

Auswertung der 3. DGINA-Blitzumfrage

Situation der Zentralen Notaufnahmen in Deutschland

(06/2026)

Die 3. DGINA-Blitzumfrage adressiert die aktuelle Belastungssituation der Zentralen Notaufnahmen in Deutschland. Der **Erhebungstag** war **Dienstag, der 02. Juni 2026**. Insgesamt gingen **271 auswertbare Rückmeldungen aus allen 16 Bundesländern** ein. Damit liegt erneut ein breites bundesweites Lagebild aus Notaufnahmen aller drei Notfallversorgungsstufen vor und zeigt eine **anhaltend hohe Belastung der Notfallversorgung**. **45,0%** der teilnehmenden Notaufnahmen berichteten für den betrachteten 24-Stunden-Zeitraum ein **Overcrowding der Level 4–6**, **60,6%** einen **Exit Block**. 32,1% meldeten der Integrierten Leitstelle eine Kapazitätserschöpfung; unter den Häusern mit entsprechender Meldung wurden 79,1% dennoch weiter mit Notfallpatientinnen und -patienten belegt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Überlastung nicht nur als internes Prozessproblem der ZNA verstanden werden kann, sondern eng mit personellen Ressourcen, stationären Anschlusskapazitäten und regionaler Steuerung verknüpft ist.

Unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst und/oder in der Pflege berichten 63,1%, akute Krankheitsausfälle 65,7%. Besonders hoch ist die Belastung bei den umfassenden Notfallversorgern: Hier berichten 61,9% ein Overcrowding und 77,4% einen Exit Block. Aus Sicht der **DGINA** unterstreichen die Ergebnisse den **Bedarf an stabilen Personalstrukturen** und an **Maßnahmen zur Vermeidung von Exit Block und Überlastung der Notaufnahmen**.

Executive Summary

- 271 Notaufnahmen aus allen 16 Bundesländern nahmen teil.
- Die Stichprobe umfasst 82 Basisnotfallversorger (30,3%), 105 erweiterte Notfallversorger (38,7%) und 84 umfassende Notfallversorger (31,0%).
- Die teilnehmenden Häuser berichten zusammen 8.521.888 Notfallpatientenkontakte im Jahr 2025; der Median liegt bei 30.000 Kontakten pro Jahr.
- 45,0% berichteten in den letzten 24 Stunden ein Overcrowding (Level 4–6); 13,7% ein schwerwiegendes oder gefährliches Overcrowding (Level 5–6).
- Ein Exit Block wurde bei 60,6% der auswertbaren Angaben berichtet (n=269).
- Die häufigste Exit-Block-assozierte Angabe war eine verzögerte Abverlegung auf Normalstation aufgrund von Bettenmangel (60,9%).
- 32,1% meldeten eine Kapazitätserschöpfung an die Integrierte Leitstelle; trotz Abmeldung wurden 79,1% der abgemeldeten Häuser weiter zugewiesen (n=86).
- Bei den Notaufnahmen ohne Abmeldung/Kapazitätserschöpfung gaben 29,3% (53/181) eine Nicht-Abmeldeanweisung in der Klinik an.
- Unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst und/oder in der Pflege berichten 63,1%, akute Krankheitsausfälle 65,7%.
- Nur 31,8% halten die pflegerische und ebenso 31,8% die ärztliche Personalausstattung für ausreichend (jeweils n=267).
- 49,4 % berichten, dass die Belastung durch Overcrowding und/oder Exit Block in den letzten 12 Monaten zugenommen hat (n=269).

1. Ergebnisse Deutschland

Tab. 1 fasst die wichtigsten Struktur- und Belastungskennzahlen der Gesamtstichprobe zusammen. Sie zeigt neben der Zahl der teilnehmenden Notaufnahmen und dem berichteten Patientenvolumen insbesondere die verringerte Zahl aktuell verfügbarer Betten sowie die hohen Anteile von Overcrowding, Exit Block, Kapazitätsanzeigen und unzureichender Personalausstattung.

Tab. 1 Zentrale Kennzahlen der 3. DGINA-Blitzumfrage im Juni 2026.

Kennzahl	Wert
Teilnehmende Notaufnahmen	271
Notfallpatientenkontakte 2025 gesamt	8.521.888
Notfallpatientenkontakte 2025 Median	30.000
Notfallpatientenkontakte pro Tag Mittelwert	86,8
Planbetten 2019 gesamt (n=198 Complete Cases)	97.801
Aktuell verfügbare Betten 06/2026 gesamt (n=198 Complete Cases)	85.748
Veränderung aktuell verfügbare Betten vs. 2019	-12,4%
Overcrowding Level 4–6	45,0%
Overcrowding Level 5–6	13,7%
Exit Block	60,6% (163/269)
Abmeldung bei Integrierter Leitstelle	32,1%
Zuweisung trotz Abmeldung (unter Abgemeldeten)	79,1%
Nicht-Abmeldeanweisung bei Nicht-Abmeldung	29,3% (53/181)
Pflegerische Personalausstattung ausreichend	31,8%
Ärztliche Personalausstattung ausreichend	31,8%

Aus allen 16 Bundesländern liegen auswertbare Antworten vor. Die regionale Verteilung der 271 Rückmeldungen ist in **Abb. 1** dargestellt. Die größte Zahl der Rückmeldungen stammt aus Nordrhein-Westfalen (84), Bayern (38) und Baden-Württemberg (32), gefolgt von Hessen und Niedersachsen (je 17), Rheinland-Pfalz (13), Berlin und Schleswig-Holstein (je 12), Hamburg (9), Sachsen (8), Thüringen (7), Mecklenburg-Vorpommern (6), Bremen und Sachsen-Anhalt (je 5) sowie Brandenburg und Saarland (je 3).

Abb. 1 verdeutlicht damit sowohl die bundesweite Abdeckung als auch die deutlich unterschiedlichen Fallzahlen je Bundesland. Die breite geografische Streuung spricht für ein bundesweites Problem; die kleinen Fallzahlen einzelner Länder erlauben jedoch keine repräsentativen Prävalenzvergleiche zwischen Bundesländern.

Bundesländer im Detail

Die Stichprobe unterscheidet sich auch hinsichtlich der Notfallversorgungsstufen von der bundesweiten Referenzverteilung. **Abb. 2** stellt die Verteilung der drei Notfallversorgungsstufen in der Blitzumfrage der Referenzverteilung gegenüber. **Basisnotfallversorger** sind in der Blitzumfrage mit 30,3% gegenüber 53,3% in der Referenzverteilung deutlich **unterrepräsentiert**. Erweiterte Notfallversorger (38,7% vs. 28,9%) und umfassende Notfallversorger (31,0% vs. 17,7%) sind dagegen überrepräsentiert. **Abb. 2** macht damit sichtbar,

dass die Gesamtwerte der Erhebung durch einen relativ hohen Anteil höherstufiger Häuser beeinflusst werden können und entsprechend vorsichtig interpretiert werden müssen.

Auch die Entwicklung der tatsächlich verfügbaren Betten zeigt ausgeprägte regionale Unterschiede. **Abb. 3** zeigt die prozentuale Veränderung der aktuell verfügbaren Betten gegenüber 2019 nach Bundesland. In den vollständigen Fällen (n=198) lagen die aktuell verfügbaren Betten bundesweit **12,4%** unter dem Niveau von 2019. In 14 von 16 Bundesländern wurden Rückgänge ausgewiesen. Besonders ausgeprägt waren sie in Brandenburg (-23,2%), Baden-Württemberg (-20,2%), Hamburg (-19,9%), Rheinland-Pfalz (-19,4%) und Schleswig-Holstein (-17,4%). Demgegenüber zeigten Saarland (+5,3%) und Mecklenburg-Vorpommern (+0,8%) geringe Zunahmen. **Abb. 3** verdeutlicht damit eine regional heterogene Entwicklung; wegen teils kleiner Länderstichproben sind die Werte deskriptiv und nicht als repräsentative Länderkennzahlen zu verstehen.

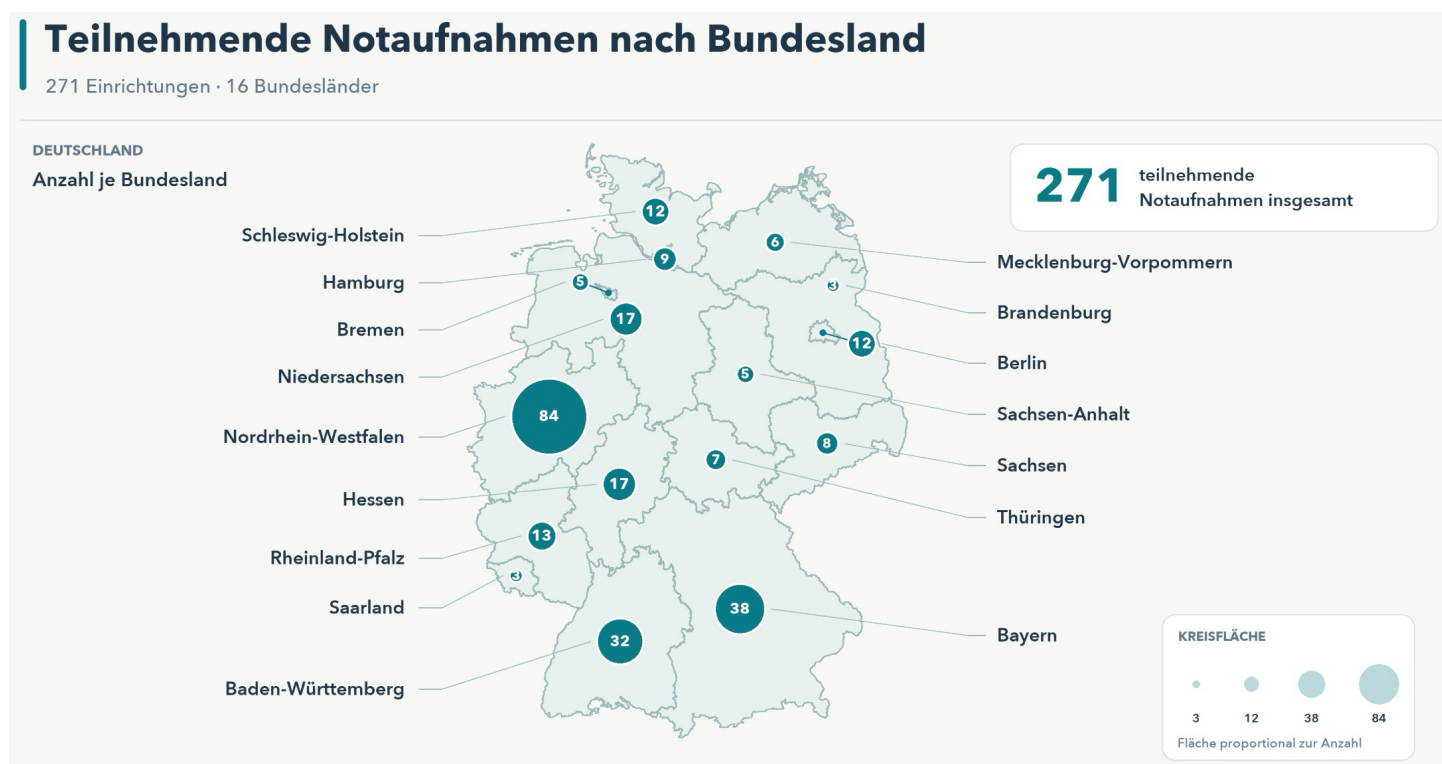


Abb. 1 Teilnehmende Notaufnahmen nach Bundesland.

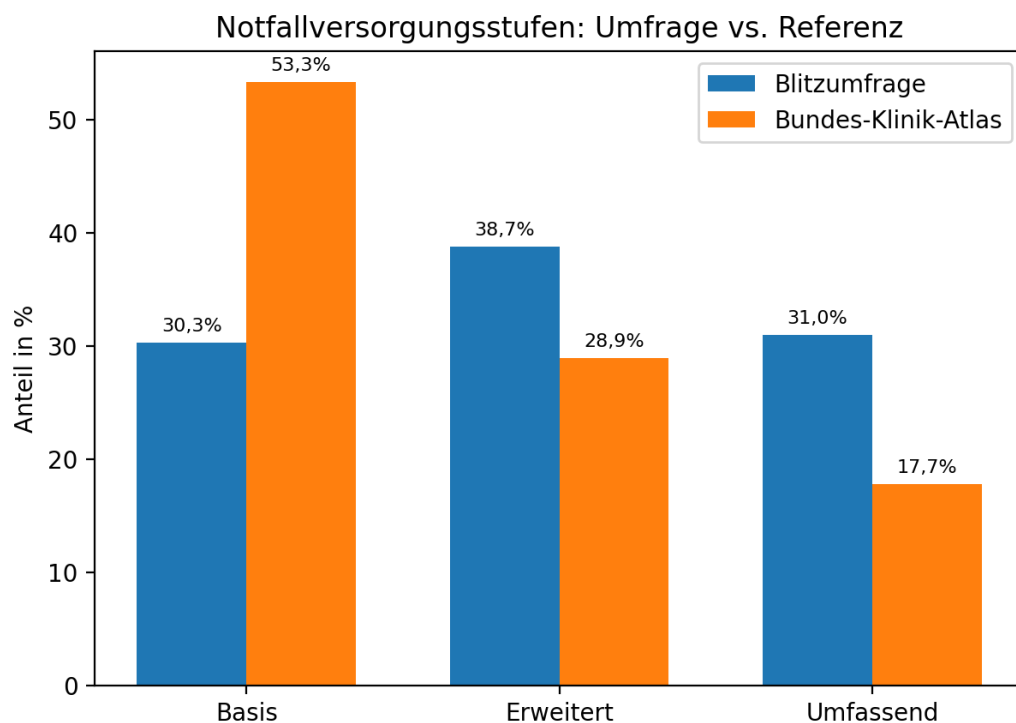


Abb. 2 Verteilung der Notfallversorgungsstufen in der Blitzumfrage im Vergleich zur Referenzverteilung.

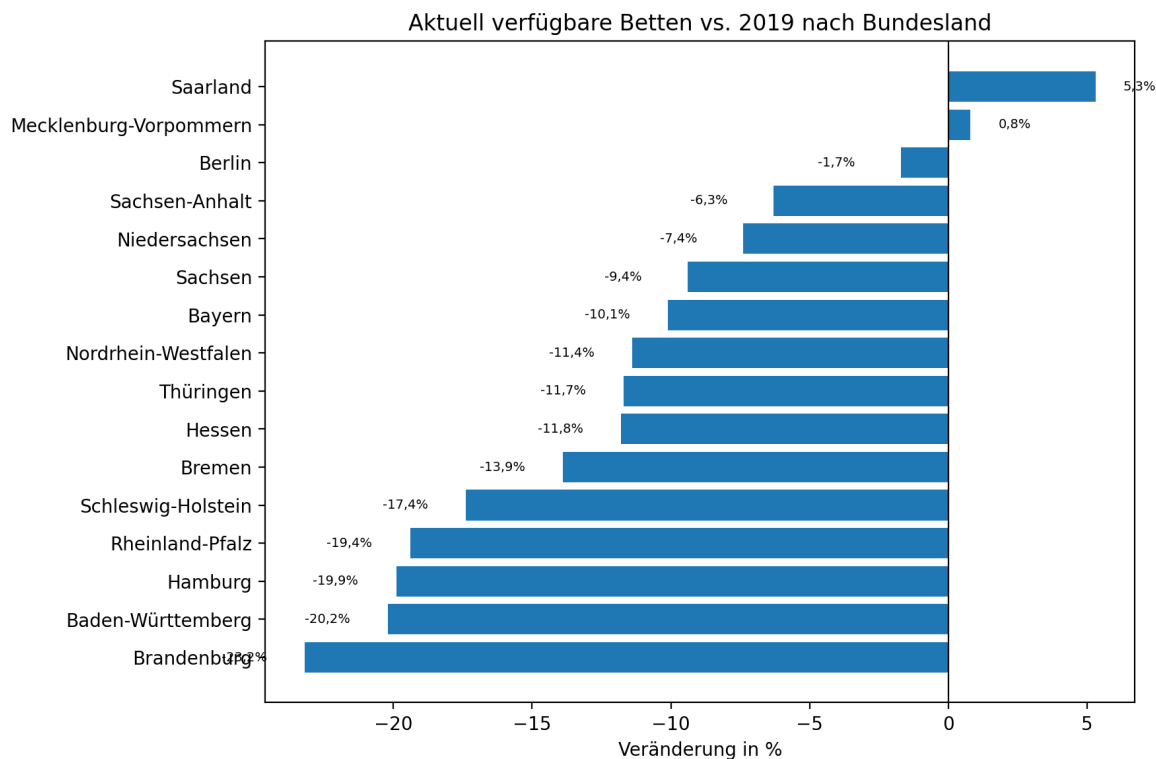


Abb. 3 Veränderung aktuell verfügbarer Betten gegenüber 2019 nach Bundesland.

Tab. 2 ergänzt die grafische Darstellung um eine deskriptive Rohdatenanalyse zentraler Belastungsindikatoren nach Bundesland. Die Länderwerte dienen der regionalen Einordnung, nicht einem Ranking: Die Fallzahlen

unterscheiden sich stark, und die Verteilung der Notfallversorgungsstufen variiert zwischen den Ländern. Prozentwerte bei weniger als zehn teilnehmenden Notaufnahmen sind deshalb besonders zurückhaltend zu interpretieren.

Tab. 2 Deskriptive Detailauswertung zentraler Belastungsindikatoren nach Bundesland (06/2026).

Bundesland	n	Overcrowding Level 4–6	Exit Block*	Kapazitäts-anzeige	Unbesetzte Stellen ÄD/Pflege	Belastung ↑ 12 Monate
Baden-Württemberg	32	50,0%	59,4%	12,5%	71,9%	65,5%
Bayern	38	44,7%	54,1%	31,6%	47,4%	52,6%
Berlin	12	58,3%	50,0%	25,0%	41,7%	41,7%
Brandenburg†	3	33,3%	66,7%	0,0%	66,7%	66,7%
Bremen†	5	60,0%	80,0%	80,0%	60,0%	20,0%
Hamburg†	9	44,4%	88,9%	11,1%	44,4%	66,7%
Hessen	17	52,9%	82,4%	70,6%	70,6%	47,1%
Mecklenburg-Vorpommern†	6	33,3%	66,7%	0,0%	66,7%	50,0%
Niedersachsen	17	47,1%	58,8%	52,9%	58,8%	52,9%
Nordrhein-Westfalen	84	46,4%	59,0%	38,1%	64,3%	44,6%
Rheinland-Pfalz	13	23,1%	53,8%	15,4%	69,2%	53,8%
Saarland†	3	33,3%	100,0%	66,7%	100,0%	33,3%
Sachsen†	8	50,0%	62,5%	12,5%	75,0%	62,5%
Sachsen-Anhalt†	5	20,0%	60,0%	0,0%	60,0%	60,0%
Schleswig-Holstein	12	50,0%	66,7%	41,7%	83,3%	33,3%
Thüringen†	7	14,3%	14,3%	0,0%	71,4%	42,9%

Bei den Bundesländern mit mindestens zehn Rückmeldungen fällt in dieser Stichprobe insbesondere Hessen mit hohen Anteilen für Exit Block (82,4%) und Kapazitätsanzeigen (70,6%) auf. Berlin weist mit 58,3% den höchsten Overcrowding-Anteil dieser größeren Länderstichproben auf; in Schleswig-Holstein berichten 83,3% unbesetzte ärztliche und/oder pflegerische Stellen, in Baden-Württemberg 65,5% eine Belastungszunahme in den letzten zwölf Monaten. Diese Unterschiede sind deskriptiv und dürfen wegen Selektionsrisiken, kleiner Fallzahlen und unterschiedlicher Stufenstruktur nicht als repräsentativer Ländervergleich interpretiert werden.

2. Personalsituation, Overcrowding und Exit Block

Die Personalsituation bleibt ein zentraler Belastungsfaktor. **Abb. 4** fasst die berichteten Personalengpässe zusammen. Unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst und/oder in der Pflege berichten 63,1% der Teilnehmenden; akute Krankheitsausfälle im ärztlichen Dienst und/oder in der Pflege werden von 65,7% berichtet. Lediglich 14,8% gaben an, keinen aktuellen Personalausfall bzw. -mangel zu haben. **Abb. 4** verdeutlicht damit, dass sowohl strukturelle Vakanzen als auch kurzfristige Ausfälle einen großen Teil der Notaufnahmen gleichzeitig betreffen.

Die Verteilung der Overcrowding-Level zeigt, dass Belastung nicht auf wenige Extremfälle beschränkt war. **Abb. 5** stellt die sechs Overcrowding-Level für die vorausgegangenen 24 Stunden dar. 45,0% der Notaufnahmen befanden sich in einem **Overcrowding (Level 4-6)**; 13,7% berichteten ein schwerwiegendes

oder gefährliches Overcrowding (Level 5-6). Im Einzelnen entfielen 2,6% auf Level 1, 22,1% auf Level 2, 30,3% auf Level 3, 31,4% auf Level 4, 8,1% auf Level 5 und 5,5% auf Level 6. **Abb. 5** zeigt damit eine deutliche Konzentration im Übergang von hoher Belastung zu manifestem Overcrowding.

Unter den Notaufnahmen ohne Abmeldung/Kapazitätserschöpfung berichteten 53 von 181 eine Nicht-Abmeldeanweisung in der Klinik (29,3%); 128 von 181 (70,7%) verneinten dies.

Bei den **Exit-Block-bezogenen Ursachen** bzw. Kontexten dominierten **verzögerte Abverlegungen auf Normalstation wegen Bettenmangels (60,9%)**, verzögerte Rücktransporte in die Langzeitpflege bzw. häusliche Versorgung (46,1%) und diagnostische Verzögerungen (45,4%). Weitere relevante Engpässe waren verzögerte Verlegungen auf Intensivstationen (29,9%) und IMC-Stationen (25,1%) sowie verzögerte Konsiliartätigkeit (23,6%). Abb. 6 stellt diese Mehrfachnennungen gegenüber und verdeutlicht, dass der Exit Block nicht auf einen einzelnen Prozessschritt zurückgeführt werden kann, sondern mehrere nachgelagerte Versorgungsbereiche betrifft. Besonders die häufige Verzögerung auf dem Weg zur Normalstation spricht für ein krankenhausesweites Kapazitätsproblem.

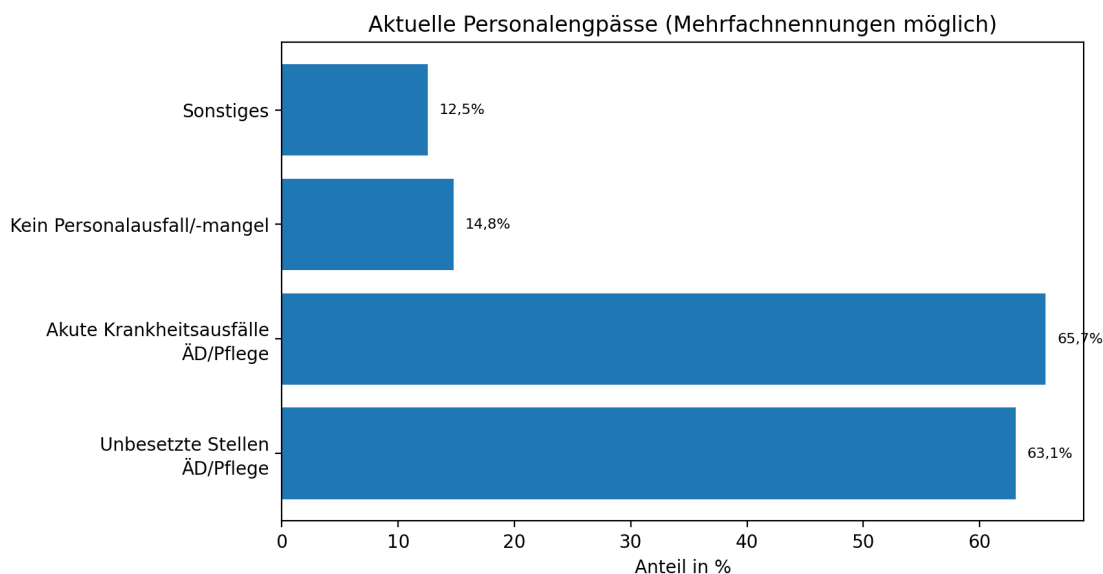


Abb. 4 Personalengpässe in der ZNA (Mehrfachnennungen möglich).

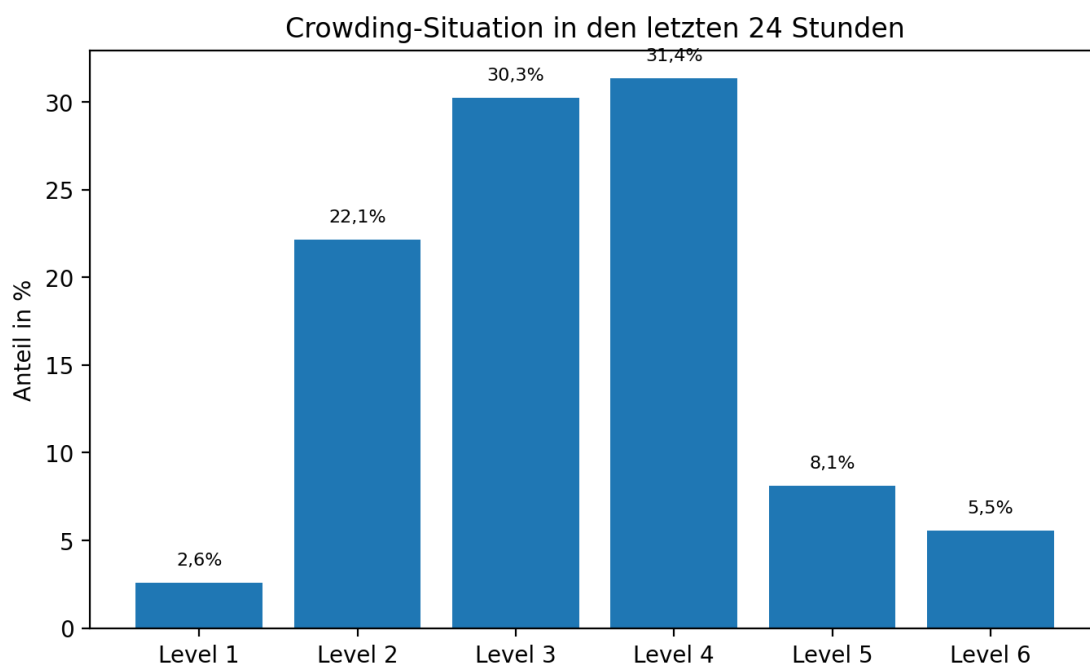


Abb. 5 Crowding-Level in den letzten 24 Stunden.

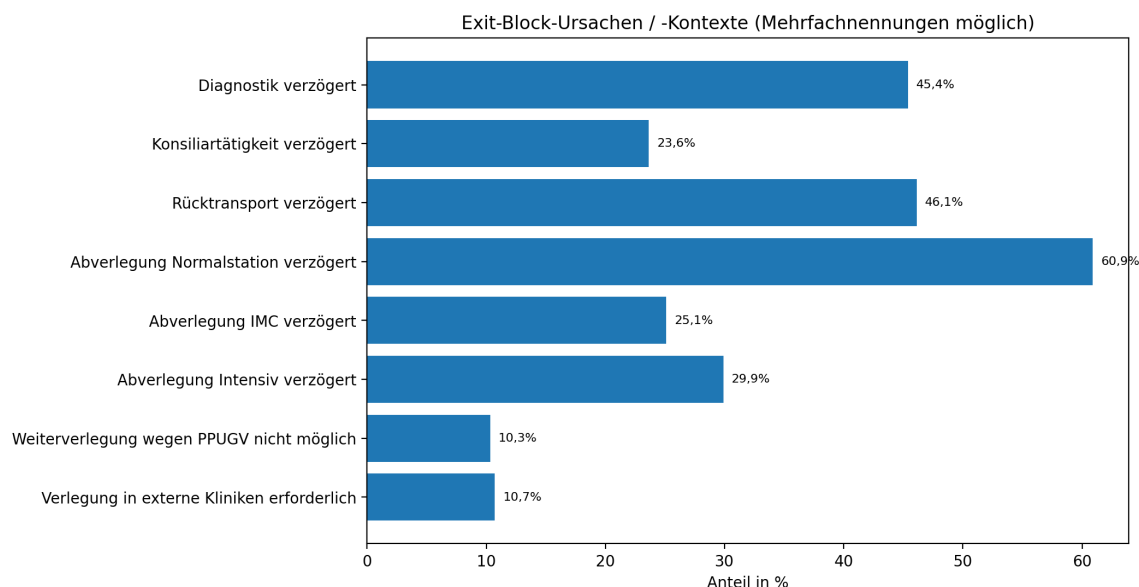


Abb. 6 Exit-Block-Ursachen bzw. -Kontexte (Mehrfachnennungen möglich).

3. Ergebnisse nach Notfallversorgungsstufe

Tab. 3 stellt die zentralen Kennzahlen getrennt nach Basis-, erweiterter und umfassender Notfallversorgung dar. Die Gegenüberstellung zeigt einen deutlichen Anstieg von Patientenvolumen, Overcrowding und Exit Block mit zunehmender Versorgungsstufe; Unterschiede bei Personalengpässen und Abmeldungen folgen dagegen keinem durchgängig linearen Muster. Ergänzend weist **Tab. 3** Krankheitsausfälle sowie die strikt konditional ausgewertete Weiterzuweisung trotz Kapazitätsanzeige aus.

Tab. 3 Zentrale Kennzahlen nach Notfallversorgungsstufe (06/2026).

Kennzahl	Basis (n=82)	Erweitert (n=105)	Umfassend (n=84)
Patientenkontakte 2025 Median	20.000	30.000	42.000
Patientenkontakte/Tag Mittelwert	58,6	84,3	117,5
Unbesetzte Stellen ÄD/Pflege	67,1%	57,1%	66,7%
Overcrowding Level 4–6	28,0%	44,8%	61,9%
Overcrowding Level 5–6	3,7%	13,3%	23,8%
Abmeldung bei Leitstelle	26,8%	33,3%	35,7%
Nicht-Abmeldeanweisung bei Nicht-Abmeldung	27,1% (16/59)	26,5% (18/68)	35,2% (19/54)
Exit Block	47,6%	57,3%	77,4%
Pflegepersonalausstattung nicht ausreichend	70,4%	65,0%	69,9%
Ärztliche Personalausstattung nicht ausreichend	80,0%	58,7%	68,7%
Belastung in 12 Monaten zugenommen	43,9%	48,5%	56,0%
Akute Krankheitsausfälle ÄD/Pflege	64,6%	63,8%	69,0%
Zuweisung trotz Kapazitätsanzeige*	76,2% (16/21)	74,3% (26/35)	86,7% (26/30)

Basisnotfallversorger weisen im Vergleich der drei Stufen die niedrigsten Raten für Overcrowding Level 4–6 (28,0%), schwerwiegendes/gefährliches Overcrowding Level 5–6 (3,7%) und Exit Block (47,6%) auf. Gleichwohl ist die Belastung auch in dieser Gruppe klinisch relevant. Der Median beträgt 20.000 Patientenkontakte pro Jahr, der Mittelwert 58,6 Kontakte pro Tag. Zugleich beurteilen 70,4% die pflegerische und 80,0% die ärztliche Personalausstattung als nicht ausreichend. 43,9% berichten über eine Zunahme der Belastung in den vorausgegangenen zwölf Monaten.

Erweiterte Notfallversorger liegen bei mehreren Belastungskennzahlen zwischen Basis- und umfassender Notfallversorgung. Der Median beträgt 30.000 Patientenkontakte pro Jahr, der Mittelwert 84,3 Kontakte pro Tag. Overcrowding Level 4–6 wurde von 44,8%, Level 5–6 von 13,3% und Exit Block von 57,3% berichtet. Mit 33,3% war die Meldung einer Kapazitätserschöpfung an die Leitstelle in dieser Gruppe am häufigsten. Eine Zunahme der Belastung innerhalb der vergangenen zwölf Monate berichteten 48,5%.

Umfassende Notfallversorger weisen die höchste Versorgungsintensität und die höchsten Overcrowding-Raten auf. Der Median liegt bei 42.000 Patientenkontakten pro Jahr, der Mittelwert bei 117,5 Kontakten pro Tag. 61,9% berichteten Overcrowding Level 4–6, 23,8% Level 5–6 und 77,4% einen Exit Block. Eine Kapazitätserschöpfung wurde von 35,7% angezeigt; unter den Häusern mit Kapazitätsanzeige erhielten 86,7% (26/30) dennoch weitere Zuweisungen. Zudem gaben 56,0% eine Zunahme der Belastung im vorausgegangenen Jahr an. **Abb. 7** vergleicht die zentralen Belastungsindikatoren der drei Notfallversorgungsstufen direkt. Die Abbildung macht sichtbar, dass Overcrowding und Exit Block mit zunehmender Notfallversorgungsstufe deutlich ansteigen, während Personalengpässe und Kapazitätsanzeigen keinen gleichförmigen Stufengradienten zeigen. Dies spricht für zusätzliche lokale und organisatorische Einflussfaktoren.

Nicht-Abmeldeanweisungen wurden bei Notaufnahmen ohne Abmeldung in allen drei Versorgungsstufen berichtet: Basis 27,1% (16/59), erweitert 26,5% (18/68) und umfassend 35,2% (19/54). Damit war eine solche interne Vorgabe bei umfassenden Notfallversorgern am häufigsten. Die Werte beziehen sich ausschließlich auf Häuser ohne gemeldete Kapazitätserschöpfung und dürfen daher nicht auf die Gesamtstichprobe übertragen werden.

Auch bei der Weiterzuweisung trotz angezeigter Kapazitätserschöpfung zeigen sich Unterschiede: 76,2% (16/21) der Basis-, 74,3% (26/35) der erweiterten und 86,7% (26/30) der umfassenden Notfallversorger erhielten trotz Kapazitätsanzeige weitere Notfallpatienten. Explorativ war der Stufengradient für Overcrowding ($p < 0,001$) und Exit Block ($p < 0,001$) statistisch auffällig, nicht jedoch für die Häufigkeit einer Kapazitätsanzeige ($p = 0,444$). Diese Tests sind deskriptiv und nicht für multiples Testen adjustiert.

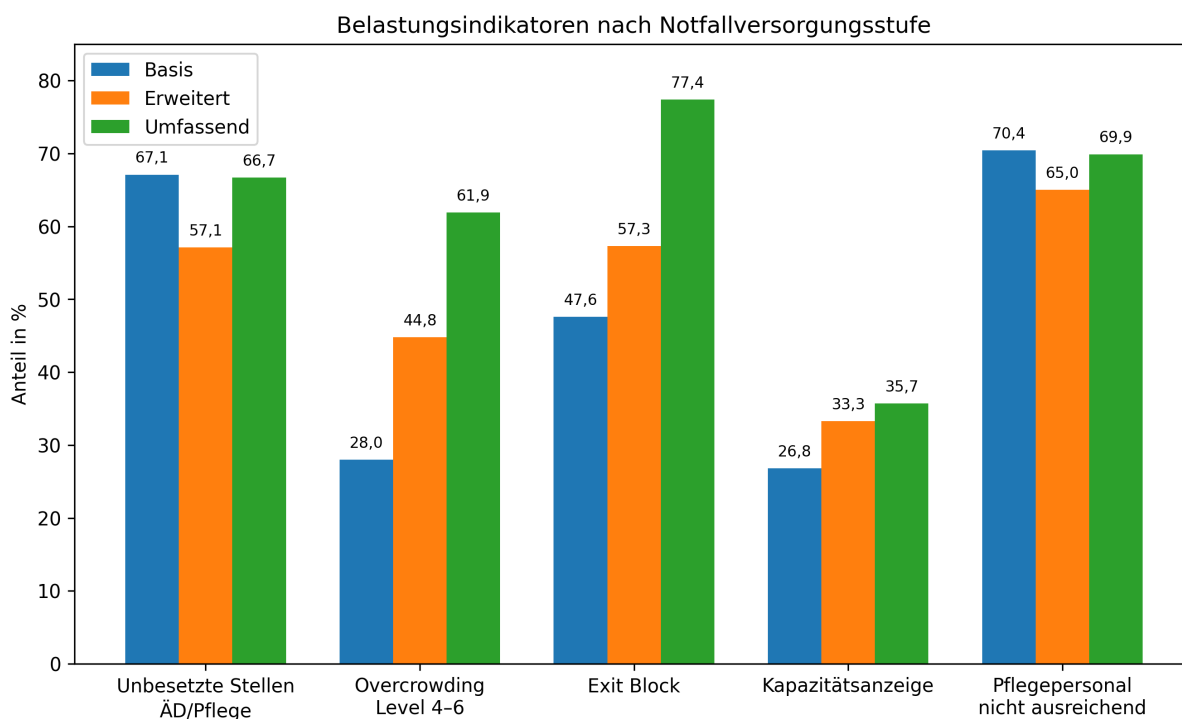


Abb. 7 Vergleich zentraler Belastungsindikatoren nach Notfallversorgungsstufe.

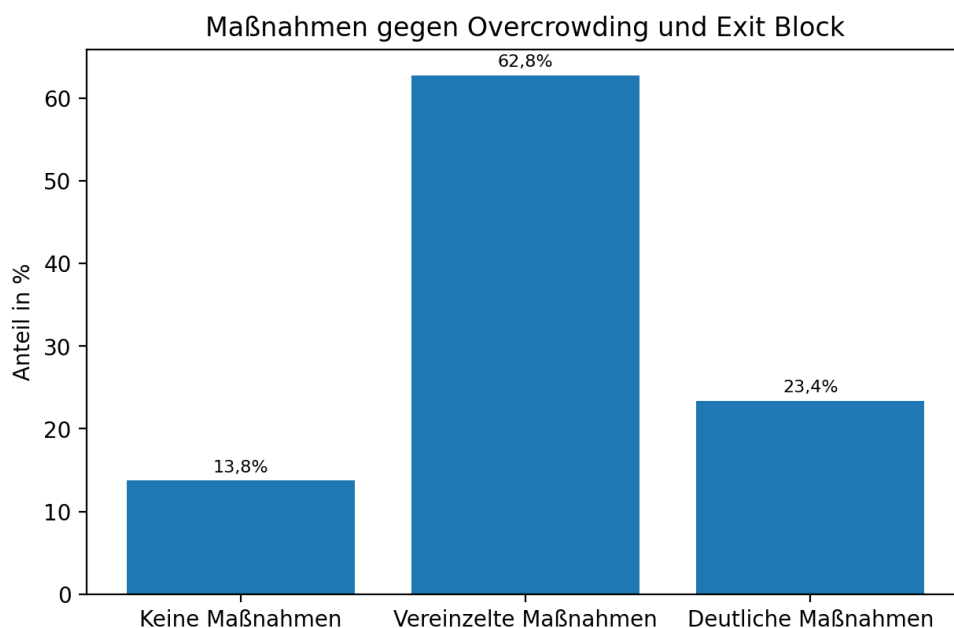


Abb. 8 Maßnahmen gegen Overcrowding und Exit Block in der Gesamtstichprobe.

Die Rückmeldungen zeigen zugleich, dass viele Häuser auf die wiederkehrende Überlastung reagiert haben.

Abb. 8 zeigt den Umfang der bislang ergriffenen Maßnahmen gegen Overcrowding und Exit Block. 62,8% berichteten über vereinzelte Maßnahmen und 23,4% über deutliche Maßnahmen; 13,8% gaben an, keine entsprechenden Maßnahmen ergriffen zu haben. **Abb. 8** verdeutlicht damit einerseits ein gestiegenes Problembewusstsein und zahlreiche lokale Reaktionen, andererseits aber auch, dass strukturelle Engpässe durch lokale Prozessoptimierung allein nicht vollständig kompensiert werden können.

5. Interpretation

Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich eine breite und stufenübergreifende Belastung der Notaufnahmen ableiten. Die Kombination aus Personalengpässen, reduzierter Bettenverfügbarkeit, häufigem Overcrowding und Exit Block spricht für eine systemische Belastung der gesamten Versorgungskette.

Die Bundesländerauswertung zeigt zudem, dass die Problematik geografisch breit verteilt ist, auch wenn Umfang und Struktur der Belastung regional unterschiedlich ausfallen. Gleichzeitig zeigt sich auf Ebene der Notfallversorgungsstufen ein klarer Gradient: Mit zunehmender Versorgungsstufe steigen Patientenvolumen, Overcrowding und Exit Block deutlich. Wegen der von der Referenzverteilung abweichenden Stichprobenstruktur sollten die Ergebnisse jedoch nicht als repräsentative Prävalenzschätzung für alle deutschen Notaufnahmen interpretiert werden.

6. Kernaussagen aus Sicht der DGINA

- Die Blitzumfrage zeigt keine punktuelle, sondern eine **flächige Belastung der Notaufnahmen in Deutschland**.
- Das Problem ist nicht auf einzelne Häuser oder einzelne Bundesländer begrenzt; es betrifft **alle Notfallversorgungsstufen**, wenn auch mit unterschiedlicher Intensität.
- Besonders deutlich wird die Belastung an den umfassenden Notfallversorgern: Hier werden die höchsten Raten an Overcrowding, Exit Block und wahrgenommener Belastungszunahme berichtet.
- Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Situation der Notaufnahmen eng mit Engpässen in den stationären Kapazitäten und im Personal zusammenhängt.
- Zusätzlich gaben 29,3% der nicht abgemeldeten Notaufnahmen eine Nicht-Abmeldeanweisung an; dies sollte bei der Bewertung von Abmeldequoten berücksichtigt werden.
- höchsten Werte für Overcrowding und Exit Block.