



Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

20. DRK Rettungsdienstsymposium, Hohenroda, 16./17. November 2023

## **„Hausarzt - Rettungsdienst - Krankenhaus. Wo liegt die Präferenz?“** Perspektiven zur Reform der Notfallversorgung

**Dr. Dominik von Stillfried**  
Vorstandsvorsitzender

- **3 Probleme**  
**mit Auswirkung auf Versorgungsqualität und GKV-Ausgaben**

- Personalengpässe im  **Rettungsdienst**,  
aber zunehmende RTW-Einsätze ohne Transport bzw. im ‚low-code‘-Bereich;  
relevanter Anteil der Notarzteinsätze ohne Indikation bzw. mehrheitlich bis NACA-3  
(Personal noch für Notfälle verfügbar?)
- Personalengpässe in und Überlastung der **Notaufnahmen** (Crowding),  
Selbstvorstellungen sowie eingelieferte Fälle zu erheblichem Teil keine Notfälle  
(Crowding mit erhöhter Mortalität & Qualitätseinbußen in der Notfallversorgung verbunden)
- Rolle der **ambulanten ärztlichen Versorgung** in der Versorgung von Akutfällen nicht klar  
definiert, perspektivisch auch hier Personalengpässe zu erwarten  
(adäquate Versorgungsebene für die Grundversorgung erreichbar und genutzt?)

- **3 Probleme**  
**mit Auswirkung auf Versorgungsqualität und GKV-Ausgaben**

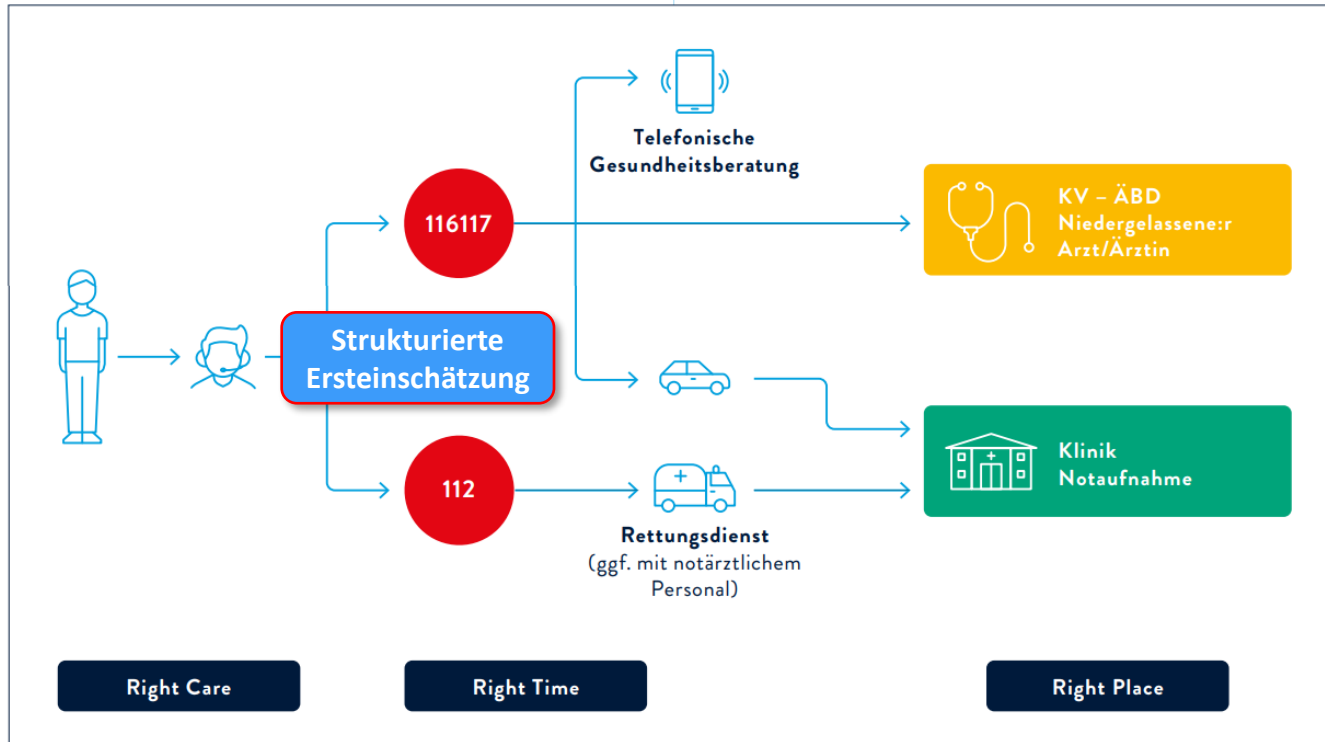
- Personalengpässe im  **Rettungsdienst**,  
aber zunehmender Anteil RTW-Einsätze ohne Transport und im ‚low-code‘-Bereich;  
relevanter Anteil der Notarzteinsätze ohne Indikation bzw. mehrheitlich bis NACA-3
- Personalengpässe in und Überlastung der **Notaufnahmen** (Crowding),  
Selbstvorstellungen sowie eingelieferte Fälle zu erheblichem Teil keine Notfälle
- Rolle der **ambulanten ärztlichen Versorgung** in der Versorgung von Akutfällen nicht klar  
definiert, perspektivisch auch hier Personalengpässe zu erwarten

erster Schritt zur Lösung: bessere Navigation  
(Behandlung zur richtigen Zeit am richtigen Ort)



## Ein vereinfachtes Zielbild

(Annahme: Hilfesuchende melden Bedarf an; System definiert Dringlichkeit und Versorgungsebene)

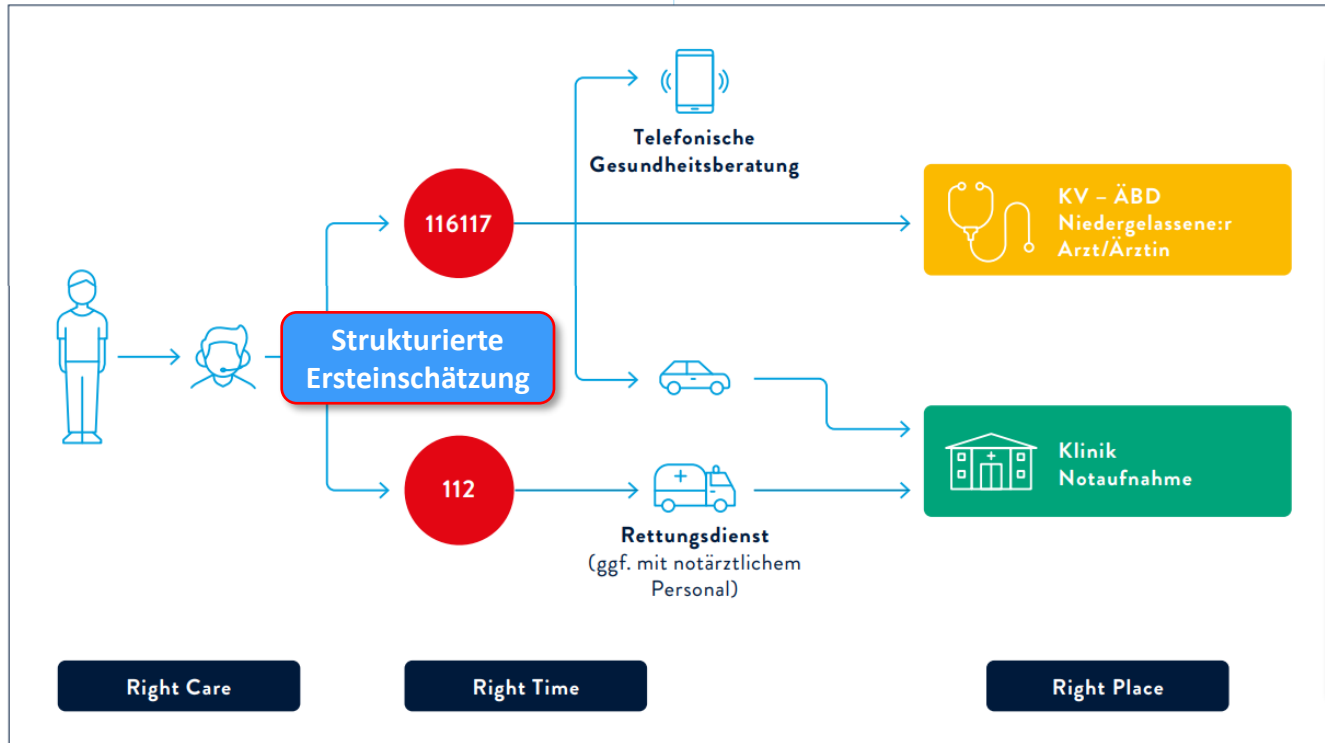


Quelle: Krafft T et al (2023) Notfallversorgung und Rettungsdienst (Abb.16, S.137) [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/Studie\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf); adaptiert durch Zi (Hervorhebung durch Schatten)



## Ein vereinfachtes Zielbild

(Annahme: Hilfesuchende melden Bedarf an; System definiert Dringlichkeit und Versorgungsebene)



### Maßnahmen (1st level)

strukturierte Notfallabfrage bzw. Ersteinschätzung

gemeinsam abgestimmte Übergabekriterien

digitale Fallübergabe (strukturierte Server-Server-Kommunikation mit Bestätigung der Annahme)

digitaler Anrufernummernabgleich; Einsichtnahme in erfolgte Disposition

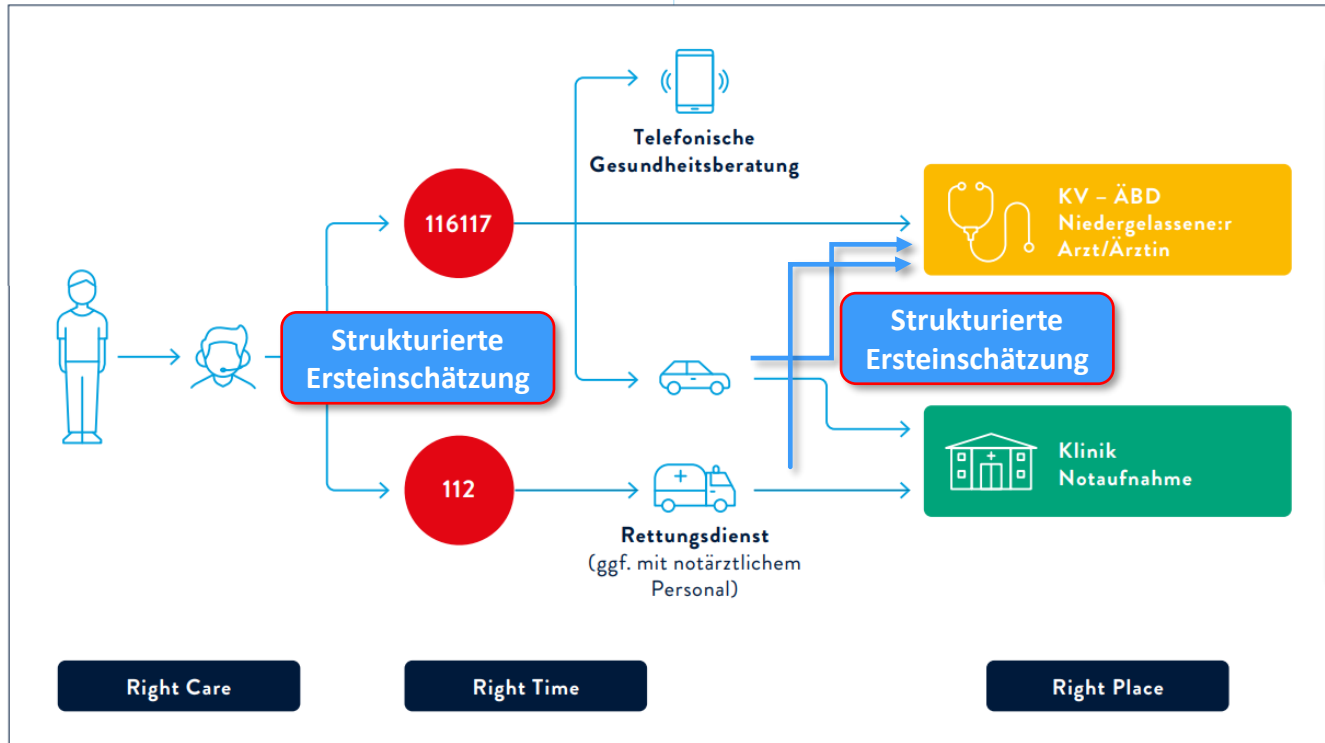
Kapazitätsausbau 116117 (Finanzierung)

Quelle: Krafft T et al (2023) Notfallversorgung und Rettungsdienst (Abb.16, S.137) [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/Studie\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf); adaptiert durch Zi (Hervorhebung durch Schatten)



## Ein vereinfachtes Zielbild

(Annahme: Hilfesuchende melden Bedarf an; System definiert Dringlichkeit und Versorgungsebene)

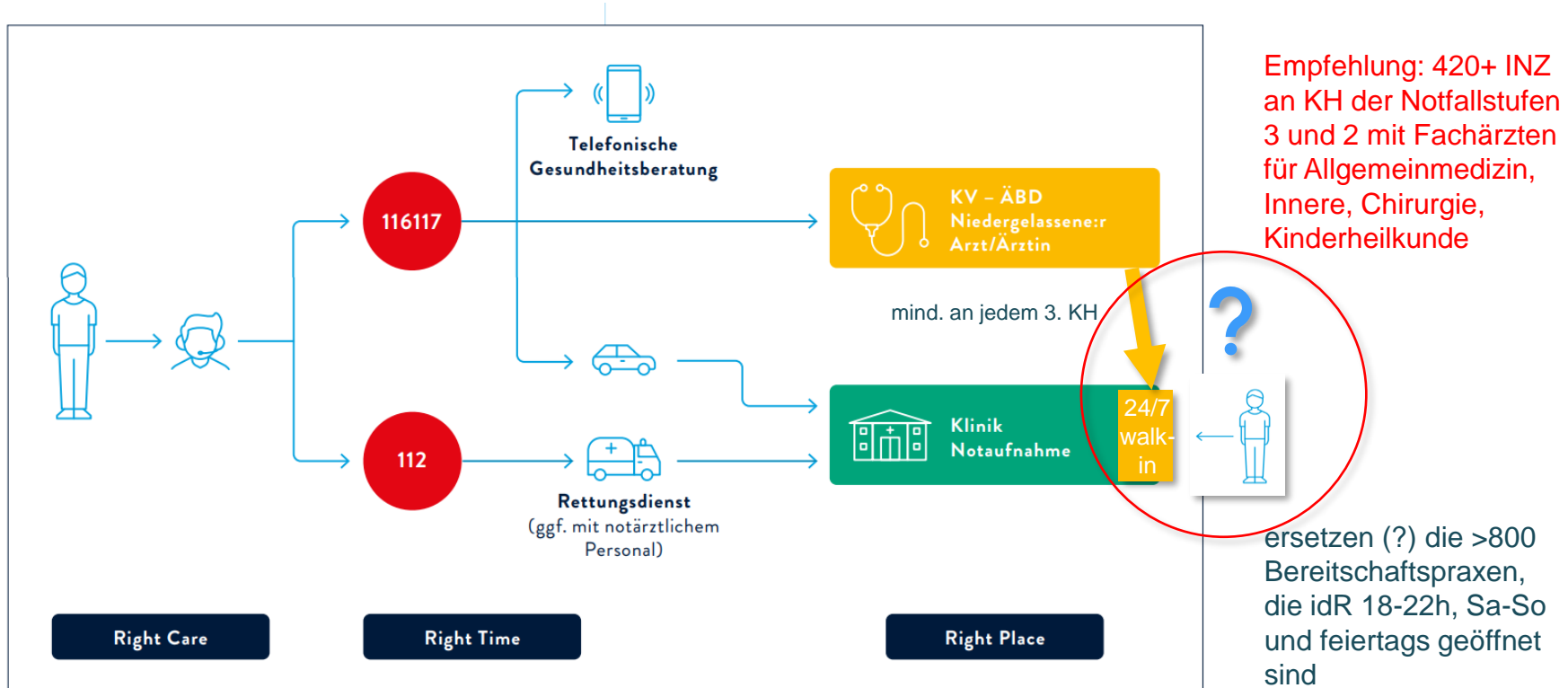


### Maßnahmen (2st level)

- Entlastung durch nicht-ärztlichen aufsuchenden Dienst (G-Not-San, MFA)
- am Einsatzort: strukturierte Ersteinschätzung
- Tele-ärztliche Beratung
- dezidierte Kooperationspraxen für Akutfälle
- Terminvermittlung in die Regelversorgung (digital)

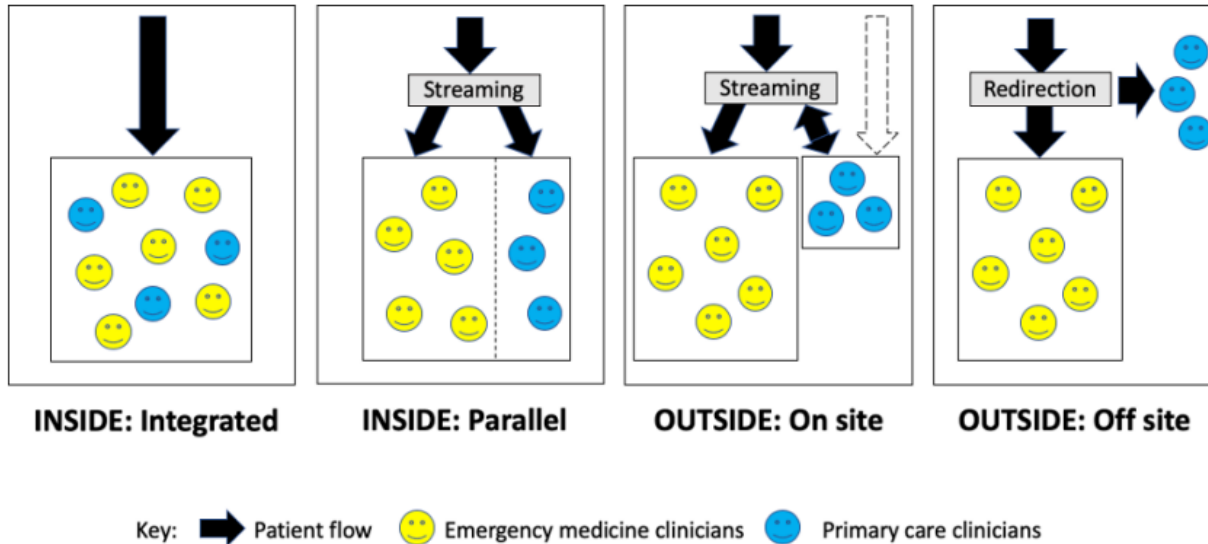
Quelle: Krafft T et al (2023) Notfallversorgung und Rettungsdienst (Abb.16, S.137) [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/Studie\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf); adaptiert durch Zi (Hervorhebung durch Schatten)

- **Offene ‚Baustelle‘: Entlastung der Notaufnahmen**  
(Empfehlung aus der 4. Stellungnahme der ‚Krankenhaus-Kommission‘ vom Februar 2023)



Quelle: Krafft T et al (2023) Notfallversorgung und Rettungsdienst (Abb. 16, S. 137) [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/Studie\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf); adaptiert durch Zi (Hervorhebung durch Schatten)

- **Notaufnahme + Hausarzt: welche Steuerungsansätze werden diskutiert?**  
eine Taxonomie



**Figure 1** The form of primary care service models in or alongside emergency departments.

Quelle: Cooper A, Edwards M, Brandling J, *et al* Taxonomy of the form and function of primary care services in or alongside emergency departments: concepts paper. *Emergency Medicine Journal* 2019;**36**:625-630

internationale Kontroverse:  
Ist **Weiterleitung** (redirection)  
akzeptabel?  
*pars pro toto*:

*CJEM* Debate Series: #EDRedirection

**PRO** Berthelot S, Lang E, Messier A.  
Sending low-acuity patients away from  
the emergency department – An  
imperative for appropriateness and  
integration. *CJEM* 2020; 22(5), 638-640

**CON** Rowe BH, Ovens H, Schull MJ.  
Efforts to divert patients from the  
emergency department – stop blaming  
the patients! *CJEM* 2020;22(5):641–643

Literatur fokussiert bislang auf  
*streaming* statt auf *redirection*



- Weiterleitung kann funktionieren

# Studienergebnisse DispoAkut 2023:

Einschlusszeitraum: 24.April - 24.Juli 2023 Mo, Di, Do 8:00-17:00h, Mi, Fr 8:00-15:00h						N=193	
Kriterien: Selbständige Vorstellung in ZNA, MTS-Triage: Grün / Blau							
Patienten		SmED		Steuerung (ZNA)		annehmende Praxen	
männlich	46,1%	Dringlichkeit		initiale Sichtung		Gesamt N	8
weiblich	53,9%	Notfall	2,2%	ZNA	20	Verteilung der Fälle	
Alter		<b>schnellstmögl.</b>	<b>25,6%</b>	<b>Praxis</b>	<b>173</b>	<b>Orthopädie</b>	<b>45,7%</b>
<b>14-49</b>	<b>58,3%</b>	<b>&lt;24h</b>	<b>49,4%</b>	Verlauf		Allgemeinmedizin	44,7%
50-65	22,8%	>24h	22,8%	Patient lehnt ab	27	Augenheilkunde	4,8%
66-80	11,1%	Versorgungsebene		keine Praxis verfügbar	29	HNO	4,8%
>80	7,8%	<b>Notaufnahme</b>	<b>12,8%</b>	<b>in Praxis geleitet</b>		<b>117</b>	
Mittelwert	44 Jahre	Vertragsarzt	62,8%	effektive Versorgung		(EGK in KIS - Ankunft Praxis)	
		Telekonsultation	24,4%	Rückläufer in ZNA	8	arithm. Mittel	1:22h
				<b>Praxis abschliessend</b>	<b>109</b>	<b>Median</b>	<b>0:46h</b>
				Ergebnisrelation			
				109/193	56%		
				<b>109/173</b>	<b>63%</b>		

### Eindrücke aus erster Hand:

<https://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement/machbarkeitsstudie-patientenlenkung>

### Einschätzung von Klaus Holetschek:

<https://www.stmgp.bayern.de/presse/holetschek-setzt-sich-fuer-rasche-fortschritte-bei-der-reform-der-notfallversorgung-ein/>

- Wieviel Praxen werden für die Weiterleitung benötigt?

### 1.200 größte Notaufnahmen in 2022; 4,6 Mio. Notfälle Mo-Fr 7-19h

	1. Quartil	2. Quartil	3. Quartil	4. Quartil
Anzahl Notaufnahmen	300	300	300	300
Summe ambulanter Notfälle der Gruppe pro Woche (Mo-Fr 7-19h)	7.784	15.526	20.621	44.531
Spanne ambulanter Notfälle pro BSNR und Woche (Mo-Fr 7-19h)	9 bis 40	41 bis 63	64 bis 101	102 bis 464
Durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfälle pro BSNR und Woche (Mo-Fr 7-19h)	26	52	81	148
davon weiterleitbar (50%)	13	26	41	74
davon Potenzial für Fachrichtung Allgemeinmedizin/Innere (74%)	10	19	30	55
davon Potenzial für Fachrichtung Orthopädie/Unfallchirurgie (50%)	7	13	20	37
davon Potenzial für Fachrichtung HNO (17%)	2	4	7	13
davon Potenzial für Fachrichtung Gynäkologie (16%)	2	4	6	12
davon Potenzial für Fachrichtung Augenheilkunde (5%)	0,7	1,3	2,0	3,7
davon Potenzial für andere Fachrichtungen (3%)	0,4	0,8	1,2	2,2

Anm.: Summe des Potenzials > Anzahl weiterleitbarer Patienten, da sich zwischen Diagnosen Überschneidungen ergeben

Quelle: Berechnung Zi auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten bundesweit

**Schlussfolgerung: 2-10 Hausarzt- / internistische Praxen, 2-8 Praxen für Orthopädie/Unfallchirurgie ... je ZNA Standort**

- Evidenz in der internationalen Literatur: Wer die Inanspruchnahme der Notfallversorgung reduzieren will, muss in Primärversorgung investieren

THEMA

## Wohin steuert die Reform der Notfallversorgung – oder: Was kann die Gesundheitspolitik von Verkehrsplanern lernen?

DOMINIK VON STILLFRIED, SANDRA MANGIAPANE

Dr. Dominik von Stillfried ist Vorstandsvorsitzender des Zi Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Berlin.

Dr. Sandra Mangiapane leitet das Referat Gesundheitsfragen am Zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Berlin.

Die angekündigte Notfallreform lässt noch auf sich warten, wirft aber ihre Schatten voraus. Konkret vorgelegt wurde im Februar 2023 ein Konzept der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Zudem wurde im Pflegeentlastungsgesetz im Mai 2023 mit Blick auf die ausstehende Reform eine Maßnahme der Vorgängerregierung eingeschränkt, die auf eine verbesserte Steuerung von Patient:innen zielte, die sich selbständig während der Praxisöffnungszeiten in Notaufnahmen vorstellen. In diesen Schritten deutet sich eine Ausrichtung der Notfallreform an, die eine deutliche Mehrbelastung des Gesundheitssystems nach sich ziehen könnte, ohne die Notfallversorgung nachhaltig zu entlasten.

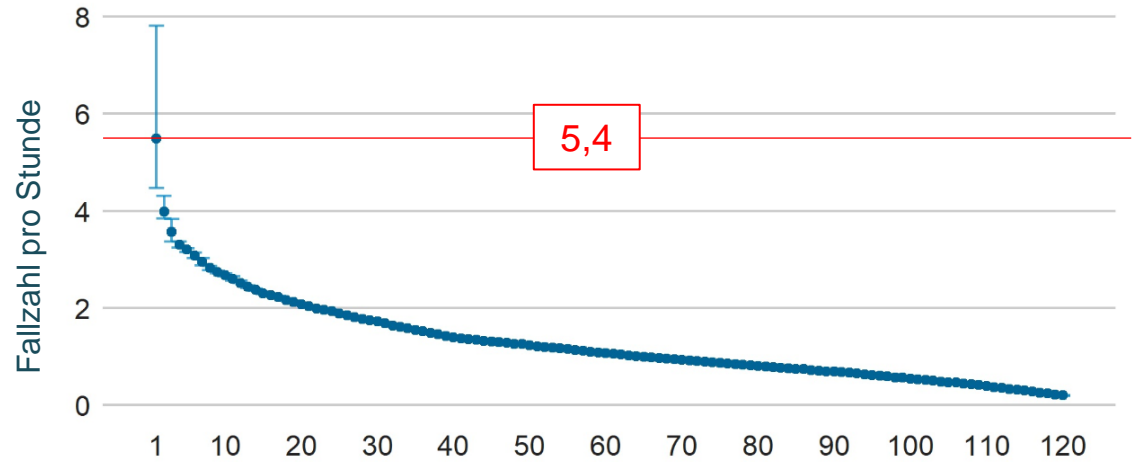
...ngung durch den Rettungsdienst und Notaufnahmen bringen, indem alle Patienten, die sich mit weniger leichten Behandlungsanliegen an die Übergangswahl, alternativ ver- werden. Dabei gibt die Kommission raus, dass die subjektiv empfundene Bekktheit des Behandlungswunsches jenen der Hilfesuchenden streu den a für die Inanspruchnahme der Not- versorgung konzentriert. Aufgabe der selbstlosen Anlaufstruktur aus ILS NZ wäre demnach auch die Sten- der Hilfesuchenden zur richtigen in den richtigen Ort der Versorgung. Kommission macht insofern starkt hen beim Reformkonzept des Sach- indigenrats im Gesundheitswesen im Jahre 2018 (Sachverständigen- BS) und der Vorgängerregierung. auf Basis des Sachverständigenrat- mente sollen eine Entlastung der Notfall- Gütafchten im Januar 2020 einen Refe-

**Besetzung von INZ mit niedergelassenen Ärzt:innen: 15.000 Stunden extra Zeitbedarf pro Woche. Folge: in der Primärversorgung entfallen 3-4 Mio. Behandlungsfälle.**

32 G+S 3/2023 DOI: 10.5771/1611-5821-2023-3-32

## Mittlere Fallzahl pro Stunde

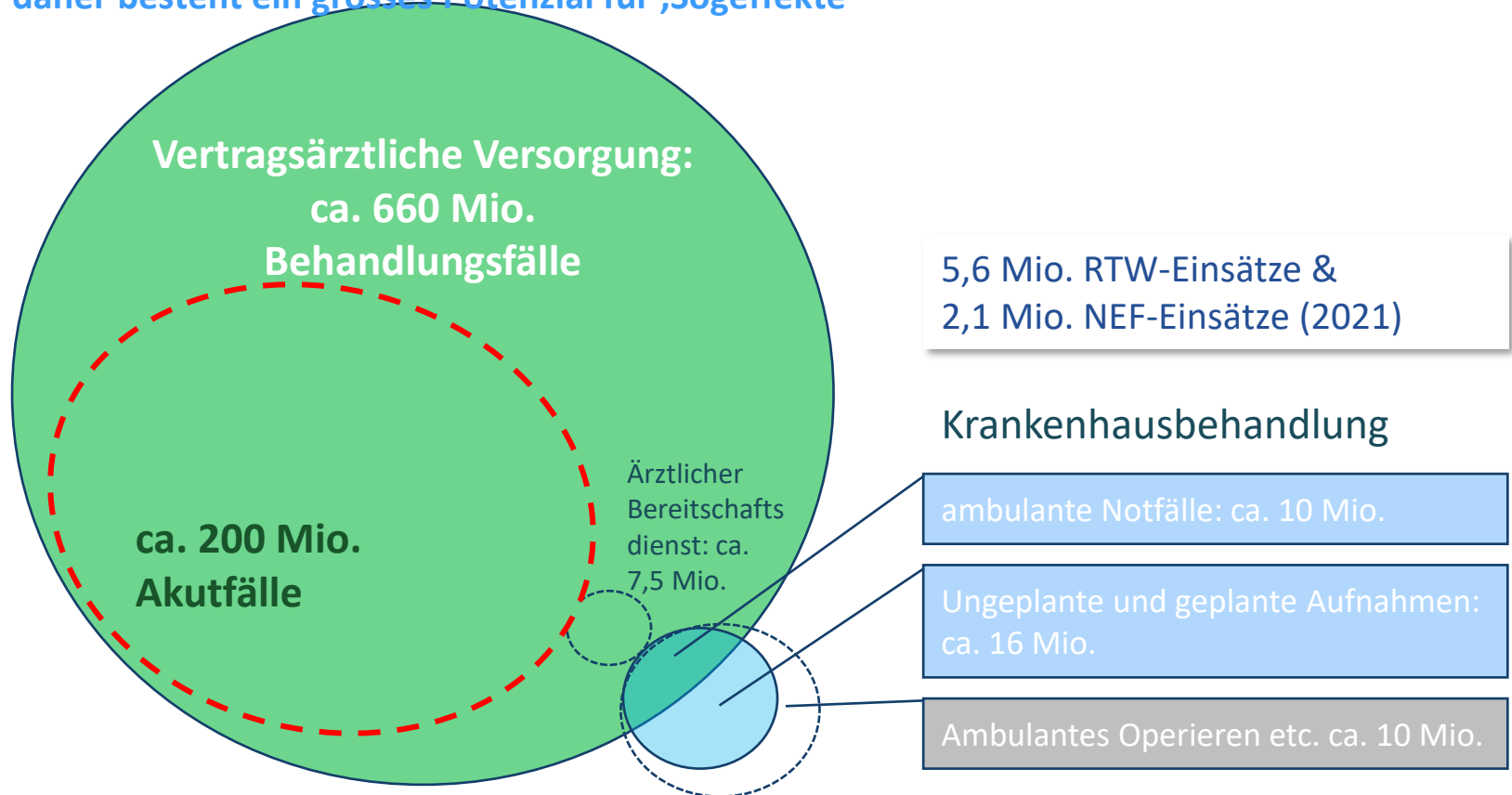
Notaufnahme: 1,3, Hausarztpraxis: 5,4



## Rangfolge der Notaufnahmen nach ambulanten Notfallkontakten 7-19h in Gruppen von 10

Quelle: von Stillfried D, Mangiapane S. Wohin steuert die Reform der Notfallversorgung? - oder: Was kann die Gesundheitspolitik von Verkehrsplanern lernen? Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S) 2023; 77(3): 32-39

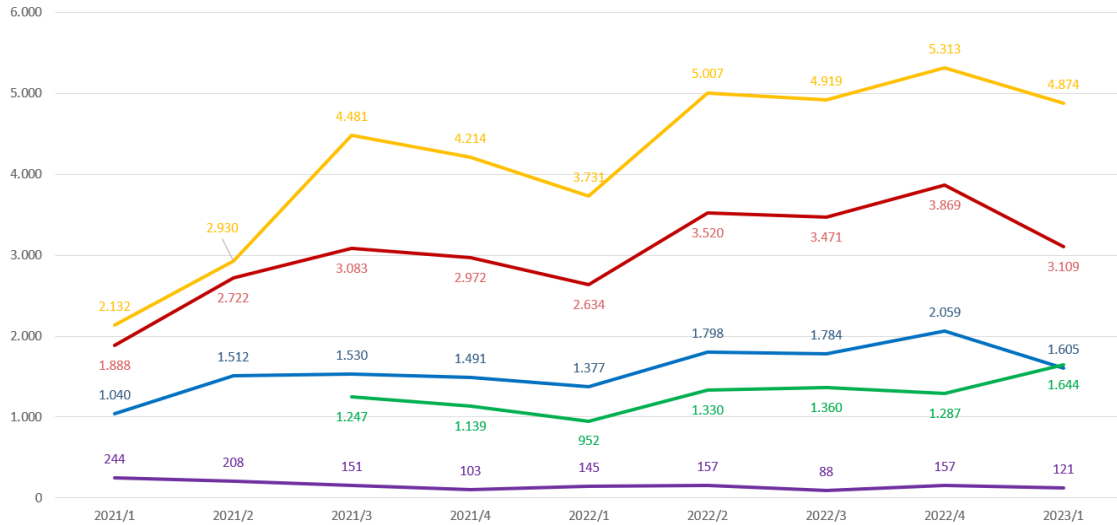
- **Ambulante Versorgung in den Praxen ist die Regel – auch für Akutfälle, daher besteht ein grosses Potenzial für ‚Sogeffekte‘**



## ● Evidenz für Sogeffekte von Notdienstpraxen in der aktuellen Ausgestaltung?

längsschnittl. Auswertung über 96 Standorte mit NDP in Berlin und NRW/ohne multivariate Modellierung

### Beispiel eines ländlichen Krankenhauses in NRW



ambulante Notfälle gesamt  
am Standort

ambulante Notfälle Notaufnahme

ambulante Notfälle zu  
Öffnungszeiten NDP

Fallzahl NDP

ÄBD-Fälle (Fahrdienst) im  
Einzugsbereich des Standorts

Bisher keine eindeutigen Hinweise auf Sogeffekte von NDP,  
allerdings viele confounder (u.a. Leistungsanstieg nach ‚Pandemiedelle‘)

- Push und Pull Faktoren in der Notfallversorgung:  
**Evidenz für starke substitutive Beziehung zwischen Notfällen in Notaufnahmen und Verfügbarkeit von Hausärzten**

Aus Frankreich (cross-sectional): *“ED visits vary significantly by health context and economic level of municipalities. Controlling for demand-side factors, ED rates by the elderly are lower in areas where accessibility to primary care is high, measured as availability of primary care professionals, out-of-hours care and home visits in an area. Proximity (distance) and size of ED are drivers of ED use.”*

Or Z, Penneau A (2018). A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. Health Policy, Vol. 122 (8):908-914, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.003>

Aus 34 Ländern (cross-sectional) auf Basis eines PREM Surveys: *“ED visits show a significant and negative relation with better accessibility of primary care. Patients with a regular doctor who knows them personally were less likely to attend EDs. Only one-third of all patients who visited an ED indicated that the main reason for this was that their complaint could not be treated by a GP.”*

van den Berg MJ, van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. Fam Pract. 2016 Feb;33(1):42-50. doi: 10.1093/fampra/cmv082.

- Push und Pull Faktoren in der Notfallversorgung:  
**Evidenz für starke substitutive Beziehung zwischen *Selbsteinweisern* in Notaufnahmen und *Verfügbarkeit von Terminen* in Hausarztpraxen / Nähe zur Notaufnahme**

Aus England (cross-sectional):

*“The percentage of the registered population that was **able to see a GP within two weekdays**, a measure of timely access to primary care, **was negatively associated with the rate of self-referred discharged ED visits**.*

*Our findings support the hypothesis that some patients who are unable to see a GP within two weekdays self-refer to an ED and are subsequently discharged. In 2011-12, **9%** of respondents to the GP Patient Survey **who were unable to obtain a convenient appointment** on their last attempt report **subsequently going to an ED or walk-in centre**, which accords with the results of our analysis.*

*Several of the control variables also had a statistically significant association with the outcome variable. A one unit increase in the **percentage of the registered population that had tried to see a GP within two weekdays** predicts a 0.7% (RR = 1.007; P<0.001) increase in the rate of self-referred discharged ED visits. In contrast, a one unit increase in the **average travel time to the nearest hospital** relative to that to the nearest GP by public transport and/or walking predicts a 2.6% (RR = 0.974; P<0.001) decrease in the visit rate.”*

*Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, et al. (2013) Access to Primary Care and Visits to Emergency Departments in England: A Cross-Sectional, Population-Based Study. PLoS ONE 8(6): e66699. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066699>*

N.B.: in D 11% Arztkontakt sofort, 46% <3 Tagen, 40% >3 Tage; 18%: zu lange (Quelle: KBV Versichertenbefragung 2021)

- **Confounder: Sozialstruktur wichtiger als Praxisdichte, Neigung zur Notfall- statt Regelversorgung nimmt in ärmeren Populationen zu**

**Evidenz aus Frankreich (cross-sectional):** *“We performed a retrospective analysis of all ED visits in the Paris region in 2015. Frequent users accounted for 278,687 (11.7%) of the 2,382,802 patients who visited the ED, living in 232 geographical units. In the region, median frequent user rate in each geographical unit was 11.0% [interquartile range: 9.5-12.5]. High frequent user rate was correlated to the territorial markers of social deprivation ... whereas GPs density is not associated to lower rates of frequent users.”*

Hellmann R, Feral-Pierssens AL, Michault A, Casalino E, Ricard-Hibon A, Adnet F, Brun-Ney D, Bouzid D, Menu A, Wargon M. The analysis of the geographical distribution of emergency departments' frequent users: a tool to prioritize public health policies? BMC Public Health. 2021 Sep 16;21(1):1689. doi: 10.1186/s12889-021-11682-z.

**Evidenz aus Kanada (cross-sectional time series):** *“Between 1999/2000 and 2017/8 the average number of primary care visits per person, specialist referrals, and continuity of care fell in both urban and rural settings, while ED visits and prescriptions dispensed increased. Over this period in urban settings, primary care visits, continuity, and specialist referrals fell more rapidly in low vs. high income neighbourhoods, while ED visits increased more rapidly. The percentage of physicians who provide the majority of visits to patients in neighbourhoods in the lower two income quintiles declined from 30.6% to 26.3%.”*

Lavergne, M., Bodner, A., Peterson, S. et al. Do changes in primary care service use over time differ by neighbourhood income? Population-based longitudinal study in British Columbia, Canada. *Int J Equity Health* **21**, 80 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01679-4>



## ● Schlussfolgerungen aus der Literatur

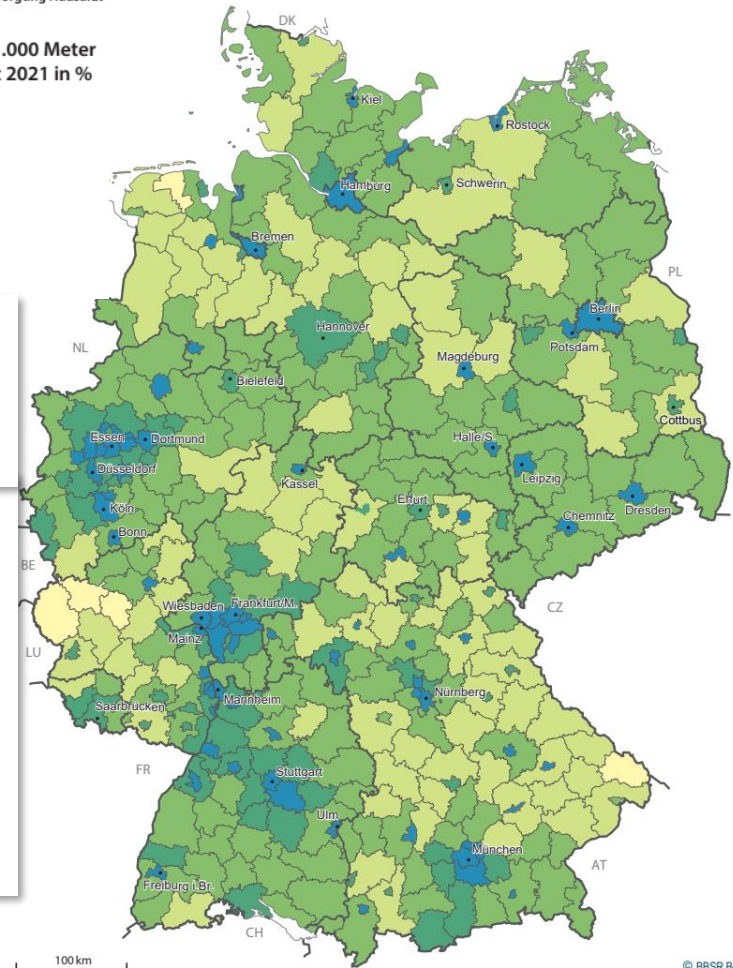
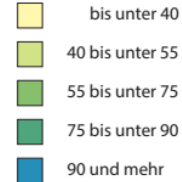
- Jede **Erleichterung des Zugangs zur Notfallversorgung** (ins. walk-in clinics/INZ) **wird die Inanspruchnahme dieser Standorte erhöhen**, insbesondere wenn gleichzeitig die Verfügbarkeit der Primärversorgung reduziert wird.
- **Leichter Zugang zu Notaufnahmen** dürfte **opportunistisches Verhalten** fördern (convenience, abnehmende Anstrengung einen verfügbaren Primärversorger zu suchen)
- **Reduzierte Verfügbarkeit/Erreichbarkeit der Primärversorger** wird **Selbstvorstellungen in Notaufnahmen/INZ** auslösen, insbesondere in deprivierten Regionen

Weiterleitung (redirection) in geöffnete Kooperationspraxen könnte die bessere Lösung sein

- Studien sollten auf den Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit, Inanspruchnahmeversuchen der Primärversorgung und der Häufigkeit von Selbstvorstellungen fokussieren & für Sozialstruktur und Fahrzeiten kontrollieren

## ● Primärversorgung lückenhaft?

Einwohneranteil mit maximal 1.000 Meter  
Luftliniendistanz zum Hausarzt 2021 in %



Bundesinstitut für  
**Bau-, Stadt- und Raumforschung**

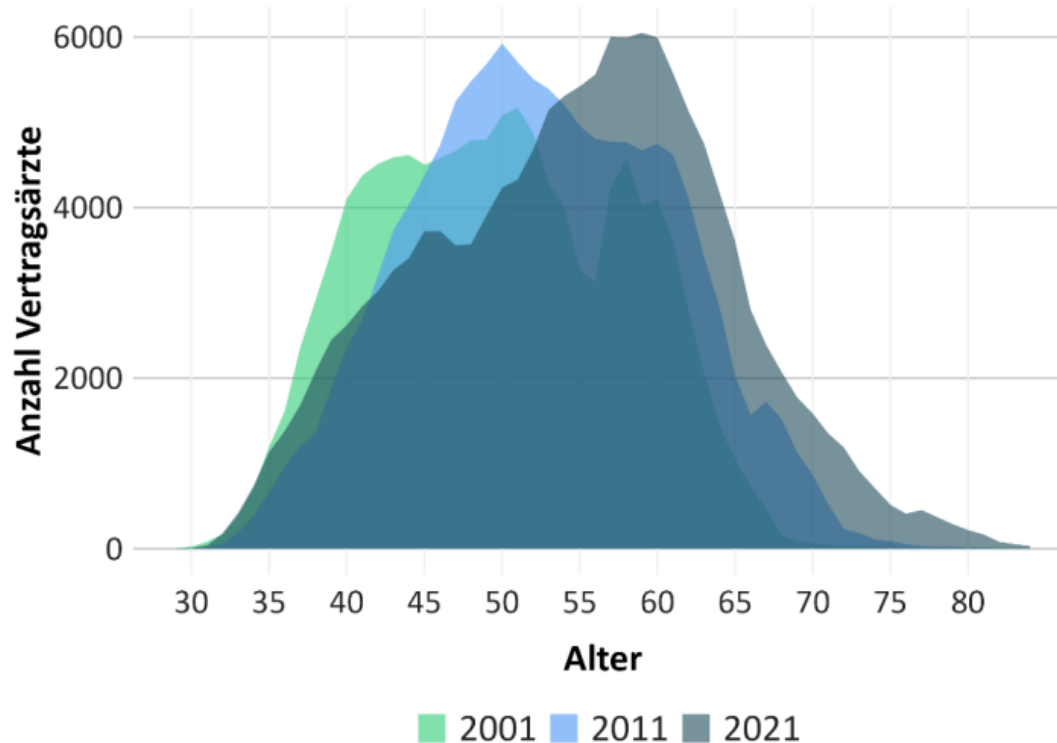
TOPMELDUNG 25.10.2022

## So gut sind Hausarztpraxen und Apotheken im Wohnumfeld erreichbar

Für die meisten Menschen in Deutschland sind die Wege zu wichtigen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung kurz. 75 Prozent der Bevölkerung in Deutschland finden die nächste Hausarztpraxis und 67 Prozent die nächste öffentliche Apotheke in einem Umkreis von 1000 Metern.

Quelle: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/startseite/topmeldungen/erreichbarkeit-hausaerzte.html>

- Aber:**  
**Altersstruktur der Vertragsärzte + mangelnde Attraktivität der Niederlassung**



### fehlende Praxisnachfolger

zum 31.12.2022:  
**5.760** Arztsitze unbesetzt,  
davon **4.860** Sitze in der  
hausärztlichen Versorgung

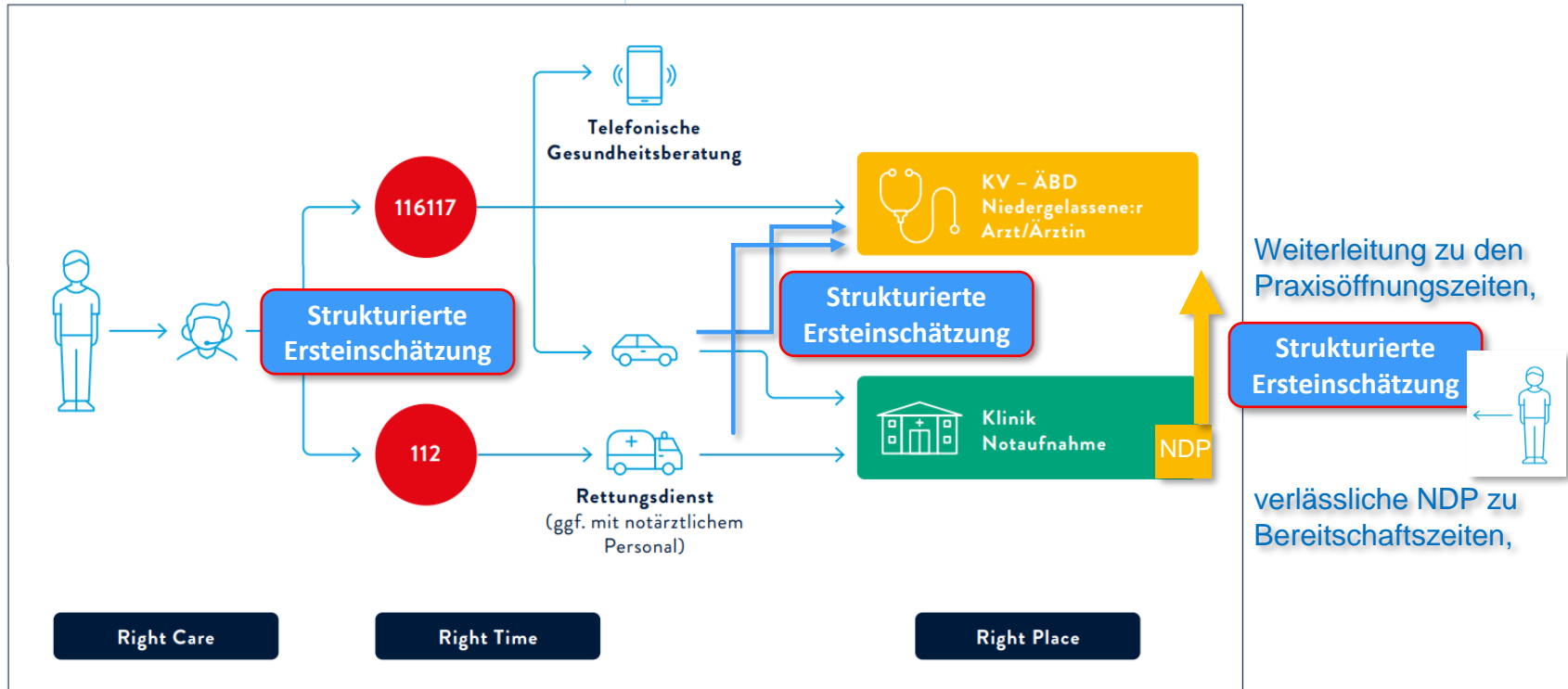
### weniger Praxisinhaber

**2017: 106.000**  
**2022: 97.000**  
Ein **Minus** von **8%** in 5 Jahren



## Ein einigungsfähiges Zielbild?

(Annahme: Hilfesuchende melden Bedarf an; System definiert Dringlichkeit und Versorgungsebene)



Quelle: Krafft T et al (2023) Notfallversorgung und Rettungsdienst (Abb.16, S.137) [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user\\_upload/Studie\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Notfallversorgung.pdf); adaptiert durch Zi (Hervorhebung durch Schatten)



# SAVE THE DATE 2. SmED User-Conference

am 15. und 16. Mai 2024 in Berlin

<https://smed.zi.de/>

**Jetzt Anmelden! Begrenzte  
Teilnehmenden-Zahl.**





Zentralinstitut  
kassenärztliche  
Versorgung

**contact**

[dstillfried@zi.de](mailto:dstillfried@zi.de)

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

in der Bundesrepublik Deutschland

Salzufer 8

10587 Berlin

[www.zi.de](http://www.zi.de)