick genommen. Ferner werden Versorgungsketten von der ambulanten Notfallversorgung durch ambulante Ärzte und Notfallambulanzen bis hin zur vollstationären Aufnahme von Notfallpatienten betrachtet.

Aufgrund regional unterschiedlicher ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen, Vergütungsregelungen, Abrechnungsmodalitäten und Kooperationen zwischen Krankenhäusern und kassenärztlichen Vereinigungen musste die Analyse für diesen Beitrag auf die drei Bundesländer Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern eingeschränkt werden. Sie kann daher keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Bundesrepublik Deutschland erheben.

3.2 Struktur des organisierten Notdienstes in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

Ziel des organisierten Notdienstes ist es, die Versorgung von gesetzlich und privat Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen keinen Arzt aufsuchen können und Patienten, die nachts, am Wochenende oder an Feiertagen dringend medizinische Hilfe benötigen, sicherzustellen. Grundsätzlich sind alle in eigener Praxis niedergelassenen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt und verpflichtet, daran teilzunehmen. Dies gilt entsprechend auch für in Praxen angestellte Ärzte und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren. Grundlage für die Durchführung und Organisation des ärztlichen Notfalldienstes ist die von den jeweiligen Vertreterversammlungen der KVen beschlossene Bereitschaftsdienstordnung bzw. Notdienstverordnung (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Berlin 2011; Landesärztekammer Brandenburg und Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 2013; Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern 2012).

Die Dienstordnungen definieren u. a. den Leistungsumfang und die Vergütung der Leistungen, die auf Grundlage des bundesweit Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), aber auch regionaler Vergütungsvereinbarungen erfolgt. Auch wenn die Beteiligung der Krankenhäuser in den Dienstordnungen des organisierten Not-

dienstes nicht gesondert geregelt ist, können mit ihnen Kooperationsvereinbarungen getroffen werden.

Im ärztlichen Notdienst in Berlin stehen den Patienten z. B. zur Verfügung:

1. der sogenannte fahrende Dienst (eigens für die diensthabenden Ärzte von der Kassenärztlichen Vereinigung bereitgestellte Fahrzeuge),
2. der ärztliche Notdienst in der Leitstelle der KV,
3. der Dienst in der KV-eigenen Erste-Hilfe-Stelle (inklusive des kinderärztlichen Notdienstes) sowie
4. der Dienst in Erste-Hilfe-Stellen von Krankenhäusern, mit denen entsprechende vertragliche Regelungen zur Einbindung in den Ärztlichen Notdienst bestehen (inklusive des kinderärztlichen Notdienstes).

In den Notdienststörungen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns werden zwar keine konkreten Kooperationen mit den Krankenhäusern getroffen, diese sind aber nicht ausgeschlossen. Eine weitere Besonderheit in Berlin besteht darin, dass der ambulante Notdienst nahezu ausschließlich außerhalb der eigenen Praxisräumlichkeiten des Arztes geleistet wird. Im Gegensatz dazu findet die Versorgung der Notfallpatienten in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern auch in den eigenen Praxisräumlichkeiten statt. Im Bedarfsfall fahren die diensthabenden Notdienstärzte aber auch zum Notfallpatienten hin. Zusätzlich gibt es in diesen beiden Regionen sogenannte Bereitschaftspraxen, die als Eigeneinrichtung der KVen betrieben werden. Der fahrende ärztliche Notdienst der KV Berlin stellt dabei nicht nur eine ambulante Versorgung außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten ab, sondern steht rund um die Uhr zur Verfügung.

3.3 Angebot und Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen

3.3.1 Datengrundlage und methodische Hinweise

Basis für die nachfolgenden empirischen Analysen zur ambulanten Notfallversorgung bei AOK-Versicherten bilden die Abrechnungsdaten nach § 295 Abs. 1 SGB V des Jahres 2013 aus den KV-Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Sie enthalten neben den Abrechnungen für Versicherte der Kassenart AOK nach §§ 5ff. SGB V auch sogenannte „Erstattungsfälle“ für Personen, die nicht zum versicherten Personenkreis in der GKV zählen. Für diese Fälle werden der AOK die Kosten durch Dritte (z. B. Sozialhilfeträger) erstattet.

Ambulante Notfalleleistungen werden von ambulanten Ärzten abgerechnet, sofern sie am organisierten Notdienst teilnehmen. Auch Krankenhäuser rechnen solche Leistungen ab. Allerdings ist hier eine Abrechnung nur dann zulässig, wenn der Patient nicht am selben Tag und im selben Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Im Falle einer stationären Aufnahme deckt die stationäre Vergütung, z. B. durch DRGs, die Leistungen in der Notfallambulanz mit ab.

Grundsätzlich werden Leistungen von Krankenhäusern fallbezogen, die von ambulanten Ärzten quartalsbezogen abgerechnet. Im Rahmen dieses Beitrages wer-

den ambulante Notfälle betrachtet, die einheitlich tages-, versicherten- und leistungserbringerbezogen gezählt werden. Leistungen des Rettungsdienstes werden ebenso ausgegrenzt wie alle weiteren „Notfalleleistungen“ ambulanter Ärzte außerhalb des organisierten Notdienstes. Da die Analyse auf Abrechnungsdaten basiert, folgt der hier verwendete Notfallbegriff damit einer administrativen Perspektive (vgl. Huke und Robra 2015).

Die ergänzenden Analysen zum stationären Leistungsgeschehen erfolgen auf Basis der Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V für AOK-Pateinten des gleichen Jahres. Im Rahmen dieses Verfahrens identifizieren sich die Leistungserbringer über das Institutskennzeichen (IK). Insgesamt gehen 145 IKs in die nachfolgende Analyse ein.⁶ Diese werden im Folgenden als Grundgesamtheit bezeichnet.

Für weitergehende Strukturinformationen der Krankenhäuser werden die gesetzlichen Qualitätsberichte nach § 137 SGB V mit dem Berichtsjahr 2013 herangezogen, die anhand ihres IKs den abrechnenden Einrichtungen zugeordnet werden. Anhand der dort dokumentierten Fachabteilungen werden die Krankenhäuser in solche mit Leistungen der stationären Grundversorgung (im Folgenden „Grundversorger“ genannt) und in Fachkrankenhäuser unterteilt. Zu den Grundversorgern wurden diejenigen Häuser gezählt, die mindestens zwei Fachabteilungen aus den Bereichen „Innere Medizin“, „Allgemeine Chirurgie“ und/oder „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ vorhalten (n = 93). Somit deckt sich die hier verwendete Definition von Grundversorgern nicht mit dem entsprechenden Begriff in Krankenhausplänen, da auch Maximalversorger Leistungen der stationären Grundversorgung anbieten. In fünf Fällen wurden nach Recherche auf den jeweiligen Internetseiten und in Landeskrankenhausplänen weitere Krankenhäuser der Gruppe der Grundversorger zugeordnet. Die übrigen Krankenhäuser gelten als Fachkliniken, da sie in der Regel entweder höchstens zwei Fachabteilungen vorhalten (n = 30) oder ausschließlich in den Bereichen Psychiatrie und/oder Neurologie tätig sind (n = 5). Im Ergebnis ergibt sich für die Analyse eine Aufteilung der 145 Krankenhäuser in 98 Grundversorger und 47 Fachkliniken.⁷

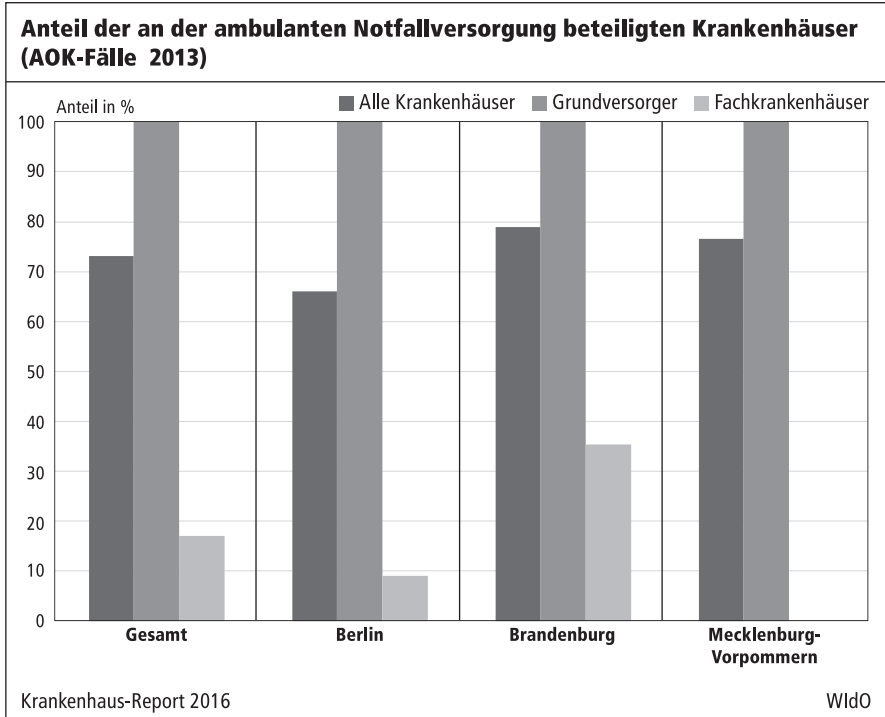
3.3.2 Analyse der Leistungserbringer im Krankenhausbereich

Von den betrachteten 145 Krankenhäusern mit stationärer Abrechnung im Jahr 2013 befinden sich 59 in Berlin, 52 in Brandenburg und 34 in Mecklenburg-Vorpommern. Von den insgesamt 98 Krankenhäusern, die laut der Definition in Abschnitt 3.3.1 Leistungen der Grundversorgung erbringen, beteiligen sich erwartungsgemäß alle an der ambulanten Notfallversorgung.

6 Für das Jahr 2013 haben die Krankenhäuser ihre stationären Fälle über 149 verschiedene IKs mit der AOK abgerechnet. Zwei Einrichtungen, die nicht in den Krankenhausplänen der jeweiligen Bundesländer aufgeführt sind, wurden aus dem Datensatz entfernt. Zudem wurde in zwei Fällen die Abrechnung eines Krankenhauses am gleichen Standort unter zwei verschiedenen Abrechnungs-IKs konsolidiert.

7 Die Autoren danken der AOK Nordost für Auswertungen zu den ambulanten Notfalleleistungen von Krankenhäusern und der Bereitstellung von Strukturmerkmalen zu anonymisierten Betriebsstättennummern („Grundversorger“ oder „Fachkrankenhaus“) und Kennzeichen zum Standort (Agglomerationsdichte).

Abbildung 3–1



Für Fachkliniken ist die Beteiligung an der ambulanten Notfallversorgung dagegen nicht die Regel. In Mecklenburg-Vorpommern ist fast jedes vierte Krankenhaus eine Fachklinik nach o. g. Definition, keines dieser Häuser erbringt ambulante Notfallleistungen. In Brandenburg beteiligen sich sechs der 17 Fachkliniken und in Berlin zwei von 20 Fachkliniken an der ambulanten Notfallversorgung.

Von den acht Fachkliniken mit ambulanten Notfällen sind fünf auf neurologische und psychiatrische Leistungen spezialisiert. Darüber hinaus existiert nur eine weitere Fachklinik dieser Art, die keine ambulanten Notfälle mit der AOK abrechnet. Von den zehn Einrichtungen mit geriatrischem Schwerpunkt behandelt nur ein Krankenhaus ambulante Notfälle. Bei orthopädischen Fachkliniken ist es eine von vier, bei Fachkliniken der Augenheilkunde eine von zwei.

Insgesamt nehmen mit 106 Krankenhäusern 73,1% der betrachteten 145 Einrichtungen an der ambulanten Notfallversorgung teil (vgl. Abbildung 3–1). Die höchste Beteiligungsquote findet sich mit 78,8% in Brandenburg, die niedrigste in Berlin mit 66,1%. Dieser Wert ist auf die große Zahl von Fachkliniken in Berlin zurückzuführen.

Aufgrund der vergleichsweise geringen Beteiligung von Fachkliniken an der ambulanten Notfallversorgung bei gleichzeitiger Teilnahme der Grundversorger im Regelfall zeigen vergleichende Analysen nach Größe, Trägerschaft und Lage erwartbare Ergebnisse: Die Teilnehmer an der ambulanten Notfallversorgung halten im Mittel 410 Betten in 9,3 Fachabteilungen vor. Das sind 24% mehr Betten

Tabelle 3–1

Besondere apparative Ausstattung der an der Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser mit Leistungen der Grundversorgung (Strukturierte Qualitätsberichte nach § 137 SGB V 2013)

Vorhandene Geräte	Anzahl der Krankenhäuser		Davon: mit 24h-Notfallverfügbarkeit	
	absolut	in %	absolut	in %
Computertomograph (CT)*	98	100,0	95	96,9
Gerät für Nierenersatzverfahren*	86	87,8	84	97,7
Angiographiegerät/DAS*	78	79,6	71	91,0
Elektroenzephalographiegerät (EEG)*	76	77,6	63	82,9
Magnetresonanztomograph (MRT)*	70	71,4	51	72,9
Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	69	70,4	15	21,7
Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen*	69	70,4	64	92,8
Mammographiegerät	57	58,2	12	21,1
Inkubatoren Neonatologie*	54	55,1	54	100,0
Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	51	52,0	10	19,6
Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung*	50	51,0	47	94,0
Kapselendoskop	46	46,9	16	34,8
Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	45	45,9	6	13,3
Hochfrequenzthermotherapiegerät	43	43,9	10	23,3
Lithotripter (ESWL)	42	42,9	3	7,1
Szintigraphiescanner/Gammasonde	34	34,7	6	17,6
Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	17	17,3	1	5,9
Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	17	17,3	1	5,9
offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph*	6	6,1	5	83,3
Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	4	4,1	1	25,0
Protonentherapie	4	4,1	0	0,0

*Verpflichtende Zusatzangabe: 24h Notfallverfügbarkeit (Ja/Nein)

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

und 28 % mehr unterschiedliche Fachabteilungen als Einrichtungen ohne Beteiligung.

Der größte Anteil der teilnehmenden Krankenhäuser in der hier betrachteten Grundgesamtheit entfällt mit 39,6 % auf freigemeinnützige Träger, gefolgt von Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft mit 32,1 %, die nur knapp ein Viertel aller Krankenhäuser in den drei Bundesländern betreiben. Die übrigen 28,3 % der beteiligten Krankenhäuser sind in privater Trägerschaft.

Mit 47,2% befindet sich fast die Hälfte der an der ambulanten Notfallversorgung beteiligten Krankenhäuser in den hier untersuchten Bundesländern in dünnbesiedelten Kreisen, 10,4% der Häuser liegen in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen. In Berlin beträgt der durchschnittliche Luftlinien-Abstand zwischen zwei beteiligten Einrichtungen 2,7 km, in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern fällt dieser mit 19,3 bzw. 21,9 km deutlich größer aus.

Laut ihren gesetzlichen Qualitätsberichten halten 16 der 98 Grundversorger, die ambulante Notfalleleistungen mit der AOK abrechnen, keine 24-stündige Notfallambulanz vor. Dieses Ergebnis lässt zwei Interpretationsmöglichkeiten zu: Entweder sind die Angaben in den Qualitätsberichten unvollständig oder 16,3% der Leistungserbringer versorgen nur zu bestimmten Uhrzeiten ambulante Notfälle⁸.

Darüber hinaus geben die Leistungserbringer im Abschnitt „Besondere Apparative Ausstattung“ des Qualitätsberichts an, im Durchschnitt insgesamt zehn Geräte vorzuhalten und davon 6,2 Geräte 24 Stunden verfügbar zu haben. Diese Zusatzangabe ist nur bei neun der 21 zur Auswahl stehenden Apparate verpflichtend (vgl. Tabelle 3–1). Ein Computertomograph (CT) steht bei allen Grundversorgern grundsätzlich zur Verfügung. Bei allen Kliniken, die einen Inkubator für Neonatologie haben, ist auch ein 24-Stunden-Betrieb dieses Geräts möglich. Von den Fachkliniken halten vier gar kein Gerät und neun keines der Geräte rund um die Uhr vor.

3.3.3 Ambulantes Fallzahlvolumen in den Krankenhäusern

Die 106 an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser rechneten im Jahr 2013 rund 410,7 Tausend ambulante Notfälle mit der AOK ab⁹. Bezogen auf alle vollstationären Krankenhausfällen entspricht dies einer Größenordnung von 65,3% (vgl. Tabelle 3–2): Auf drei vollstationäre Fälle kommen also durchschnittlich noch rund zwei ambulante Notfälle. In Berlin werden fast genauso viele Fälle ambulant notfallversorgt wie vollstationär behandelt. Für die Berliner Einrichtungen mit ambulanter Notfallversorgung übersteigt die Summe der ambulanten Notfälle sogar die der vollstationären Fälle.

Die Zahl der ambulanten AOK-Notfälle variiert erwartungsgemäß deutlich zwischen den 106 beteiligten Krankenhäusern (vgl. Abbildung 3–2). Dabei behandeln Krankenhäuser mit größeren stationären Fallzahlen in der Regel auch mehr ambulante Notfälle. Nur vier Einrichtungen erbringen im Mittel mehr als 30 ambulante AOK-Notfälle je Kalendertag, diese sind allesamt in Berlin verortet. Dagegen behandelt insgesamt ein Drittel der Einrichtungen weniger als fünf AOK-Notfälle pro Tag. In Brandenburg fällt mit 48,8% nahezu die Hälfte der beteiligten Krankenhäuser in diese Kategorie der vergleichsweise kleinen Leistungserbringer.¹⁰ In Berlin trifft dies immerhin noch auf 15,4% der teilnehmenden Krankenhäuser zu.

8 Anhand der Abrechnungsdaten ist nicht erkennbar, zu welcher Uhrzeit die Leistung erbracht wurde.

9 Nach der KV-Abrechnungslogik, in der jeder Patient, der in einem Quartal mehr als einmal in der gleichen Einrichtung behandelt wird, nur einmal zählt, entspricht diese Zahl 320,7 Tausend Quartalsabrechnungsfällen.

10 Aufgrund des unbekanntem Anteils der AOK-Versicherten an allen behandelten ambulanten Patienten auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer lässt sich nicht exakt auf die kassenüber-

Tabelle 3–2

Anteil der ambulanten Notfälle an vollstationären Krankenhausfällen (AOK-Fälle 2013)

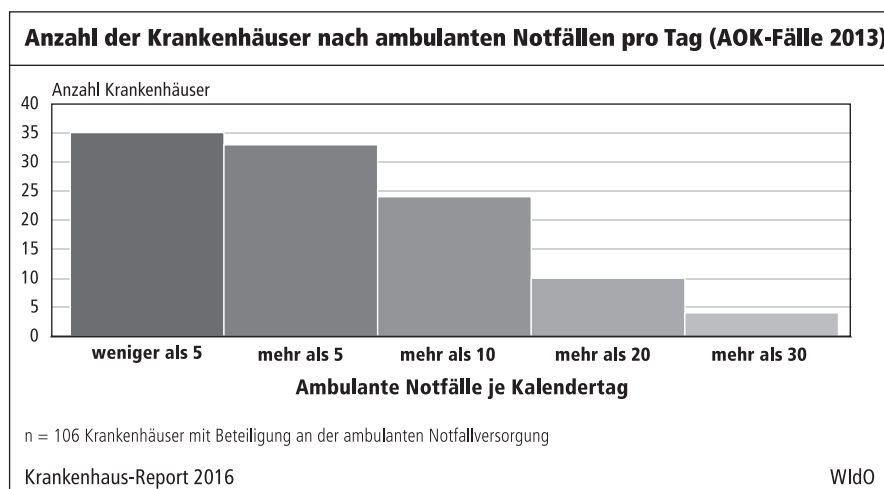
Region	Ambulante Notfälle in KH (in Tsd.)	Alle KH		KH mit ambulanten Notfällen	
		Vollstationäre Fälle (in Tsd.)	Verhältnis ambulanter Notfälle in KH zu vollstationären Fällen	Vollstationäre Fälle (in Tsd.)	Verhältnis ambulanter Notfälle in KH zu vollstationären Fällen
Gesamt	410,7	628,9	65,3 %	596,3	68,9 %
Brandenburg	107,9	215,4	50,1%	207,1	52,1 %
Berlin	240,1	247,3	97,1%	231,5	103,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	62,7	166,2	37,7%	157,6	39,8 %

Quelle: WIdO

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

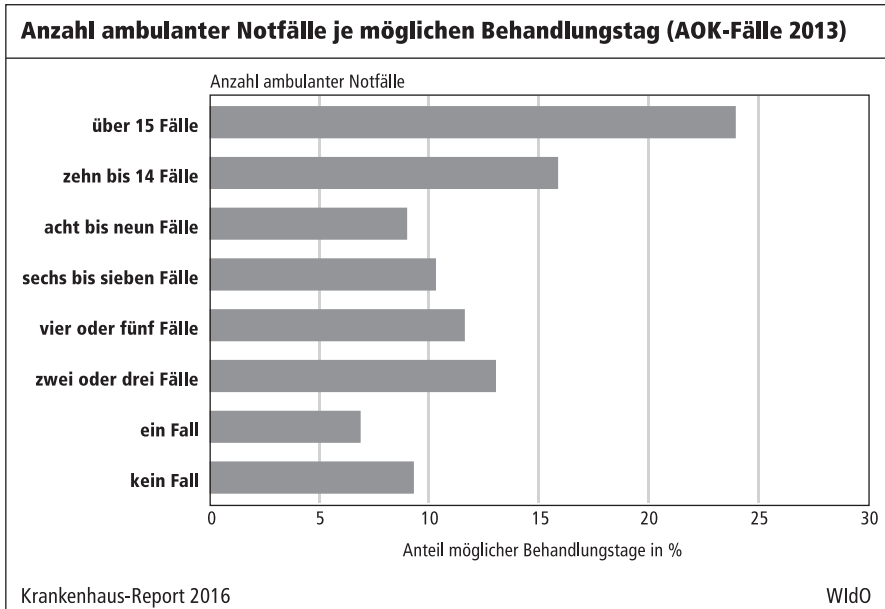
Abbildung 3–2



Die Existenz vieler kleiner Leistungserbringer in Brandenburg führt dazu, dass die Leistungen vergleichsweise konzentriert erbracht werden: Die 20 % der Häuser mit den höchsten Fallzahlen behandeln dort 50,7 % der ambulanten Notfälle. Berlin liegt mit 50,0 % auf einem identischen Niveau, während die fallzahlstärksten Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern 43,1 % der Notfälle versorgen.

greifende Fallzahl schließen. Zudem existieren alternative Abrechnungsoptionen, die unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls für vergleichbare Notfallbehandlung zur Abrechnung kommen können (z.B. vorstationäre Behandlung). Dennoch ist eine niedrige AOK-Fallzahl ein starkes Indiz dafür, dass in der entsprechenden Einrichtung insgesamt wenige ambulante Notfälle zur Abrechnung kommen.

Abbildung 3–3



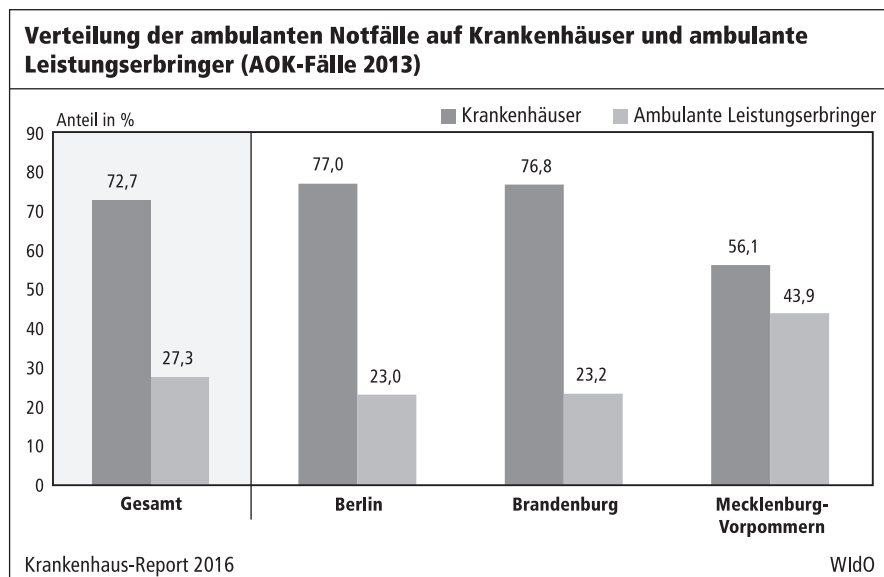
Nicht zuletzt führt die Existenz vieler kleiner Leistungserbringer dazu, dass an vielen möglichen Behandlungstagen keine bzw. sehr wenige ambulante AOK-Notfälle behandelt werden¹¹ (vgl. Abbildung 3–3). An 9,3 % der möglichen Behandlungstage sind keine AOK-Fälle behandelt worden, an 16,2 % der Tage weniger als zwei. An rund einem Drittel der Behandlungstage werden maximal drei AOK-Fälle erreicht. Auf Basis von AOK-Daten allein lassen sich allerdings keine Rückschlüsse darauf ziehen, inwieweit Einrichtungen an den entsprechenden Tagen überhaupt keine ambulante Notfallversorgung leisten. Vielmehr konzentrieren sich Behandlungstage ohne AOK-Patienten auf vergleichsweise kleine Leistungserbringer, was auf einen Stichprobeneffekt hindeutet.

3.3.4 Inanspruchnahme nach Alter und Wohnort

In Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern wird die überwiegende Zahl (72,7 %) ambulanter Notfälle in Krankenhäusern behandelt, 27,3 % durch ambulante Leistungserbringer (vgl. Abbildung 3–4). Allerdings werden in Mecklenburg-Vorpommern nur 56,1 % der ambulanten Notfälle insgesamt in Krankenhäusern versorgt, während es in Berlin mit 77,0 % und in Brandenburg mit 76,8 % deutlich mehr sind. Diese Zahlen verdeutlichen, dass die mit der vorliegenden Stichprobe untersuchte Versorgungssituation nicht repräsentativ für Deutschland ist. So

¹¹ Aus 106 Leistungserbringern und 365 Tagen im Jahr ergeben sich 38 690 mögliche Behandlungstage.

Abbildung 3–4



zeigen nicht nur die eigenen Hochrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland ein ausgeglichenes Verhältnis (so auch z. B. MCK 2015). In Berlin zum Beispiel dürfte ein höherer Anteil an ambulanten Notfällen in Krankenhäusern u. a. damit zusammenhängen, dass hier im Notfall keine von ambulanten Ärzten betriebene Notfallpraxis aufgesucht wird. Stattdessen gibt es die Möglichkeit, einen mobilen Notfalldienst zu rufen. Jeder, der eine Notfalleinrichtung aufsucht, wird in Berlin in einem Krankenhaus behandelt.

In der zugrunde gelegten Population haben 17,4% der Versicherten im Durchschnitt 1,51 mal die ambulante Notfallversorgung in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 3–3). Etwa 15,4% der Versicherten aus Brandenburg und ca. 14,4% derjenigen aus Mecklenburg-Vorpommern werden innerhalb eines Jahres mindestens einmal im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung behandelt, während die Inanspruchnahmerate für Versicherte aus Berlin mit 20,8% deutlich höher ausfällt. Möglicherweise kommen solche hohen Inanspruchnahmeraten insbesondere in städtisch geprägten Ballungsräumen wie in Berlin unter anderem wegen einer besseren Erreichbarkeit von Krankenhäusern zustande (siehe Abschnitt 3.3.2). Denn 17,7% der Versicherten mit Wohnort in Berlin werden in Krankenhäusern notfallversorgt, während es lediglich 12,6% der Versicherten mit Wohnort in Brandenburg und 9,0% derjenigen mit Wohnort in Brandenburg sind. Daneben kann das auffällig hohe Inanspruchnahme-Niveau in Berlin auch durch soziostrukturelle Merkmale der versorgten Population bedingt sein.

Für einzelne Versichertenpopulationen nimmt die ambulante Notfallversorgung unterschiedlich hohe Stellenwerte ein (vgl. Abbildung 3–5). Erwartungsgemäß gewinnt sie bei Versicherten mit einer altersbedingten höheren Morbidität an Bedeutung, die – gemessen an den Inanspruchnahmeraten – ab dem 60. bis 70. Lebensjahr

Tabelle 3–3

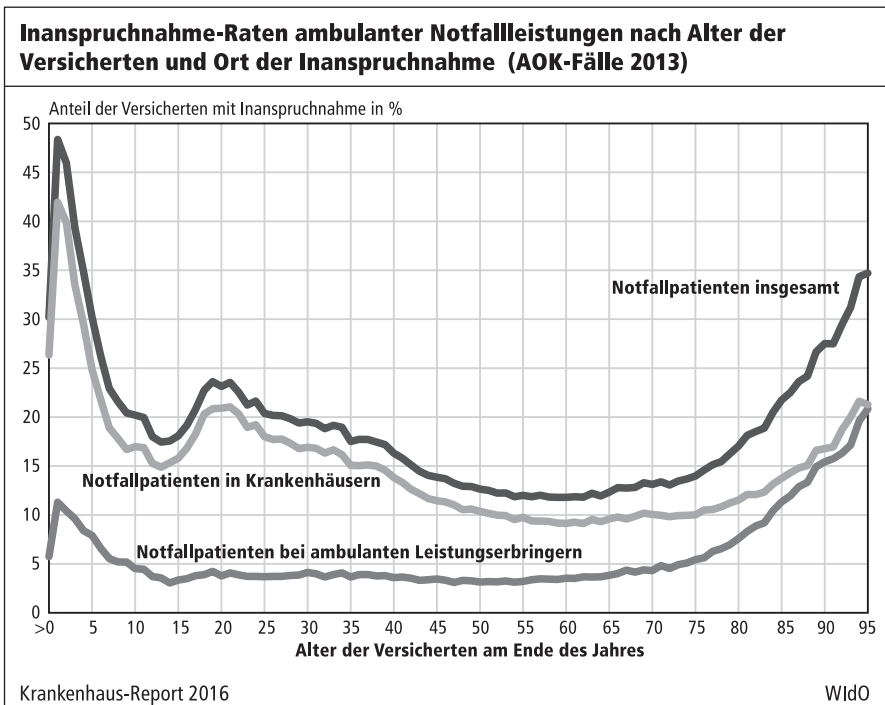
Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme ambulanter Notfallleistungen nach Regionen

Ort der Inanspruchnahme	Inanspruchnahmeraten in % der AOK-Versicherten insgesamt (2013)				Anzahl ambulanter Notfälle je Versicherten
	Berlin	Mecklenburg-Vorpommern	Brandenburg	Gesamt	Gesamt
Gesamt	20,8	14,4	15,4	17,4	1,51
In Krankenhäusern	17,7	9,0	12,6	13,8	1,40
Bei ambulanten Leistungserbringern (LB)	5,3	6,8	3,9	5,2	1,41
Sowohl in Krankenhäusern als auch bei ambulanten Leistungserbringern	2,2	1,3	1,1	1,6	3,18

Krankenhaus-Report 2016

WlDO

Abbildung 3–5

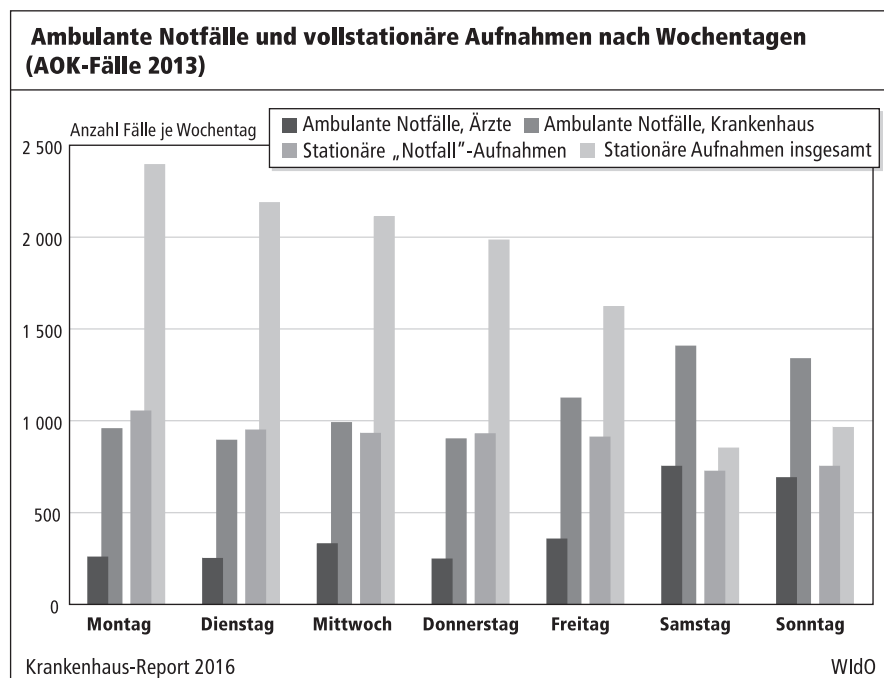


deutlich zunimmt. Bis zu 35 % der Versicherten, die älter als 90 Jahre sind, werden mindestens einmal im Jahr ambulant notfallversorgt. Ebenfalls erwartungsgemäß werden viele Versicherte im frühen Kindesalter im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung behandelt. Die Inanspruchnahmerate, hinter der in erster Linie die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen steht, erreicht im ersten Lebensjahr fast 50 %. Auffallend ist schließlich eine dritte Personengruppe: Auch Versicherte im Alter zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr – und hier insbesondere Frauen – weisen eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahmerate auf.

3.3.5 Notfallversorgung nach Wochentagen

Krankenhäuser wie auch ambulante Ärzte sollten an den Wochenendtagen die meisten ambulanten Notfälle zu versorgen haben, da an diesen Tagen die Vertragsarztpraxen weitgehend (samstags) oder grundsätzlich (sonntags) geschlossen sind.¹² An diesen beiden Tagen lässt sich auch sowohl bei den ambulanten Ärzten als auch bei den Krankenhäusern ein deutlicher Anstieg der Anzahl ambulanter Notfälle beobachten (vgl. Abbildung 3–6). In der Summe leisten die ambulanten Ärzte ca. 50 %

Abbildung 3–6



12 Auf Basis der Abrechnungsdaten ist die Uhrzeit der Leistungsanspruchnahme nicht feststellbar. Feiertage können sich grundsätzlich auf alle Wochentage verteilen, spielen aber im Vergleich zu der Gesamtzahl an Wochen- und Wochenendtagen eines Jahres nur eine geringere Rolle und sind in den Berechnungen nicht gesondert berücksichtigt.

ihrer ambulanten Notfälle am Wochenende. Bei den Krankenhäusern entfallen auf diese beiden Tage lediglich ca. 36%. Gleichzeitig geht die Anzahl der stationären Aufnahmen insgesamt um mehr als die Hälfte zurück. Die an den Wochentage verbleibenden stationären Aufnahmen sind dabei zum überwiegenden Teil auf „Notfall“-Aufnahmen zurückzuführen, bei denen im Vergleich zwischen den einzelnen Wochentagen nur relativ wenige Schwankungen zu erkennen sind. Bei den Krankenhäusern verbleiben am Wochenende erwartungsgemäß kaum planbare bzw. elektive Leistungen, sondern fast ausschließlich stationäre „Notfall“-Aufnahmen und die Versorgung ambulanter Notfälle.

Nicht unmittelbar zu erwarten war, dass generell auch freitags mehr ambulante Notfälle versorgt wurden als an den anderen Wochentagen. Das deutet darauf hin, dass die ambulanten Arztpraxen freitags weniger für Versicherte zur Verfügung stehen als an den anderen Wochentagen oder dass die Bereitschaft von Patienten und Ärzten, kurz vor einem Wochenende noch beobachtend abzuwarten, geringer ist als an anderen Werktagen. Auch ein Mittwochseffekt scheint in diesem Sinne erkennbar zu sein.

3.3.6 Übergänge zwischen ambulanten Ärzten und Krankenhäusern

Die ambulante Notfallversorgung leistenden niedergelassenen Ärzte, die Notfallambulanzen und die Krankenhäuser bilden eine Versorgungskette, in der Patienten an mehreren Stellen versorgt werden können.

Sofern ambulante Notärzte tätig werden, können diese ihre Patienten an eine Notfallambulanz überweisen, um dort insbesondere mithilfe der meist umfangreicheren technischen Ausstattung weitergehende Untersuchungen vornehmen zu lassen.¹³ Ebenso ist es dem Notfallpatienten selbst überlassen, auch ohne Überweisung am selben Tag eine Notfallambulanz aufzusuchen.¹⁴ Im Durchschnitt werden 4,2% aller Notfallpatienten, die ambulante Notärzte aufgesucht oder zu sich gerufen haben, am selben Tag auch in einer Notfallambulanz eines Krankenhauses behandelt (vgl. Abschnitt 3.4). Häufiger ist es der Fall, dass Patienten am selben Tag sowohl von ambulanten Notärzten behandelt als auch zur vollstationären Behandlung aufgenommen werden. Dies ist bei 11,0% der Patienten ambulanter Notärzte zu beobachten. Werden beide Fälle zusammengerechnet, kommen bei etwa 14,9% der Notfallpatienten von ambulanten Ärzten am selben Tag auch Leistungen von Krankenhäusern hinzu (vgl. Tabelle 3–4).

Aus Sicht der Krankenhäuser haben die Übergänge zwischen den Notfallambulanzen und den anderen Notfallversorgungsformen eine quantitativ geringere Be-

13 In den Abrechnungsdaten sind keine Angaben zur Uhrzeit der Behandlung enthalten, sodass letztlich offen bleibt, ob ein Patient zuerst von einem ambulanten Arzt und erst anschließend in einem Krankenhaus notfallversorgt wurde. Es ist davon auszugehen, dass in der Regel die ambulante Notfallversorgung einer Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist.

14 Am selben Tag können sich auch zufällig zwei Ereignisse unabhängig voneinander ereignen, die jeweils eine ambulante Notfallversorgung zur Folge haben (z. B. Unwohlbefinden am Tagesbeginn und ein Unfall am Abend).

Tabelle 3–4

Notfallpatienten* bei ambulanten Ärzten, in Notfallambulanzen oder mit vollstationärer Aufnahme am Tag der ambulanten Notfallbehandlung in % (AOK-Fälle 2013)

Ort der Notfallversorgung	(1) Bei (anderen) ambulanten Notärzten	(2) In (anderen) Notfallambulanzen	(3) In vollstationärer Versorgung	(4) Sowohl (2) als auch (3)	(5) Entweder (2) oder (3)
Ambulante Ärzte	0,7	4,2	11,0	0,2	14,9
Krankenhäuser	1,5	0,9	1,9	0,02	2,8

*Ein Notfallpatient ist definiert als ein Versicherter, für den an einem Tag mindestens einmal ein ambulanter Notfall abgerechnet wurde. Hinter einem Notfallpatienten können sich mehrere ambulante Notfälle verbergen.

Krankenhaus-Report 2016

WIdO



deutung.¹⁵ Dabei ist zu beachten, dass in diesen Regionen auf die Notfallambulanzen bereits mehr als 72% aller ambulanten Notfälle entfallen. Viele Patienten suchen im Bedarfsfall keinen ambulanten Notarzt, sondern direkt eine Notfallambulanz auf. Lediglich 1,5% der Notfallpatienten in Notfallambulanzen wurden am selben Tag auch von ambulanten Notärzten medizinisch untersucht. Auffällig ist, dass immerhin noch 0,9% der Notfallpatienten in Notfallambulanzen am selben Tag auch bei einer weiteren Notfallambulanz eines anderen Krankenhauses vorstellig wurden. Ob in diesen Fällen die Patienten an eine andere Notfallambulanz überwiesen wurden oder ob die Patienten von sich aus ohne entsprechende Überweisung eine weitere Ambulanz aufsuchten, lässt sich aus den Abrechnungsdaten nicht entnehmen. Beide Möglichkeiten stehen aber offen. Ebenfalls auffällig ist, dass ca. 1,9% der Patienten von Notfallambulanzen in einem anderen Krankenhaus vollstationär aufgenommen wurden. Auch dies ist möglich, wenn beispielsweise der Versorgungsbedarf eines Notfallpatienten sinnvollerweise in einem anderen Krankenhaus gedeckt werden muss oder soll. In der Summe dieser beiden Konstellationen werden immerhin 2,8% der Patienten von Notfallambulanzen am selben Tag in einem anderen Krankenhaus in einer Notfallambulanz versorgt oder vollstationär aufgenommen.

3.3.7 Dokumentierte Behandlungsanlässe in Krankenhäusern und bei ambulanten Ärzten

In der ambulanten Versorgung sind bei der Abrechnung von Leistungen Behandlungsanlässe mithilfe von ICD-10-Diagnosen anzugeben. Bisher wurden die ambulante Notfälle anhand der Kontakte eines Versicherten mit Leistungserbringern der ambulanten Notfallversorgung gezählt. An dieser Stelle geht jeder Versicherte, der

¹⁵ In dieser Betrachtung sind Übergänge von einer Notfallambulanz eines Krankenhauses in die stationäre Versorgung desselben Krankenhauses ausgenommen. In diesen Fällen werden keine ambulanten Notfälle, sondern stationäre (DRG-)Fälle abgerechnet, aus denen derartige Übergänge nicht zu entnehmen sind.

Tabelle 3–5

Von ambulanten und stationären Leistungserbringern kodierte Behandlungsanlässe nach ICD-Hauptgruppen und Wohnort der Versicherten* (AOK-Fälle 2013)

Nr.	Kapitel-Bezeichnung	Berlin			Mecklenburg-Vorpommern			Brandenburg			Gesamt		
		Anteile in % an Gesamt			Anteile in % an Gesamt			Anteile in % an Gesamt			Anteile in % an Gesamt		
		Ambul. LB	KH	Gesamt	Ambul. LB	KH	Gesamt	Ambul. LB	KH	Gesamt	Ambul. LB	KH	Gesamt
1	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	9,6	5,4	6,5	10,7	4,2	6,9	9,7	3,9	5,2	10,0	4,8	6,2
2	Neubildungen	1,1	0,7	0,8	2,3	0,6	1,3	2,7	0,6	1,1	1,8	0,6	1,0
3	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,7	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
4	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	4,7	2,1	2,7	7,9	1,3	4,0	8,6	1,7	3,2	6,4	1,8	3,1
5	Psychische und Verhaltensstörungen	8,0	5,3	5,9	8,3	4,0	5,8	8,7	3,8	4,9	8,2	4,7	5,6
6	Krankheiten des Nervensystems	3,3	2,7	2,8	4,0	1,5	2,5	4,9	2,0	2,6	3,8	2,3	2,7
7	Krankheiten des Auges und der Augen- anhangsgebilde	0,7	3,9	3,1	2,3	2,7	2,5	5,0	1,6	2,3	2,0	3,1	2,8
8	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,4	3,4	2,9	3,3	3,8	3,6	2,9	3,1	3,1	2,3	3,4	3,1
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	12,1	5,4	7,1	15,5	3,8	8,7	18,0	6,6	9,1	14,4	5,5	7,9
10	Krankheiten des Atmungssystems	26,5	10,3	14,3	24,8	9,0	15,5	24,8	7,8	11,6	25,6	9,4	13,9
11	Krankheiten des Verdauungssystems	8,5	6,1	6,7	8,0	3,6	5,4	7,2	4,6	5,2	8,1	5,3	6,1
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,8	3,4	3,1	2,9	2,6	2,7	3,1	2,8	2,8	2,4	3,1	2,9
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,6	9,5	12,0	14,3	11,5	12,6	15,1	12,7	13,2	17,1	10,7	12,4

Tabelle 3–5

Fortsetzung

Nr.	Kapitel-Bezeichnung	Berlin			Mecklenburg-Vorpommern			Brandenburg			Gesamt		
		Anteile in % an Gesamt			Anteile in % an Gesamt			Anteile in % an Gesamt			Anteile in % an Gesamt		
		Ambul. LB	KH	Gesamt	Ambul. LB	KH	Gesamt	Ambul. LB	KH	Gesamt	Ambul. LB	KH	Gesamt
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	3,4	5,9	5,3	5,6	3,9	4,6	5,7	4,0	4,4	4,5	5,1	4,9
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	3,7	2,8	0,0	1,6	1,0	0,0	1,4	1,1	0,1	2,7	2,0
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,2	0,2	0,4	0,0	0,2	0,5	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	21,2	16,7	17,8	24,1	22,3	23,1	23,8	19,5	20,4	22,6	18,4	19,6
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	4,0	30,0	23,6	8,3	45,9	30,3	8,4	42,1	34,5	6,2	35,9	27,7
20	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,4	0,3	0,0	0,8	0,5	0,0	0,7	0,6	0,0	0,6	0,4
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	0,7	2,3	1,9	2,2	4,6	3,6	3,0	2,7	2,8	1,6	2,8	2,4
22	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
99	Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Notfälle – in der hier verwendeten Abgrenzung – werden mehrfach gezählt, wenn bei einem Notfall Diagnosen aus unterschiedlichen ICD-Hauptkapitel angegeben wurden (die Spaltensumme der Prozentangaben sind aufgrund dieser Mehrfachzählung größer als 100 %).

Quelle: WIdO

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

innerhalb eines Quartals bei demselben Leistungserbringer mindestens einmal ambulant notfallversorgt wurde, als ein ambulanter Notfall in die Analyse ein.¹⁶

Die ambulanten Ärzte geben im Durchschnitt 1,6 ICD-10-Diagnosen je Notfall an, die Krankenhäuser 1,43. Gemessen an den dokumentierten Behandlungsanlässen lassen sich bei den Krankenhäusern andere Versorgungsschwerpunkte erkennen als bei den ambulanten Ärzten (vgl. Tabelle 3–5). So entfallen 35,9% aller Notfälle in Krankenhäusern auf die ICD-Hauptgruppe 19 „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“, die bei den ambulanten Leistungserbringer in quantitativer Hinsicht eine weit geringere Bedeutung einnehmen (6,2% der Notfälle). Bei den ambulanten Leistungserbringern sind dagegen ca. 25,6% der Notfälle auf Krankheiten des Atmungssystems (ICD-Hauptkapitel 10) zurückzuführen, während derartige Erkrankungen nur bei etwa 9,4% der in Krankenhäusern behandelten Notfälle dokumentiert werden. Berlins Krankenhäuser geben bei 30,0% ihrer versorgten ambulanten Notfälle „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ (ICD-Hauptgruppe 19) als Behandlungsanlass an, während es in Brandenburg mit 45,9% und in Mecklenburg-Vorpommern mit 42,1% deutlich mehr sind.

3.4 Fazit

Im Jahr 2013 wurden im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung schätzungsweise knapp 21 Millionen Behandlungsfälle für 14,4 Millionen GKV-Versicherte erbracht. Das entspricht etwa 18,7% der GKV-Versicherten. Besonders häufig werden Babys, Kleinkinder und Ältere ab dem 75. Lebensjahr notfallversorgt. Die ambulante Notfallversorgung hat damit einen hohen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. Auch Krankenhäuser nehmen darin eine wichtige Rolle wahr, da sie ca. die Hälfte der ambulanten Notfälle versorgen.

Die empirische Untersuchung der bundesweiten Versorgungslandschaft im Bereich der Notfallversorgung wird allerdings durch regionale Unterschiede in Aufbau, Organisation und weiteren angebots- und nachfrageseitigen Faktoren erheblich erschwert.

Für die hier untersuchten Bundesländer ist eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen festzustellen, jedoch mit deutlichen regionalen Unterschieden. So befindet sich mit Berlin ein Land in der Stichprobe, das deutlich überdurchschnittliche Häufigkeiten bei ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus aufweist. Dies ist bemerkenswert, weil Berlin bezüglich der ambulanten Angebotsdichte gemessen an Ärzten je Einwohner einen Spitzenplatz einnimmt.

¹⁶ In die folgende Betrachtung können nicht alle Abrechnungsdaten eingehen. Ca. 8% bis 15% der ambulanten Notfälle in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern werden zusammen mit weiteren vertragsärztlichen Leistungen abgerechnet. In diesen Fällen ist nicht eindeutig zu identifizieren, welche angegebenen ICD-10-Diagnosen den ambulanten Notfalleleistungen zuzuordnen sind.

Regionale Unterschiede lassen sich auch in der Arbeitsteilung zwischen dem organisierten Notfalldienst und den Notfallambulanzen an Krankenhäusern feststellen. So werden in Berlin und Brandenburg mehr als drei Viertel der ambulanten Notfälle an Krankenhäusern versorgt, während der Anteil der stationären Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern 56,1 % beträgt. Dies liegt mutmaßlich nicht nur an der unterschiedlichen Ausgestaltung des ambulanten Notfalldienstes durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (auch im Hinblick auf Kooperationen mit den Krankenhäusern), sondern u. a. auch an den Krankenhaus-, Haus- und Facharztdichten und -beteiligungen, die zwischen dicht besiedelten städtischen (Berlin) und eher ländlichen Regionen (Mecklenburg-Vorpommern) deutlich variieren.

Die Arbeitsteilung erfolgt erwartungsgemäß auch anhand medizinischer Kategorien. Ambulante Ärzte leisten insbesondere bei „Erkrankungen des Atmungssystems“ ambulante Notfallhilfe. Bei „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen“ (ICD-Hauptgruppe 19) werden dagegen überwiegend Krankenhäuser aufgesucht; ca. 35,9% der dort behandelten Notfälle entfallen auf diese Behandlungsanlässe. Hier spielt sicherlich die apparative Ausstattung wie z. B. die Möglichkeiten zur bildgebenden Diagnostik eine wichtige Rolle. Die Versorgung ist aber nicht immer mit einem Kontakt beendet: Bei ca. 14,8% der Versicherten, die von ambulanten Ärzten versorgt wurden, findet am selben Tag auch eine (ambulante oder stationäre) Versorgung im Krankenhaus statt.

Es zeigt sich erwartungsgemäß, dass Krankenhäuser, die stationäre Grundversorgung leisten, durchweg an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen. Insgesamt rechnen in den hier untersuchten Bundesländern ca. drei Viertel der Krankenhäuser ambulante Notfalleistungen mit der AOK ab. Darunter finden sich auch sehr viele vergleichsweise kleine Leistungserbringer: Ein Drittel der Krankenhäuser behandelt im Mittel weniger als fünf AOK-Notfälle pro Tag. In Berlin trifft dies immerhin noch auf 15,4% der teilnehmenden Krankenhäuser zu. Inwieweit insbesondere die kleineren Krankenhäuser auch an allen Tagen des Jahres und rund um Uhr eine ambulante Notfallversorgung leisten, kann mit den vorliegenden Daten nicht abschließend bewertet werden.

Die Krankenhäuser sind nicht nur für die ambulante Notfallversorgung relevant, die ambulante Notfallversorgung hat auch für die Krankenhäuser eine hohe Bedeutung: Auf drei vollstationäre Fälle kommen in den betrachteten Regionen durchschnittlich rund zwei ambulante Notfälle. Insbesondere in Berlin finden sich Krankenhäuser, die mehr ambulante Notfälle als stationäre Fallzahlen behandeln.

Die hier vorliegende explorative Arbeit liefert erstmals für drei Bundesländer – Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – vertiefende Einblicke in das Versorgungsgeschehen. Eine entsprechende bundesweite Analyse steht noch aus. Auch wenn dem vorliegenden Beitrag keine für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt repräsentative Stichprobe zugrunde liegt, liefert er neue empirisch basierte Ergebnisse zur ambulanten Notfallversorgung, die über den gewählten Regionalbezug hinausgehen.

Danksagung

Wir danken Tobias Schäfer, Jörg Friedrich, Stefanie Bendick (WIdO), Thomas Nentwig (AOK-BV), Marita Moskwyn und Heike Steinmüller (AOK Nordost) für ihre wertvollen Hinweise, konstruktiven Diskussionsbeiträge und ihre Unterstützung bei der Datenanalyse und -aufbereitung.

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Giebner M. Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 77–97.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Mitglieder und Versicherte. KM 6, Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag jeweils zum 1. Juli des Jahres). Bonn 2015. <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (15. September 2015).
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. <https://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/aebd/index.html> (28. September 2015). Berlin 2011; 10.
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Notdienstordnung. <http://www.kvmv.info/aerzte/15/20/index.html> (28. September 2015). Schwerin 2012; 6.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Änderungen für das Berichtsjahr 2012. Berlin 2013. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1726/2013-05-16_Qb-R_Neufassung_BAnz.pdf.
- Huke T, Robra B (2015): Notfallversorgung im stationären Sektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 61–76.
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES). Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin: IGES 2015; 185.
- Landesärztekammer Brandenburg, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der Landesärztekammer Brandenburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. <http://www.kvbb.de/praxis/service/aerztlicher-bereitschaftsdienst/> (28. September 2015). Potsdam 2013; 7.
- Laufs A, Kern B (Hrsg). Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage. München: C. H. Beck 2010.
- MCK Management Consult Kestermann GmbH. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/13122/title/DKG_zum_„Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus“ (17. September 2015). Bremen: MCK 2015; 82.