

Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR
Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc

Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren?

Ergebnisse einer Delphi-Befragung und retrospektiven Datenanalyse

Es ließ sich in Deutschland in den letzten Jahren eine zunehmende Inanspruchnahme von Notaufnahmen verzeichnen. Beispielsweise stieg die Anzahl von Fällen in Notfallaufnahmen zwischen 2009 und 2015 um etwa 34 Prozent an (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2017). Dieser Anstieg lässt sich einerseits durch die Altersstruktur der Bevölkerung und Multimorbidität von zunehmend älteren Personen erklären, andererseits durch eine Änderung des Behandlungsspektrums von Notaufnahmen. Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass Patienten zunehmend Notaufnahmen aufsuchen, die auch im ambulanten Bereich eine adäquate Behandlung erhalten hätten (Carret, Fassa & Domingues, 2009). Diese somit nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme resultiert in überfüllten Notaufnahmen, langen Wartezeiten für Patienten, überlastetem Gesundheitspersonal und höheren Kosten auf höheren Versorgungsebenen (Haas et al., 2015; Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J., 2016). Die Situation spitzt sich in Deutschland aufgrund der Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems zu: Strukturen der Notfallversorgung existieren parallel im ambulanten und stationären Sektor. Eine Abstimmung der beiden Versorgungsangebote über die Sektoren hinweg erfolgt noch nicht regelmäßig. Die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird als eine Ursache von Versorgungsbrüchen und mangelnder Koordination vermutet. Dies lässt sich nicht zuletzt auf die Parallelität in Planung, Finanzierung und Leistungserbringung zurückführen, die im Rahmen der Reform der Notfallversorgung geändert werden soll.

>> Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind bislang in Deutschland für die Sicherstellung eines flächendeckenden, vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes verantwortlich. Angebote dieser Bereitschaftsdienste sind regional sehr unterschiedlich ausgestaltet und variieren von telefonischen Rufbereitschaften über Fahrdienste und Notfallpraxen. Parallel zu diesen Versorgungsangeboten existieren Notaufnahmen in Krankenhäusern. Die Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen sind Patienten häufig nicht verständlich. Ihnen fehlt es regelmäßig an Informationen über die jeweiligen Zuständigkeiten und geeigneten Anlaufstellen (Somasundaram, Geissler, Leidel & Wrede, 2018). Die Wahl des Versorgungsbereichs in Fällen außerhalb

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl der ambulanten Notfälle in deutschen Krankenhäusern ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Diese Entwicklung lässt sich teilweise durch das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung bedingt durch den demografischen Wandel erklären. Allerdings ist auch eine Veränderung der behandelten Erkrankungen zu beobachten. So wird angenommen, dass der Anteil der Bagatelkrankheiten, welche in Notaufnahmen behandelt wurden, in den letzten Jahren deutlich zunahm.

Ziele: Ziel der Arbeit war es, eine konsentrierte Liste ambulant-sensitiver Diagnosen zu entwickeln, welche häufig in Notaufnahmen behandelt werden und durch den ambulanten Bereich potenziell behandelbar wären. Weiterhin sollten Prädiktoren der Inanspruchnahme bei diesen Diagnosen identifiziert werden.

Methoden: Basierend auf einer Delphi-Befragung mit 30 Ärzten wurde eine Liste an ambulant-sensitiven Notfall Diagnosen erstellt. Zusätzlich identifizierte die Gruppe mögliche Gründe, warum Patienten mit den ausgewählten Diagnosen eher die Notaufnahme als den ambulanten Bereich aufsuchen. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden für räumliche Regressionsanalysen verwendet, um auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte Assoziationen mit Patienteneigenschaften und ambulanter Versorgung zu untersuchen.

Ergebnisse: Unsere Studie bietet eine erste Liste an ambulant-sensitiven Diagnosen für den Kontext deutscher Notaufnahmen. Deskriptive Ergebnisse zeigen, dass Notaufnahmen mit den ausgewählten Diagnosen insbesondere durch jüngere Patienten in Anspruch genommen werden. Das Einschätzen von Dringlichkeit durch Patienten sowie Patientenpräferenzen wurden als Hauptgründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen identifiziert. Ergebnisse der Regressionsanalysen deuten darauf hin, dass ambulant-sensitive Notfallraten signifikant höher in Kreisen mit geringerer Arztdichte sind.

Diskussion: Die Liste ambulant-sensitiver Diagnosen kann als Monitoringinstrument und für weitere Analysen auf Basis von Routinedaten genutzt werden.

Schlüsselwörter

ambulante Versorgung, Notfallversorgung, Notfall, Krankenhaus, Kontinuität

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2317>

von Sprechstundenzeiten wird somit häufig durch die vorhandenen Informationen sowie die eigene Wahrnehmung von Schmerzen und Dringlichkeit getrieben (vgl. auch Schmiedhofer, Searle, Slagman & Möckel, 2017). Patientenseitig entstehen keine zusätzlichen Kosten für die Inanspruchnahme von Bereitschaftsdiensten oder Notaufnahmen. Patienten sind häufig dazu verleitet, die für sie bestmögliche und effizienteste Leistung in Anspruch zu nehmen. Der Besuch einer Notaufnahme verspricht eine Behandlung am selben Tag, einer kurzfristigen Behandlung sowie umfassenden Diagnostik (z.B. Röntgen- oder Computertomographieuntersuchungen) unabhängig von Facharztdisziplinen (vgl. auch Schmiedhofer et al., 2017). Häufig bietet ein Besuch in der Notaufnahme eine Alternative im Fall von Wartezeiten auf Facharzttermine und Diagnostik im ambulanten Bereich und der Behandlung außerhalb regulärer Sprechzeiten, was einen Besuch außerhalb der Zeiten der Erwerbstätigkeiten ermöglicht.

Untersuchung von vermeidbaren Fällen in Notaufnahmen

In einer aktuellen Studie von Schüttig und Sundmacher wurde ein Instrument entwickelt, mit dem sich potenziell vermeidbare Fälle in der Notaufnahme, sogenannte ambulant-sensitive Notfälle, in Routinedaten identifizieren lassen (Schuettig & Sundmacher, 2019). Es wurden somit Diagnosen klassifiziert, mit denen eine Behandlung potenziell auch durch Vertragsärzte in der Regelversorgung erfolgen konnte. Es lassen sich damit Rückschlüsse auf das Ausmaß vermeidbarer Fälle in Notaufnahmen ziehen. Das Konzept ambulant-sensitiver Notfälle lehnt sich an das der ambulant-sensitiven Kran-

kenhausfälle an (Purdy, Griffin, Salisbury & Sharp, 2009; Sundmacher et al., 2015; Weissman, Gatsonis, & Epstein, 1992). Die Konzepte der ambulant-sensitiven Notfälle und der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle erlauben die Untersuchung potenzieller Implikationen eines limitierten Zugangs oder mangelnder Inanspruchnahme im ambulanten Sektor. In Abgrenzung zu den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen werden durch ambulant-sensitiven Notfälle lediglich Fälle in Notaufnahmen betrachtet. Im Vergleich zu stationären Hospitalisierungen beschränkt sich der Analyseansatz der ambulant-sensitiven Notfälle auf ambulante Notfälle im Krankenhaus.

Die Studie hatte somit das Ziel, das Ausmaß an Fällen abzuschätzen, welches in Notaufnahmen behandelt wird, potenziell aber auch ambulant von Vertragsärzten in der Regelversorgung behandelbar wäre. Zu diesem Zweck wurde ein Panel von 30 Ärzten, hälftig aus ambulanten und stationären Ärzten rekrutiert. In einem mehrstufigen Befragungsprozess wurde das Expertenpanel befragt, um Meinungen in Gruppenkonsens zu überführen (Hasson, Keeney & McKenna, 2000). Die gewählte Delphi-Methode ist ein etabliertes Verfahren, welches beispielsweise auch bei der Konsentierung von Leitlinienempfehlungen Anwendung findet (Campbell, Braspennig, Hutchinson & Marshall, 2003). Basierend auf diesem Prozess konnte eine Liste ambulant-sensitiver Notfalldiagnosen und Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den ausgewählten Symptomen und Erkrankungen konkretisiert werden. Das Ärztenpanel wurde zusätzlich befragt, ob die konsentiertere Diagnose auch durch den Bereitschaftsdienst behandelbar wäre. Das Expertenpanel schätzte darüber hinaus basierend auf seinen Erfahrungen den Anteil an Fällen einer Diagnosegruppe ein, welcher durch ambulante Versorgung behandelbar und somit in der Notaufnahme potenziell vermeidbar wäre.

Die Ergebnisse der Studie lassen eine retrospektive Betrachtung des Versorgungsgeschehens sowie die Analyse über Faktoren zu, welche die Inanspruchnahme bei potenziell vermeidbaren Fällen in der Notaufnahme begünstigen. Ambulant-sensitiven Diagnosen lassen sich nur teilweise durch verbesserten Zugang und effektive Versorgung vermeiden (Sanderson & Dixon, 2000). Patientenpräferenzen, Sozioökonomie, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und weitere Faktoren besitzen einen Einfluss auf die Entscheidung über den Besuch einer Notaufnahme (Boushy & Dubinsky, 1999). In Regressionsmodellen untersuchten die Autorinnen zusätzlich Faktoren, welche die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den identifizierten ambulant-sensitiven Diagnosen begünstigten. Angebotsseitige Faktoren der Gesundheitsversorgung und Patientencharakteristika wurden auf Basis von räumlichen Regressionsmodellen untersucht.

Abschätzung des Ausmaßes potenziell vermeidbarer Fälle in Notaufnahmen

Durch die zweistufige Delphi-Befragung wurden ICD-Diagnosen identifiziert, welche durch mindestens 65% der teilnehmenden Ärzte als ambulant behandelbar eingeschätzt wurden. Die insgesamt 135 ausgewählten Diagnosen wurden analog der ICD-Systematik in 31 Diagnosegruppen zusammengefasst (Tab. 1). Hierzu zählten beispiels-

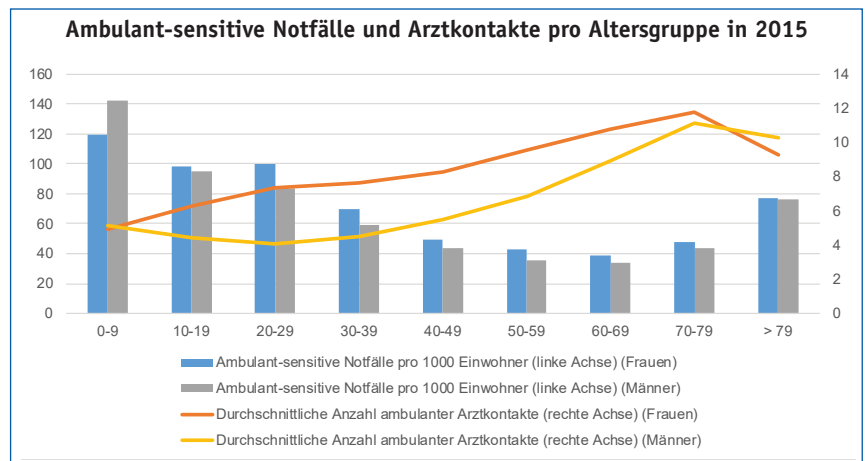


Abb. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der ambulant-sensitiven Notfälle und ambulanten Kontakte (Quelle: KBV).

weise Allgemeinsymptome, Rückenbeschwerden und Hypertonie. In der Befragung wurden deutliche Unterschiede in der Einschätzung zur Behandelbarkeit von Diagnosen durch Bereitschaftsdienste deutlich. Während 100% der Befragten beispielsweise die Diagnose akute Nasopharyngitis als ambulant behandelbar bewerteten, bewerteten nur 42% der Befragten die Diagnose als durch den Bereitschaftsdienst behandelbar.

Einschätzungen der Experten über die potenzielle Vermeidbarkeit von Fällen in Notaufnahmen variierten über die 31 Diagnosegruppen hinweg zwischen 29% und 87% (Tab. 1). Im Jahr 2015 wurden 4,4 Mio. Patienten mit mindestens einer ambulant-sensitiven Diagnose in einer Notaufnahme behandelt. PKV-Versicherte sind in diese Betrachtungen nicht eingeschlossen, ebenso keine GKV-Versicherten aus den Bundesländern Bremen, Hessen und Rheinland-Pfalz. Da die Kodierung von Diagnosen in Notaufnahmen keine Rückschlüsse auf Haupt- und Nebendiagnose zulässt, würde diese Summe die Anzahl an potenziell vermeidbaren Fällen allerdings überschätzen. Nicht immer stellt die jeweilige Diagnose den eigentlichen Behandlungsanlass dar. Die Anzahl an Fällen stellt somit einen groben Orientierungswert für das Ausmaß potenziell vermeidbarer Fälle dar. In Abbildung 1 ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der Inanspruchnahme in Jahr 2015 dargestellt. Insbesondere Patienten jüngerer Alters suchten die Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen auf. Bei beiden Geschlechtern ist mit steigendem Alter bis zur Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren sinkende Raten ambulant-sensitiver Notfälle zu beobachten. Zusätzlich lässt sich feststellen, dass Altersgruppen mit höherer Inanspruchnahme von Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen tendenziell weniger ambulante Arztkontakte zu verzeichnen hatten und tendenziell weniger morbide waren. In Regressionsmodellen auf Basis von Daten auf Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten wurden weitere Faktoren untersucht: Der Einfluss von Charakteristika des ambulanten Sektors und der Patienten wurden auf alters- und geschlechtsstandardisierte Raten ambulant-sensitiver Fälle in Notaufnahmen empirisch geschätzt. Die Analysen zeigen einen negativen Zusammenhang der Anzahl an Arztkontakten und Ärztedichte in einer Region und der Rate ambulant-sensitiver Notfälle. Je häufiger Patienten ambulant behandelt wurden und sich potenziell in kontinuierlicher ambulanter Behandlung befanden, desto unwahrscheinlicher war ein Besuch in der Notaufnahme aufgrund einer ambulant-sensitiven Diagnose. Auch zeigte sich, dass je höher die Ärztedichte in einer Re-

gion war, desto geringer fiel die Rate ambulant-sensitiver Notfälle aus. Es konnte auch ein negativer Zusammenhang zwischen der Wahlbeteiligung in einem Kreis oder kreisfreien Stadt, und den Raten ambulant-sensitiver Notfälle bestätigt werden. Die Wahlbeteiligung einer Region lässt sich als Indikator für soziale Partizipation und der Einstellung gegenüber öffentlichen Leistungen interpretieren.

Die konsentierten ambulant-sensitiven Diagnosen wurden in zusätzlichen Analysen nach allgemeinmedizinischem und chirurgischem Behandlungsspektrum unterschieden, um der besonderen Versorgungssituation im Falle von Verletzungen Rechnung zu tragen. Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund zeigte hier einen signifikanten positiven Einfluss auf Raten in Summe und die Raten allgemeinmedizinischer Diagnosen. Bei den chirurgischen Diagnosen war dieser Zusammenhang hingegen negativ und nicht signifikant. Dieses Ergebnis kann darauf zurückzuführen sein, dass kulturelle Unterschiede und eine Vertrautheit mit dem hiesigen Gesundheitssystem insbesondere bei allgemeinmedizinischen Symptomen einen Einfluss auf ambulant-sensitive Notfälle besitzen.

Beweggründe für Besuche von Notaufnahmen mit ambulant-sensitiven Diagnosen

In der Studie wurden weiterhin Beweggründe von Patienten für Besuche von Notaufnahmen mit den konsentierten Diagnosegruppen identifiziert. Basierend auf Ergebnissen in der Literatur und Interviews mit Notärzten wurden somit potenzielle Gründe für den Besuch einer Notaufnahme mit ambulant-

31 ambulant-sensitive Diagnosegruppen und ihre Behandelbarkeit durch den ambulanten Sektor			
Ambulant-sensitive Notfalldiagnosegruppe	Anteil der Experten, die die Diagnosegruppe als ambulant behandelbar bewerteten	Durch das Expertenpanel geschätzter Anteil durch ambulante Behandlung vermeidbarer Fälle	Häufigst genannter Grund für den Besuch einer Notaufnahme
1. Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	95%	74%	Präferenz
2. Dermatitis, Ekzem, Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	93%	86%	Wahrnehmung
3. Biomechanische Funktionsstörungen	91%	76%	Präferenz
4. Bronchitis	91%	76%	Wahrnehmung
5. Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	91%	87%	Präferenz
6. Krankheiten der Sehnen und Weichteilgewebe	91%	73%	Wahrnehmung
7. Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	90%	72%	Wahrnehmung
8. Arthropathien	89%	81%	Präferenz
9. HNO-Infektionen	88%	78%	Wahrnehmung
10. Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	88%	74%	Wahrnehmung
11. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	87%	69%	Wahrnehmung
12. Rückenbeschwerden	87%	75%	Wahrnehmung
13. Gastroenteritis und bestimmte Krankheiten des Darmes	87%	67%	Wahrnehmung
14. Diabetes mellitus	87%	70%	Komorbiditäten
15. Krankheiten und Symptome des Harnsystems	87%	66%	Wahrnehmung
16. Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökon. o. psychosozialer Umstände	87%	76%	Präferenz
17. Allgemeinsymptome	83%	75%	Wahrnehmung
18. Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers	81%	80%	Wahrnehmung
19. Krankheiten des Ohres	80%	78%	Wahrnehmung
20. Schäden durch sonstige äußere Ursachen	77%	55%	Wahrnehmung
21. Infektiöse Darmkrankheiten	77%	68%	Wahrnehmung
22. Sonstige Herz-Kreislauf-Erkrankungen	76%	58%	Wahrnehmung
23. Oberflächliche Verletzungen	76%	69%	Wahrnehmung
24. Affektive Störungen	75%	62%	Ambulante Erreichbarkeit
25. Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	73%	59%	Wahrnehmung
26. Krankheiten der männlichen Genitalorgane	73%	73%	Wahrnehmung
27. Krankheiten der Niere und des Ureters	73%	64%	Wahrnehmung
28. Krankheiten des Nervensystems	71%	59%	Wahrnehmung
29. Luxation, Verstauchung und Zerrungen	69%	67%	Wahrnehmung
30. Offene Wunden und Frakturen	68%	29%	Diagnostik
31. Infektionen der Haut und der Unterhaut	68%	78%	Wahrnehmung

Tab. 1: Liste der 31 ambulant-sensitiven Diagnosegruppen, Behandelbarkeit durch den ambulanten Sektor, Geschätzter Anteil der Vermeidbarkeit, Häufigst genannter Grund für den Besuch der Notaufnahme (ICD-10 Codes zu den Diagnosegruppen finden sich in Schüttig/Sundmacher, 2019).

sensitiven Diagnosen identifiziert (Steffen, Tempka & Klute, 2007; Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen & Mehrotra, 2013). Sieben Beweggründe für den Besuch der Notaufnahme wurden dem Expertenpanel somit vorgeschlagen:

- notwendige Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen
- Komorbiditäten und der Gesamtzustand von Patienten
- das Notfallempfinden von Patienten
- der Patientenwunsch eher die Notaufnahme aufzusuchen als den ambulanten Sektor
- eine Weiterüberweisung durch niedergelassene Ärzte
- keine zuständigen ambulanten Ärzte in erreichbarer Nähe
- fehlende Informationen von Patienten über Zuständigkeiten und Auflaufstellen im Gesundheitswesen

Neben diesen Gründen konnten die Experten weitere Gründe ergänzen.

In der Befragung wurde am häufigsten das Notfallempfinden von Patienten als Beweggrund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen ausgewählt. Die Patientenpräferenz, lieber in der Notaufnahme als im ambulanten Bereich versorgt zu werden, wurde als zweithäufigster Grund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei den ambulanten-sensitiven Diagnosegruppen gewählt. Die fehlende Verfügbarkeit von ambulanten Ärzten in erreichbarer Nähe wurde insbesondere bei Erkrankungen der Haut und psychologischen Erkrankungen als ursächlich gewählt. Komorbiditäten und der Gesamtzustand von Patienten wurde von den Experten lediglich für eine Diagnosegruppe (Diabetes mellitus) als häufigster Grund ausgewählt. Für die Diagnosegruppe „offene Wunden und Frakturen“ wurde die Notwendigkeit von Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen mehrheitlich als Grund für einen Besuch in der Notaufnahme

identifiziert. Zusammenfassend wurden demnach insbesondere patientenseitige Faktoren der Selbsteinschätzung, Bequemlichkeit und Vorteile der Krankenhausbehandlung im Vergleich zur Behandlung im niedergelassenen Bereich als Gründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulanten-sensitiven Diagnosen identifiziert.

Studien von Schmiedhofer et al. (2016) und Somasundaram, Geissler, Leidel & Wrede (2018), die Patienten in Notaufnahmen in persönlichen und ergebnisoffenen Interviews oder anhand von Fragebögen erreichten, identifizierten ähnliche Gründe von Patienten für Besuche in der Notaufnahme. Die Autoren nennen zusätzlich die Unkenntnis über Behandlungsstrukturen und Sektorengrenzen sowie Sorgen über den Gesundheitszustand als häufige Gründe für einen Besuch in der Notaufnahme.

Schlussfolgerungen, Limitationen der Studie und gesundheitspolitische Relevanz

Auf Grundlage der Ergebnisse der beschriebenen Studie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahme klassifizieren und analysieren. Basierend auf einem Delphi-Konsentierungsprozess mit einem Panel von 30 Ärzten konnte eine erste Liste ambulanten-sensitiver Diagnosen erstellt werden. Die Liste stellt dabei keine vollumfängliche Liste von potenziell vermeidbaren Diagnosen dar, sondern basierte in einem ersten Schritt auf besonders häufig behandelten Diagnosen in Notaufnahmen. Auf Basis der Liste lassen sich regionale Raten ambulanten-sensitiver Notfallraten als erster Indikator für regionale Unterschiede berechnen und in weiteren Analysen untersuchen. Diese Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notaufnahmen lassen sich auf Basis von Routinedaten identifizieren. Daten werden routinemäßig erhoben und unterliegen nicht etwaiger

Literatur

- Boushy, D., & Dubinsky, I. (1999). Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *The Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 405–412.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. N. (2003). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7393), 816–819. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7393.816>
- Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saude Publica*, 25(1), 7–28. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002&lng=en&nrm=iso&lng=en
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Schmidt, K.-D., Lübke-Naberhaus, C., Dodt, M., & Brachmann, C. (2015). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Retrieved from http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008–1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szecsenyi, J. (2016). Ambulante Notfallversorgung: Analyse und Handlungsempfehlungen. Retrieved from <https://www.aqua-institut.de/de/projekte/evaluation-forschung/ambulante-notfallversorgung.html>
- Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2009). Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, 123(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2017). Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland Die Notfallversorgung in Deutschland – Status quo. Werkstattgespräch, (September).
- Sanderson, C., & Dixon, J. (2000). Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 5(4), 222–230.
- Schmiedhofer, M., Searle, J., Slagman, A., & Möckel, M. (2017). Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Das Gesundheitswesen*, 79(10), 835–844. <https://doi.org/10.1055/s-0042-100729>
- Schmiedhofer, Martina, 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013323>
- Schuetting, W., & Sundmacher, L. (2019). Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany. *European Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz081>
- Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B., & Wrede, C. (2018). Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Das Gesundheitswesen*, 80(07), 621–627. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112459>
- Steffen, W., Tempka, A., & Klute, G. (2007). Unhelpful Incentives in Hospital Emergency Departments. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(16)(April), 1088–1091.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schüttig, W., Naumann, C., Augustin, U., & Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study with German providers. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(11), 1415–1423. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.007>
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *The American Journal of Managed Care*, 19(1), 47–59.
- Weissman, J. S., Gatsonis, C., & Epstein, A. M. (1992). Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*, 268(17), 2388–2394.

Verzerrung durch patientenseitige Selbsteinschätzung.

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen dem Zugang zu ambulanter Versorgung sowie einer Arztbindung und der Inanspruchnahme von Notaufnahmen bei ambulant-sensitiven Diagnosen besteht. Wir finden insbesondere bei jüngeren Altersgruppen mit wenigen Arztkontakten vergleichsweise hohe Raten ambulant-sensitiver Notfälle. Grund hierfür kann eine geringere Arztbindung insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen sein. Verbesserte Patientenergebnisse und vermiedene Versorgungsbrüche lassen sich insbesondere durch eine kontinuierliche Behandlung realisieren. Diese ist im Falle einer Inanspruchnahme von Notaufnahmen häufig nicht gegeben.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zeigen weiterhin einen positiven Zusammenhang des Anteils an Personen mit Migrationshintergrund und Raten ambulant-sensitiver Notfälle. Dieser kann durch kulturelle Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Sprachbarrieren erklärt werden. Das Ergebnis kann aber auch auf fehlende Kenntnis über die Verantwortungsbereiche im deutschen Gesundheitssystem hinweisen. Sollte dies der Fall sein, könnte das Bereitstellen von Informationsbroschüren über geeignete Anlaufstellen und Ansprechpartner mit Fremdsprachenkenntnissen eine geeignete Maßnahme zur Begegnung dieser Problematik darstellen. Auch in der weiteren Bevölkerung scheinen Kenntnisse über die Zuständigkeiten und Anlaufstellen im Gesundheitswesen nicht flächendeckend gegeben zu sein.

In den Regressionsanalysen zeigte sich weiterhin eine negative Assoziation von Wahlbeteiligung in einer Region und der ambulant-sensitiven Notfallrate. Da die Wahlbeteiligung in einer Region häufig als Proxy für das Sozialkapital verwendet wird, kann vermutet werden, dass in Regionen mit geringem Sozialkapital Initiativen zur Navigation durch das Gesundheitssystem besonders relevant sind. Auch das Expertenpanel nahm an, dass die Patientenpräferenz eher die Notaufnahme aufzusuchen als den ambulanten Sektor einer der häufigsten Gründe für Inanspruchnahme von Notaufnahmen darstellt, welcher durch eine Patientensteuerung begegnet werden könnte. Hier kann die Reform der Notfallversorgung dazu beitragen, dass Patienten zukünftig besser durch ein integriertes System geleitet werden. Laut aktuellem Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung wird u.a. ein gemeinsames Notfalleitsystem angestrebt und sollen integrierte Notfallzentren in Krankenhäusern eingerichtet und so die Versorgungsebenen besser verzahnt werden.

In Regionen mit besonders hohen Raten ambulant-sensitiver Notfälle ist zu prüfen, ob ein Zugang zum ambulanten Sektor nicht zeitgerecht möglich ist, ob lange Wartezeiten eine ambulante Versorgung verhindern und wie diesen potenziellen Versorgungslücken begegnet werden könnte. Das Ärztepanel wählte insbesondere die fehlende Zuständigkeit von Ärzten in erreichbarer Nähe und Wartezeiten im ambulanten Bereich bei Erkrankungen der Haut und psychologischen Erkrankungen. Es ist zu analysieren, ob das Terminservice- und Versorgungsgesetz eine effektive Maßnahme darstellt, um Patienten zeitgerecht Facharzttermine zu gewähren und sich somit Änderungen in den Notfallraten mit diesen Diagnosen ergeben.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung ergaben, dass als Beweggrund für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen sehr häufig das Notfallempfinden von Patienten als entscheidend für einen Besuch in der Notaufnahme beurteilt wurde. Obwohl die teilnehmenden Ärzte mehrere Gründe angeben konnten, wurde in den meisten Fällen eine notwendige Diagnostik zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen nicht als Grund für einen Besuch der Notaufnahme aus-

gewählt. Es lässt vermuten, dass es bei den genannten Diagnosen einer übergeordneten Steuerung von Patienten bedarf, um diese zu den geeigneten Ebenen der Versorgung weiterzuleiten.

Die vorliegende Studie weist Limitationen auf: Die erstellte Liste ambulant-sensitiver Notfälle basierte auf den häufigsten Diagnosen in Notaufnahmen und Bereitschaftsdiensten sowie weiteren Vorschlägen des Ärztepanels. Die Autorinnen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit der Liste an Diagnosen. Die Diagnosen stellen keine eindeutige Liste an Diagnosen dar, die nicht durch Notaufnahmen behandelt werden sollten, sondern Diagnosen, bei denen eine ambulante Behandlung potenziell möglich gewesen wäre. Schlussfolgerungen in Bezug auf Behandlung von individuellen Patienten lassen sich somit nicht ziehen. Die Validität der Ergebnisse hängt maßgeblich mit der Zusammensetzung des Ärztepanels ab. Zukünftige Studien könnten die Ergebnisse durch ein größeres Panel unter Einschluss eines breiteren Spektrums an Facharztgruppen ergänzen. Dennoch bleibt das Ergebnis von Konsensverfahren immer subjektiv und basierend auf den Erfahrungen und dem Wissen des Panels.

Die berichtete Studie bietet eine Grundlage für die retrospektive Analyse der Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Auf Basis der ambulant-sensitiven Notfallraten lassen sich Auffälligkeiten identifizieren und Versorgungsmuster analysieren, die Maßnahmen begründen können, um Patienten bedarfsgerecht durch das Gesundheitssystem zu führen. <<

How can potentially preventable emergency cases be systemized and analyzed? Results of a Delphi consensus and data analyses

Background: The number of patients seeking health care in German emergency departments has increased significantly in recent years. This development can be partly explained by the increasing average age of the population due to the demographic change. However, there has also been a change in treated diseases. It is believed that the proportion of minor diseases treated in emergency rooms has increased in recent years.

Objectives: The aim of our study was to develop a list of ambulatory care sensitive diagnoses, which are often treated in emergency rooms and could be treated by the outpatient area. Furthermore, predictors of use in these diagnoses were to be identified.

Methods: Based on a Delphi survey with 30 physicians, a list of ambulatory care sensitive emergency diagnoses was compiled. In addition, the group identified possible reasons why patients with the selected diagnoses are more likely to visit the emergency room than the outpatient area. The findings were used for spatial regression analyses to investigate associations with patient characteristics and outpatient care at the level of German districts.

Results: Our study provides an initial list of ambulatory care sensitive diagnoses for the context of German emergency care. Descriptive results show that emergency rooms with the selected diagnoses are used, especially by younger patients. Patients' perception of urgency and patient preferences were identified as the main reasons for using emergency rooms for ambulatory care sensitive diagnoses. Results of regression analyses suggest that ambulatory care sensitive emergency rates are significantly higher in districts with lower physician density.

Discussion: The list of ambulatory care sensitive diagnoses can be used as a monitoring tool and for further analyses based on routine data.

Keywords

outpatient care, emergency care, emergency, hospital, continuity

Zitationshinweis

Schüttig, W., Sundmacher, L.: „Wie lassen sich potenziell vermeidbare Fälle in Notaufnahmen systematisieren und analysieren?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 55-60. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2317>

Autorenerklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. oec. publ. Wiebke Schüttig MSc MBR

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität und arbeitet in den Bereichen Qualitätsmanagement und regionale Versorgungsforschung. Zuvor studierte sie Economics und Industrial and Network Economics an der Technischen Universität Berlin, sowie Business Research an der Ludwig-Maximilians-Universität, wo sie im Jahr 2020 promovierte. Kontakt: schuettig@bwl.lmu.de



Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc

leitet seit September 2020 den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität München. Sie studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und an der Freien Universität Berlin und promovierte an der Technischen Universität Berlin. Von 2013 bis 2020 hatte sie die Professur für Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität inne. Kontakt: leonie.sundmacher@tum.de

