

Notfall Rettungsmed 2007 · [jvn]:[afp]–[alp]  
 DOI 10.1007/s10049-007-0894-7  
 Online publiziert: 16. März 2007  
 © Springer Medizin Verlag 2007

## Redaktion

W. Dick, Mainz  
 S. Reiter-Theil, Basel

P. Berchtold

College für Management im Gesundheitswesen, Bern

# Ethische Konfliktfelder in der Notfallversorgung

## Allokation von Ressourcen, Triage und Behandlungsentscheidungen aus Sicht von Management und Ökonomie

**Die Notfallversorgung spielt in mehrfacher Hinsicht eine – im wörtlichen Sinne – ausschlaggebende Rolle: aus Sicht der Patienten beeinflussen zeitgerechte und wirksame Erstversorgung, Triage und Notfallbehandlung in wesentlichen Teilen Möglichkeiten und Outcome nachfolgender Maßnahmen. Aber nicht nur dies, denn mit Erstversorgung, Triage und Notfallbehandlung werden gleichzeitig Entscheidungen mit klinischen und weit reichenden ökonomischen Konsequenzen gefällt. Entscheidungen, welche zudem (fast) immer auf unsicherem Grund, d. h. in Zeitnot, ohne ausreichende Informationen und vor allem mit schwer abschätzbaren Ergebnissen zustande kommen.**

Aus ökonomischer Sicht sind klinische Entscheidungen v. a. Ressourcenentscheide. In der Notfallversorgung sind diese deshalb besonders prekär, weil es sich hier in erheblichem Maß um Ressourcen für sog. Vorhalteleistungen (Rettungspersonal, Ambulanzfahrzeuge etc.) handelt, d. h. Leistungen, welche bereitgehalten werden müssen ohne zu wissen, ob und inwieweit sie notwendig sind. Vor dem Hintergrund steigender Kosten in der Gesundheitsversorgung ist es folglich nicht verwunderlich, dass die Notfallversorgung bzw. deren Finanzierung und Steuerung auch in den Fokus von Politikern und Finanzierenden gerät.

Aus Sicht von Management und Ökonomie stellt sich die Frage, wie die Notfallversorgung gesteuert bzw. deren Ressourcenbedarf optimiert oder sogar beschränkt werden kann. Denn angesichts der demo-

grafischen und medizintechnischen Entwicklungen ist zukünftig ein „Mehr“ an Steuerung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung wohl unumgänglich. Grundsätzlich bieten sich in Gesundheitssystemen 4 Steuerungsansätze an:

- Über Finanzströme und Leistungsvergütung,
- über definierte Behandlungsprozesse,
- über Normen und Qualitätsstandards,
- über Strukturen und Organisationen.

Im Folgenden sollen die verschiedenen Steuerungsmöglichkeiten sowie deren An- und Herausforderungen dargestellt werden.

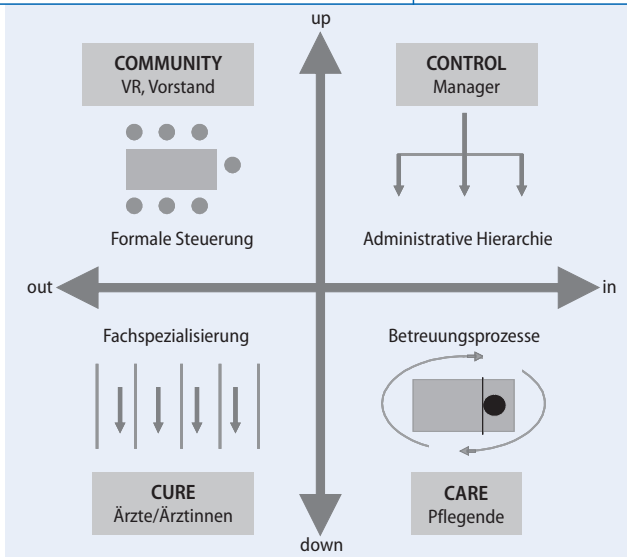
### Steuerung über Leistungsvergütung

Die Gesundheitsversorgung ist mehrheitlich solidarisch, d. h. durch den Staat oder gesetzliche Krankenkassen finanziert. Der „extremste“ finanzielle Steuerungsansatz ist, bestimmte Leistungen nicht mehr zu vergüten, mit anderen Worten und sofern es sich um notwendige und nützliche Leistungen handelt, diese zu rationieren. Ein Ausschluss definierter, notwendiger Leistungen aus der Vergütungspflicht ist gleichbedeutend mit einer Einschränkung des Zugangs zu denselben Leistungen und entspricht damit einer expliziten Rationierung [13]. Eine derartige Leistungsbeschränkung wird heute mit Blick auf die steigenden Gesundheitskosten immer wieder gefordert und gleichzeitig von einem wachsenden Prozentsatz bzw. der Mehrheit der Bevölkerung – mindestens in der Schweiz – abgelehnt [1, 4]. Die Frage, ob eine explizite

Rationierung in der Gesundheitsversorgung und im Speziellen für die Notfallversorgung aus ethischer Sicht überhaupt zulässig ist, soll an dieser Stelle anhand von 2 Postulaten verneint werden:

- Eine explizite Rationierung, welche durch ungenügend vorhandene Finanzmittel in der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung begründet wird, wäre nur dann zulässig, wenn diese Finanzmittel in optimal effizienter Art eingesetzt werden. Mit anderen Worten, solange ein erhebliches Potenzial zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung (Rationalisierung) vermutet werden muss, ist eine explizite Leistungsbeschränkung abzulehnen.
- Da Gesundheit ein öffentliches Gut ist, könnten nur Leistungen mit kleinsten und begrenzten (öffentlichen) „Folgeschäden“ vorenthalten werden. Dies kann in der Notfallversorgung kaum der Fall sein, da hier vor allem Triage und Erstbehandlung durchgeführt werden bzw. Erfolgchancen und Nutzen weiterer Behandlungen nur eingeschränkt beurteilt werden können.

Von der expliziten Leistungsbeschränkung ist die implizite, d. h. verdeckte Rationierung abzugrenzen, welche häufig im Zusammenhang mit Globalbudget, Budgetverantwortung und Sparanreizen diskutiert bzw. vermutet wird. Die Frage, ob, in welchem Ausmaß und in welcher Form in der Schweiz eine implizite Rationierung von medizinischen Leistungen verbreitet sei, wurde in 2 kürzlich veröffentlichten Studien untersucht. Trotz großer (regionaler) Variabilitäten beim Zugang zu verschiedenen



**Abb. 1** ◀ Akutversorgung nach dem Modell von Glouberman u. Mintzberg

medizinischen Leistungen fanden die Studien keine Indizien für ein Vorkommen von impliziter Rationierung [2]. Demgegenüber berichten andere Untersuchungen, dass bei eingeschränkter Verfügbarkeit bestimmter Ressourcen – beispielsweise von Intensivpflegebetten – Patienten die entsprechenden Leistungen aufgrund medizinischer Überlegungen vorenthalten wurden [9]. Vor allem die Studie von Hurst et al. [7] belegt eine deutliche Prävalenz von „Rationierung am Krankenbett“, auch in der Schweiz (vgl. dazu Reiter-Theil et al. in diesem Heft, die das Problem der Rationierung unter ethischen Aspekten diskutieren).

### Vergütungssysteme

Die Steuerung über Leistungsvergütung stützt sich auf die Annahme, dass Vergütungssysteme das Verhalten der (ärztlichen) Leistungserbringer (Verordnen von medizinischen Maßnahmen, Verschreiben von Medikamenten etc.) und damit die Kosten wie auch die klinische Qualität beeinflussen. Grundsätzlich kommen folgende Vergütungssysteme zur Anwendung:

- Fee-for-Service (Einzelleistungsvergütung, FFS): Vergütung jeder einzelnen Leistung durch einen gemäß Tarifordnung festgelegten Geldbetrag,
- Salär: leistungsunabhängige Entlohnung im Angestelltenverhältnis,
- Budgetverantwortung: mit oder ohne Bonus-Malus-System, welches sich an der Budgeteinhaltung orientiert,
- Capitation (Kopfpauschale): Form der Leistungsvergütung, bei der die Leistungserbringer meist im Rahmen sog.

Leistungsaufträge für die Versorgung eines Versicherten für einen definierten Zeitraum (z. B. 1 Jahr) eine festgelegte Summe im voraus und unabhängig von der Leistungsbeanspruchung erhalten.

Traditionell findet das System des Fee-for-Service v. a. im ambulanten (ärztlichen) Bereich Anwendung, während in den Krankenhäusern auf Salärbasis vergütet wird. Zurzeit wird in vielen Ländern mit unterschiedlichen Systemen experimentiert. In den USA beispielsweise bezahlen 23% der Health Plans ihre Grundversorger per Salär, 35% durch Capitation und 36% nach Einzelleistungsvergütung [7, 8, 6]. Neben diesen Hauptformen gibt es eine Vielzahl von Mischformen. So praktizieren Dänemark und die Niederlande eine Mischung von Capitation und FFS. Großbritannien, Norwegen und die Schweiz praktizieren alle genannten Vergütungsformen, wobei in der Schweiz das Fee-for-Service das vorherrschende Prinzip ist.

Von der an sich plausiblen Hypothese, wonach die Vergütungsform das ärztliche Verhalten beeinflusst, werden häufig folgende – ebenso wenig „bewiesene“ – Aussagen abgeleitet:

- Die Einzelleistungsvergütung führt zur Mengenausweitung und damit zur Überversorgung.
- Kopfpauschalen (und in geringerem Maß auch das Bonus-Malus-System) führen zu impliziter Rationierung und zu schlechterer Qualität.
- Die fixe Salarierung führt mangels irgendwelcher Anreize zu Ineffizienz.

Vor dem Hintergrund der Diskussionen um Rationierung ja oder nein bzw. der Kontrolle von steigenden Gesundheitskosten ist hier in allen Gesundheitssystemen ein erheblicher Forschungsbedarf zu orten.

### Steuerung über Behandlungsprozesse und Qualitätsstandards

Rationalisieren in der Gesundheitsversorgung meint in erster Linie Steuern und Optimieren der Leistungsprozesse mit 2 unterschiedlichen Zielsetzungen:

- Durch eine Systematisierung der Abläufe soll eine Verminderung der traditionellen Variabilität und damit eine bessere Effektivität und Effizienz von Behandlung und Betreuung erreicht werden,
- durch Festlegen von expliziten Standards und Evaluieren entsprechender Indikatoren sollen Prozess- und Ergebnisqualitäten optimiert werden.

Das bekannteste Instrument zur Steuerung und Optimierung von Behandlungsprozessen sind Guidelines bzw. Behandlungsleitlinien. Viele Studien belegen, dass Guidelines, d.h. eine evidenzbasierte Orientierung der Behandlung, deren Outcome, Effektivität und Effizienz zu optimieren vermag [12].

Der aktuelle Forschungsschwerpunkt bezüglich Guidelines sind die sog. Implementierungsstrategien, d.h. die Frage, wie Gesundheitsfachpersonen motiviert werden können, Guidelines konsequent anzuwenden. Denn eine ausschließlich passive Verbreitung von Behandlungsleitlinien (z. B. Publikation in Fachzeitschriften) löst (zu) wenig Verhaltensänderung der Fachpersonen aus. Beispiele solcher Implementierungsstrategien sind strukturiertes Feedback (an die behandelnden Fachpersonen), Peer-Review-Modelle, Critical-incident-reporting-Systeme (CIRS), computerbasierte Medical-decision-support-Systeme (medizinische Entscheidungshilfe) und Simulationsmodelle. Letztgenannte werden insbesondere in der Notfallversorgung – infolge der Notwendigkeit zu Vorhalteleistungen – zur Optimierung der Ressourcenallokation erfolgreich eingesetzt [10]. Ein weiterer, aus ökonomischer Sicht relevanter Aspekt in der Notfallversorgung ist eine Triage, welche neben klinischen Dimensionen auch solche zur Unterstützung einer möglichst

effizienten Allokation vorhandener Mittel berücksichtigt [11].

## Steuerung über Strukturen und Organisationen

Steuern über Strukturen und Organisationen meint Vernetzen derselben. Das will nicht heißen, dass heute in der Gesundheitsversorgung nicht vernetzt gearbeitet wird, es geht um einen höheren Vernetzungsgrad. Warum? Das Besondere am Gesundheitswesen ist, dass es – im Gegensatz zu vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen – weder bei uns noch sonst irgendwo als kohärentes System existiert, sondern aus unterschiedlichen Teilsystemen besteht. Diese Teilsysteme sind durch die häufig beklagten Schnittstellen getrennt (beispielsweise die Trennlinie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung) und durch ihre je eigenen Historien, Kulturen und Logiken charakterisiert. Dies heißt auch, dass Vernetzung innerhalb der Teilsysteme etwas ist, Zusammenarbeit zwischen denselben aber etwas ganz anderes.

### ► In der Notfallversorgung spielt die Fragmentierung durch Teilsysteme eine prekäre Rolle

In der Notfallversorgung spielt diese Fragmentierung durch Teilsysteme eine prekäre Rolle, u. a. weil Notfallstationen beispielsweise exakt auf der Schnittlinie zwischen „ambulant“ und „stationär“ arbeiten. Hilfreich für das Verständnis der damit verbundenen Herausforderungen ist ein Modell von Glouberman u. Mintzberg, welches aufzeigt, wie sich die Akutversorgung in Krankenhäusern (und in Analogie dazu in Gesundheitssystemen) seit langem in 4 unterschiedliche Subsysteme „Cure“, „Care“, „Control“ und „Community“ differenziert hat (■ **Abb. 1**; [5]).

„Cure“, die Mediziner, und „Care“, die Pflegenden, arbeiten beide im operativen Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung der Patienten. Und trotzdem trennen ganz unterschiedliche Grundverständnisse diese beiden Subsysteme: Mediziner profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheide und orientieren sich gerne außerhalb der Spitalhierarchie. Die Pflegenden

## Zusammenfassung · Abstract

Notfall Rettungsmed 2007 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s10049-007-0894-7  
© Springer Medizin Verlag 2007

P. Berchtold

### Ethische Konfliktfelder in der Notfallversorgung. Allokation von Ressourcen, Triage und Behandlungsentscheidungen aus Sicht von Management und Ökonomie

#### Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund steigender Kosten in der Gesundheitsversorgung gerät auch die Notfallversorgung bzw. deren Finanzierung und Steuerung in den Fokus von Politikern und Finanzierenden. Aus ökonomischer Sicht stellt sich hier die Frage, wie die Notfallversorgung gesteuert bzw. deren Ressourcenbedarf optimiert oder sogar eingeschränkt werden kann. Die Steuerung über die Leistungsvergütung und damit eine Rationierung in der Notfallversorgung ist aus ethischer Sicht nicht zulässig. Durch eine Systematisierung und Integration von Behandlungsabläu-

fen kann eine bessere Effektivität und Effizienz erreicht werden, Prozess- und Ergebnisqualität können optimiert werden. Vor allem durch einen höheren Vernetzungsgrad zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen können insbesondere an den Schnittstellen Reibungsverluste vermindert werden, sodass eine ökonomischere Versorgung auch in der Notfallversorgung möglich ist.

#### Schlüsselwörter

Notfallversorgung · Ökonomie · Ressourcenallokation · Rationierung · Ethik

### Ethical conflicts in emergency care services: Allocation of resources, triage, and treatment decisions from the viewpoint of management and economics

#### Abstract

In view of increasing costs for health care, emergency services, including financing and management, have come under the scrutiny of politicians and financiers. From an economic perspective the question arises of how emergency care can be managed and resource needs optimized or even reduced. Regulating emergency care services by adopting a performance-based remuneration scheme, which is tantamount to rationing, is not permissible from an ethical standpoint. By establishing treatment workflows, improved effectiveness and efficacy can be obtained through systematization

and integration. Therefore, process and result quality can be optimized. There is considerable room for improvement on the part of those involved in conscientiously implementing these strategies. A higher grade of networking in the health care system can decrease friction loss at interfaces so that it is also possible to provide more economical care in emergency services.

#### Keywords

Emergency care services · Economy · Resource allocation · Rationing · Ethics

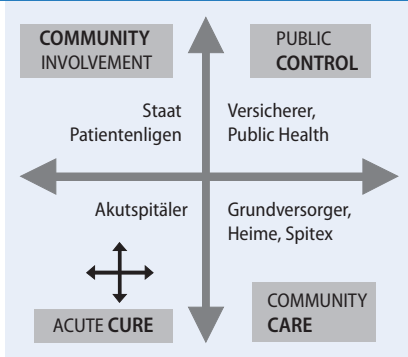


Abb. 2 ▲ Schnittstellen im Gesundheitswesen

widmen sich v. a. den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich innerhalb der Organisation. „Control“, das „Management“, identifiziert sich mit der Hierarchie, kontrolliert Ressourcen – Budget, Betten, Stellen – und hat die Aufgabe, mittels messbarer Kriterien und Anreize das Spital zu leiten. Das der Gesamtorganisation vorgesetzte Gremium („Community“) ist zur Übersicht verpflichtet und bildet gleichzeitig die formale Verbindung zur Außenwelt.

Alle diese Quadranten bzw. die darin arbeitenden Menschen zeichnen sich durch für sie eigene Arbeitsverständnisse, Kulturen, Hierarchiebezüge und Orientierungen aus. Diese wurden ihnen nicht in die Wiege gelegt, sondern sie haben sie während ihres beruflichen Werdegangs akquiriert. Die so häufig beklagte „Unführbarkeit“ von Krankenhäusern beruht wesentlich auf eben diesen Unterschieden.

Auf der Stufe „Gesundheitswesen“ ist ein analoges Bild auszumachen (■ Abb. 2). Man braucht dazu nur das beschriebene Modell auf Systemebene anzuheben: „Cure“ repräsentiert dann die Akutkrankenhäuser, „Care“ die Grundversorger, Heime und ambulante Pflege (in der Schweiz: „Spitex“), „Control“ die Krankenkassen und regulierenden Instanzen sowie „Community“ den Staat. Die beschriebenen Unterschiede treffen weitgehend auch hier zu, man muss sich nur an Diskussionen zwischen Krankenkassen und Ärztevertretern, Grundversorgern und Krankenhäuser oder eben Notfallstationen und niedergelassenen Ärzten erinnern. Sie alle haben ihre eigenen Haltungen und Wertvorstellungen und sie zweifeln – mindestens im Konfliktfall – am Stellenwert der jeweils anderen!

## Vernetzungsstrategien

Der Schnittlinien sind also viele, Vernetzung bzw. Integration ist gefragt. Welche Verknüpfungsstrategien bieten sich an?

- Erstens ein integratives Verständnis, will heißen, unterschiedliche Haltungen und Wertvorstellungen als innere Logik der jeweils anderen Akteurguppen verstehen. Denn nur so lassen sich immer vorhandene gegenläufige Interessen konstruktiv überwinden.
- Zweitens ein integratives Handeln, will heißen, beispielsweise Projekte und Initiativen nicht nur im Licht der eigenen Anliegen, sondern unter Berücksichtigung der Interessen der beteiligten Akteure entwerfen und bearbeiten.
- Und drittens integrative Konzepte, will heißen, koordinierte und aufeinander abgestimmte statt isolierte Maßnahmen.

Gerade in der Notfallversorgung sind in letzter Zeit verschiedene grenzüberschreitende Projekte und Initiativen entstanden, welche Potenzial und Chancen verstärkter Integration und Vernetzung aufzeigen [3].

## Fazit für die Praxis

**Auch in der Notfallmedizin werden Überlegungen angestellt, Kosten einzusparen. Die alleinige Rationierung ist aus ethischer Sicht nicht vertretbar, da hier das Vorenthalten von Leistungen mit erheblichen Folgeschäden verbunden sein kann. Solange durch Rationalisierung mittels Effizienz- und Effektivitätssteigerung noch erhebliche Einsparpotenziale bestehen, ist eine solche Leistungsverweigerung abzulehnen. Eine solche Rationalisierung ist beispielsweise durch die konsequente Umsetzung von Behandlungsrichtlinien bzw. Guidelines möglich. Erhebliche Steigerungspotenziale bestehen auch noch im Vernetzungsgrad zwischen den Beteiligten in der Gesundheitsversorgung, beispielsweise zwischen Krankenhäusern, Niedergelassenen und Notärzten. Hier liegt der erste Schritt wohl in einem Anerkennen mitunter gegenläufiger Interessen, um durch gemeinsames Handeln und integrative Konzepte eine Verbesserung der (Notfall)versorgung zu erreichen.**

## Korrespondierender Autor

PD Dr. P. Berchtold

College für Management im Gesundheitswesen  
Freiburgstrasse 41, 3010 Bern  
peter.berchtold@college-m.ch

**Interessenkonflikt.** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

## Literatur

1. Breyer F (2004) Die Rationierung im Gesundheitswesen ist unausweichlich. Neue Zürcher Zeitung 31. Januar 2004
2. Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung (2006) Die EGK äußert sich zur Frage der Rationierung im Gesundheitswesen der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 87: 1697–1699
3. Express-Notfallstation für Bienenstiche. Neue Zürcher Zeitung 8. Juni 2006
4. gfs.bern (2006) Gesundheitsmonitor 2006
5. Glouberman S, Mintzberg H (2001) Managing the care of health and the cure of disease. Health Care Manage Rev 26: 56–92
6. Hillmann A, Welch P, Pauly M (1992) Contractual arrangements between HMOs and primary care physicians: Three tiered HMOs and risk pools. Medical Care 30: 136–148
7. Hurst S, Slowther A, Forde R et al. (2006) Prevalence and determinants of physician bedside rationing. Data from Europe. J Gen Intern Med 21: 1138–1143
8. Reiter-Theil S, Albisser-Schlegler H (2007) Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten. Notfall Rettungsmed DOI: 10.1007/s10049-007-0895-6
9. Sinuff T, Kahn moui K, Cook DJ et al. (2004) Rationing critical care beds: a systematic review. Crit Care Med 32: 1588–1597
10. Su S, Shih CL (2002) Resource reallocation in an emergency medical service system using computer simulation. Am J Emerg Med 20: 627–634
11. Tanable P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG (2004) The emergency severity index 5-level triage system scores predict ED recourse consumption. J Emerg Nurs 30: 22–29
12. Thomas L, Cullum N, McColl E et al. (2000) Guidelines in professions allied to medicine. Cochrane Database Syst Rev 2: CD000349
13. Zimmermann-Acklin M (2005) Rationierung im schweizerischen Gesundheitswesen – Überlegungen aus ethischer Sicht. Dtsch Med Wochenschr 130: 2343–2346