

Notfallgebühr – eine akademische Perspektive

Prof. Dr. med. Wolf Hautz, MME; wolf.hautz@insel.ch

1.05.2025

Notaufnahmen weltweit sind stark belastet. Diese Belastung hat sich seit der Covid-19 Pandemie verstärkt und macht auch vor den Notaufnahmen im deutschsprachigen Raum und der Schweiz nicht halt. Über diesen Befund besteht relativ grosse Einigkeit.

Uneinig ist man sich aber in den Massnahmen, die geeignet sein könnten, um die Überlastung der Notaufnahmen zu reduzieren. Ein wiederholt geäussertes Vorschlag in der Schweiz und Deutschland ist die Einführung einer Notaufnahmegebühr, die versucht, eine steuernde Wirkung auf sogenannte «Bagatellen» zu entfalten und Patienten mit nur leichten Beschwerden in andere Versorgungsstrukturen zu lenken. Aus Sicht der notfallmedizinischen Forschung und Praxis ist es unwahrscheinlich, dass eine solche Gebühr die erhoffte Wirkung erzielt. Vielmehr erscheint eine gegenteilige Wirkung nicht ausgeschlossen. Im Folgenden stelle ich die dieser Einschätzung zugrundeliegenden Argumente dar:

- 1) **«Bagatellen» sind nicht das Problem der Notaufnahmen.** In europäischen Notaufnahmen machen Patienten mit niedriger Behandlungsdringlichkeit etwa 5% des gesamten Patientenaufkommens der Notaufnahmen aus. Abb 1 stellt die Behandlungsdringlichkeit von Notfallpatienten am Inselspital Bern der letzten 2 Jahre dar. Das sogenannte Crowding, also das substantielle Überschreiten der Behandlungskapazitäten einer Notaufnahme mit konsekutiv verlängerten Wartezeiten für Patienten und Ambulanzen ist weniger durch eine Überlastung mit Bagatellfällen als vielmehr durch den sogenannten Exit-Block zu erklären.¹ In der Schweiz werden etwa 25-30% der Notfallpatienten stationär aufgenommen. Verzögert sich diese Aufnahme aufgrund fehlender stationärer Betten, führt dies zum Notaufnahme Crowding. Ursächlich für fehlende stationäre Betten ist im Wesentlichen der zunehmende Mangel an Pflegekräften. Eine Notaufnahmegebühr löst dieses Problem nicht.

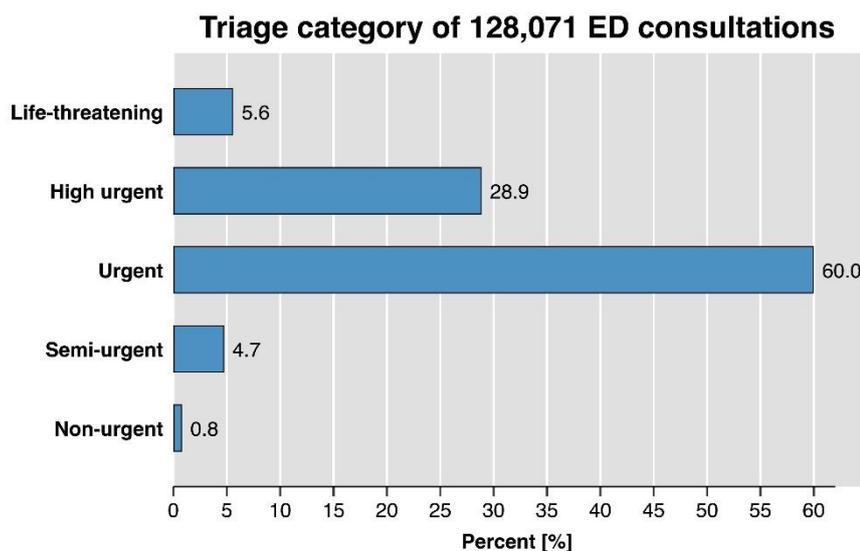


Abb1: Behandlungsdringlichkeit der Notfallpatienten des Inselspitals Bern 2023-2024.

- 2) **Notaufnahmen brauchen «Bagatellen».** Die Anzahl gleichzeitig in einer Schweizer Notaufnahme anwesenden Patienten schwankt über den Tagesverlauf und ist in allen Schweizer Notaufnahmen etwa ähnlich, mit einem Belastungsmaximum am Nachmittag und frühen Abend. Die räumliche Ausstattung der Notaufnahmen wird aber typischerweise an der durchschnittlichen Auslastung orientiert, was in Zeiten hoher Belastung zu einer räumlichen Unterkapazität führt. Die Personalausstattung lässt sich zwar über die Tageszeit hinweg steuern, wird aber häufig an der durchschnittlichen tageszeitlichen Auslastung orientiert. Die minimale / maximale Belastung weicht von diesem zeitabhängigen Durchschnitt jedoch stark ab – Am Inselspital Bern beispielsweise um bis zu 50%. Abb 2 stellt die Anzahl der gleichzeitig im Notfall anwesenden Patienten am Inselspital über der Tageszeit dar, im Durchschnitt (rot), sowie im 20 / 80% Perzentil (blau). Das 80% Perzentil bedeutet: an 80% aller Tage waren um 16 Uhr weniger als 52 Patienten gleichzeitig anwesend (an 63 Tagen im Jahr aber eben auch mehr). Ist die Personalplanung am Durchschnitt (40 Patienten um 16 Uhr) orientiert, führt dies an 182 Tagen im Jahr zu einer Überlastung. Patienten mit niedriger Behandlungspriorität erlauben es, eine solche Überlastung abzufangen, indem ihre Behandlung in belastungsärmere Zeiten verschoben wird, die Patienten also warten – gleichzeitig aber in die Personal- und Raumplanung einfließen. Deshalb brauchen Notaufnahmen einen Anteil an leichten Fällen.

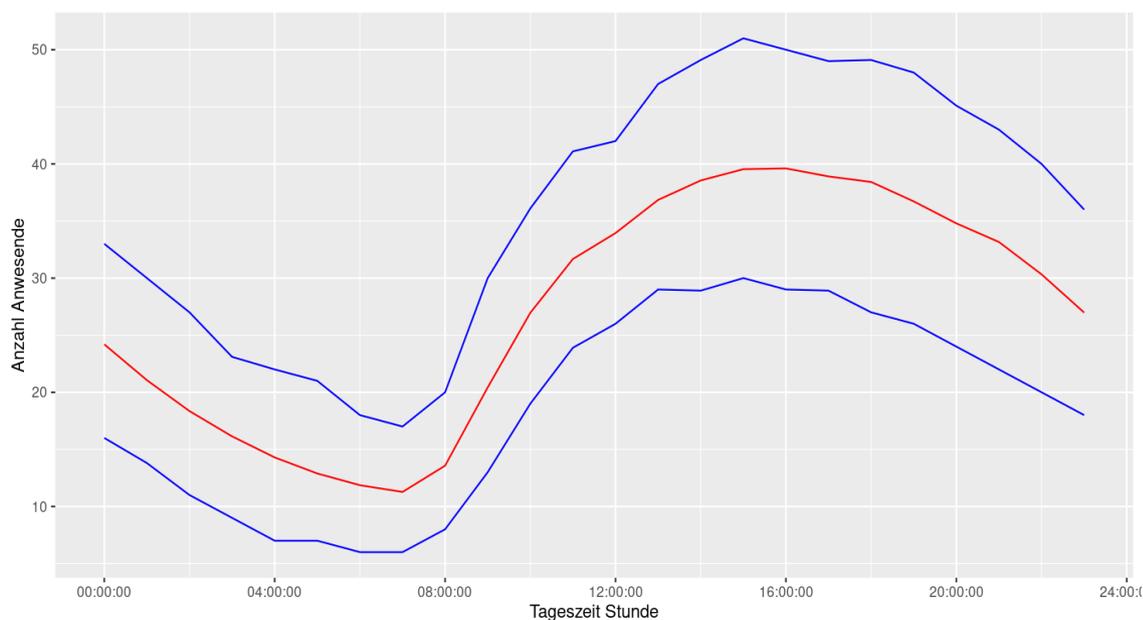


Abb2: Durchschnittlich (rot) anwesenden Patienten im Inselnotfall pro Stunde im Jahr 2024 mit 20/80 % Perzentil (blau)

- 3) **Die zuverlässige Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit ist schwierig und für Patienten unmöglich.** Das Patientenaufkommen in einer Notaufnahme ist nicht planbar. Deshalb kann es zur Überschreitung von Behandlungskapazitäten kommen, wodurch die Sicherheit von Patienten gefährdet werden kann. Weltweit werden deshalb verschiedene Systeme in Notaufnahmen eingesetzt, um die Behandlungsdringlichkeit der Patienten abzuschätzen und eine Behandlungspriorisierung vorzunehmen (Triage). Hierzu existieren verschiedene, in der Regel 3-5 stufige Systeme. Anhand von definierten Variablen wie Leitsymptom, Herzfrequenz, Blutdruck, Sauerstoffsättigung und Schmerzintensität nimmt speziell dafür geschultes Personal eine Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit vor. Eine Literaturliteraturanalyse der Kollegen aus Basel und Luzern kam kürzlich zum Schluss, dass die

Zuverlässigkeit der verwendeten Triage-Systeme (ihre Reliabilität, also die Übereinstimmung in der Einschätzung des gleichen Patienten durch unterschiedliche Triagekräfte) unterschiedlich, aber nie sehr gut ist (Kappa 0.4-0.8).² Als Alternative zur Triage durch Fachpersonen gäbe es zudem durch die Patienten selbst genutzte, sogenannte Symptom Checker. Dies sind Apps, in welche Patienten selbst ihre Beschwerden eingeben und die die Behandlungsdringlichkeit (oft zusammen mit einem Vorschlag für einen Behandlungsort wie Notaufnahme oder Hausarzt) einschätzen. Die bisher verfügbaren Systeme liefern bestenfalls mässig zuverlässige Einschätzungen und tendieren dazu, die Behandlungsdringlichkeit zu überschätzen³ – aggravieren also die Anzahl der Notfallvorstellungen.

In Summe haben also sowohl Fachpersonen als auch entsprechende Apps bisher Schwierigkeiten, die Behandlungsdringlichkeit von Notfallpatienten zuverlässig einzuschätzen; daraus ergibt sich die Frage, warum ein Patient selbst in dieser Einschätzung besser sein könnte, was ja Voraussetzung dafür ist, dass der Patient die überflüssige Vorstellung in der Notaufnahme auch hätte vermeiden können.

- 4) **Behandlungsdringlichkeit ist nicht gleich Behandlungsnotwendigkeit.** Verschiedene Studien haben evaluiert, ob die mittels Triage eingeschätzte Behandlungsdringlichkeit mit der Behandlungsnotwendigkeit korreliert. Eine Behandlungsnotwendigkeit ergibt sich z.B. immer dann, wenn ein Notfallpatient stationär aufgenommen wird oder diagnostische oder therapeutische Ressourcen eingesetzt werden, die typischer Weise nicht in der hausärztlichen Versorgung verfügbar sind (beispielsweise Computertomographie, Bluttransfusion oder intravenöse Medikation). Typisches Ergebnis dieser Studien ist, dass die verwendeten Triageinstrumente ungeeignet sind, die Behandlungsnotwendigkeit einzuschätzen.⁴
- 5) **Eine Gebühr ist ein Preis.** Eine berühmt gewordene Studie der Verhaltenspsychologie wurde Anfang der 2000er Jahre in Israel durchgeführt. Eltern von Kindertagesstätten kamen häufig zu spät, um ihre Kinder abzuholen. Es wurde eine zeitabhängige Gebühr für das Zuspätkommen eingeführt: je später, desto teurer. Innerhalb kurzer Zeit hat sich das Zuspätkommen... Verdoppelt! Eltern gaben an, nun ja für ihr Zuspätkommen bereits bezahlt zu haben. Die Straffe wirkte also wie eine Gebühr, für die man sich gleichsam die Berechtigung erkaufen konnte, zu spät zu kommen.⁵
- 6) **Vergleichbare Maßnahmen verfehlten ihre Ziele:** In Deutschland wurde 2004 eine allgemeine Praxisgebühr eingeführt, um unnötige Arztbesuche einzudämmen. Diese Maßnahme blieb ohne den erhofften Steuerungseffekt und wurde 2013 wieder abgeschafft. Eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung zeigte, dass vor allem einkommensschwache Versicherte aufgrund der Gebühr Arztbesuche vermieden. Das heißt, die Gebühr hielt eher vulnerable Gruppen von notwendiger Behandlung ab, ohne die grundsätzliche Inanspruchnahme insgesamt nachhaltig zu senken.⁶ Dieses unerwünschte Ergebnis ist besorgniserregend, da gerade Patienten mit schlechterem Gesundheitszustand ihre Arztbesuche am stärksten reduzierten.

Zusammenfassend besteht Einvernehmen über den Befund, dass Notaufnahmen in der Schweiz überlastet sind. Eine Notaufnahmegebühr adressiert die Ursachen dieses Problems nicht und ist daher ungeeignet, es zu lösen. Im Gegenteil ist zu befürchten, dass eine entsprechende Gebühr gegenteilige Effekte haben kann.

Quellen:

1. Boyle A, Higginson I, Sarsfield K, Kumari P. RCEM Acute Insight Series: Crowding and its Consequences. Published online November 2021. https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/11/RCEM_Why_Emergency_Department_Crowding_Matters.pdf
2. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(50):892-898. doi:10.3238/arztebl.2010.0892
3. Semigran HL, Linder JA, Gidengil C, Mehrotra A. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *BMJ.* Published online July 8, 2015:h3480. doi:10.1136/bmj.h3480
4. Slagman A, Greiner F, Searle J, et al. Suitability of the German version of the Manchester Triage System to redirect emergency department patients to general practitioner care: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(5):e024896. doi:10.1136/bmjopen-2018-024896
5. Gneezy U, Rustichini A. A Fine Is a Price. *The Journal of Legal Studies.* 2000;29(1):1-17.
6. Bertelsmann Stiftung. Praxisgebühr zeigt unerwünschte Nebenwirkungen. Praxisgebühr zeigt unerwünschte Nebenwirkungen. September 1, 2005. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/bertelsmann-stiftung-praxisgebuehr-zeigt-unerwuenschte-nebenwirkungen>