



Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zwischen 2015 und 2024 im regionalen Vergleich

Milan Hartmann • Doreen Müller • Jakob Hostiege • Dominik von Stillfried • Johannes Hagelskamp

DOI: 10.20364/VA-26.03

Abstract

Hintergrund

Bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (2015) und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (2019) wurde die Arbeitsteilung bezüglich der Notfallversorgung zwischen Krankenhäusern und ambulantem Sektor spezifiziert. Aufgrund einer weithin hohen Belastung der Notfallversorgung stehen ambulante Notfallbehandlungen auch in der aktuell diskutierten Notfallreform im Fokus der gesundheitspolitischen Debatte. Vor diesem Hintergrund beleuchtet die vorliegende Analyse bundesweite Entwicklungen in den Jahren 2015 bis 2024 sowie die regionale Variation der Inanspruchnahme ambulanter Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten (wochentags 19:00–7:00 Uhr sowie ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12. und 31.12.) in diesem Zeitraum.

Methodik

Datengrundlage der Untersuchung waren bundesweite, krankenkassenübergreifende, vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Jahre 2015 bis 2024 (ohne Bremen). Behandlungsfälle wurden als Notfallkontakt gewertet, sofern ausgewählte notfallrelevante Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) oder regionale Abrechnungsziffern abgerechnet worden waren. Dabei wurde nach den Versorgungsebenen Notaufnahme und Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) differenziert. Es werden Absolutwerte und relative Veränderungen der Inanspruchnahme berichtet. Die regionale Betrachtung erfolgt auf Kreisebene und wurde mittels Bevölkerungszahlen der Indikatoren- und Karten-zur-Raum-und-Stadtentwicklung (INKAR)-Datenbank und dem Anteil der gesetzlich Krankenversicherten je Bundesland, welcher der KM-6 Statistik entnommen wurde, gewichtet.

Ergebnisse

Zwischen 2015 und 2024 sank die Anzahl der ambulanten Notfälle außerhalb der Sprechstundenzeiten von 13.494.727 auf 12.992.441 (–3,7 %). Notfallkontakte fanden häufiger im ÄBD als in Notaufnahmen statt. Im ÄBD sank die Fallzahl von 7.203.379 auf 6.539.283 (–9,2 %). In Notaufnahmen stiegen sie dagegen von 6.291.348 auf 6.453.158 an (+2,6 %). In ostdeutschen Bundesländern zeigten sich pro Kopf über die Jahre hinweg geringere Zahlen ambulanter Notfälle als in westlichen Regionen. Zwischen 2016 und 2024 verzeichneten insgesamt 145 Kreise einen Rückgang in beiden Versorgungsebenen. In sieben Kreisen stieg die Inanspruchnahme beider Ebenen. Steigende Notaufnahmeananspruchnahme bei sinkenden ÄBD-Zahlen trat in 57 Kreisen auf, wohingegen 31 Kreise steigende ÄBD-Fallzahlen bei sinkender Notaufnahmeananspruchnahme aufwiesen.

Korrespondierender Autor: Milan Hartmann
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
Salzufer 8 – 10587 Berlin – Tel. (030) 2200 56107 – E-Mail: mhartmann@zi.de



Diskussion

Regionale Unterschiede der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und des ÄBD sind zum einen auf Differenzen in der Ausgestaltung des ÄBD zurückzuführen. Zum anderen sind Unterschiede in der Patientensouveränität, Gesundheitskompetenz und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung mögliche Einflussfaktoren. Insbesondere die fallabschließende telefonische Versorgung durch den Patientenservice 116117, dessen Leistungen nicht vollständig über den EBM abgebildet werden, reduzieren ÄBD-Notfallleistungen zunehmend. Darüber hinaus ergaben sich im Studienzeitraum weitreichende Veränderungen in den regionalen Kooperationsstrukturen, Steuerungs- und Patientenpfaden oder auch an digitalen Angeboten. Die steigenden Zahlen der Inanspruchnahme von Notaufnahmen und die regionale Variation bezüglich der aufgesuchten Versorgungsebene unterstreichen dennoch den Bedarf einer Notfallreform, welche eine verbindliche Patientensteuerung, angepasst an regionale Unterschiede im gegenwärtigen Versorgungsangebot, implementiert und eine bedarfsgerechte Akut- und Notfallversorgung sicherstellt.

Schlagwörter

ambulante Notfallversorgung, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Notaufnahme, Notdienst, Patientenservice 116117, Patientensteuerung, regionale Inanspruchnahme, vertragsärztliche Versorgung

Zitierweise

Hartmann M, Müller D, Holstiege J, von Stillfried D, Hagelskamp J. Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zwischen 2015 und 2024 im regionalen Vergleich. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 03/26. Berlin 2026. <https://doi.org/10.20364/VA-26.03>

Abstract (English)

Regional Variation in the Utilization of After-Hours Outpatient Emergency Care in Germany, 2015–2024

Background

The Krankenhausstrukturgesetz (Hospital Structure Act, 2015) and the Terminservice und Versorgungsgesetz (Appointment Service and Healthcare Act, 2019) further specified the distribution of responsibilities in emergency care between hospitals and the outpatient sector. In view of the persistently high workload in emergency services, ambulatory emergency care remains a central topic in current health policy discussions on the upcoming emergency care reform. Against this background, the present analysis examines nationwide developments in after-hours care (weekdays 7 p.m.–7 a.m., as well as all day on Saturdays, Sundays, public holidays, and on December 24 and 31) between 2015 and 2024 as well as regional variation in the utilization of ambulatory emergency care during this period in Germany.

Methods

The study was based on nationwide, cross health insurer outpatient billing data according to § 295 of the German Social Code Book V (SGB V) for the years 2015 to 2024 (Bremen excluded). Treatment cases were classified as emergency contacts if specific emergency related codes of the German uniform assessment standard (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) or regional billing codes in after-hours care had been billed. A distinction was made between pure assessment contacts and those followed by treatment, as well as between the levels of care—hospital emergency departments and the medical on call service (Ärztlicher Bereitschaftsdienst, ÄBD). Absolute numbers and relative changes are reported. The regional analysis was performed at the district level and weighted by population data from the Indicators and Maps for Spatial and Urban Development (Indikatoren und Karten zur Raum und Stadtentwicklung, INKAR) database and the proportion of people with statutory health insurance in each federal state (KM-6).

Results

Between 2015 and 2024, the number of ambulatory emergency cases outside of regular office hours decreased from 13,494,727 to 12,992,441 (–3.7 %). Emergency contacts occurred more frequently in medical on call service than in hospital emergency departments. In the on call service, case numbers declined from 7,203,379 to 6,539,283 (–9.2%), whereas in emergency departments they increased from 6,291,348 to 6,453,158 (+2.6%). In eastern federal states, the number of ambulatory emergency cases per capita was consistently lower than in western regions over time. Between 2016 and 2024, 145 districts experienced a decline in both care settings, while seven districts showed increases in both care settings. Increasing emergency department utilization alongside declining on call service use was observed in 57 districts, whereas 31 districts showed the opposite pattern.

Discussion

Regional differences in the utilization of emergency departments and the medical on call service can partly be explained by variations in the structural organization of the on call service. In addition, factors such as patient autonomy, health literacy, and regional morbidity patterns may influence utilization behavior. Particularly the increasingly case closing telephone consultations provided by the 116117 medical helpline (Patientenservice 116117), which are not fully represented in the EBM, have contributed to a reduction in recorded emergency service cases. Moreover, the study period saw extensive changes in regional cooperation structures, patient pathways, care coordination, and digital service offerings. The increasing use of hospital emergency departments and the regional variation in the chosen level of care collectively underscore the need for a reform of emergency care. Such a reform should implement patient navigation adapted to regional differences in emergency structures and ensure demand oriented acute and emergency care.

Keywords

After-hours care, emergency department, medical helpline 116117, out-of-hours care, outpatient emergency care, patient navigation, regional healthcare utilization, statutory health insurance physician care, treatment necessity assessment

Citation

Hartmann M, Müller D, Holstiege J, v. Stillfried D., Hagelskamp J. Regional Variation in the Utilization of After-Hours Outpatient Emergency Care in Germany, 2015–2024. Central Research Institute of Ambulatory Health Care in Germany (Zi). Versorgungsatlas-Report Nr. 03/26. Berlin 2026. <https://doi.org/10.20364/VA-26.03>

Kernaussagen

- Die Zahl der ambulanten Notfälle außerhalb der Sprechstundenzeiten ging im betrachteten Zeitraum zwischen 2015 und 2024 insgesamt leicht um 3,7 % zurück; auf einen markanten Rückgang 2020/2021 folgte eine Annäherung an das Niveau vor der COVID-19-Pandemie, wobei sich eine Verschiebung von der Inanspruchnahme des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) hin zu den Notaufnahmen andeutet. Der ÄBD trägt zwischen 50,2 % (2021) und 55,0 % (2018) weiterhin über die Hälfte der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten.
- Zwischen 2016 und 2024 blieb die regionale Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung heterogen in Bezug auf die primär teilnehmenden Versorgungssegmente: Für den ÄBD zeigte sich ein stabiles West-Ost-Gefälle mit höheren Quoten in West- und Süddeutschland, während in Notaufnahmen in Teilen sowohl West- als auch Ostdeutschlands erhöhte Werte festzustellen waren.
- Die Unterschiede deuten auf zeitliche und regionale Variationen im Hinblick auf Versorgungsstrukturen, Erreichbarkeit und Inanspruchnahmeverhalten hin.

Hintergrund

Die Notfallversorgung in Deutschland erfolgt intersektoral durch Institutionen des Rettungsdienstes, durch Notaufnahmen der Krankenhäuser und durch Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung. Im kassenärztlichen Bereich erfolgt eine Versorgung zu Praxisöffnungszeiten durch niedergelassene Praxen sowie außerhalb der Praxisöffnungszeiten durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD). Seit dem Krankenhausstrukturgesetz 2015 (1) umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch eine Einbindung der Notfallambulanzen von Krankenhäusern bzw. eine kooperative Anbindung von kassenärztlichen Notdienstpraxen an Notaufnahmestandorten. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (2) regelt darüber hinaus seit 2019 die Vorhaltung einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung für Akutpatient:innen mittels eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens und unter Bereitstellung medizinisch gebotener Versorgungsangebote. Das umfasst je nach KV-Region einerseits ein telemedizinisches Konsultationsangebot und bei hoher Versorgungsdringlichkeit den fahrenden Dienst sowie andererseits die Vermittlung eines Termins in einer geeigneten Vertragsarztpraxis.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen forderte im Jahr 2018 eine umfassende Notfallreform (3). Daraufhin erfolgte im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Jahr 2021 (4)

der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Vorgaben zur Ersteinschätzung von Patient:innen in Notaufnahmen zu erarbeiten und darin die Weiterleitung von weniger dringlichen Behandlungsfällen an die vertragsärztliche Versorgung zu regeln. Kurz nach dem Inkrafttreten der Ersteinschätzungsrichtlinie im Juli 2023 erfolgte eine Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Oktober 2023. Eine Überarbeitung der Ersteinschätzungsrichtlinie fand seither, in Erwartung einer umfassenden Notfallreform, nicht statt. Ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (5) war in der Ampelregierung (2021–2025) durch das Kabinett beschlossen worden und scheiterte in der Realisierung am Bruch der Koalition im Jahr 2024. Ein aktueller Entwurf zur Reform der Notfallversorgung des Bundeskabinetts stellt eine verbindliche Verzahnung der Sektoren mithilfe von digitaler Fallübergabe zwischen KV- und Rettungsleitstellen, einer Ausweitung des Sicherstellungsauftrages der KVen sowie dem verpflichtenden Ausbau integrierter Notfallzentren (INZ) in Aussicht (6). Neben der Möglichkeit zur Anbindung von vertragsärztlichen Kooperationspraxen zu Sprechstundenzeiten und Vorgaben zur Ersteinschätzung und Weiterleitung von Patient:innen, sollen KVen und Krankenhäuser eine gemeinsame Anlaufstelle bieten, die mit einer zentralen Ersteinschätzungsstelle eine bedarfsgerechte Notfallversorgung in der Notaufnahme oder der kassenärztlichen Notdienstpraxis bereitstellt.

Die Dringlichkeit einer wirksamen Reform verdeutlichen die bundesweiten Zahlen zur Entwicklung der Inanspruchnahme der Notfallstrukturen: In den Jahren 2010 bis 2016 zeigte sich eine stetige Zunahme an Behandlungsfällen (7,8). Daraufhin folgte eine Phase der Stabilisierung der Fallzahlen bis zum Jahr 2019, woraufhin die COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 zu einem Rückgang der Fallzahlen in deutschen Notaufnahmen (9) und im ÄBD führte (10). Besonders die Anzahl ambulant behandelbarer Notfälle stieg zwischen 2009 und 2019 um 24 % (11). Seit 2022 steigen die Zahlen ambulant versorgter Notfälle in Krankenhäusern erneut an (10,12). Zugleich treten regelmäßig Fälle auf, in denen Notaufnahmen von sogenanntem „(Over-)Crowding“ (Über- bzw. Vollausslastung (13)) betroffen sind, was zu Engpässen in der Versorgung führen kann (14,15). Damit einhergehende längere Wartezeiten in Notaufnahmen gehen wiederum mit erhöhten Raten stationärer Aufnahme und Mortalität einher (9,16,17). Die Umsetzung entsprechender Reformmaßnahmen setzt auch eine Generalisierbarkeit von notfallmedizinischen Bedarfen bzw. regionalen Versorgungsangeboten voraus. Regionale Analysen (18–21) zeigen jedoch, dass erhebliche regionale Unterschiede im Hinblick auf die Motive der Patient:innen auftreten, welche zu einem Notaufnahmebesuch führen. Zusätzlich sind alternative Versorgungsangebote stark von regionalen Strukturen abhängig (18–21).

Haas et al. (22) hoben in einem Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung hervor, dass ein Drittel der ambulanten Behandlungsfälle im Notfallsetting keine spezifischen Notaufnahme-ressourcen zur Versorgung benötigten, während weitere 20 % unter Vorhaltung entsprechender Ressourcen (bspw. Wundversorgung, Ultraschalluntersuchungen) und fachärztlicher Versorgung außerhalb von Krankenhäusern versorgt werden könnten. Eine repräsentative Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes (GKV: gesetzliche Krankenversicherung) 2024 ergab, dass 58 % der Befragten mit einer Notaufnahmekonsultation in den vorangegangenen zwölf Monaten einen Termin in einer Vertragsarztpraxis innerhalb von 48 Stunden einer Notaufnahmekonsultation vorgezogen hätten (23). Befragte in Berliner und bayerischen Notaufnahmen gaben wiederum zu 41,7 % bzw. 38,2 % an, vor der Notaufnahmekonsultation Kontakt zu einem Haus- oder Facharzt gesucht zu haben

(18,19). Der Kontaktversuch war in Berlin in 71,5 % der Fälle erfolgreich (19). In Bayern (18) berichteten 87,5 % der Befragten mit Kontaktversuch von einem erfolgreichen Kontakt zum hausärztlichen Bereich oder in 73,2 % zum fachärztlichen Sektor. Von diesen gaben etwa 69,4 % an, einen Ein- oder Überweisungsschein erhalten zu haben. Darüber hinaus gaben knapp 20 % der bayerischen Befragten an, eine aus ihrer Sicht vertragsärztlich behandelbare Beschwerde gehabt zu haben (18).

Wegen der weiterhin hohen Belastung in deutschen Notaufnahmen und wegen begrenzter Ressourcen im ÄBD sowie angesichts der Ausweitung von digitalen Vermittlungs- und Versorgungsangeboten stellt sich die Frage, wie sich die Inanspruchnahme ambulanter Notfallstrukturen bundesweit und regional entwickelt hat und welche Auswirkungen bisherige Reformen des Sicherstellungsauftrags der KVen zur Folge hatten. Mit Blick auf den aktuellen Kabinettsentwurf werden im vorliegenden Bericht die Entwicklung der ambulant abgerechneten Notfälle zwischen 2015 und 2024 im bundesweiten und regionalen Vergleich dargelegt. Da zu Sprechstundenzeiten vertragsärztlich versorgte Patient:innen nicht als Akut- oder Notfälle gekennzeichnet werden, erfolgt in dieser Arbeit zur besseren Vergleichbarkeit der beteiligten Versorgungsebenen eine Auswertung von Fällen zu Bereitschaftsdienstzeiten.

Methodik

Datengrundlage

Die Datengrundlage für die Betrachtung der Inanspruchnahme der Notfallversorgung und deren bundesweiter Entwicklung bildeten Leistungsdaten der Jahre 2015 bis 2024 der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 295 SGB V, welche über die 17 KVen abgerechnet wurden. Diese umfassten unter anderem die Gebührenordnungspositionen (GOP) erbrachter Leistungen und Wohnortkreis der gesetzlich krankenversicherten Patient:innen. Der Datensatz beinhaltete alle gesetzlich Krankenversicherten, welche im betrachteten Zeitraum mindestens eine ambulante, vertragsärztliche Leistung in Anspruch genommen hatten. Ausgeschlossen wurden Patient:innen mit Wohnort im KV-Bereich Bremen (Bremen, Bremerhaven). Daten hierzu werden zu einem späteren Zeitpunkt aktualisiert.

Operationalisierung ambulanter Notfälle

Ein Behandlungsfall wurde als Notfall gewertet, sofern mindestens eine der abgerechneten Leistungen zu einer der ausgewählten notfallrelevanten GOP gehörte und aus dieser hervorging, dass der Kontakt außerhalb der Sprechstundenzeiten (wochentags 19:00–7:00 Uhr und ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12., 31.12.) stattfand. Darunter fielen die GOPen 01207, 01212, 01216 und 01218 des EBM-Kapitels 1.2 („Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not[-fall]dienst“) und ausgewählte KV-spezifische GOPen, die vorab durch die KV-Bereiche bereitgestellt worden waren. Von letzteren wurden nur jene einbezogen, deren Bezeichnung die Zeichenketten „Not“, „Bereitschaft“ oder „ÄBD“ beinhalteten, die inhaltlich eindeutig zuordenbar waren, ausschließlich im Rahmen der Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten abgerechnet werden und für die Äquivalente in allen KV-Bereichen vorlagen. Es lagen Informationen zu regionalen Abrechnungsziffern aus 15 KV-Bereichen vor. Eine Übersicht verwendeter GOPen des EBM und regionaler Ziffern befindet sich im Anhang (**Tabelle A-1, Tabelle A-2**). Aufgrund der Abrechnungsbestimmungen wird ein:e Patient:in maximal ein Mal je Quartal und Betriebsstätte als Behandlungsfall abgebildet. Fälle, in denen mehrere Konsultationen der gleichen Einrichtung in einem Quartal vorkamen, wurden nur ein Mal gezählt.

Unterscheidung Notaufnahme vs. ÄBD

In der Analyse wurde zwischen den Versorgungsebenen der ambulanten Notfallversorgung im Hinblick auf „Notaufnahme“ und „ÄBD“ unterschieden. Diese Unterscheidung erfolgte anhand eines Algorithmus auf Basis der verwendeten Abrechnungsziffern. Versorgungsebenenübergreifend und getrennt nach Notaufnahme und ÄBD wurden die absolute Anzahl der Notfälle sowie absolute und relative Veränderungen untersucht.

Regionale Betrachtung

Die regionale Betrachtung der Notfallversorgung erfolgte anhand der jährlichen Anzahl der Notfälle auf Kreisebene ($n = 398$, Gebietsstand zum 01.07.2021 ohne Bremen und Bremerhaven) sowohl insgesamt als auch getrennt nach Versorgungsebene. Aus der Fallzahl pro Kreis wurden jährliche Inanspruchnahmequoten pro 1.000

GKV-Versicherte ermittelt. Die Berechnung der Anzahl an GKV-Versicherten je Kreisregion erfolgte anhand der GKV-Versichertenquote des jeweiligen Bundeslandes (KM6-Statistik (24)) und der Einwohnerzahlen der korrespondierenden Kreise (25,26).

Die kreisspezifische Inanspruchnahmequoten wurden in Kartenform für den Vergleich der Jahre 2016, 2020 und 2024 dargestellt. Dabei erfolgte eine deskriptive Beschreibung mittels Median, Interquartilsabstand (IQR), Extremwerte, Variationskoeffizient (VK) und Extremalquotient (EQ) für die Inanspruchnahmequoten sowie regionaler Cluster niedriger und hoher Werte auf Basis ihrer Zugehörigkeit zum Wertebereich unterhalb des ersten bzw. oberhalb des dritten Quartils. Zudem wurden die kreisspezifischen Inanspruchnahmequoten in den Versorgungsebenen (ÄBD und Notaufnahmen) zueinander in Beziehung gesetzt für das Jahr 2024 gesondert betrachtet, anhand des Bundesmittelwerts eingeordnet und mittels Unterteilung der Inanspruchnahmequote in drei äquidistante Bereiche („hoch“, „mittel“, „niedrig“) relativ zu anderen deutschen Kreisen ($n=398$) kategorisiert. Für die Veränderung des Verhältnisses über die Zeit wurden Anstiege und Rückgänge der Inanspruchnahme beider Versorgungsebenen im Jahr 2024 unterteilt nach Terzilen oberhalb oder unterhalb der kreisspezifischen Werte des Basisjahres 2016 dargestellt. Zudem erfolgte eine Gegenüberstellung der Anstiege und Rückgänge beider Versorgungsebenen. Für die Veränderung wurde aus analytischen Überlegungen heraus ein Toleranzbereich von 5 % als „unverändert“ definiert.

Berichtet werden absolute Fallzahlen der Inanspruchnahme auf Bundesebene, sowie Inanspruchnahmequoten je 1.000 GKV-Versicherte im regionalen Vergleich. Werte werden auf eine Nachkommastelle gerundet.

Ergebnisse

Bundesgesamtwerte über die Jahre 2015–2024

Die Anzahl der bundesweiten ambulanten Notfälle außerhalb der Sprechstundenzeiten pro Jahr (**Abbildung 1**) variierte im Zeitraum von 2015 bis 2019 zwischen 13.494.727 (2015) und 14.265.399 (2018). Im Jahr 2020 ging die Fallzahl deutlich zurück (10.884.634) und sank bis 2021 auf den Minimalwert des Studienzeitraums von

10.376.201. Verglichen mit dem Jahr 2019 war im Jahr 2021 eine relative Abnahme von 25,6 % zu verzeichnen (absolute Veränderung: -3.571.487). Anschließend stieg die Anzahl der Notfälle bis 2024 auf 12.992.441. In der Gegenüberstellung der Werte von 2015 und 2024 ist eine relative Abnahme von 3,7 % zu beobachten.

Diese Entwicklung ist in **Abbildung 1** zusätzlich getrennt nach Notaufnahmen und ÄBD dargestellt. In Notaufnahmen war die Fallzahl über alle betrachteten Jahre niedriger als im ÄBD. Zwischen 2015 und 2024 ist die Anzahl der Notfälle in Notaufnahmen um 2,6 % gestiegen (von 6.291.348 auf 6.453.158) und im ÄBD um 9,2 % gesunken (von 7.203.379 auf 6.539.283). In den Jahren 2015 bis 2018 stiegen die Werte im ÄBD geringfügig auf 7.844.475 (+8,9 %) und sanken im Jahr 2019 leicht auf 7.632.972 (-2,7 %). Die Anzahl der Notfälle in Notaufnahmen ging hingegen, nach einem Anstieg von 2015 bis 2016 von 6.291.348 auf 6.606.230 (+ 5,0 %), bis 2019 auf 6.314.716 zurück

(-4,4 %). In beiden Einrichtungsformen zeigte sich ein deutlicher Rückgang im Jahr 2020 (Notaufnahme: 5.228.685 [-17,2 %]; ÄBD: 5.655.949 [-26,0 %]). Im Jahr 2021 sanken die Werte in beiden Versorgungsebenen weiter (ÄBD: 5.209.081 [-7,9 %]), wobei die Abnahme in Notaufnahmen deutlich geringer ausfiel (5.167.120 [-1,2 %]). Die Fallzahlen stiegen bis 2023 für beide Versorgungsebenen (Notaufnahme: +18,9 %; ÄBD: +26,4 %) an. Während im Jahr 2024 die Anzahl der Notfälle in Notaufnahmen weiter stieg (+5,0 %), nahm sie im ÄBD um 0,7 % ab. Die absolute Differenz zwischen beiden Einrichtungsformen war im Jahr 2021 am geringsten (41.961) und 2018 am größten (1.423.551) (**Abbildung 1**).

Regionale Entwicklungen

Abbildung 2 zeigt die regionale Verteilung der Inanspruchnahmequoten der Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten je 1.000 GKV-Versicherte auf Kreisebene in den Jahren 2016, 2020 und 2024 sowohl als Gesamtwerte für

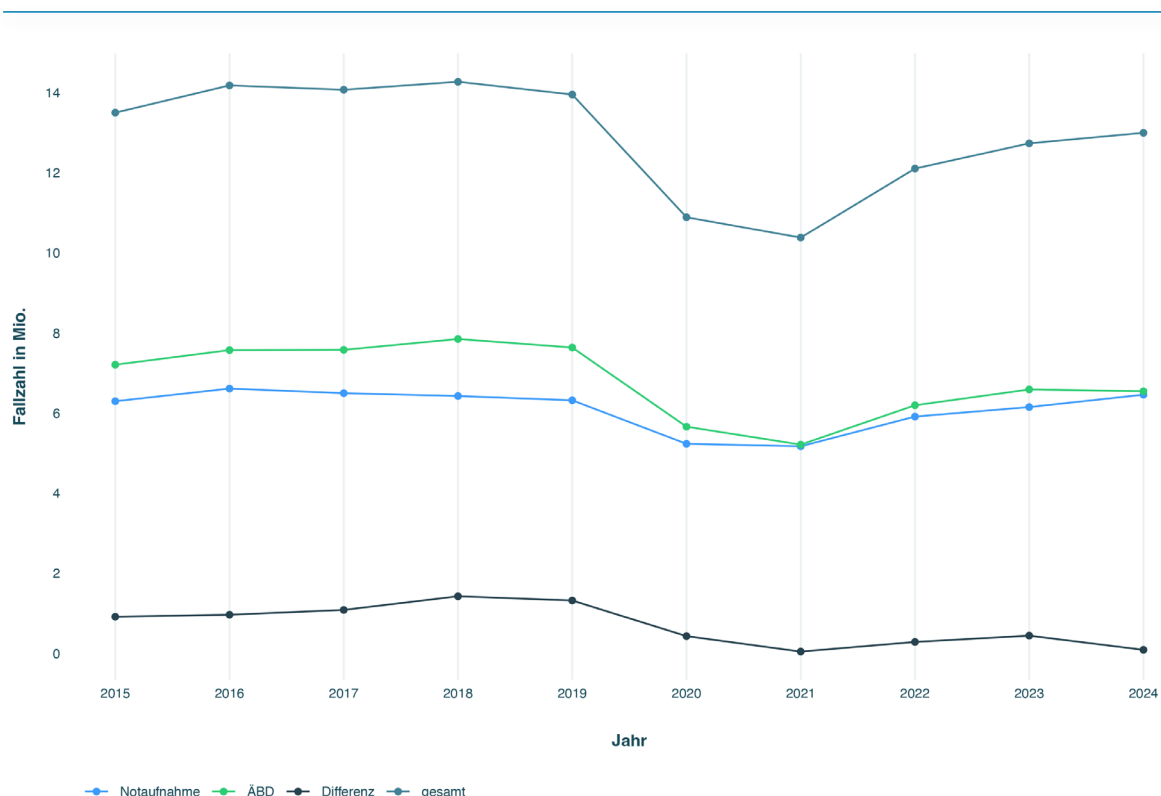


Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl bundesweiter ambulanter Notfälle außerhalb der Sprechstundenzeiten insgesamt, im ÄBD (Ärztlichen Bereitschaftsdienst), in Notaufnahmen sowie deren Differenz zwischen 2015 und 2024

Quelle: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V ohne Bremen

beide Versorgungsebenen als auch getrennt nach Notaufnahmen und ÄBD. Betrachtet man die Gesamtinanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung (**Abbildung 2A**), sind im Südwesten höhere Quoten als im Nordosten Deutschlands zu erkennen. Im Jahr 2016 (Median: 197,9; IQR: 47,4; VK: 18,7; EQ: 3,7) befanden sich Cluster von Kreisen mit Quoten oberhalb des dritten Quartils aller Kreiswerte (222,2 ambulante Notfälle pro 1.000 GKV-Versicherte), besonders in Nordrhein-Westfalen (NRW), Baden-Württemberg, Hessen, Thüringen, Rheinland-Pfalz und im Saarland. Räumlich blieben diese Unterschiede in den Folgejahren größtenteils erhalten, wobei im Jahr 2020 zusätzlich in Hamburg höhere Inanspruchnahmequoten (Median: 148,3, IQR: 35,7; VK: 19,6; EQ: 4,0) und im Jahr 2024 (Median: 177,1, IQR: 41,4, VK: 19,5, EQ: 4,3) in Bayern (Schwaben, Oberfranken, Niederbayern) vorzufinden waren. Die Höchstwerte variierten zwischen 335,3 (Pforzheim, Baden-Württemberg) ambulanten Notfällen je 1.000 GKV-Versicherte im Jahr 2016 und 277,3 (Calw, Baden-Württemberg) bzw. 312,9 (Gera, Thüringen) in den Jahren 2020 und 2024.

Über alle betrachteten Jahre hinweg weisen mindestens 60 % der Kreise in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Sachsen Werte unterhalb des ersten Quartils auf (2016: 174,8; 2020: 131,9; 2024: 157,2). Niedrigere Quoten zeigten sich über den gesamten Zeitraum im Süden Bayerns und ab 2020 zusätzlich in Niedersachsen. Im Jahr 2024 kamen zu den Regionen, in denen 2020 bereits niedrigere Werte vorgelegen hatten, der Südwesten und Osten Baden-Württembergs hinzu. Die Untergrenze sank im Zeitverlauf von 93,9 (Heidelberg, Baden-Württemberg) im Jahr 2016 auf 72,3 (Tübingen, Baden-Württemberg) im Jahr 2024.

Der Median und der Interquartilsabstand entwickelten sich regional in Notaufnahmen und im ÄBD analog zu der Entwicklung der versorgungsebenenübergreifenden Werte. Die Medianwerte der relativen Häufigkeiten pro 1.000 GKV-Versicherte lagen im Jahr 2016 (2024) bei 87,4 (83,3) in Notaufnahmen und bei 109,4 (91,8) im ÄBD – also in beiden Versorgungsebenen höher als im Jahr 2020 (Notaufnahme: 67,6; ÄBD: 79,9).

Bei der Inanspruchnahme des ÄBD (**Abbildung 2B**) zeigt sich über alle betrachteten Jahre ein deutliches West-Ost-Gefälle. Neben

Teilen Schleswig-Holsteins befanden sich in Sachsen, Brandenburg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt in den Jahren 2016 (1. Quartil: 90,2; Minimum: 16,6 [Oberhavel, Brandenburg]) und 2020 (1. Quartil: 63,7; Minimum: 16,9 [Havelland, Brandenburg]) über drei Viertel sowie in 2024 (1. Quartil: 73,5; Minimum: 19,9 [Berlin]) noch über 60 % der Kreise unterhalb des ersten Quartils. ÄBD-Quoten oberhalb des 3. Quartils fanden sich 2016 (3. Quartil: 127,0; IQR: 36,8; VK: 30,6; EQ: 13,7), 2020 (3. Quartil: 95,4; IQR: 31,7; VK: 32,9; EQ: 11,8) und 2024 (3. Quartil: 112,1; IQR: 38,6; VK: 33,1; EQ: 10,7) vorrangig in Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Thüringen, im Saarland, in Nordbayern und ab 2024 auch in südlichen Teilen Bayerns. Während im KV-Bereich Nordrhein im Jahr 2016 vermehrt Kreise über dem dritten Quartil vorlagen, wies im Jahr 2020 Hamburg höhere ÄBD-Inanspruchnahmequoten auf.

Für Notaufnahmen (**Abbildung 2C**) zeigte sich der Ost-West-Kontrast nicht. Hohe Inanspruchnahmequoten verteilten sich über alle Jahre hinweg auf Kreise in West- (Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Hamburg) und Ostdeutschland (Berlin, Brandenburg, Thüringen), wobei Brandenburg besonders im Jahr 2016 die höchsten Werte aufwies. In Rheinland-Pfalz erhöhte sich der Anteil der Kreise, die Werte über dem dritten Quartil aufwiesen von einem Drittel im Jahr 2020 (3. Quartil: 79,6; Maximum: 148,6 [Dahme-Spreewald, Brandenburg]) auf über die Hälfte im Jahr 2024 (3. Quartil: 96,2; Maximum: 164,6 [Elbe-Elster, Brandenburg]). In Thüringen hingegen erreichte der Anteil der Kreise mit höheren Werten im Jahr 2020 mit 72,7 % verglichen zu ungefähr einem Drittel in den Jahren 2016 (3. Quartil: 101,4; Maximum: 195,1 [Dahme-Spreewald, Brandenburg]) und 2024 ihren Höhepunkt, während die anderen Bundesländer weniger drastische Veränderungen aufweisen. Niedrige Inanspruchnahmequoten wurden dagegen fortlaufend häufiger in Hessen, Bayern, Schleswig-Holstein, und in Teilen Niedersachsens und Baden-Württembergs beobachtet sowie seit 2024 verstärkt in Sachsen-Anhalt (2016: 1. Quartil: 76,0; Minimum: 7,1 [Jena, Thüringen]; 2020: 1. Quartil: 58,6; Minimum: 14,7 [Erlangen, Bayern]; 2024: 1. Quartil: 72,8; Minimum: 6,5 [Jena, Thüringen]).

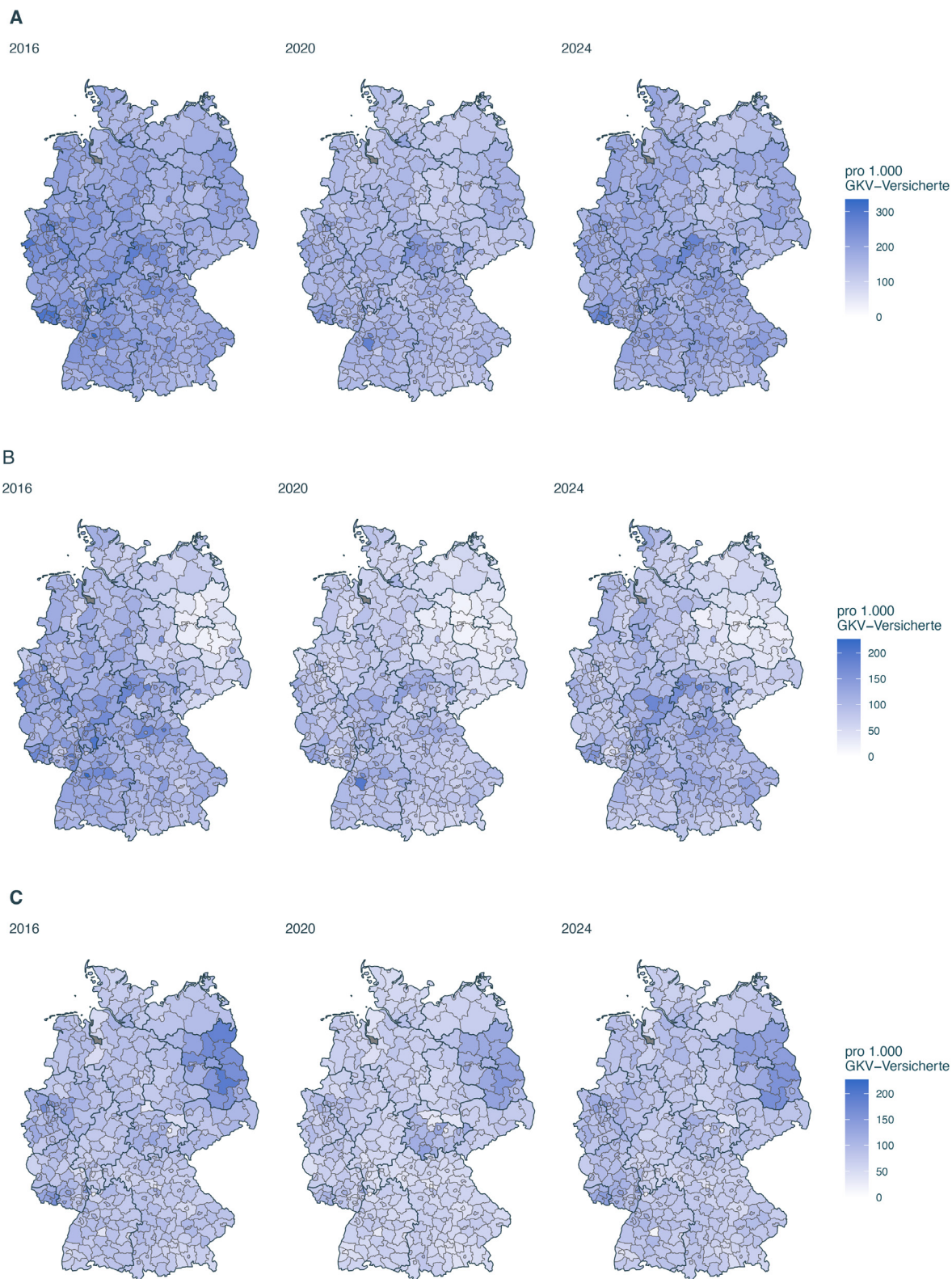


Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung der regionalen Variation der Inanspruchnahmequote (Fälle je 1.000 Versicherte) der Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten insgesamt (A) im ÄBD (Ärztlicher Bereitschaftsdienst; B) und in Notaufnahmen (C) exemplarisch in den Jahren 2016, 2020 und 2024; n=398 Kreise.

Quelle: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V ohne Bremen.

Regionale Inanspruchnahmemuster im Jahr 2024

Abbildung 3 ordnet die Notaufnahme- und ÄBD-Inanspruchnahmequote der Kreise aller KVen für das Jahr 2024 anhand des Bundesmittelwerts (ÄBD = 93,5; Notaufnahme = 85,8) als über- oder unterdurchschnittlich ein.

Im bundesweiten Vergleich ist in den meisten Kreisen in Baden-Württemberg (17/44), Schleswig-Holstein (9/15), Mecklenburg-Vorpommern (7/8), Sachsen-Anhalt (9/14), Sachsen (8/13) und Niedersachsen (19/45) eine unterdurchschnittlich hohe pro Kopf Inanspruchnahme der Notfallversorgung in beiden Versorgungsebenen zu beobachten. In Niedersachsen (11/45) und Sachsen (4/13) gibt es darüber hinaus einige Kreise mit einer unterdurchschnittlichen ÄBD- und einer überdurchschnittlichen Notaufnahmeninanspruchnahme pro Kopf, wobei alle Kreiswerte nahe am bundesweiten Mittelwert der Notaufnahmeninanspruchnahme liegen. In Baden-Württemberg zeichnet sich ein sehr heterogenes Bild

ab, während sich in Bayern (57/86) und Hessen (21/26) größtenteils überdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten im ÄBD und unterdurchschnittliche in Notaufnahmen zeigen. Weitere bayerische Kreise gehören den Gruppen mit über- (18/86) beziehungsweise unterdurchschnittlichen (20/86) Werten in jeweils beiden Versorgungsebenen an.

Hamburg (1/1), Berlin (1/1), Nordrhein-Westfalen (32/53), Rheinland-Pfalz (23/36) und Brandenburg (18/18) weisen hingegen vorwiegend im ÄBD unterdurchschnittliche und in Notaufnahmen überdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten auf. In Thüringen (10/22) und im Saarland (6/6) ergeben sich am häufigsten sowohl überdurchschnittliche ÄBD- als auch Notaufnahmeninanspruchnahmequoten. Gleichzeitig weisen einige Kreise Thüringens auch unterdurchschnittliche Notaufnahmeninanspruchnahme auf (ÄBD überdurchschnittlich (7/22); ÄBD unterdurchschnittlich (4/22)) (**Abbildung 3**).



Abbildung 3: Regionale Variation der pro Kopf Inanspruchnahmen der Notfallversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten (19:00–7:00 Uhr und ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12., 31.12.) in Notaufnahmen und im ÄBD im Jahr 2024 nach KV; Rechtwinklige Linien stellen die beiden Bundesmittelwerte dar; Farblich werden die Kreiswerte anhand der Bundesmittelwerte eingeordnet; n=398 Kreise; ÄBD: Ärztlicher Bereitschaftsdienst; KV: Kassenärztliche Vereinigung.

Quelle: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V ohne Bremen

Die äquidistante Unterteilung der Pro-Kopf-Inanspruchnahme je Versorgungsebene (**Abbildung 4**) zeigt auf, wie sich die ÄBD-Inanspruchnahme gegenüber der Notaufnahmeinanspruchnahme je Kreisregion im Jahr 2024 verhält. Die meisten Kreise weisen mittlere Inanspruchnahmequoten für beide Versorgungsebenen auf (n = 184, 46,2 %, Notaufnahme [59,2; 111,9], ÄBD [84,1; 148,3]). Diese Gruppe ist insbesondere in Bayern (n = 68; 70,1 %) und Baden-Württemberg (n = 26, 59,1 %) vertreten.

Weitere 30,4 % (n = 121) der Kreise – vorrangig im Nord-Osten Deutschlands – weisen eine niedrige ÄBD-Inanspruchnahme (Intervall: [19,9; 84,1]) bei gleichzeitig mittlerer (Intervall: [59,2; 111,9]) Notaufnahmeinanspruchnahme auf. Kreise die eine hohe Notaufnahmeinanspruchnahme bei niedriger ÄBD-Inanspruchnahme aufweisen liegen in Brandenburg (n = 15), Nordrhein-Westfalen (n = 6) und Rheinland-Pfalz (n = 4). Eine hohe Inanspruchnahme beider Versorgungsebenen weisen die Kreisfreie Stadt

Pforzheim (Baden-Württemberg), der Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis (Thüringen) sowie Saarbrücken und Neunkirchen (Saarland) auf. Niedrige Pro-Kopf-Inanspruchnahme traten über beide Versorgungsebenen hinweg vereinzelt in Baden-Württemberg (Heidelberg, Breisgau-Hochschwarzwald, Tübingen, Ulm), Bayern (Miesbach, Starnberg, Landkreis Regensburg, Berchtesgadener Land), Mecklenburg-Vorpommern (Schwerin) und Niedersachsen (Cuxhaven, Osterholz) auf. In den Kreisfreien Städten Erlangen (Bayern) und Erfurt (Thüringen) lag 2024 eine hohe ÄBD-Inanspruchnahme bei niedriger Notaufnahmeinanspruchnahme vor. Hohe ÄBD-Inanspruchnahme und mittlere Notaufnahmeinanspruchnahme weisen Kreise überwiegend in Hessen (Offenbach, Landkreis Offenbach, Main-Kinzigkreis, Vogelsbergkreis, Fulda, Kassel) und Bayern (Ingolstadt, Landkreis Bamberg, Kulmbach, Schweinfurt, Coburg, Weiden, Hof, Bayreuth), aber auch Baden-Württemberg (Heilbronn) und Thüringen (Wartburgkreis, Gera) auf.

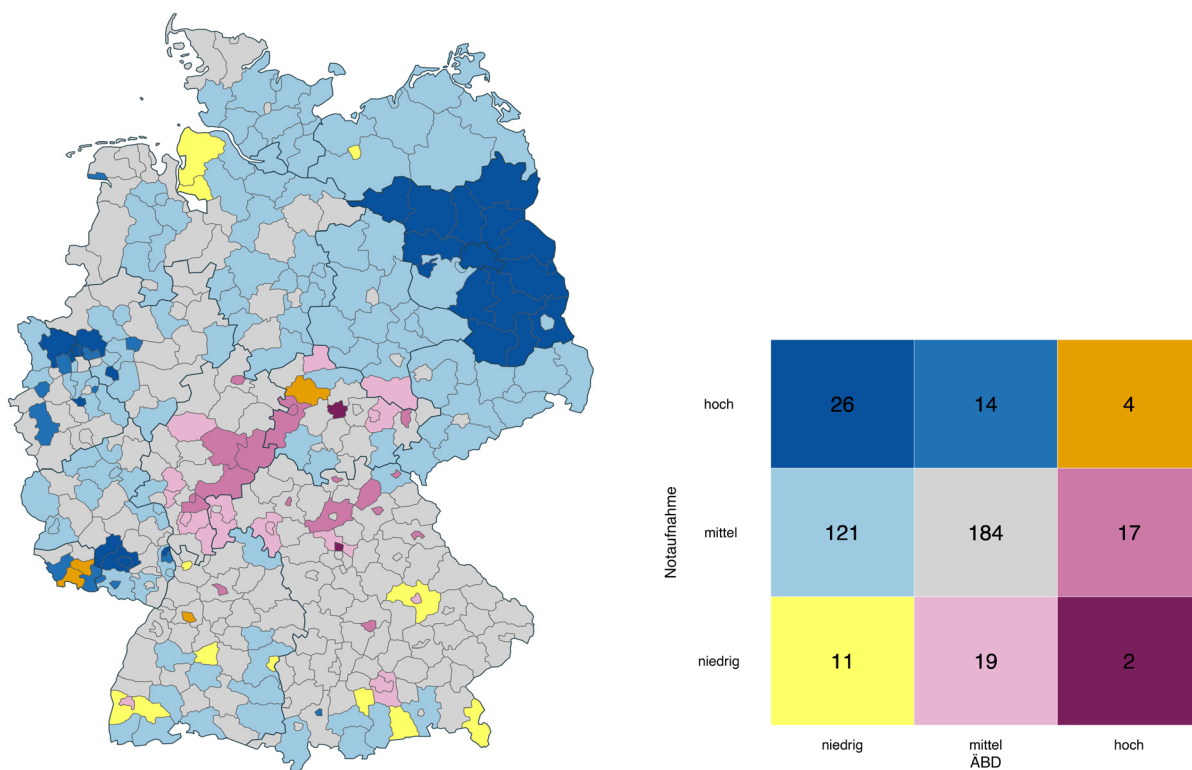


Abbildung 4: Regionale Variation der pro Kopf Inanspruchnahme der Notfallversorgung je 1.000 GKV-Versicherte außerhalb der Sprechstundenzeiten (19:00–7:00 Uhr und ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12., 31.12.) in Notaufnahmen und im ÄBD im Jahr 2024 in einer äquidistanten 3x3 Feldertafel (Grenzen: Notaufnahme: niedrig [6,5; 59,2], mittel [59,2; 111,9], hoch [111,9; 164,6]; ÄBD: niedrig [19,9; 84,1], mittel [84,1; 148,3], hoch [148,3; 212,4]; n=398 Kreise; ÄBD: Ärztlicher Bereitschaftsdienst.

Quelle: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V ohne Bremen

Veränderung der regionalen Inanspruchnahme zwischen 2015 und 2024

Im Untersuchungszeitraum zeigten sich regionale Unterschiede in der Entwicklung von Inanspruchnahmемustern zwischen den Versorgungsebenen Notaufnahme und ÄBD (**Abbildung 5**). **Abbildung 5A** stellt die relative Veränderung der ÄBD-Inanspruchnahme im Jahr 2024 zum Basisjahr 2016 dar, während **Abbildung 5B** die entsprechende Veränderung für die Notaufnahme zeigt. Im ÄBD sank die Inanspruchnahme für 289 Kreise zwischen 5,0 % und 70,2 %. In 59 Kreisen blieb sie im Toleranzbereich von ± 5 % gegenüber 2016 stabil, während 50 Kreise einen Anstieg zwischen 5,0 % und 117,0 % verzeichneten. Einen Rückgang der Notaufnahmeversorgung zwischen 5,0 % und 63,9 % der Behandlungsfälle gegenüber dem Basisjahr wiesen 211 Kreise auf. In 117 Kreisen lagen die Veränderungen innerhalb des 5 %-Toleranzbereiches, wohingegen 70 Kreise einen Anstieg der Notaufnahmeinanspruchnahme zwischen 5,0 % und 223,2 % verzeichneten - die Spannweite wird durch wenige extreme Anstiege am oberen Rand bestimmt (Mainz +223,2 %; Mainz Bingen +72,4 %; Krefeld +53,5 %).

In **Abbildung 6** ist die Veränderung anhand der Kategorien „gestiegen“, „unverändert (± 5 %)“ und „gesunken“ für beide Versorgungsebenen dargestellt. Insgesamt verzeichneten 17 Kreise keine oder nur eine geringfügige Änderung der Inanspruchnahme beider Versorgungsebenen. Neben einem Anstieg (>5 %) der Notaufnahmeinanspruchnahme erfuhren 7 Kreise konstante und weitere 57 abnehmende ÄBD Fallzahlen. Sinkende ÄBD-Fallzahlen bei gleichbleibender Notaufnahmeinanspruchnahme war in 87 Kreisen zu beobachten. Umgekehrt veränderten sich die Inanspruchnahmемustern zulasten des ÄBD in 13 Regionen mit gleichbleibender oder in 31 Kreisen mit sinkender Notaufnahmeinanspruchnahme. In 35 Kreisregionen blieben die ÄBD-Fallzahlen gleich, während die Notaufnahmeinanspruchnahme zurückging. Einen Rückgang in beiden Versorgungsebenen verzeichneten 145 aller Kreise in Deutschland. Davon lagen 23,4 % ($n = 34$) in Niedersachsen, 17,2 % ($n = 25$) in Bayern und 10,3 % ($n = 15$) in Baden-Württemberg. Ein Anstieg über beide Versorgungsebenen wurde in sechs Kreisen beobachtet: Vogelbergkreis (Hessen), Deggendorf und Dingolfing-Landau (Bayern), Ostprignitz-Ruppin (Brandenburg) sowie Altenburger Land und Sonneberg (Thüringen) (**Abbildung 6**).

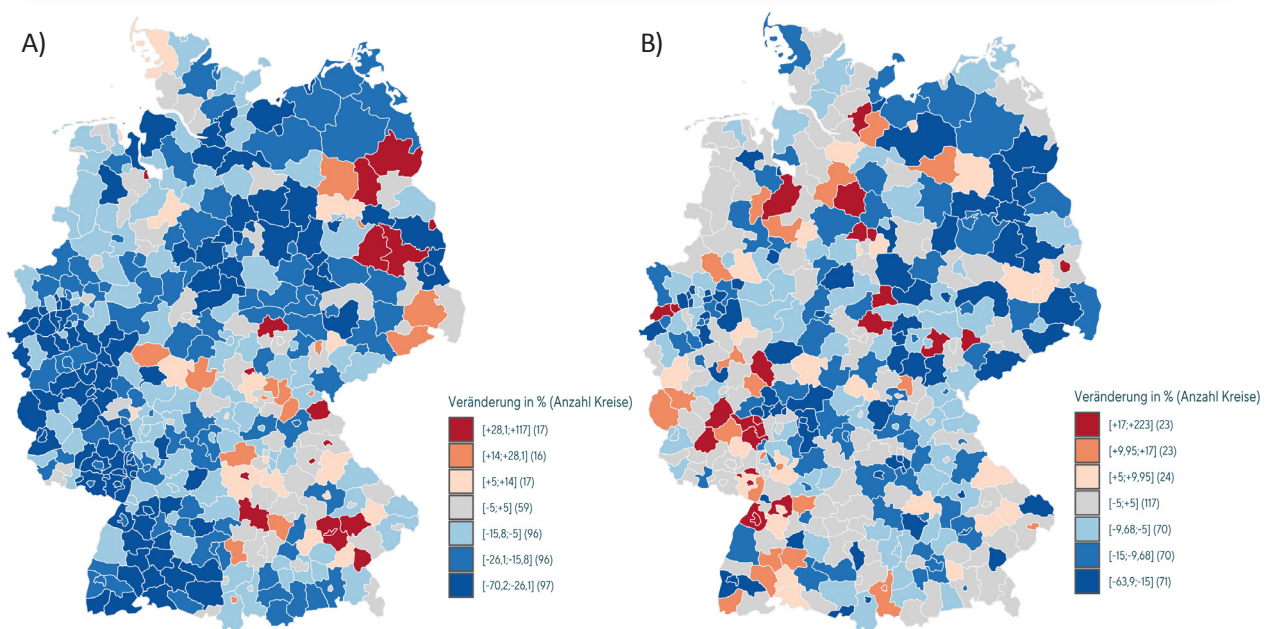


Abbildung 5: Relative Veränderung (%) der ÄBD- (A) und der Notaufnahmeinanspruchnahme (B) außerhalb der Sprechstundenzeiten (19:00–7:00 Uhr und ganztätig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12., 31.12.) zwischen 2016 und 2024 auf Kreisebene. Klassifizierung erfolgte als relativer Wert (2024) zum Basisjahr 2016 (gestiegen $>+5$ %, unverändert ± 5 %; gesunken <-5 %; $n=398$ Kreise; ÄBD: Ärztlicher Bereitschaftsdienst).

Quelle: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V ohne Bremen

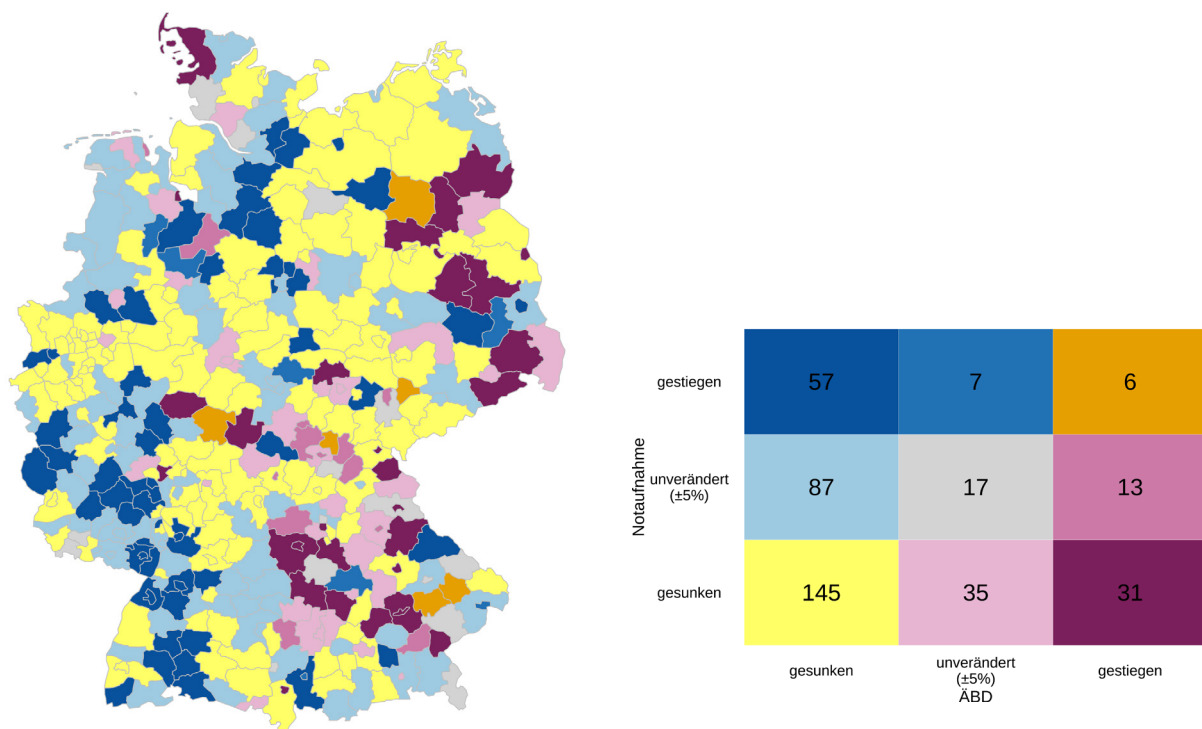


Abbildung 6: Relative Veränderung der der ÄBD und Notaufnahmeinanspruchnahme außerhalb der Sprechstundenzeiten (19:00–7:00 Uhr und ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12., 31.12.) zwischen 2016 und 2024 auf Kreisebene. Klassifizierung erfolgte im Sinne einer 3x3-Feldertafel als relativer Wert (2024) zum Basisjahr 2016 (gestiegen >+5 %, unverändert ±5 %; gesunken <-5 %; n=398 Kreise; ÄBD: Ärztlicher Bereitschaftsdienst)

Quelle: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V ohne Bremen

Diskussion

Bundesweite Entwicklung

Mit der vorliegenden Untersuchung wurden erstmals regional differenzierte Ergebnisse zur Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der ambulant-ärztlichen Sprechstundenzeiten für das gesamte Bundesgebiet vorgelegt. Nach einer Stabilisierung der Fallzahlen in der ambulanten Notfallversorgung zwischen 2015 und 2019 bei etwa 14 Millionen sank die Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 um etwa ein Viertel. Ein darauffolgender Anstieg der jährlichen Fallzahlen erreichte im Jahr 2024 einen Wert von 13,0 Millionen, noch immer 3,7 % unterhalb des Niveaus von 2015. Im Verlauf dieser Entwicklung ist zu beobachten, dass der Rückgang in den Pandemie Jahren beide Versorgungsebenen – in Notaufnahmen und im ÄBD – betraf, wenngleich der zu verzeichnende Rückgang im ÄBD fast doppelt so hoch ausfiel

(–31,8 %) im Vergleich zu Ambulanzen der Notaufnahmen (–18,2 %). Die weitere Entwicklung der ambulanten Notfälle in den Jahren 2022 bis 2024 wies Unterschiede zwischen den Versorgungsebenen auf. Während sich die Inanspruchnahme von Notaufnahmen an das vorpandemische Niveau anglich und sich im Jahr 2024 dem Höchstwert von 2016 weiter annäherte, ging die ÄBD-Inanspruchnahme nach einem Anstieg von 2022 auf 2023 um 6,4 % im Jahr 2024 wieder leicht zurück (–0,7 %) und bleibt deutlich unter dem Wert von 2015 (–9,2 %).

Diese Ergebnisse decken sich mit einer vorangegangenen Analyse der Jahre 2015 bis 2019 (27). Leichte Abweichungen sind auf den Einbezug regionaler Abrechnungsziffern in der vorliegenden Studie zurückzuführen. Der Rückgang der Fallzahlen sowie der Wiederanstieg im Jahr 2022, entgegen dem Pandemieverlauf, sind

wahrscheinlich auf Kontakt- bzw. Mobilitätsbeschränkungen und den damit einhergehenden Risikoreduktionen für Infektionen, unfallbedingte Verletzungen oder stressbedingte Erkrankungen (9) zurückzuführen. Der stärkere Rückgang der Fallzahlen im ÄBD könnte auf die geringere Prävalenz von Infektionskrankheiten zurückzuführen sein (28), die häufiger im ÄBD versorgt werden, während Notaufnahmen häufiger bei Verletzungen aufgesucht werden (27,29). Analysen des Statistischen Bundesamtes – unter Verwendung aller ambulanten Notfälle in Notfallambulanzen der Jahre 2018 bis 2023 – zeigen ebenfalls einen ansteigenden Trend nach der Pandemie, wenngleich die Krankenhausstatistik mit 12,4 Millionen ambulanten Behandlungsfällen bereits im Jahr 2023 einen neuen Höchstwert erreichte (12). Die Differenzen der absoluten Fallzahlen sind mutmaßlich auf die Veränderung der Inanspruchnahme zu Sprechstundenzeiten und die zusätzliche Berücksichtigung von Behandlungsfällen, die nicht über die GKV abgerechnet wurden, zurückzuführen.

Auffällig ist, dass die Versorgung durch den ÄBD bis zum pandemiebedingten Einbruch über zehn Jahre auf einem konstanten Niveau lag. Seit dem zwischenzeitigen Rückgang konnte jedoch kein Anstieg auf das vorherige Niveau beobachtet werden, während die Fallzahlen in Notaufnahmen jährlich weiter anstiegen. Es entsteht der Eindruck, dass sich der Trend der 2010er-Jahre, nämlich der Rückgang der Notfallversorgung im ambulanten Sektor sowie der Anstieg ambulant versorgter Notfälle in Kliniken, fortsetzt. Beim Rückgang der Notfallversorgung im ÄBD gilt es zu beachten, dass seit 2019 einerseits der Ausbau des telemedizinischen Bereitschaftsdienstes erfolgte und andererseits regionale Veränderungen der Abrechnungsmodalitäten in Bereitschaftsdienstpraxen auftraten. Während die durchgeführten SmED-Assessments (SmED: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) in den KV-Leitstellen deutschlandweit im Jahr 2020 noch bei 812.910 gelegen hatten, wurden im Jahr 2023 mit 2.065.391 mehr als doppelt so viele SmED-Assessments durchgeführt (30). Gleichzeitig werden erbrachte telemedizinische Leistungen im ÄBD seit ihrer Einführung in Teilen nicht mehr über den EBM abgerechnet, sondern durch die KVen finanziert und finden sich folglich nicht in den ausgewerteten Abrechnungsdaten wieder (31).

Es wird deutlich, dass außerhalb der Sprechstundenzeiten mehr als die Hälfte der ambulanten Notfallversorgung durch den ÄBD abgedeckt wird. In diesen Zeiträumen übernimmt der ÄBD damit die zentrale Rolle in der notfallärztlichen Basisversorgung. Der überwiegende Anteil der Patient:innen, die sich außerhalb der Sprechstundenzeiten mit akuten Beschwerden vorstellen, wird somit durch Strukturen des ÄBD versorgt. Dies verdeutlicht die große Bedeutung des ÄBD für die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Notfallversorgung außerhalb der regulären Praxiszeiten. Zugleich ging der Anteil im vertragsärztlichen Bereich versorgter Patient:innen im Zeitverlauf zurück. Während im Jahr 2015 noch etwa 53,6 % der Fälle durch den ÄBD versorgt wurden, waren es 2024 nur noch 50,6 %. Vorangegangene Analysen zeigten einerseits, dass die Patientensouveränität (21,32) und die Gesundheitskompetenz (33–35) einen erheblichen Einfluss auf die Wahl der Versorgungsebene haben. Patient:innen mit niedriger Gesundheitskompetenz schätzen ihre Beschwerden beispielsweise häufig dringlicher ein als andere und sind seltener mit alternativen Versorgungsoptionen vertraut (33). Andererseits können regionale Angebotsstrukturen und Abrechnungsmechanismen die Variabilität der Inanspruchnahme beeinflussen.

Insbesondere vor dem Hintergrund der nicht berücksichtigten Fälle zu Sprechstundenzeiten ist die Abgrenzung zwischen akuten Erkrankungen und Notfällen in vertragsärztlichen Abrechnungsdaten teilweise unscharf. Zu Sprechstundenzeiten versorgen niedergelassene Ärzt:innen Akut- und Notfälle in der Praxis. Da diese Leistungen über reguläre Abrechnungsziffern (Grund- und Versichertenpauschale) abgerechnet werden und somit Teil der Routineversorgung im ambulanten Sektor sind, finden sie an dieser Stelle keine Berücksichtigung. Im Vergleich zu etwa 13 Millionen Fällen die im Jahr 2024 außerhalb der Sprechstundenzeiten durch den ÄBD oder in Notaufnahmen versorgt wurden, zeigen Analysen aus dem Jahr 2016, dass rund 196 Millionen, beziehungsweise 32,5 % der routinemäßig zu Sprechstundenzeiten in den Vertragsarztpraxen versorgten Patient:innen mit akuten Beschwerden versorgt worden waren (36).

Regionale Unterschiede und Entwicklungen im Zeitverlauf

In der vorliegenden Analyse zeigen sich regional unterschiedliche Ausprägungen der Inanspruchnahme ambulanter Notfalleleistungen zu Bereitschaftsdienstzeiten. Während die Inanspruchnahme insbesondere in westlichen etwas ausgeprägter ist als in östlichen Regionen, konnte überregional ein Rückgang der Fallzahlen im Jahr 2020 beobachtet werden. Die Entwicklung in der Langzeitbetrachtung zwischen 2016 und 2024 war ebenfalls unterschiedlichen regionalen Veränderungen ausgesetzt. Insgesamt waren sowohl die ÄBD-Inanspruchnahme als auch die Notaufnahmeinanspruchnahme in den meisten Regionen rückläufig. Insgesamt verzeichneten 36 % (145/398) der Kreisregionen einen Rückgang in beiden Versorgungsebenen, wohingegen für 38 % (151/398) eine Verlagerung zulasten der Notaufnahmen und in 20 % (79/398) zulasten des ÄBD stattfand. Darüber hinaus unterscheidet sich die Inanspruchnahme des ÄBD im Gegensatz zur Notaufnahmeverversorgung stark zwischen den ost- und westdeutschen Kreisregionen. Während weite Teile des Landes zwischen 2020 und 2024 zunehmende ÄBD-Inanspruchnahmequoten aufwiesen, ging beispielsweise in Berlin die Inanspruchnahme von ÄBD-Leistungen nachhaltig zurück.

Ein möglicher Erklärungsansatz für regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von ÄBD-Leistungen liegt in der Heterogenität der Öffnungszeiten, der Erreichbarkeit von Bereitschaftspraxen und deren Kooperationen mit Notaufnahmen (29,37). Während manche Bereitschaftsdienstpraxen außerhalb der Praxisöffnungszeiten auch wochentags geöffnet haben (z. B. die KV-Bereitschaftsdienstpraxis am RoMed Klinikum Rosenheim, Bayern), steht dieses Angebot andernorts nur am Wochenende oder feiertags sowie mittwoch- und freitagnachmittags (z. B. die KV-Bereitschaftsdienstpraxis der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz, Bayern) zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es lokal intersektorale Anbindungen von KV-Bereitschaftsdienstpraxen an bzw. in Notaufnahmen, während die Versorgung in anderen Regionen unabhängig davon geschieht. Lokale Kooperationsstrukturen zeigen, dass die Anbindung von KV-Bereitschaftsdienstpraxen an Notaufnahmen eine entlastende Wirkung auf die Inanspruchnahme der Notaufnahme hat (38–40). In diesem Kontext kann jedoch nicht ausgeschlossen werden,

dass Sogeeffekte der Inanspruchnahme des ÄBD infolge eines umfangreichen und barrierefreien Zugangs entstehen können (41). Weiterhin deuten erste Ergebnisse zur Steuerung von weniger dringlichen Patientenfällen aus Notaufnahmen in sogenannte Kooperationspraxen während der Sprechstundenzeiten nach einer digitalen medizinischen Ersteinschätzung durch das Pflegepersonal auf ein zusätzliches Entlastungspotenzial hin (42–45). Darüber hinaus wurden bereits Angebote zur Selbsteinschätzung mit Terminbuchung an einem digitalen Terminal am Empfang der teilnehmenden Notaufnahmen untersucht (46).

Hinzu kommen regionale Unterschiede im Ausbau von telemedizinischen Angeboten im ÄBD sowie im Hinblick auf die Abrechnungsmodalitäten. Während die gemäß EBM abgerechneten ÄBD-Leistungen in Berlin zwischen 2019 und 2022 stark rückläufig waren, zeigen Inanspruchnahmedaten der KV Berlin eine Zunahme von Leistungen in Bereitschaftsdienstpraxen und bei der telemedizinischen Versorgung (31,47). Der Rückgang der regionalen ÄBD-Inanspruchnahme ist im Versorgungsbereich der KV Berlin demnach auf die vom EBM losgelöste Vergütung der telemedizinischen Versorgung im ÄBD aus Mitteln der KV zurückzuführen. Ähnliche Effekte sind auch in anderen KV-Bereichen zu erwarten. Infolge von Telefonaten, die in 60 % der Fälle fallabschließend waren, gingen die Fallzahlen im Hausbesuchsdienst zurück. Vor diesem Hintergrund sind die rückläufigen Fallzahlen im ÄBD in Teilen auf die Substitutionswirkung und Effizienzsteigerung in der Bereitstellung von telemedizinischer Versorgung unter der Rufnummer 116117 zurückzuführen. Auch in anderen KV-Regionen ist von einem derartig gelagerten Effekt, mit einer perspektivisch weiterhin steigenden Substitution durch telemedizinische Angebote und Delegation von Aufgaben im fahrenden Dienst (beispielsweise an entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachkräfte zur Schonung begrenzter ärztlicher Ressourcen), auszugehen. Im KV-Bereich Niedersachsen zum Beispiel wurden im Juni 2025 bereits 80 % der eingehenden Anrufe fallabschließend telemedizinisch versorgt; darüber hinaus wurde ein Viertel der Fahrdienstfälle durch delegierte Fachkräfte aufgesucht (48).

Nicht zu vernachlässigen sind ferner regionale Unterschiede bei der Bekanntheit der Patientenservice-Rufnummer 116117, was sich auf

unterschiedliche Inanspruchnahmezahlen der Angebote unter dieser Rufnummer vor einem Notaufnahmebesuch niederschlägt (18,19). Während 69 % der Berliner Befragten die Rufnummer kannten, gaben dies nur 62 % der in bayerischen Notaufnahmen Befragten an. Den vorangegangenen Versuch eines Kontakts mit dem ÄBD gaben 11,9 % der Berliner Befragten und 3,7 % der bayerischen Befragten an. Dies zeigt, dass nicht nur regionale Versorgungsinfrastrukturen sich unterscheiden können, sondern auch die regionale Variation der Kenntnisse über Versorgungsalternativen zu regional unterschiedlichen Inanspruchnahmемustern führen können.

Unterschiede zeigen sich auch in den Entwicklungen zu Pandemiezeiten. Im KV-Bereich Hamburg sinken beispielsweise die Zahlen zur Inanspruchnahme der ÄBD-Notfallversorgung zwischen 2019 und 2020 nur um 1,5 %, während die bundesweite Veränderung bei -25,9 % lag. Dies war eine Folge des ausgebauten Hausbesuchs- und Notdienstes der KV Hamburg zur Unterstützung des Gesundheitsamtes im Kontext der Corona-Test-Versorgung und dem Angebot von Fiebersprechstunden durch ÄBD-Strukturen.

In den Notaufnahmen zeigt sich in Bezug auf die Versorgungsdichte, dass in Ballungsgebieten regelmäßig eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme zu beobachten ist. Die Inanspruchnahme von ambulanten Notaufnahmeleistungen hängt neben soziodemografischen und morbiditätsbezogenen Faktoren auch von der räumlichen Distanz und der Zugangsmöglichkeit am Wochenende ab (21,49).

Die Entwicklungen im Zeitverlauf könnten strukturelle Ursachen haben. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012) wurde den KVen die Möglichkeit eingeräumt, die Sicherstellung des ambulanten Notdienstes durch Kooperationen und organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern zu erfüllen. Infolgedessen wurden flächendeckend durch die KVen betriebene Notdienstpraxen eingerichtet. Ein Rückbau erfolgte aufgrund eines Urteils am Bundessozialgericht zur Sozialversicherungspflicht von Poolärztinnen im Bereitschaftsdienst im Jahr 2023 (50) und reduzierte unter anderem in Baden Württemberg (51), Rheinland-Pfalz (52), Saarland (53) und Berlin (54) im Jahr 2024 den Zugang zu Notdienstpraxen aufgrund von ärztlichem

Personalmangel und einhergehender Schließung von Notdienstpraxen erheblich. Die stark gestiegenen ÄBD-Fallzahlen (72 bis 117 %) in den Kreisen Dahme-Spreewald, Oberhavel, Uckermark, Landshut und Ansbach hingegen sind durch Neueröffnungen von ÄBD-Praxen in diesen Regionen zu erklären (55–59). Das kann bedeuten, dass entsprechender Bedarf zuvor entweder nicht gedeckt war, durch reguläre vertragsärztliche Versorgung zu Sprechstundenzeiten erfolgte oder durch die ambulante Notfallversorgung in Krankenhäusern abgedeckt wurde. Dies kann auf eine durch die Öffnungszeiten bedingte Verlagerung aus dem vertragsärztlichen Sektor oder auf einen Anstieg infolge einer Entlastung der Notaufnahmen hindeuten. Für Letzteres spricht der Rückgang der Notaufnahmeinanspruchnahme in allen genannten Regionen im Beobachtungszeitraum um 18 bis 25 %.

Hervorzuheben ist der strukturelle Umbau von Angeboten ambulanter Notfallversorgung im Studienzeitraum, der einerseits eine stärkere Kooperation zwischen den KVen und Notaufnahmestrukturen und andererseits ein breiteres Versorgungsangebot mit ausgeweiteter fallabschließender telemedizinischer Versorgung hat entstehen lassen. Vor diesem Hintergrund ist eine Bewertung von Steuerung, Kooperation und sinnvollem Ressourceneinsatz im Kontext der Arbeitsteilung anhand von kassenärztlichen Abrechnungsdaten nicht vollständig möglich und erfordert weitere differenzierte Evaluationen lokaler im Beobachtungszeitraum erfolgter Entwicklungsmaßnahmen der Notfallversorgung.

Limitationen

Aus den angewandten Methoden für die vorliegende Analyse ergeben sich Limitationen. Akute Fälle in der vertragsärztlichen Versorgung, die während der normalen Sprechzeiten versorgt und als reguläre Sprechstundenfälle über die Grund- und Versichertenpauschalen abgerechnet wurden, sind hier nicht identifizierbar gewesen. Vor diesem Hintergrund erfolgte eine gezielte Untersuchung der Fallzahlen außerhalb der Sprechstundenzeiten. Da sich die Abrechnungsmodalitäten der ambulanten Notfallversorgung zwischen Institutionen und KV-Bereichen unterscheiden können, sind mögliche Verzerrungen insbesondere für die Leistungen im ÄBD nicht auszuschließen. Die Unterscheidung zwischen akuten Behandlungsfällen und Notfällen unterliegt zudem definitorischen Grenzen.

Darüber hinaus stellen die berücksichtigten GOP keine exhaustive Auswahl dar. Aufgrund von nicht vorliegenden Informationen des KV-Bereichs Sachsen konnten deren regionale Abrechnungsziffern nicht in die Analyse aufgenommen werden. Patient:innen mit Wohnort im KV-Bereich Bremen sind in der vorliegenden Analyse nicht berücksichtigt worden. Eine Aktualisierung der Daten folgt zu einem späteren Zeitpunkt. Ferner ist eine gesonderte Betrachtung von telemedizinischen Leistungen nicht erfolgt.

Zusätzlich entsteht eine Ungenauigkeit dadurch, dass Patient:innen, die innerhalb des gleichen Quartals und der gleichen Einrichtung mehrfach vorstellig werden, als ein Behandlungsfall gezählt werden. Ebenso wird mit der vorliegenden Methode die Notfallinanspruchnahme dargestellt. Das kann zur Folge haben, dass die Anzahl der Notfälle überschätzt wird, wenn Patient:innen wegen desselben Anlasses im selben Quartal mehrere Einrichtungen aufsuchen. Das sollte insbesondere in Regionen mit starkem Ausbau der Kooperation zwischen KV und Notaufnahmen bei der Interpretation berücksichtigt werden. Eine Aussage über Steuerungswege ist vor diesem Hintergrund ebenfalls nicht möglich. Die Differenzierung von Notaufnahmen und ÄBD-Betriebsstätten erfolgte, aufgrund fehlender Kennzeichnung innerhalb der Datengrundlage, mittels algorithmischer Zuweisung anhand des Abrechnungsspektrums. Aufgrund dessen könnte eine Überschätzung insbesondere von regionaler Notaufnahmeinanspruchnahme entstehen, die auf eine fehlende Trennung von Portalpraxen und Notaufnahmeambulanzen zurückzuführen wäre.

Bei der Anzahl GKV-Versicherter auf Kreisebene handelt es sich um eine Annäherung mittels der Anteile GKV-Versicherter je Bundesland. Die Verwendung von deskriptiven Kennzahlen bildet die Verteilung der Werte nur eingeschränkt ab. Zudem wurden weder Zusammenhänge zwischen Variablen untersucht noch kamen inferenzstatistische Methoden zum Einsatz.

Insbesondere die reformbedingten Änderungen in der Abrechnungssystematik innerhalb des KV-Systems seit 2019 bezüglich der Einrichtung von telemedizinischen Angeboten und fallabschließender Versorgung über den Patientenservice 116117 könnten erhebliche Auswirkungen auf

die Fallzahlen im ÄBD haben, sodass die Stärke eines Substitutionseffektes anhand von kassenärztlichen Abrechnungsdaten nicht abgebildet werden kann.

Schlussfolgerungen

Bei der zeitlichen Betrachtung zwischen 2015 und 2024 zeigen sich regionale Unterschiede in der Entwicklung der ambulant versorgten Notfälle zu Bereitschaftsdienstzeiten. Während in weiten Teilen der Bundesrepublik die Inanspruchnahme der Notfallversorgung über beide Versorgungsebenen zurückging, fand in einigen Regionen eine Verlagerung der Inanspruchnahme zu Lasten der Notaufnahmen oder des ÄBD statt. Zugleich verharrten abbildbare Fallzahlen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) postpandemisch auf einem niedrigen Niveau, wohingegen die Zahlen zur Inanspruchnahme von Notaufnahmen wieder anstiegen. Ob wirklich ein Rückgang der ÄBD-Inanspruchnahme vorliegt oder ein Teil der versorgten Notfälle nicht mehr in den auf EBM-Leistungen (EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab) beruhenden Abrechnungsdaten abgebildet ist, ließ sich nicht abschließend untersuchen. Ersichtlich wird jedoch, dass im Studienzeitraum eine erhebliche Veränderung von Kooperationsstrukturen, Steuerungs- und Patientenpfaden sowie digitalen Angeboten mit teilweise regionalen Unterschieden in der Ausgestaltung stattgefunden hat. Aufgrund von routinemäßiger Abrechnung von Notfällen zu Sprechstundenzeiten über die Grund- und Versichertenpauschale, ist auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten keine vollständige isolierte Erhebung von Zahlen zu Notfällen im vertragsärztlichen Bereich möglich. Festzustellen ist jedoch, dass außerhalb der Sprechstundenzeiten der ÄBD die Mehrzahl der Notfälle versorgt. Zugleich zeichnet sich eine Heterogenität der regionalen Inanspruchnahmeprofile in der ambulanten Notfallversorgung ab, welche auf Unterschiede der regionalen Versorgungsinfrastruktur hinweist. Besonders aber der steigende Anteil fallabschließender telemedizinischer Versorgung unter der Rufnummer 116117 wirkt sich ressourcenschonend auf fahrende Dienste im Bereitschaftsdienst aus und führt zu geringeren Fallzahlen unter abgerechneten ambulanten Notfällen. Weitere Untersuchungen zur Entlastung des ÄBD durch die

Implementierung telemedizinischer Angebote sowie deren Wechselwirkung mit der Inanspruchnahme von ambulanter Notfallversorgung mittels Fall- und Steuerungsdaten der Leitstellen in den Kassenärztlichen Vereinigungen sind für eine vollständige Einordnung der Fallzahlentwicklung unerlässlich.

Eine Entlastung von Notaufnahmen bei gleichzeitiger Sicherstellung der Versorgungssicherheit kann darüber hinaus mithilfe von strukturierten Ersteinschätzungsverfahren sowie sektorübergreifenden Weiterleitungsmechanismen herbeigeführt werden. Die geplante Reform der Notfallversorgung ist vor diesem Hintergrund dringend geboten, um mithilfe verbindlicher Vorgaben, verbesserter Gesundheitskompetenz der Patient:innen und vernetzter Strukturen eine bedarfsgerechte Steuerung von Akut- und Notfallpatient:innen in die geeigneten Versorgungsebenen sicherzustellen.

Danksagung

Wir danken Claudia Kohring und Dr. Manas K. Akmatov (Fachbereich Epidemiologie und Versorgungsatlas, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung), die durch fachliche Anregungen und konstruktive Rückmeldungen zur Weiterentwicklung der Arbeit beigetragen haben.

Abkürzungen

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EQ	Extremalquotient
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungspositionen
INZ	Integrierte Notfallzentren
IQR	Interquartilsabstand
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
NRW	Nordrhein-Westfalen
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
VK	Variationskoeffizient

Literaturverzeichnis

1. Bundesministerium für Gesundheit: Krankenhausstrukturgesetz. 2015.
2. Bundesministerium für Gesundheit: Terminservice- und Versorgungsgesetz. 2019.
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen).
4. Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz. 2021.
5. Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. 2024.
6. Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Apr 22, 2026.
7. Mangiapane S, Czial T, Stillfried DV: The utilization of ambulatory emergency care and unplanned hospitalizations in Germany, 2010–2019. Deutsches Ärzteblatt international 2022; 119: 425–6.
8. Stillfried DV, Mangiapane S: Wohin steuert die Reform der Notfallversorgung – oder: Was kann die Gesundheitspolitik von Verkehrsplanern lernen? Gesundheits-und Sozialpolitik (G&S) 2023; 77: 32–9.
9. Slagman A, Behringer W, Greiner F, u. a.: Medical Emergencies During the COVID-19 Pandemic. Deutsches Ärzteblatt international 2020; 117: 545–52.
10. Mangiapane DS, Kretschmann J, Czial T: Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung. 2024. <https://www.zi.de/service/reports-und-papers/zi-trendreport-uebersicht/zi-trendreport> (zugegriffen 08.07.2026)
11. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. 2023.
12. Statistisches Bundesamt: 12,4 Millionen Behandlungen in Notfallambulanzen im Jahr 2023. Statistisches Bundesamt. 2024. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_N061_23.html (zugegriffen 08.07.2026)
13. Hüfner A, Dormann H, Schäfer R, u. a.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) zu Überlastungssituationen der Notfallabteilungen. Notfall + Rettungsmedizin 2024; 28: 171–9.
14. Pin M, Hüfner A, Dormann H, Jerusalem K, Dodt C: Massive Belastungssituationen. Dtsch Arztebl 2022; 119: 33–4.
15. Deutsches Krankenhausinstitut: DKI Blitzumfrage: Aktuelle Lage der Notaufnahmen im Krankenhaus. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. 2023.
16. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L: Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. Bellolio F (Hrsg.): PLoS ONE 2018; 13: e0203316.
17. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA: Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 2011; 342: d2983–d2983.
18. Witt K, Oslislo S, Hagelskamp J, u. a.: Patientenbefragung in bayerischen Notaufnahmen: Inanspruchnahme aufgrund hoher subjektiver Dringlichkeit bei moderater Bekanntheit der 116117. Notfall Rettungsmed 2025.

19. Witt K, Oslislo S, Karmann S, Hagelskamp J, Wrede C, Somasundaram R: Inanspruchnahme von Berliner Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed 2025; .
20. Somasundaram R, Geissler A, Leidel B, Wrede C: Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. Gesundheitswesen 2018; 80: 621–7.
21. Völker S: Die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung in Westfalen-Lippe: eine medizingeographische Studie. Gesundheitswesen 2019; 81: 471–7.
22. Haas C, Larbig M, Schöpke T, u. a.: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. 2015. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3._Ambulante_Verguetung/2.2.3.4._Ambulante_Notfallbehandlung_durch_Krankenhaeuser/2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf (zugegriffen 08.07.2026)
23. GKV-Spitzenverband: Ohne Not in die Notaufnahme - Mehr als jeder Zweite könnte ambulant in einer Praxis behandelt werden. GKV-Spitzenverband . https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1948811.jsp (zugegriffen 08.07.2026)
24. Bundesministerium für Gesundheit. Zahlen und Fakten zur gesetzlichen Krankenversicherung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte> (zugegriffen 14.07.2026).
25. Laufende Raumbbeobachtung des BBSR - INKAR, Ausgabe 07/2025. Hrsg.: Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), Bonn (<https://www.inkar.de/>) (zugegriffen 08.07.2026).
26. Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2024, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025. In https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/GVAuszug/31122024_Auszug_GV.html (zugegriffen 14.07.2026).
27. Mangiapane S, Czial T, von Stillfried D: Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2020. 2021. (Zi-Paper). Report No.: 16.
28. Schranz M, Ullrich A, Rexroth U, u. a.: Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public-Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016–32/2020). Epidemiologisches Bulletin 2021; : 3–7.
29. Von Stillfried D, Mangiapane S: Notfallversorgung – Reformbedarf aus ambulanter Sicht. Innere Medizin 2022; 63: 905–13.
30. Zoch-Lesniak B, Becker D, Schumann T, Kroll DLE: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland: Evaluationsbericht 2023. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung 2023.
31. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Zi bewertet Daten zur Inanspruchnahme der Notfallversorgung 2009-2021. <https://www.zi.de/detailansicht/zi-bewertet-zahlen-der-regierungskommission-zur-inanspruchnahme-der-notfallversorgung-2009-2021> (zugegriffen 09.04.2026)
32. Lackner CK, Dormann H, Sheikhzadeh S, Gries A: Das ZNA-Buch. Bd. 3. 2023.
33. Wehler M, Kalch A, Bilandzic H, Händl T: Gesundheitskompetenz und Notfallverhalten. Notfall Rettungsmed 2022; 25: 427–33.
34. Bauer SE, Schumacher JR, Hall AG, u. a.: Primary Care Experiences of Emergency Department Patients With Limited Health Literacy. Journal of Ambulatory Care Management 2016; 39: 32–41.

35. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA: Is Low Health Literacy Associated With Increased Emergency Department Utilization and Recidivism? Wilbur L (Hrsg.): Academic Emergency Medicine 2014; 21: 1109–15.
36. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland. 2019 https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Broschuere_final.pdf (zugegriffen 25. März 2026).
37. Berger E, Rödiger H, Busse R: Reform der Notfallversorgung und des Rettungswesens. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2024 Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg 2024; 209–22.
38. Oslislo S, Pommerenke C, Carnarius S: Evaluation: Einschätzung von selbstzuweisenden Patient:innen am gemeinsamen Tresen der Notfallpraxis im Katholischen Krankenhaus mit SmED Kontakt+. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung 2024. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Medizin/Fachbereich_Medizin/2024-11-12_Evaluation_von_SmED_Kontakt_INZ_Hamburg.pdf (zugegriffen 14.07.2026)
39. Koech L, Ströhl S, Lauerer M, u. a.: Steuerung von Patient*innen aus Notaufnahmen in die vertragsärztliche Versorgung: Eine Machbarkeitsstudie. Gesundheitswesen 2024; 86: 339–45.
40. Blaschke S, Dormann H, Somasundaram R, u. a.: Strukturierte Ersteinschätzung in der Notaufnahme mittels des intelligenten Assistenzdienstes OPTINOFA: Ergebnisse einer multizentrischen, clusterrandomisierten und kontrollierten Interventionsstudie in Deutschland. Med Klin Intensivmed Notfmed 2024; 120: 585–95.
41. Cooper A, Carson-Stevens A, Hughes T, Edwards A: Is streaming patients in emergency departments to primary care services effective and safe? BMJ 2020; 368: m462.
42. Hagelskamp J, Oslislo S, Carnarius S, Von Stillfried D: Disposition von Akutpatient:innen in die ambulante Versorgung - DispoAkut Abschlussbericht–ANregiomed Klinikum Ansbach. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung 2026. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Medizin/Fachbereich_Medizin/Dispo-Akut_Abschlussbericht_ANregiomed_Klinikum_Ansbach.pdf
43. Oslislo S, Hagelskamp J, Carnarius S, Von Stillfried D: Disposition von Akutpatient:innen in die ambulante Versorgung - DispoAkut Abschlussbericht–DRK Kliniken Berlin Köpenick. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung 2025. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Medizin/Fachbereich_Medizin/Dispo-Akut_Berlin_Abschlussbericht_DRK_Kliniken_Berlin_Koepenick.pdf
44. Oslislo S, Hagelskamp J, Carnarius S: Disposition von Akutpatient:innen in die ambulante Versorgung - DispoAkut Abschlussbericht–Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung 2025. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Medizin/Fachbereich_Medizin/DispoAkut_Berlin_Abschlussbericht_Vivantes_Klinikum_Friedrichshain.pdf
45. Oslislo S, Witt K, Von Stillfried D, u. a.: Zwischen Vision und Wirklichkeit: Untersuchung zur Machbarkeit der Weiterleitung von weniger dringlichen Hilfesuchenden in die ambulante Versorgung. Notfall Rettungsmed 2024.
46. Oslislo S, Witt K, Bayeff-Filloff M, u. a.: DispoDigital: Studienprotokoll zur digitalen Steuerung weniger dringlicher Notaufnahmepatienten mittels Symptom-Checker und Terminvermittlung. Notfall Rettungsmed 2025; 28: 540–1.
47. Kassenärztliche Vereinigung Berlin: Entwicklung ärztlicher Bereitschaftsdienst KV Berlin. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Grafik_KH-Kommission_Zahlenwerk-2_2023-02-17_NEU.jpg (zugegriffen 14.07.2026)
48. Versorgung für Patientinnen und Patienten in Niedersachsen schneller, flexibler und effizienter. https://www.kvn.de/Presse/Versorgung+fc3%BCr+Patientinnen+und+Patienten+in+Niedersachsen+schneller_+flexibler+und+effizienter.html?press=47465 (zugegriffen 08.07.2026)

49. Chen BK, Cheng X, Bennett K, Hibbert J: Travel distances, socioeconomic characteristics, and health disparities in nonurgent and frequent use of Hospital Emergency Departments in South Carolina: a population-based observational study. BMC Health Serv Res 2015; 15: 203.
50. KG GTV: BSG-Urteil: Richterspruch zum Bereitschaftsdienst schlägt hohe Wellen. <https://www.kma-online.de>. 2023. <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/richterspruch-zum-bereitschaftsdienst-schlaegt-hohe-wellen-50877> (zugegriffen 08.07. 2026)
51. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Pressemitteilung KV Baden Württemberg. https://rems-murr-kliniken.de/wp-content/uploads/2024/03/PM_KVBaWue.pdf (zugegriffen 08.7.2026)
52. Rheinland-Pfalz: KV schränkt Ärztlichen Bereitschaftsdienst ein – News – Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/news/rheinland-pfalz-kv-schraenkt-aerztlichen-bereitschaftsdienst-ein-fbc4f5cc-b383-4df1-9151-cb2bd4635f14> (zugegriffen 08.07.2026)
53. KV Saarland sagt, welche Bereitschaftsdienstpraxen dicht machen müssen. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Saarland-Schliessliste-fuer-Bereitschaftsdienstpraxen-beschlossen-446966.html> (zugegriffen 08.07.2026)
54. KV Berlin schränkt Bereitschaftsdienste stark ein – kma Online. <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/erste-bundeslaender-schraenken-bereitschaftsdienste-ein-50900> (zugegriffen 08.07.2026)
55. Die Kassenärztliche Vereinigung eröffnet ab 11. Okt. Bereitschaftspraxen an Kliniken Landshut & Achdorf - landshuter-rundschau - Immer einen Klick aktueller in LA. <https://www.rundschau24.de/gesundheit/30397-die-kassenaerztliche-vereinigung-eroeffnet-ab-11-okt-bereitschaftspraxen-an-kliniken-landshut-achdorf> (zugegriffen 08.07.2026)
56. Bereitschaftspraxis der KV-Brandenburg mit erfolgreichem ersten Jahr – News – Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/news/bereitschaftspraxis-der-kv-brandenburg-mit-erfolgreichem-ersten-jahr-673f6d3a-d542-483e-b5bc-2599a1b9e7fc> (zugegriffen 08.07.2026)
57. Ärztliche Bereitschaftspraxis eröffnet in der Klinik Oranienburg. <https://www.birkenwerder.de/rathaus/aktuelles/neuigkeiten/details/aerztliche-bereitschaftspraxis-eroeffnet-in-der-klinik-oranienburg> (zugegriffen 08.07.2026)
58. KV Brandenburg eröffnet neue Bereitschaftspraxis – News – Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/news/kv-brandenburg-eroeffnet-neue-bereitschaftspraxis-bc57a4b6-e00a-43eb-b883-d89036f7a0c7> (zugegriffen 14.07.2026)
59. Amts- und Mitteilungsblatt Markt Flachslanden. https://www.flachslanden.de/fileadmin/pdf/amtsblatt/amtsblatt_2018_04.pdf (zugegriffen 08.07.2026)

Anhang

Tabelle A-1: Zur Identifikation relevanter Behandlungsfälle genutzte KV-spezifische Schlüsselnummern

KV	GOP	Bezeichnung	Anmerkung
Niedersachsen	98235	Bereitschaftspauschale an Feiertagen und Wochenenden (Region Peine)	bis 4. Quartal 2017
	98236	Bereitschaftspauschale an Wochentagen (Region Peine)	bis 4. Quartal 2017
	98237	Bereitschaftspauschale an Feiertagen und Wochenenden (Region Salz- gitter)	von 1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2017
	98238	Bereitschaftspauschale an Wochentagen (Region Salzgitter)	von 1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2017
Thüringen	99029	Kennzeichnung Notfallabrechnung im Krankenhaus zu Zeiten des Bereit- schaftsdiensts	
	99030	Kennzeichnung Bereitschaftsdienst	
	99031	Kennzeichnung Bereitschaftsdienst	
Schleswig- Holstein	99896A	Anlaufpraxis, tiefe Nacht	
Nordrhein	92115	Bereitschaftspauschale QPA, nur abrechnungsfähig i.V. mit einer ande- ren Leistung d. Vertrages oder einer EBM Nr., max. 4x im KHF	

Tabelle A-2: Zur Identifikation relevanter Behandlungsfälle genutzte Abrechnungsziffern des EBM

GOP	Bezeichnung	Anmerkung
01207	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination II)	-Erst seit 2. Quartal 2017 -19:00-7:00 Uhr und ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12., 31.12.
01212	Notfallkonsultationspauschale II	-19:00-7:00 Uhr -ganztägig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiert- agen, 24.12., 31.12.
01216	Notfallkonsultationspauschale II	-19:00-22:00 Uhr -samstags, sonntags -an gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00-19:00 Uhr
01218	Notfallkonsultationspauschale III	-22:00 und 7:00 Uhr -samstags, sonntags -an gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr

Quelle: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

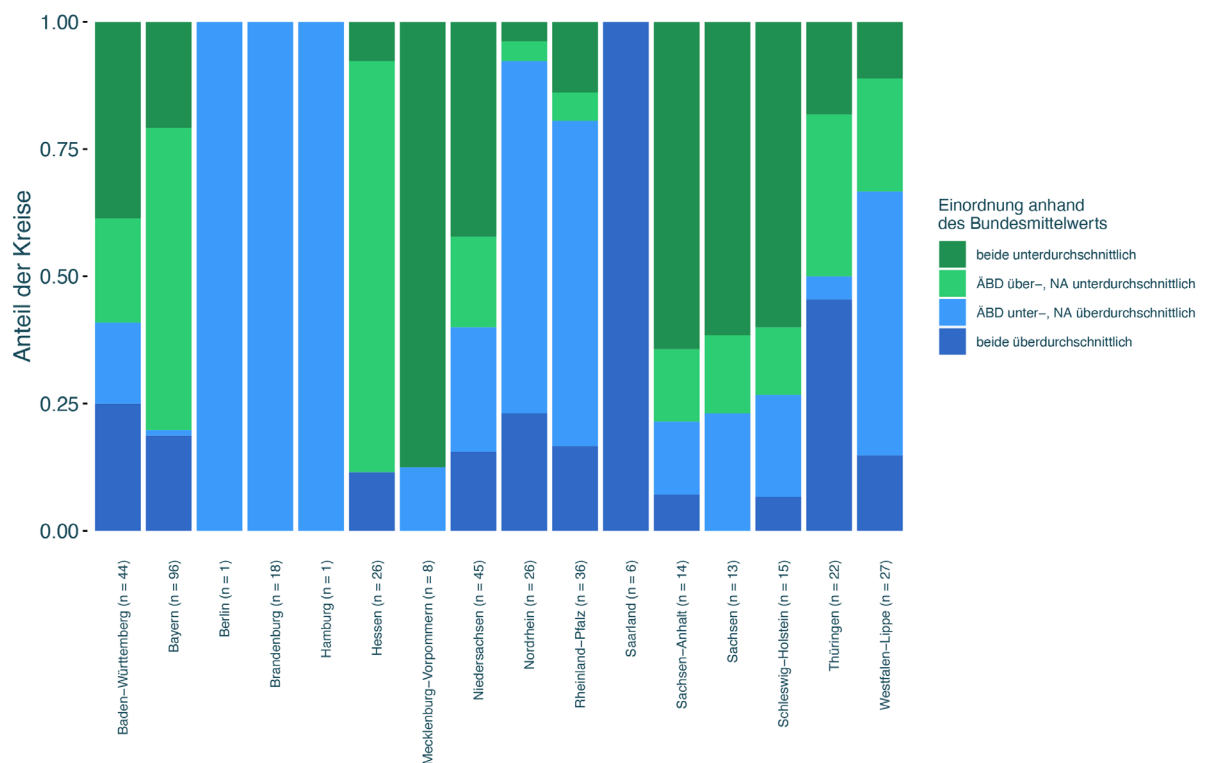


Abbildung A-1: Anteil der Kreise je KV-Region mit über-/unterdurchschnittlicher Inanspruchnahme der Notfallversorgung je 1.000 GKV-Versicherte außerhalb der Sprechstundenzeiten (19:00–7:00 Uhr und ganztätig samstags, sonntags, an gesetzlichen Feiertagen, 24.12., 31.12.) in Notaufnahmen und im ÄBD im Jahr 2024 (n=398 Kreise; ÄBD: Ärztlicher Bereitschaftsdienst).

Quelle: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V ohne Bremen