bifg. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung

Krankenhausreport 2026

Ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus

Autoren: Daniel Grandt, Christoph Sievers

Einleitung

Gegenstand des BARMER Krankenhausreports 2026 ist die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus. Es geht nicht um Patientinnen und Patienten, die als Notfall das Krankenhaus aufsuchen oder dorthin transportiert werden und dann stationär aufgenommen und behandelt werden, sondern um Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus als Notfall ohne stationäre Aufnahme behandelt werden, um danach das Krankenhaus wieder zu verlassen.

Die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus ist ein Thema, das aktuell durch die Notfallreform eine noch höhere mediale Präsenz genießt als zuvor. Die Notfallreform-Gesetzentwürfe 2025/2026 zielen auf bessere Steuerung, digitale Vernetzung und eine Entlastung von Notaufnahmen und Rettungsdiensten ab.

Im Zentrum stehen die Verknüpfung der Rufnummern 116 117 und 112, der Aufbau integrierter Notfallzentren an Krankenhäusern und eine klarere Zuordnung von Patientinnen und Patienten in die passende Versorgungsebene. Die Entwürfe sind weiterhin politisch und fachlich umstritten, wie die Anhörung am 25. Februar 2026 im Deutschen Bundestag gezeigt hat (Deutscher Bundestag, 2026). Während einheitliche medizinische Kriterien und verbindliche Zusammenarbeit der Akutleitstellen und integrierten Notfallzentren übereinstimmend gefordert werden, bleibt die Frage, ob die Nutzung der Ersteinschätzungsangebote für Patientinnen und Patienten und die Empfehlung zum weiteren Behandlungsweg für diese verbindlich sein sollen, unbeantwortet.

Die aktuelle mediale Diskussion der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus lässt sich mit dem Begriff der perspektivenabhängigen Wirklichkeitskonstruktion treffend beschreiben: Patientinnen und Patienten berichten und beklagen immer längere Wartezeiten in der Notaufnahme, Gesundheitsökonominnen und -ökonomen

Keywords: Krankenhaus; ambulante Notfallversorgung; Sektor übergreifende Behandlung; Leistungsentwicklung

sowie Politik konstatieren Überkapazitäten bei Krankenhäusern und Einsparpotenzial, Krankenkassen beklagen die steigenden Kosten und die stationäre Aufnahme auch ambulant behandelbarer Patientinnen und Patienten und Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer von Krankenhäusern klagen darüber, dass die ambulante Versorgung im Krankenhaus ein Zuschussgeschäft und vom Krankenhaus nicht steuerbar ist. Dazwischen ärztliches und pflegerisches Personal in den Notaufnahmen, das sich in einer chronischen Überlastungssituation alleingelassen fühlt, in der aus ihrer Sicht eine adäquate und sichere Behandlung nicht mehr durchgängig zu gewährleisten ist und die Erfüllung der Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten zunehmend unmöglich wird. Nur in einem Punkt sind sich alle einig: Wir brauchen eine Reform der Notfallversorgung.

Ziel des vorliegenden Krankenhausreports ist es, diese Perspektivendifferenz aufzulösen. Es soll ein holistisches Bild der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus entwickelt werden, das die verschiedenen Wahrnehmungen zusammenführt und die Ableitung praxistauglicher und wirksamer Vorschläge für die Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung ermöglicht. Damit soll ein konstruktiver Beitrag zur aktuellen Diskussion der noch im Detail auszugestaltenden Reform der Notfallversorgung geleistet werden.

Der Krankenhausreport umfasst dazu Analysen zur ambulanten Notfallbehandlung von BARMER-Versicherten im Krankenhaus von 2015 bis 2024, die auf Deutschland hochgerechnet wurden, Analysen publizierter wissenschaftlicher Evidenz zu ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus und ihren Rahmenbedingungen sowie einen Vergleich der Eckpunkte der Notfallversorgung in Deutschland mit anderen Ländern, insbesondere Dänemark.

Erfolgskritische Faktoren für die Optimierung der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus werden abgeleitet und Vorschläge für die Weiterentwicklung der Struktur- und Organisationsmerkmale der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus in Deutschland vorgestellt.

Bezogen auf die Krankenhäuser muss es das Ziel der Notfallreform sein, die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus auf die Patientinnen und Patienten zu beschränken, die aus medizinischen Gründen tatsächlich die komplexe Infrastruktur, die Multidisziplinarität und die umgehende Verfügbarkeit eines großen Spektrums apparativer Diagnostik eines Krankenhauses benötigen.

Material und Methode

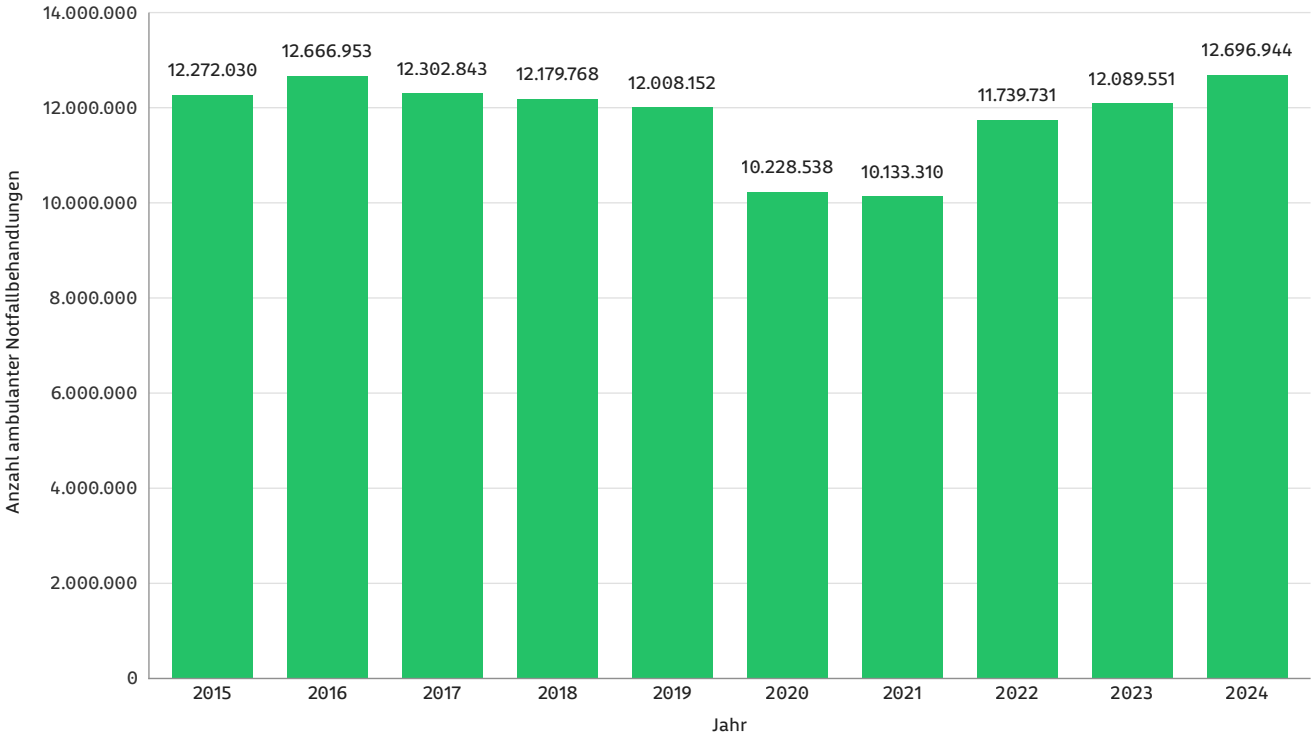
Die Grundlage der Analysen bilden die BARMER-Routinedaten von rund 8,5 Millionen Versicherten (etwa zehn Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung) der Jahre 2015 bis 2024. Um Aussagen für die deutsche Gesamtbevölkerung zu ermöglichen, werden die ausgewiesenen Werte auf die Bevölkerung Deutschlands im jeweiligen Jahr hochgerechnet. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Als Erstes wird die Anzahl der BARMER-Versicherten nach Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht in jedem Jahr am Stichtag zum 30. Juni ermittelt. Danach werden die entsprechenden Daten der deutschen Bevölkerung herangezogen. Darauf aufbauend wird ein Hochrechnungsfaktor für alle BARMER-Versicherten je Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht für jedes Jahr bestimmt. Der Hochrechnungsfaktor bestimmt sich als Quotient der Bevölkerung in Deutschland je Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht im jeweiligen Jahr geteilt durch die Anzahl der BARMER-Versicherten je Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht im jeweiligen Jahr. Die ambulanten Notfälle wurden durch Gebührenordnungsziffern in den Abrechnungsdaten der Ärztinnen und Ärzte identifiziert, unter anderem 01205, 01207, 01210 oder 01212.

Analysen und Ergebnisse

Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2015 bis 2024

Ausgewertet wurde die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen von BARMER-Versicherten jeden Alters im Krankenhaus für die Jahre 2015 bis 2024. Die Ergebnisse wurden auf die deutsche Bevölkerung hochgerechnet und sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern 2015 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2015–2024, hochgerechnet

Im Jahr 2024 erfolgten insgesamt etwa 12,7 Millionen ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern in Deutschland. Das entspricht durchschnittlich 34.800 ambulant behandelten Notfällen pro Tag. Im Vergleich dazu wurden 2024 täglich etwa 48.000 Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen. Dass auf 14 stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten zehn ambulant behandelte Notfälle kommen, unterstreicht die quantitative Bedeutung der ambulanten Notfallbehandlung für das Behandlungsgeschehen im Krankenhaus.

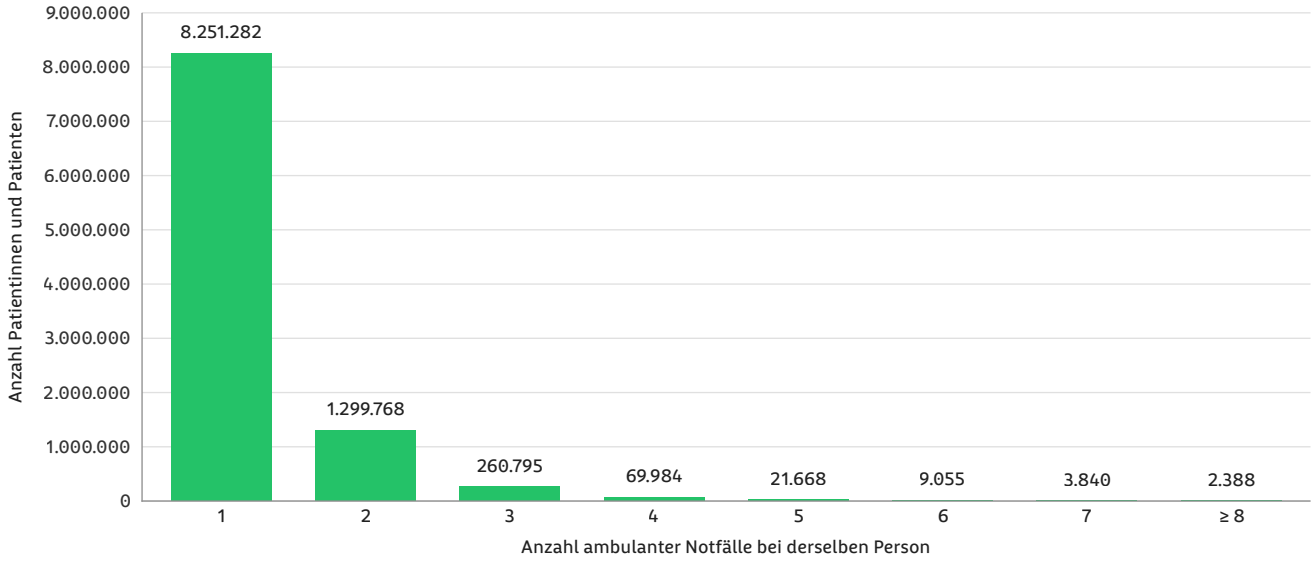
Nur ein kleiner Teil dieser Patientinnen und Patienten stellte sich im Anschluss an eine vorherige stationäre Behandlung vor: 3,2 Prozent der Patientinnen und Patienten waren in der vorherigen Woche und 4,9 Prozent in den zwei vorhergehenden Wochen aus stationärer Behandlung entlassen worden. Und auch auf die ambulante Notfallbehandlung folgte selten eine spätere stationäre Aufnahme: Nur 4,2 Prozent der nach ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus entlassenen Patientinnen und Patienten wurden innerhalb von 48 Stunden stationär aufgenommen. Bei den untersuchten Fällen handelt es sich damit in der Regel um ein tatsächlich rein ambulantes Behandlungsgeschehen.

Betrachtet man die Entwicklung der Behandlungszahlen von 2015 bis 2024, zeigt sich ein weitgehend stabiler, gering schwankender Verlauf. Die Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus war 2024 größer als je zuvor, überstieg die Anzahl von 2015 um 3,5 Prozent und lag um etwa 30.000 Notfallbehandlungen über der Anzahl von Notfallbehandlungen 2016. In den Jahren der Pandemie – 2020 und 2021 – ging die Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern allerdings deutlich zurück und lag um jeweils 2,5 Millionen Fälle, das heißt um 20 Prozent unter den Zahlen von 2024.

Anteil von Patientinnen und Patienten mit mehr als einer ambulanten Notfallbehandlung 2024

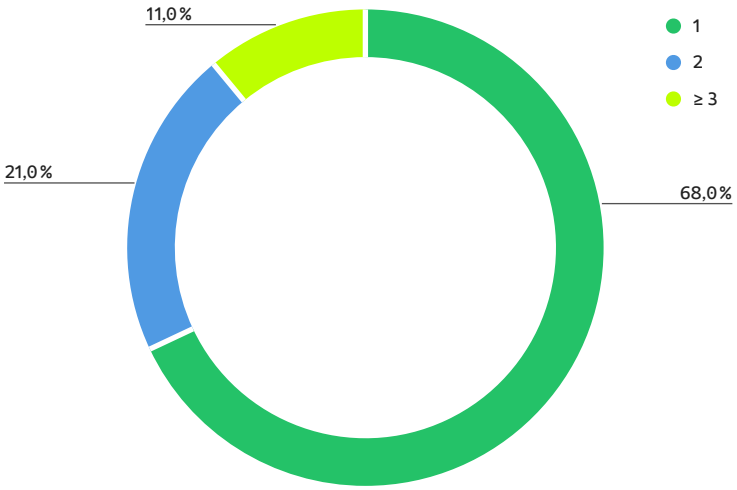
Bei BARMER-Versicherten mit ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus im Jahr 2024 variierte die Anzahl der Behandlungsereignisse im Betrachtungsjahr zwischen einem und 32. Die Abbildung 2 zeigt hochgerechnet auf Deutschland die Anzahl der Personen mit einer bis acht oder mehr ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus im Jahr 2024. Den Anteil von Notfallpatientinnen und -patienten mit einer, zwei oder mehr Notfallbehandlungen im Jahr 2024 stellt Abbildung 3 dar.

Abbildung 2: Notfallpatientinnen und -patienten nach Anzahl der ambulanten Notfälle innerhalb eines Jahres



Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

Abbildung 3: Anteil von Notfallpatientinnen und -patienten mit einer, zwei oder mehr als drei ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2024 in Prozent



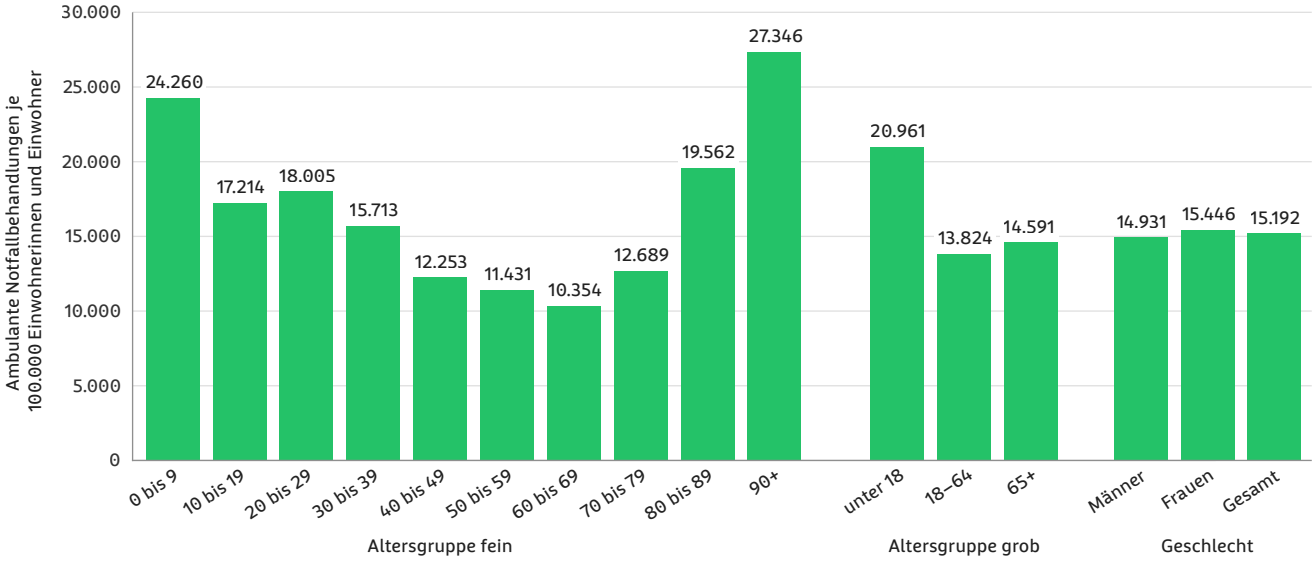
Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (68 Prozent) stellten sich im Betrachtungsjahr 2024 nur einmal als ambulante Notfallpatientin beziehungsweise -patient im Krankenhaus vor. Ein Drittel stellte sich im Jahr 2024 mehrfach ambulant zur Notfallbehandlung im Krankenhaus vor: 21 Prozent wurden zweimal vorstellig, elf Prozent drei- bis 32-mal.

Alters- und Geschlechtsverteilung ambulanter Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus

Bestimmt wurde die altersbezogene Häufigkeit ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus für die Jahre 2015 bis 2024. Die Abbildung 4 zeigt die Häufigkeit ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner der jeweiligen Altersgruppe und nach Geschlecht im Jahr 2024. Abbildung 5 zeigt, wie sich die entsprechende Häufigkeit seit 2015 verändert hat.

Abbildung 4: Ambulante Notfallbehandlungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppen und nach Geschlecht 2024



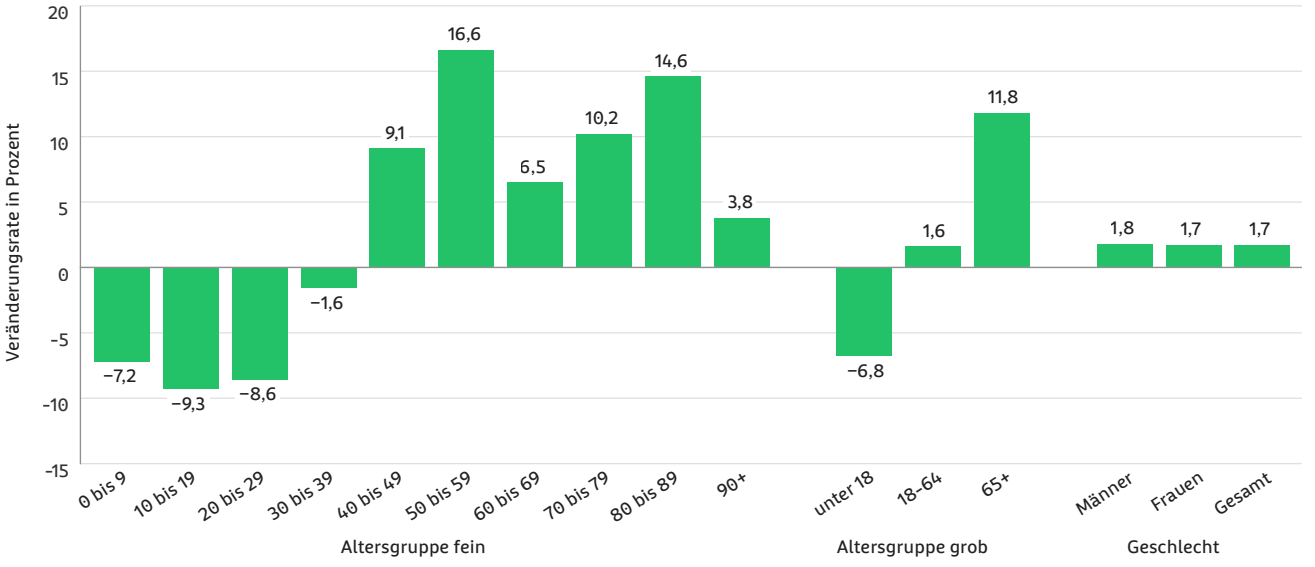
Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

Jeder achte gesetzlich Krankenversicherte wurde im Jahr 2024 mindestens einmal als ambulanter Notfall im Krankenhaus behandelt.

Nicht unerwartet findet sich die höchste Inzidenz ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus bei Hochaltrigen über 90 Jahre und Kindern unter neun Jahre. Die geringste Inzidenz findet sich in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren. Sie ist nur etwa halb so hoch wie bei den 80- bis 89-Jährigen und ein Drittel so hoch wie bei den über 90-Jährigen. Die Häufigkeit der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus liegt bei Frauen 3,5 Prozent höher als bei Männern.

Was hat sich von 2015 bis 2024 geändert? Die Abbildung 5 zeigt, dass sich die spezifische Inzidenz der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus bei den bis zu 40-Jährigen verringert hat, am stärksten bei den 10- bis 19-Jährigen mit −9,3 Prozent. Bei den Älteren ist sie gestiegen, am stärksten bei den 50- bis 59-Jährigen (+16,6 Prozent) und den 80- bis 89-Jährigen (+14,6 Prozent).

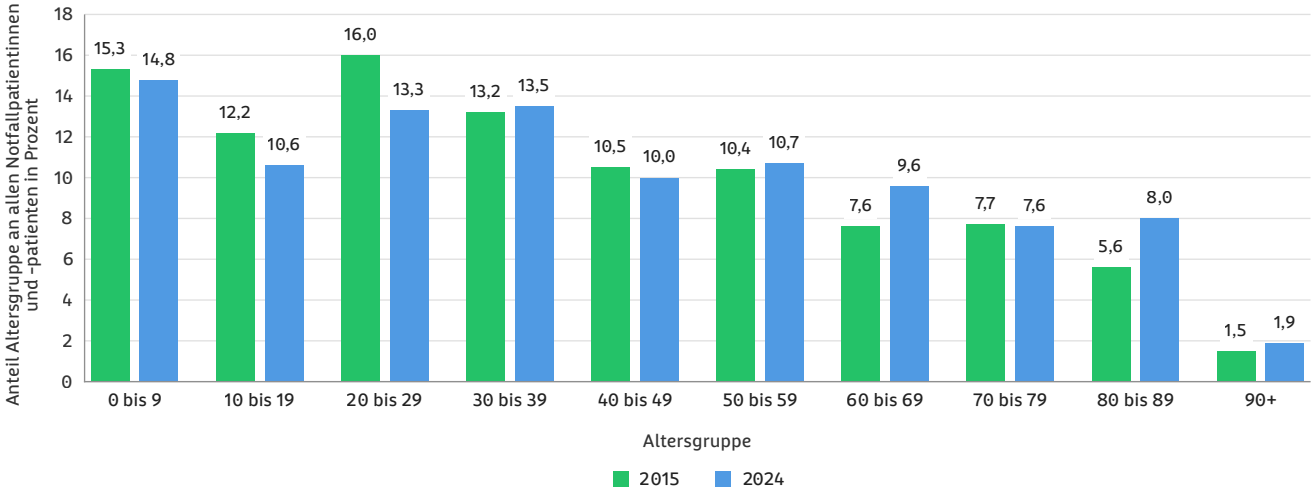
Abbildung 5: Veränderung der Inzidenz ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2015 bis 2024 nach Altersgruppen und nach Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2015–2024, hochgerechnet

In Abbildung 6 wird der Anteil der verschiedenen Altersgruppen an der Gesamtzahl der ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus dargestellt. Im Jahr 2024 machte die Altersgruppe 0 bis 19 Jahre ein Viertel (rund 26 Prozent) aller Patientinnen und Patienten aus, die Altersgruppe von 20 bis 59 Jahre war für etwa die Hälfte (rund 48 Prozent) der Inanspruchnahmen verantwortlich und auf die ab 60-Jährigen entfielen rund 28 Prozent der ambulanten Notfälle im Krankenhaus.

Abbildung 6: Anteil Altersgruppen an der Anzahl von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2015 und 2024

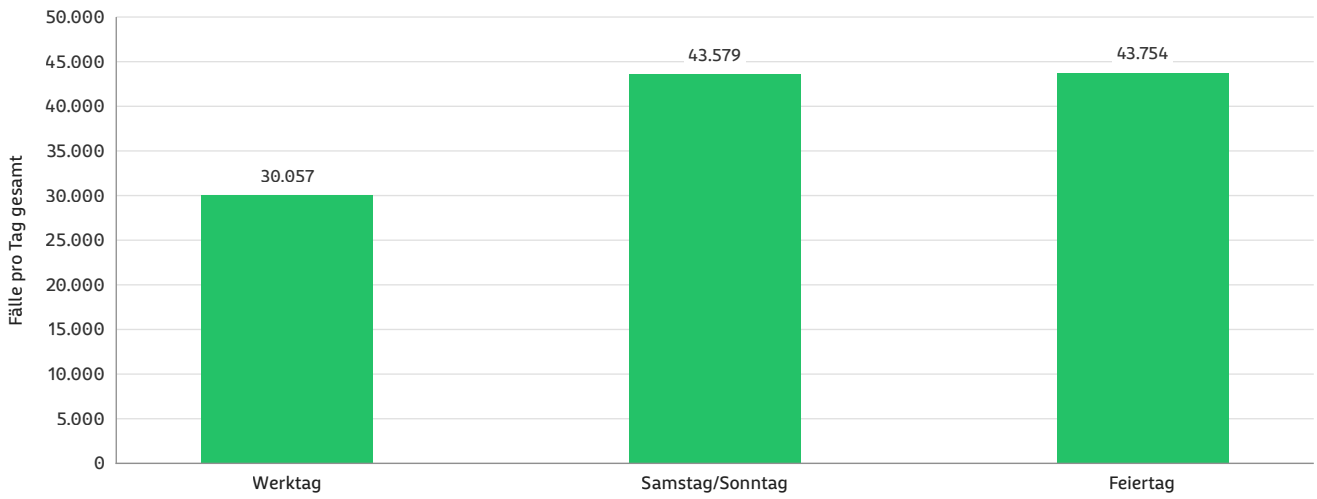


Quelle: BARMER-Daten 2015–2024, hochgerechnet

Anzahl von Notfallbehandlungen an Werktagen versus Wochenenden

Anhand von BARMER-Versicherten aus 2024 wurde untersucht und auf Deutschland hochgerechnet, wie sich die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus an Wochenenden und Feiertagen von der an Werktagen unterscheidet. Die Ergebnisse zeigt Abbildung 7.

Abbildung 7: Durchschnittliche Anzahl von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern an Werktagen, Wochenendtagen und Feiertagen 2024



Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

Die Inanspruchnahme von Krankenhäusern für die ambulante Notfallversorgung liegt an Wochenendtagen um 45 Prozent höher als an Werktagen. Die Inanspruchnahme an Feiertagen entspricht ungefähr der an Samstagen und Sonntagen. Dann, wenn am wenigsten Personal im Krankenhaus ist, ist die Nachfrage am größten.

Anzahl von Notfallbehandlungen nach Tageszeit

Untersucht wurde, welcher Anteil der ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten 2024 während der Kernarbeitszeit von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr und welcher Anteil von 18:00 Uhr bis 8:00 Uhr im Krankenhaus vorstellig wurde. Hierzu wurde die Anzahl der ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten pro Stunde in der Kernarbeitszeit sowie in der Zeit von 18:00 Uhr bis 8:00 Uhr für Werktage, Wochenendtage und Feiertage auf Deutschland hochgerechnet. Die durchschnittliche Fallzahl pro Stunde und die Fallzahl in der Kernarbeitszeit versus die Fallzahl außerhalb der Kernarbeitszeit absolut und relativ zeigen Tabelle 1 und Tabelle 2.

Tabelle 1: Durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen pro Stunde im Krankenhaus an Werktagen, Wochenendtagen und Feiertagen von 8:00–18:00 Uhr und 18:00–8:00 Uhr 2024

Tag	Fälle je Stunde in der Zeit 8:00–18:00 Uhr	Fälle je Stunde in der Zeit 18:00–8:00 Uhr	Veränderung 18:00–8:00 Uhr vs. 8:00–18:00 Uhr in Prozent	Veränderung 8:00–18:00 Uhr vs. 18:00–8:00 Uhr in Prozent
Werktag	1.752	895	−49 %	196 %
Wochenende	2.886	1.051	−64 %	275 %
Feiertag	2.892	1.053	−64 %	275 %

Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

Die Analysen zeigen, dass die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen tagsüber (hier definiert als der Zeitraum von 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr) an Werktagen pro Stunde doppelt so hoch ist (196 Prozent) wie nachts (von 18:00 Uhr bis 8:00 Uhr) und an Wochenend- und Feiertagen sogar fast dreimal so hoch (275 Prozent) wie nachts.

Tabelle 2: Durchschnittliche Gesamtanzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus an Werktagen, Wochenendtagen und Feiertagen von 8:00–18:00 Uhr und von 18:00–8:00 Uhr 2024

Tag	Fälle gesamt 8:00–18:00 Uhr	Fälle gesamt 18:00–8:00 Uhr	Fälle gesamt pro Tag	Anteil 8:00–18:00 Uhr in Prozent	Anteil 18:00–8:00 Uhr in Prozent
Werktag	17.520	12.537	30.057	58 %	42 %
Wochenende	28.863	14.716	43.579	66 %	34 %
Feiertag	28.980	14.774	43.754	66 %	34 %

Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

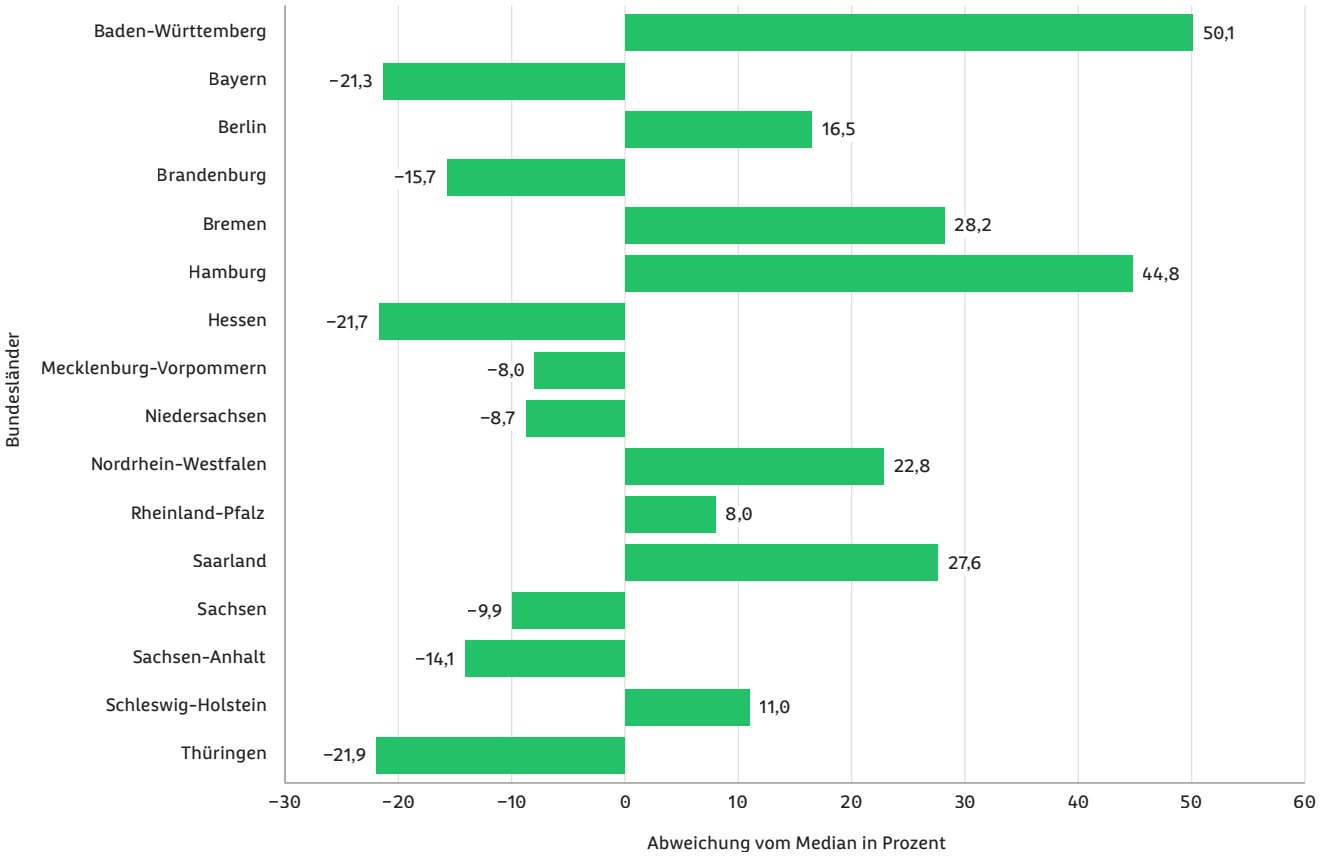
58 Prozent der Notfallpatientinnen und -patienten an Werktagen stellen sich tagsüber im Krankenhaus vor, in einem Zeitfenster, das sich weitgehend mit den Öffnungszeiten der Praxen überschneidet. An Wochenend- und Feiertagen ist der Anteil mit 66 Prozent nur geringfügig höher.

Es zeigt sich, dass sich Wochenend- und Feiertage hinsichtlich der Inanspruchnahme nicht unterscheiden und beide 45 Prozent über der Fallzahl an Werktagen liegen.

Häufigkeit ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus nach Regionen

Für BARMER-Versicherte wurde untersucht, wie stark sich die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus regional unterscheidet. Die Ergebnisse wurden auf die Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2024 hochgerechnet. Die Behandlungsfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner werden für die verschiedenen Regionen auf Basis des Medians dargestellt, der bei 14.994 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt.

Abbildung 8: Abweichung zum Median der Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern in Prozent



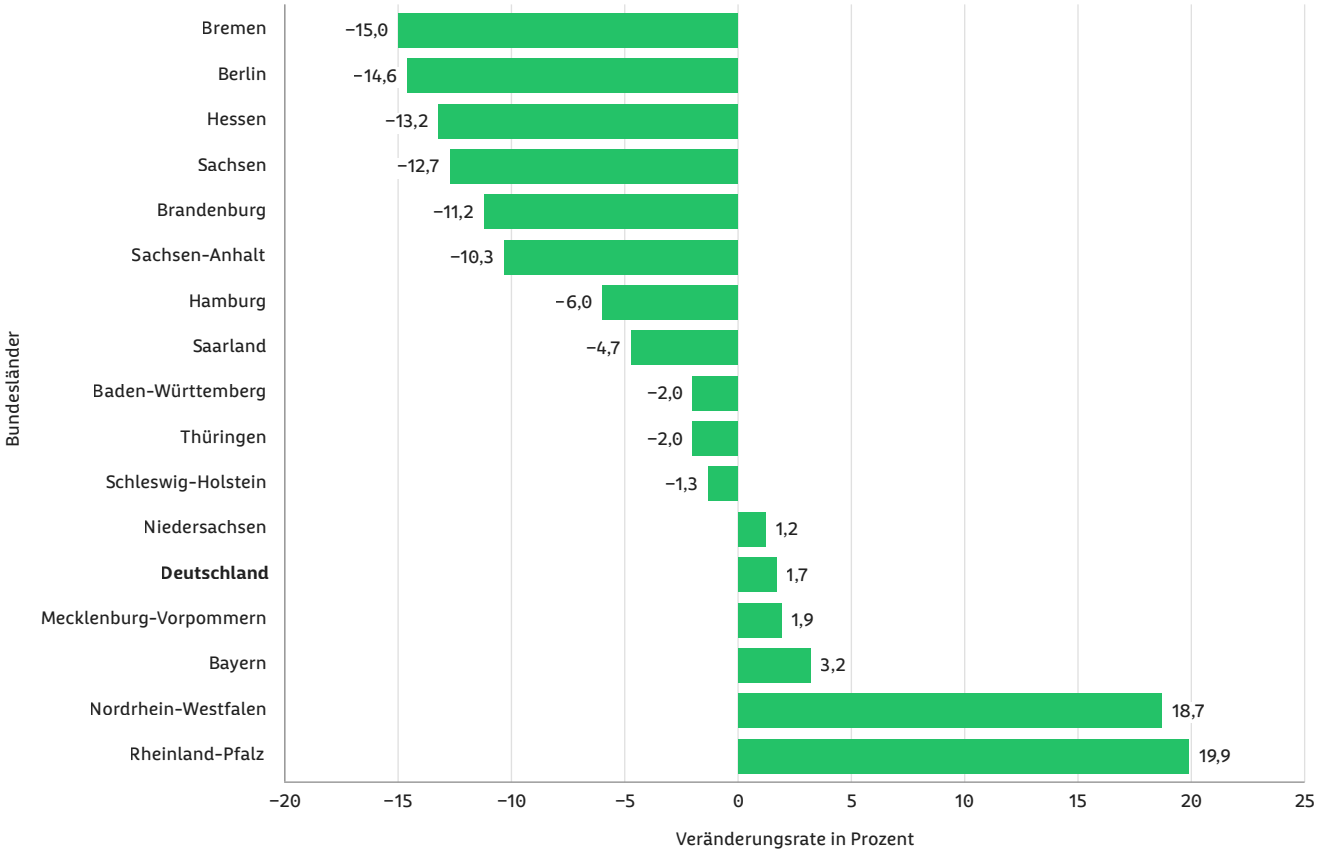
Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

Regionale Unterschiede in Versorgungsstrukturen sowie in der Demografie und Morbidität führen zu Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Regionale Unterschiede sind bei der Gesundheitsversorgung daher die Regel und nicht die Ausnahme. Dass aber Baden-Württemberg rund 50 Prozent und Hamburg etwa 45 Prozent über dem Median der Anzahl von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus liegen, während Thüringen, Hessen und Bayern etwa 20 Prozent unter dem Median liegen, ist weder durch regionale Unterschiede in der Demografie noch in der Morbidität erklärbar.

In Baden-Württemberg wurde die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus im Jahr 2024 fast doppelt so häufig in Anspruch genommen wie in Thüringen.

Untersucht wurde auch, wie sich die Inanspruchnahme in den Regionen von 2015 zu 2024 hin entwickelt hat. Die Veränderungen in Prozent stellt Abbildung 9 dar.

Abbildung 9: Veränderungen der Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern im Vergleich 2024 zu 2015 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2024, hochgerechnet

Es zeigt sich, dass es keinen einheitlichen Trend gibt: In fünf Bundesländern hat die Inanspruchnahme im betrachteten Zeitraum zugenommen, während sie in den übrigen Bundesländern rückläufig war. Am stärksten war die Zunahme in Rheinland-Pfalz mit rund 20 Prozent, während die Inanspruchnahme in Berlin und Bremen im selben Zeitraum um etwa 15 Prozent abgenommen hat.

Nutzung ausgewählter apparativer Diagnostik im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus

Es wurde die Anzahl von Ultraschalluntersuchungen, konventionellen Röntgenuntersuchungen und Computertomografien, die im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern in Deutschland 2024 erfolgten, ermittelt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl von Ultraschalluntersuchungen, konventionellen Röntgenaufnahmen und Computertomografien im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern 2024

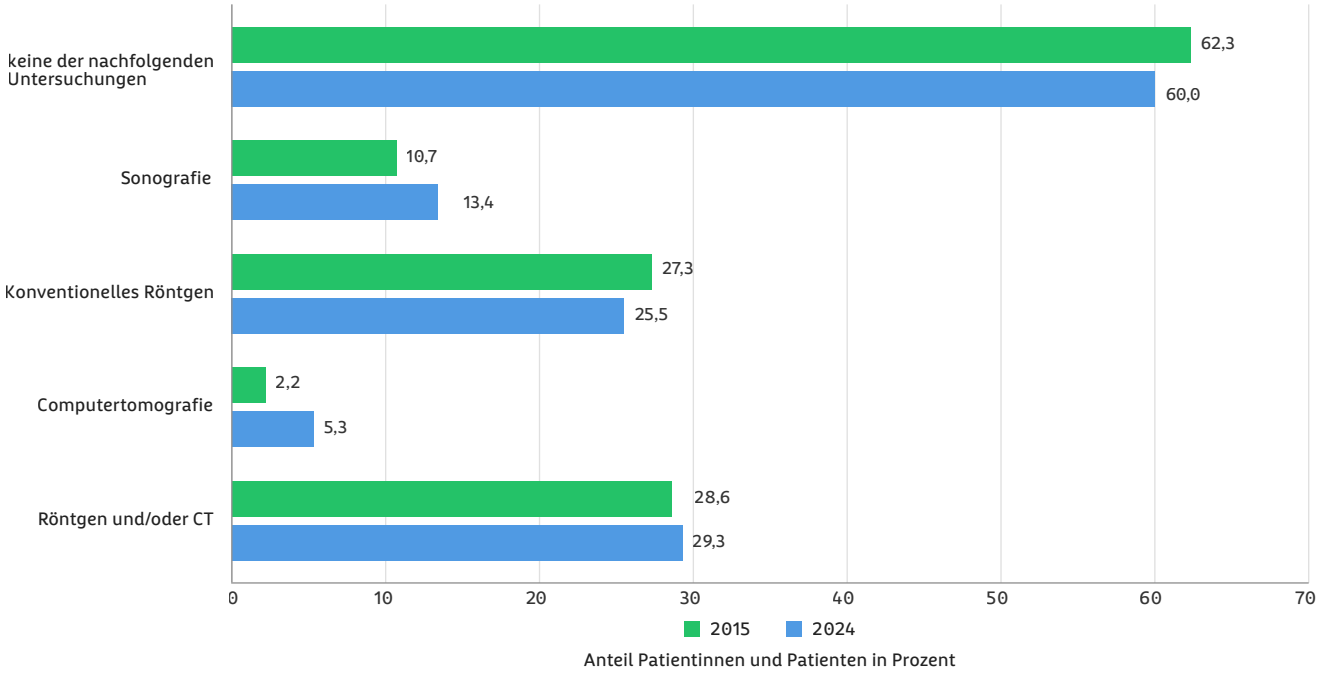
Diagnostik	Absolute Anzahl durchgeführter Untersuchungen
Sonografie	1.971.736
konventionelles Röntgen	4.498.726
Computertomografie	997.686

Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet

Fast eine Million computertomografischer Untersuchungen, 4,5 Millionen konventionelle Röntgenuntersuchungen und zwei Millionen Ultraschalluntersuchungen wurden 2024 im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern in Deutschland durchgeführt.

Untersucht wurde auch, bei welchem Anteil der Notfallpatientinnen und -patienten in den Jahren 2015 und 2024 im Rahmen der Behandlung eine Ultraschalluntersuchung, konventionelle Röntgendiagnostik oder Computertomografie (CT) durchgeführt wurde. Die Daten der BARMER-Versicherten wurden auf Deutschland hochgerechnet und in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10: Anteil von ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus in Deutschland 2015 und 2024 mit Ultraschall-, Röntgen- und computertomografischer Untersuchung



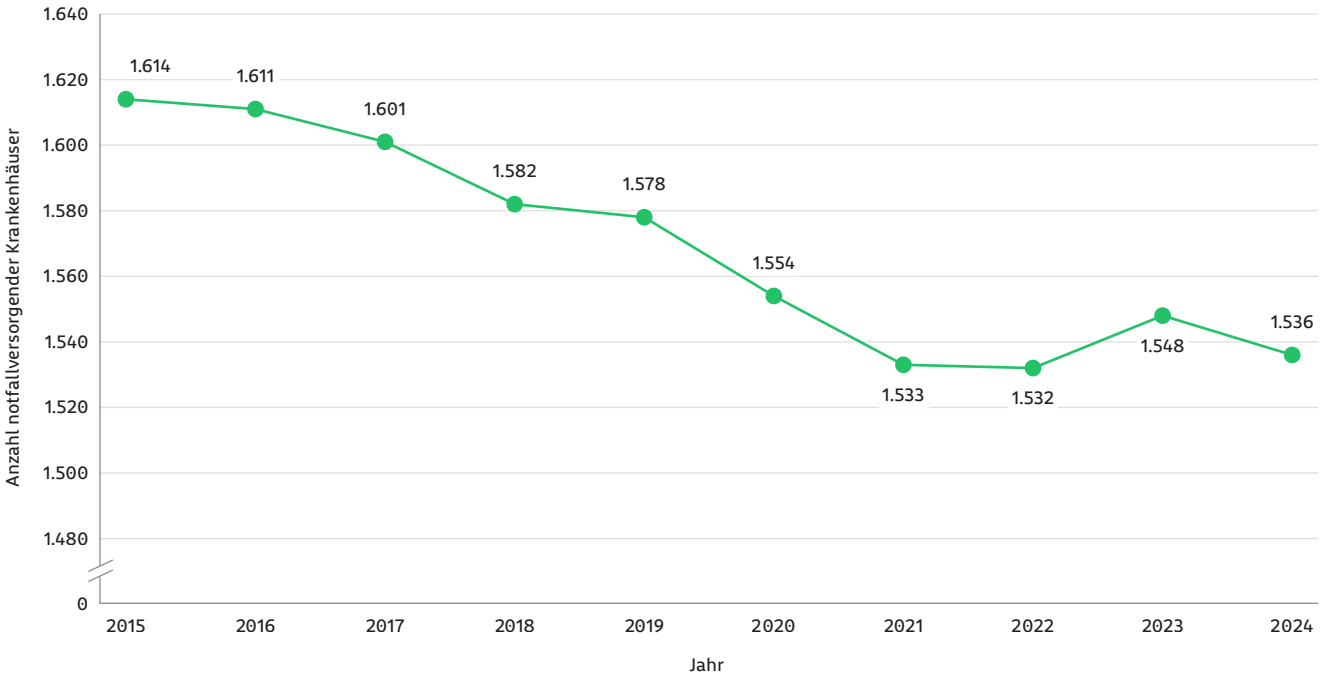
Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2024, hochgerechnet

Bei vier von zehn ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten werden im Rahmen der diagnostischen Abklärung Ultraschall- oder Röntgenuntersuchungen durchgeführt. Jede achte Person in einer Notfallbehandlung wurde 2024 sonografisch untersucht, jede vierte wurde geröntgt, jede 20. wurde mittels CT untersucht und drei von zehn Patientinnen und Patienten wurden entweder mit Röntgen oder CT untersucht. Im Vergleich zu 2015 wurden 2024 bei ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten 2,4-mal so viele Computertomografien und 1,25-mal so viele Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Lediglich die Anzahl konventioneller Röntgenaufnahmen war um etwa sieben Prozent rückläufig.

Anzahl an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmender Krankenhäuser 2024 versus 2015

Es wurde untersucht, wie viele Krankenhäuser 2015 und 2024 an der ambulanten Notfallversorgung der BARMER-Versicherten beteiligt waren. Berücksichtigt wurden hierbei Krankenhäuser, die mindestens 50 ambulante Notfallbehandlungen pro Jahr durchgeführt haben. Hilfsweise wird davon ausgegangen, dass Krankenhäuser, die keine BARMER-Versicherten als ambulante Notfälle versorgen, auch nicht an der Notfallversorgung der Versicherten anderer Krankenkassen teilnehmen.

Abbildung 11: Anzahl ambulant notfallversorgender Krankenhäuser in Deutschland mit mindestens 50 Behandlungsfällen BARMER-Versicherter 2015 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2015–2024

Die Analysen zeigen, dass die Anzahl der notfallversorgenden Krankenhäuser mit behandelten BARMER-Versicherten von 2015 bis 2024 um 4,8 Prozent zurückgegangen ist: 78 Krankenhäuser, die 2015 noch an der ambulanten Notfallversorgung teilgenommen haben, sind 2024 nicht mehr aktiv. Dieser Rückgang korreliert mit dem Rückgang der Gesamtzahl von Krankenhäusern in Deutschland: Nach Angaben des Statistischen Bundesamts ging die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland von 1.956 Krankenhäusern 2015 auf 1.841 im Jahr 2024, das heißt um 115 Krankenhäuser zurück (Statistisches Bundesamt, 2025).

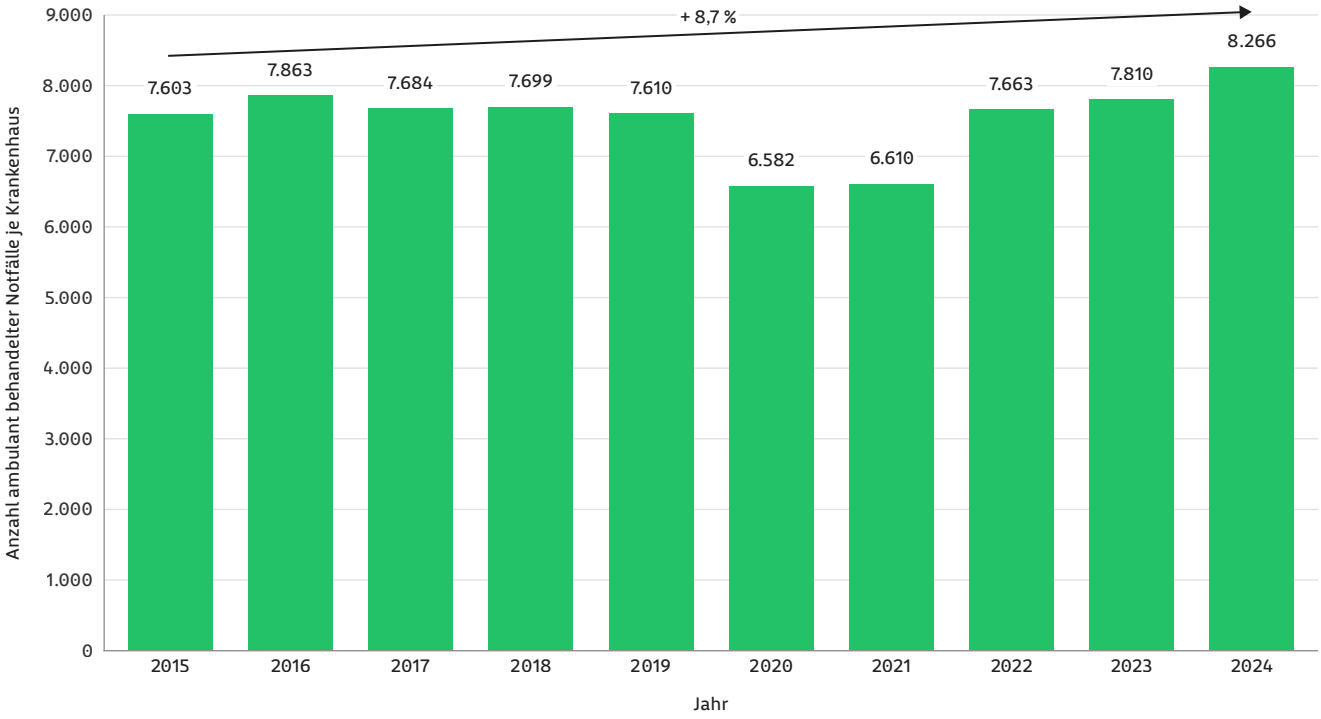
Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen je Krankenhaus 2015 bis 2024

Untersucht wurde, wie sich die durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen pro Krankenhaus von 2015 bis 2024 entwickelt hat, was in Abbildung 12 dargestellt ist.

Während sich die Gesamtzahl der ambulant im Krankenhaus behandelten Notfälle von 2015 bis 2024 nur um 3,9 Prozent erhöht hat, kommt es durch die Verringerung der Anzahl der an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser zu einem Fallzahlanstieg um durchschnittlich 8,7 Prozent. Die durchschnittliche Fallzahl pro Krankenhaus ist von 7.603 im Jahr 2015 auf 8.266 im Jahr 2024 gestiegen.

Die Veränderung über die einzelnen Jahre zeigt den COVID-bedingten Rückgang der Inanspruchnahme im Jahr 2020 und 2021.

Abbildung 12: Durchschnittliche jährliche Anzahl ambulant behandelter Notfälle je an der Versorgung teilnehmendes Krankenhaus von 2015 bis 2024

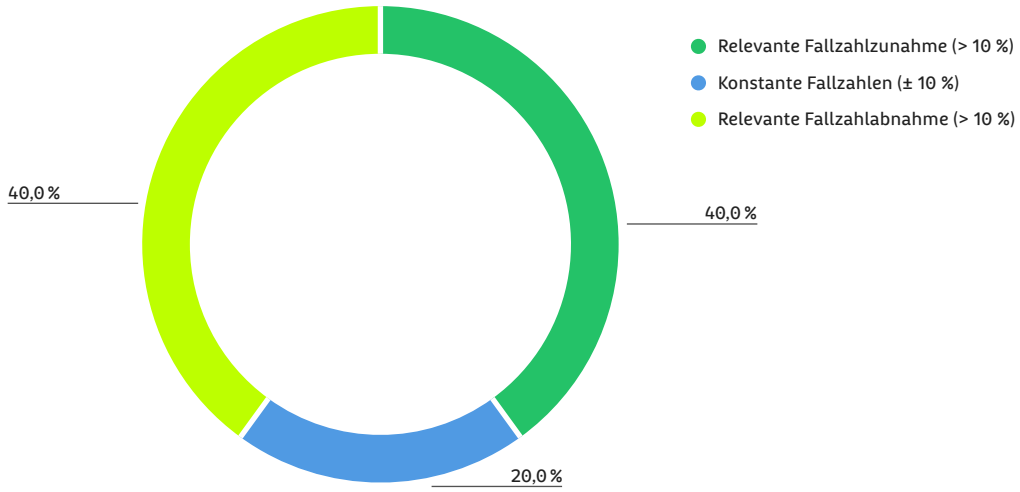


Quelle: BARMER-Daten 2015–2024, hochgerechnet

Verteilung der Notfälle über die an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser

Es wurde untersucht, wie sich der durchschnittliche Fallzuwachs von 8,7 Prozent je Krankenhaus im Jahr 2024 auf die versorgenden Krankenhäuser verteilt. Zunächst wurde untersucht, welcher Anteil der Krankenhäuser relevant Mehrleistungen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung übernimmt (definiert mit mehr als zehn Prozent Fallzahlzunahme), welcher Anteil relevant weniger zur ambulanten Notfallversorgung beiträgt (mehr als zehn Prozent Fallzahlrückgang) und bei welchem Anteil der Krankenhäuser der Beitrag zur ambulanten Notfallversorgung konstant geblieben ist (bis zu zehn Prozent Fallzahlveränderung). Die Ergebnisse dieser Analyse zeigt Abbildung 13.

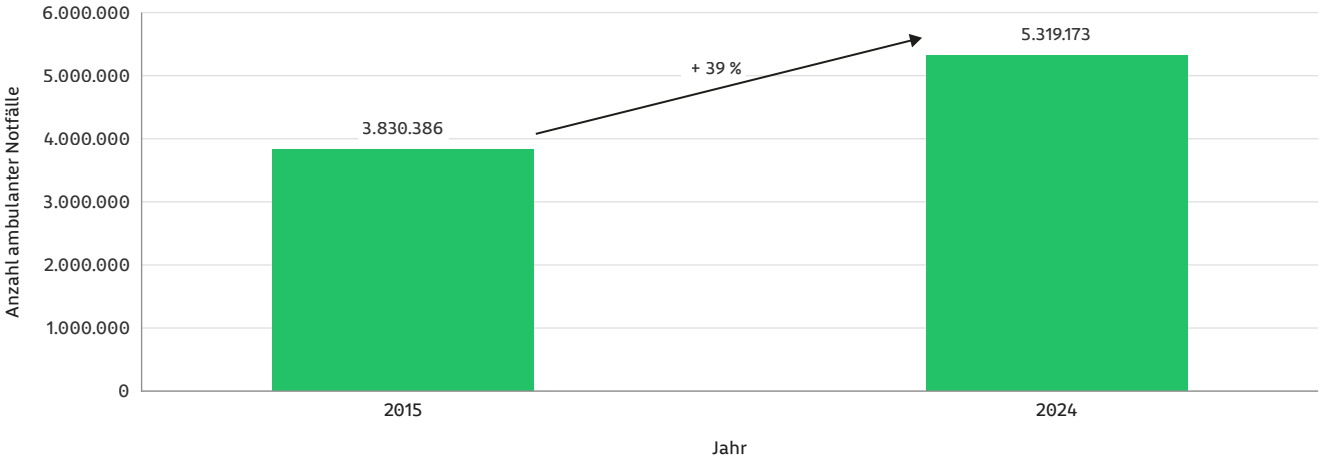
Abbildung 13: Anteil der an der ambulanten Notfallversorgung 2024 teilnehmenden Krankenhäuser nach Art und Ausmaß der Veränderung der ambulanten Fallzahlen seit 2015



Quelle: BARMER-Daten 2015–2024, hochgerechnet

40 Prozent der Krankenhäuser verzeichnen relevante Zuwächse bei den Fallzahlen und 40 Prozent relevante Rückgänge bei der ambulanten Notfallbehandlung. Abbildung 14 zeigt die Fallzahlzuwächse für die oberen 40 Prozent der Krankenhäuser (n = 614) von 2024 im Vergleich zu 2015.

Abbildung 14: Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen 2015 und 2024 durch die 40 Prozent der Krankenhäuser mit den höchsten Fallzahlzunahmen

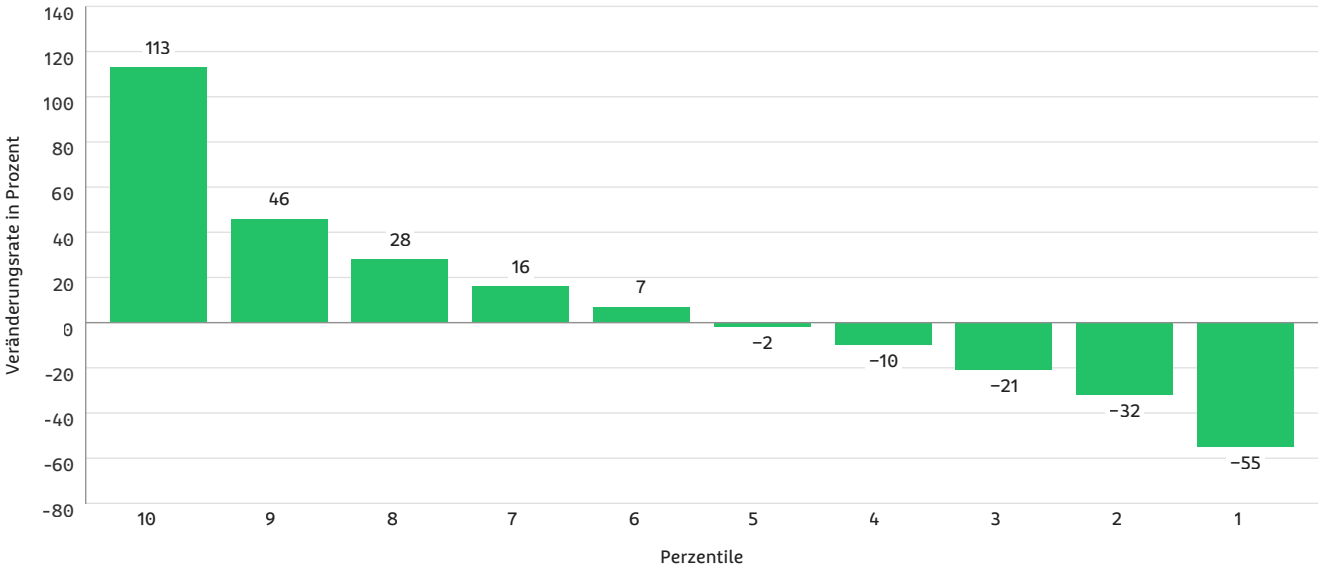


Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2024, hochgerechnet

Insgesamt ist der Anteil an der Gesamtzahl der ambulanten Notfallbehandlungen bei den 40 Prozent der Krankenhäusern mit der höchsten Fallzahlzunahme von 33 auf 44 Prozent gestiegen. Dies entspricht der Verschiebung von 1,5 Millionen Behandlungsfällen von den unteren 40 Prozent auf die oberen 40 Prozent der Krankenhäuser. Für diese hat sich die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen im Zeitraum von 2015 bis 2024 im Durchschnitt um 39 Prozent erhöht.

Das Ergebnis der Perzentilanalyse der Veränderung der Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen von 2024 im Vergleich zu 2015 auf Ebene des einzelnen Krankenhauses zeigt Abbildung 15. Hierzu wurden die Krankenhäuser nach der prozentualen Veränderung der Anzahl der ambulanten Notfälle gestaffelt und in zehn Gruppen (Perzentilen) unterteilt.

Abbildung 15: Anzahl ambulante Notfallbehandlungen je Krankenhaus im Jahr 2024 im Vergleich zu 2015 nach Krankenhaus-Perzentilen



Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2024, hochgerechnet

Bei zehn Prozent der Krankenhäuser hat sich die Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen von 2015 bis 2024 mehr als verdoppelt (+ 113 Prozent). Bei weiteren zehn Prozent der Krankenhäuser ist die Fallzahl um etwa die Hälfte gestiegen (+ 46 Prozent). Für den Betrachtungszeitraum ist eine zunehmende Konzentration der ambulanten Notfallbehandlung auf einen Teil der Krankenhäuser festzustellen, die hierdurch erheblichen Mehraufwand zu bewältigen haben.

Ambulante Notfallbehandlung in Krankenhäusern in Deutschland aus unterschiedlichen Perspektiven

1 Patientinnen und Patienten: Präferenzen, Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten

Eine Befragungsstudie unter ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten in Krankenhäusern in Hamburg zeigte, dass 40 Prozent der Patientinnen und Patienten ihre Symptomatik selbst nicht als Notfall einstuften (Schäfer et al., 2021). Obwohl mehr als 80 Prozent der Befragten einen Hausarzt oder eine Hausärztin hatten, bevorzugten sie die Vorstellung im Krankenhaus (Strauß et al., 2022). Eine weitere Befragung von ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus zeigte, dass nur sieben Prozent der Befragten den hausärztlichen Notdienst vor der Vorstellung im Krankenhaus kontaktiert hatten und dass 60 Prozent der Befragten den hausärztlichen Notdienst als Versorgungsangebot nicht kannten (Slagman et al., 2025). Auch über die Motive für die Vorstellung im Krankenhaus liefern die Studien Informationen: Die Möglichkeit, die Notfallbehandlung im Krankenhaus zeitlich flexibel in Anspruch zu nehmen, ohne auf einen Termin angewiesen zu sein, verbessert die Vereinbarkeit mit beruflichen und privaten Planungen und wird als wichtiger Vorteil genannt. Der den Krankenhäusern zugeschriebene höhere Qualitätsstandard der Versorgung sowie der direkte Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten und zu weiterführender Diagnostik sind weitere genannte Motive für die Präferenz für die ambulante Behandlung im Krankenhaus (Klein, 2022). Komfortgesichtspunkte und das Gefühl einer bestmöglichen Behandlung sind offensichtlich wichtige Gründe für die Entscheidung von Patientinnen und Patienten für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus.

Fazit: Viele Patientinnen und Patienten präferieren die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus gegenüber der Vorstellung beim Hausarzt, bei der Hausärztin oder beim hausärztlichen Notdienst und nutzen Notfallambulanzen, auch wenn nach eigener Einschätzung kein dringlicher medizinischer Notfall vorliegt.

2 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Belastung des Personals in Notaufnahmen durch steigende Fallzahlen, Patientinnen- und Patientenerwartungen und Exit-Block

Immer wieder werden Belastung und Überlastung des Notaufnahmepersonals in deutschen Notaufnahmen in den Medie thematisiert. Was sagt die Studienlage? Die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) erfasst die Belastungssituation in der Notfallversorgung durch tägliche freiwillige Statusmeldungen von bis zu 80 Krankenhäusern und bildet sie in der DGINA-Notaufnahmeampel ab (Pin et al., 2022). Neben der steigenden Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten berichtet die DGINA, dass fast alle Notaufnahmen über Personalmangel wegen unbesetzter ärztlicher und pflegerischer Planstellen und wegen Krankheitsausfällen klagen. Lediglich fünf von 362 befragten Notaufnahmen gaben an, keine Personalengpässe im pflegerischen oder ärztlichen Bereich zu haben (Pin et al., 2022). Eine Stichtagsbefragung ergab, dass sich 59 Prozent der befragten Notaufnahmen bei der Integrierten Leitstelle zumindest zeitweise aufgrund von Kapazitätserschöpfung von der Versorgung abgemeldet hatten, 95 Prozent der abgemeldeten Krankenhäuser jedoch weitere Patientinnen und Patienten zugewiesen bekamen. Die Zahl der erzwungenen zentralen Patientenzuweisungen an offiziell „geschlossene“ Notaufnahmen stieg im Großraum München von 2014 bis 2019 um das Neunfache, von 70 auf 634 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr, bei einem gleichzeitigen Anstieg der Rettungsdiensteinsätze um 14,5 Prozent (Rittberg et al., 2020). Ein wichtiger Faktor der angespannten Lage ist der „Exit-Block“: Die real belegbaren Betten der befragten Krankenhäuser lagen im Durchschnitt um rund 18 Prozent niedriger als die im Krankenhausplan angegebenen Planbetten, sodass Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen werden müssen, nicht mehr zeitnah auf eine Bettenstation verlegt werden können, was zu einem Patientenstau und zu verzögerter Diagnostik und verzögerten Behandlungsabläufen führt und die Patientensicherheit gefährdet. Von allen befragten Notaufnahmen gaben 84 Prozent der befragten Krankenhäuser einen Exit-Block an. Annähernd 40 Prozent der Kliniken haben am Tag der Umfrage Patientinnen und Patienten wegen Bettenmangels in ein anderes Krankenhaus verlegen müssen. Belastend ist auch zunehmend forderndes und aggressives Verhalten von Patientinnen und Patienten in Notaufnahmen, was als Ursache von Überlastungsreaktionen und Burn-out beim Personal beschrieben wird (Walcher & et al., 2022; Wogrin, 2026; Yang & et al., 2025). Eine Untersuchung aus Deutschland zeigt, dass aggressives Verhalten von Patientinnen und Patienten und Angehörigen das Risiko von Burn-out erhöht (Schablon et al., 2022). Überfüllte Notaufnahmen, lange Wartezeiten und die Triage sind Faktoren, die mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten und Angehörigen assoziiert sind (Teufel, 2020). In einer Befragung der DGINA berichteten 87 Prozent der Befragten von körperlicher Gewalt durch Patientinnen und Patienten, 64 Prozent durch Angehörige. 97 Prozent der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gaben an, dass sie verbale Gewalt durch Patientinnen und Patienten und 94 Prozent durch Angehörige erfahren (Schablon et al., 2018). Berichte zum Einsatz von Sicherheitsdiensten wie im Nordstadtkrankenhaus Hannover oder zum Test von Bodycams für Notaufnahmepersonal im Klinikum Dortmund im Rahmen eines umfassenden Sicherheitskonzepts, das auch Deeskalation und Selbstverteidigungskurse umfasst, verdeutlichen, dass Notaufnahmepersonal an der Grenze der Belastbarkeit arbeitet (Express, 2026; Hannoversche Allgemeine Zeitung, 2018).

Fazit: Die durch mehrere Faktoren bedingte steigende Arbeitsbelastung in Notaufnahmen verzögert und gefährdet die Behandlung von echten Notfällen und führt zu Überlastungsreaktionen und Burn-out beim Personal.

3 Krankenhaus: Die eine Erstattung übersteigenden Kosten und fehlende Steuerbarkeit der ambulanten Notfallbehandlung

Betriebswirtschaftliche Kostenträgerrechnungen, die den Krankenhaus-Ist-Kosten die EBM-Erlöse gegenüberstellen, zeigen, dass die nach EBM vergüteten Leistungen für ambulante Notfallversorgung im Krankenhauskontext strukturell unterfinanziert sind (Meier, 2016; Mühlenfeld, 2023). Auf Basis der InEK-Kostenträgerrechnung wurden für 16.833 ambulante GVK-Patientinnen und -Patienten durchschnittliche Fallkosten von 113,46 Euro ermittelt, denen mittlere Fallerlöse von 36,21 Euro gegenüberstehen (Meier, 2016). Die Untersuchungen zeigen, dass die Behandlung für keine Patientengruppe kostendeckend ist. Dies bestätigen die diesbezüglichen Gutachten (Fachgesellschaften, 2015; Neubauer, 2015). Die Unterdeckung entsteht bereits durch im Vergleich zur hausärztlichen Praxis höhere Vorhaltekosten und den 24/7-Betrieb sowie durch das Vorhalten von Fachpersonal aus mehreren

Disziplinen und weitergehender apparativer diagnostischer Modalitäten. Auch die Regierungskommission bestätigt die inadäquate Entlohnung der Aufwände für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus und schlägt in ihrer vierten Stellungnahme zur Reform der Notfall- und Akutversorgung ergänzende Betreuungszuschläge für ambulante Behandlungen in Notaufnahmen vor (BMG, 2023).

Fazit: Das Krankenhaus wird für ambulante Notfallbehandlungen nicht kostendeckend entlohnt. Für Krankenhäuser stellt eine steigende und nicht steuerbare Anzahl ambulant betreuter Notfallpatientinnen und -patienten ein betriebswirtschaftliches Risiko dar.

4 Systemperspektive: Überkapazitäten und Einsparpotenzial

Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesfinanzministeriums „Überkapazitäten und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern“ konstatierte bereits 2018, dass Deutschland im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten finanziere, ohne dass daraus ein Qualitätsvorteil resultiere (BMF, 2018). Die nicht kostendeckend vergütete ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus könnte einen Fehlanreiz zur stationären Aufnahme grundsätzlich ambulant behandelbarer Patientinnen und Patienten darstellen. Studien hierzu liegen jedoch nicht vor. Die Vermutung eines systemischen Anreizes zur stationären Aufnahme ambulanter Notfallpatientinnen und -patienten sowie ein Einsparpotenzial in Milliardenhöhe schon bei geringer Verschiebung von stationärer zu ambulanter Behandlung sind Gegenstand einer kleinen Anfrage im Deutschen Bundestag, die am 19. Juni 2026 von der Bundesregierung beantwortet wurde: Die Bundesregierung stellt fest, dass wirtschaftliche Gründe für eine stationäre Aufnahme nicht zulässig sind (Bundesregierung, 2026). Wissenschaftliche Studien zu Konversionsraten ambulanter Notfallpatientinnen und -patienten zu stationären Fällen fehlen. Allerdings könnten niedrigere Ambulantisierungsgrade für Deutschland im Vergleich zu etwa Großbritannien oder Dänemark, wie etwa der BARMER Krankenhausreport 2023 zeigt, ein indirekter Hinweis auf Fehlsteuerung auch bei der ambulanten Notfallversorgung sein (Augurzky et al., 2023).

Fazit: Eine im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Anzahl stationärer Krankenhausbetten und überdurchschnittlich hohe stationäre Fallzahlen können als Hinweise auf Einsparpotenzial bei der stationären Versorgung gedeutet werden.

5 Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus im internationalen Vergleich

Eine vergleichende Untersuchung der ambulanten Notfallversorgung in Australien, Dänemark, England, Frankreich, Deutschland und den Niederlanden wurde 2019 veröffentlicht (Baier et al., 2019). Sie zeigt, dass alle untersuchten Länder Reformen eingeleitet haben, um bei einer wachsenden Anzahl nicht dringlicher ambulanter Notfallpatientinnen und -patienten die adäquate Behandlung von tatsächlichen medizinischen Notfällen zu gewährleisten. Allen Reformen ist das Ziel gemeinsam: die Anzahl der nicht dringenden Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus zu reduzieren und sie zum hausärztlichen Notdienst zu leiten. Steeman und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben die Organisation des hausärztlichen Notdienstes in 26 europäischen Ländern verglichen (Steeman et al., 2020). Die Studie zeigt die große Heterogenität der Organisation der Notfallbehandlung sowohl zwischen als auch innerhalb der Länder. Reformen umfassen regelhaft mehrere Komponenten und nutzen die Gatekeeper-Funktion von Hausärztinnen und Hausärzten oder Telefonkonsultationen, um den Zugang zum Krankenhaus zu steuern.

Den konsequentesten Ansatz verfolgt Dänemark mit der Einführung einer obligaten telefonischen Ersteinschätzung vor Vorstellung in der Notaufnahme. Das Land hat im Zuge der Krankenhausreform die Anzahl der Krankenhäuser von 40 auf 21 reduziert und die Notfallversorgung reformiert (Christiansen & Vrangbæk, 2018). Die verpflichtende telefonische Ersteinschätzung mit bindender Empfehlung für den weiteren Behandlungsgang ist hier eine zentrale Komponente (Johansen et al., 2025). Die Patientenzufriedenheit ist mit 73 Prozent hoch (Zinger et al., 2019), obwohl – oder vielleicht auch weil – 42 Prozent der Anrufenden bezüglich der zum Anruf führenden Symptomatik beruhigt werden können und nicht zu einer Ärztin oder einem Arzt weitergeschickt werden müssen (Johansen et al., 2025).

Fazit: Die Zunahme der Anzahl nicht dringender ambulanter Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus wird in allen Ländern, die dies untersucht haben, beschrieben. Die wirksamste Versorgungsoptimierung hat Dänemark mit der obligaten und bezüglich der Behand-

lungsempfehlung bindenden telefonischen Ersteinschätzung eingeführt, die mit einer direkten Terminvergabe verbunden ist.

Diskussion

Die Analysen des BARMER Krankenhausreports zeigen eine Dynamik der Entwicklung der krankenhausbezogenen Belastung durch ambulante Notfallbehandlung, die bei der Betrachtung der durchschnittlichen Veränderung über alle Krankenhäuser – einer Fallzahlzunahme von 8,9 Prozent pro Krankenhaus von 2015 bis 2024 – nicht erkennbar ist: Bei zehn Prozent der Krankenhäuser hat sich die Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen von 2015 bis 2024 mehr als verdoppelt (+ 113 Prozent). Bei weiteren zehn Prozent der Krankenhäuser ist die Fallzahl um etwa die Hälfte gestiegen (+ 46 Prozent). Es handelt sich hierbei nicht um eine nach Qualitätskriterien der Versorgung geplant erfolgende, sondern um eine ungesteuerte Veränderung. Insgesamt ist der Anteil der im Bereich der ambulanten Notfallversorgung leistungsstärksten 40 Prozent der Krankenhäuser an der Gesamtzahl der ambulanten Notfallbehandlungen von rund 33 auf 44 Prozent gestiegen. Dies entspricht der Verschiebung von 1,5 Millionen Behandlungsfällen von den unteren 40 Prozent auf die oberen 40 Prozent der Krankenhäuser. Für die oberen 40 Prozent hat sich die Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen im Zeitraum von 2015 bis 2024 im Durchschnitt um etwa 39 Prozent erhöht. Diese Zahlen erklären, was Patientinnen und Patienten täglich erleben: Überfüllte Notaufnahmen, stundenlanges Warten und Verzögerungen bei Diagnostik und Therapie.

Für die Entwicklung von Vorschlägen für eine erfolgreiche Notfallreform ist ein kohärentes Bild der ambulanten Notfallversorgung erforderlich, das die verschiedenen Perspektiven zusammenführt. Die perspektivenabhängigen Wirklichkeitskonstruktionen wurden dazu einem Faktencheck unterzogen:

1 Beurteilung aus der Systemperspektive

Deutschland ist einer der Spitzenreiter in Europa bei den Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Mit rund 5.317 Euro Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2022 lag Deutschland auf Platz 3 in Europa, nur noch übertroffen von der Schweiz und Norwegen. Mit der Verwendung von 12,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheitsausgaben hat Deutschland die Spitzenposition in Europa (Regierungskommission, 2025). Auch mit 7,66 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt Deutschland an der Spitze in Europa, während Dänemark mit 2,33 Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner auskommt (OECD, 2024). Auch von Ärztemangel kann man nicht sprechen: mit 4,5 Ärztinnen und Ärzten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt Deutschland auf dem Niveau von Dänemark und oberhalb von Frankreich (3,3/1.000) oder den Niederlanden (3,9/1.000) (DESTATIS).

Fazit: Versorgungsdefizite sind nicht Ausdruck von Mangel an Ressourcen, sondern Folge von falschem Einsatz der Ressourcen und von Defiziten der Gestaltung und Koordination von Versorgung. Andere Länder, wie zum Beispiel Dänemark, erzielen mit geringerem Mitteleinsatz bessere Ergebnisse bei der ambulanten Notfallversorgung. Dies spricht für ein relevantes Einsparpotenzial durch die Optimierung von Strukturen und Prozessen.

2 Beurteilung aus Sicht des Krankenhauses

Alle vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass die Erstattung der Behandlungskosten der ambulanten Notfallversorgung die im Krankenhaus durch die Behandlung entstehenden Kosten nicht deckt: Vorhaltekosten für den 24/7-Betrieb und die über das hausärztliche Setting hinausgehenden apparativen diagnostischen Modalitäten sowie fachärztliche Mitbetreuung durch mehrere Disziplinen werden nicht kostendeckend erstattet, wie auch die Regierungskommission in ihrer vierten Stellungnahme zur Reform der Notfall- und Akutversorgung feststellt (BMG, 2023). Hinzu kommt die chronische Unterfinanzierung notwendiger Investitionen durch die Länder (Regierungskommission, 2025). Eine Querfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung durch Einnahmen aus stationären Behandlungen ist weder sachgerecht noch realistisch: Der Anteil defizitärer Krankenhäuser in Deutschland liegt nach dem DKI-Krankenhausbarometer bei 66 Prozent und könnte – prognostiziert im Krankenhaus Rating Report 2026 – bis 2030 auf etwa 70 Prozent steigen.

Fazit: Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus ist bedarfsgerecht, wenn sich die Versorgung auf Pati-

entinnen und Patienten mit medizinischem Notfall beschränkt, der die besonderen Behandlungsmodalitäten eines Krankenhauses erfordert. Krankenhäuser sehen heute aber eine wachsende Zahl von sich ambulant vorstellenden Patientinnen und Patienten mit nicht dringendem Behandlungsbedarf, die Ressourcen binden. Zudem übersteigen die Behandlungskosten bei diesen Patientinnen und Patienten die Erstattung, sodass ambulant zu behandelnde Notfälle das ökonomische Ergebnis verschlechtern und aus betriebswirtschaftlicher Sicht am besten vermieden werden sollten, es sei denn, sie führen zu einer stationären Aufnahme.

3 Beurteilung aus Sicht des Personals der Notaufnahmen

Während die im internationalen Vergleich hohe Anzahl von Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern auf der Systemebene imponiert, spürt das Krankenhauspersonal dies nicht – im Gegenteil. Sie spüren, dass sie eine erheblich höhere Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr, pro Monat und pro Tag behandeln müssen als ihre Kolleginnen und Kollegen in fast allen anderen Ländern. Deutschland liegt auf dem drittletzten Platz in Europa beim Verhältnis von Krankenhauspersonal pro behandelte Person: In Deutschland werden 1.000 stationäre Patientinnen und Patienten von 8,4 ärztlichen Vollzeitkräften behandelt, während in Dänemark mit 20,4 ärztlichen Vollzeitkräften dafür mehr als doppelt so viel ärztliches Personal zur Verfügung steht. Bei Pflegekräften ist das Verhältnis von 18,7 Pflegekräften je 1.000 Patientinnen und Patienten in Deutschland im Vergleich zu 41,8 Vollzeitkräften je 1.000 Patientinnen und Patienten in Dänemark ähnlich ungünstig. Dieses strukturelle Defizit wird durch Mangel an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern, unbesetzte Stellen und erkrankungsbedingte Ausfälle im pflegerischen oder ärztlichen Bereich verstärkt (Pin et al., 2022). Erzwungene zentrale Patientenzuweisungen an wegen Kapazitätsauslastung abgemeldete Notaufnahmen sind die Regel und illustrieren, dass auf Belastungsgrenzen des Personals keine Rücksicht genommen wird, oder aufgrund fehlender Behandlungsalternativen keine Rücksicht genommen werden kann (Rittberg et al., 2020). Von der statistisch überdurchschnittlichen Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus im europäischen Vergleich merkt die einzelne Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter (und auch die Patientinnen und Patienten) nichts.

Fazit: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Notaufnahmen, insbesondere ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – für deren Einsatz es im Gegensatz zum Pflegepersonal keinen Personalbemessungsschlüssel gibt – arbeiten an der Belastungsgrenze oder darüber. Forderndes oder aggressives Verhalten einer zunehmenden Zahl von Patientinnen und Patienten ist eine zusätzliche Belastung, die das Burn-out-Risiko erhöht und die Attraktivität freier Stellen in den Notaufnahmen reduziert.

4 Wahrnehmung und Einstellungen der Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten schätzen die Möglichkeit, die Notfallbehandlung im Krankenhaus ohne Terminabsprache zeitlich flexibel in Anspruch zu nehmen sowie den direkten Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten und weiterführender Diagnostik (Klein, 2022). Mehr als die Hälfte der Befragten einer Stichprobe kannte zudem den hausärztlichen Notdienst als Versorgungsangebot nicht und weniger als zehn Prozent der Befragten nutzen ihn (Slagman et al., 2025). Eine Befragung von 2.404 Erwachsenen in Hamburg ergab, dass 44 Prozent der Befragten annahmen, man könne „immer in die Notaufnahme gehen, wenn man keinen kurzfristigen Termin beim Haus- oder Facharzt bekommt“, und dass 38 Prozent den Notaufnahmeärztinnen und -ärzten eine höhere Kompetenz als den Hausärztinnen und -ärzten zusprachen (Klein et al., 2024). Bequemlichkeit und Gesundheitsangst, verstärkt durch Zeitdruck und die Erwartung einer multidisziplinären Versorgung mit umfassender Diagnostik „unter einem Dach“ wurden in einer weiteren Studie als Motive für die Vorstellung in der Notaufnahme eines Krankenhauses bestätigt (Schmiedhofer et al., 2016).

In der GKV-Versichertenbefragung 2024 gaben 58 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten, die sich zur ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus vorgestellt hatten, an, sie hätten auf den Notaufnahmebesuch verzichtet, wenn sie innerhalb von 48 Stunden einen Facharzttermin über 116 117 erhalten hätten. 28 Prozent der Betroffenen gingen davon aus, dass auch eine ambulante Behandlung in einer Arztpraxis möglich gewesen wäre. Dies zeigt eine von medizinischer Notwendigkeit entkoppelte Erwartungshaltung, der das Gesundheitssystem nicht gerecht werden kann. Das Ergebnis sind überfüllte Notaufnahmen und zunehmende Wartezeiten: Daten aus dem AKTIN-Register (304.606 Patientinnen und Patienten, 12 Notaufnahmen) ergaben bereits 2019

eine durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer von 3 Stunden und 28 Minuten (Brammen et al., 2022).

Fazit: Qualitätsvertrauen, Nutzbarkeit 24/7 ohne Terminabsprache und ohne Zugangshürden nach eigenem Ermessen sowie direkter Zugang zu verschiedenen Fachärztinnen und -ärzten und apparativer Diagnostik machen Notaufnahmen für Patientinnen und Patienten attraktiv – auch bei medizinischen Problemen, die von Ärztin beziehungsweise Arzt und Patientin beziehungsweise Patient gleichermaßen nicht als Notfall eingestuft werden.

Zusammenfassende Bewertung – das holistische Bild

Die Analysen und der Fakten-Check zeigen, dass es sich bei den verschiedenen Wahrnehmungen nicht um perspektivische Wirklichkeitskonstruktionen, sondern um verschiedene Facetten der Realität der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus handelt: Obwohl wir mehr Geld für Gesundheitsversorgung ausgeben als fast alle anderen europäischen Länder, fehlen dem einzelnen Krankenhaus notwendige Mittel für die Erfüllung der übertragenen Aufgaben, beispielhaft gezeigt durch die nicht die Behandlungskosten deckende Finanzierung der Notfallversorgung. Obwohl wir mehr Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner haben und auch mehr ärztliches Personal im stationären Sektor als die meisten anderen europäischen Länder, ist die Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus bei uns höher als in allen anderen europäischen Ländern außer zwei. Wo liegen die Ursachen dieser vermeintlichen Widersprüche?

Ein Faktor ist eine im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Deutschland: Wir haben mehr Arztkontakte je Patientin oder Patient und Jahr, mehr ambulante Notfallbehandlungen und weit mehr stationäre Behandlungen pro Kopf als die meisten anderen europäischen Länder.

Mit durchschnittlich 9,7 Arztbesuchen pro Person und Jahr übertrifft Deutschland die meisten anderen Länder in Europa und hat fast doppelt so viele Arzt-Patienten-Kontakte wie Dänemark (5,0). Auch bei der Anzahl der Krankenhausbehandlungen liegt Deutschland mit 213 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Jahr an dritthöchster Stelle in Europa, bei einem länderübergreifenden Durchschnitt von 155 und 134 Krankenhausbehandlungen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Jahr in Dänemark.

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung benennt in ihrer 14. Stellungnahme die Selbstindikation durch Patientinnen und Patienten mit überwiegend freiem Zugang zu allen Gesundheitsleistungen als eine wichtige Ursache der Überversorgung. Patientinnen und Patienten können häufig weder die Dringlichkeit noch die Behandlungsbedürftigkeit ihrer Beschwerden sicher einschätzen. Eine US-amerikanische Studie mit nicht dringenden Notaufnahmepatientinnen und -patienten ergab, dass diese ihre Erkrankungsschwere im Mittel signifikant höher einschätzten als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Andrews & Kass, 2018). In einer norwegischen Studie mit 1.821 ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten betrachteten 24 Prozent der Befragten ihren Besuch als nicht dringend, während die Ärztinnen und Ärzte 64 Prozent der Konsultationen als nicht dringend einstuften (Ruud et al., 2016). Ähnlich zeigte eine australische Studie nur eine geringe Übereinstimmung bei der Dringlichkeitseinschätzung und bei der Einschätzung, wie lange gefahrlos gewartet werden könne (Barnes et al., 2023).

Ziel der Notfallreform muss es sein, die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus auf die Patientinnen und Patienten zu beschränken, die aus medizinischen Gründen die komplexe Infrastruktur, die Multidisziplinarität und die umgehende Verfügbarkeit eines großen Spektrums apparativer Diagnostik tatsächlich dringlich, das heißt im Rahmen einer Notfallbehandlung benötigen.

Ein weiterer Faktor ist die zu hohe Gesamtzahl und der hohe Anteil kleiner Krankenhäuser in Deutschland, wie die Regierungskommission, die als Zielbild von 1.000 benötigten Krankenhausstandorten ausgeht, in ihrer 14. Stellungnahme feststellt. Vermeidung von Doppelstrukturen und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung durch größere Krankenhäuser mit höheren Fallzahlen würden erhebliche Ressourcen freisetzen.

Medizinisch nicht erforderliche Inanspruchnahme von Notfallambulanzen gefährdet die Versorgung sowie Patientinnen und Patienten

Die zunehmende Überlastung der Notaufnahmen durch Patientinnen und Patienten, die der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nicht bedürfen, führt zu relevanten Risiken insbesondere für drei Patientengruppen mit Behandlungsbedarf im Krankenhaus: (1) Sie verzögert die Behandlung von Personen, die zwingend ambulant und dringlich im Krankenhaus behandelt werden müssen, weil auch niedrig triagierte Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme Zeit binden. (2) Diese Zeit fehlt auch für die Behandlung von Personen, die als Notfall über die Notaufnahme ins Krankenhaus kommen und dort stationär behandelt werden müssen. (3) Letztendlich fehlen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Notaufnahme gebunden sind, bei der Versorgung stationärer Patientinnen und Patienten.

Es geht also um mehr als die Verkürzung von Wartezeiten und die Vermeidung von Kosten durch nicht indizierte ambulante Krankenhausbehandlung: Es geht um die Gewährleistung einer adäquaten, wirtschaftlichen und zeitgerechten Behandlung von Patientinnen und Patienten, die zwingend im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Entwicklungen, die den Handlungsdruck erhöhen

Zwei Faktoren werden das Versorgungsproblem absehbar und erheblich verschärfen, wenn die Reform der Notfallversorgung dem nicht entgegenwirkt: Der erste Faktor ist die Verknappung von Personalressourcen für die Notfallbehandlung, der zweite Faktor ist die absehbare Zunahme des Bedarfs an ärztlicher Behandlung.

Personalverknappung: Zunehmender Fachkräftemangel, Ärztemangel und Probleme bei der Nachbesetzung freiwerdender Stellen, aber auch die zunehmende Teilzeittätigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind gut dokumentierte Herausforderungen für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser weiter verschlechtern, weil es die Vergütungsanstiege im stationären Bereich deckelt und tarifbedingte Mehrkosten nur noch teilweise ausgleicht. Die DKG erwartet bis 2030 einen relevanten Abbau von Vollzeitstellen in Krankenhäusern, da eine Personalkostenreduktion einer der wenigen und unter diesen der wichtigste Hebel ist, um Erlöseinbußen durch Einsparungen auszugleichen. Dass insgesamt für den durch zu viele und ungünstig zugeschnittene Krankenhäuser gekennzeichneten stationären Sektor ausreichende Finanzmittel zur Verfügung stehen, hilft dem einzelnen Krankenhaus nicht, da es von den politischen Entscheidungen zur Krankenhausplanung abhängig ist und auch auf die Preise für seine Leistungen keinen Einfluss hat.

Reduzierte Einnahmen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden auch im ambulanten Bereich zu Einsparungen bei den Personalausgaben führen und dadurch die Behandlungsangebote verknappen. Eine Projektion der hausärztlichen Versorgungsangebote und -bedarfe bis 2040 durch das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung kommt zu dem Ergebnis, dass 2040 hausärztliche Kapazitäten im Umfang von über 5.000 Stellen zusätzlich fehlen werden, während gleichzeitig der Versorgungsbedarf um rund drei Prozent steigen wird (Wende et al., 2025).

Bedarfssteigerung: Die „Baby-Boomer“ scheiden nicht nur aus dem Berufsleben aus, sondern kommen auch in ein Alter, das mit höherer Morbidität und einem höheren Behandlungsbedarf assoziiert ist. Demographie ist nicht verhandelbar. Zusätzliche Aufgaben für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, wie ein aufsuchender Dienst auch während der Praxisöffnungszeiten oder die geforderte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag, erhöhen die Arbeitsbelastung weiter. Eine Projektion der Notfallversorgung bis 2040 unter Berücksichtigung der demografischen Trends sowie der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung geht von einer weiteren Zunahme der Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus um 21 Prozent im Vergleich zu 2024 aus (Junkersdorf et al., 2026).

Die Lösung: Adäquate Gestaltung notwendiger Komponenten der Notfallreform

Bei der Ausgestaltung der Notfallreform geht die Diskussion weniger darum, welche Komponenten für eine Problemlösung erforderlich sind, als vielmehr darum, wie diese Komponenten zu gestalten und zu implementieren sind, damit sie wirksam sind. Die vorliegenden Analysen

führen zu den nachfolgend dargestellten Schlussfolgerungen bezüglich notwendiger Anforderungen an die Lösungskomponenten.

1 Obligate telefonische Ersteinschätzung mit bindender Wirkung vor Notfallversorgung im Krankenhaus

Patientinnen und Patienten sind häufig nicht in der Lage, ihren medizinischen Behandlungsbedarf und dessen Dringlichkeit korrekt einzuschätzen. Dies führt zu einem relevanten Anteil falscher Selbstzuweisungen und häufig zu unnötigen Krankenhausaufenthalten oder Arztbesuchen. Aber auch die Unterschätzung von Risiken kommt vor: Eine Studie zeigte, dass bei sepsisbezogenen Notfällen die wahrgenommene Dringlichkeit bei Betroffenen signifikant niedriger war als bei anderen Notfällen: Nur 18 bis 43 Prozent der Befragten erkannten bei Symptomen einer Sepsis die Notwendigkeit sofortiger Notfallversorgung (Born et al., 2026).

In Dänemark hat sich die obligatorische telefonische Ersteinschätzung vor dem Aufsuchen einer Notaufnahme bewährt: 73 Prozent der Anruferinnen und Anrufer waren mit dem Verfahren zufrieden (Zinger et al., 2019). Dazu tragen nicht nur die gute Erreichbarkeit und das strukturierte Gespräch bei der Ersteinschätzung bei, sondern auch die Tatsache, dass die richtige Behandlungseinrichtung benannt und gleichzeitig ein verbindlicher Termin für die Vorstellung vereinbart wird (Johansen et al., 2025). Den Trend zu primär telefonischen Ersteinschätzungen bestätigt auch der Vergleich der Notfallversorgung in sechs Ländern (Steeman et al., 2020). Eine Studie aus Dänemark, die im letzten Jahr veröffentlicht wurde, hat gezeigt, dass bei 42 Prozent der Anruferinnen und Anrufer gar kein medizinisches Problem bestand, das ärztlicher Behandlung bedurfte (Johansen et al., 2025). Für diese Patientinnen und Patienten war die telefonische Konsultation fallabschließend, das heißt, sie hat ihnen den erheblichen Aufwand des Aufsuchens einer Behandlungseinrichtung erspart. Dies zeigt auch, dass es nicht sinnvoll ist, unselektiert Patientinnen und Patienten zur Ersteinschätzung in Krankenhäuser zu schicken, da ein relevanter Teil der sich dann dort als vermeintlicher Notfall vorstellenden Patientinnen und Patienten überhaupt keine ärztliche Behandlung benötigt. Integrierte Notfallzentren im Krankenhaus sollten daher durch eine vorgeschaltete telefonische Ersteinschätzung ergänzt werden. Ohne vorgeschaltete Ersteinschätzung kann die Erweiterung des Angebots von Krankenhäusern durch integrierte Notfallzentren die bestehende Präferenz von Patientinnen und Patienten für die Akutbehandlung von Notfällen in Krankenhäusern verstärken und Notaufnahmen zunehmend überlasten.

Wenn die telefonische Ersteinschätzung keine bindende Wirkung bezüglich der Weiterbehandlung hat – so diesbezügliche Studien – entfaltet sie nur wenig steuernde Wirkung. Eine Studie aus Deutschland zum Einsatz einer computergestützten telefonischen Triage zeigte einen Trend, jedoch keine signifikante Verringerung der Häufigkeit der Krankenhausvorstellung (Zoch-Lesniak et al., 2026). Ein systematisches Review von 54 Studien ergab eine mittlere Compliance mit den gegebenen Empfehlungen von 75 Prozent (Blank et al., 2012).

Fazit: Um wirksam zu werden, sollte eine telefonische Ersteinschätzung im von Patientinnen und Patienten empfundenen Notfall verpflichtend sein, das Ergebnis der Ersteinschätzung den Behandlungsweg bindend festlegen und, sofern ärztliche Behandlung indiziert ist, die Vereinbarung eines Behandlungstermins umfassen. Um praxistauglich und effizient zu sein, sollte die Ersteinschätzung vor der Vorstellung im Krankenhaus stattfinden, muss bundesweit einheitlich gestaltet werden und ihre Einführung sowie ihr Einsatz sollten wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

2 Notwendigkeit von Erwartungsmanagement und der Information von Patientinnen und Patienten über Behandlungspfade und Zuständigkeiten

Die Adjustierung der Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten bezüglich der ambulanten Notfallversorgung wird die anspruchsvollste Aufgabe der Notfallreform sein, wird aber bisher nicht, beziehungsweise nicht entsprechend ihrer Bedeutung, berücksichtigt. Eine Aufklärungskampagne, die über die Zuständigkeiten und den Weg in die Notfallversorgung informiert, ist essenziell und muss ein wesentlicher Bestandteil der Notfallreform sein. Nur wenn die Patientin und der Patient verstehen, wie im Notfall vorgegangen werden sollte, kann die Reform eine steuernde Wirkung entfalten. Patientinnen und Patienten müssen darüber informiert sein, wie beim Auftreten von Beschwerden, die eine Notfallbehandlung erfordern, vorzugehen ist. Dazu

gehört auch, zu vermitteln, welche Beschwerden keiner ärztlichen Abklärung oder Behandlung bedürfen.

Die Akzeptanz fördern wird, wenn Patientinnen und Patienten verstehen, dass ihnen eine obligate und bindende Ersteinschätzung erhebliche Vorteile bietet, wie die Erfahrungen in Dänemark zeigen:

Die telefonische Ersteinschätzung führt erstens dazu, dass Patientinnen und Patienten direkt in die richtige Versorgungsebene und innerhalb dieser zu einem für die Behandlung des Problems geeigneten Leistungserbringer zugewiesen werden. Bei zunehmender Spezialisierung der Krankenhäuser ist es für Patientinnen und Patienten im Notfall wichtig, dass sie zu einem für die Abklärung ihres Problems qualifizierten Krankenhaus geleitet werden. Zweitens erhalten Patientinnen und Patienten einen festen Termin, der der Dringlichkeit des Problems angemessen ist, das heißt falls medizinisch geboten, werden sie umgehend behandelt. Drittens wird ihnen der Gang zum und die Wartezeit in der Praxis oder dem Krankenhaus erspart, wenn keine medizinische Behandlung erforderlich ist. In Dänemark sind dies immerhin 42 Prozent der Anruferinnen und Anrufer, denen die Sorge genommen und der Gang in die Arztpraxis erspart wird, weil die telefonische Ersteinschätzung fallabschließend ist (Johansen et al., 2025).

Wenn Patientinnen und Patienten über diese Vorteile informiert sind, werden sie eine obligatorische telefonische Ersteinschätzung besser akzeptieren.

3 Sektorenübergreifende Planung von Strukturen und Kapazitäten für die ambulante Notfallversorgung

Die Verlagerung von nicht dringlichen Notfallpatientinnen und -patienten aus Notfallambulanzen der Krankenhäuser in die kassenärztliche Versorgung erfordert sichere Verfügbarkeit von Behandlungskapazitäten bei Hausärztinnen und Hausärzten und dem hausärztlichen Notdienst: Eine Befragung von nicht dringlichen Notfallpatientinnen und -patienten hat ergeben, dass 55 Prozent zuvor telefonischen Kontakt mit ihrer Hausarztpraxis hatten und in 78 Prozent vom Praxispersonal an die Notaufnahme im Krankenhaus weiterverwiesen wurden (Slagman et al., 2025). Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus kann nur dann optimiert werden, wenn im niedergelassenen Bereich Behandlungskapazitäten für zu verlagernde Notfallpatientinnen und -patienten bei Hausärztinnen und Hausärzten oder dem hausärztlichen Notdienst verfügbar sind. Auch fachärztliche Leistungen sind erforderlich und für die Notfallversorgung verfügbar zu machen, allerdings nicht für die Selbstindikation durch Patientinnen und Patienten, sondern für Mitbehandlung auf Veranlassung durch die Hausärztin oder den Hausarzt.

4 Kostendeckende Finanzierung von ambulanter Notfallversorgung für das Krankenhaus

Vorhalte- wie auch Behandlungskosten für ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus müssen kostendeckend erstattet werden, um zu verhindern, dass Krankenhäuser sich aus ökonomischen Gründen aus der Notfallversorgung zurückziehen oder den betriebswirtschaftlichen Fehlanreizen zur stationären Aufnahme von Patientinnen und Patienten, die grundsätzlich ambulant behandelbar wären, nachgeben. Die strukturelle Unterfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus wird, wie auch die unzureichende Finanzierung der Investitionskosten, durch die Regierungskommission in ihren Stellungnahmen bestätigt und Korrektur angemahnt (Regierungskommission, 2025).

5 Implementierung und Evaluation digital unterstützter Prozesse in der ambulanten Notfallversorgung zur Gewährleistung der Verfügbarkeit benötigter Informationen und erforderlicher Kommunikation

Notfallbehandlung bedeutet in der Regel, hochrelevante ärztliche Entscheidungen treffen zu müssen bei Patientinnen und Patienten, die man noch nie zuvor gesehen hat. Studien belegen, dass Informationsdefizite zur Patientin beziehungsweise zum Patienten das Risiko inadäquater Behandlungsentscheidungen und patientenrelevanten Schadens erhöhen (de Andres-Lazaro et al., 2015; Fitzgerald, 2009; Quelennec et al., 2013). In der vom Innovationsfonds geförderten Studie TOP zu sektorübergreifender Behandlung unter Konsortialführung der BARMER wurde gezeigt, dass gerade bei Notfällen bei vier von fünf Patientinnen und Patienten relevante Informationen nicht verfügbar sind (Straub et al., 2022), die – so ein weiteres Ergebnis des Projektes – zu großen Teilen in Abrechnungsdaten von gesetzlichen Kranken-

versicherungen enthalten sind und zur Unterstützung des Behandlungsprozesses genutzt werden sollten. Dies wünschen alle befragten Krankenhäuser und 95 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten.

Digitalisierung ist aber nicht das Zurverfügungstellen einer Software, sondern die Weiterentwicklung von Behandlungsprozessen mit Hilfe digitaler Werkzeuge. Und es gilt, was für jede Weiterentwicklung von Behandlungsprozessen gilt: Sie erfolgt schrittweise und muss bezüglich ihrer Effekte auf die Endpunkte Qualität, Sicherheit, Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Behandlung und auf Praxistauglichkeit und Akzeptanz evaluiert werden, wie dies zum Beispiel für die telefonische Ersteinschätzung in Dänemark erfolgte (Graversen et al., 2023; Hvid et al., 2026; Johansen et al., 2025).

Nicht der Behandlungsprozess muss sich an die Software anpassen, sondern die Software sollte den idealen Behandlungsprozess ermöglichen. Insofern kann am Anfang nicht der Softwareentwurf stehen, sondern die Verständigung über den idealen und zu unterstützenden Prozess der ambulanten Notfallversorgung. Die Diskussion und der Konsens hierzu fehlen aber bislang.

Die Risiken bei Misslingen der Notfallreform sind immens

Die Folgen einer unzureichend wirksamen Reform der Notfallversorgung wären dramatisch: Der wachsende ökonomische Druck auf Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wird sich negativ auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen für die ambulante Notfallversorgung auswirken. Aus heute schon langen und zum Teil von Patientinnen und Patienten als unzumutbar empfundenen Wartezeiten in Notfallambulanzen könnte sich ein patientengefährdendes Fehlen notwendiger notfallmedizinischer Versorgungsmöglichkeiten entwickeln. Die Steuerung in den niedergelassenen Bereich wird misslingen, wenn notwendige Behandlungskapazitäten, in die gesteuert werden soll, nicht verfügbar sind, oder Steuerungsangebote optional bleiben und von Patientinnen und Patienten nicht akzeptiert werden. Digitale Unterstützung ist dafür zwingend; sie muss allerdings praxistauglich sein und die Informationsbereitstellung sowie die Koordination und Terminierung der Behandlung effizient unterstützen.

Die gute Nachricht ist: Die Erfahrungen aus Dänemark zeigen, dass die heute eingesetzten finanziellen Ressourcen durchaus eine adäquate, zeitgerechte, wirtschaftliche und bessere ambulante Notfallversorgung mit kürzeren Wartezeiten für Patientinnen und Patienten ermöglichen, wenn notwendige regulatorische und organisatorische Maßnahmen ergriffen werden. Allerdings gibt es keine Zeit mehr zu verlieren.

Experteninterviews

Fünf Fragen an Dr. Christian Braun

Geschäftsführer & Ärztlicher Direktor Klinikum Saarbrücken gGmbH

Volle Notfallambulanzen, immer längere Wartezeiten, warum geht das nicht besser?

Das ginge besser, wenn es erstens eine echte Patientensteuerung gäbe und zweitens verlässliche Strukturen, wohin gesteuert werden könnte. Dem ist aber nicht so. Bereitschaftsdienstpraxen reduzieren ihre Leistungsangebote oder schließen ganz, dies reduziert aber nicht die Nachfrage, sondern befördert die Suche nach Alternativen, und die heißt für viele Notaufnahme.

Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus: Ist das kein attraktives Geschäftsfeld für die Kliniken?

Mitnichten, sondern mittlerweile ein existenzbedrohendes Draufleggeschäft für die Krankenhäuser.

Welchen Einfluss wird das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser haben?

Das KGV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird die wirtschaftliche Lage der Kliniken weiter massiv verschärfen. Wer im kommenden Jahr fünf Milliarden Euro von den stationären Leistungserbringern abverlangt, der nimmt billigend in Kauf, dass diese ihre Leistungsangebote auf den Prüfstand der zukünftigen wirtschaftlichen Tragfähigkeit stellen. Und dieser Kelch wird auch am Thema Notfallversorgung nicht vorübergehen.

Wird das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung die bestehenden Probleme lösen?

Ich bin skeptisch, denn ich bezweifle, dass es mit dem Sparpaket des Bundes am Ende noch ausreichend Leistungserbringer gerade im ambulanten Bereich geben wird, wohin Patientinnen und Patienten, die die Ressource Notaufnahme/Krankenhaus nicht brauchen, gesteuert werden können.

Was wäre aus Sicht der Krankenhäuser notwendig, um die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus zu optimieren?

Echte Patientensteuerung, belastbare niederschwellige ambulante Versorgungsangebote sowie eine Abkehr von Silodenken in Sektorengrenzen, hin zu einer sektorenüberwindenden Versorgung zur Reduzierung von Doppelstrukturen und Mehrfachaufwänden.

Vier Fragen an Jakob Kjellberg

Professor am VIVE Institut, The Danish Center for Social Science Research, Kopenhagen, und Mitglied der Regierungskommission für die Krankenhausreform in Dänemark

Im Rahmen seiner Krankenhausreform hat sich Dänemark für eine geringere Anzahl größerer Krankenhäuser entschieden. Hat dies die Qualität und die Kosteneffizienz der Versorgung verbessert?

Insgesamt hat die Reform zu einer höheren und gleichmäßigeren klinischen Qualität beigetragen, insbesondere bei zeitkritischen und hochspezialisierten Erkrankungen wie Schlaganfall, schweren Traumata und bestimmten Herzerkrankungen. Größere Patientenzahlen erleichtern es, rund um die Uhr Fachteams und klinische Erfahrung aufrechtzuerhalten. Die Erkenntnisse sind jedoch nicht durchweg positiv. Eine landesweite Studie ergab keine Verbesserung des allgemeinen Trends bei der Krankenhaussterblichkeit oder der 30-Tage-Sterblichkeit nach der Umstrukturierung, obwohl sich die Ergebnisse für einige spezifische Patientengruppen verbesserten.

Es ist auch weitaus weniger klar, ob die Reform die Wirtschaftlichkeit verbessert hat. Es gibt Anzeichen dafür, dass einige Krankenhäuser zu groß und komplex geworden sind, was zu Skalennachteilen führt, und die neue Krankenhausstruktur hat erhebliche Kapitalinvestitionen erfordert.

Dänemark hat ein telefonisches Triage-System für ambulante Notfälle eingeführt, um Patientinnen und Patienten an die geeignete Versorgungsebene zu leiten. Hat sich dies als wirksam erwiesen und die Versorgung verbessert?

Das telefonische Triage-System hat sich als wirksam erwiesen. Es hat ermöglicht, Patientinnen und Patienten bereits vor ihrer Ankunft zu beurteilen und sie an die am besten geeignete Versorgungsebene zu leiten – zum Beispiel zur Selbstversorgung, zur Primärversorgung, zu einem Notdienst außerhalb der Sprechzeiten oder in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Dies hat eine bessere Nutzung der Gesamtressourcen des Gesundheitssystems ermöglicht. Notaufnahmen können Patientinnen und Patienten priorisieren, die tatsächlich eine stationäre Versorgung benötigen, während andere in geeigneteren Einrichtungen behandelt werden können. Das System hat zudem unnötige Besuche reduziert und zu kürzeren Wartezeiten in den Notaufnahmen beigetragen. Die Wirkung hängt jedoch von ausreichenden telefonischen Kapazitäten und qualifiziertem Personal zur Triage der betreffenden Personen ab.

Wie hoch ist die Akzeptanz der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der obligatorischen telefonischen Erstbeurteilung und der obligatorischen Überweisung an eine Behandlungseinrichtung?

Die Akzeptanz scheint im Allgemeinen hoch zu sein. Die meisten Patientinnen und Patienten haben sich daran gewöhnt, vor dem Aufsuchen einer Notaufnahme anzurufen, und verstehen die Gründe dafür: Es soll sichergestellt werden, dass sie die richtige Versorgungsstufe erhalten und dass die dringendsten Fälle Vorrang haben. Die Akzeptanz hängt jedoch stark davon ab, wie das System in der Praxis funktioniert. Die Patientinnen und Patienten sind weniger zufrieden, wenn die Wartezeiten am Telefon lang sind oder wenn sie mit der vorgeschlagenen Versorgungsstufe nicht einverstanden sind.

Während der telefonischen Erstbeurteilung erhalten die Patientinnen und Patienten einen konkreten Termin für die Behandlung in der zugewiesenen Behandlungseinrichtung. Ist dies Ihrer Erfahrung nach ein wichtiger Faktor für die Effizienz und Akzeptanz der Notfallversorgung?

Für die Effizienz ist dies wichtig, da es der Behandlungseinrichtung ermöglicht, den Patientenfluss zu planen, die Nachfrage an die verfügbaren Kapazitäten anzupassen und die dringendsten Fälle vorrangig zu behandeln. Außerdem werden dadurch Überbelegung und unnötige Wartezeiten

in den Notaufnahmen reduziert. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten macht ein konkreter Termin die telefonische Triage akzeptabler. Anstatt lediglich aufgefordert zu werden, nicht sofort zu erscheinen, erhalten sie einen Plan. In vielen Fällen können sie sicher und bequemer zu Hause warten als im Wartebereich eines Krankenhauses.

Literaturverzeichnis

Andrés-Lázaro, A. M. de, Sevilla-Sánchez, D., Ortega-Romero, M. d. M., Codina-Jané, C., Calderón-Hernanz, B. & Sánchez-Sánchez, M. (2015). Accuracy in the medication history and reconciliation errors in the emergency department. Medicina clinica, 145(7), 288–293. doi: 10.1016/j.medcli.2015.02.024

Andrews, H. & Kass, L. (2018). Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. Intern Emerg Med, 13(6), 893–900. doi: 10.1007/s11739-018-1792-3

Augurzky, B., Kottmann, R., Leber, R., Mensen, A. & Wuckel, C. (2023). BARMER Krankenhausreport 2023. Ambulante Leistungserbringung im deutschen Krankenhaussektor (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 43). Berlin.

Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., van Manen, J. et al. (2019). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms. Health Policy, 123(1), 1–10. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.001

Barnes, K., Arpel, C. & Douglas, K. (2023). Low agreement among patients and clinicians about urgency and safety to wait for assessment in primary care after hours medical care: results of cross-sectional matched surveys. BMC Health Serv Res, 23(1), 422. doi: 10.1186/s12913-023-09399-3

Blank, L., Coster, J., O'Cathain, A., Knowles, E., Tosh, J., Turner, J. & Nicholl, J. (2012). The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. J Adv Nurs, 68(12), 2610–2621. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06052.x

Born, S., Rose, N., Piedmont, S., Schwarzkopf, D., Pletz, M. W., Abels, W., Reinhart, K. et al. (2026). The Role of Perceived Urgency and Barriers in Using Emergency Medical Care for Sepsis: A German-Wide, Representative Survey Using Case Vignettes. Crit Care Med, 54(2), 291–300. doi: 10.1097/ccm.0000000000006967

Brammen, D., Greiner, F., Kulla, M., Otto, R., Schirrmeister, W., Thun, S., Drösler, S. E. et al. (2022). AKTIN – The German Emergency Department Data Registry – real-time data from emergency medicine: Implementation and first results from 15 emergency departments with focus on Federal Joint Committee's guidelines on acuity assessment. Med Klin Intensivmed Notfmed, 117(1), 24–33. doi: 10.1007/s00063-020-00764-2

Bundesfinanzministerium (2018). Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Verfügbar unter: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-fehlversorgung-in-krankenhaeusern.html [Zugriff am 28.07.2026]

Bundesministerium für Gesundheit (2023). Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf [Zugriff am 11.09.2026]

Bundesregierung (2026). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Finanzierung und Qualitätssicherung der Notfallversorgung in Krankenhäusern" – Drucksache 21/6232. Verfügbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/21/065/2106580.pdf?enodia=eyJleHAiOjE3ODUyMzgxMTYsImNvbnRlbnQiOnRydWUsImF1ZCI6ImF1dGgiLCJIb3N0IjoiZHNlcnZlci5idW5kZXN0YWcuZGUiLCJTb3VyY2VJUCI6Ijg2LjYyLjI5LjI4IiwiQ29uZmlnSUQiOiI4ZGFkY2UxMjVmZDJjMzkzMmI5NDNiNTJlOWQyY2Q2NTA1NzU0ZTE2MjIxMmEyY2UxYmI1YWYxNWMwZDRiYmZlIn0=.UGVSydI55EnjC2LFbhmTQ7q2Z0IkrjE54j-9LS1TBPc [Zugriff am 11.09.2026]

Christiansen, T. & Vrangbæk, K. (2018). Hospital centralization and performance in Denmark – Ten years on. Health Policy, 122(4), 321–328. doi:10.1016/j.healthpol.2017.12.009

DESTATIS (2025). Basistabelle Ärztedichte. Datenquelle: Global Health Observatory (WHO). Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Aerzte.html [Zugriff am 11.09.2026]

Deutscher Bundestag (2026, 25. Februar). Experten sehen große Potenziale bei der Reform der Notfallversorgung. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2026/kw09-pa-gesundheit-notfallgesetz-1140764 [Zugriff am 11.09.2026]

Express (2026, 18. März). Bodycams in der Notaufnahme: Klinikum Dortmund schützt Personal mit Kameras. Verfügbar unter: https://www.express.de/nrw/bodycams-in-der-notaufnahme-klinikum-dortmund-schuetzt-personal-mit-kameras-1246470 [Zugriff am 11.09.2026]

Fitzgerald, R. J. (2009). Medication errors: the importance of an accurate drug history. Br. J. Clin. Pharmacol, 67(6), 671–675. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03424.x

Graversen, D. S., Pedersen, A. F., Christensen, M. B., Folke, F. & Huibers, L. (2023). Factors associated with undertriage and overtriage in telephone triage in Danish out-of-hours primary care: a natural quasi-experimental cross-sectional study of randomly selected and high-risk calls. BMJ Open, 13(3), e064999. doi: 10.1136/bmjopen-2022-064999

Hannoversche Allgemeine Zeitung (2018, 11. März). Security muss Krankenhaus-Notaufnahme schützen. Verfügbar unter: https://www.haz.de/lokales/hannover/security-muss-krankenhaus-notaufnahme-schuetzen-CGYCBLOQKU5E27OQPWAC2S64T4.html [Zugriff am 11.09.2026]

Hvid, C. B., Arvig, M. D., Andersen, O., Nilsen, P., Østervang, C., Anjum, U. N. N. & Kirk, J. W. (2026). Unravelling emergency department triage in everyday practice: An ethnographic study of underlying mechanisms across three Danish emergency departments. BMC Emerg Med. doi: 10.1186/s12873-026-01612-w

Johansen, S. M., Folke, F., Hindhede, A. L., Hasselbalch, R. B., Iversen, K. & Møller, T. (2025). Characteristics and triage in older citizens calling a semi-acute medical helpline in Denmark: a prospective cohort study. BMC Health Serv Res, 25(1), 698. doi:10.1186/s12913-025-12773-y

Junkersdorf, M., Ordynat, D., Wende, D. & Rößler, M. (2026). Projektion der Notfallversorgung bis 2040. doi: 10.30433/ePGSF.2026.002

Klein, J. (2022). Einstellungen zur Notaufnahme in Krankenhäusern. Das Gesundheitswesen. doi: 10.1055/s-0042-1753805)

Klein, J., Koens, S., Scherer, M., Strauß, A., Härter, M. & von dem Knesebeck, O. (2024). Public Beliefs About Accessibility and Quality of Emergency Departments in Germany. West J Emerg Med, 25(3), 389–398. doi: 10.5811/westjem.18224

Meier, F. (2016). Zur Ökonomie ambulanter Notaufnahmepatienten. Notfall und Rettungsmedizin. doi: 10.1007/s10049-015-0054-4

Mühlenfeld, N. (2023). Kosten-Erlös-Defizit der ambulanten Versorgung von Bagatellverletzungen in der Notaufnahme. Unfallchirurg. doi: 10.1007/s00113-022-01205-9

Neubauer, G. (2015). Ambulante Notfallversorgung im bzw. am Krankenhaus. Verfügbar unter: https://ifg-muenchen.com/wp-content/uploads/2018/12/Ambulante-Notfallversorgung-im-bzw.-am-Krankenhaus_Neubauer.pdf [Zugriff am 11.09.2026]

OECD (2024). Hospital beds (indicator). OECD Health Statistics. doi: 10.1787/0191328e-en

Pin, M., Hüfner, A., Dormann, H., Jerusalem, K. & Dodt, C. (2022). Notfallkrankenhäuser: Massive Belastungssituationen. Deutsches Ärzteblatt, 119, A1392–A1393.

Quelennec, B., Beretz, L., Paya, D., Blickle, J. F., Gourieux, B., Andres, E. & Michel, B. (2013). Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. Eur. J. Intern. Med, 24(6), 530–535. doi: 10.1016/j.ejim.2013.02.007

Regierungskommission (2025). Vierzehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Krankenhausversorgung in Deutschland 2035. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_14te_Krankenhaus_2035.pdf [Zugriff am 11.09.2026]

Riessen, R., Gries, A., Seekamp, A., Dodt, C., Kumle, B. & Busch, H.-J. (2015). Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Notfall und Rettungsmedizin. doi: 10.1007/s10049-015-0013-0

Rittberg, W., Pflüger, P., Ledwoch, J., Katchanov, J., Steinbrunner, D., Bogner-Flatz, V., Spinner, C. D. et al. (2020). Forced Centralized Allocation of Patients to Temporarily 'Closed' Emergency Departments. Dtsch Arztebl Int, 117(27–28), 465–471. doi:10.3238/arztebl.2020.0465

Ruud, S. E., Hjortdahl, P. & Natvig, B. (2016). Is it a matter of urgency? A survey of assessments by walk-in patients and doctors of the urgency level of their encounters at a general emergency outpatient clinic in Oslo, Norway. BMC Emerg Med, 16(1), 22. doi: 10.1186/s12873-016-0086-1

Schablon, A., Kersten, J. F., Nienhaus, A., Kottkamp, H. W., Schnieder, W., Ullrich, G., Schäfer, K. et al. (2022). Risk of Burnout among Emergency Department Staff as a Result of Violence and Aggression from Patients and Their Relatives. Int J Environ Res Public Health, 19(9). doi: 10.3390/ijerph19094945

Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A. & Steinke, S. (2018). Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany – A Survey. Int J Environ Res Public Health, 15(6). doi: 10.3390/ijerph15061274

Schäfer, I., Menzel, A., Oltrogge, J. H., Slagman, A., Möckel, M., Lühmann, D. & Scherer, M. (2021). Is subjectively perceived treatment urgency of patients in emergency departments associated with self-reported health literacy and the willingness to use the GP as coordinator of treatment? Results from the multicentre, cross-sectional, observational study PiNo Bund. BMJ Open, 11(11), e053110. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053110

Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S. & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open, 6(11), e013323. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013323

Slagman, A., Schmiedhofer, M., Legg, D., Krüger, D., Eienbröker, L., Holert, F., Frick, J. et al. (2025). Reasons for emergency department use of low-acuity attender: results from the prospective, multicentre, cross-sectional EPICS-9/PiNo-Bund study. BMJ Open, 15(3), e090681. doi: 10.1136/bmjopen-2024-090681

Statistisches Bundesamt (2025). Anzahl der Krankenhäuser, Betten und der Patientenbewegung für die Jahre 1991 bis 2024. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html [Zugriff am 11.09.2026]

Steeman, L., Uijen, M., Plat, E., Huibers, L., Smits, M. & Giesen, P. (2020). Out-of-hours primary care in 26 European countries: an overview of organizational models. Fam Pract, 37(6), 744–750. doi: 10.1093/fampra/cmaa064

Straub, C., Teichert, D., Blum, K. & Grandt, D. (2022). Loss of information in cross-sectoral treatment: causes and solutions. Dtsch Med Wochenschr, 147(5), 269–272. doi: 10.1055/a-1729-8798

Strauß, A., Zimmermann, T., Schäfer, I. & Scherer, M. (2022). Health literacy and commitment to a general practitioner in low-acuity patients of emergency departments: results of the PiNo observational study in Northern Germany. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 175, 50–58. doi: 10.1016/j.zefq.2022.09.010

Teufel, P. (2020). Brennpunkt Notaufnahme: Gewalt gegen Pflegepersonen von Patient*innen und deren Angehörige in Notaufnahmen. Masterarbeit. Verfügbar unter: https://pub.hcw.ac.at/obvfcwhs/content/titleinfo/5213358 (Zugriff am 11.09.2026)

Walcher, F. et al. (2022). Risk of Burnout among Emergency Department Staff as a Result of Violence and Aggression from Patients and Their Relatives. Notfall + Rettungse medizin. doi: 10.3390/ijerph19094945

Wende, D., Bobeth, C., Schulte, C. & Rößler, M. (2025). Projektion der hausärztlichen Versorgung. doi: 10.30433/ePGSF.2025.002

Wogrin, Y. (2026). Gewalt an Pflegekräften in der Notaufnahme: Erfahrungen mit verbalen, psychischen und körperlichen Übergriffen durch Patient:innen und deren Angehörigen. Masterarbeit. Verfügbar unter: https://epub.fh-joanneum.at/obvfhjhs/content/titleinfo/13486846 (Zugriff am 11.09.2026)

Yang, L. & et al. (2025). Common antecedents and outcomes of burnout among healthcare workers in the Emergency Department: A scoping review. Journal of Emergency Nursing. doi: 10.1016/j.ajem.2025.06.039

Zinger, N. D., Blomberg, S. N., Lippert, F. & Collatz Christensen, H. (2019). Satisfaction of 30 402 callers to a medical helpline of the Emergency Medical Services Copenhagen: a retrospective cohort study. BMJ Open, 9(10), e029801. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029801

Zoch-Lesniak, B., Steiger, E., Kroll, L. E. & von Stillfried, D. G. (2026). Evaluating the impact of a medical telephone helpline and the use of a structured initial assessment on demand for acute and emergency care in Germany: an ecological study using secondary data. BMJ Open, 16(3), e107343. doi: 10.1136/bmjopen-2025-107343

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern 2015 bis 2024 03
Abbildung 2: Notfallpatientinnen und -patienten nach Anzahl der ambulanten Notfälle innerhalb eines Jahres 04
Abbildung 3: Anteil von Notfallpatientinnen und -patienten mit einer, zwei oder mehr als drei ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2024 in Prozent 04
Abbildung 4: Ambulante Notfallbehandlungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersgruppen und nach Geschlecht 2024 05
Abbildung 5: Veränderung der Inzidenz ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2015 bis 2024 nach Altersgruppen und nach Geschlecht 05
Abbildung 6: Anteil Altersgruppen an der Anzahl von ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus 2015 und 2024 06
Abbildung 7: Durchschnittliche Anzahl von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern an Werktagen, Wochenendtagen und Feiertagen 2024 06
Abbildung 8: Abweichung zum Median der Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern in Prozent 08
Abbildung 9: Veränderungen der Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Bundesländern im Vergleich 2024 zu 2015 in Prozent 09
Abbildung 10 Anteil von ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus in Deutschland 2015 und 2024 mit Ultraschall-, Röntgen- und computertomografischer Untersuchung 10
Abbildung 11: Anzahl ambulant notfallversorgender Krankenhäuser in Deutschland mit mindestens 50 Behandlungsfällen BARMER-Versicherter 2015 bis 2024 11
Abbildung 12: Durchschnittliche jährliche Anzahl ambulant behandelter Notfälle je an der Versorgung teilnehmendes Krankenhaus von 2015 bis 2024 12
Abbildung 13: Anteil der an der ambulanten Notfallversorgung 2024 teilnehmenden Krankenhäuser nach Art und Ausmaß der Veränderung der ambulanten Fallzahlen seit 2015 13
Abbildung 14: Anzahl der ambulanten Notfallbehandlungen 2015 und 2024 durch die 40 Prozent der Krankenhäuser mit den höchsten Fallzahlzunahmen 13
Abbildung 15: Anzahl ambulante Notfallbehandlungen je Krankenhaus im Jahr 2024 im Vergleich zu 2015 nach Krankenhaus-Perzentilen 14

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Durchschnittliche Anzahl ambulanter Notfallbehandlungen pro Stunde im Krankenhaus an Werktagen, Wochenendtagen und Feiertagen von 8:00–18:00 Uhr und 18:00–8:00 Uhr 2024 07
Tabelle 2: Durchschnittliche Gesamtanzahl ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus an Werktagen, Wochenendtagen und Feiertagen von 8:00–18:00 Uhr und von 18:00–8:00 Uhr 2024 07
Tabelle 3: Anzahl von Ultraschalluntersuchungen, konventionellen Röntgenaufnahmen und Computertomografien im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern 2024 10

Impressum

Herausgeber
BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin
info@bifg.de

Autoren
Prof. Dr. Daniel Grandt
Christoph Sievers

Das Paper spiegelt die persönlichen Standpunkte und Wertungen der Autoren wider, die nicht zwingend die der BARMER sind.

Design und Realisation
Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin
Oktober 2026

DOI
https://doi.org/10.30433/krankenhaus.2026.01

Copyright

Lizenziert unter CC BY-ND 4.0