

Georg Marckmann

# Wie kann uns die Medizinethik bei den Fragen der Finanzierung des Rettungsdienstes helfen?

Forum Rettungsdienst Bayern  
„Wer bezahlt Morgen den Rettungsdienst?“  
Veranstaltungsforum Fürstenfeldbruck  
15. Juli 2016





## Medizinethik

*Reflexion* moralischer Fragen im  
medizinischen Bereich

Insbesondere: *Orientierung* in *schwierigen*  
ethischen Entscheidungssituationen  
Leitfrage: „Was sollen wir tun?“

### **Individuale**ethische Fragen

- Ethische Fragen am Lebensbeginn & Lebensende
- Konflikte zwischen Wohlergehen & Wille des Patienten
- Stellvertretende Entscheidungen

### **Gerechtigkeit**sethische Fragen

- *Gerechte* Verteilung begrenzter / Ressourcen im Gesundheitswesen (finanziell, personell, sächlich...)
- *Prioritätensetzung*
- *Organverteilung*



## Die Brisanz der Verteilungsfragen im Gesundheitswesen:

Steigender Problem-Druck

Demografie + Innovationen



Zunehmende Diskrepanz zwischen medizinisch Machbarem & solidarisch Finanzierbarem



Weitere Verschärfung der Verteilungsfragen im Gesundheitswesen



Grenzen bzw. Priorisierungen in der Gesundheitsversorgung unvermeidlich!

Hohe ethische Komplexität

Ethisch geboten: *allgemeiner Zugang* zur Gesundheitsversorgung (Gesundheit = transzendentes Gut)

Aber: *kein Anspruch auf alle Leistungen* unabhängig von Nutzen & Kosten!



Konkrete Grenzen der Gesundheitsversorgung lassen sich nicht aus einer allgemein akzeptierten Gerechtigkeitstheorie ableiten



Vorstellungen des guten Lebens: („Wie wollen wir leben?“)



Faire, deliberative politische Entscheidungsverfahren

Marckmann 2007 & Marckmann 2010

Explizite Priorisierung - Definition: Bestimmung der relativen Vorrangigkeit von med. Maßnahmen, Indikationen, Patientengruppen, Versorgungsbereichen

Anwendungsmöglichkeiten von Priorisierung:

- **Gezielte** Förderung & Ausbau der Versorgung ⇒ **Versorgungsqualität** ↑
  - Bspl.: ambulante Versorgung älterer Menschen, Versorgung psychisch Kranker
- **Gezielte** Einschränkung der Versorgung ⇒ **Ausgaben** ↓
  - Bspl.: Einsparungen bei geringem / unwahrscheinlichem Nutzengewinn für die Patienten (invasive Herzkatheder-Diagnostik)

⇒ **Priorisierung ist keine Einbahnstraße zur Rationierung, sondern leistet einen Beitrag zu einer bedarfsorientierten und effizienten Versorgung!**

Wichtig: Prioritäten sind *implizit* im System implementiert, v.a. durch Vergütungssystem, Finanzierung Infrastruktur & Regulierung Anbieter

- z.B. Vergütung technischer Leistungen, Einkommen Fach- vs. Hausärzte
- ⇒ Orientiert sich nicht an Versorgungsbedarf und Patientennutzen
- ⇒ **Wohlfahrtsverluste!!** (durch Politikversagen!)
- ⇒ Die Frage ist nicht ob, sondern *wie* wir Prioritäten im Gesundheitswesen setzen (explizit oder implizit)!



Auch eine Frage der Prioritätensetzung: Wie viel *wollen* wir für die Versorgung im Notfall ausgeben? („Wer?“ ist nachgeordnet.)

Besonderheiten der Notfallversorgung

- extrem vielfältiges Spektrum an Erkrankungen, von akut lebensbedrohlich bis harmlos
- oft *zeitkritische* Situation: Behandlungserfolg hängt von schnellem Zugang zur notfallmed. Versorgung ab
- Anzahl der Patienten, Art & Schweregrad der Erkrankungen schlecht planbar
- ⇒ „ausreichende“ Notfallversorgung muss rund um die Uhr vorgehalten werden ⇒ v.a. fixe *Vorhaltekosten*
- Regionale Kooperation verschiedener Versorgungsstrukturen erforderlich (u.a. Notarzt- & Rettungsdienst, KV-Notdienst, Notaufnahmen der KH)
- ⇒ Allokations-(Finanzierungs-)entscheidungen müssen die gesamte Notfallversorgung im Blick haben!



**Obere Makroebene:** Ressourcenallokation in die Gesundheitsversorgung



**Untere Makroebene:** Allokation in die verschiedenen Bereich der Versorgung: *Notfallversorgung* vs. Prävention, ambulante & stationäre Versorgung, Rehabilitation, etc.



**Mesoebene:** Allokation innerhalb eines Versorgungsbereich (z.B. stationäre Versorgung)

- *Notfallversorgung:* präklinisch (Rettungsdienst, Notarzt, Rettungsfahrzeuge, Hubschrauber,...), KV-Notdienst & klinisch (Notaufnahme im KHS)

**Mikroebene:** Allokation auf Ebene einzelner Patienten

- *Notfallversorgung:* v.a. Triage-Entscheidungen bei Massenanfall von Verletzten

## Formale Kriterien $\Rightarrow$ *faire Entscheidungsverfahren*

- Transparenz
- Legitimität (demokratisch legitimierte Institutionen)
- Konsistenz (Gleichbehandlung der Patienten)
- Nachvollziehbare, relevante Begründung
- Evidenzbasierung (hinsichtlich Nutzen & Kosten)
- Partizipation (relevanter gesellschaftlicher Gruppen)
- Widerspruchsmöglichkeiten

## Materiale Kriterien $\Rightarrow$ *inhaltliche Begründung*

- Medizinische **Bedürftigkeit**
  - Dringlichkeit der Behandlung, Schweregrad der Erkrankung
- Erwarteter individueller (!) medizinischer **Nutzen**
- **Kosten-Nutzen-Verhältnis**
- Metakriterium: Evidenzstärke (Nutzen & Kosten)

Marckmann 2006, 2008; Zentrale Ethikkommission (ZEKO) 2007)



### Dringlichkeit & med. Bedürftigkeit

- Notfall-Patienten: per definitionem *hohe* Dringlichkeit
- Aber: zunächst *subjektiv* vom Patienten *empfundene* Dringlichkeit
- ⇒ Medizinische Bedürftigkeit oft nicht so groß (was man erst nach Inanspruchnahme der Notfallversorgung weiß...)
- ⇒ Wichtig: „Bedarfs-Management“ ⇒ Patientenschulung
- bis 5%: akut lebensbedrohliche Erkrankungen
- ⇒ sehr hohe medizinische Bedürftigkeit, hohe Priorität: „rule of rescue“
- ⇒ aber auch *ex ante*?? Cave: *Opportunitätskosten!*
- ⇒ Nicht jede Ausgabe für die Notfallversorgung ist gerechtfertigt!

### Medizinischer Nutzen

- unterschiedlich, lässt sich im Einzelfall prospektiv schlecht abschätzen, da die Ursache oft unbekannt ist

### Kosten-Nutzen-Verhältnis

- ?? (sicher: abnehmender Grenznutzen)



Kernfrage: „Wie viel Geld soll in die Notfallversorgung fließen?“

(1) Ethisch primär geboten: **Rationalisierung**

- ⇒ **effiziente Organisation** der drei Säulen der Notfallversorgung:  
Rettungsdienst, kassenärztlicher Notdienst & Notaufnahme im KH
- ⇒ **regionaler Bedarfsplan**: bedarfsorientierte Notfallversorgung

(2) **Priorisierung** der Notfallversorgung

- Welches *Niveau* der Notfallversorgung wollen wir uns leisten?
- Präklinische Notfallversorgung: zentraler Parameter für die Steuerung = **Hilfsfristen** – RDG der Bundesländer – variiert (8 bis 17min) – ethisch gerechtfertigt?
- Nach Möglichkeit: *evidenzbasiert*, d.h. auf Grundlage empirischer Daten zu Effektivität & Kosten-Effektivität
- Zu berücksichtigen: akut lebensbedrohliche Zustände mit hohem objektiven Behandlungsbedarf sind eher selten!
- (Nebenbei: Schulung der Ersthelfer wichtig!)
- Finanzierung (Wer?): Beteiligung der öffentlichen Hand für Vorhaltekosten durchaus gerechtfertigt („Daseinsvorsorge“), sonst GKV/PKV

- Kernfrage: „*Welche Notfallversorgung wollen wir uns leisten?*“
- ⇒ Medizinethik: keine abschließende Antwort, sondern *Deliberation in fairen Entscheidungsverfahren*
- ⇒ Medizinethik: ethische Anforderungen an den Diskurs
  - (1) **Formale** Kriterien eines fairen Entscheidungsprozesse
  - (2) **Materiale** Kriterien zur Begründung von Allokationsentscheidungen
- ⇒ Wichtig: **evidenzbasierte, regionale Bedarfsplanung** der Notfallversorgung
- ⇒ Wichtig: **effiziente Kooperation & Koordination** der regionalen Notfallversorgung
- ⇒ (anteilige) Finanzierung der Vorhaltekosten durch öffentliche Hand gerechtfertigt („Daseinsvorsorge“)



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)

Folien:

[www.dermedizinethiker.de](http://www.dermedizinethiker.de)

Literatur:

Marckmann G, Dodt C. Begrenzte Ressourcen in der Notfallmedizin als ethische Herausforderung. In: Salomon F (Hg.) Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin. Orientierungshilfen für kritische Entscheidungssituationen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015, S. 187-195.

