

Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

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

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 61-76



5	Notfallversorgung im stationären Sektor.....	61
	<i>Theresa Huke und Bernt-Peter Robra</i>	
5.1	Einführung.....	62
5.2	Ergebnisse der DRG-Statistik auf Ebene des Bundes und der Länder	63
5.3	Ergebnisse der AOK-Daten auf Bundesebene	65
5.4	Ergebnisse der AOK-Daten aus Sachsen-Anhalt.....	67
5.5	Diskussion	71
	Literatur	75

5 Notfallversorgung im stationären Sektor

Theresa Huke und Bernt-Peter Robra

Abstract

Im Zeitraum 2005 bis 2012 sind die Raten stationärer Aufnahmen mit dem Aufnahmeanlass „Notfall“ (Notfallaufnahmen pro 100 000 Einwohner) in Deutschland von 6492 auf 9211 pro 100 000 Einwohner oder um 42 % gestiegen. Ein Anstieg findet sich unterschiedlich ausgeprägt in allen Bundesländern. Die geringsten Notfallraten hat Baden-Württemberg. 2012 wurde ein Anteil von fast 42 % aller Krankenhausfälle als Notfälle ausgewiesen. Die Entwicklung lässt sich durch demografische Prozesse allein nicht erklären. Nach einer Sonderauswertung von AOK-Daten werden 63 % der Notfälle tagsüber (6 bis vor 18 Uhr) aufgenommen. Mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt konnten Notfallaufnahmen und reguläre Krankenhauseinweisungen miteinander verglichen werden. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Alkoholprobleme und unspezifische Symptome waren neben Unfällen am Notfallgeschehen wesentlich beteiligt. Notfallpatienten sind im Durchschnitt zwei Jahre älter als regulär eingewiesene Patienten (64 gegen 62 Jahre). Ihre durchschnittliche Verweildauer und die Kosten pro Fall lagen etwas unter der der regulär eingewiesenen Patienten. Mit Krankenhausleitungen wurden mögliche Determinanten einer Zunahme von Krankenhausaufnahmen ohne Einweisung diskutiert. Das Problemfeld verlangt ein besseres Verständnis der Erwartungen, die Patienten an die Akutversorgung richten, vertiefende Untersuchungen der Versorgungsprozesse vor der ambulant-stationären Schnittstelle und in der Abrechnung eine bessere Unterscheidung zwischen akut hilfebedürftigen „Blaulichtfällen“ und Patienten, die ein Krankenhaus ohne Überweisung in Anspruch nehmen.

Between 2005 and 2012, the rate of hospitalizations coded as “emergencies” (emergency admissions per 100,000 population) in Germany increased from 6492 to 9211 per 100,000 inhabitants or by about 42 percent. The increase occurred to different degrees in all federal states. Baden-Württemberg showed the lowest emergency rates. In 2012, almost 42 percent of all hospital cases were classified as emergencies. The development cannot be explained by demographic change alone. According to an analysis of AOK data, 63 percent of emergency cases were admitted during the day (6 a. m. to before 6 p. m.). The authors compared emergency admissions and regular admissions based on data of the AOK Sachsen-Anhalt. Apart from accidents, cardiovascular diseases, alcohol problems and nonspecific symptoms were particularly frequent in emergency admissions. Emergency patients are on average two years older than regularly admitted patients (64 versus 62 years). Their average length of stay and the costs per case were slightly lower than that of regularly admitted patients. Possible determinants of the increase of hospital admissions without referral were dis-

5.1 Einführung

cussed with clinic consultants and managers. The problem requires a better understanding of the expectations of patients regarding acute care, in-depth investigations of care processes at the outpatient-inpatient interface and a better distinction in billing between acute emergency cases in immediate need of help and patients who utilize a hospital without referral.

Im Jahr 2012 wurden rund 42 % aller Krankenhausfälle in der Abrechnung als „Notfall“ ausgewiesen. Schon diese Größenordnung verlangt nach einer vertiefenden Analyse des Notfallgeschehens an deutschen Krankenhäusern. Die vorliegende Auswertung geht an Abrechnungsdaten den folgenden Fragen nach: Wie entwickelt sich die Häufigkeit stationär abgerechneter Notfälle in Zeit und Raum? Welche Patientengruppen sind besonders betroffen? Welche Diagnosen wurden vergeben, welche Maßnahmen veranlasst? Gibt es Anhaltspunkte für eine Schwächung des ambulanten Sektors?

Die Eingrenzung des Notfallbegriffs ist aus medizinischer und aus administrativer Sicht nicht identisch (Abbildung 5–1). Die folgende Ausarbeitung betrachtet Fälle, die Krankenhäuser als Notfälle abgerechnet haben. Es handelt sich nicht unbedingt auch um medizinisch perakute „Blaulichtfälle“. Ein großer Teil dürfte allerdings das Krankenhaus ohne reguläre Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt aufgesucht haben.

Ausgewertet wurde zunächst die DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 2005 bis 2012.¹ Für vertiefende Analysen standen Abrechnungsdaten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) und der AOK Sachsen-Anhalt zur Verfügung.²

Abbildung 5–1

Zwei Perspektiven auf den „Notfall“			
		Medizinisch	
		ja	nein
Administrativ	ja	A	B
	nein	C	D
Krankenhaus-Report 2015		WiDO	

1 Wir danken dem Statistischen Bundesamt, Frau Sabine Nemitz, für die Überlassung der Daten. Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG unterliegen.

2 Wir danken dem WiDO und der AOK Sachsen-Anhalt für die Genehmigung, die Daten im Auftrag auswerten zu dürfen. Es handelt sich um Auszüge aus Daten nach § 301 SGB V.

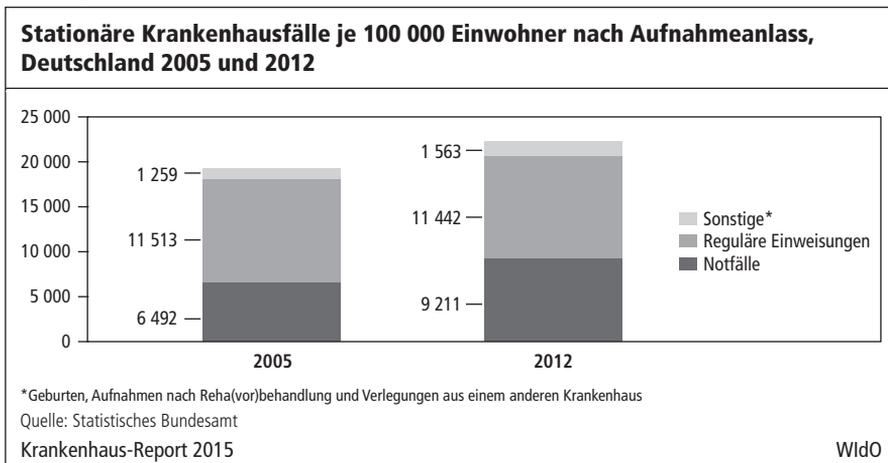
5.2 Ergebnisse der DRG-Statistik auf Ebene des Bundes und der Länder

Die Analyse der bundesweiten Krankenhausaufnahmen³ zeigt einen Anstieg des Notfallanteils von 33,7% auf 41,5% zwischen 2005 und 2012. Die Häufigkeit der regulären Einweisungen bleibt praktisch gleich. Die kleine Gruppe der sonstigen Aufnahmen (z. B. Verlegungen) ist größer geworden. Bezogen auf je 100 000 Einwohner nimmt die Rate stationärer Notfallaufnahmen von 6 492 auf 9 211 Fälle zu, was einem Anstieg um 42% entspricht (Abbildung 5–2).

Im Vergleich der Bundesländer wies Berlin in beiden Jahren den größten Notfallanteil von jeweils knapp 50% auf. 2005 hatte Bayern mit 29% den geringsten Notfallanteil. 2012 liegt das Minimum mit 36% in Mecklenburg-Vorpommern. In allen Bundesländern ist der Notfallanteil gestiegen, am stärksten in Bayern mit einer Zunahme um zwölf Prozentpunkte (auf 41%); Abbildung 5–3).

Wichtiger noch als der Trend des leicht verfügbaren Notfallanteils: Auch die Raten der Notfallaufnahmen nehmen in allen Bundesländern zu (Abbildung 5–4 und Tabelle 5–1). Die geringsten Notfallraten hat durchgängig Baden-Württemberg. 2012 lag die Rate dort bei 82% des Bundesdurchschnitts. Berlin weist eine Zunahme von 16% auf, die anderen Bundesländer verzeichnen Steigerungen zwischen 31% (Bremen) und 63% (Bayern). Angesichts dieses Musters gehen wir nicht von einem flächendeckenden Zusammenbruch der Dokumentationsdisziplin, sondern von einer echten Zunahme der (administrativen) Notfallaufnahmen und damit der „Versorgungslast“ aus.

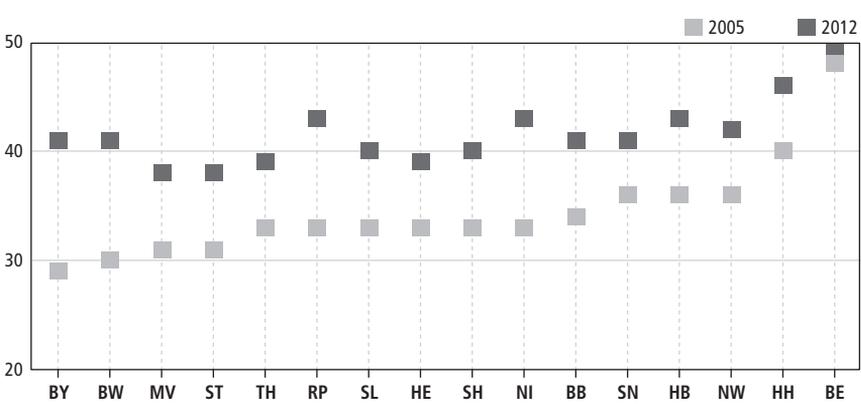
Abbildung 5–2



³ Einschließlich Sterbe- und Stundenfälle, ohne psychiatrische Abteilungen.

Abbildung 5-3

Notfallanteil in Prozent aller stationären Krankenhaufälle nach Bundesland, 2005 und 2012

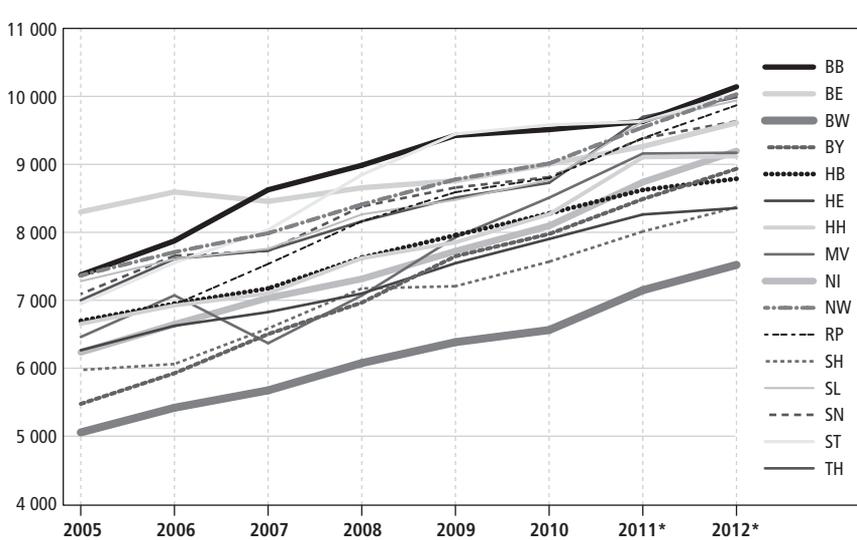


Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 5-4

Stationäre Notfälle je 100 000 Einwohner (Rate) nach Bundesland, 2005 bis 2012



*Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011; der „Knick“ bei 2007 in MV findet sich bereits in den Rohdaten

Quelle: Statistisches Bundesamt
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 5–1

Stationäre Notfallaufnahmen je 100 000 Einwohner (Rate) nach Bundesland, 2005–2012

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Schleswig-Holstein	5997	6085	6610	7201	7234	7597	8043	8401
Hamburg	6678	6948	7130	7647	7882	8297	9138	9150
Niedersachsen	6258	6672	7061	7342	7752	8126	8771	9231
Bremen	6723	6976	7201	7656	7987	8309	8657	8821
Nordrhein-Westfalen	7394	7738	8017	8443	8812	9047	9582	10069
Hessen	6288	6650	6852	7126	7574	7932	8294	8388
Rheinland-Pfalz	6696	6961	7563	8193	8623	8832	9421	9907
Baden-Württemberg	5075	5439	5696	6099	6408	6587	7176	7549
Bayern	5496	5949	6527	6992	7677	8006	8521	8968
Saarland	7308	7634	7787	8295	8510	8802	9667	9978
Berlin	8332	8626	8487	8688	8792	9039	9298	9648
Brandenburg	7402	7941	8658	9020	9462	9548	9669	10180
Mecklenburg-Vorpommern	6484	7099	6392	7097	7957	8542	9194	9205
Sachsen	7119	7385	7755	8413	8692	8845	9419	9671
Sachsen-Anhalt	6974	7583	8065	8880	9483	9617	9667	10078
Thüringen	7028	7638	7763	8193	8543	8762	9735	10027
Deutschland	6492	6867	7195	7634	8041	8308	8833	9211

* Raten berechnet auf Basis der Zensusbevölkerung 2011

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

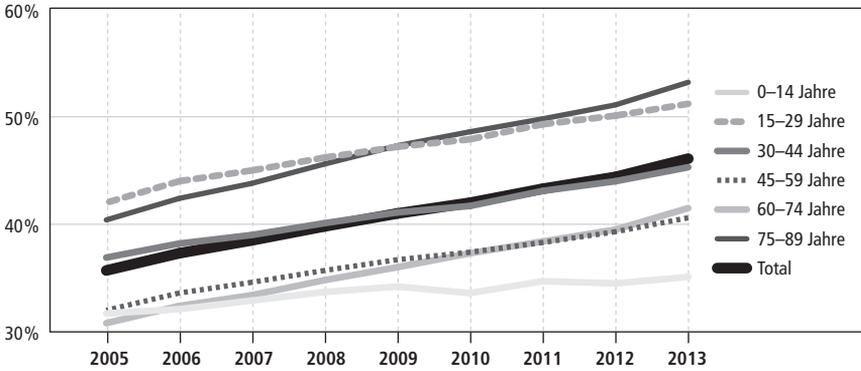
5.3 Ergebnisse der AOK-Daten auf Bundesebene

Ergänzend wurden alle AOK-Krankenhausfälle von 2005 bis 2013 ausgewertet. Darin sind anders als in der DRG-Statistik auch psychiatrische Fälle enthalten. Sie zeigen den gleichen säkularen Trend wie die kassenarten-übergreifenden Daten des Statistischen Bundesamtes. Zusätzlich wird die altersspezifische Entwicklung deutlich: Der Anteil der administrativen Notfälle ist in allen Altersgruppen mit Ausnahme der jüngsten gestiegen (Abbildung 5–5).

Die stationären Notfallaufnahmen lassen sich nach der Stunde der Aufnahme und nach dem Wochentag klassifizieren. Abbildung 5–6 zeigt die Verteilung der stationären Aufnahmen insgesamt und die der Notfallaufnahmen über den Tagesverlauf. 79% aller Krankenhausfälle werden in der Zeit von 6 bis vor 18 Uhr („Tag“) aufgenommen. Welcher Anteil der zur jeweiligen Stunde aufgenommenen Fälle als Notfall klassifiziert wurde, zeigt Abbildung 5–7. Bei den Krankenhausfällen am Tag beträgt der Notfallanteil 33%, bei den „Nacht“-Fällen 73% – nicht alle Nacht-Fälle werden also als Notfälle kodiert. Dennoch werden (in den Jahren 2011 bis 2013) 64,2% aller Notfälle tagsüber aufgenommen. Nachts *oder* am Wochenende (64,3% der Arbeitszeit) werden 30,1% aller Krankenhausfälle

Abbildung 5-5

Entwicklung des altersspezifischen Anteils der Notfälle an allen Krankenhausfällen, 2005 bis 2013

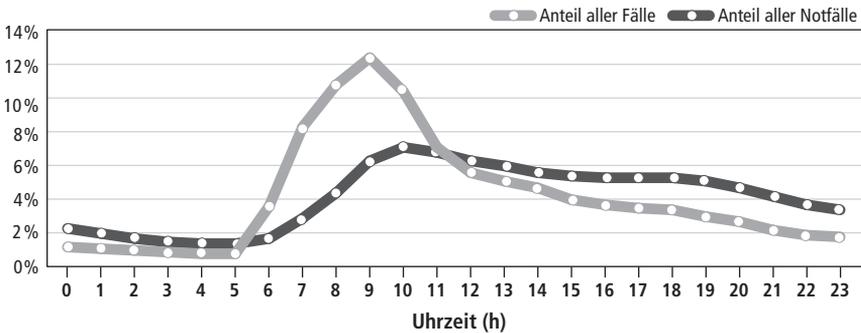


Quelle: AOK bundesweit
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 5-6

Anteil aller Krankenhausaufnahmen und Anteil der stationären Notfallaufnahmen nach Aufnahmestunden

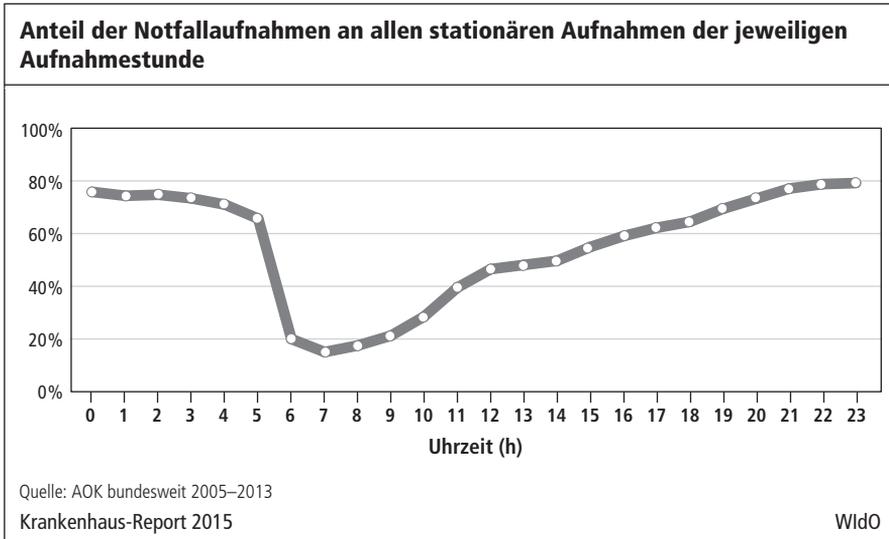


Quelle: AOK bundesweit 2005-2013
Krankenhaus-Report 2015

WIdO

aufgenommen. In der letztgenannten Gruppe beträgt der Notfallanteil 75,2%, aber nur 50,7% aller administrativen Notfälle werden nachts *oder* am Wochenende aufgenommen.

Abbildung 5–7



5.4 Ergebnisse der AOK-Daten aus Sachsen-Anhalt

Die bundesweite Zunahme der Notfallraten zeigt sich auch in den Routinedaten der AOK Sachsen-Anhalt. Diesen Datenkörper konnten wir für die Jahre 2005 bis 2010 vertieft auswerten. In dieser Versichertengruppe stieg die Rate der Notfälle pro 10 000 Versicherungsjahre um 42 %, alters- und geschlechtsstandardisiert um 32 % (Tabelle 5–2). Der ganz überwiegende Teil des Anstiegs ist also nicht demografisch bedingt.

Anders als im Bundestrend ist die Zahl der Krankenhausfälle pro 10 000 Versicherungsjahre bei den AOK-Patienten in Sachsen-Anhalt etwa gleich geblieben. Bei

Tabelle 5–2

Stationäre Krankenhausfälle der AOK Sachsen-Anhalt nach Aufnahmearnlass, 2005 bis 2010 (absolut und in % aller Krankenhausfälle)

Aufnahmearnlass	2005		2010	
	KH-Fälle	Anteil (%)	KH-Fälle	Anteil (%)
Einw. Kassenarzt	158 074	58,9	130 063	49,2
Einw. KH-Arzt	6 935	2,6	6 380	2,4
Verlegung	7 435	2,8	8 302	3,1
Notfall	95 429	35,6	118 913	45
Keine Angabe	518	0,2	571	0,2
Gesamt	268 391	100	264 229	100

Zunahme der Notfälle „fehlt“ daher etwa das gleiche Fallvolumen auf Seite der regulären Krankenhauseinweisungen. Nur zwei Krankenhäuser haben die Zahl der regulären Einweisungen *und* die Zahl der Notfalleinweisungen gesteigert (Abbildung 5–8).

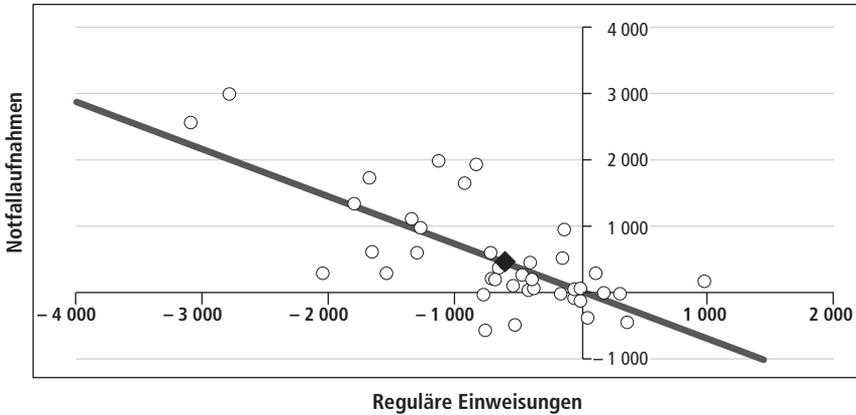
Die Analyse der stationären Routinedaten der AOK Sachsen-Anhalt ergab folgende Erkenntnisse:

- Die Notfallrate steigt kontinuierlich in fast allen Altersgruppen. Die höchste Rate und der stärkste Zuwachs sind in der Gruppe der über 80-Jährigen zu finden. Die Notfallhäufigkeit ist weitgehend unabhängig vom Geschlecht.
- Zwischen 2005 und 2010 wiesen 38 von 46 Krankenhäusern Steigerungen ihres Notfallanteils auf (zwischen 2 % und 314 %). Kompensatorisch sanken die Zahlen regulärer Krankenhauseinweisungen. Krankenhäuser in Regionen mit niedriger Bevölkerungsdichte wiesen einen *geringeren* stationären Notfallanteil auf als jene in Regionen höherer Bevölkerungsdichte.
- Die Aufnahmediagnosen stationär versorgter Notfälle zeigen ein heterogenes Spektrum. Zwischen 2005 und 2010 nahm vor allem die Rate von Symptomen wie Luftnot, Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen deutlich zu. Beispielsweise stieg die Diagnosehäufigkeit für „Dyspnoe“ von 1 673 Fällen (Platz fünf aller Notfall-Aufnahmediagnosen 2005) auf 4 852 Fälle (Platz eins aller Notfall-Aufnahmediagnosen 2010).
- Unter den fünf häufigsten Entlassungsdiagnosen⁴ nach stationärer Notfallaufnahme gehören vier zum Kreislaufsystem (Abbildung 5–9). Auf Platz eins liegt die Herzinsuffizienz (Zuwachs um 42 %). Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol liegen in beiden Jahren auf Platz zwei. Die häufigsten auf äußere Einwirkungen zurückgehenden Diagnosen sind intrakranielle Verletzungen (darunter am häufigsten die Gehirnerschütterung) und Femurfrakturen. Das häufigste ICD-Kapitel ist in beiden Jahren Kapitel IX (Erkrankungen des Kreislaufsystems, ca. 25 % aller Fälle), gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen (Kapitel XIX, ca. 14 % aller Fälle) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel XI, ca. 11 % aller Fälle). Den relativ größten Zuwachs verzeichnet die Gruppe der Symptome (Kapitel XVIII, ca. 7 % aller Fälle). Im Berichtszeitraum stieg die absolute Fallzahl hier von 4 800 auf 8 100 Fälle.
- Die relative Operationshäufigkeit nach stationärer Notaufnahme lag 2005 und 2010 bei 21 %. Am häufigsten wurden Frakturen und Luxationen reponiert, danach folgten Operationen an der Haut beziehungsweise Unterhaut sowie an Gallenblase und Gallenwegen. Entsprechend der allgemeinen Zunahme der Notfallaufnahmen stiegen die absoluten OP-Zahlen in fast allen Bereichen.
- Bildgebende Verfahren nahmen relativ von 26 % auf 31 % aller stationären Notfallaufnahmen zu (reguläre Einweisungen von 19 % auf 22 %). Mit großem Abstand am häufigsten ist die native Schädel-Computertomografie, gefolgt von der Computertomografie des Abdomens und des Thorax.
- Sonstige Prozeduren wurden 2010 in 8 % aller Fälle durchgeführt, 2005 waren es noch 2 %. Einen wesentlichen Anteil an dieser Steigerung trugen psychosoziale

4 Dreistellige Entlassungsdiagnosen nach ICD-10-GM Version 2010.

Abbildung 5–8

Differenz der regulären Krankenhauseinweisungen zur Differenz stationär aufgenommenen Notfälle nach Krankenhaus, 2010 zu 2005

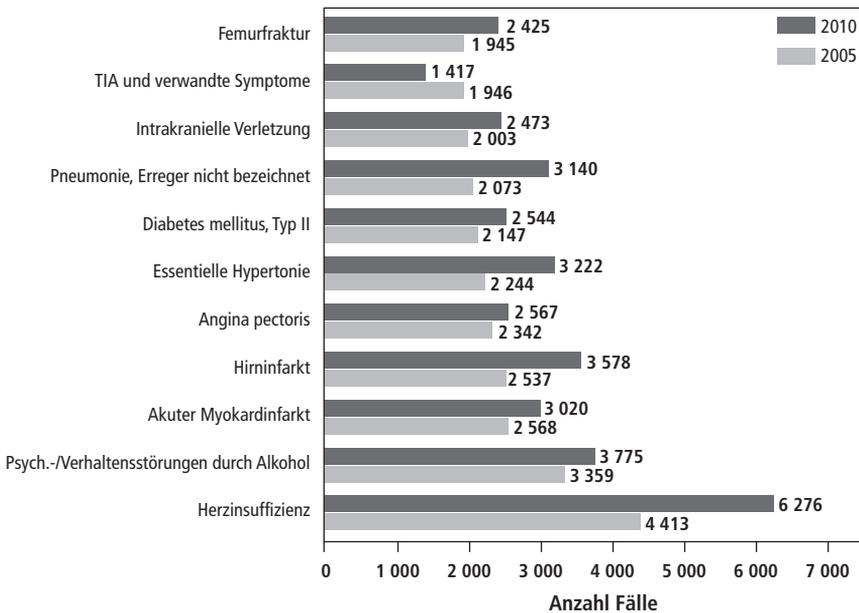


Fälle absolut, Mittelwert markiert
 Quelle: AOK Sachsen-Anhalt
 Krankenhaus-Report 2015

WlD

Abbildung 5–9

Häufigste Entlassungsdiagnosen (ICD-10 dreistellig) nach stationärer Notfallaufnahme, 2005 und 2010 (absolut)



Quelle: AOK Sachsen-Anhalt
 Krankenhaus-Report 2015

WlD

Tabelle 5–3

Vergleich ausgewählter Parameter zwischen regulären Krankenhauseinweisungen und stationären Notfallaufnahmen 2010 (AOK Sachsen-Anhalt)

	Reguläre Krankenhauseinweisungen durch Kassenarzt 2010	Stationäre Notfallaufnahmen 2010
Fallzahl (Anteil an allen KH-Fällen)	130 063 Fälle (49 %)	118 913 Fälle (42 %)
Ø Patientenalter (Modalwert)	62 Jahre (75 Jahre)	64 Jahre (81 Jahre)
Ø Verweildauer	9,07 Tage	8,55 Tage
Ø Kosten	3 457	3 380

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Interventionen⁵ (Steigerung um das Zehnfache) sowie die seit der OPS-Version 2010 neu hinzugekommenen Prozeduren „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ und die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im psychiatrischen Bereich.

- Nach kontinuierlicher Abnahme lag die mittlere Verweildauer von Notfallpatienten 2010 bei 8,55 Tagen und damit unter der von regulär aufgenommenen Patienten (Tabelle 5–3). Im Durchschnitt sind als Notfälle aufgenommene Patienten also keine Kurzlieger.
- Der durchschnittlich von der Krankenkasse bei Notfallpatienten gezahlte Betrag lag 2005 bei etwa 3 174 Euro und stieg bis 2010 auf 3 380 Euro. Damit lag der Satz unter dem durchschnittlichen Betrag für regulär aufgenommene Patienten (2010: 3 457 Euro).

Verglichen mit den Analyseergebnissen der regulären Krankenhauseinweisungen zeigen die stationär aufgenommenen Notfälle Ähnlichkeiten hinsichtlich des durchschnittlichen Patientenalters, der mittleren Verweildauer, der durchschnittlichen Kosten (Tabelle 5–3) sowie Art und Umfang diagnostischer, aber nicht operativer Maßnahmen (OP-Häufigkeit 42 % bei regulär aufgenommenen, 21 % bei Notfällen).

Zusammenfassend sehen wir bundesweit eine deutliche absolute und relative Zunahme von als Notfällen kodierten Krankenhausaufnahmen, die vor allem aus der Altersgruppe der über 65-Jährigen und den Folgen chronischer Erkrankungen hervorgeht – vor den Unfällen. Die Ergebnisse der Auswertung von Krankenhaus-Routinedaten in Sachsen-Anhalt belegen einen Anstieg kreislaufbedingter Erkrankungen, aber auch unspezifischer Diagnosen wie Luftnot, Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen als dokumentierte Notfälle in den Krankenhäusern.

⁵ Die unter OPS-Code 9-401 codierten psychosozialen Interventionen beinhalten die sozialrechtliche Beratung, die Familien-, Paar- und Erziehungsberatung, die Nachsorgeberatung hinsichtlich ambulanter und stationärer Nachsorge, die supportive Therapie, die künstlerische Therapie sowie die integrierte psychosoziale Komplexbehandlung.

5.5 Diskussion

Diese Entwicklung wirft Fragen zur Definition und zur Charakterisierung stationärer Notfälle, zur Qualität und Organisation der sektoralen Notfallversorgung sowie der angemessenen Nutzung akutstationärer Kapazität durch die Patienten auf.

Die Legaldefinition des Rettungsdienstgesetzes Sachsen-Anhalt lautet: „Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge einer Verletzung, Erkrankung oder aus sonstigen Gründen in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten“ (§ 2 Rettungsdienstgesetz LSA 2012). Für administrative Zwecke wird der Notfall hingegen durch den kodierten „Aufnahmearbeit“ definiert, d. h. technisch durch ein Häkchen im Aufnahmebogen. An der Schnittstelle vom Krankenhaus zur Krankenkasse erscheint der Notfall schließlich als Code innerhalb eines in § 301 SGB V festgelegten fallbezogenen Datensatzes, womit er technisch eindeutig vom „Normalfall“ mit regulärer Einweisung, diversen Unfallarten und „Kriegsbeschädigten-Leiden“ abgegrenzt ist (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012). Ob die Klassifikation im Krankenhaus die zitierte Legaldefinition berücksichtigt oder ob eher im Sinne des § 301 SGB V eine Unterscheidung von Fällen „mit“ bzw. „ohne“ Einweisungsschein zugrunde liegt, ist anhand der Abrechnungsdaten unmittelbar nicht festzustellen. Letzteres wäre regelungskonform.

Die Patientenperspektive „Ich brauche rasche Hilfe, ich bin ein Notfall!“ ist eine weitere mögliche Fallklassifikation. Sie dürfte von vielen Einflussfaktoren abhängen, z. B. individuellem Krankheitsempfinden, Alter, Geschlecht, sozialem Status und kulturellem Hintergrund, auch von örtlichen Bedingungen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes.

Derzeit existiert also keine Notfalldefinition, die von allen Teilnehmern des Gesundheitssektors gleichermaßen verwendet wird. Auf Grundlage der stationären Routinedaten lassen sich jedoch rückblickend Aussagen treffen. Wir ordneten dazu die Entlassungs(!)diagnosen nach ihrem (kodierten) Notfallanteil R_i und stratifizierten sie zur Orientierung in die drei Kategorien „planbare Diagnose“ ($R_i < 0,33$), „Mischdiagnose“ ($0,33 \leq R_i < 0,66$) oder „Notfalldiagnose“ ($R_i \geq 0,66$) (Tabelle 5–4). So sind z. B. 90% der Fälle mit der Entlassungsdiagnose akuter Hinterwandinfarkt (I21.1) als Notfälle kodiert worden. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) machen wie gesehen einen Teil der kodierten Notfälle aus. Fälle mit akuter Intoxikation (F10.0) werden zu 95% als Notfälle aufgenommen, Fälle mit Entzugssyndrom (F10.3) zu 55%. Die in Tabelle 5–4 nur beispielhaft angegebenen 24 Diagnosen bilden 9% der Fälle nach regulärer Einweisungen und 10% der notfallmäßig aufgenommenen Fälle ab.

Wir schlagen vor, das administrative Notfallaufkommen regional und auch in den einzelnen Krankenhäusern nach diesen drei Diagnosegruppen zu differenzieren. So würde nicht nur erkennbar, wo die Rate (und/oder der Anteil) der administrativen Notfälle hoch ist, sondern auch, welchen Anteil daran Notfalldiagnosen ($R_i \geq 0,66$) und eher planbare Diagnosen ($R_i < 0,33$) jeweils haben.

Bei der Einordnung dieser Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass es sich dabei um eine retrospektive Gruppierung in Kenntnis der Entlassungsdiagnose handelt. Dieses Wissen liegt zum Zeitpunkt der Entscheidung über die stationäre Aufnahme nicht vor. Zudem variiert die Symptomschwere innerhalb jeder einzelnen Diagnose

Tabelle 5–4

SEN-Liste*: Einordnung von Entlassungsdiagnosen in die Kategorien Notfall-, Misch-, und planbare Diagnosen nach R_i -Quotient (AOK Sachsen-Anhalt 2010, vollständige übermittelte ICD10)

Notfalldiagnosen ($R_i \geq 0,66$)			
EntDg. ICD10	Bezeichnung	Anzahl	R_i
F100	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Akute Intoxikation [akuter Rausch]	2 035	0,95
J690	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	445	0,93
S060	Gehirnerschütterung	2 222	0,91
S7211	Pertrochantäre Fraktur, Intertrochantär	386	0,90
I211	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	467	0,90
I634	Hirninfrakt durch Embolie zerebraler Arterien	779	0,89
I210	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	522	0,88
R568	Sonstige und nicht näher bez. Krämpfe, Anfall o.n.A., Krampfanfall o.n.A.	294	0,85
...
Mischdiagnosen ($0,33 \leq R_i < 0,66$)			
EntDg. ICD10	Bezeichnung	Anzahl	R_i
F103	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom	1 167	0,55
I495	Sick-Sinus-Syndrom; Tachykardie-Bradykardie-Syndrom, Sinusknoten-Syndrom	500	0,55
I4811	Vorhofflimmern, Chronisch	1 137	0,54
E1191	Diabetes mellitus II, ohne Komplikationen, als entgleist bez.	1 246	0,53
I7024	Atherosklerose der Extremitätenarterien; Atherosklerotische Gangrän, Mönckeberg- (Media-) Sklerose, pAVK der Extremitäten, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	852	0,48
F103	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Entzugssyndrom	1 167	0,55
I495	Sick-Sinus-Syndrom; Tachykardie-Bradykardie-Syndrom, Sinusknoten-Syndrom	500	0,55
I4811	Vorhofflimmern, Chronisch	1 137	0,54
E1191	Diabetes mellitus II, ohne Komplikationen, als entgleist bez.	1 246	0,53
I7024	Atherosklerose der Extremitätenarterien; Atherosklerotische Gangrän, Mönckeberg- (Media-) Sklerose, pAVK der Extremitäten, Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	852	0,48
I208	Sonstige Formen der Angina pectoris; Belastungsangina, Stenokardie	2 202	0,48
F200	Paranoide Schizophrenie	881	0,48
F102	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom	2 002	0,43
...
Elektive Diagnosen ($R_i < 0,33$)			
EntDg. ICD10	Bezeichnung	Anzahl	R_i
T840	Mechan. Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	586	0,00
J342	Nasenseptumdeviation	406	0,01
J350	Chronische Tonsillitis	759	0,01
N393	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	254	0,01
D251	Intramurales Leiomyom des Uterus	301	0,01
H258	Sonstige senile Kataraktformen	1 876	0,01
J352	Hyperplasie der Rachenmandel	512	0,02
E042	Nichttoxische mehrknotige Struma	764	0,02
...

* SEN-Liste = Liste Stratifizierter Entlassungsdiagnosen nach Notfallanteil

und beeinflusst somit die Dringlichkeit und die Etikettierung als Notfall. Schreyögg et al. (2014, S. 63 ff. und A.2.2) bilden aus dem Aufnahmegrund, dem Anteil der Fälle außerhalb typischer Arbeitszeiten und dem Zeitraum bis zur ersten Maßnahme ein Cluster „charakteristischer“ Notfälle, die im Zeitraum 2007 bis 2012 mit 1,9% pro Jahr stärker stiegen als ein Cluster charakteristischer Elektiv-Diagnosen mit 1,3% pro Jahr. Wie gezeigt, erscheint jedoch der größere Teil der etikettierten Notfälle in der Regelarbeitszeit im Krankenhaus.

Notfälle in der Abgrenzung der Routinedaten der Krankenkassen beinhalten also nur bedingt medizinische „Blaulichtfälle“. Dennoch zeigen uns die Ergebnisse einen Strukturwandel: Ein beträchtlicher und zunehmender Anteil aller stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten wählt einen Zugangsweg zu medizinischen Leistungen, der so in unserem Gesundheitswesen nicht vorgesehen ist, sondern als zunehmender Fehlfluss angesehen werden muss. Die überproportionale Zunahme der Notfälle aus dem unscharfen Symptomkapitel XVIII lässt vermuten, dass kein adäquater Hausarzt-Kontakt stattgefunden hat, bevor das Krankenhaus aufgesucht wurde. Doch ist dadurch nur ein Teil des Notfalleinstiegs erklärbar. Eine Aussage über die „Notwendigkeit“ einer stationären Aufnahme ist mithilfe von Abrechnungsdaten nur mit Zusatzannahmen möglich. Burgdorf und Sundmacher (2014) errechneten mit Daten aus 2008 für vier (von 19) „ambulant-sensitive“ Diagnosen eine Rate von 683 potenziell vermeidbaren Krankenhausfällen pro 100 000 Männer und 654 pro 100 000 Frauen.

Befragte Notaufnahmeleiter verschiedener Krankenhäuser Sachsen-Anhalts schätzten in Experteninterviews den tatsächlichen Notfallanteil innerhalb ihrer Notaufnahmen nur auf 25 bis 30%. Das hieße, dass bis zu 75% aller „Notfallpatienten“ bei optimaler Nutzung der Versorgungsstrukturen als regulär zugewiesene Patienten durch die Behandlung geführt beziehungsweise wegen geringer Fallschwere ganz im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten.

Bei Annäherungsversuchen an eine Notfalltypisierung bleibt die grundsätzliche Frage nach der Rolle und Bedeutung der Krankenhäuser innerhalb der medizinischen Versorgungslandschaft offen. Deren Zentralen Notaufnahmen (ZNA), als Anlauf- und Übernahmestelle für akute Notfälle eingerichtet, entwickeln sich anscheinend zunehmend zu „Walk-in“-Stationen für medizinische Belange subjektiver Dringlichkeit. Statt „ambulant vor stationär“ sieht der Bürger möglicherweise Wahlfreiheit zwischen Leistungserbringern verschiedener Sektoren. Hohe Qualitätserwartung, vergleichsweise kurze Wartezeiten, ständige Verfügbarkeit mehrerer Fachgebiete, Ressourcenbündelung und Unwissenheit über andere Versorgungsmöglichkeiten verstärken den Trend zur Krankenhaus-Inanspruchnahme auf Patientenseite (vgl. auch Brachmann et al. 2009).

Zum besseren Verständnis der Entwicklung führten wir in sechs ausgewählten Kliniken Sachsen-Anhalts Experteninterviews⁶. Sie zeigen, dass die Steigerung des Notfallanteils sehr unterschiedlich interpretiert wird. Einige Häuser sehen ihre Kapazitätsgrenze für Notaufnahmen weit überschritten und sprechen von „absoluter Überlastung“. Andere hingegen nutzen diesen Zugangsweg zur „willkommenen

6 Wir danken den leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser für ihre Unterstützung.

Tabelle 5–5

Maßnahmen zur Beeinflussung des Notfallgeschehens

Beispiele aus Sachsen-Anhalt	Beispiele aus Deutschland
<ul style="list-style-type: none"> • Neuorganisation der ZNA (Bau & Prozesse) 	<ul style="list-style-type: none"> • „Prälinik“ mit Ersteinschätzung und Ampelsystem (Koeniger et al. 2006)
<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Triage-systeme (ESI, MTS, CTAS, ATS, ISAR etc.)* 	<ul style="list-style-type: none"> • First View Konzept (Steffen 2012)
<ul style="list-style-type: none"> • MVZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Krefelder Anmeldebogen für Notfallpatienten auf Basis des MANDAT-RD (Weichert et al. 2013)
<ul style="list-style-type: none"> • Notaufnahmestation, Low-Care-Station 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärztlich besetzter Notfallkoordinator
<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Nutzung der Kurzzeitpflegeplätze 	<ul style="list-style-type: none"> • MVZ & Bereitschaftspraxis im Krankenhaus (Rieser 2012)
<ul style="list-style-type: none"> • OP- & Belegungsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategiekonzept „Regional Health Care (RHC)“ (Koch et al. 2009)
<ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Notarzt-Weiterbildung der eigenen Ärzte 	
<ul style="list-style-type: none"> • Schulung regionaler Rettungsdienste 	
<ul style="list-style-type: none"> • Digitales Ärztenetz in der Region 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit palliativem Pflege- und Ärztedienst 	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung der regionalen Bevölkerung 	

* ESI = Emergency-Severity-Index, MTS = Manchester Triage-system, CTAS = Canadian Triage and Acuity Scale, ATS = Australasian Triage Scale, ISAR = Identification of Seniors at Risk

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

Fallgewinnung“ und weiten die Notaufnahme zum Hauptportal der Klinik aus. Letztere Sichtweise erfährt durchaus Zustimmung, wie im Beitrag „Öffentlichkeit und Marketing“ eines neuen Notaufnahme-Standardwerks nachzulesen ist: Die Zentrale Notaufnahme sei das Tor zur Patientenakquisition und ihre Performance in der Wahrnehmung der Patienten und Zuweiser biete die größte Chance zur Maximierung ihrer Magnetwirkung (Falge 2011). Während hausspezifische Marketingpläne und Strategien zur Imagesteigerung der ZNA ausgelotet werden, ist ein zielgerichteter versorgungspolitischer Diskurs zum zukünftigen Profil und zur intersektoralen Integration der Notaufnahmen nötig. Dies bekräftigen alle von uns interviewten Klinikmanager. Sie fordern die Neudiskussion der Stellung der Krankenhäuser innerhalb der Notfallversorgung. Um aktuellen Herausforderungen dennoch gerecht zu werden, wurden vielerorts Modelle zur Optimierung der Schnittstellen und Patientenströme erprobt (Tabelle 5–5). Dabei ist zwischen Maßnahmen, die einen zielgerichteten Abstrom von Patienten aus der Notaufnahme fördern, und solchen, die den Zustrom beeinflussen, zu unterscheiden.

Offensichtlich muss auch in den Abrechnungsdaten besser zwischen Blaulichtfällen und Patienten unterschieden werden, die Leistungen ohne Überweisung nachfragen. Einen medizinischen Fortschritt dürfte hier das BMBF-Förderprojekt „Nationales Notaufnahmeregister“ bringen, das 2013 startete und eine verbesserte Versorgungsforschung in der Akutmedizin durch ein standardisiertes Notaufnahmeprotokoll, bessere Organisation und Informationstechnologie zum Ziel hat (vgl. BMBF 2014).

Da es sich aber um ein Versorgungsproblem an der Sektorschnittstelle handelt, muss auch geklärt werden, welche Schritte die Versicherten *vor* dem hier betrachte-

ten Krankenhauskontakt gegangen sind und welche Hilfe oder ambulante Behandlung ihnen eventuell gefehlt haben. Dazu kann schon eine Auswertung sektorübergreifender Versorgungsdaten beitragen. Wie lassen sich „high user“ der Notfallambulanzen genauer charakterisieren? Trotz des nur gering erhöhten Durchschnittsalters der Notfallpatienten lassen Diagnosespektrum und Maßnahmen einen Schwerpunkt bei altersbedingter Multimorbidität vermuten. Hausarzt-Verträge wie in Bayern oder Baden-Württemberg haben regionale Anstiege (d. h. Externalisierungen) offensichtlich nicht verhindert. Ein Teil der stationären Notfälle könnte schon durch geschulte Betreuungspersonen vermeidbar sein.

Eine möglichst schnelle, sichere und verlustfreie Übertragung individueller gesundheitsrelevanter Informationen zwischen den Leistungserbringern könnte ein weiteres Kernthema sein. Ständen Basisdaten zu Krankheitsgeschichte, bekannten Unverträglichkeiten, Dauermedikationen oder Komorbidität sofort zur Verfügung, müssten sie nur durch die aktuelle Anamnese ergänzt werden. Damit kann die Zeit bis zur gezielten Intervention verkürzt und größere Patientensicherheit geschaffen werden. Neben der Anwendung im akuten Krankheitsfall bestünde auch die Möglichkeit, die Basisinformationen langfristig zur Klassifizierung und proaktiven Minderung individueller Notfallrisiken zu nutzen.

Literatur

- BMBF. Verbundprojekt: Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin durch den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/5199.php (13. März 2014)
- Brachmann M, Geppert R, Niehues C, Petersen PF, Sobotta R. Positionspapier der AG Ökonomie: Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung. www.dgina.de/media/veroeffent/2009_0729_Positionspapier_2009_07_08_MB_F.pdf (12. März 2014)
- Burgdorf F, Sundmacher L: Potentially avoidable hospital admissions in Germany — an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. In: *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111 (13): 215–23. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0215
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. 10. Fortschreibung vom 29.2.2012, S. 71. www.dkgev.de/media/file/11433.RS134-12_Anlage2-SGBV_v301_ges_korr2.pdf (19. März 2014).
- Falge C. Öffentlichkeit und Marketing. In: Moecke H, Lackner CK, Klöss T (Hrsg). *Das ZNA-Buch. Konzepte, Methoden und Praxis der Zentralen Notaufnahme*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2011; 127.
- Koch B, Wendt M, Lackner CK, Moecke HP. Regional Health Care (RHC). In: *Notfall + Rettungsmedizin* 2009; 12: 461–6.
- Kroeniger R, Räwer W, Widmer R, Schepp W. Präklinik mit integrierter Aufnahmestation: Zukunftsweisenden Konzept. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103 (42): A-2770–3.
- Rettenberggesetz LSA. Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt vom 18. Dezember 2012. www.landesrecht.sachsen-anhalt.de (13. März 2014)
- Rieser S. MVZ und Bereitschaftspraxis. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 105 (5): A186.
- Schreyögg J, Bäuml M, Dette T, Busse R, Geissler A. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf (11. Juli 2014)
- Steffen B. Die Warterei kann einen krank machen. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2012; 52: 15.

Weichert O, Lenz W, Lenssen U, Kemmerles G. Optimierung der Patientenversorgung durch strukturierte Anmeldung von kritisch kranken Patienten über den Rettungsdienst. In: Notfall + Rettungsmedizin 2013; 16: 129–34.