

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert

Ethik im Gesundheitswesen-
Wie gerecht sind Kapazitätsberechnungen für Rettungshubschrauber?

INAUGURAL – DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor rerum medicinalium

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Wilp, Thomas

aus Rheine

2006

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinische Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Heribert Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Eberhard Zimmermann

Tag der mündlichen Prüfung: 04.07.2006

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert
Referentin: Univ.-Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Eberhard Zimmermann

ZUSAMMENFASSUNG

Ethik im Gesundheitswesen - Wie gerecht sind Kapazitätsberechnungen für Rettungshubschrauber?

Thomas Wilp

Diese hier vorliegende Arbeit befasst sich mit einem Teilbereich des wohl zurzeit aktuellsten Themas im deutschen Gesundheitssystem, der Verteilungsgerechtigkeit.

In diesem speziellen Fall um die Gerechtigkeit von Kapazitätsberechnungen für Rettungshubschrauber und den sich daraus ergebenden medizinisch-ethischen Problemen mit gesundheitsökonomischer Relevanz.

Zu Beginn der Arbeit wird versucht die Luftrettung der Bundesrepublik Deutschland dem Leser näher zu bringen, die Strukturen und Abläufe näher zu spezifizieren und einen Gesamtüberblick über die Luftrettung zu verschaffen.

Im zweiten Teil werden die gängigen Begrifflichkeiten der Gesundheitsökonomie erläutert und es wird versucht, diese Begriffe auf einen fachgebietsübergreifenden Nenner zu bringen.

Hier werden dann Probleme, die sich aus den verschiedenen Teilbereichen der Luftrettung, wie sie zum Beispiel die Ökonomie, die Medizin und das Recht darstellen zusammengefasst. In diesem Kapitel findet sich die Darstellung der verschiedenen tatsächlich stattfindenden Formen von Rationierung in der Luftrettung auf den verschiedenen Ebenen.

Im dritten Teil der Ausarbeitung werden den Problemansätzen der Luftrettung wie sie im vorangegangenen Teil der Arbeit dargelegt wurden, Lösungsansätze gegenübergestellt. Hier werden die gängigen weltweit erbrachten Reformvorschläge des Gesundheitswesens auf ihre Anwendbarkeit für die deutsche Luftrettung untersucht. Anschließend folgen dann konkrete Verbesserungsvorschläge für die einzelnen Teilbereiche der Luftrettung und es werden, sich aus der Arbeit ergebende Forderungen nach Umsetzung diverser Verbesserungen, vom Autor formuliert.

Tag der mündlichen Prüfung: 04.07.2006

Vorwort

Die hier vorliegende Arbeit wurde im Wintersemester 2005/06 an der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster als Promotion zum Dr.rer.med. eingereicht.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Frau Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert, die mich bei der Themenwahl unterstützte, diese Promotion durch wertvolle Hinweise, konstruktive Kritik und sehr großem Engagement betreut hat und mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand.

Ganz herzlich zu danken habe ich allen Beteiligten der Luftrettung, die die grundlegenden Teile dieser Arbeit durch ihr Wissen, ihren Zuspruch und vielfältige Anregungen erst ermöglicht haben, sowie meiner Kommilitonin Dr. med. Alena Buyx, die mir für Korrektur und zahlreiche Tipps jederzeit zur Seite stand.

Münster, im Januar 2006

Thomas Wilp

Inhaltsverzeichnis	1
Einleitung	5

Teil 1: Einführung in die Luftrettung der Bundesrepublik Deutschland

1. Gegenwärtiges System der Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland	8
1.1 Zahlen und Strukturen der Luftrettung	10
2. Geschichte der Luftrettung in der Bundesrepublik	17
2.1 Die Bereiche RTH und ITH	25
2.1.1 Primärrettung und Sekundärrettung	26
3. Rechtliche Grundlagen des Rettungsdienstes	27
3.1 Rechtliche Grundsätze zur Luftrettung	28
3.2 Bundesrechtliche Vorgaben	30
3.3 Länderrechtliche Vorgaben	32
3.4 Europarechtliche Vorgaben	34
4. Luftrettung im europäischen Vergleich	36
4.1 Zukunft der Luftrettung	38
5. Grundzüge der deutschen Luftrettung	42
5.1 Medizinische Rahmenbedingungen	43
5.2 Organisatorische Rahmenbedingungen	46
5.3 Ökonomische Rahmenbedingungen	53
5.4 Ethische Anforderungen	47
6. Träger, Leistungserbringer und Systemnutzer	59

Teil 2: Begriffsdefinition und Anwendung

7. Begriffsdefinition	61
7.1 Allokation	61
7.2 Rationalisierung	62
7.3 Rationierung	63
7.3.1 Priorisierung	64
7.3.2 Formen der Rationierung	69
7.4 Evidenzbasierte Medizin	71
7.4.1 Implementierung	72
7.5 Zwei empirische Beispiele internationaler Rationierungsversuche im Gesundheitswesen	72
7.6 Verteilungsebenen der Allokation	75
7.7 Der Muddling Through Ansatz	78
8. Luftrettung als exemplarischer und spezifischer Bereich teurer Gesundheitsversorgung	82
8.1 Unzureichende Datenlage – Mangel an Vergleichsdaten	83
8.2 Fehlende ärztliche Beteiligung an Entscheidungsprozessen	86
8.3 Unklarheiten in der Abrechnung und Zuständigkeit der verschiedenen Kostenträger	87
8.4 Regional bzw. zwischen den Bundesländern unterschiedliche Regelungen der Luftrettung	88
8.5 Verteilungsstruktur der Luftrettung	90

8.6	Suboptimale Rettungskette in der Luftrettung	91
8.7	Intransparenz durch Eigeninteressen der beteiligten Leistungserbringer	92
8.8	Luftrettung als uneingeschränkte und optimale Möglichkeit der verdeckten Rationierung	94
8.9	Möglichkeiten zur Anwendung des Muddling-Through Ansatzes in der Luftrettung	96

Teil 3: Veränderungen und Vorschläge für die deutsche Luftrettung

9.	Ansätze zur Verbesserung der Luftrettung unter Ausnutzung der Gesundheitspolitisch gegebenen Instrumentarien	103
9.1	Analyse vorhandener und Erhebung neuer Daten	103
9.1.1	Mögliche zukünftige evidenzbasierte Bedarfsplanung bei Vorliegen mehrjähriger Datensätze	104
9.2	Forderung nach klarer Verteilung der Entscheidungskompetenzen	105
9.2.1	Forderung eines verstärkten politischen Engagements und eines besseren Dialoges zwischen Bundesländern und Kostenträgern	108
9.3	Probleme eines subsidiären Systems	109
9.3.1	Notwendigkeit eines Vergleichs beider deutscher Rettungssysteme	111
9.4	Eigeninteresse der Beteiligten als begünstigender Faktor impliziter Rationierung	113

9.4.1	Forderung nach unabhängigen, integrierten Leistellen	114
9.5	Nicht zu spezifizierende Über- oder Unterversorgung im Luftrettungssystem der Bundesrepublik Deutschland	117
9.6	Forderung nach luftrettungsspezifischer Abrechnung mit den Leistungsträgern	120
9.7	Formulierung klarer Verteilungskriterien	121
9.8	Erstellen von Prioritätenskalen	122
9.9	Zusammenfassende Forderung nach mehr Transparenz	124
	Resümee	129
	Literaturverzeichnis	134
	<u>Anhang</u>	
	Abbildungsverzeichnis	I
	Abkürzungsverzeichnis	II
	Lebenslauf	IV
	Grundsätze zur Durchführung der Notfallversorgung mit Luftfahrzeugen	V

Einleitung

Die „Die Lüneburger Zeitung“ schrieb im August 2005:

„...ein Regionalkrankenhaus irgendwo in Deutschland. Ein Patient wird eingeliefert; Herzinfarkt. Er müsste eigentlich so schnell wie möglich in ein Herzzentrum verlegt werden, am besten per Hubschrauber. Das Krankenhaus schickt ihn aber mit dem langsamen Krankenwagen oder aber gar nicht. Grund: Die hohen Kosten für den Transport und den Aufenthalt im Herzzentrum werden dem Regionalkrankenhaus zum Teil mit in Rechnung gestellt.“

Das im Artikel zitierte Beispiel stellt im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland keinen Einzelfall dar. Es verdeutlicht auf erschreckende Weise, dass die Ressourcen des Gesundheitswesens erschöpft sind. Offenbar haben die politisch verantwortlichen Akteure jahrelang eine Diskussion um Einsparungen im Gesundheitswesen versäumt. Trotzdem gehört der Sparzwang in unserem Gesundheitssystem längst zum medizinischen Alltag. Angesichts begrenzter Mittel sehen sich viele Ärzte und Kliniken gezwungen, Allokations- und Distributionsentscheidungen ohne offizielle Richtlinien zu treffen.

Die hier vorliegende Arbeit befasst sich daher mit einem Teilbereich des wohl zurzeit aktuellsten Themas im deutschen Gesundheitssystem, der Verteilungsgerechtigkeit und der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

In diesem speziellen Fall geht es um die Gerechtigkeit von Kapazitätsberechnungen für Rettungshubschrauber und den daraus resultierenden ökonomisch-ethischen Problemen und gesundheitspolitischen Diskussionen.

Seit einigen Jahren sind Gesundheitsexperten weltweit bemüht, durch immer neue Gesundheitsreformen die seit Jahren steigenden Ausgaben für die

unterschiedlichen Gesundheitssysteme oder Teilbereiche dieser Systeme zu begrenzen. Die Experten bedienen sich hierbei zunächst meist der Budgetierung, durch welche sie versuchen, die Kostenexplosion in den Griff zu bekommen und Leistungserbringer, wie beispielsweise die Luftrettung, zu wirtschaftlichem Verhalten zu bewegen.

Weltweit wurde jedoch bis dato kein zufrieden stellendes, ausgereiftes neues Gesundheitssystem entwickelt, wodurch sich mittlerweile die Anzeichen dafür mehren, dass die von den Gesetzgebern beabsichtigte Begrenzung der Gesundheitsausgaben durch Rationalisierung der medizinischen Leistung in Rationierung der zukünftigen Leistungen umzuschlagen drohen.

Für die Leistungserbringer unseres Gesundheitssystems stellt sich demnach schon heute die Frage, wie sie in Zukunft mit den verknüpften medizinischen Ressourcen gerecht umgehen sollen. Diese Problematik stellt freilich kein ausschließlich medizinisches Problem dar, sondern scheint vielmehr die Notwendigkeit der gesamtgesellschaftlichen Betrachtungsweise zu fordern. Hier muss zwangsläufig über die Verteilungsgerechtigkeit unter den Bedingungen der zukünftig nicht mehr unbegrenzt verfügbaren Ressourcen nachgedacht werden.

Die Problematik der Verteilungsgerechtigkeit lediglich von der medizinischen Perspektive isoliert zu betrachten, würde der umfassenden Komplexität der Problematik in keiner Weise gerecht werden.

Vielmehr erscheint es zunächst erforderlich, eine faktische wirtschaftlich/medizinische Analyse des momentanen Zustandes unserer Luftrettung zu erbringen, Begrifflichkeiten fächerübergreifend zu klären und gegebenenfalls abzugleichen sowie die verschiedenen Ebenen, auf denen die unterschiedlichen Verantwortlichen innerhalb unseres Luftrettungssystems agieren, zu differenzieren.

Hieraus ergibt sich die Herangehensweise an diese Arbeit, die im ersten Teil das Ziel verfolgt, einen Gesamtüberblick über die bundesdeutsche Luftrettung zu geben und deren Strukturen und Abläufe genauer zu spezifizieren

Im zweiten Teil werden zunächst die aktuellen gesundheitspolitischen Begriffe erläutert, die im weiteren Verlauf der Arbeit benutzt werden. Anschließend erfolgt unter Verwendung eben jener Begrifflichkeiten eine Spezifizierung der Probleme der Luftrettung. Hier wird vom Autor zusammenfassend das Rationierungspotential der Luftrettung auf den unterschiedlichen gesundheitspolitischen Verteilungsebenen der Luftrettung verdeutlicht.

Im dritten Teil der Arbeit, dem Fazitkapitel, hat der Autor den Versuch unternommen, unter Berücksichtigung der normativen Aufgeladenheit von Allokationsentscheidungen, konkrete Vorschläge für richtungweisende Lösungsansätze aufzuzeigen und dabei medizinisch/ethische Ansätze zu berücksichtigen.

Das Schlussresümee fasst die Ergebnisse in Kurzform zusammen und stellt die wichtigsten Ansätze zur Diskussion.

1. Gegenwärtiges System der Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland kann ein nahezu flächendeckendes Luftrettungssystem vorweisen¹. Dieses bestehende System wird auf der Grundlage des föderativen Staatsvertrags der Bundesrepublik in die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Bundesländer gestellt. Diese Vorgehensweise ergibt sich dadurch, dass das Rettungswesen laut des genannten Vertrages Ländersache und die Luftrettung als ein ergänzender Teil des bodengebundenen Rettungswesens zu betrachten ist^{2,3}.

Die Luftrettung der Bundesrepublik Deutschland besteht zurzeit aus 53 Rettungstransporthubschrauberstationen (RTH) und rund 20 Standorten für Intensivtransporthubschrauber (ITH), die über die ganze BRD verteilt sind (siehe Abb. 1).

Die Zuständigkeiten in den einzelnen Ländern sind stark divergent und reichen von den Gesundheitsministerien, der Innenministerien bis hin zu der Zuständigkeit der Sozialministerien. Noch komplizierter wird es dort, wo die Länder die Zuständigkeiten für die Luftrettung an Kreise, Gemeinden oder Zweckverbände delegieren, die die öffentlich-rechtliche Trägerschaft der einzelnen Luftrettungsstationen übernehmen. Diese Träger beauftragen ihrerseits einen Betreiber, wie zum Beispiel die Deutsche Rettungsflugwacht (DRF) oder den ADAC, mit der Luftrettung, wobei sich dieser jeweilige hoheitliche Träger-Betreiber-Vertrag lediglich auf die Teilbereiche Hubschrauber und Pilot bezieht.

Im Bereich der Betreiber sind noch vorhandene, ältere Strukturen zu erkennen, in denen der Bund als Betreiber einzelner Stationen auftritt, und zwar entweder

¹ Wolfsefellner W (2004) Luftrettung im Brennpunkt neuer Herausforderungen, Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.), Wolfsefellner Verlag, München, S. 278ff.

² Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 51f.

³ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 44.

über den Katastrophenschutz in Kombination mit Piloten des Bundesgrenzschutzes oder über die Bundeswehr (Luftwaffe/LW). Hierbei muss berücksichtigt werden, dass starke Rückzugstendenzen von Seiten der Bundesregierung zu erkennen sind und die Anzahl sowohl der militärischen Luftretter als auch der Luftretter des Innenministeriums in den letzten Jahren stark zurückgegangen sind⁴. Ein Ende dieser Ära scheint daher absehbar zu sein. Ungemindert besteht jedoch die Hoffnung, in diesen Organisationen nach wie vor einen kompetenten Partner in Katastrophenfällen und bei Großschadensereignissen finden zu können⁵.

Das Team eines Rettungshubschraubers besteht neben dem Piloten aus Rettungssanitätern (HEMS-Crew Member), die, soweit sie die notwendigen personellen Ausbildungsqualifikationen nachweisen, sowohl von regionalen Berufsfeuerwehren, dem Deutschen Roten Kreuz (DRK), den Maltesern, dem Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) oder sonstigen Hilfsorganisationen gestellt werden können und schließlich dem Notarzt, der in den meisten Fällen von einer nahe gelegenen Klinik gestellt wird. Je nach Bundesland existieren allerdings enorme Unterschiede in der Dienstbereitschaft dieser Ärzte. So werden die Ärzte im Süden der Bundesrepublik häufig zum Dienst am Hubschrauber herangezogen und verbringen ihre Dienstzeit zu einem Großteil in den Bereitschaftsräumen der Hubschrauberstationen, wo sie den schriftlichen und organisatorischen Teil ihrer Tätigkeit ausüben können, wohingegen die Ärzte, die im Norden als Notarzt eingesetzt werden, häufig aus den Kliniken der Region stammen und während ihres normalen Klinikalltags auf Abruf dem Rettungsdienst als Notarzt zu Verfügung stehen. Sie sind so der Doppelbelastung von Klinik und Rettungsdienst ausgesetzt.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich die Betreiber und Träger solcher Stationen mit unterschiedlichsten Behörden, Krankenkassen, Versicherungen und Gesetzen auseinandersetzen müssen, deren Restriktionen oft dem

⁴ Scholl H, Nagel E, Diekmann Th (1998) ADAC forciert Luftrettung in Europa, Rettungsdienst Nr.5-21, S. 64-65.

⁵ Weinlich M, Kirchner Th(1998) Großschadensereignisse: Koordination der Luftrettung, SEG, Jahrgang 5-Nr.6-56, S. 11-13.

gesamten Ablauf eines „normalen“ und vor allem strukturierten Prozesses gegenüber stehen.

Hierbei spielen die Umsetzungen von Verordnungen wie Luftrecht, Rettungsdienstgesetze, Sozialgesetzbuch (SGB), länderrechtliche und europarechtliche Vorschriften, Kosten- und Nutzenanalysen eine wichtige Rolle. Nicht unterschätzt werden darf jedoch auch der Umstand, dass unterschiedliche Berufsrichtungen in einem Team zusammenarbeiten müssen und jeder die für ihn fachspezifischen Dinge und Vorgaben zu beachten hat.

1.1 Zahlen und Strukturen der Luftrettung

Dieses Kapitel befasst sich mit der Struktur und den grundlegenden Zahlen der Luftrettung. Es soll nur beispielhaft auf einzelne Zahlen und Jahre mit Summen eingegangen werden. Ziel ist ein Überblick über Aufbau, Kosten und Struktur der Luftrettung. Beginnen möchte der Autor mit der Verteilung der Rettungshubschrauber in der Bundesrepublik Deutschland.

Die hier stationierten Rettungshubschrauber teilen sich wie folgt auf die einzelnen Betreiber auf:

STÜTZPUNKTE DER LUTRETTUNG IN DER BRD

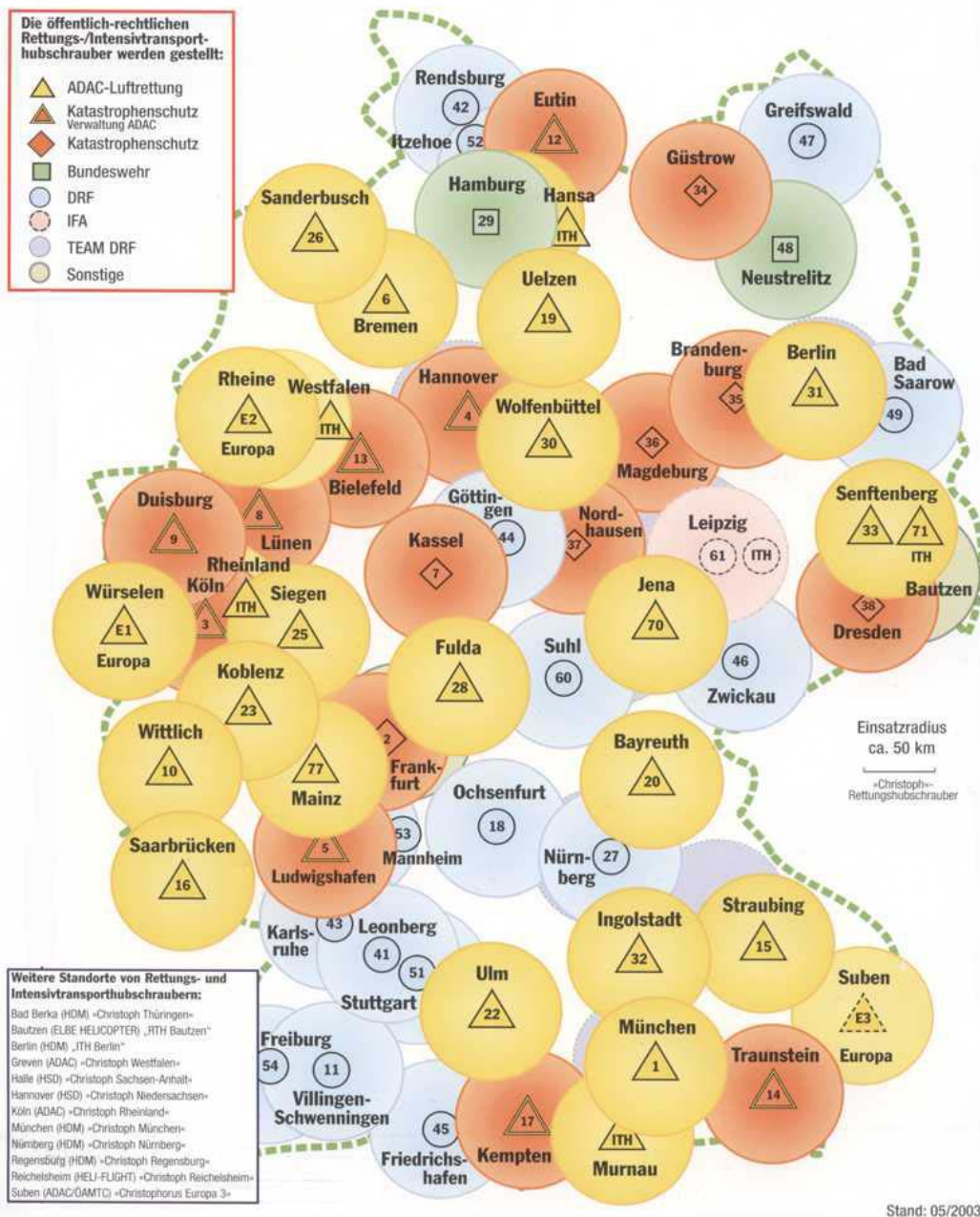


Abb. 1⁶

⁶ ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.) (2003) ADAC-Stationsatlas, Wolfseiner Verlag, München, S. 154.

Wie man deutlich in Abb. 1 erkennen kann, ergibt sich für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland ein nahezu flächendeckendes Netz von Luftrettungsstützpunkten. In diesem Netz können rund 95% der Bevölkerung in der für ihr Bundesland vorgegebenen Rettungsfrist mit dem Eintreffen eines Rettungstransporthubschraubers (RTH) rechnen¹.

Nun ergeben sich sowohl durch die unterschiedlichen Rettungsfristen der einzelnen Bundesländer als auch durch die unterschiedliche Verteilung von Luftrettungsmitteln (siehe Abb. 1) auf Bundesebene Ungleichverteilungen, innerhalb der BRD wie auch innerhalb der Länder, welche der weiteren wissenschaftlichen Untersuchung bedürfen⁷.

Da die Gesundheitsökonomie in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat, sollen im folgenden einige Zahlen vorgestellt werden, um Vergleichsmöglichkeiten mit anderen medizinischen Teilbereichen zu schaffen und eine grundlegende Vorstellung der durch die Luftrettung verursachten Kosten zu ermöglichen. Dies hat zum Zweck, den Grundstein für eine spätere Diskussion über eine notwendige Kosten- Nutzenanalyse zu legen.

Verwunderlich und ganz besonders erwähnenswert scheint es, dass die Luftrettung als präklinische Disziplin keinen eigenen Abrechnungsetat oder speziell auf sie zugeschnittene Abrechnungsgrundlagen erhält. Vielmehr wird sie seit ihrem Bestehen von den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) (über die zurzeit rund 90% der Bevölkerung versichert sind⁸) unter den Transportkosten subsumiert und erscheint so im Hinblick auf das Abrechnungsverfahren dem Krankentransport mit Krankenwagen oder gar dem Hausarztbesuch mit Taxi gleichgestellt⁹.

Im Bereich der Zahlen soll uns das Jahr 1998 als Beispiel dienen, in dem folgende Transportkosten durch die GKV angegeben wurden:

⁷ Wolfsefellner W (2004) Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.), Wolfsefellner Verlag, München, S. 268, S. 278ff.

⁸ Herb S (2002), Die Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin, Verlag Dr. Kovac, Hamburg, S. 15.

⁹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 123.

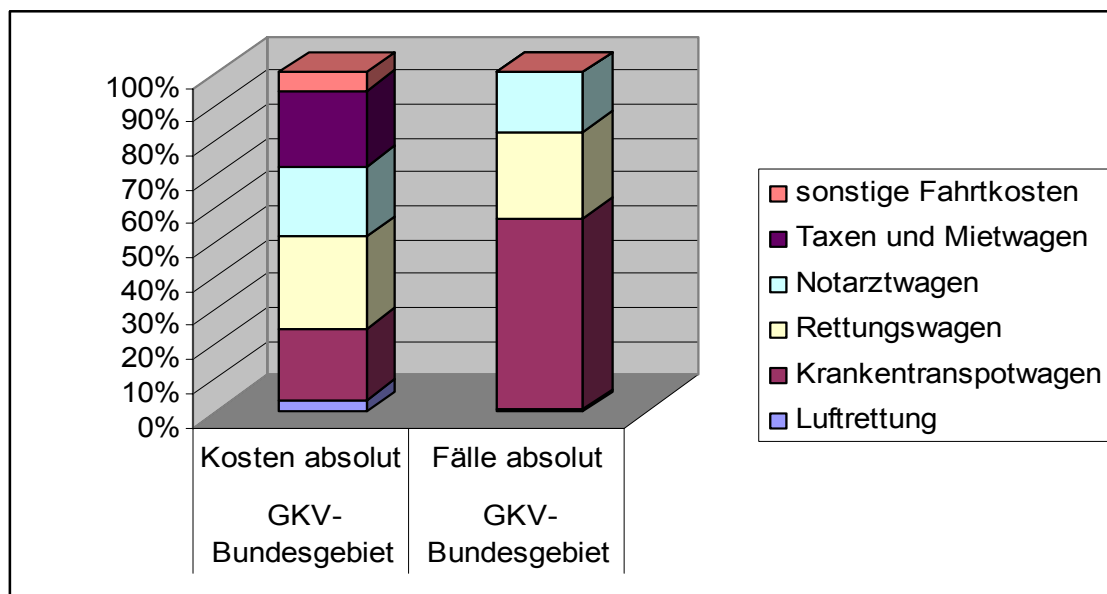


Abb. 2

Aus der Abbildung 2 („Luftrettung zu Gesamtfahrtkosten“) geht hervor, dass die Luftrettung der BRD nur einen geringen Anteil der Gesamtfahrtkosten der GKV ausmacht.

Dieser geringe Teil oder diese rund 3,5% der durch die Krankenkassen berechneten Gesamtfahrtkosten stellen sich in Tabelle 1 der Betrachtung „Gesamtfahrtkosten zu Gesamtausgaben“ wie folgt dar:

Position	GKV-Bundesgebiet Kosten absolut (DM)	GKV-Bundesgebiet Fälle absolut (DM)
Luftrettung	150.934.152	51.974
Krankentransportwagen	893.451.781	4.351.797
Rettungswagen	1.175.591.722	1.963.296
Notarztwagen	893.325.593	1.345.224
Taxen und Mietwagen	948.331.852	keine Angaben
sonstige Fahrtkosten	236.296.499	keine Angaben
gesamt	4.297.931.599	7.712.291

Tabelle 1¹⁰

Für das Jahr 2002 stellte die Konsensgruppe Luftrettung fest, dass der Anteil der Gesamtfahrtkosten an den Gesamtausgaben auf 1,9% gesunken ist¹¹.

¹⁰ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 123.

Auch eine weitere graphische Betrachtung der Kostenseite und eine Ausgabenübersicht der Jahre 1994 bis 1998 zeigt auf, dass der Sektor Luftrettung auch in den Folgejahren nicht überproportional an Kosten zugelegt hat, sondern vielmehr, im Gegensatz zu den anderen Transportkosten, jährlich nur geringfügig zunimmt. Dieser Umstand ist auch für die folgenden Jahre bis 2004 festzustellen¹².

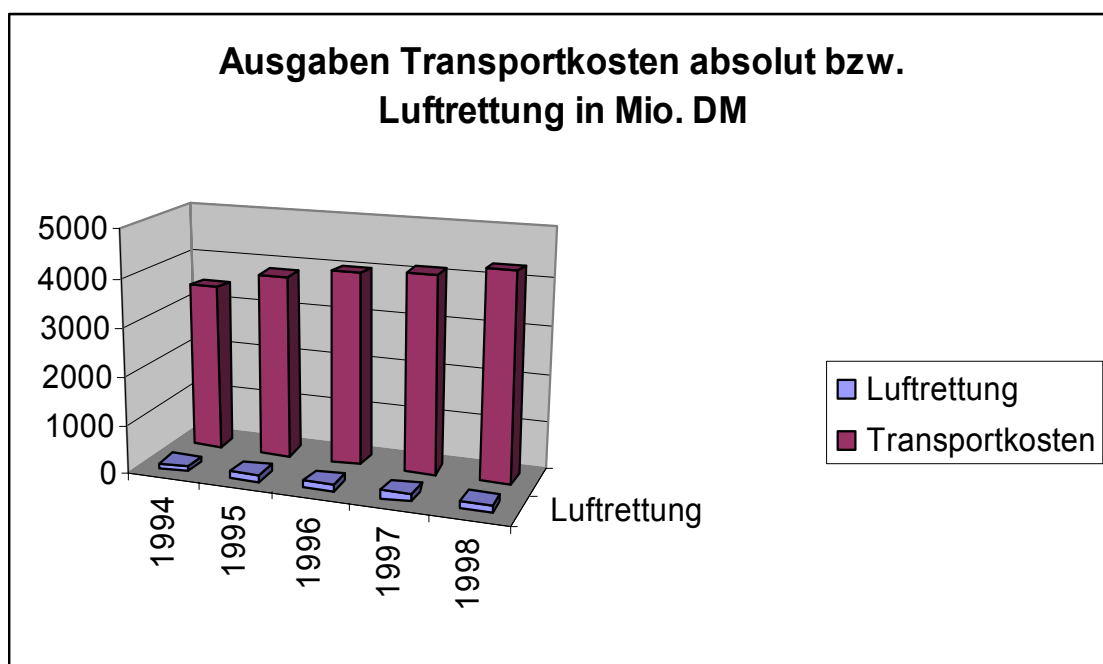


Abb.3

Ausgaben GKV Transportkosten absolut bzw. Luftrettung in Mio. €

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Luftrettung	60	68	71	76	77	80	81	86	87
Transportkosten	1.778	1.956	2.055	2.093	2.197	2.367	2.458	2.583	2.762

Tabelle 2¹³

¹¹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfseiner Verlag, München, S. 251.

¹² Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfseiner Verlag, München, Graphik S. 251.

¹³ Ebenda.

Vergleichend hierzu die 2004 veröffentlichten Zahlen der Konsensgruppe Luftrettung für das Jahr 2002¹⁴.

Position	GKV-Kosten 2002 (€)	GKV-Kosten 1998 (€)	Steigerung in %
Luftrettung	86.765.022	77.171.406	12%
Krankentransportwagen	477.639.005	456.814.641	4,5%
Rettungswagen	813.902.875	601.070.503	35%
Notarztwagen	561.231.037	456.750.012	23%
Taxen und Mietwagen	666.702.007	484.874.376	37%
sonstige Fahrtkosten	155.768.264	120.816.481	29%
gesamt	2.762.008.212	2.197.497.533	25%

Tabelle 3

Neben den hier präsentierten Zahlen soll jedoch deutlich herausgestellt werden, dass die Ausgaben der GKV mit etwa 1500 €¹⁵ je Luftrettungsfall deutlich unterhalb der Kosten anzusiedeln sind, die andere medizinische Fachrichtungen für die Behandlung ihrer Patienten berechnen.

Der umfassende Nutzen der präklinischen Behandlung eines Notfallpatienten im primären Notfall ist erwiesen. Vergleicht man diesen Nutzen mit einer häufig sehr kostenaufwendigen Behandlung, die oft nicht einmal den therapeutisch gewünschten Nutzen erbringt, muss selbst der größte Kritiker die Aufwands-Nutzendifferenz erkennen.

So kann es zum Beispiel in Disziplinen wie der Herz-Thorax-Gefäß-Chirurgie (HTG-Chirurgie), der Neurochirurgie und der Transplantationsmedizin zu Einzelfallkostenabrechnungen von 200.000-300.000€ kommen. Behandlungen wie z.B. aus dem Bereich der HTG-Chirurgie, ermöglichen dem jeweiligen Patienten zwar eine durchschnittliche Überlebensdauer von weiteren 3-5 Jahren, es kann in nur 2-5% der Fälle die körperliche Leistungsfähigkeit dieser Patienten wieder soweit hergestellt werden, dass sie weiterhin zum volkswirtschaftlichen Nutzen beitragen könnten.

¹⁴ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München, S. 250.

¹⁵ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 124.

Demgegenüber steht das durchschnittliche Patientenaufkommen der Luftrettung, das präklinisch mit lediglich rund 1500€ zu belasten ist. Die erhebliche Verbesserung der Heilungschancen bei schneller Zuführung eines Patienten in eines der jeweiligen Fachzentren ist unter Fachleuten unumstritten¹⁶.

Die Luftrettung kann durch ihren immensen Zeit- und Reichweitenvorteil eine klinische Behandlung und Diagnose maßgeblich erleichtern und dadurch die postoperativen Heilungschancen erheblich verbessern. Dadurch vergrößert sich die Wahrscheinlichkeit um ein Vielfaches, dass der/die betreffende Patient/Patientin die Volkswirtschaft durch seine/ihre Arbeitskraft wieder unterstützen kann. Die hohe Bedeutung einer solchen Institution muss also richtig bewertet werden¹⁷.

Wenn jedoch an dieser Stelle volkswirtschaftlich argumentiert wird, darf auch die Kritik hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit eines Rettungstransport-hubschraubers (RTH) nicht außer acht gelassen werden: Ein Rettungshubschrauberstützpunkt ist nun mal kein wirtschaftliches Unternehmen mit Produktionsprozess und Wareneinsatz, das am Ende des Jahres gar noch eine positive Jahresabschlussbilanz liefert. Das Rettungswesen ist zwar ein Zuschussgeschäft, aber eines, bei dem in die Zukunft investiert wird und zwar in die Zukunft unseres Lebens. Gemeint ist damit das Leben jedes Einzelnen als Teil der Bevölkerung, denn jeder ist ein potentieller Patient der Luftrettung. Diese Ausführung wiederum wirft die Frage nach der „Nutzenbasis“ der Luftrettung auf, die hier sehr unklar bleibt, so dass lediglich festzustellen ist, solange der spezifische Nutzen der Luftrettung unklar bleibt, man lediglich feststellen kann, dass Luftrettung ein vergleichsweise eher niedriger Kostenfaktor mit jedoch latent hoher Erfolgsquote ist.

¹⁶ Ahnefeld FW (1996) Die präklinische Notfallmedizin, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.), Wolfseiner Verlag, München, S. 41-45.

¹⁷ Ahnefeld FW, Domres B, Dürner P (1994) Steiner ER (Hrsg.), Die Situation der deutschen Luftrettung. Diskussionsbeiträge zu Effizienz, Kostenentwicklung und Qualitätsmanagement des Luftrettungswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe der Deutschen Rettungsflugwacht e.V., Filderstadt, Bd. 5.

2. Geschichte der Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland

Die Geschichte der Luftrettung lässt sich international bis in die späten 1950er Jahre zurückverfolgen. Zu jener Zeit steckte selbst der bodengebundene Rettungsdienst noch in den Kinderschuhen und es fand eine Diskussion darüber statt, ob es überhaupt sinnvoll sei, einen Notarzt vor Ort zu haben oder ob nicht fachlich geschultes Rettungspersonal die Erstversorgung bis zum Transport in eine geeignete Klinik in Eigenregie durchführen könnte (siehe hierzu vergleichend das amerikanische Rettungssystem der „Paramedics“¹⁸).

Damals gab es auch in Deutschland schon einzelne Befürworter der Luftrettung, die sich für den Aufbau einer entsprechenden Institution engagierten und deren Einsatz auch für die Bundesrepublik forderten¹⁹. Ihren eigentlichen Höhepunkt erreichte die Luftrettung jedoch erst in späteren Jahren, so international z.B. in Vietnam und im Koreakrieg.

Erste, eher zufällige Luftrettungen dienten in der Bundesrepublik als positive Verstärker für die frühen Befürworter.

Der im Dezember 1958 vom Wiesbadener Rechtsanwalt Dr. Dr. Bredtfeld gegründete Verein „Deutsche Rettungsflugwacht e.V.“ oder die von Generalmajor a.D. Erich Hampe 1959 gegründete „Deutsche Gesellschaft für Hubschrauberverwendung und Luftrettung e.V.“ sind dabei als wichtige Meilensteine der Entwicklung zu betrachten.

Ebenfalls im Jahre 1959 flog der erste SAR-Hubschrauber (**S**earch **a**nd **R**escue, aus der Bezeichnung der ersten amerikanischen Rettungshubschrauber übernommen) der Bundeswehr seinen Einsatz. Seit dieser Zeit stehen nun auch SAR-Hubschrauber des Verteidigungsministeriums im Rahmen dringlicher Rettungseinsätze zur Verfügung.

¹⁸ Arnold N (1998) Emergency Medical Service: Paramedic - USA., S&K Verlag, Edelwecht, S. 67.

¹⁹ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 17ff.

Der Einsatz der SAR-Hubschrauber wurde leider aus verteidigungspolitischen und wirtschaftlichen Aspekten in den letzten Jahren stark reduziert und es scheint ein Ende dieser Luftrettungstätigkeit absehbar zu sein²⁰. Nach wie vor steht aber die Bundeswehr mit ihrem, die gesamte Bundesrepublik Deutschland überziehenden SAR-Leitstellennetzwerk dem zivilen Rettungsdienst als zuverlässige und kompetente Partnerin im Notfalle zur Seite.

1960 fanden unter Mitwirkung von Medizinern, Sicherheitsexperten, Verkehrsexperten und Befürwortern der Luftrettung erste Gespräche statt, in deren Verlauf der „Verein Deutsche Rettungsflugwacht e.V.“ der Öffentlichkeit einen ersten RTH präsentierte, welcher jedoch nie zum Einsatz kam. Anfang der sechziger Jahre fanden diverse private und auch öffentliche Versuche statt, einen hubschraubergebundenen Luftrettungsdienst im Kleinen zu etablieren. Diese scheiterten jedoch gänzlich und wurden selbst auf höchster Ebene des Bundes gar nicht erst in Angriff genommen²¹. Mitte der sechziger Jahre erlitt die Luftrettung durch die Vertreter und Experten der 8. Verkehrssicherheitskonferenz von Bund und Länder einen herben Rückschlag, da von einem Einsatz von Rettungshubschraubern vehement abgeraten wurde. .

Erst im Jahre 1967 erlangte die bis dahin nicht reell existierende Luftrettung erneuten Aufwind, indem der damalige Bundesminister für Verkehr, Georg Leber, im Deutschen Bundestag für einen Einsatz von Luftrettungsmitteln mit Einschränkungen eintrat. Damit gehört Georg Leber zu den stärksten Befürwortern der Luftrettung seiner Zeit. Weitere starke Fürsprecher fanden sich unter führenden Notfallmedizinern, die eine Zahl von 20% der im Straßenverkehr Verstorbenen durch Luftrettung als rettbar hielten²².

In den Jahren 1967 und 1969 fanden zudem vereinzelte Feldversuche von Luftrettungsbefürwortern mit äußerst positiver Resonanz statt.

An den Versuchen nahmen neben renommierten Rettungsmedizinern wie z.B. Prof. Rudolf Frey, Direktor der Klinik für Anästhesiologie der Johannes-

²⁰ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 384.

²¹ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 18.

²² Suckert U, Quinzio M (1996) Luftrettung in Deutschland, Wolfseiner Verlag, München, S. 114.

Gutenberg Universität Mainz auch hochrangige Organisationen, beispielsweise das DRK oder die Bundeswehr, als federführende Initiatoren teil. Hierbei wurde von Prof. Frey erstmals eine fast vollständige intensivmedizinische Überwachung gewährleistet (Puls, Blutdruck u.a.). Darüber hinaus wurden die Einsätze auch auf internistische, chirurgische und sonstige Notfallsituationen ausgeweitet²³.

1968 tauchte zum ersten Mal der ADAC in der Luftrettung auf, worauf sich die beiden mittlerweile renommierten Luftrettungsexperten des ADAC, Stadler F. und Kugler G. erstmals ausgiebig mit einem Luftrettungsfahrzeug beschäftigten, das man ihnen anbot.

Aus diesem Angebot gingen 1968 und 1969 mehrere Feldversuche des ADAC mit Rettungshubschraubern hervor, durch die sich schon früh die Vorteile einer Hubschrauberstationierung in Kliniknähe zeigten²⁴.

Diese durchgeführten Feldversuche dienten der späteren Definition der einsatztaktischen, medizinischen, flugtechnischen und ökonomischen Rahmenbedingungen eines zukünftigen flächendeckenden Luftrettungsnetzes. Wie hieraus zu erkennen ist, zeigen sich schon zu Beginn der Luftrettungsimplementierung im deutschen Rettungssystem ökonomische und medizinische Bestrebungen. Dieser Umstand soll im weiteren Verlauf der Arbeit noch eingehender thematisiert werden.

Aus ökonomischer Sicht zeigte sich sehr früh, dass der finanzielle Faktor eines der größten zu überwindenden Hindernisse der bis dato ja noch „ungeborenen“ Luftrettung darstellen sollte.

Erneute Rückschläge erhielt die Luftrettung Anfang der 70er Jahre. Es bestand zwar ein breiter Konsens über den grundsätzlichen Aufbau einer Luftrettung, nicht jedoch über die Finanzierbarkeit einer entsprechenden Einrichtung.

Als Geburtsstunde der Luftrettung kann der 29. September 1970 angesehen werden: An diesem Tag wurde der erste RTH der BRD im Englischen Garten in

²³ Suckert U, Quinzio M (1996) Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München, S. 136.

²⁴ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 22.

München vom damaligen Verkehrsminister Georg Leber auf den Namen Christoph 1 getauft und seiner Bestimmung zugeführt²⁵.

Stationiert am Städtischen Krankenhaus München-Harchling und finanziert durch den ADAC und die Allianz-Versicherungsgruppe, nahm Christoph 1 dort seinen Einsatzflugdienst im Rahmen des sog. Münchener Modells auf.

Den wohl schwersten Rückschlag erlitt die nun staatlich legitimierte Luftrettung am 17. August 1971, als bei einem Absturz des Luftrettungshubschraubers Christoph 1 Notarzt und Patient ums Leben kamen, Pilot und Rettungssanitäter verletzt wurden und der Hubschrauber einen Totalschaden erlitt.

Durch diesen tragischen Unfall wurde die Zukunft der gesamten Luftrettung in Frage gestellt. Ohne die Unterstützung der Bundesluftwaffe, die noch am gleichen Tag mit einer Ersatzmaschine des SAR-Dienstes einsprang, wäre eine Weiterführung der Luftrettung in Anbetracht der steigenden Zahl von Luftrettungsgegnern wohl nicht möglich gewesen. Auch die sehr zügige Unterstützung des Bundesministeriums des Inneren, das sechs Tage nach diesem tragischen Unfall langfristig unterstützend eingriff und eine Ersatzmaschine mit fliegerischer Besatzung vom Grenzschutz-Kommando Süd zur Weiterführung der Luftrettung zur Verfügung stellte, muss als quasi „Rettung in letzter Sekunde“ bewertet werden.

Am 02. November 1971 richtete die Bundeswehr am BWK-Ulm ein Testrettungszentrum ein, dem der damalige Bundesinnenminister H.-D. Genscher am 20. Dezember 1971 den ersten Zivilschutzhubschrauber (Christoph 2) übergab.

Ein weiterer BMI-Hubschrauber (Christoph 3) nahm im August 1972 an den Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken Frankfurt seinen Dienst auf.

Alle drei Maschinen, Christoph 1, 2 und 3, sollten dem Bundestag Fakten, Zahlen und Daten über ihren Einsatz liefern, auf deren Grundlage später über ein weiteres Engagement entschieden werden sollte²⁶.

²⁵ Carloff G, Neno K, (2001) Einsatz für den Rettungshubschrauber, Kisterkall Verlag, Köln, S. 10.

²⁶ Carloff G (2003) Bundesverwaltungsamt - Zentralstelle für Zivilschutz, Das Potential für Zivilhubschrauber, S. 3-5.

1972 gründete Siegfried Steiger in Filderstadt bei Stuttgart die Deutsche Rettungsflugwacht e.V. (DRF) mit dem Ziel, die Luftrettung weiter voran zu treiben. Im gleichen Jahr fand am 2. Oktober bereits das erste Internationale Luftrettungssymposium in Mainz statt. Der vierte RTH fand seinen Einsatzort an der Medizinischen Hochschule Hannover. Die DRF stellte im Jahre 1973 ihren ersten Hubschrauber in Stuttgart in Dienst.

Nach positiver Bewertung der Luftrettung durch die Mitglieder des Innenausschusses des Deutschen Bundestages im Jahre 1973 wurden im gleichen Jahr erste Gelder für den Aufbau eines möglichst flächendeckenden Luftrettungsnetzes durch den Bundestag bewilligt.

Durch die nun scheinbare Selbstverständlichkeit, mit der Mediziner Hubschrauber für die Luftrettung nutzten und auch deren Nutzung auf breiter Ebene positiv bewerteten, fand die Luftrettung weite Zustimmung in medizinischen wie politischen Kreisen.

Im Jahre 1974 begann das BMI mit dem planmäßigen Ausbau der Luftrettung, wodurch bis 1980 insgesamt 18 RTH-Stationen errichtet und betrieben werden konnten. Der anfängliche Aufschwung mit zwei neuen Stationen jährlich wurde Ende der 70er Jahre durch Engpässe bei BMI und BGS gestoppt. Dem Eingreifen der Luftwaffe und des ADAC ist es zu verdanken, dass der weitere Aufbau der Luftrettung in Deutschland nicht gänzlich unterbrochen wurde.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass es sich bei dem bis heute bestehenden System um eine durchaus förderungswürdige Symbiose von staatlichen Organisationen (Luftwaffe, BGS und BMI) sowie öffentlich/ rechtlichen Betreibern (ADAC, DRF u.a.) handelt, bei dem auch einen ungemein positiver Einfluss auf die Entstehung und Beibehaltung der Luftrettung zu erkennen ist.

Weitere Betreiber kamen im Laufe der Jahre hinzu, so dass eine immer dichtere und bessere Versorgung der Gesamtbevölkerung gewährleistet werden konnte.

Im September 1980 endete mit der Stationierung des 18. RTHs des BMI in Kempen das Engagement des Bundes für einen weiteren Ausbau der Luftrettung. Das bedeutete, dass weitere Maschinen aus Bundesmitteln nicht

mehr beschafft werden sollten. Grundlage dieser Entscheidung war hier die Finanzierungsfrage und nicht die Annahme, dass die Kapazitäten bereits ausreichend seien.

Im selben Monat wurde vom ADAC der erste Weltkongress für Luftrettung veranstaltet und organisiert²⁷.

Zum weiteren Ausbau des Luftrettungsnetzes in Deutschland wurde die Initiative von dritter Seite gefordert. Viele Betroffene waren damals verwundert, dass dieser Einsatz ausgerechnet von der Landesregierung Niedersachsen ausging, die 1981 einen ihrer Polizeihubschrauber nach zweckgebundenem Umbau als einen der modernsten Hubschrauber im Luftrettungsdienst in den niedersächsischen Rettungsdienst einband. Auch der ADAC führte zur gleichen Zeit einen weiteren RTH in das Netz ein. Im Jahre 1982 gründete der ADAC die ADAC-Luftrettungs GmbH als eine gemeinnützig anerkannte Tochter des ADAC.

Die in den nächsten Jahren folgende Übernahme diverser Stationen durch öffentlich-rechtliche Betreiber bereicherte das Luftrettungsnetz um etliche Stationen. Somit konnten bis zur Wiedervereinigung insgesamt 36 RTH - Stationen betrieben werden (17 vom BMI, 8 vom ADAC, 6 vom BMVg und 5 von der DRF).

Nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten übernahm zunächst die Bundeswehr im Auftrag der Bundesregierung das Gesamtpotenzial der NVA und damit auch die zu diesem Zeitpunkt bestehenden elf RTH-Stationen der ehemaligen DDR sowie die fünf bestehenden SAR-Kommandos. Hierbei wurde der Flugbetrieb zunächst mit den vorhandenen Materialien aus NVA-Beständen fortgeführt²⁸. Diese Regelung fand einen fließenden Übergang in den Jahren 1991-92, in deren Verlauf die bestehenden Luftrettungsstützpunkte der neuen Bundesländer vom BMI, DRF und ADAC übernommen wurden.

Im Jahre 1993 kündigte das BMI seinen Rückzug aus sechs Luftrettungsstandorten an. Dieser Rückzug und die damit entstehende

²⁷ ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.) (2003) Informationen (Faltblatt), S. 2.

²⁸ Arnold N (1991) Rettungsdienst Nr.4, SAR Lage 81, S. 253-257.

Versorgungslücke verursachte zunächst eine starke Verunsicherung aller Beteiligten. Auch der Rückzug der Bundeswehr aus der Luftrettung, wie er vom Bundesverteidigungsminister 1995 bekannt gegeben wurde, sorgte bei den Betroffenen für Unsicherheit. Die nicht mehr existente Bedrohung durch die Sowjetunion und ihre verbündeten Staaten, die mit der Beendigung des Kalten Krieges Anfang der 90er Jahre einherging, führte sowohl bei der Bundeswehr als auch bei den in der BRD stationierten Streitkräften der Alliierten für einen drastischen Abbau des Einsatzpotentials und führte somit zu einem Abbau des durch das Militär gedeckten Luftrettungsnetzes. In den nun folgenden Jahren wurden diverse technische Innovationen und neue Hubschraubertypen in die Luftrettung eingeführt und es kam zu weiteren Übernahmen von Rettungsstationen des BMI durch DRF und ADAC. Auch wurden nun eigens für den Intensivtransport entwickelte Intensivtransporthubschrauber (ITH) in den Dienst gestellt. Der Einsatz von kleinen Hubschraubern, deren Transportfunktion lediglich für den Notarzt, d.h. als Zubringer konzipiert war, konnte sich nicht durchsetzen.

Auch Tendenzen hin zu einer grenzüberschreitenden Luftrettung fanden 1997 mit der Unterzeichnung des Memorandum „Christoph Europa 1“ im niederländischen Vaals eine Basis, in dem sich die Repräsentanten der Euregio-Maas-Rhein dazu verpflichteten, die grenzüberschreitende Luftrettung zu forcieren und zu fördern²⁹. Erste Schritte in diese Richtung unternahm der ADAC mit dem Einsatz der grenzübergreifenden Rettungshubschrauber „Christoph Europa“ von Würselen und Rheine. Am 25. Februar 2000 fand die offizielle Gründungsversammlung des EHAC- **European HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) AirRescue Committee** (als erste Vertretung der europäischen Luftrettung) in Wien statt.

Mit der Stationierung eines zivil betriebenen RTH am Bundeswehrkrankenhaus in Koblenz Anfang 1999 wurde ebenfalls von allen Beteiligten ein großer Schritt

²⁹ Scholl H, Nagel E, Dieckmann Th (1998) ADAC forciert Luftrettung in Europa, Rettungsdienst Nr.5, S. 64-65.

in eine gemeinsame militärisch-zivile Luftrettung unternommen^{30,31}. Weitere „neue“ Betreiber traten auf den Plan und betrieben bzw. betreiben, meist in Kooperation mit den „großen“ Luftrettungsbetreibern ADAC und DRF, eigene Rettungsstationen oder Intensivtransporthubschrauber (ITH).

Derzeit bestehen rund 53 RTH-Stationen und rund 20 ITH-Standorte in der Bundesrepublik.

Die Luftrettung der Bundesrepublik Deutschland blickt auf eine nun fast vierzigjährige, wechselvolle Geschichte zurück, in deren Verlauf sie mehrere starke Veränderungen erfahren hat. Zu den wohl einschneidendsten Veränderungen im System der bestehenden Luftrettung haben sicherlich die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten, das In-Kraft-Treten des EU-Binnenmarktes 1992, die Einführung gemeinsamer europäischer Richtlinien (JAR-OPS 3) von 1995 sowie deren Bestimmungen für Hubschrauber von 1998 beigetragen.

Heute, nach über vierzig Jahren Luftrettung, haben sich nicht nur die Standortkarten, Einsatzzahlen und die Luftrettungsbetreiber stark verändert, sondern der Blick richtet sich viel mehr auf ein komplett neu strukturiertes, gesamtdeutsches Luftrettungsnetz mit zukünftig starker Einbindung in den europäischen Rettungsdienst.

Neben den ursprünglichen RTH des BMI und des ADAC und den SAR-Hubschraubern der Bundeswehr haben diese neuen Strukturen weitere Ressourcen freigesetzt, welche nicht zwangsweise preiswerter jedoch nun privatwirtschaftlich betrieben werden. Es sind diverse neue Betreiber hinzu gestoßen und gleichzeitig ist die Bedeutung der Rettungshubschrauber im Rettungsdienst, in der Intensivmedizin und im Katastrophenschutz entsprechend stark gewachsen. Heute bilden neben dem „alten“ RTH auch die neueren ITH sowie die Hubschrauber des BMI mit ihren BGS-Crews das

³⁰ Blase A (1999) Notfalleinsatz für Christoph 23: Zivil-Militärische-Zusammenarbeit im Rettungswesen, Informations- und Medienzentrale der Bundeswehr 9/99, S. 29-29.

³¹ Bardua R (1997) Mendiger CH-53-Modell, Ein Beispiel zivil-militärischer Zusammenarbeit, Magazin für Schnell-Einsatz-Gruppen III, S. 14 – 16.

Rückrad der Luftrettung. Man unterscheidet bei den Einsätzen bisweilen zwischen „Primär-„ und „Sekundäreinsätzen“ und bedient sich in der Luftrettung immer noch der Ressourcen der Bundeswehr und ihres weiten „Erfahrungsschatzes“ sowie der Unterstützung des Bundesgrenzschutzes.

2.1 Die Bereiche RTH und ITH

Erste Aufgabe der Luftrettung war es, ein Rettungsteam bestehend aus Notarzt und Rettungsassistent möglichst schnell zum Patienten zu bringen. Zu jener Zeit fungierte der Hubschrauber zunächst als fliegendes NEF (Notarzt-Einsatzhubschrauber), der Patient wurde hier meist nur von den Luftrettern versorgt und mit dem Krankenwagen transportiert. Die Zeiten des NEF waren schnell vorbei, als die Luftrettung fest etabliert wurde. Nun galt es, den Patienten schnellst möglichst vital zu stabilisieren und ihn selbst in kürzester Zeit über teilweise weite Strecken hinweg zum optimalen Versorgungszentrum zu bringen. Das war die Geburtsstunde des RTH (Rettungstransport-hubschrauber). In den letzten 15 Jahren zeichnete sich die Tendenz ab, neben den bereits etablierten Rettungstransporthubschraubern (RTH) noch ein weiterer Hubschrauber einzusetzen, den so genannte Intensivtransport-hubschrauber (ITH), der nur Intensivtransporte nach vorheriger Terminabsprache durchführt.

Durch eine Spezialisierung im gesamten Gesundheitswesen gewinnt der Intensivtransport durch Rettungshubschrauber zunehmend an Bedeutung. Der ITH ist in der Lage, weite Entfernungen in kürzester Zeit zu überwinden und einen für den Patienten schonenden Transport zu gewährleisten³². Weiterhin ist in diesem Bereich der Luftrettung bereits eine 24-Stunden Flugbereitschaft präsent, welche jedoch nach wie vor wetterabhängig ist^{33,34}. Im Bereich des

³² Luxem J, Kremer M (1995) Praxisleitfaden Luftrettung, S&K Verlag, Edewecht, S. 14.

³³ Fritz KW, Bredehorn A, Voigt M (1995) Nachtflug an der Küste. „Air Rescue At Night“. Rettungsdienst Nr. 18, S. 600-602.

³⁴ Mayer F (2000) Nachts schlafen die Hubis doch. Gedanken zur Luftrettung in der Nacht, Rotorblatt, Nr. 2, S. 32.

Interhospitaltransfers durch Hubschrauber muss darüber hinaus der Entwicklung von Spezialzentren durch die Einführung der DRGs Rechnung getragen werden, da es häufiger zu Intensivverlegungen von sekundären Kliniken in primäre Spezialzentren wie der Herzchirurgie, der Neurochirurgie und der Transplantationsmedizin kommt. Dieser Bedarf an ITHs wird nach der Meinung zahlreicher Experten auch zukünftig ansteigen und den verstärkten Einsatz von Hubschraubern erforderlich machen³⁵.

2.1.1 Primärrettung und Sekundärrettung

Nach dieser Einführung in die Entwicklung und Struktur der Luftrettung sowie einer Differenzierung von RTH und ITH, soll im Folgenden genauer auf die beiden unterschiedlichen Arten der Luftrettung eingegangen werden. Hierbei handelt es sich um die Primärrettung und die Sekundärrettung.

Leider ist die Verwendung der Begriffe „Primär-“ und „Sekundärrettung“ sprachlich sehr ungenau. Der Autor ergänzt daher zunächst eine präzise Definition der beiden Begriffe.

Von öffentlicher Seite her besteht zurzeit folgende Definition der Primärrettung: Unter Primärrettung ist ein Einsatz zu verstehen, der im Rahmen der Notfallrettung die notärztliche Versorgung leistet, wenn der Notfallort vom bodengebundenen Rettungsdienst nicht innerhalb der Hilfsfrist (siehe Hilfsfristen der jeweiligen Landesrettungsgesetze, meist ca. 15 Minuten) erreicht oder die notärztliche Versorgung nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann. Sich aus der Primärrettungssituation ergebende Transporte werden daher als Primärtransporte bezeichnet und werden spezifiziert als Transporte, die im Rahmen einer Notfallrettung Patienten von einem Notfallort in eine geeignete Behandlungseinrichtung transportieren, wenn dieses aus medizinischen Gründen als geboten erscheint.

³⁵ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München, S. 269ff.

Von Primäreinsatz und vom Primärtransport differenziert sich nach Ansicht der Konsensgruppe Luftrettung der Bundesregierung der Sekundärbereich mit Sekundäreinsätzen insofern, als hier medizinisch bereits versorgte Patienten im Rahmen einer Notfallrettung aufgrund medizinischer Indikationen von einer Behandlungseinrichtung in eine weitere geeignete Behandlungseinrichtung für weitere Diagnostik oder Behandlung überführt werden³⁶.

3. Rechtliche Grundlagen des Rettungsdienstes

Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen des Rettungsdienstes in der BRD sind auf Bundesebene im Fünften Sozialgesetzbuch festgelegt. In ihm werden gesetzlich die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geregelt³⁷. In dem Bereich Rettungsdienst besitzen vor allem §§ 2, 12, 60, 70 und 133 größere Relevanz, da sie unter anderem die folgenden Vorgaben enthalten:

§ 2 Leistungen, „Die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot, (1) „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“

§ 60 Fahrtkosten, (1) „Die Krankenkasse übernimmt nach Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrtkosten), ... Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.“

³⁶ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 82-83.

³⁷ Sozialgesetzbuch (2003) Fünftes Buch.

§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, (1) „Die Krankenkasse und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleisten ...“

§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen, (1) „Soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Leistung des Rettungsdienstes und über das Entgelt für andere Krankentransporte mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen (hier z.B. ADAC, DRF). Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlung der konzentrierten Aktionen im Gesundheitswesen zu berücksichtigen.“

Für die Luftrettung in der BRD kommen zusätzlich die jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze zum Tragen, da hier die föderalistische Struktur der Bundesrepublik Deutschland und die damit einhergehende Kompetenz der Bundesländer für die Regelung des Rettungsdienstes greifen. Diese föderalistische Struktur hat zur Verabschiedung von 16 Landesrettungsdienstgesetzen und den mit ihnen verbundenen Erlassen, Ausführungsbestimmungen und Rechtsverordnungen geführt.

Grundsätzlich ist die für das Rettungswesen oberste Landesbehörde auch für die Festlegung von Anzahl, Standorten und Einsatzbereichen der im Rahmen der Luftrettung zum Einsatz gelangenden Luftrettungsmittel verantwortlich.

3.1 Rechtliche Grundsätze zur Luftrettung

Zu den rechtlichen Vorgaben des Rettungsdienstes, wie sie im dem vorangegangenen Kapitel dargelegt wurden, kommen diverse unterschiedliche

Rechtsvorgaben auf Bundesebene, Landesebene und auf Europaebene hinzu, die speziell für den Bereich Luftrettung zu beachten sind.

Auf eine detaillierte Auflistung aller Rechtsvorgaben, die den Bereich der Luftrettung betreffen, wird an dieser Stelle verzichtet, da die wichtigen Teilbereiche, wie zum Beispiel die Rettungsdienstgesetze, bereits dargelegt wurden und entsprechende Verordnungen des Europarechts, des Bundesrechts sowie die länderrechtlich relevanten Vorgaben in den nächsten Kapiteln hinreichend dargelegt werden. Es muss jedoch deutlich gemacht werden, dass die Zusammenschürung hunderter Gesetze in einem Gesamtpaket „Luftrettung“ eine erhebliche Herausforderung an Juristen, Ökonomen und Luftretter darstellt. Dieser Umstand wird auch durch die Klärung der diversen Zuständigkeiten bedingt, die für den oder die Zuständigen wiederum einen erheblichen Kosten- und Verwaltungsaufwand mit sich bringen wird.

Es werden eine Reihe von Problemen deutlich, die eine einheitliche Bestimmung und Festlegung der Luftrettungsbereiche nahezu unmöglich machen: Erstens existiert eine große Vielzahl unterschiedlichster Gesetzestexte der verschiedenen Zuständigkeitsbereiche (EU, ICAO, LBA, u.a.), zweitens herrscht in vielen Fällen eine starke Diskrepanz zwischen den Gesetzestexten und deren Inhalt in Bezug auf die Pflichten und Aufgaben der Luftrettung und drittens stammen die zu beachtenden Gesetzestexte aus den diversen Teilbereichen der Luftrettung (Luftrecht, technische Vorschriften, Wettbewerbsrecht, Wirtschaftsrecht, Arzthaftungsrecht u.a.)

Hier muss insbesondere auf die derzeitigen Definitionen und Inhalte verwiesen werden, welche sich aus den Vorschriften und Regelungen der JAA (JAR-OPS 3) ergeben. Durch ihren theoretischen Inhalt und die Anforderung an die Umsetzung dieser Inhalte ergibt sich, dass zum Beispiel ca. 90-95% der zurzeit an bundesdeutschen Kliniken betriebenen Hubschrauberlandeplätze nicht den

gesetzlichen (europarechtlichen) Vorschriften entsprechen. Diese Problematik bedarf einer dringenden Klärung^{38,39,40}.

An dieser Stelle steht nach Ansicht des Autors die Forderung, eine Harmonisierung der theoretischen Vorschriften und fachlichen Anforderungen an den Betrieb von Luftfahrzeugen zu erreichen sowie die Praktikabilität der Umsetzung eben dieser Vorgaben an die reelle Situation in den einzelnen Mitgliedsstaaten anzupassen. Dieses Ziel hat bereits der Bayerische Innenminister Dr. Günther Beckstein in seiner Rede auf der 12. Fachtagung Luftrettung im Mai 2001 in Berchtesgaden passend formuliert und auch von Seiten des EHAC in Luxemburg wurde Anfang 2003 ein entsprechender Vorschlag gemacht⁴¹.

Anzumerken ist, dass offenbar nicht einmal die im Rahmen dieser Arbeit vom Autor angeschriebenen und für die Umsetzung der JAR-OPS 3 zuständigen Landesbehörden eine konkrete Vorstellung davon haben, wie eine Umsetzung dieser Vorschriften zu realisieren ist und wie sie in Anbetracht der vielen Sondergenehmigungen und Ausnahmeregelungen, unter Einbeziehung der zahlreichen unterschiedlichen Betreiber, wieder Struktur in die von ihnen verwalteten Flugbetriebsflächen bringen sollen. Von einer bundeseinheitlichen Regelung ist man also weit entfernt, sodass eine entsprechende Einigung in diesem Beispiel auch in der nächsten Zeit nicht zu erwarten ist.

3.2 Bundesrechtliche Vorgaben

Gemäß Artikel 73 Nr. 6 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland besitzt der Bund die ausschließliche und alleinige Regelungskompetenz für den Luftverkehr in der Bundesrepublik Deutschland⁴². Die Luftrettung ist als Teil des

³⁸ Reinhard K (2001) RUN Rettungswesen und Notfallmedizin GmbH, In: Notfall & Rettungsmedizin, S. 107-108.

³⁹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 60.

⁴⁰ Anding K (2001) Gedanken zur Luftrettung, In: Notfall & Rettungsmedizin, S. 67-68.

⁴¹ ADAC Luftrettungs GmbH (Hrsg.) (2003) Luftrettung, 1/2003, Wolfseiner Verlag, München, S. 16.

⁴² Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1994) Deutscher Bundestag, Bonn.

gesamtdutschen Luftverkehrs zu betrachten und unterliegt somit allen Vorschriften des deutschen Luftrechts. Die Ausübung des Luftverkehrs ist unter anderem durch Vorschriften des Bundes geregelt, die sich auf den reinen Flugbetrieb und betriebstechnische Anforderungen für den Einsatz von Luftrettungsmitteln beziehen. Soweit das entsprechende Fluggerät als „Luftrettungsmittel“ eingesetzt wird, sind den Bundesländern aufgrund ihrer Zuständigkeit für den Rettungsdienst die Bestimmungen der organisatorischen und qualitätsbedingten Voraussetzungen überlassen und im Einzelnen durch die jeweiligen Landesrettungsgesetze oder die spezifischen Erlasse eines Landes (Rettungsdienstgesetze) genauer spezifiziert.

Die 1999 vollzogene Änderung des § 20 LuftVG, die eine Genehmigung von Luftfahrtunternehmen zum Zwecke der Beförderung von Personen oder Sachen vorsah, wurde durch die EWG-Verordnung 2407/92 ersetzt, die nun laut EU-Recht besagt, dass in- und ausländische Unternehmen gleichermaßen gewerbliche Transportflüge innerhalb der EU durchführen können, soweit sie eine Betriebsgenehmigung nach EWG-Verordnung 2407/92 besitzen. Einschränkend fungiert hier jedoch § 23 LuftVG, durch den die gewerbliche Beförderung von Personen oder Sachen mit Hilfe von Hubschraubern zwischen Orten des Inlands deutschen Unternehmen vorbehalten sein kann.

Die BRD ist Mitglied der EU, deren klare Zielsetzung es ist, eine weitestgehende Harmonisierung der unterschiedlichen Strukturen der Mitgliedstaaten zu erreichen. Daher sollte das deutsche Luftrecht in den nächsten Jahren weiterhin Schritt für Schritt dem europäischen Luftrecht angeglichen werden bzw. europarechtliche Vorschriften der Mitgliedsstaaten in nationales Recht überführt werden.

Wesentliche bundesrechtliche Regelung für die Finanzierung des Rettungsdienstes ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung⁴³. Hierin werden die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Rahmen der GKV geregelt. Die Zu-

⁴³ Sozialgesetzbuch (2003) Fünftes Buch.

ordnung des Rettungsdienstes und damit auch der Luftrettung erfolgt in Kapitel 3, Abschnitt 8, „Fahrkosten“. Hierin wird die präklinische Notfallversorgung als Pflichtaufgabe des Rettungsdienstes nicht als integraler Bestandteil der „Leistungen bei Krankheit“ aufgeführt, sondern als „ergänzende Leistung“ unter dem Abschnitt „Fahrkosten“ subsumiert. Es besteht diesbezüglich eine dringende Notwendigkeit, den Bereich der präklinischen Notfallversorgung, einschließlich der Verlegung von Notfallpatienten, als eigenständige Leistung zu definieren, um somit der Priorität dieser Aufgabenerfüllung gerecht zu werden.

Ein Harmonisierungsbedarf zwischen bundes- und landesrechtlichen Bestimmungen ist insbesondere vor dem Hintergrund der Bestimmungen des § 133 SGB V gegeben. Hierin heißt es hinsichtlich der Versorgung mit Krankentransportleistungen: „Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Beachtung des § 71 Abs. I bis III mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen⁴⁴. Kommt eine Vereinbarung nach Satz I nicht zustande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, ist auch bei dieser Festlegung § 71 Abs. I bis III zu beachten.“ Der Möglichkeit eines Vertragsabschlusses stehen jedoch teilweise landesrechtliche Regelungen gegenüber, die eine Festlegung der Benutzungsentgelte per Satzung vorschreiben.

3.3 Länderrechtliche Vorgaben

Die bereits im Vorfeld beschriebene föderalistische Struktur der Bundesrepublik Deutschland und die dadurch bedingte Kompetenz der einzelnen Bundesländer

⁴⁴ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München, S. 252ff.

für ihren Rettungsdienst haben hat zur Verabschiedung von 16 teilweise unterschiedlichen Landesrettungsdienstgesetzen und den damit verbundenen Verordnungen und Erlassen geführt.

Die in dem jeweiligen Bundesland verantwortliche oberste Landesbehörde ist grundsätzlich auch für die Festlegung von Anzahl, Standorten und Einsatzbereichen der im Rahmen der Luftrettung zum Einsatz gelangenden Hubschrauber zuständig. Im Hinblick auf Inhalt und Umfang ist hier ganz klar eine Divergenz der rechtlichen Rahmenvorgaben der einzelnen Länder zur Ausgestaltung des Rettungsdienstes vorhanden. Zwar liegt die Luftrettung laut landesgesetzlicher Regelungen übereinstimmend in der Verantwortung der Länder, es existiert jedoch in keinem der Gesetze eine Ausführung zur länder- bzw. staatsgrenzenübergreifenden Organisation dieses speziellen, mit einer hohen Raumwirksamkeit verbundenen Bereiches der Luftrettung.

Die hier zuständigen Landesbehörden sind ebenfalls für die Organisation der Luftrettung in der BRD zuständig. Als sog. Träger der Luftrettung können sie Dritte mit der Luftrettung beauftragen. Teilweise sind die Landkreise und kreisfreien Gemeinden die Träger des gesamten Rettungsdienstes. Sie können auch als Zweckverbände agieren und die Durchführung der Luftrettungsaufgaben per Vertrag an entsprechende Leistungserbringer übertragen. Generell fungieren die Bundesländer als zuständige Genehmigungsbehörden.

Die Aufgabenbeschreibung der Luftrettung ist ebenfalls in Kurzform in den Landesrettungsdienstgesetzen enthalten und lautet sinngemäß in allen Gesetzestexten: „Die Luftrettung dient als Unterstützung des bodengebundenen Rettungsdienstes“. Spezielle Hilfsfristen, wie sie für den bodengebundenen Rettungsdienst vorliegen, konnten in keinem der vorliegenden Gesetzestexte in Bezug auf die Luftrettung gefunden werden⁴⁵.

Die föderalistische Struktur der deutschen Luftrettung birgt jedoch generell die Gefahr unabgestimmter Verfahrensweisen. Als Folge daraus entstehen

⁴⁵ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 52.

vermeidbare Doppel- und Mehrarbeiten bzw. inkongruente Konzeptionen, wie z.B. die aktuell offene Situation bei der Herangehensweise an die Lösung der „Landeplatzproblematik“ (siehe Europarechtliche Vorgaben). Die Einflussmöglichkeiten auf eine länderübergreifende Konzeption der Luftrettung werden bisher nur unzureichend genutzt. Dabei böte die bei den Bundesländern angesiedelte Planungs- und Gestaltungsaufgabe der Luftrettung die Möglichkeit, den wesentlichen Charakter einer überregionalen bzw. bundesweit einheitlichen Konzeption des Gesamtsystems Luftrettung zu bestimmen.

3.4 Europarechtliche Vorgaben

Die BRD als Mitglied der EU ist als solches auch deren Gesetzen und Richtlinien unterworfen. Die EU strebt eine Harmonisierung auf Grundlagen der Joint Aviation Requirements (JAR), verfasst durch der Joint Aviation Authorities (JAA), an. Jedes Mitgliedsland der EU hat demnach die gemeinschaftlich festgelegten Vorschriften in nationales Recht zu überführen. Hierbei ist zu beachten, dass das In-Kraft-Treten der Regelungen durch die JAA noch keine rechtliche Wirkung ausübt, sondern erst nach dem Umsetzen der Regelungen durch die betreffenden Länder in nationales Recht eintritt⁴⁶.

Bisher ist keine europäische Luftfahrtbehörde im Amt und die JAA ist lediglich als Zusammenschluss von Luftfahrtbehörden unterschiedlicher Länder ohne endgültige Entscheidungs- und Handlungsbefugnis zu betrachten. Im Rahmen der Europäisierung sollte die Tendenz zu einer Europäischen Behörde mit Ablösung der nationalen Behörden jedoch begrüßt werden.

Die Aufgaben der JAA beziehen sich zurzeit im Kernbereich auf Zulassung, Betrieb, Wartung und Lizenzierung des Flugpersonals.

Die für diese Arbeit relevanten Teilbereiche beziehen sich hauptsächlich auf die JAR-OPS 3 vom 29.09.1998, die sich auf die Beförderung von Personen und

⁴⁶ Steiner ER, Domres B (1996) EURAMI - Luftrettung für ein vereintes Europa. Positionen und Perspektiven, Rettungsdienst Nr. 19, S. 168-169.

Sachen mit Hilfe von Hubschraubern beziehen⁴⁷. Für Anforderungen aus den genannten Teilbereichen gibt es mitunter Übergangsregelungen bis einschließlich 31.12.2009.

Die Umsetzung dieser Auflagen hatte große Auswirkungen auf den Bereich der BRD, da die Erfüllung der JAA-Bestimmungen von Seiten der Leistungserbringer erhebliche Investitionen erforderte. So mussten z.B. neue Hubschraubermodelle angeschafft werden, die den geforderten Leistungsklassen (siehe Abb.4) entsprachen⁴⁸ und erhebliche Summen in Aus- und Weiterbildung der Besatzungen⁴⁹ investiert werden.

Eine offene Frage bleibt das zurzeit aktuelle Problem der Beschaffenheit der Landeplätze⁵⁰. Diese müssen bestimmten Kriterien für den An- und Abflug standhalten, die jedoch von einem Großteil der Kliniklandeplätze nicht erfüllt werden und aufgrund der baulichen Situation oder Stadtlage auch unter immensem Finanzaufwand kaum sicherzustellen sind⁵¹. Im Rahmen dieser Problematik stellt sich die Frage, wer einen solchen, wenn überhaupt möglichen, Umbau der Landeplätze finanzieren soll. Die staatliche Seite vertritt klar den Standpunkt, dass diese Kosten durch entsprechende Leistungserbringer (ADAC, DRF, HSD u.a.) zu tragen sind. Augenscheinlich entbehrt es allerdings jeder Logik, dass ein Vertragspartner, dem eine zeitlich begrenzte Lizenz für die Erbringung einer Leistung erteilt wird, für die immerhin dauerhafte Einrichtung von Landeplätzen herangezogen werden soll! Es stellt sich die Frage, ob in einem solchen Fall nicht auch DRK, ASB, MHD und Feuerwehren zur Finanzierung der Notaufnahmefahrten herangezogen werden müssten. Andernfalls müsste es zwischen Zufahrten für den bodengebundenen NAW und KTW sowie dem unterstützenden RTH und ITH im Anflug auf klinikeigene Landplätze einen rechtlichen Unterschied geben.

⁴⁷ Treutwein N (1999) JAR-OPS 3 - die neue Sicherheit, In: ADAC Luftrettung, Nr. 1, S. 16-20.

⁴⁸ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 57-56.

⁴⁹ Schlieben H (2001) Erste Tagung des Arbeitskreises HEMS, Rotorblatt, Nr. 1, S. 37.

⁵⁰ Kische B (2002) Die Anwendung neuer Landeplatzvorschriften für Hubschrauber im Luftrettungsdienst, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.), S. 162-170.

⁵¹ Reinhardt K (2001) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, In: Notfall & Rettungsmedizin Nr. 4, S. 107.

HUBSCHRAUBER LEISTUNGSKLASSEN

- **LEISTUNGSKLASSE 1:** bei Triebwerksausfall - Hubschrauber ohne Notlandung weiter flugfähig (nach dem Start, je nach Phase Abbruch oder Weiterflug)
- **LEISTUNGSKLASSE 2:** bei Triebwerksausfall - Hubschrauber muss ggf. kurz nach dem Start bzw. kurz nach der Landung notlanden, kann aber ansonsten den Flug sicher fortsetzen
- **LEISTUNGSKLASSE 3:** bei Triebwerksausfall - Notlandung wahrscheinlich (2 Triebwerke) bzw. erforderlich (1 Triebwerk)

Abb.4

4. Luftrettung im europäischen Vergleich

Die Struktur der Luftrettung in Europa ist ebenso divergent wie die Zusammensetzung der EU und ihrer Mitgliedstaaten. Betrachtet man die Luftrettungssysteme der verschiedenen Staaten, stellt man eine überraschende Tatsache fest: Einige Länder, von denen aufgrund ihrer finanziellen und politischen Situation kaum ein flächendeckendes Luftrettungsnetzwerk zu erwarten wäre, besitzen ein außerordentlich gutes Luftrettungsnetz. So z.B. das ehem. Jugoslawien, das bereits in der Vergangenheit mit seinem Luftrettungssystem eine Vorreiterrolle in Europa inne hatte. Nach dem Ende des Krieges wurde dieses System wieder aufgebaut und kann inzwischen, zumindest in einigen Gebieten, wieder eine Luftrettung mit teilweise 24stündiger Bereitschaft vorweisen. In anderen Ländern zeigt sich hingegen, dass Luftrettung zum lange vernachlässigten und kaum existenten Teil der jeweiligen Landesrettung zu zählen ist, wie zum Beispiel in Spanien oder Portugal⁵².

Es scheint, dass die Luftrettung in Europa ein stark expandierender Sektor ist, bei dem auch die bundesdeutsche Luftrettung eine Vorreiterposition einnimmt. In der BRD sind nämlich zurzeit ca. 1/4 der gesamteuropäischen Luftrettungsstützpunkte angesiedelt und sie kann weltweit das dichteste und beststrukturierte Netz der Luftrettung aufweisen.

⁵² Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 369ff.

Außerdem sind die deutschen Luftretter offenbar kompetente Ansprechpartner für ihre Kollegen in der gesamten Welt.

Im Rahmen der grenzüberschreitenden Luftrettung sind, mit Ausnahme der Kooperationen von ÖMTC und ADAC (Österreich-Deutschland), Euregio-Maas-Rhein (Belgien-Niederlande-Deutschland) und der Schweizer REGA⁵³, noch keine großen Bestrebungen unternommen worden, in grenznahen Regionen länderübergreifend tätig zu werden. Das Interesse der Luftretter an grenzüberschreitender Kooperation ist durchaus vorhanden. Deshalb muss die Forderung an die politischen Entscheidungsträger gestellt werden, entsprechende Projekte zu initiieren und zu unterstützen.

In den vergangenen Jahren hat die grenzüberschreitende Arbeit im Bereich der Luftrettung eine kontinuierliche Weiterentwicklung erfahren. Ihr wurde sowohl auf der 12. Fachtagung Luftrettung in Berchtesgaden als auch auf der internationalen AIRMED 2005 in Barcelona von Experten eine entscheidende Schrittmacherfunktion im Bereich rettungsdienstlicher Ressourcen und Kapazitäten zugesprochen⁵⁴. Hierbei wurde auf zahlreiche Gemeinschaftsprojekte sowohl im operativen Einsatzbereich als auch bei der grenzüberschreitenden Ausbildung verwiesen^{55,56}.

Für eine reibungslose grenzüberschreitende Kooperation, die zu wünschen wäre, ist die Übereinstimmung bei Notfallmedizinischen Behandlungsgrundsätzen ebenso von Nöten wie die Schaffung europaweit einheitlicher Rechtsgrundlagen⁵⁷.

Das eine solche grenzüberschreitende Tätigkeit möglich ist, zeigt die Explosionskatastrophe von Enschede (NL), bei der insgesamt sechs deutsche Luftrettungshelikopter im Einsatz waren, darunter zivile, öffentliche (ADAC) und staatliche (BGS/Zivilschutz und Bundeswehr) Maschinen; ebenso der BGS-und

⁵³ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfseiner Verlag, München, Graphik S 273ff.

⁵⁴ Matzke-Ahl S (2001) Europa wächst zusammen. Grenzüberschreitung. In: ADAC Luftrettung, Nr. 1, S 17-18.

⁵⁵ Torloting (2002) Grenzüberschreitender Rettungsdienst, 12. Fachtagung Luftrettung, S 111ff.

⁵⁶ Falk, EUCREW-Europäisches Schulungszentrum für Luftrettung und bodengebundenen Rettungsdienst, 12. Fachtagung Luftrettung, S 117.

⁵⁷ Johanniter Forum Berlin (2000) Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Schrifteihe Heft 11.

LW-Einsatz bei der Flutkatastrophe 2003 in Mozambique oder der Einsatz nach dem verheerenden Tsunami Weihnachten 2004 im südostasiatischen Raum (Indonesien, Thailand, Indien u.a.). Zu hoffen bleibt, dass diese traurigen Ereignisse nicht als Ausnahmefälle einer grenzüberschreitenden Kooperationen stehen bleiben und dass von staatlicher Seite die Bereitschaft und der Wille aller an der bundesdeutschen Luftrettung Beteiligten erkannt und herangezogen wird, um dort Hilfe zu leisten, wo sie dringend benötigt wird.

Erste Schritte in diese Richtung zeigt die Gründung des Europäischen Luftrettungskomitees (HEMS) und des Air Rescue Committee e.V. (EHAC). Diesen Interessengemeinschaften der europäischen Luftretter gehören inzwischen niederländische, österreichische, deutsche, schweizerische und auch norwegische Luftretter an. Die Bereiche Interessenvertretung, Mitwirkung bei internationalen Fachverbänden und Institutionen, Informationssammlung, gemeinschaftliche Ausbildungen auf gleichem Standard gehören neben vielen anderen zu den Aufgabenfeldern dieser Organisationen. Die enge Zusammenarbeit auf diesen Gebieten ist deshalb so wichtig, weil sie die gemeinschaftliche Basis für eine zukünftig einheitliche Luftrettung in Europa darstellen⁵⁸.

4.1 Zukunft der Luftrettung

Die Luftrettung als ergänzender Teil des Gesamtrettungswesens steht vor einem Wandel, der zum einen durch leere Gesundheitskassen der Versicherungen und des bundesdeutschen Gesundheitswesens verursacht wird, zum anderen aber auch durch die immer größer werdenden Möglichkeiten im Bereich der Technik und der Medizin. Es zeichnet sich ein Rollenwechsel der Luftrettung ab: Sie wird in Zukunft nicht mehr ausschließlich den bodengebundenen Rettungsdienst unterstützen, sondern vor allem ihre eigentliche Aufgabe erfüllen, die darin besteht, die Grundversorgung

⁵⁸ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S 388ff.

schwerstverletzter Patienten zu übernehmen. Um dem gesamten Aufgabenspektrum der Rettungshubschrauber Rechnung tragen zu können, scheint eine Ausdehnung der zeitlichen Verfügbarkeit von Luftrettungsmitteln notwendig. Früher oder später wird auch die Durchführung von nächtlichen Primäreinsätzen für die Luftrettung zur Routine werden. Allerdings scheint das zur Zeit noch eine Frage der Dringlichkeit und auch der Kosten zu sein⁵⁹.

Realisierbar scheint hier, ähnlich wie im bodengebundenen Rettungsdienst eine bedarfsgerechte, 24stündige Besetzung der Standorte, wie es sie bei den bodengebundenen Rettungsdiensten gibt. Hierzu müssen einsatztaktische, medizinische und ökonomische Überlegungen mit der Möglichkeit in Einklang gebracht werden, bestehende Einsatzzeiten und Bereitschaften kurzfristig und individuell an die Erfordernisse anzupassen. Es wird sich in den kommenden Jahren zeigen, dass sowohl der wachsende Zwang zur Kostenreduzierung bei gleichzeitig effektiver Leistungserbringung als auch der Druck zur Erzielung möglichst zahlreicher Synergieeffekte im Gesundheitsbereich auch vor der Luftrettung nicht halt machen wird⁶⁰.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Neustrukturierung des bundesdeutschen Luftrettungssystems, insbesondere im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Festlegung von Luftrettungsstützpunkten in Erwägung gezogen werden. Für entsprechende Überlegungen müssen jedoch sämtliche Aspekte der Medizin, der Ökonomie, der Technik, der Luftfahrt und sicherlich auch der Ethik mit einbezogen werden und es sollte zwischen allen Teilbereichen der Luftrettung ein Konsens gefunden werden, wenigstens müssen aber alle Unterpunkte in einem zufriedenstellenden Maß beachtet werden. Als Beispiel sei hier die entsprechende Anforderung genannt, die JAR-OPS 3 (siehe Leistungsklassen, Abb. 4) an die Hubschrauber stellt: Der Einsatzradius wurde von ehemals 50 km (siehe Abb. 1) auf nunmehr 60 bis 70km erweitert. (siehe hierzu den Abschlussbericht der Phase II des Ausschusses „Rettungswesen“,

⁵⁹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 93ff.

⁶⁰ Stünzi W (1996) Private Finanzierung der Luftrettung - ein Modell für die Zukunft? ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.), Wolfseiner Verlag, München S. 455-461.

Konsensgruppe „Luftrettung“). Neben dieser Einsatzradius-erweiterung müssen allerdings die realen Einsatzzahlen und Gebiete, wie sie häufig den Betreibern der Luftrettungsstationen vorliegen, beachtet werden. Erste grundlegende Daten liegen als verwertbare wissenschaftliche Zahlen und Fakten zumindest für das Jahr 2002 vor⁶¹. Für eine Neustrukturierung müssen auch die Gegebenheiten von Staats- und Landesgrenzen sowie technische und geografische Anforderungen (z.B. Funk, Nachtflug, Gebirge oder Gewässer) berücksichtigt werden.

In der Praxis würde das bedeuten, dass entsprechende Standorte nach einsatztaktischen Gesichtspunkten und Bedürfnissen festgelegt würden und somit auch bereits bestehende und historisch gewachsene Stützpunkte im Bedarfsfall verlegt oder gar geschlossen werden müssten. Zur langfristigen Konsolidierung der Luftrettung sind solche Maßnahmen längst überfällig.

Die bereits in Kapitel 2.1 beschriebene Trennung zwischen RTH und ITH wird zukünftig wohl zugunsten des Gesamtluftrettungssystems wegfallen. Der Bedarf an Intensivtransporten wird auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Spezialisierung und des rasanten medizinischen Fortschritts weiterhin deutlich zunehmen.

Der in den letzten Jahren einsetzende Rückzug des staatlichen Engagements in der Luftrettung, sowohl von BW/LW als auch von BMI/BGS wird zu einer weiteren Privatisierung und Ökonomisierung in diesem Bereich führen. Das birgt jedoch die Gefahr der Fragmentarisierung der Luftrettung durch viele kleinere Anbieter.

Letzten Endes könnte es zu unübersichtlichen und unstrukturierten Verhältnissen führen, die zwangsläufig eine ethisch nicht zu vertretende Ungleichbehandlung von eigentlich gleichen Notfallpatienten mit sich bringen würde. Gleichzeitig würden solche Zustände eine Effizienzminderung bedeuten, welche ausgehend von einzelnen Regionen letztendlich den Kollaps des gesamten Systems verursachen könnten.

⁶¹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München.

Daher muss auch zukünftig bei der Vergabe von Luftrettungsstützpunkten darauf geachtet werden, dass nur etablierte und erfahrene Leistungserbringer mit Aufgaben des Rettungsdienstes betraut werden, die sowohl personell als auch materiell dazu in der Lage sind. Bei der fortschreitenden Privatisierung der Luftrettung ist eine Kommerzialisierung durch staatliche Reglementierung unbedingt zu vermeiden.

Leider kann ein sehr interessanter Aspekt in dieser Arbeit nicht eingehend erörtert werden: Durch die rasante Entwicklung der Telekommunikations- und Informationssysteme, mit denen zukünftig bereits während des Einsatzes eine ganze Flut von Daten an die aufnehmende Klinik gesendet werden kann und gleichsam eine lückenlose Kommunikation mit einer führenden Leitstelle möglich ist, wird ein Einsatz in der Zukunft noch reibungsloser und eine Diagnose noch schneller erfolgen. Diesem möglichen zukünftigen technischen Stand kann und wird in dieser Arbeit keine Beachtung geschenkt, da es sich hier um eine Beurteilung der bestehenden Luftrettung und deren Kapazitäten handelt.

Auch die zunehmende Öffnung Europas und die Orientierung an diesem Staatenbündnis wird zukünftig Aufmerksamkeit und Engagement fordern. Faktisch muss sich ein gesamteuropäisches Luftrettungssystem etablieren, zu dem alle Beteiligten gleichermaßen beizutragen haben. Eine Vernetzung und gemeinsame Nutzung aller zur Verfügung stehenden präklinischen und klinischen Einrichtungen ist als gemeinsames Ziel durchaus positiv zu bewerten. Ökonomische Forderungen nach einer größtmöglichen Kostenreduktion im gesamteuropäischen Gesundheitswesen werden kein Nebeneinander von bestehenden Systemen bzw. keine Redundanz mehr zulassen, sofern dies durch die Grenzen innerhalb Europas begründet ist. Um einen möglichst hohen Wirkungsgrad zu erzielen, sind sinnvolle und effiziente Kooperationen nötig, wie z.B. die Vernetzung von Leitstellen oder der gemeinsame Betrieb von Luftrettungsstützpunkten in Grenzregionen mit flexiblem Personal- und Materialmanagement.

Die zentrale und organisationsübergreifende Datenerfassung sowie deren Analyse zur Qualitätssicherung und zum Effektivitätsnachweis in der Luftrettung müssen deutlich verbessert werden, um über aussagekräftige Zahlen verfügen zu können. Luftrettung der Zukunft bedeutet organisationsübergreifendes und gesamteuropäisches Engagement, Denken und Handeln.

5. Grundzüge der deutschen Luftrettung

Zum reibungslosen Betrieb eines effizienten und kosteneffektiven Luftrettungsdienstes müssen grundlegende Vorgaben erfüllt sein, ohne die ein sinnvoller RTH-Einsatz unmöglich ist. Die wesentlichste Grundlage für einen effizienten Luftrettungsdienst ist ein voll funktionstüchtiger, bodengebundener Rettungsdienst. Dazu muss der entsprechende Träger die gleichberechtigte und zum bodengebundenen Rettungsdienst konkurrenzlose Einbindung der Luftrettung in den Gesamtkomplex Rettungsdienst gewährleisten können. Bedingt durch die Reichweite der Luftrettung ist eine überregionale Leitstelle anzustreben. Die zweite wichtige Voraussetzung ist die Teamfähigkeit des in der Luftrettung eingesetzten Personals. Diese sollte durch fest definierte und einheitliche Auswahlverfahren gesichert sein und durch ebenso einheitliche Aus- und Weiterbildungen gefestigt werden. Hierbei sind alle Beteiligten der Luftrettung gleichermaßen gefordert, das bedeutet, sowohl die Betreiber der RTH und die Standortkliniken aber auch die Feuerwehren und Hilfsorganisationen müssen gleichberechtigt an Aus-, Fort- und Weiterbildung der gesamten Crew auf hohem Niveau beteiligt und interessiert sein.

Drittens muss stets für eine möglichst optimale fliegerische und medizinisch-technische Ausstattung der Luftrettungsmittel gesorgt sein. Dieses obliegt den Betreibern der RTH ebenso wie den Trägern der Luftrettung.

Als vierten und letzten wichtigen Punkt muss der Gesetzgeber die rechtliche Ebene für eine reibungslos funktionierende Luftrettung schaffen und erhalten. Gleichzeitig muss er den Betreibern und Trägern der Luftrettung sowohl auf

nationaler als auch auf internationaler Ebene ein rechtlich stabiles Fundament zum Auf- und Ausbau der Luftrettung schaffen. Dieses Fundament sollte sich mit rechtlichen, aber auch ethischen Grundauffassungen der Bevölkerung der BRD decken.

An dieser Stelle sei auf Grundsatzformulierung der Konsensgruppe Luftrettung der Bundesregierung aus dem Jahr 2004 verwiesen, welche im Verlauf dieser Arbeit vielfach zitiert wird.

Alle in dieser Grundsatzformulierung genannten Anforderungen stellen nach Auffassung des Autors Grundvoraussetzungen dar, die zum reibungslosen Ablauf der Luftrettung unabdingbar sind. Durch die vielschichtige Aufbaustruktur der Luftrettung ist ein reibungsloser Ablauf der Luftrettung mit ihren vielen Schnittpunkten zu anderen Bereichen anders kaum denkbar. Das folgende Kapitel wird sich noch eingehender mit entsprechenden Rahmenbedingungen einer funktionierenden Luftrettung auseinandersetzen

5.1 Medizinische Rahmenbedingungen

Seine medizinische Relevanz bezieht der Luftrettungsdienst in erster Linie aus den kurzen Reaktions- und Interventionszeiten und aus dem sich dadurch ergebenden enormen Zeitvorteil gegenüber den bodengebundenen Rettungsdienst. Sicherlich darf hierbei nicht außer Acht gelassen werden, dass es für alle Dienste sowohl Vor- als auch Nachteile gibt.

Vor dem Hintergrund der in der BRD eingeführten DRGs und im Hinblick auf die Tatsache, dass effektives ökonomisches Denken und Handeln nun auch in der bundesdeutschen Krankenhauslandschaft Einzug gehalten hat, scheint es nur allzu logisch, dass sich in naher Zukunft perspektivisch mehr und mehr Schwerpunktkliniken mit dazwischen liegenden Krankenhäusern in der Grundversorgung etablieren werden. Neben bereits seit längerem bestehenden Fachzentren, wie z.B. Herzzentren und Stroke-Units, werden nun auch andere

Spezialkliniken verstärkt ihr Augenmerk auf ökonomisch orientierte Klinikbetriebe richten.

Ein solches Netzwerk medizinischer Fachkliniken, wie es für die Zukunft zu erwarten ist, führt zwar zu einer verbesserten Versorgung des Patienten (zumindest im betroffenen Fachbereich), es heißt jedoch gleichzeitig, dass die kritischen Zeitfenster, innerhalb derer die spezifischen medizinischen Maßnahmen erfolgen, immer kleiner werden. Daraus ergibt sich innerhalb der Notfallversorgung sowohl im Primär- als auch im Sekundärbereich eine zunehmende Bedeutung des aus medizinischer Sicht gewichtigen Faktors Zeit und dessen „Verbündeten“, den Rettungshubschraubern.

Ein Notfall bedeutet, dass eine akute Erkrankung, eine akute Gefährdung der Gesundheit oder die Möglichkeit einer akuten Gefährdung der Gesundheit unmittelbar vorliegen⁶².

Neue, grundlegend veränderte Anforderungen und Erwartungen an die Aufgabenstruktur der Hubschrauber sind in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Obgleich an dieser Stelle durchaus regionale Differenzen zu erkennen sind, lässt sich festzustellen, dass der überwiegende Teil der Notfallpatienten durch Rettungshubschrauber in Krankenhäuser der Maximalversorgung transportiert wird. Aus diesem Grund erscheint es ökonomisch sinnvoll, eine Stationierung der RTH an den Kliniken der Maximalversorgung, in denen ein Großteil dieser Patienten versorgt wird, anzustreben. Durch eine solche Stationierung wäre eine bestmögliche Verzahnung der präklinischen und sich anschließenden klinischen Behandlung gewährleistet.

Aus medizinischer Sicht sind jedoch keine entsprechenden Strukturen oder Vorgaben für den Bereich Krankentransport mit Luftrettungsmitteln erkennbar⁶³. Die Auswahl der Hubschrauber hinsichtlich ihrer Größe und Leistungsklasse scheint mit vollständiger Umstellung der Flotte bis 2009 (siehe JAR-OPS 3) ausreichend zu sein und kann im Katastrophenfall durchaus mit größeren

⁶² Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) (2000) Grundsatzpapier.

⁶³ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 118.

Hubschraubertypen der BW ausgeglichen werden. Dadurch ergäbe sich allerdings eine neue Landeplatzproblematik. Die medizinische Ausstattung eines RTH und eines ITH sollte sich in Fragen der Gerätschaften an dem Equipment des bodengebundenen Rettungsdienstes und seiner Fahrzeugausstattung orientieren, da sie den zeitgemäßen medizinischen Anforderungen entsprechen sollte.

Im Hinblick auf Nachteinsätze von Hubschraubern ist zukünftig mit einem vermehrten Bedarf an Verlegungseinsätzen während der Nachtstunden zu rechnen. Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer solchen Verlegung liegt bei den behandelnden Ärzten, die Entscheidung über die Durchführbarkeit einer solchen Verlegung kann jedoch nur vom verantwortlichen Luftfahrzeugführer getroffen werden. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass nächtliche Verlegungsflüge zwischen einzelnen Kliniken bereits heute möglich sind während Primäreinsätze bei Nacht noch der Zukunft angehören^{64,65}. Technisch wäre dies zwar bereits heute möglich, aber Zweifel am ökonomischen Nutzen verhindern entsprechende Einsätze bis heute.

Im Hinblick auf die personelle Qualifikation von Rettungspersonal (HEMS)⁶⁶ und „fliegenden“ Notärzten, die nicht selten zur Unterstützung des bodengebundenen Notarztes hinzugezogen werden, lassen sich deutlich gestiegene Ansprüche feststellen. Fachvertreter fordern eine mindestens 30-monatige Kliniktaetigkeit, bevor Notärzte eine fliegerische Notarzttaetigkeit ausüben dürfen.

Das aus medizinischer Sicht größte Defizit der Luftrettung besteht in der uneinheitlichen Dokumentation der Notfalleinsätze. Zwar sind in den letzten Jahren von unterschiedlichster Seite vermehrt Dokumentationsrichtlinien entworfen worden, aber es gibt bis dato weder eine länder- noch eine organisationsübergreifende Dokumentationsrichtlinie, die für alle Luftretter

⁶⁴ Schöneberg J (1995) Nachteinsätze: meist notwendig, aber oft risikoreich, Aerokurier, Nr. 9.

⁶⁵ Schulze et al. K (2001) Der nächtliche Primäreinsatz in der Luftrettung, ains, Nr. 26/3, S. 158-161.

⁶⁶ Dönitz S (2003) Luftrettung in Deutschland: Vom Flughelfer zum HEMS-Crew-Member, S 378 – 383.

verbindlich wäre. Es existieren keine bundeseinheitlichen prospektiven Studien, wenngleich durch den Abschlussbericht der Phase II der Konsensgruppe Luftrettung, wenigstens für den Zeitraum von einem Jahr (2002), ein erster Schritt in diese Richtung unternommen wurde. Aus wissenschaftlicher Sicht ist an dieser Stelle eine einheitliche und umfassende Dokumentation und eine entsprechende wirtschaftliche Begründung zu fordern.

5.2 Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Luftrettung der BRD kann organisatorisch in verschiedene Bereiche unterteilt werden. Der Bund stellt über den Bundesminister des Inneren und den Bundesminister der Verteidigung ebenso wie der ADAC, DRF, IFA und anderen die Einsatzmaschinen und das fliegerisch-technische Personal zur Verfügung. Die zuständigen Ministerien der Länder, die die Zuständigkeit für die Luftrettung besitzen, sind in erster Linie für die spezifische Standortbestimmung im Rahmen der jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze zuständig. Gleichzeitig obliegt den Landesbehörden die Fachaufsicht über die in ihrem Land bestehenden Einrichtungen des Luftrettungsdienstes. Unterhalb dieser Ebene divergieren die Vorgehensweisen. In Rheinland-Pfalz beispielsweise ist das Ministerium des Inneren Träger des Luftrettungsdienstes, wohingegen in den meisten anderen Bundesländern Kommunen, Rettungszweckverbände bzw. Trägergemeinschaften als Träger der Luftrettung fungieren. Die jeweiligen Standortkrankenhäuser stellen dann im Rahmen einer zu erarbeitenden vertraglichen Vereinbarung speziell ausgebildetes ärztliches Personal. Einheitlich wünschenswert erscheint die Stationierung in unmittelbarer Nähe zu einer Klinik. Über Feuerwehren oder Hilfsorganisationen werden die Luftrettungsassistenten gestellt. Diese Organisationen übernehmen auch meist die Abwicklung der Einsätze über die zuständigen Rettungsleitstellen. Die Abrechnung einzelner Luftrettungseinsätze erfolgt hier anhand von vorher (meist jährlich) mit den Kostenträgern (z.B. GKV) vertraglich geregelten

Flugkostenpauschalen (meistens erfolgt eine Abrechnung nach Flugminuten)^{67,68}. Abgesehen von Bestrebungen des ADAC, zentrale Einsatzstatistiken zu führen, gibt es weder eine bundesweite Koordinationsstelle der Luftrettung noch bundesweit einheitliche Zahlen über die Luftrettung⁶⁹.

Die organisatorische Gestaltung der Luftrettung wird zurzeit im Wesentlichen durch die Aufgabenstellung an die Luftrettung als Ergänzung zum bodengebundenen Rettungsdienst definiert. Diese beinhaltet, wie es auch für den bodengebundenen Rettungsdienst der Fall ist, Normvorgaben auf länderspezifischer, nationaler und europäischer Ebene.

Dabei kommt der Angleichung der momentan geltenden Bundes- und Landesbestimmungen an den EU-Standard besondere Bedeutung zu. Im Verlauf dieser Angleichung werden die bisherigen DIN-Normen durch so genannte CEN-Normen ersetzt.

In Bezug auf Formulierungen und Normierung ist zu überprüfen, ob die derzeit in der BRD verwandte Begriffsstruktur im Bereich Luftrettung das in Zukunft zu erwartende Spektrum ausreichend abdeckt.

Es gilt ausdrücklich, die Begriffe Rettungsdienst, Notfallversorgung, Notfallpatient, Notärztliche Versorgung, Verlegung von Notfallpatienten, Krankenförderung/Krankentransport usw. zu spezifizieren, so dass ein europaweit einheitliches Verständnis der genannten Begriffe gewährleistet werden kann ist. Von ebenso großer Relevanz ist die rechtliche Einordnung von Begriffen wie Notfall, Notfallpatient usw., da Auswirkungen auf Art und Ausbau der Hilfsleistungen unwillkürlich stattfinden werden. Nach der gegenwärtigen Definition obliegen z.B. Notfallpatient und Notfallversorgung als besondere Aufgaben der öffentlichen Sicherheit, da sich Leben und Gesundheit in akuter Gefahr befinden. Hält diese Auffassung zukünftigen Anforderungen stand, so ist

⁶⁷ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfellner Verlag, München, S. 252ff.

⁶⁸ http://www.landesrecht.brandenburg.de/sixcms/media.php/land_bb_bravors_01.a.111.de/land_bb_bravors_01.c.21642.de.

⁶⁹ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 75-77.

auch hier eine besondere rechtliche Konstitution gegeben (siehe Kapitel 3), da der Staat seiner Pflicht zur Gefahrenabwehr nachkommen muss.

Spezielle Landesrettungsdienstgesetze sind hierbei zu vereinheitlichen und ein möglichst breiter, jedoch gleichzeitig ökonomisch vertretbarer Konsens ist an dieser Stelle anzustreben⁷⁰.

Die zurzeit vorhandene Festlegung der Einsatzbereiche der Luftrettung im Rahmen der Primärversorgung (vgl. Kapitel 1, Abbildung 1) erfolgte auf Basis der Geschwindigkeitsleistungen der bis dato verwendeten Hubschraubertypen. Hieraus ergab sich der bis heute geltende Einsatzradius von 50 km, wie sie die Hubschrauber der ersten Generation in 15 Minuten, ausgehend vom Stationsort, erreichen konnten. Da bis 2009 eine komplette Umstellung der Hubschrauberflotte gesetzlich vollzogen werden muss, liegt eine Anpassung des Einsatzradius an die Leistung der Hubschraubertypen der neuen Generation nahe. Eine entsprechende Berechnung des Autors, im Rahmen dieser Arbeit, bei dem die Einsatzradien hypothetisch auf eine Entfernung von 70 km von den jeweiligen Stationen ausgeweitet wurden, lässt die Vermutung zu, dass nach den vorliegenden Leistungspezifikationen der Hersteller jedes ab 2009 verwendete Baumuster diese Reichweiten in einem Zeitfenster von 15 Minuten zurücklegen kann. Einige Hersteller versicherten, nach informeller Befragung des Autors sogar, dass ihre Baumuster diese Entfernung noch bei weitem übertreffen könnten.

⁷⁰ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 27ff.

Einsatzradius 70 km

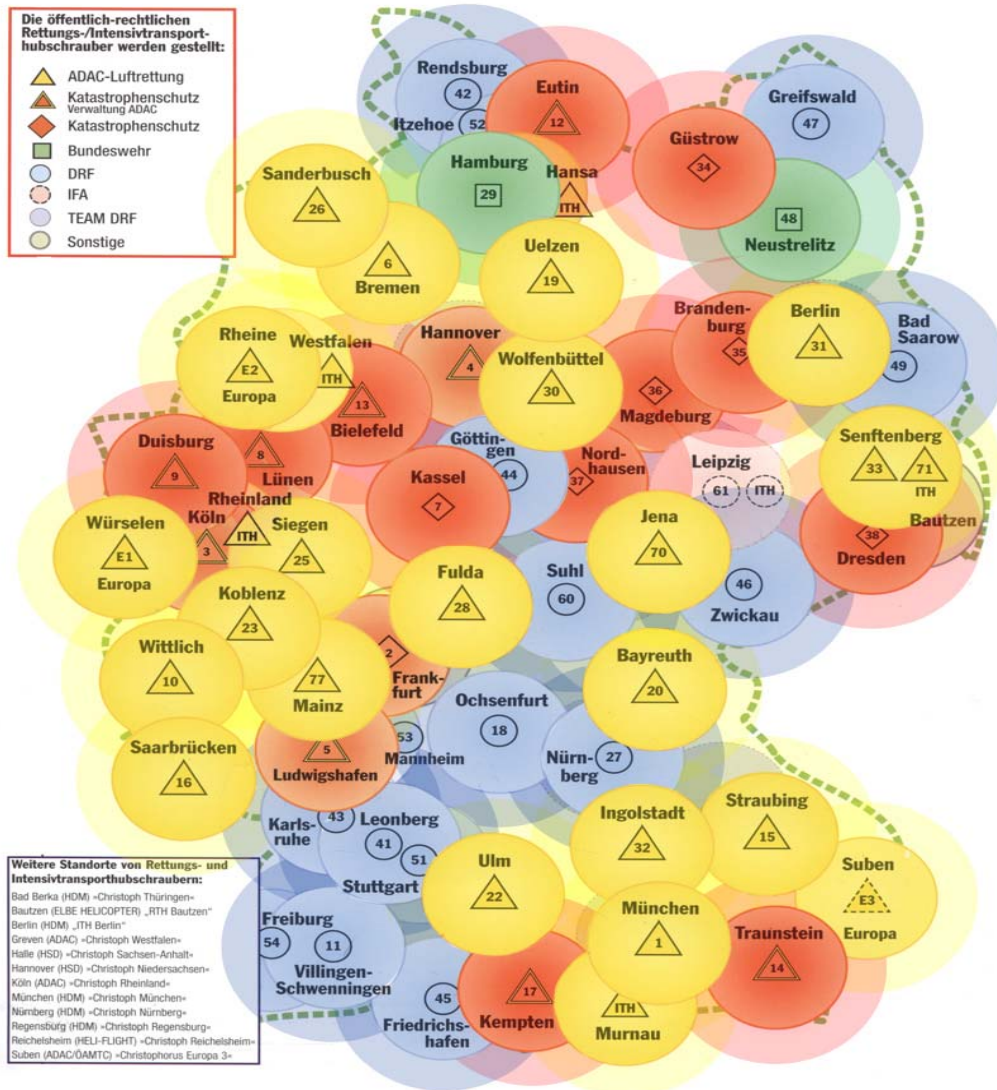


Abb. 5⁷¹

Zusätzlich gelten bei der Disposition von Intensivtransporten mittels RTH die Vorgaben einer maximalen Distanz von 100 km zum aufnehmenden Krankenhaus sowie die Gesamtabwesenheitszeit von maximal 2-3 Stunden.

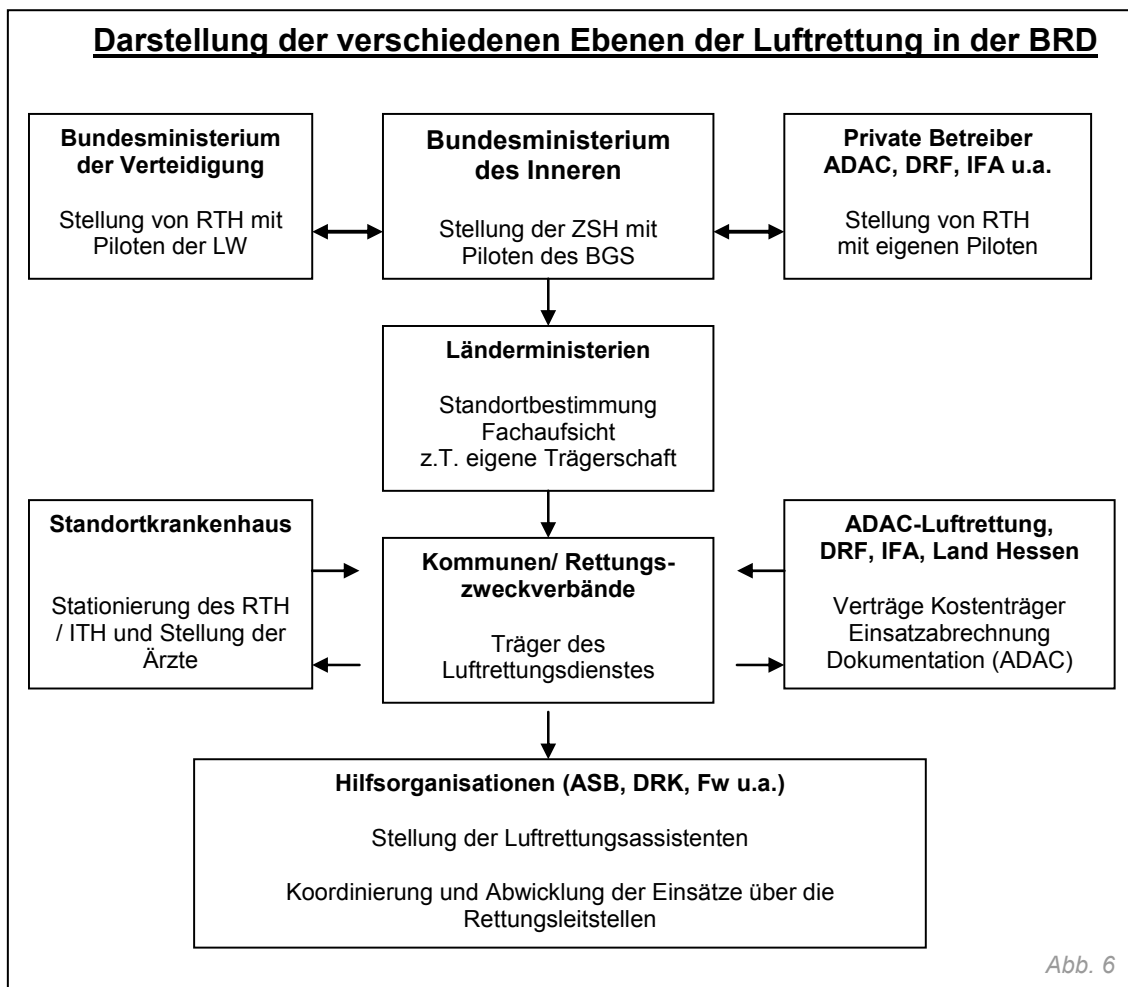
⁷¹ ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.) (2003) ADAC-Stationsatlas, Wolfsellner Verlag, München, S. 154 (abgeänderte Version).

Auch diese Angaben bedürfen der Überarbeitung und der Neubewertung durch Experten.

Zu der hier neu erstellen Karte der Einsatzradien für Rettungshubschrauber in der BRD muss angemerkt werden, dass es sich um mögliche Einsatzradien handelt, die rein theoretisch-rechnerisch ermittelt wurden und die selbstverständlich ohne Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten, geologischer Besonderheiten und dem realen Aufkommen der Einsätze dargestellt werden. Hier ist vielmehr ein Zusammentreffen aller Beteiligten der Luftrettung für jeden einzelnen Luftrettungsstützpunkt notwendig, um wirklich alle Faktoren des spezifischen Stationsortes zu berücksichtigen und ggf. auch auf Datensätze, wie sie z.B. der ADAC für seine Stationen erhebt, zurückgreifen zu können. Erst unter Einbeziehung aller Faktoren kann eine Optimierung der Leistungen und Möglichkeiten einer Station erreicht werden, um sie auf die bevorstehende medizinisch-ökonomische Neuorientierung adäquat ausrichten zu können. Dennoch scheint die Herangehensweise im Kern richtig zu sein, da auch die Expertenseite, namentlich die Konsensgruppe „Luftrettung“ mit ihrer im letzten Jahr veröffentlichten Phase II, von einer vorsichtigen Ausweitung der Einsatzradien auf 60km ausgeht.

Die Einsatzlenkung und Disposition der zur Verfügung stehenden Rettungsmittel wird in vielen Fällen von den jeweiligen Standortleitstellen koordiniert. Diese sollten auch den Einsatz von Luftrettungsmitteln koordinieren, wenn ein solcher von Seiten der Leitstelle angefordert wird. Häufig ist eine Konkurrenz oder Diskrepanz zwischen luft- und bodengebundenem Rettungsdienst erkennbar, die durch unabhängige Leitstellen ausgeschaltet werden könnte⁷². Für die ITH-Disposition zeigt sich, dass landesweite Koordinierungszentralen, wie sie bereits in bestimmten Landesteilen eingerichtet worden sind, von Vorteil sind.

⁷² Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 31.



Die zurzeit bestehende Verfügbarkeit der RTH beginnt in der Regel bei Sonnenaufgang (sunrise) und endet bei Sonnenuntergang (sunset), wobei jahreszeitliche Unterschiede und auch Witterungseinflüsse in diesem Zusammenhang eine erhebliche Rolle spielen. Notfalltransporte außerhalb des beschriebenen Zeitfensters können mit speziellen Hubschraubern und geschultem Personal bereits heute schon durchgeführt werden. Hier ist aber darauf zu verweisen, dass nur 1% der Kliniklandeplätze für den Nachtflug zugelassen sind, was etwa den Zahlen derjenigen Landeplätze entspricht, die

nach den gültigen JAR-OPS 3 für den alltäglichen Hubschrauberbetrieb überhaupt zulässig erscheinen.

Eine Staats- und Ländergrenzen übergreifende Luftrettung ist grundsätzlich anzustreben, setzt jedoch Kooperationsbereitschaft bei allen Beteiligten voraus. Zur Optimierung des Nutzens und der Effizienz des gesamten Rettungsdienstes in einem gesamteuropäischen Kontext ist es sinnvoll, die rettungsdienstlichen Strukturen und Wirkmechanismen sowohl der EU Staaten als auch der Anrainerstaaten aufeinander abzustimmen.

Die aktuelle Problematik der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bezieht sich auf verschiedene Aspekte. So haben z.B. die Erfahrungen des ADAC mit „Christoph Europa 1“ in Aachen gezeigt, dass aufgrund von Qualifikationsdivergenzen des Rettungspersonals, in Bezug auf technische Standards (Funk), in der Indikationsstellung für einen Luftrettungseinsatz und den rechtlichen Regelungen in Deutschland, Belgien und den Niederlanden, das deutsche System in den Nachbarländern vom Rettungsdienst weitgehend ausgeschlossen bleibt, da es dort keine entsprechende Autorisierung besitzt. Ferner mangelt es noch an der staatsgrenzenübergreifenden, finanziellen Regelung solcher Einsätze.

Eine notwendige Qualitätssicherung ist in der bundesdeutschen Luftrettung nicht vorhanden. Diese sollte allgemeinunternehmerische Ziele erfassen und sehr genau die Struktur- und Prozessqualität analysieren, aber auch eine bestehende Defizitanalyse des Systems Luftrettung aufzeigen. Hier sind zunächst allgemeingültige Qualitätsvorgaben zu benennen, die später auf ihre Einhaltung und Ausprägung hin zu untersuchen sind. Nur mit einer effizienten und problemkritischen Qualitätssicherungsstrategie wird es möglich sein, die Luftrettung weiter auszubauen und gleichzeitig unnötige Ausgaben zu senken. Hierbei ist die Qualitätssicherung als effizienzsteigerndes Element des Systems Luftrettung zu verstehen.

Die §§ 2, 12 und 70 SGB fordern sehr deutlich eine solche Qualitätssicherung. Ein derartiger Anspruch scheint auch für die Luftrettung rechtsverbindlich zu

sein. Hierbei sollte explizit die Dokumentation des Einsatzgeschehens, wie sie z.B. der ADAC schon längst durchführt, nach bundesweit einheitlichen Kriterien durchgesetzt werden.

5.3 Ökonomische Rahmenbedingungen

Das Finanzierungssystem der bundesdeutschen Luftrettung besteht aus einem Beziehungsgeflecht unterschiedlicher Leistungsträger. Dieses Finanzierungskonzept könnte nach Ansicht von Experten durchaus umstrukturiert und anderweitig getragen werden⁷⁴. Da ein solches Reengineering jedoch nicht Gegenstand der Arbeit ist, kann es in diesem Kontext keine Berücksichtigung finden. Bei dem in der BRD zurzeit vorliegendem Luftrettungssystem ist im Hinblick auf das Gesamtvolumen der Finanzierung ist zu unterscheiden zwischen den Beteiligungen von:

- Bund,
- Ländern,
- Kommunen,
- Kostenträgern der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung,
- Leistungserbringern,
- Patienten.

Die Beteiligung des Bundes am Finanzierungssystem der Luftrettung beinhaltet, dass das BMI den Bundesländern gegen Erstattung der Flugkosten bundeseigene Zivilschutzhubschrauber für die Durchführung der Luftrettung und des Katastrophenschutzes zur Verfügung stellt. Der Flugbetrieb wird durch den Bundesgrenzschutz gewährleistet, der auch die Personalkosten für den Einsatz entsprechend ausgebildeter Piloten trägt. Bei der Beteiligung der Bundeswehr

⁷⁴ Stünzi W (1997) Private Finanzierung der Luftrettung - ein Modell für die Zukunft?, Wolfsefellner Verlag, München, S. 455-461.

gelten ähnliche Richtlinien. Beide Staatsorganisationen scheinen jedoch ihr Engagement im Bereich öffentlicher Luftrettung beenden zu wollen und sollten daher für zukünftige Planungen lediglich eine Ergänzungsfunktion zugewiesen bekommen und auch nur als solche bei der Finanzierung berücksichtigt werden.

Auf Landesebene umfasst die Finanzierung im wesentlichen die Übernahme oder die Beteiligung an Investitionskosten (z.B. Infrastruktureinrichtungen der Luftrettung, kommunikations- und informationstechnische Ausstattungen). Hierbei weicht das Ausmaß der Kostenübernahme in den einzelnen Ländern teils sehr stark voneinander ab und ist in einigen Fällen weiterhin eingeschränkt durch die Maßgabe des jeweiligen Länderhaushaltsplanes. Leider ist ein Ausweichen der Behörden im Hinblick auf ihre Verpflichtungen und hohen Kostenaufwendungen zu erkennen. Das gilt in besonderem Maße für die Landeplatzproblematik.

Den Kommunen obliegt teilweise die öffentlich-rechtliche Trägerschaft des Luftrettungsdienstes, die die Aufgabe der Absicherung ungedeckter Kosten beinhaltet. Zur Durchführung schließen sich oft mehrere kommunale Gebietskörperschaften zu Rettungszweckverbänden oder Trägergemeinschaften zusammen.

Für die Leistungserbringer (ADAC, DRF usw.) stellt sich die Situation wie folgt dar. Soweit die den Leistungserbringern durch den Betrieb von öffentlich-rechtlichen Luftrettungsstationen entstehenden Kosten nicht durch Einsatzentgelte und ggf. Beiträge der Aufgabenträger oder Dritter im Rahmen des Gesamtbudgets abgedeckt werden, sind sie von den Leistungserbringern zu tragen, die sich die Beträge häufig mit den Trägergemeinschaften und Rettungszweckverbänden teilen. Dabei gelten als Beiträge Dritter insbesondere zweckgebundene Geld- oder Sachspenden. Die Forderung einer generellen Eigenbeteiligung der Leistungserbringer, insbesondere im Rahmen von Auswahlverfahren, ist jedoch nicht zulässig.

Den wesentlichsten Finanzierungsfaktor für das System Luftrettung stellen Benutzungsgebühren bzw. -entgelte dar. Hauptträger dieser Finanzierungsart sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), über die cirka 90% der

Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland versichert sind^{75,76}. Hierbei ist zu berücksichtigen und ethisch positiv zu bewerten, dass im Interesse der schnellen Hilfe bei der Primärrettung die Kostenfrage zunächst unberücksichtigt bleibt. Dem Notfallpatienten entstehen durch den Einsatz des RTH keine zusätzlichen Kosten⁷⁷.

Der Bereich der Luftrettung wird von der GKV den Fahrtkosten zugerechnet. Der Anteil der Luftrettung an den von der GKV jährlich zu leistenden Fahrtkosten liegt zurzeit bei 3-5% der Gesamtfahrtkosten (siehe Kapitel 1.1). Bei der Planung der Luftrettung muss berücksichtigt werden, dass das Budget der gesetzlichen Krankenversicherung aller Voraussicht nach in Zukunft inflationsbereinigt nicht aufgestockt werden wird⁷⁸.

In letzter Konsequenz sind auch die Nutzergruppen des Systems Luftrettung am Finanzierungssystem beteiligt. Entsprechend der §§ 60 und 133 SGB V übernimmt die Krankenkasse faktisch zwar die Fahrtkosten, theoretisch bleibt jedoch in der Regel ein von den Patienten zu leistender Eigenanteil. Darüber hinaus sind auch Krankenhäuser zur Entrichtung von Einsatzentgelten für Luftrettungseinsätze verpflichtet, wenn diese im Rahmen der stationären Behandlung eines Patienten erfolgen (z.B. luftgebundener Transport zur Konsiliaruntersuchung).

Für die Leistungserbringung in der Luftrettung ist die in §12 SGB V sowie ergänzend hierzu die in §70 SGB V enthaltene Forderung entscheidend, wonach die Versorgung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und in einem wirtschaftlich tolerablen Rahmen erbracht werden sollte. Es ist darauf zu achten, dass die Versorgung bedarfsgerecht und gleichmäßig erfolgt und in der fachlich gebotenen Qualität gewährleistet wird⁷⁹.

⁷⁵ Danner G (1997) Compatibility of the health insurance system in Europe, ADAC- Luftrettungs GmbH (Hrsg.), S. 469.

⁷⁶ Riesberg A (2004) Management im Gesundheitswesen, TU Berlin, S. 4.

⁷⁷ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 77.

⁷⁸ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 124.

⁷⁹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 51ff.

Die geteilte Finanzierung der Luftrettung durch Aufgabenträger, Leistungserbringer und Kostenträger sollte möglichst einvernehmlich unter Beachtung der bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen geregelt werden.

Als fehlend muss das dringend notwendige und möglichst bundesweit einheitliche Qualitätsmanagement im Bereich der Luftrettung bemängelt werden. Ein solches Qualitätsmanagement, wie es der Gesetzgeber auch für den klinischen Bereich fordert, sollte in der Luftrettung etabliert werden. Zunächst ist es erforderlich, eine einheitliche Dokumentationsstruktur zu schaffen, um so die Prozesse, Mittel und Verfahren der Luftrettung richtig bewerten zu können. Erst im Anschluss daran kann die Qualität der Luftrettung bewertet werden. Der sich hieraus ergebende Qualitätsstandard muss für alle Luftrettungsbetreiber verbindlich sein. Nach Einführung einheitlicher Dokumentationsverfahren sollte es möglich sein, eine allgemeingültige Qualitätskontrolle durchzuführen. Qualitätssicherung und nach einigen Jahren auch Qualitätsmanagement könnten folgen. Ein entsprechend zu implementierendes Qualitätsmanagementsystem sollte alle Kriterien wie Qualitätspolitik, -ziele, -planung, -lenkung, -sicherung, -verbesserung usw. enthalten und abdecken. Im selben Zuge müssen sich auch alle Bereiche der Luftrettung diesem Management stellen, die Aufsichtsbehörden ebenso wie die Leistungserbringer, die beteiligten Notfallmediziner ebenso wie der Flugbetrieb und der Rettungsdienst⁸⁰. Erst wenn dieses Qualitätsmanagementsystem auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Luftrettung implementiert wurde, was zunächst sehr kostenaufwendig sein wird, kann damit begonnen werden, Teilbereiche zu verbessern, Strukturabläufe zu rationalisieren, die bestehende Luftrettung ggf. sogar umzustrukturieren, neue Standards und Richtlinien zu festzulegen und letztendlich Kosten zu verringern und die Luftrettung somit für alle Beteiligten zu optimieren⁸¹

⁸⁰ Sitzung II der 12. Fachtagung Luftrettung (2002) Vom Riskmanagement zum Qualitätsmanagement, S. 57-86.

⁸¹ Scholl H (2002) Luftrettung, S&K Verlag, Wien, S. 86-87.

5.4 Ethische Anforderungen

Die ethischen Probleme des Rettungswesens im allgemeinen, aber auch die des Teilbereiches Luftrettung sind vielfältig. In vielen Fällen werden sie durch die in der anästhesistischen und intensivmedizinischen Fachpresse dargelegten ethischen Problemstellungen der präklinischen Notfallversorgung bestimmt, die durch Besonderheiten der Notfallmedizin und deren besondere Probleme und Anforderungen (begrenzte Zeit, begrenztes diagnostisches Wissen, begrenzte therapeutische Möglichkeiten) bestimmt werden. Hierbei ist zu erkennen, dass sich die grundlegenden Probleme der Luftrettung von denen der bodengebundenen Rettung nur geringfügig unterscheiden. Diese Probleme, wie auch die Frage nach der ethischen Legitimation von Handeln und Unterlassen im Hinblick auf den Tod, sollten in der medizinethischen Reflexion Beachtung finden. Ergänzend sei auf die Empfehlungen der Guidelines 2000 der Bundesärztekammer zu ethischen Problemen der präklinischen Notfallmedizin und die entsprechende Fachliteratur verweisen.

Diese ethischen Konflikte, wie sie auf der Mikroebene im Arzt-Patienten- bzw. Rettungssanitäter-Patienten-Verhältnis tagtäglich anzutreffen sind, können im Rahmen dieser Arbeit nicht näher berücksichtigt werden, da sie sich nicht mit der Ressourcenallokation und Problemstellung der Verteilungsgerechtigkeit bzw. Kapazitätsberechnung der Luftrettung beschäftigt. Es vielmehr die Frage nach der Gerechtigkeit von Kapazitätsberechnungen von Rettungshubschraubern auf öffentlicher und politischer Ebene im Vordergrund dieser Ausarbeitung. Ethische „Normvorgaben“, wie sie für die Bundesrepublik gelten, sollten nach Ansicht des Autors aufgrund von übereinstimmenden politischen und glaubensrechtlichen Gegebenheiten auch für die in der Arbeit häufig angesprochene Europäisierung tragbar und allgemeingültig sein.

Diese ethischen Problemfelder, die sich aus Allokation⁸², Rationierung⁸³, Rationalisierung⁸⁴ und Prioritätssetzung⁸⁵ ergeben, sollen in den folgenden Kapiteln von verschiedenen Seiten betrachtet und dabei genauer beleuchtet werden. Es wird deutlich, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Arbeit aus dem Bereich Angewandter Ethik im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und Medizin handelt. In der Regel werden in diesem Zusammenhang sowohl medizinethische als auch wirtschaftsethische Ansätze angewandt.

Zu den grundlegenden ethischen Rahmenbedingungen der Luftrettung auf der Ebene der Angewandten Ethik zählen die Prinzipien von Gleichheit, Gerechtigkeit, sozialer Verantwortung und moralischen Handelns. Hieraus ergibt sich auch das Thema dieser Arbeit. Es erscheint in diesem Zusammenhang jedoch nicht sinnvoll, auf einer rein philosophisch-moralischen Ebene zu argumentieren, da eine solche Auseinandersetzung oft an alltäglichen Fakten, wie z.B. den leeren Finanzkassen, scheitert. Es geht in dieser Arbeit vielmehr um die Zusammenführung der verschiedenen Komponenten, die die Luftrettung ausmachen.

Nur in einem solchen Rahmen kann der Dialog zwischen Medizin, Ökonomie und Ethik zeitgemäß geführt werden. Auf der einen Seite steht der wirtschaftliche Grundsatz, mit möglichst wenig Aufwand möglichst hohen Gewinn zu erzielen. Dem gegenüber steht eines der ethischen Prinzipien, den Nutzen anderer zu maximieren, ohne darauf zu achten, welche Mittel dafür aufgewendet werden müssen. Als dritter Faktor muss in dieser Arbeit noch die Medizin berücksichtigt werden, die sich in einem ständigen Konflikt zwischen dem medizinisch Machbaren und dem ökonomisch Vertretbaren befindet. Die Schwierigkeit besteht darin, zwischen allen Positionen einen vertretbaren Konsens zu finden. Diese Problemstellung sollte von der Wirtschaftsethik nicht

⁸² Güntert B (1998) Zwischen Rationalisierung und Rationierung -ökonomische oder politische Strategien zur rationalen Allokation von Gesundheitsgütern, Ulstein Medical, Berlin, S. 157-191.

⁸³ Schultheiss C (2000) Rationierung im Gesundheitswesen“ – ein Beitrag zur Begriffsklärung, Zeitschrift für medizinische Ethik 2000, 46, Heft 3, S. 219-230.

⁸⁴ Zweifel P (2001) Some Issues in the Light of Economic Theory, Springer Verlag, Berlin, S. 77-80.

⁸⁵ Raspe H (2001) Prioritizing and Rationing, Breyer, Kliemt, Thiele (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin, S. 31-38.

einfach dadurch überwunden werden, dass man dem einen Prinzip das andere überstülpt, sondern vielmehr ein neues Paradigma entwickelt, das allen Ansätzen gerecht wird und zu einem zukunftsfähigen und medizinisch vertretbaren Wirtschaftsstil führt.

Das Spannungsfeld der Kapazitätsberechnungen von Rettungshubschraubern zwischen ethischer Gerechtigkeit und ökonomischer Vertretbarkeit stellt den zentralen Aspekt dieser Arbeit dar. Die oben genannten Begriffe Rationierung, Rationalisierung, Allokation und Prioritätssetzung sind dabei von zentraler Bedeutung und werden in Kapitel 7 noch eingehender erläutert.

6. Träger, Leistungserbringer und Systemnutzer

Das Finanzierungssystem der bundesdeutschen Luftrettung besteht aus einem komplexen Beziehungsgeflecht unterschiedlichster Leistungsträger.

Auf Kreisebene treten häufig eine Reihe verschiedener kommunaler Gebietskörperschaften als öffentlich-rechtliche Träger der kommunalen Luftrettung auf. Diese schließen sich vielfach in so genannten Zweckverbänden oder Trägergemeinschaften zusammen. Durch die Übernahme der Personalkosten für das Rettungspersonal oder die Leitstellen und der Einrichtungs- und Unterhaltskosten der Flugbetriebsflächen für die in kommunaler Trägerschaft stehenden Krankenhäuser beteiligen sich die Kommunen am Finanzierungssystem der Luftrettung.

Die Leistungserbringer in der öffentlich-rechtlichen Luftrettung sind die Betreiber der Rettungshubschrauber selbst. In der Bundesrepublik sind sie insoweit an einem entsprechenden Finanzierungssystem beteiligt, als sie für den Betrieb der Rettungshubschrauberstationen und die Abrechnung der Einsatzentgelte bzw. der sich daraus ergebenden Kosten verantwortlich sind. Leistungserbringer sind in diesem Zusammenhang grundsätzlich gleichberechtigt, ungeachtet der Organisation, des Verbandes oder der Firma, der sie angehören. Das Innenministerium haftet im Zusammenhang mit seinen

Hubschraubern also in gleichem Maße für seine Stationen und Einsatzentgelte, wie es der DRF oder der ADAC für seine Hubschrauber tut oder auch private Firmen, wie z.B. der HSD ⁸⁶.

Die Systemnutzer sind in letzter Konsequenz ebenfalls an der Finanzierung des bundesdeutschen Luftrettungssystems beteiligt. Gemäß §§ 60 und 133 SGB V übernehmen die Krankenkassen zwar den Fahrkostenanteil, es verbleibt jedoch auch hier ein theoretisch zu leistender, wenn auch geringer Eigenanteil des Patienten, ähnlich dem des kürzlich eingeführten Eigenanteils beim Besuch eines niedergelassenen Arztes. Auch die Krankenhäuser sind als Systemnutzer zur Entrichtung von Einsatzentgelten verpflichtet, sofern die Luftrettung im Rahmen einer stationären Behandlung eingebunden wird.

Von größter Bedeutung für die Leistungserbringung in der LR der BRD ist die in §§ 12 und 70 SG V formulierte Forderung nach einer stets ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung eines Patienten, die das Maß des Notwendigen, auch im Hinblick auf wirtschaftliche Aspekte, weder über- noch unterschreiten darf.

⁸⁶ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 40.

7. Begriffsdefinition

Im Folgenden sollen die gängigen Begrifflichkeiten definiert werden, wie sie weltweit in der Allokationsdebatte im Gesundheitswesen Verwendung finden. Anmerken möchte der Autor vor Eintritt in die Begriffsdefinition und die sich anschließende Problemdarstellung zur Luftrettung, dass vielleicht die momentane Beunruhigung über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen über die öffentliche Einsicht in die Notwendigkeit der Rationierung, zu einem transparenten Ex-ante-Verteilungsmuster medizinischer Ressourcen führen könnte⁸⁷. In Deutschland, das über ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem verfügt, wird über die transparente Ressourcenallokation und die Frage nach dem vertretbaren Maximum der Versorgung nachgedacht. In dem Zusammenhang muss betont werden, dass man sich in Deutschland um ein gerechtes und vertretbares Versorgungsniveau auch hoher Ebene (*Maximum*) bemüht. Ganz im Gegensatz zu anderen Ländern, wie zum Beispiel den USA mit einem liberalen und marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem, in denen ein vertretbares *Minimum* (decent minimum) an Versorgung vorgesehen ist.

7.1 Allokation

Eine *Allokation* ist eine Zuordnung von Elementen einer Menge zu Elementen einer anderen Menge. Gelegentlich werden die Begriffe *Allokation* (*Verteilung*) und *Distribution* synonym verwendet. In der Regel ist die allozierte Menge eine Menge von Ressourcen und die allozierende Menge eine Menge von Subjekten oder Objekten, welche die Ressource/n verwenden. Kennzeichnend ist, dass eine bereits allozierte Ressource nicht gleichzeitig einem anderen Subjekt oder Objekt zur Verfügung steht.

⁸⁷ Schöne-Seifert B (1988) Verantwortungsprobleme in der medizinischen Mikroallokation, In: Hans-Martin Sass (Hrsg.) Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Springer Verlag, Berlin, S. 135.

In den Wirtschaftswissenschaften werden Ressourcen auf volkswirtschaftlicher Ebene den Wirtschaftssubjekten zugeordnet, im Sinne des Ausdrucks: „ein bestimmter Produktionsfaktor befindet sich im Besitz der handelnden Person X.“

In der hier vorliegenden Arbeit geht es zur Einleitung um die Allokation im Gesundheitswesen⁸⁸ und im speziellen um die Allokation und Distribution der Ressourcen in der Luftrettung. Auf der deskriptiven Ebene stellt sich die Frage, welche Mittel aus dem Gesundheitsbudget für die Luftrettung in welcher Weise gegenwärtig aufgewendet werden. Die normative Ebene beschäftigt sich hingegen mit dem Problem, wie Zuteilung für die Luftrettung und die Aufteilung des Etats innerhalb der Luftrettung vollzogen werden sollte, um eine gerechte Ressourcenzuteilung sowohl in Bezug auf das gesamte Gesundheitssystem (Makroebene) als auch im Hinblick auf die einzelnen Patienten (Mikroebene) zu gewährleisten.

7.2 Rationalisierung

Wenn es um die Allokation knapper Güter geht, werden verschiedene Begriffe in oft verwirrender und unklarer Weise verwendet. Vor allem in der Diskussion um die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen spielen die Begriffe der *Rationierung* und der *Rationalisierung* eine bedeutende Rolle, ohne dass immer klar wäre, was damit jeweils gemeint ist

Rationalisierung zielt auf Effizienzsteigerung durch bessere Nutzung vorhandener Möglichkeiten. Ein gleicher Effekt kann mit weniger Mitteln, oder mit gleichen Mitteln ein besserer Effekt erzielt werden. In der Industrie wird damit beispielsweise häufig der Ersatz menschlicher Arbeitskraft durch Maschinen bezeichnet⁸⁹.

Rationalisierung bedeutet also das Vornehmen einer Maßnahme, um bei gleich bleibendem Input den Output zu erhöhen, oder bei geringerem Input den Output

⁸⁸ Güntert B (2001) Prioritätensetzung zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation, In: „Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen“, Fozouni /Güntert (Hrsg.), Bielefeld, S. 59ff.

⁸⁹ Ebenda.

zu halten. Wie etwas folgende Formulierung mit Hinblick auf das Gesundheitswesen ausdrückt: „Mit Rationalisierung meine ich all jene Maßnahmen, die eine reine Effizienzsteigerung anpeilen, es also mit Hilfe von Qualitätskontrollen und Wettbewerbssteigerungen, [...] dahin bringen wollen, dass ein gegebenes Versorgungsniveau mit geringerem finanziellen Aufwand als bisher zu halten ist. Rationalisierung sei also verstanden als Einsparung, die Art und Qualität des Versorgungsergebnisses unverändert lässt.“⁹⁰

Wie im Folgenden noch genauer aufgezeigt wird, besteht im Bereich der Luftrettung ein erhebliches *Rationalisierungspotential*, dessen Ausschöpfung ein Mitwirken aller an der Luftrettung Beteiligten und eine Zusammenarbeit auch über Ländergrenzen hinaus erfordert.

7.3 Rationierung

Im allgemeinen Sprachgebrauch versteht man unter *Rationierung* die Zuteilung nur beschränkt vorhandener Güter oder Dienstleistungen. Im Kontext der Gesundheitsfürsorge wird unter dem zunächst neutralen Begriff der *Rationierung* (ethisch meist negativ bewertet⁹¹) die Vorenthaltung eigentlich sinnvoller medizinischer Maßnahmen⁹² aus Kostengründen verstanden. Das Institut für Gesundheits-System Forschung in Kiel bezeichnet Rationierung als die Zuteilung lebenswichtiger Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen⁹³. Z.B. versteht man unter Rationierung als „das geplante Vorenthalten an sich begründeter Gesundheitsgüter“.⁹⁴ Fuchs spricht in diesem Zusammenhang auch von „suboptimaler Gesundheitsversorgung“.

Im Gegensatz dazu zielt *Rationalisierung* (wie bereits dargelegt) auf Effizienzsteigerung durch bessere Nutzung vorhandener Möglichkeiten, ohne

⁹⁰ Schöne-Seifert B (1992) Was sind „gerechte“ Verteilungskriterien? In: Mohr/Schubert (Hrsg.): Ethik der Gesundheits-ökonomie, Berlin et.al., S. 34 f.

⁹¹ Schöne-Seifert B (1997) Fairness und Rationierung im Gesundheitswesen? In: Kirch/Kliemt (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Roderer Verlag, Regensburg, S. 43.

⁹² Krimmel L (1998) zitiert bei Beseke Fritz, a.a.O., Thieme Verlag, Stuttgart, S. 73.

⁹³ Beseke F (1998) Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, In: Nagel/Fuchs (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 73.

⁹⁴ Fuchs C (1994) Allokation der Mittel im Gesundheitswesen. Rationalisierung versus Rationierung, Bochum (ZME- Medizinethische Materialien/94), S. 7.

allerdings Leistungen abzubauen. Während die Notwendigkeit von Rationalisierungen immer wieder anerkannt wird, bleibt Rationierung ein schillernder Begriff und prinzipiell umstritten sind a) Rationierungsnotwendigkeiten in konkreten Kontexten und b) konkrete Rationierungskriterien. *Rationierung* bedeutet, dass man vor der ethisch anspruchsvollen Frage steht, in einem komplexen System wie der medizinischen Versorgungsstruktur und in einer durch Pluralität der Wertvorstellungen geprägten Gesellschaft knappe Güter gerecht zu verteilen.

7.3.1 Priorisierung

Da der Begriff der Rationierung in der allgemeinen Wahrnehmung eher negativ besetzt ist und Maßnahmen, die offen als Rationierung bezeichnet werden, in der Bevölkerung, bei der Ärzteschaft und in der Politik oft auf heftige Ablehnung stoßen, hat sich in den letzten Jahren der weniger drastische Begriff der *Priorisierung* in der Allokationsdebatte durchgesetzt. Doch auch die *Priorisierung* hat letztlich das Vorenthalten von Leistungen zum Ziel⁹⁵.

„Alle Gesellschaften setzen in der Gesundheitsversorgung auf die eine oder andere Weise Grenzen, faire oder unfaire“ So lautet der erste Satz im Buch von Norman Daniels und James Sabin, „Setting Limits Fairly“, Oxford 2002, und nichts anderes wird auch mit einer Prioritätensetzung getan.

Ökonomisch gesehen bedeutet *Priorisierung* die quantitative Bewertung von Elementen nach einem einheitlichen Maßstab und die anschließende Sortierung nach der so ermittelten Kennzahl in einer eindeutigen Reihenfolge. Zweck der *Priorisierung* ist es, die für ein bestimmtes Ziel wichtigsten Elemente zu ermitteln und entsprechend zu berücksichtigen.

In der medizinischen Versorgung versteht man unter *Priorisierung* die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit

⁹⁵ Raspe H (2001) Prioritizing and Rationing, Breyer, Kliemt, Thiele (Hrsg.) Rationing In Medicine, Springer Verlag, Berlin, S. 31-38.

Posteriorisierung bezeichnet. In der Regel beinhaltet *Priorisierung* die Feststellung einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht das, was nach Datenlage und öffentlichem Konsensus höchste Priorität hat, also als absolut unverzichtbar erscheint. Nach unten zu nimmt die Bedeutung ab; am Ende der Rangreihe stehen geringfügige oder selbstheilende Gesundheitsstörungen bzw. Verfahren, die umstritten sind oder keinen nachweisbaren Nutzen oder mehr Schaden als Nutzen stiften, also teils überflüssig, teils unzweckmäßig sind⁹⁶.

Eine einfache *Priorisierung* besteht in der bloßen Gruppierung der vorhandenen Elemente nach drei Kategorien (sog. ABC-Analyse oder auch Pareto-Analyse genannt^{97,98}). Um diese Aufteilung aussagekräftig zu erhalten, werden meist Mengenbeschränkungen für die oberen beiden Kategorien gesetzt - z.B. maximal 20% der Elemente dürfen die Priorität „A“ erhalten (diese Grenze wird im Gesundheitswesen durch die Höhe des für ein Jahr X zur Verfügung stehende Budget als „Summenziffer“ benannt). Diese Art der Herangehensweise über eine ABC-Analyse findet in der Wirtschaft (Logistik, Controlling u.a.) häufig Verwendung, um so eine Priorisierung zu erzwingen^{99,100}.

Man könnte sich beispielhaft für das Gesundheitssystem folgen drei Kategorien vorstellen:

Kategorie „A“: Alle aufgeführten Leistungen werden von der Grundgemeinschaft aus dem Solidarprinzip heraus erbracht werden und stehen jedem Mitglied dieser Gemeinschaft als Gemeingut uneingeschränkt zur Verfügung.

⁹⁶ Raspe H (1998) Priorisierung im ärztlichen Bereich, in Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Nagel/Fuchs (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin, S. 115f.

⁹⁷ Clodt T (2004) Qualitätsmanagement, Clodt-Verlag, Fulda, S. 3f. 1.

⁹⁸ Das Pareto-Prinzip; Pareto (1848 - 1923) war ein italienischer Wirtschaftswissenschaftler. Er hat diese bildliche Darstellung entwickelt, um aus einer Vielzahl von Einflussgrößen diejenige herauszufinden, die unter einem bestimmten Gesichtspunkt die bedeutendste ist. Er hat herausgefunden, dass oft wenige Ursachen einen Großteil der Wirkung erzeugen. Josef Joran hat daraus zu Beginn der 50er-Jahre das Pareto-Prinzip formuliert.

⁹⁹ Bühner R (2002) Management Lexikon, Oldenbourg Verlag, München, S. 237.

¹⁰⁰ Alisch K. (2005) Gabler Wirtschaftslexikon, Band I, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 78.

Die unter Kategorie „B“ aufgeführten Leistungen wären nicht von vornherein im Leistungskatalog enthalten, könnten aber unter zu spezifizierenden Umständen nach vorheriger Prüfung dennoch gewährt werden.

Alle in Kategorie „C“ fallenden Leistungen unterliegen nicht dem Leistungskatalog und sind von der Solidargemeinschaft nicht zu tragen.

Dabei ist zu beachten, dass einige Autoren die Meinung vertreten, dass im Rahmen der Handlungsfreiheit das unter Kategorie „C“ fallende Gut von jedem einzelnen Individuum soweit möglich und legal unter eigenen Aufwand hinzu erworben werden kann (siehe hierzu auch *weiche Rationierung* in Kapitel 7.3.2). Man sollte sich aber hier bewusst sein, dass diese Modelle unter Experten durchaus umstritten sind und schon für sich genommen ausreichenden Zündstoff für eine große Debatte liefern könnten. Der Vertreter einer solchen These ist beispielsweise HT Engelhardt, der in seinem 1996 erschienenen Buch „The Foundations Of Bioethics“ diese Überzeugungen vehement vertritt¹⁰¹. Engelhardt tritt hierbei als einer jener Autoren auf, die das solidarfinanzierte Gesundheitssystem zugunsten einer Marktlösung aufgeben möchten. Engelhardt bezieht sich in seiner Argumentation auf die im folgenden dargelegten Verteilungsebenen¹⁰², favorisiert jedoch, ebenso wie H. Baier¹⁰³, eine eher marktliberale Organisation des Gesundheitswesens.

Im Gegensatz zur wirtschaftlichen Priorisierung (siehe vorgenannte ABC-Analyse) wird in der medizinischen Priorisierung eine zweistufige Analyse (also eine AC-Analyse) von den meisten Gesundheitsexperten favorisiert, in der eine klare Grenze zwischen solidarisch finanzierter Leistung und nicht finanzierter Leistung gezogen wird.

Der Prozess der Priorisierung muss so objektiv wie möglich gestaltet sein. Hierzu sollten bestimmte Kriterienkataloge dienen, die entweder von einem Entscheidungsträger (z.B. Gesellschaft, Krankenversicherungen, Gesetzgeber) vorgegeben werden, oder sogar von allen Betroffenen gemeinsam vereinbart

¹⁰¹ Engelhardt HT (1996) The Foundations Of Bioethics, Oxford University Press, New York.

¹⁰² Engelhardt HT (1996) The Foundations Of Bioethics, Oxford University Press, New York, S.387ff.

¹⁰³ Baier, H. (1997). Gesundheit als Lebensqualität: Folgen für Staat, Markt und Medizin. Zürich, Edition Interfrom, S. 57.

werden. Versuche zur Priorisierung medizinischer Leistungen folgen einer einfachen Logik: Wenn sich die Ressourcen für das Gesundheitswesen bei teils ungedecktem, teils wachsendem Bedarf relativ verknappen, dann müssen die vorhandenen Mittel auf das Wesentliche, eben das primär Festgestellte, konzentriert werden¹⁰⁴.

Mit Hilfe einer Prioritätenliste, die als Instrument der expliziten Rationierung diente, wollte der Bundesstaat Oregon in den USA den Leistungsumfang der Medicaid-Versorgung begrenzen. Da dieser „*Oregon Health Plan*“ in Kapitel 7.5 eingehender beschrieben wird, sei an dieser Stelle nur vorausgeschickt, dass am Ende keine Begrenzung, sondern vielmehr eine Ausweitung des Leistungsumfangs der Medicaid-Versorgung erreicht wurde (siehe hierzu Kapitel 7.5). Die erwarteten Einsparungen fielen insgesamt geringer aus als erwartet und das Gesundheitssystem musste schließlich noch stärker durch die Regierung finanziert werden als ursprünglich angenommen^{105,106}.

Die **Prioritätensetzung** im deutschen Gesundheitswesen ist ein sehr umstrittener, wenn auch offensichtlich notwendiger Bereich¹⁰⁷. Schwierig ist hierbei nicht nur die Einordnung der Leistungen in eine Rangreihenfolge, sondern auch die anschließende Festlegung einer Grenze und die Vermeidung der Fehler, wie wir sie aus dem soeben beschriebenen Beispiel Oregons kennen^{108,109}.

Dabei ist die sogenannte Grenzfestlegung der eigentliche Knackpunkt und das Dilemma. Mit eben jener Festlegung einer Grenze wird aus einer bisher „lediglich“ einfachen Priorisierung, also der Rangfolgenaufstellung, eine

¹⁰⁴ Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer zum Thema Priorisierung (2001) <http://www.zentrale-ethikkommission.de>.

¹⁰⁵ Mackmann G (2002) Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen, Dtsch Med Wochenschrift, Thieme Verlag, S. 1601-1604.

¹⁰⁶ Sommer JH (2001) Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, S. 94-109.

¹⁰⁷ John J (2002) Zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen- Herausforderung an eine Prioritätensetzung, In: Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen, Fozouni/Güntert (Hrsg.), Logos Verlag, Berlin, S. 31ff.

¹⁰⁸ House of Commons Health Committee (1995) Priority Setting In The NHS: Purchasing. First Report Sessions 1994-95. London: HMSO (HC 134-1.).

¹⁰⁹ Honigsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmstrom S (1995) Priority Setting For Healthcare, Radcliffe Medical Press, Oxford.

Rationierung. Hier entscheidet eine fiktive und eigentlich willkürliche Grenze (auch wenn diese noch so wirtschaftlich fundiert sein mag) über Behandlung oder Behandlungsverweigerungen, über Chance oder die Verweigerung eben dieser. Hier befinden wir uns schon in Ansätzen im Bereich der „Tragic Choices“ wie sie bereits 1978 von Calabresi und Bobbitt in ihrem gleichnamigen Buch für die Problematik „Statistische- vs. Konkrete- Opfer“ beschrieben wurden¹¹⁰, welche jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit sind.

Prinzipiell sollte für die weitere Diskussion immer beachtet werden, dass grundsätzlich alle Prioritäten veränderlich sind. Dieses bedeutet, dass einmal gebildete Rangreihen ihr Verfallsdatum mit sich tragen. Sehr rasch kann sich das Krankheitsspektrum verändern, ebenso rasch die Evidenz für oder gegen eingeführte Leistungen. Zu rasch können neues Wissen oder neue Verfahren zu veränderten oder neuen Indikationen führen. Andererseits ist Priorisierung ein relativ langsamer Vorgang. Sie sollte durch diese Langsamkeit nicht zu einem Fortschrittshemmnis werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass diagnostische, prognostische, therapeutische etc. Fortschritte rasch auf ihre Effektivität und Effizienz hin geprüft werden können, – am besten in kontrollierten Studien und innerhalb eines ausreichend finanzierten Bereiches klinisch-evaluativer und Versorgungs-Forschung¹¹¹. Dies würde auch eine unkontrollierte Einführung und Verbreitung neuer Verfahren und die heute zu beobachtende Lancierung von Prioritäten, sozusagen durch die Hintertür, verhindern.

¹¹⁰ Calabresi G, Bobbitt P (1978) *Tragic Choices*, Norton & Company, New York, Kapitel 7, S. 194ff.

¹¹¹ Hiatt H, Goldman L. (1994) *Making Medicine More Scientific*, Nature, S. 371.

7.3.2 Formen der Rationierung

Neben der prinzipiellen Schwierigkeit der Definitionen, der in der Allokationsdebatte verwendeten Begriffe (Grund hierfür ist die fächerübergreifend zu inkonsistente Verwendung und Spezifizierung einzelner Begriffe), stellt sich weiterhin die Frage nach der Form einer möglichen Rationierung.

Hierbei differenzieren viele Autoren ganz unterschiedliche Arten von Rationierungen. Dieser Autor möchte hierbei die gängigsten Formen von Rationierung, angelehnt an die Auslegungen von Christoph Fuchs, kurz erläutern¹¹².

Eine **explizite** Rationierung schließt bei Knappheit offen und in der Regel systematisch von vornherein Patientengruppen von bestimmten Behandlungen oder Leistungen aus. Demgegenüber stellt eine **implizite** Rationierung eine gänzlich vom System abhängige Form der Rationierung dar, die aufgrund der begrenzt vorhandenen Güter entsteht. Sie ergibt sich zwangsweise aus einem Mangelzustand. Hier herrscht also eine vom System vorgegebene Notwendigkeit der Mittelzuweisung, und diese ist unabänderlich. Da die Mittel knapp sind, kommt es an verschiedenen, vorher nicht explizit festgesetzten Stellen zu Engpässen und damit zum Ressourcenentzug. Hierbei ist von Bedeutung, dass ein solches Vorenthalten von Behandlungen oder Leistungen nicht ausdrücklich bestimmte Gruppen aufgrund von vorgegebenen Kriterien ausschließt, sondern eher in der Knappheit an Mitteln oder Möglichkeiten gründet (siehe hierzu auch Transplantationsmedizin oder Engpässe in der Katastrophenmedizin)¹¹³, sie „passiert“ einfach und ist nicht gewollt oder geplant.

In der öffentlichen Presse der Bundesrepublik sind Verfahren offener Rationierung bisher nicht publik geworden. Gleichzeitig aber findet man jedoch

¹¹² Fuchs C (1998) Was heißt hier Rationierung – Rationierung und Rationalisierung im deutschen Gesundheitswesen, Thieme Verlag, Stuttgart.

¹¹³ Nagel E /Fuchs Ch (Hg.) (1994) Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Springer, Berlin/Heidelberg/New York, S.87.

im gesamten Gesundheitswesen unvermeidliche implizite Rationierungen. Diese Rationierungen werden häufig über vermeintliche, allein medizinisch-naturwissenschaftlich begründete Behandlungsentscheidungen ("medizinische Indikation") begründet¹¹⁴. Diese implizite Rationierung stellt häufig zugleich auch eine **verdeckte** Rationierung dar¹¹⁵. Von **verdeckter** Rationierung sollte man laut Fuchs sprechen, wenn bei der Verteilung knapper Ressourcen die Transparenz der Zuteilungskriterien fehlt. D.h. es ist nicht klar, warum wer wieviel erhält, bzw. warum dem Patienten X nur eine geringere Menge des Gutes Y zugeteilt wird¹¹⁶. In der Debatte werden die Begriffe **verdeckte** und **verschleierte** Rationierung gleichermaßen verwendet. Im Falle einer **verdeckten** Rationierung, wird von jemandem bewusst rationiert und dieses wird dann gleichermaßen bewusst verdeckt. Das Gegenteil der **verdeckten** oder **verschleierten** Rationierung ist die so genannte **offene** Rationierung, in der zwar rationiert wird, jedoch jedem die Art und der Grund dieser Rationierung bekannt sind oder bei Verlangen bekannt gemacht werden. Immer wieder werden jedoch gerade diese beiden Formen der Rationierung häufig auch mit der impliziten (fälschlich als **verdeckt** dargestellt) und der expliziten (fälschlich als **offen** dargestellt) gleichgesetzt¹¹⁷.

Die Differenzierung zwischen **direkter**- und **indirekter** Rationierung scheint zunächst die einfachste Unterscheidung zu sein, da es sich bei der **direkten** um konkrete Einzelfallentscheidungen auf der Mikroebene handelt und bei der **indirekten** eher um Zahlen basierend auf statistischen Entscheidungen oberhalb der Mikroebene¹¹⁸.

Eine weitere begriffliche Unterscheidung bezieht sich auf den möglichen Zukauf von Leistungen: **Harte** oder **weiche** Rationierung unterscheiden sich darin,

¹¹⁴ Kliemt H (2004) Medizinische Rationierung und Versorgungswettbewerb im liberalen Rechtsstaat, <http://www.uni-duisburg.de/FB1/PHILO/index/medizinischeRationierung.PDF>, S.1.

¹¹⁵ Dietrich F, Imhoff M, Kliemt H (2003) Mikroallokation medizinischer Ressourcen, Schattauer GmbH, Stuttgart, S. 164.

¹¹⁶ Nagel E (1997) Rationalisierung versus Rationierung in der Chirurgie, Kongressbericht, S. 627.

¹¹⁷ Fuchs C (1998) Was heißt hier Rationierung? Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen In: Nagel/ Fuchs (Hrsg.): Thieme Verlag, Stuttgart, S. 44f.

¹¹⁸ Oberender P (1998) Gesundheitsversorgung zwischen ökonomischer und medizinischer Orientierung Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, In: Nagel/ Fuchs (Hrsg.): Thieme Verlag, Stuttgart, S. 44.

dass bei der **harten** Rationierung ein Zukauf an Leistungen nicht möglich ist. Im Gegenzug dazu Vertreter einer **weichen** Rationierung einen Zukauf grundsätzlich für möglich halten, solange dieser rechtskonform mit dem jeweiligen Rechtsnormen erworben werden kann^{119,120,121}.

Bei all diesen genannten und spezifizierten Formen der Rationierung sollte klar sein, dass es im praktischen Alltag der medizinischen Versorgung keine Reinform einer Rationierung geben kann, sondern dass es sich meist um Mischformen der möglichen Rationierungsformen handelt.

7.4 Evidenzbasierte Medizin (Evidence-based Medicine)

Unter **evidenzbasierter Medizin** (EbM) versteht man die Technik, individuelle Patienten gemäß der besten zur Verfügung stehenden Evidenz zu versorgen. Diese Technik umfasst die Suche der relevanten Evidenz in der medizinischen Literatur für ein konkretes medizinisches Problem, den Einsatz einfacher wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität von Studien und der Größe des beobachteten Effekts, sowie die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten mit Hilfe der klinischen Erfahrung. Hier könnten für die Luftrettung wichtige Techniken oder Vorgehensweisen evaluiert und für zukünftige Einsätze in Form von Leitlinien festgelegt werden. Die methodischen Grundlagen von evidenzbasierter Medizin sind aus der klinischen Epidemiologie abgeleitet. In diesem Modell sucht man nach Verfahren mit der besten Kosten-Nutzen-Relation^{122,123}. Objektive Bedarfsplanung hat die systematische Aufarbeitung der Faktoren, die den Bedarf bestimmen und auch die Nachfrage anspornen oder dämpfen können, zur Aufgabe¹²⁴.

¹¹⁹ Fuchs C (1998) Was heißt hier Rationierung? Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, In: Nagel/ Fuchs (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart, S. 45.

¹²⁰ Krämer W (1998) Medizin erzeugt Kranke, In: „Der Spiegel“, Ausgabe 19, S. 224-226.

¹²¹ Kliemt H (1997) Rechtsstaatliche Rationierung in Rationierung im Gesundheitswesen, Roderer Verlag, Regensburg, S. 20-41.

¹²² Lauterbach K-W (1998) Rationalisierung im internationalen Bereich, Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen In: Nagel/Fuchs (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart, S. 65f.

¹²³ Imhoff M (2001) Rationing, In Intensiv Care Medicin, Springer Verlag, Berlin, S. 67.

¹²⁴ Weingart O (2002) Evidenzbasierte Medizin: Grundlage ärztlichen Handelns, Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 41, S. A-2685 / B-2288 / C-2152.

7.4.1 Implementierung

Unter *Implementierung* von EbM werden alle Maßnahmen und Instrumente verstanden, die dazu dienen, klinisch relevante wissenschaftliche Ergebnisse in die Praxis umzusetzen und zu verankern. („getting evidence into practice“¹²⁵), z.B. evidenzbasierte Leitlinien, die Einrichtung von Qualitätszirkeln und Maßnahmen der medizinischen Fortbildung wie diese zum Beispiel für HEMS-Crew-Member der Rettungshubschrauber von Bedeutung sind¹²⁶.

7.5 Zwei empirische Beispiele internationaler Rationierungsversuche im Gesundheitswesen

Wie und in welchem Maße das Gesundheitssystem rationiert werden kann oder wird, zeigt sich in der Praxis auf recht unterschiedlicher Art und Weise. Als Beispiele können hier die Rationierungsumsetzungen in Oregon (USA)¹²⁷ und Neuseeland dienen. In Oregon wurde, wie bereits in Kapitel 7.3.1 angedeutet, eine Prioritätenliste medizinischer Leistungen durch eine staatliche Kommission unter deutlicher Berücksichtigung von Bürgerpräferenzen erstellt. Diese umfasste zwischen 565 und 696 Behandlungen. Behandlungen, die unterhalb einer bestimmten Position innerhalb der Liste lagen, sollten nicht mehr vom Gesundheitssystem getragen werden. Oder, wie es Marckmann ökonomischer beschreibt, ...“hat hier Oregon, aufgrund anhaltender Finanzprobleme, in der Gesundheitsversorgung versucht, der Ausgabenexpansion mit der Bestimmung von Versorgungsprioritäten zu begegnen“¹²⁸. In Oregon wurde mit Hilfe einer

¹²⁵ Ollenschläger G (2002) Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, <http://www.aeqz.de/publikationen/pdfpraesentationen/foebmmainz.pdf>.

¹²⁶ Ollenschläger G (2002) Die Realisierung von Evidenz-basierter Medizin im deutschen Gesundheitswesen, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, Köln.

¹²⁷ The Oregon Health Service Commission Report (2001) Priorized List of Benefit Pages for OHP Standart, Salem.

¹²⁸ Marckmann G (2002) Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen, Dtsch Med Wochenschrift, Thieme Verlag, S 1601-1604.

Prioritätenliste als Instrument der expliziten Rationierung versucht, den Leistungsumfang der Medicaid-Versorgung zu begrenzen, um dafür den Kreis der berechtigten Leistungsempfänger ausweiten zu können. Ein staatlicher Versicherungspool, gekoppelt an einen Versicherungspool der über ihren Arbeitgeber versicherten Arbeitnehmer, sollten so allen Bürgern Oregons längerfristig Zugang zu einer Krankenversicherung beziehungsweise deren Leistung sichern.

Zusammenfassend bleibt für den *Oregon Health Plan* zu sagen, dass trotz mehrfachen Beseitigens diverser aufgetretener Fehler und trotz des Einsetzens zahlreicher Kommissionen und der Verbesserung, respektive Erneuerung der Prioritätenlisten am Ende keine Begrenzung, sondern vielmehr eine Ausweitung des Leistungsumfangs der Medicaid-Versorgung erreicht wurde. Die erwarteten Einsparungen vielen insgesamt geringer aus als erwartet, was dazu führte, dass das Gesundheitssystem noch stärker als zuvor durch die Regierung finanziert werden musste^{129,130}.

In Neuseeland wurden Rationierungen zunächst mit Hilfe von Guidelines vorgenommen. 1992 wurde hier das so genannte Core Service Committee von der Regierung beauftragt, ein verbindliches Mindestleistungspaket für den Bereich der Gesundheitsversorgung zu spezifizieren, welches dann jedem Bürger frei zugänglich sein, und durch öffentliche Mittel finanziert werden sollte. Eine genaue Definition des geforderten Gesamtpaketes konnte diese Kommission leider nicht erbringen und umschrieb, wie in vielen anderen Ländern, die zu erbringenden Leistungen mit schwammigen Begriffen wie „wirksam“, „wirtschaftlich“ oder „fair“.

1994 gab die Kommission ihre Bemühungen zur Erstellung einer solchen Liste auf¹³¹. Danach versuchte man in Neuseeland mit Hilfe eines recht komplizierten Punktesystems eine Notwendigkeitenliste/ Prioritätenliste zu erstellen. Je höher der individuelle Punktwert lag, desto dringlicher wurde der notwendige Eingriff

¹²⁹ Mackmann G (2002) Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen, Dtsch Med Wochenschrift, Thieme Verlag, S. 1601-1604.

¹³⁰ Sommer JH (2001) Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, S. 94-109.

¹³¹ Jones L (1994) Core service committee, New Zealand Health, Wellington.

eingestuft¹³². Aus den zunächst nur für 5 medizinische Teilbereiche bestehenden Punktelisten entwickelten sich im weiteren Verlauf die so genannten DRGs. Diese diagnosebezogene Fallgruppen (**D**iagnosis **R**elated **G**roups = DRGs) bilden seither weltweit die Basis für ein neues Entgeltsystem vieler Gesundheitssysteme. Im DRG-System bezahlen die Kostenträger für jeden Behandlungsfall einen Pauschalpreis, der alle Leistungen einschließt. Dazu werden die Patienten anhand bestimmter Kriterien (die wichtigsten: Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Komplikationen, Prozeduren, Operationen) nach möglichst homogenen Fallgruppen klassifiziert. Die Vergütung dieser DRGs soll dabei leistungsgerecht und ressourcenbezogen erfolgen. Dazu werden zunächst von möglichst vielen Krankenhäusern die Kosten aller Behandlungsfälle gesammelt. Aus diesen Daten lassen sich im Anschluss die durchschnittlichen Fallkosten ermitteln. Darauf folgend werden nach der DRG-Gruppierung die durchschnittlichen Kosten für alle Fälle in einer DRG ermittelt. Der Quotient „Kosten DRG/Durchschnittskosten gesamt“ ergibt das Kosten- oder Relativgewicht, das ausdrückt, um wie viel höher oder niedriger die Kosten in dieser DRG gegenüber dem Durchschnitt der Grundgesamtheit ausgefallen sind. Der Pauschalpreis einer DRG ergibt sich aus einem Basisfallwert, multipliziert mit dem jeweiligen Kostengewicht. Der „Case-Mix“ ist die Summe sämtlicher Kostengewichte aller in einem Jahr in einem Krankenhaus behandelten Patienten und beschreibt somit das Leistungsvolumen eines Krankenhauses. Eine Maßzahl für den mittleren Schweregrad der behandelten Fälle eines Krankenhauses ist der „Case-Mix-Index“. Er berechnet sich durch Division des Case-Mix durch die Fallzahl

Diese Art der Abrechnung über DRGs hat sich international in vielen Ländern bewährt und wurde daher auch in der BRD eingeführt. Die verpflichtende DRG-Einführung für alle Krankenhäuser in Deutschland (mit Ausnahme psychiatrischer Kliniken) erfolgte zum 1. Januar 2004. Die Einführungsphase von 2003 bis 2004 war hier zunächst budgetneutral. Von 2005 bis Ende 2007 schließt sich die so genannte Konvergenzphase an. Dabei wird die

¹³² Dennert & Parry, Generic surgical priority criteria scoring system, the clinical reality.

krankenhausspezifische Vergütungshöhe schrittweise an ein landesweites Vergütungsniveau angepasst und die Budgets werden abgeschafft.

Die beiden vorgestellten empirischen Beispiele sollen zeigen, wie unterschiedlich mögliche Rationierungen in der internationalen Praxis ausfallen können.

7.6 Verteilungsebenen der Allokation

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel beschrieben, ist Allokation eine Zuweisung oder besser formuliert, eine Distribution von Ressourcen. Diese Distribution der Ressourcen wird dabei im Gesundheitswesen auf unterschiedlichen Ebenen vollzogen, ähnlich einer Verteilung von Geldern in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens, welche in Deutschland zunächst auf Bundesebene, dann auf Landesebene, dann auf Kreisebene und letztlich auf Städte- oder Gemeindeebenen verteilt werden.

In der Gesundheitsdebatte hat sich die Ebeneneinteilung von H.T. Engelhardt bewährt, welcher zwischen vier unterschiedlichen Ebenen differenziert.^{133,134,135}

1. Obere Ebene der Makroallokation

Hier wird bestimmt, wie hoch der Anteil des Gesundheitsbudgets am Gesamtbudget der Bundesrepublik Deutschland sein soll. Konkurrierende Verteilungsbereiche sind zum Beispiel Bildung/Erziehung, Kulturwesen, Verteidigung usw.

2. Untere Ebene der Makroallokation

Hier wird die Gesamtsumme des Gesundheitsbudgets auf bestimmte Teilbereiche oder für bestimmte Ziele innerhalb der Medizin aufgeteilt (z.B. Rettungsdienst, Geriatrie, Prävention).

¹³³ Engelhardt HT (1986) The Foundations Of Bioethics, Oxford University Press, S. 344-348.

¹³⁴ Engelhardt HT (1988) Zielkonflikte im nationalen Gesundheitssystem, In: Sass H.-M. (Hrsg.) Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Springer Verlag, Berlin, S. 41f.

¹³⁵ Schultheiss C (2002) A Note On The Semantics Of Rationing As Limitation, In: Breyer, Kliemt, Thiele (Hrsg) Rationing In Medicine, Berlin, S. 24.

3. Obere Ebene der Mikroallokation

Hier werden jene Prinzipien festgelegt, nach denen die Ressourcen an bestimmte Personen zugeteilt werden sollen (z.B. Alter, Status, Zufall).

4. Untere Ebene der Mikroallokation

Hier geht es um die direkte Vor-Ort Zuweisung einer Ressource von einem bestimmten Behandelnden für einen bestimmten Patienten unter Berücksichtigung der vorangegangenen Ebene (sog. bedside-level).

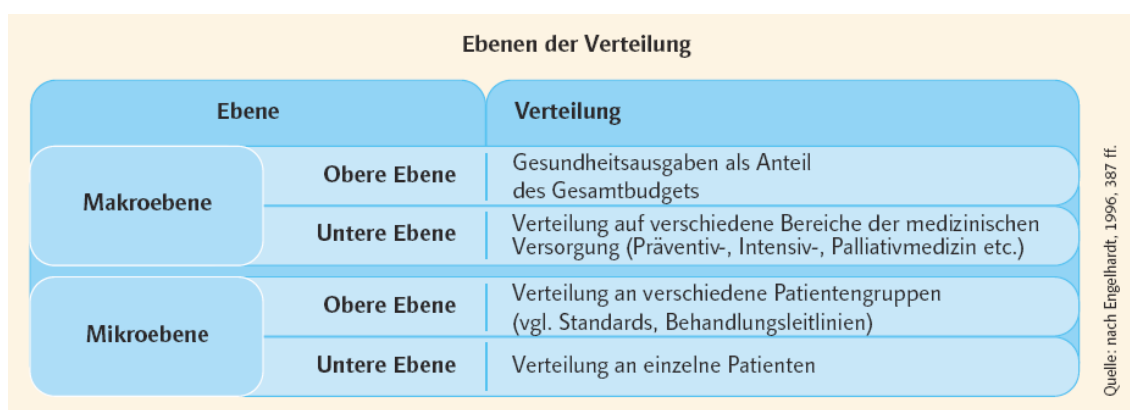


Abb. 7

Wallner, der sich ebenfalls auf Engelhardt bezieht¹³⁶, benennt bei seiner Ausführung für jede dieser Ebenen Beispiele der Anwendung. So führt er aus, dass in stark dirigistischen Ländern eine Steuerung vornehmlich über Ebene 1 erfolgt. Die Steuerung der Ebenen 2 findet ihm zufolge meist Verwendung in Ländern mit einem Sozialversicherungssystem (wie z.B. der BRD). Auf beiden Makroebenen ist es in erster Linie Aufgabe der Politik, in Zusammenarbeit mit Ökonomen, Versicherern und Juristen zu Entscheidungen zu kommen. Juristen benötigt man alleine schon deshalb, weil das Haftungsrecht in Rationierungsfällen häufig juristische Streitigkeiten aufwirft, welche vor einer solchen Entscheidung der Klärung bedürfen. Mediziner sollten hier ihr Wissen und ihre

¹³⁶ Wallner J (2002) Live or let die?, Books on Demand, Wien, S. 18.

Erfahrung einzubringen, müssen jedoch nach Wallner nicht zwingend die direkte Rolle im Entscheidungsprozess übernehmen.

In Ländern wie z.B. Großbritannien wird hauptsächlich versucht über Ebene 3 zu steuern, hier haben klare Behandlungsrichtlinien und Guidelines eine wichtige Bedeutung.

Eine Steuerung über Ebene 4 hält Wallner für wenig wünschenswert, da hier die Arzt-Patientenbeziehung im Vordergrund stehe und es die klare Aufgabe des Arztes sei, zu heilen, zu lindern oder auch nur zu begleiten, nicht jedoch ökonomische Entscheidungen zu treffen, für die er weder qualifiziert noch ausgebildet sei. Vom einzelnen Arzt werde hier verlangt, dass er eine einsame und individuelle Entscheidung direkt am Krankenbett treffen muss. Leider ist eine direkte und klare Benennung der Allokationsebenen, wie sie im Vorfeld dargestellt wurden, nicht immer möglich, da diese fließend ineinander übergehen. Belastend kommt hinzu, dass häufig auch eine Art Verdrängung der Verantwortung oder der Zuständigkeiten für einzelne Ebenen zu erkennen ist. Nur bei klarer Verantwortungszuweisung, die sich auf alle vier Ebenen beziehen muss, ist es möglich, eine fruchtbare Debatte über Allokationsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu führen. Es kann dabei nicht angehen, dass höhere Ebenen sich aus der Verantwortung ziehen und am Ende Akteure der Luftrettung (häufig der Arzt oder der behandelnde Pfleger, Schwester oder Sanitäter) auf der untersten Stufe eine Allokationsentscheidung treffen müssen. Niemand sollte über seine Fähigkeiten, den Stand seiner Ausbildung, seiner Funktion und Rolle hinaus verpflichtet werden, solche Entscheidungen zu treffen. Mediziner lernen in ihrem Studium den Erhalt und die Rettung menschlichen Lebens, aber auch die Aufbesserung von Lebensqualität. Sie sind mit ökonomischen und gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen jedoch kaum vertraut, denn diese spielen im Studium der Humanmedizin, zumindest nach derzeit gültiger Approbationsordnung, nur in geringem Rolle.

Wallner fordert in diesem Zusammenhang eine Entlastung der Verantwortlichen vor Ort, so dass eine Allokationsentscheidung primär auf den Ebenen 1 bis 3 getroffen werden kann¹³⁷.

7.7 Der Muddling-Through-Ansatz

Der Muddling-Through-Ansatz, wörtlich übersetzt „Durchwursteln“ ist kein grundlegend neuer Ansatz. Schon 1959 beschrieb der amerikanische Politikwissenschaftler Charles Lindblom in "The Science of Muddling Through"¹³⁸ minimalistisches "Durchwurstelverhalten" als charakteristisches Verhaltensmuster in Politik und Verwaltung. In den letzten Jahren gab es jedoch vermehrt Diskussionen über den Gebrauch dieses Ansatzes im Bereich des Gesundheitswesens.

Viele Gegner dieses Ansatzes kritisieren den Mangel an zielorientierten Konzepten und lehnen ihn daher grundsätzlich ab.

Das „Muddling-Through“ findet jedoch auch viele Befürworter und in der Tat zeigt es eine Reihe interessanter Ansätze, die im folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

Sowohl die diverse Veröffentlichungen von D.J. Hunter als auch das 2001 erschienene Buch des Schweizer Gesundheitsökonomien Sommer befassen sich mit dem Muddling Through Ansatz. Beide stimmen grundsätzlich darin überein, dass Rationierungen im Gesundheitswesen unvermeidbar sind.

Sommer schreibt, dass die wachsende Kluft zwischen dem medizinisch Machbaren und dem wirtschaftlich Tragbaren eine Auseinandersetzung mit schwierigen Allokationsentscheidungen unumgänglich mache¹³⁹, weist jedoch gleichzeitig darauf hin, dass auch viel versprechende Optimierungen der Rationierungsprozesse wie beispielsweise Managed Care, Evidenz Based Medicine nicht ausreichen, um weitere, zwingende Rationierungsentscheidungen zu verhindern .

¹³⁷ Wallner J (2002) Live Or Let Die?, Books On Demand, Wien, S. 19.

¹³⁸ Lindblom C.: Public Administration Review, Yale University, New Haven, S. 79-88.

¹³⁹ Sommer JH (2001) Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, S. 11ff.

Sommer wie auch Hunter sind als Vertreter des Muddling Through Ansatzes davon überzeugt, dass öffentliche Rationierungsentscheide, wie sie durch Kommissionen, Institute oder Parteien hervorgebracht wurden, auf ganzer Ebene gescheitert sind¹⁴⁰. Beide Autoren gehen zwar von gleichen Verteilungsebenen, Rationierungsbegriffen und Formen aus (wie in den vorangegangenen Kapiteln dieser Arbeit erläuterten), sie vertreten jedoch die Meinung, dass implizit durchgeführte Rationierungen auf der Mikroebene jener expliziten Rationierung auf der Makroebene in der Praxis klar überlegen und dementsprechend zu bevorzugen sind.

Explizite Rationierungsbemühungen auf einer gesamtgesellschaftlichen Ebene erweisen sich nach ihren Vorstellungen aus verschiedenen Gründen als realitätsfern. Sie berufen sich dabei auf die Argumentation des amerikanischen Medizinsoziologen David Mechanic, der eine explizite Rationierung auf dem klinischen Level als Hemmnis bewertet, da sie mehr negative als positive Entwicklungen hervorbringt¹⁴¹. Mechanic führt fünf verschiedene Argumente gegen explizite Rationierung ins Feld. Er nennt „Resistance to change“, „The need for process“, „Patient differences“, „Lack of flexibility“ und schließlich „Susceptibility to political manipulation“¹⁴². Einige dieser Argumente verwendet auch Sommer in seinen Publikationen in leicht abgewandelter Form. Er bezeichnet die Forderungen des britischen Medizinethikers Len Doyal nach mehr Transparenz als ebenso realitäts- und umsetzungsfremd wie die Ergebnisse diverser internationaler Kommissionen und Regierungsbestrebungen¹⁴³. Weiterhin führt er aus, dass explizite Rationierung zwei Arten von negativem Nutzen hervorrufe. Er schreibt unter Bezug auf Coast¹⁴⁴ „Firstly, citizens becoming involved in the process of denying care to particular groups of individuals or particular individuals may experience disutility (denial disutility).

¹⁴⁰ Huber F (2002) Rationierung, Zürich, S. 34.

¹⁴¹ Mechanic D (1997) Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance In: Rationing, Stockholm, S. 83ff.

¹⁴² Mechanic D (1997) Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance In: Rationing, Stockholm, S. 85f.

¹⁴³ Sommer JH (2001) Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel, S. 122ff.

¹⁴⁴ Coast J (1997) Rationing Within The NHS Should Be Explicit. The Case Against., BMJ, S. 1118-1122.

Secondly, disutility may result when particular individuals are informed explicitly that their care is being rationed (deprivation disutility).” Er betont zwar, dass sich die Bevölkerung mit expliziten Entscheidungskriterien äußerst schwer tut, verlangt aber im Gegenzug von den Ärzten genau das, wenn auch implizit für den betroffenen Patienten: Als behandelnder Mediziner versteckt er seine eigentliche, explizite Entscheidung (er weiß ja das er Rationiert) hinter Vorwänden und macht sie somit für die Bevölkerung implizit. Sommer ist davon überzeugt, dass pluralistische Gesellschaften nicht dazu in der Lage seien, in diesem Bereich explizite Problemlösungen zu erbringen.

Hunter bezieht sich vielfach auf das britische Gesundheitssystem und argumentiert mit den fehlenden Erfolgen des National Institute for Clinical Excellence (NICE) und dem National Health Service (NHS). Er betont, dass explizite Rationierung nur in der Theorie funktioniere.¹⁴⁵ Sommer hingegen verwendet im Kapitel 4 seines 2001 erschienenen Buches internationale Vergleiche und prangert, ebenso wie Hunter, den bisher ausbleibenden Abschlusserfolg grundlegender Rationierungsentscheidungen diverser Institute und Kommissionen in Neuseeland, Australien, Amerika und Europa an. Beide Autoren gehen sogar so weit, den bisher vollständig ausgebliebenen Erfolg einer expliziten Rationierungsentscheidung von öffentlicher Seite als zwingenden Beleg für die Notwendigkeit einer implizit geführten Rationierung zu verwenden.

Auch David Mechanic verwendet das amerikanische sowie das britische Gesundheitssystem als Beleg für seine Argumentation. Er benutzt die Beispiele der beiden Gesundheitssysteme mit dem Verweis auf die für ihn als gescheitert geltenden öffentlich/politischen, expliziten Rationierungsbestrebungen und favorisiert daher für seine Argumentation implizite Rationierung unter Verwendung des Muddling Through.^{146,147} So schreibt er: „The issues are

¹⁴⁵ Hunter DJ (2001) The Practice of Rationing Health Care in the UK, In: Rationing in Medicine (Hrsg.: Breyer, Kliemt, Thiele), Bad Neuenahr-Ahrweiler, S. 50.

¹⁴⁶ Mechanic D (1997) Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance, In: Rationing, Stockholm, S. 83-92.

¹⁴⁷ Mechanic D (2000) Managed Care And Imperativ For New Professional Ethic, Health Affairs, Bethesda, S. 100-111.

incredibly difficult. Thus, we proceed better by honestly recognizing their complexity, the heterogeneity of patient populations, the imperfections of our tools, and the uncertainty of medical knowledge and treatment. This requires continuing engagement, flexibility, and humility. The fitting response is to muddle through, changing course as knowledge and experience guide us. If we are particularly thoughtful and lucky, perhaps we will be able to say that we have 'muddled through elegantly'¹⁴⁸.

Alle drei Autoren halten explizite Rationierung lediglich in der Theorie für gut, in der Praxis jedoch für undurchführbar. Daher fordern sie den uneingeschränkten Einsatz impliziter Rationierung.

Dieses kann nach Sommer mit verschiedenen Maßnahmen realisiert werden. Diese Maßnahmen sieht Sommer wie folgt:

- 1. Marktwirtschaftlich organisiertes Gesundheitssystem einführen
- 2. Wettbewerbliche Rahmenbedingungen konsequent setzen
- 3. Grundversorgung pragmatisch definieren
- 4. Neue ärztliche Ethik erarbeiten
- 5. Ausreichend Informationen zur Versicherungswahl stellen
- 6. Implizite Rationierung am Krankenbett zulassen
- 7. Vertragsunterzeichnung verbindlich erklären

Hierbei sieht Sommer die Maßnahmen 1-4 auf der Makroebene und die Maßnahmen 5-7 als notwendige Rationierungen auf der Mikroebene¹⁴⁹.

Im Ergebnis fordern alle drei Autoren, dass Ärzte als Entscheidungsträger auf der Mikroebene fungieren zu haben und die geforderte implizite Rationierung von ihnen durchführen zu lassen. In der Literatur wird dieses Vorgehen als so genanntes „Bedside Rationing“ bezeichnet.

¹⁴⁸ Mechanic D (1979) Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance, In: Rationing, Stockholm, S. 91.

¹⁴⁹ Sommer JH (2001) Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen, Basel, S. 129ff.

8. Luftrettung als exemplarischer und spezifischer Bereich teurer Gesundheitsversorgung

Anhand des voranstehenden Arbeitsbeispiels Luftrettung sollen im folgenden die daraus resultierenden gesundheitsökonomischen Problemstellungen und Begrifflichkeiten erläutert und spezifiziert werden.

Hier dient die deutsche Luftrettung als Beispiel für die Problematik der Ressourcenknappheit und für die Schwierigkeiten verschiedener Einsparmethoden, wie sie anhand der Kapazitätsberechnungen für Luftrettung Anwendung finden, beziehungsweise Anwendung finden sollten oder könnten. Gleichmaßen werden aber auch einige Ansätze verworfen, deren Verwendung dem Autor zumindest in der in der Luftrettung der Bundesrepublik Deutschland nicht praktikabel erscheinen. In anderen gesundheitsökonomischen Teilbereichen mag eine Verwendung des ein- oder anderen Ansatzes durchaus sinnvoll erscheinen, in diesem speziellen Beispiel der Luftrettung jedoch aus später dargelegten Gründen verworfen werden. D.h. das die folgenden Ausführungen sich lediglich auf den Gesundheitsökonomischen Teilbereich der Luftrettung als exemplarisches Beispiel beziehen.

Da die Darstellung der normativen Aufgeladenheit, welche bei Allokationsentscheidungen hervorgerufen wird, bereits genügend Zündstoff für eine große Debatte liefert, soll die von einigen Gegnern der Luftrettung immer wieder angestoßenen Diskussion über die grundsätzliche Notwendigkeit der Luftrettung aus ökonomischer Sicht an dieser Stelle nicht eingehender geführt werden. Eine solche Diskussion könnte sich letztlich nur um das Für und Wider eines rettungsdienstlichen Teilbereichs drehen, was in Anbetracht der akuten vitalen Bedrohung eines Patienten als unangebracht bezeichnet werden muss.

Die grundsätzliche Notwendigkeit einer Luftrettung wird in dieser Arbeit also vorausgesetzt.

8.1 Unzureichende Datenlage – Mangel an Vergleichsdaten

Das wohl bedeutendste Problem der Luftrettung, welches zugleich eines der größten Probleme bei der Erstellung dieser Arbeit war, ist der Datenmangel im Bereich Rettungsdienst, speziell für der Luftrettung. Es steht im Gesamtbereich der Luftrettung zurzeit noch keine wissenschaftlich fundierte, mehrjährige Datensammlung zur Verfügung, anhand derer eine genaue Beurteilung der bundesdeutschen Luftrettung vorgenommen werden könnte. Vielmehr erscheint aufgrund der fehlenden Datensätze die Input-Output-Relation und die daraus resultierende Kosten-Nutzenrechnung für die deutsche Luftrettung nicht zu leisten.

Erste Ansätze zum Erhalt wissenschaftlich verwendbarer Daten der bundesdeutschen Luftrettung sind jedoch schon vorhanden, wie z.B. die Datensätze des ADAC, oder landespezifische Studien wie sie z.B. 1996 von „Forplan“ in Niedersachsen durchgeführt wurden, aber auch der Abschlussbericht der Phase II der Konsensgruppe Luftrettung aus dem Jahre 2004, der für das Jahr 2002 erstellte, wissenschaftlich verwertbare Datensatz enthält. Diese Datensätze beinhalteten nicht nur organisationsbezogene Daten, wie z.B. die ADAC-Datensätze oder spezifische, auf einzelne Landesteile bezogene Daten wie die Forplan Studie in Niedersachsen, sondern lieferten erstmalig auch Daten der gesamten Luftrettung der Bundesrepublik Deutschland, wengleich sich diese Datensätze nur auf den begrenzten Zeitraum von einem Jahr beziehen .

Insgesamt bedeutet die fehlende Datenerhebung für den rettungsdienstlichen Teilbereich der bundesdeutschen Luftrettung, dass weder eine Über- noch eine Unterversorgung belegt werden kann, auch wenn eine erste Vermutung mit der Notwendigkeit der weiteren wissenschaftlichen Beobachtung aus den Ergebnisbewertungen der Konsensgruppe Luftrettung für das Jahr 2002 hervorgeht¹⁵⁰. Sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht ist das mehrjährige Sammeln von bundeseinheitlichen, vergleichbaren und wissenschaftlich fundierten Fakten und Zahlen für eine weitere Diskussion zwingend erforderlich.

In allen Teilbereichen zeigt sich das allgemeine Problem der Luftrettung und ihrer fehlenden Bewertung und Strukturierung. Insgesamt fehlen, wie bereits der Mangel an internen Daten zur Luftrettung zeigt, nahezu sämtliche länder- und organisationsübergreifende Daten und Zahlen im Vergleich zum bodengebundenen Rettungsdienst. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass in den letzten 2-3 Jahren ein wesentlicher Teil der Daten im Bereich Luftrettung von den unterschiedlichen Leistungserbringern der Luftrettung für ihren eigenen Teilbereich evaluiert wurden und noch immer werden. Somit ist inzwischen die Situation eingetreten ist, dass für die Luftrettung ein wissenschaftlich besser verwertbarer Datensatz intern vorliegt, als dies für den bodengebundenen Rettungsdienst der Fall ist^{151,152}.

Bei einem notwendigen, Qualitätsvergleich zwischen bodengebundenem Rettungsdienst und Luftrettung müssen in erster Linie typische Fälle der Luftrettung mit gleichartigem Fallaufkommen und Behandlungserfolg im bodengebundenen Rettungsdienst verglichen und ausgewertet werden.

Hierbei sollten medizinisch belegbare Vorteile der Luftrettung herausgearbeitet, und Notwendigkeiten sowie Dringlichkeiten nach Skalen festgelegt werden. Im

¹⁵⁰ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München, S. 285.

¹⁵¹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München, S. 261.

¹⁵² Sachverständigenrat für Konzertierte Aktionen im Gesundheitswesen (2003) Gutachten 2003, Nomos Verlag, S. 98, <http://www.svr-gesundheit.de>.

Gegenzug zu notwendigen und positiven Luftrettungseinsätzen müssen kostenaufwendige und unnötige Einsätze begutachtet und ggf. negativ bewertet werden.

Der fehlende Vergleich zwischen Luftrettung und bodengebundenem Rettungsdienst macht eine Argumentation für oder gegen den vermehrten Einsatz von Luftrettungsmitteln unmöglich und erschwert eine notwendige Beurteilung der in Frage zu stellenden Notwendigkeit von Luftrettungseinsätzen.

Für eine Bewertung der Tätigkeit der Luftrettung müssen sich die Experten und alle Beteiligten dieser Auswertung darüber im Klaren sein, dass die 1. Stunde nach Eintreten des den Notfall auslösenden Ereignisses (die sog. „Golden Hour“)¹⁵³ aus medizinischer Sicht meistens besonders kritisch, und als einsatzrelevant für die Genesung des Patienten zu betrachten ist. Entscheidungen hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen und der Einleitung der richtigen Therapie, die innerhalb dieses Zeitintervalls getroffen werden, werden generell als entscheidend für die Gesamtversorgung des Notfallpatienten anerkannt. Die Bedeutung des Rettungshubschraubers ergibt sich insbesondere aus seiner hohen Geschwindigkeitsleistung während der so genannten „Golden Hour“ und, im Falle des Intensivtransportes, noch zusätzlich durch seine Patienten schonende Transportmöglichkeit.

Ein, nach Auffassung des Autors zwingend notwendiger Punkt ist die Gleichstellung der Luftrettung mit dem bodengebundenen Rettungsdienst. Ein Konkurrieren beider Institutionen muss ausgeschlossen werden. Das bedeutet, dass beide Dienste, sowohl die Boden- als auch die Luftrettung, während eines Tagesablaufes von 15 Minuten vor Sonnenaufgang (sunrise) bis 15 Minuten nach Sonnenuntergang (sunset), gleichberechtigt nebeneinander arbeiten sollten, solange es die Witterungslage für die Flugsicherheit zulässt. Der Unfallort, die Art der Verletzung/Erkrankung, die Dringlichkeit einer Behandlung sowie der Weg zur notwendigen Behandlungseinrichtung sollten die

¹⁵³ Arntz HR (2002) Luftrettung als strategischer Partner der Chest pain Unit, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.), Wolfseiner Verlag, München, S. 50-55.

ausschlaggebenden Entscheidungskriterien für den Einsatz eines der beiden Dienste sein. Diese gleichberechtigte Koexistenz beider Dienste bedarf einer unabhängigen Beurteilung der Einsatzlage durch eine dritte unabhängige Partei.

Der einzig wirklich fundierte und zurzeit realisierbare Vergleich der beiden Dienste ist die Auflistung der jeweiligen Vor- und Nachteile. Dieser Vergleich kann in seinen Grundzügen relativ leicht vollzogen und dokumentiert werden und ist in nachstehender Tabelle in Ansätzen aufgezeigt.

	NOTARZTWAGEN (NAW)	RETTUNGSHUBSCHRAUBER (RTH)
VORTEILE	<ul style="list-style-type: none"> - größerer Behandlungsraum - bessere Behandlungsmöglichkeiten - keine Zusatzausbildung für Personal (Kostenfaktor) - 24-stündige Verfügbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - schneller „Notarztzubringer“ - schonender Transport - großer Einsatzradius - hohe Flexibilität - hoch qualifiziertes Personal
NACHTEILE	<ul style="list-style-type: none"> - geringe Schnelligkeit - geringer Einsatzradius - Transportqualität stark Straßenabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> - nachts zzt. nicht einsetzbar - Verfügbarkeit wetterabhängig - Eingeschränkte Behandlungs- und Lagermöglichkeit

Tabelle 4

Hier bedarf es nach Ansicht des Autors der klar strukturierten Anforderung der luftrettungsspezifischen Gesamtdaten aus mehreren Jahren für die Bundesrepublik Deutschland. Diese Datensätze müssen organisationsunabhängig erhoben werden und sollten aufgrund der gesundheitspolitischen Anforderungen so strukturiert sein, dass jeder Leistungserbringer der Luftrettung verpflichtet ist, seine Daten ungeschönt zur wissenschaftlichen Auswertung frei zu geben.

8.2 Fehlende ärztliche Beteiligung an Entscheidungsprozessen

Die grundlegende Bestimmung der Behandlungs- bzw. Einsatzkapazitäten wird in der Luftrettung meist durch nicht-ärztliche Entscheidungsträger vorgenommen. Die Allokationsentscheidungen der Makroebene (sowohl oberer als auch unterer) werden von Politikern und Ausschüssen beschlossen, welche sich aus Juristen und Ökonomen zusammensetzen. Mediziner oder Luftretter gibt es in wichtigen Entscheidungsgremien kaum. Experten der Luftrettung werden nur selten zu Rate gezogen. Bei so genannten Expertengesprächen am „Grünen Tisch“ wurden selbst auf höchster Ebene der EU keine Luftretter zur Luftrettung befragt, sondern Hubschrauberpiloten und Beauftragte von Organisationen, welche sich mit der Versorgung, dem An- und Abflug und der meist schwierigen Landung auf Bohrinseln beschäftigen. Was jedoch haben Bohrinseln mit luftrettungsspezifischen Fragestellungen zu tun?

Der Autor ist der Ansicht, dass wenigstens in gesundheitsökonomischen Entscheidungsgremien zu luftrettungsspezifischen Aspekten die Akteure der Luftrettung, also Ärzte, Hubschrauberpiloten und Luftrettungsassistenten zu hören sind, wenn sie nicht sogar als Teil eines Entscheidungsgremiums mitwirken sollten.

8.3 Unklarheiten in der Abrechnung und der Zuständigkeit der verschiedenen Kostenträger

Luftrettung wurde und wird scheinbar weder im Teilbereich der medizinischen Behandlung, noch im Bereich der externen- und internen Datenerhebung verglichen. Es ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass die Luftrettung nicht einmal im stärker ökonomisch ausgerichteten Teilbereich der Abrechnung gesondert ausgewiesen wird, sondern vielmehr unter dem Teilbereich der Abrechnungssparte „Fahrkosten“ der GKV subsumiert wird.

Es fehlt ganz klar eine eigene Kostenstelle im Rahmen der Kostenrechnung der Versicherungsträger, zur besseren Vergleichbarkeit der Kosten-Nutzenrechnung. Wenn die Versicherungsträger dazu übergehen würden, die Luftrettung als präklinische Disziplin mit eigener Abrechnungssparte zu

betrachten, könnten Kosten-Nutzenrechnungen einfacher gestaltet werden und die Luftrettung als Teil des Gesamttrettungsdienstes würde endlich den Stellenwert erhalten, der ihrem Leistungsspektrum entspricht.

Der Autor hält es für fragwürdig, ob ein Luftrettungseinsatz mit einer Überführungsfahrt des DRK oder einem Arztbesuch mit Taxi gleichzustellen ist. Es erscheint in Bezug auf die Luftrettung und das Leistungsspektrums dieses Dienstes schon banal, diesen Rettungstransport dem Tätigkeitsspektrum von Transportleistungsunternehmen im Gesundheitswesen gegenüber- bzw. gleichzustellen.

Für eine gesonderte Abrechnungssparte Luftrettung im Kostenrahmen der GKV spricht darüber hinaus, dass die Behandlungserfolge oder Misserfolge nicht spezifisch der Luftrettung zugeordnet werden können, sondern vielmehr dem Behandlungserfolg oder Misserfolg der später klinisch behandelnden Fachrichtung zugeschrieben werden. Hier bedarf es nach Auffassung des Autors ebenso einer Differenzierung dessen, was durch wen geleistet wird.

8.4 Regional bzw. zwischen den Bundesländern unterschiedliche Regelungen der Luftrettung

Ein weiteres großes, länderübergreifendes Problem der Luftrettung ist die unzureichende Vergleichbarkeit der Luftrettung innerhalb der einzelnen Bundesländer, aber auch die mangelhafte oder in einigen Bereichen gar nicht vorhandene Zusammenarbeit einzelner Bundesländer auf Luftrettungsebene.

Es gibt, abgesehen von der Erhebung der Konsensgruppe Luftrettung für das Jahr 2002, keine bundesweit einheitliche Statistik oder Erhebung zur Luftrettung. Teilweise differieren die wenigen vorhandenen Eigendaten selbst innerhalb der Bundesländer unter den verschiedenen Betreibern so sehr, dass im Endeffekt keine wissenschaftlich verwertbaren Daten und Zahlen vorliegen. Erschwerend kommen die stark differierenden Einsatzbereiche und Einsatzzahlen jedes einzelnen Standortes hinzu.

Ein klarer Punkt für notwendige Untersuchungen ist die Tatsache, dass es häufig, selbst bei vergleichbaren Standorten mit ähnlicher Bevölkerungsdichte und ähnlichem Fallaufkommen, zu stark differenten Einsatzzahlen und Anforderungsmustern kommen kann. Während z.B. im Bereich **A** die Feuerwehr und auch die Polizei Einsätze nach Notwendigkeit und Dringlichkeit einteilen und Rettungseinsätze auch nach diesen Kriterien vergeben bzw. die Luftrettung anfordern, zeigen sich im Bereich **B** nur minimale Einsatzzahlen für die Luftrettung, da hier andere, teils bekannte- und teils noch festzustellende Gründe für eine Anforderung bei gleichem Aufkommen vorliegen müssen. Nicht selten entscheiden regionale Unterschiede bei Vergabe, Anforderung und Eigenfinanzierung von Feuerwehren über das tatsächliche Einsatzaufkommen für Luftrettungseinsätze. Dabei vorhandene bzw. erhobene Datensätze stellen nicht die faktisch möglichen Notfalleinsätze und die reellen Gegebenheiten dar.¹⁵⁴

Die fehlenden länder- und grenzübergreifenden Luftrettungskonzepte könnten einen enormen ökonomischen Vorteil erbringen, da hier erhebliche Kosten eingespart und durch bundeseinheitliche Vorgaben Preis-Leistungsstrukturen verbessert werden könnten und am Ende ein enormes Rationalisierungspotential eröffnet werden würde. Diese Potentiale könnten sich aus länderübergreifenden Strukturen, aus weniger Leitstellen mit neutraler Besetzung, aus ökonomischem Einsatz von Qualitätsmanagement usw. ergeben.

Klar scheint hier selbst ohne definitive Fakten und Daten der größte, potentielle „Sparfaktor“ der Luftrettung für die Ebene der unteren Makroallokation zu liegen.

Die oben genannten Rationalisierungspotentiale werden jedoch kaum adäquat genutzt und Kritiker der Luftrettung versuchen, diesen Rettungszweig mit

¹⁵⁴ Ausschuss Rettungswesen(Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Wolfsefellner Verlag, München, S, 262, S. 268.

Verweis auf die ausschließlich unterstützende Rettungsfunktion zum bodengebundenen Rettungsdienst auf der Makroebene als unsinnige, überbeuerte Leistung in Gänze einzusparen, oder, wenn sie die Luftrettung als Teilbereich akzeptieren, solche Distributionsentscheidungen zu treffen, welche am Ende der Kette den behandelnden Notarzt zu mikroallokatorischen Zwangsrationierungen nötigen, die ihren Ursprung, und damit auch ihre eigentliche Verantwortung, auf der Ebene der Makroallokation finden.

In diesem Zusammenhang wünscht sich der Autor ein einheitliches Anforderungsmuster für die deutsche Luftrettung, welches zwar im Rahmen der Landesrettungsgesetze und der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer leicht variieren kann, in den Grundzügen jedoch einheitlich gestaltet sein sollte.

8.5 Verteilungsstruktur der Luftrettung

Die Luftrettung in der BRD besitzt eine natürliche, in mehr als 40 Jahren gewachsene Rettungsstruktur, die sich nicht an Gerechtigkeitstheorien ausrichtet, sondern vielmehr aus Gegebenheiten, Notwendigkeiten und Verfügbarkeiten über Jahre hervorgegangen ist und sich auch heute noch eher an spezifischen Landeshaushalten, Initiativen, Befürwortern und Gegnern ihrer Aufgaben orientiert als an einer gerechten bundeseinheitlichen Verteilung. Kapazitätsberechnungen in der Luftrettung werden demnach nicht nach medizinischen Gesichtspunkten gefällt und scheinen sich nicht nach dem Gemeinwohl, den Patientenbedürfnissen oder den Verteilungsgerechtigkeiten in Form einer angewandten Gerechtigkeitstheorie zu richten. Vielmehr scheinen diese ausschließlich anhand von ökonomischen Gesichtspunkten wie Landeshaushalten oder situationsbezogenen Finanzlagen von Versicherungsträgern berechnet zu werden. Eine solche Vorgehensweise erinnert ein wenig an den Erwerb eines Luxusgutes: Nur wer über die ausreichenden finanziellen Mittel verfügt, kann es sich leisten. Alle anderen müssen darauf verzichten.

Gleichzeitig zu der oben beschriebenen Ansicht der Luftrettung als „gesundheitliches Luxusgut“ ist in den letzten Jahren ein Widerstreit der Kräfte

zwischen den öffentlich-rechtlichen Luftrettern und den privatwirtschaftlich betriebenen Ambulanzhubschrauberstationen entbrannt. Diese Situation konnte entstehen, da es dem Staat nicht erlaubt ist, in Umfang und/ oder Örtlichkeit der privatwirtschaftlich betriebenen Ambulanzhubschrauberstationierung einzugreifen. Ein solches unkoordiniertes Nebeneinander dieser beiden Luftrettungsbereiche ist jedoch sowohl unter einsatzstrategischem Aspekt, wie auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten ineffizient und dementsprechend nicht wünschenswert.

Die Verteilung der Luftrettung sollte sowohl kommerziell, als auch öffentlich-rechtlich grundsätzlich unter Ausschöpfung der vorhandenen Kapazitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven erfolgen und unter Abstimmung mit dem bodengebundenen Rettungsdienst vollzogen werden.

Hierzu bedarf es ebenfalls einer genauen Datengrundlage, welche auch kommerzielle Luftretter und den bodengebundenen Rettungsdienst mit einschließen muss. Die Auswertung dieser bisher, weder in Grundzügen für einen der Teilbereiche, noch nicht in dieser Komplexität für den Gesamtbereich vorliegenden Daten muss transparent sein und klare Ziele für zukünftige Anforderungen und Verteilungsstrukturen des Rettungsdienstes enthalten. Dabei ist wiederum zu beachten, daher betont der Autor dieses hier nochmals ausdrücklich, dass Intransparenz nur Anbieterdominanzen schützt und dieses auch für die bestehende Luftrettungsstruktur in keinem Fall zu befürworten ist.

8.6 Suboptimale Rettungskette in der Luftrettung

Die so genannte Rettungskette, die bei einer Verlegung oder der Einweisung eines Patienten eingeleitet wird, sollte bei einem Einsatz eines RTH/ ITH genauso reibungslos wie die bekannte Rettungskette des bodengebundenen Rettungsdienstes funktionieren, da sonst der immense Zeitvorteil durch die Verlegung mit einem Hubschrauber gegenüber dem eines ITW verloren ginge. Alle faktischen Vorteile der Luftrettung (Zeitvorteil, Reichweitenvorteil, Transportvorteil usw.) kommen in Bezug auf den Einsatz dieses Rettungsmittels

nur dann zum tragen, wenn der Hubschrauber als „schwächster Faktor/ schwächstes Glied“ in der Rettungskette zu betrachten ist. Einem Patienten beispielsweise, der zwar in 15 Minuten von einem Rettungshubschrauber von einer Nordseeinsel in eine Klinik auf das Festland gebracht wurde, nützt dieser Zeitvorteil nichts, wenn er in der betreffenden Behandlungseinrichtung mehrminütigen Wartezeiten, z.B. in der chirurgischen Ambulanz oder bei einer notwendig werdenden Radiologieuntersuchung oder sonstigen Behandlungsteilbereichen, ausgesetzt ist. Letztlich ist also für den Patiententransport in der Luft eine ebenso adäquate Logistik erforderlich, wie sie auch der bodengebundene Transport erfordert. Hierbei scheint dem Autor eine ökonomische, strukturierte Ablaufoptimierung zur Vermeidung von Abstimmungsschwierigkeiten unumgänglich.

In dem oben genannten Beispiel wäre der kostenaufwendig betriebene „Rettungszeitvorteil“ zu einem für das Gesamtsystem unnötigen finanziellen Aufwand betrieben worden, der keinesfalls zu befürworten ist oder auch keinesfalls in seinem Finanzaufwand gerecht ist.

Eine solche Verzögerung ist durch eine Optimierung der Rettungskette zwingend zu verhindern. Sollte diese notwendige Optimierung nicht zu gewährleisten sein, so würde sich keine Rechtfertigung für den Einsatz eines Hubschraubers in einem solchen Notfall finden.

8.7 Intransparenz durch Eigeninteressen der beteiligten Leistungserbringer

Ein schwerwiegender Belastungsaspekt für das Kostensystem der Luftrettung ist das meist verdeckte Aufkommen von „Eigeninteressen“ des bodengebundenen Rettungsdienstes, welcher nach momentaner Rechtsprechung kostendeckend arbeiten muss. Das bedeutet, dass, solange Leitstellen ausschließlich von Feuerwehren (in seltenen Fällen auch von anderen Hilfsorganisationen des bodengebundenen Rettungsdienstes) besetzt

werden, wobei ersten Gedanken immer die Auslastung der eigenen „bodengebundenen“ Kapazitäten und die Deckung der „eigenen“ Kostenrechnung zugrunde liegt, eine nicht noch höhere „Verlustrechnung“ in Form von Vorhaltekosten auf Seiten der Luftrettungsträger umso mehr erstaunt.

Nicht selten gibt es im Rettungsdienst die Order „das NEF darf nicht still stehen....“ Aus diesem Grund wird, zur reinen Auslastung der bodengebundenen Kapazitäten, der Dienst habende Notarzt von der Einsatzleitstelle oft zu unnötigen Einsätzen geschickt, wo ein ausreichend geschultes Rettungsteam von Rettungsassistenten oder teilweise auch Rettungssanitätern zu Erstversorgung des Patienten völlig ausreichen würden und nach ökonomischen Gesichtspunkten wesentlich kosteneffektiver arbeiten könnten. Nach Kenntnis der Sachlage zeigt der Autor jedoch auch Verständnis für den bodengebundenen Dienst, denn auch hier gibt der Kostendruck und somit der Sparzwang diesem Dienst harte Rahmenkalkulationen vor. Auch dieser rettungsdienstliche Teilbereich wird heute schon von mehreren Seiten attackiert und auch ihm stehen Kosteneinsparungen in Form von zukünftigen Allokationsentscheidungen im ökonomischen Sinne bevor.

Einerseits wird mehr Kostendeckung angemahnt, andererseits weigern sich die Krankenkassen, die schon lange überholten Kostenpauschalen anzuheben¹⁵⁵. Die hier zuständigen Behörden sind in den Verhandlungen mit den Kassen und ihrer Forderung, die Pauschale pro Noteinsatz zu erhöhen, jedoch bisher meist gescheitert. Die Kassen weigern sich, für Kosten wie "Vorhaltung" von speziellen Gerätschaften und qualifiziertem Personal aufzukommen - das seien nach Ansicht der Kassen staatliche Aufgaben.

Ebenso ist zu bemerken, dass teilweise zwischen den unterschiedlichen Betreibern von RTH und ITH eine Art Konkurrenzsituation entstanden ist, da hier die kommerziellen Leistungserbringer von Hubschrauber-Dienstleistungen die marktpolitischen Instrumente der Preisgestaltung aktiver und flexibler nutzen

¹⁵⁵ Von Appen K (2005) Unfallrettung unter Druck, taz Hamburg Nr. 7583, S. 22.

können. Diese Preisgestaltung können sich die kommerziellen Anbieter aus ökonomischer Sicht leisten, da sie als Betreiber eines ITH durch anderweitige Strukturierung ihrer Unternehmung ihre Kosten geringer halten und so zu einem für die Versicherungen zunächst einmal wesentlich günstiger erscheinenden Tarif den meist planbaren Interhospitaltransfer offerieren können.

Nun zeigte sich aber, dass es auch für RTH zur Kostendämpfung und zur Auslastung der Kapazitäten durchaus sinnvoll sein kann, ITH-Tätigkeiten zu übernehmen. Der entstandene Wettkampf birgt mannigfaltige Diskussionspunkte.

Diese Beispiele der „Eigeninteressen“ und des „Eigenschutzes“ von spezifischen Kapazitäten gelten offenbar für das gesamte Gesundheitswesen, solange medizinische Leistungserbringer jedoch nur im Eigeninteresse des Mikroallokationsbereiches agieren und keinerlei Interesse am Gesamtsystem Gesundheitswesen auf der Makroebene erkennen lassen, werden letztlich mögliche Rationalisierungspotentiale, welche eine gleich bleibende Leistung bei geringeren Gesamtkosten sichern würden, der *Rationierung* geopfert, die eine Zuteilung von Leistungen oder aber ein nur eingeschränktes Leistungsangebot für bestimmte Behandlungen oder bestimmte Behandlungsgruppen favorisiert. Dies liegt aber weder im Interesse des Mediziners noch im Interesse des Ökonomen und ganz sicher nicht im Interesse des Patienten.

8.8 Luftrettung als uneingeschränkte und optimale Möglichkeit der verdeckten Rationierung

Der hier aufgezeigte Schwachpunkt der Luftrettung ergibt sich aus der ausschließlichen Unterstützungsfunktion zum bodengebundenen Rettungsdienst, welche nach Ansicht des Autors für eine verdeckt geführte und implizite Rationierung besonders anfällig zu sein scheint, da hier bei potentiell „Nichtgreifen“ des Unterstützungssystems Luftrettung unverzüglich das vermeintlich gleichgute Hauptsystem der bodengebundenen Rettung greift. Der Autor möchte hier auf den Punkt 8.1 zurückgreifen in dem bereits auf die

fehlenden Daten zum Vergleich Boden-/ Luftrettung verwiesen wurde. Eine verdeckte Rationierung, die durch diese Theorie von der „Unterstützungsfunktion“ potentiell ermöglicht würde, fiel dem einzelnen Bürger und potentiellen Patienten nicht auf, da in einem solch imaginären Falle, bei fehlendem Luftrettungsmittel, der bodengebundene Rettungsdienst zum Einsatz kommen würde und der potentielle Patient sicherlich nicht über eine mögliche Chancenerhöhung zu Heilung oder gar zur Rettung durch einen sonst evtl. vorhandenen, aber in diesem Falle der verdeckten Rationierung zum Opfer gefallenen Rettungshubschrauber von irgend einer Seite informiert werden würde.

Nach Ansicht des Autors bedarf es für eine gerechte Allokation der Transparenz der Allokationsentscheidungen^{156,157}. In dem hier benannten Optionsbeispiel muss dem potentiellen Luftrettungspatienten klar sein, dass in seinem speziellen Fall, bedingt durch eine vorherige Allokationsentscheidung, aus genannten Gründen der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen, für ihn kein Luftrettungsmittel zur Verfügung steht und er lediglich eine „Ersatzleistung“ in Form von Bodenrettung erhält. Hier sind ebenfalls die unter Punkt 8.1 bereits benannten Vor- und Nachteile des jeweiligen Rettungsmittels zu verdeutlichen. Nur wenn eine transparente Allokationsentscheidung zugrunde liegt, kann die Debatte um Verteilung öffentlich geführt werden, nur dann können potentielle oder tatsächliche "Opfer" ihre Interessen wahrnehmen.

Wo Rationierung nur implizit, das heißt versteckt, hinter unbestimmten rechtlichen und medizinischen Begriffen, wie dem der „medizinischen Indikation“¹⁵⁸ oder der „Notwendigkeit einer Behandlung“ stattfindet, ist dies nicht gewährleistet und entspricht auch keiner gängigen oder anwendbaren

¹⁵⁶ Dörries A (1999) Allokation und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, Niedersächsisches Ärzteblatt, 04/1999, Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, Hannover, S. 74.

¹⁵⁷ Hasselblatt-Diedrich I (2001) Medizinbetrieb: Ärzte im Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 38, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln, S. A-2406ff.

¹⁵⁸ Doyal L. (1997) Rationing Within The NHS Should Be Explicit. The Case For, BMJ, 314,S. 1114-1118.

Theorie von Gerechtigkeit¹⁵⁹. Wir benötigen daher die Transparenz der Allokationsentscheidungen, um auf der bundesdeutschen Bevölkerungsebene einen Konsens darüber zu finden, wie und in welcher Höhe die Bevölkerung eine Luftrettung gesamt-solidarisch zu tragen bereit ist und welche Flächendichte sich hieraus für die Verteilung der Rettungshubschrauber ergibt. Eine verdeckte Rationierung im Bereich der Luftrettung, wie diese soeben benannt wurde, ist hierbei nach Ansicht des Autors nicht zu befürworten und dürfte von Seiten der Bevölkerung, im Rahmen einer öffentlichen Diskussion, sicherlich keinen Rückhalt finden.

8.9 Möglichkeiten zur Anwendung des Muddling Through Ansatzes in der Luftrettung

Es ist die feste Überzeugung des Autors, dass ein „Muddling-Through“ (vgl. Kapitel 7.6) in der Luftrettung nicht anwendbar ist. Der Ansatz scheitert bereits an seinem Ausgangspunkt, der Durchführung der Rationierungsentscheidung auf der Mikroallokationsebene durch den behandelnden Notarzt.

Die rasanten Kostenentwicklungen der letzten Jahre, auch in der Luftrettung, werden nach Auffassung des Autors kaum durch die Behandlungsentscheidung des Notarztes am Unfallort oder die Art der notärztlichen Behandlung hervorgerufen.

Weiterführende Behandlungsentscheidungen, welche teilweise hohe Kosten verursachen, finden jedoch meistens erst in der jeweiligen Fachabteilung der später behandelnden medizinischen Einrichtung statt. Die Kosten der Luftrettung entstehen zu einem großen Teil auf höherer Ebene (Makroebene), in Form von Vorhaltekosten der Luftrettungsfahrzeuge und des dafür notwendigen Personals. An diesem Punkt muss also angesetzt werden.

Es folgt also daraus, dass eine Verwendung des Muddling-Through Ansatzes im Rahmen der Luftrettung auf der Mikroebene keine positive Relevanz besitzt,

¹⁵⁹ Deutschen Bundestag (2005) Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission, Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen, Ethik und Recht der Modernen Medizin, Bundesdruckerei, Berlin, S. 232f.

sondern nur zu noch größerer Intransparenz der individuellen Entscheidungen behandelnder Notärzte führen würde. Gleichzeitig würde die Anwendung des Muddling-Through-Ansatzes eine noch unmöglichere Einstufung der Luftrettung in über- bzw. unterversorgte Bereiche innerhalb der BRD evozieren.

Fraglich scheint dem Autor weiterhin, ob eine implizit geführte Rationierung, als welche das Muddling-Through betrachtet werden muss, überhaupt Gültigkeit für sich beanspruchen kann. Ein vermeintlicher Anspruch scheint einzig auf der Begründung zu basieren, dass bisher kein „besserer“ expliziter Ansatz formuliert wurde.

Sicherlich erscheint es richtig, dass ein behandelnder Arzt einen notwendigen Freiraum innerhalb der möglichen Behandlungsentscheidungen hat, wie dieses die Vertreter des Muddling-Through anführen. Diesen Freiraum sollte und könnte jeder Notfallmediziner nach Ansicht des Autors aber durchaus auch im Rahmen einer explizit durchgeführten Rationierung besitzen. Zudem ist vom ökonomischen Standpunkt aus zu bedenken, dass ein moderner Mediziner zwar durchaus den gesamtwirtschaftlichen Kostenfaktor des Gesundheitssystems im Hinterkopf haben sollte, nicht jedoch zum Entscheidungsträger respektive Rationierer am Patienten selbst werden sollte. So schreibt Koch: „Es kann und darf nicht sein, dass der Arzt in seiner Funktion als Mediziner (*denn nur das wird im Medizinstudium gelehrt*) vom „Anwalt“ des Patienten zum „Anwalt“ der Versicherungen oder der Ökonomie wird.“¹⁶⁰ Doch genau das, so undenkbar es auch erscheint, wird von dem heutigen Mediziner von politischer Seite gefordert, um Kosten zu sparen¹⁶¹.

Selbst unter dem Aspekt, eine Rationierungsstufe höher anzusetzen, zum Beispiel dort, wo in einer Leitstelle die Entscheidung gefällt wird, ob die Luftrettung oder ein bodengebundenes Rettungsteam zum Einsatz kommt, zeigt sich für die Luftrettung wiederum die fehlende Anwendbarkeit des Muddling-Through-Ansatzes. Neben den bestehenden Problemen der Leitstellen, welche

¹⁶⁰ Koch K (2005) Rationierung im Gesundheitswesen: Forderung nach offener Diskussion, Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 27, S. A-1947.

¹⁶¹ Herb S (2002) Die Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin, Schriftenreihe: Studien zur Rechtswissenschaft. Verlag Dr. Kovac, Hamburg, S. 247ff.

mit Vorwürfen wie dem der ausschließlichen Vertretung von Eigeninteressen und der daraus hervorgehenden Forderung nach Unabhängigkeit zu kämpfen haben, stellt sich die Frage, ob die möglicherweise forcierte Einsatzverlagerung von möglichen Luftrettungseinsätzen auf bodengebundene Einsätze a) den gleichen medizinischen Outcome hervorbringt und ob b) dadurch ein messbarer Kostenvorteil bzw. eine Einsparung hervorgeht. Diese Frage stellt sich, da die kostenintensiven Vorhaltebedingungen für die Luftrettung und das Luftrettungspersonal unter Annahme der gleichen flächendeckenden Versorgung, unverändert blieben. Hier würde lediglich der jeweilige Einsatz von durchschnittlich 40€/Flugminute oder durchschnittlich 750€/Einsatz eingespart werden, welcher aber den Kosten für einen bodengebundenen Notarzteinsatz gegenüber zu stellen wäre. Als Beispiel seien hier die Grundgebühren des Kreises Coesfeld / NRW genannt, die sich wie folgt beziffern:

- Notarzt im Notarztwagen (NEF) 450 €
- Notarzt im Notarzt-/Rettungswagen (NAW) 511 €
- Rettungswagen (RTW ohne Notarzt) 314 €

Dieses bedeutet nach objektiver Betrachtung einen Kostenfaktor von 764€, wenn der Notarzt im NEF dem RTW folgt, wie dieses in der Regel der Fall ist (so genanntes Rendezvous System), und Kosten von 511€, wenn der Notarzt gleich im NAW mit zum Einsatz fährt¹⁶².

Stellt man also den Regelfall (Notarzt folgt im NEF dem RTW) zur Diskussion, dann zeigt sich, dass die Kosten von 764€/Einsatz denen der Luftrettung in Höhe von durchschnittlich 750€/Einsatz in etwa gleichen und nur Kosteneinsparungen zu realisieren sind bei einem direkten und gemeinsamen Einsatz von Notarzt und Rettungswagen (NAW). An dieser Stelle drängt sich wiederum die Frage nach Vor- und Nachteilen der jeweiligen Einsatzart auf, wie sie in der Tabelle in Kapitel 8.1 dargestellt sind. Auch bleiben in diesem Beispiel

¹⁶² Kreis Coesfeld (2003) Anlage 1 zur Sitzungsvorlage Nr. 6-625, Gebührenbedarfsberechnung für die Benutzung des Rettungsdienstes für das Jahr 2003, http://www.kreis-coesfeld.de/sv2003/sv6-625_1.htm.

die relativ hohen Vorhaltekosten der Luftrettung unberührt¹⁶³, so dass sich auch hier wiederum ein Muddling-Through auf Ebene der Leitstelle als ineffektives Mittel der Rationalisierung in der Luftrettung erweisen würde, da lediglich die Kosten der Luftrettung auf den bodengebundenen Rettungsdienst in gleicher Höhe transferiert würden.

Es zeichnet sich jedoch eine bereits seit Jahren praktizierte, implizite Rationierung ab, die sowohl im deutschen Gesundheitssystem als auch in der Luftrettung nach den Ideen des Muddling-Through durchgeführt wurde. Es finden sich in den verschiedenen Regionen der Bundesrepublik verdeckte Rationierungsentscheidungen auf Ebene der Leitstelle, welche jedoch nicht die Kosteneinsparung im Gesundheitswesen zum Ziel haben, sondern vielmehr dem Eigenschutz der Kapazitäten von bodengebundenen Rettungsdiensten und Feuerwehren gelten. Muddling-Through dient durch verdecktes, nicht transparentes Vorgehen in hervorragend dazu, bestehende Finanzbudgets und Eigeninteressen im Mikroallokationsraum zu schützen, was eindeutig nicht den Interessen von Einsparungen, Optimierungen oder auch nur Verteilung nach wirklicher Notwendigkeit nachkommt. An diesem Punkt zeigt sich der Nachteil des Muddling-Through und der damit verbundenen impliziten Rationierung: Es existiert keine wirklich öffentliche Diskussion um Priorisierungen oder öffentliche Teilnahme an notwendigen Rationierungsentscheidungen, sondern die Anbieter und Leistungserbringer selbst werden zu den einzigen Entscheidungsträgern von Allokationsentscheidungen¹⁶⁴. Der einzelne Bürger hat keine Möglichkeit der Einflussnahme auf Entscheidungen der Mittelallokation und wird auch im Falle der impliziten Rationierung nicht über diese informiert. Am Rande sei die Frage erlaubt, ob ein solches Vorgehen mit den demokratischen Grundrechten der Bundesrepublik überhaupt in Einklang zu bringen ist¹⁶⁵.

Muddling-Through mag in den letzten Jahren funktioniert haben, vielleicht sogar in der Luftrettung. Solange jedoch das Interesse nicht dem Gesamtsystem des

¹⁶³ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland. Abschlussbericht Konsensgruppe Luftrettung Phase II, Wolfesfellner Medizin Verlag, München, S. 249ff.

¹⁶⁴ Clarkeburn H (1998) Implicit Rationing in Britan, Oxford Press, Oxford, Vol. 15, Nr. 3, S. 190f.

¹⁶⁵ Herb S (2002) Die Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin, Schriftenreihe: Studien zur Rechtswissenschaft. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.

Gesundheitswesens, sondern ausschließlich dem des eigenen kleinen Mikroallokationsbereich gilt, wird es keine offene Diskussion geben. Um dieses Ziel zu erreichen, muss eine gemeinsame Forderung für Transparenz und klare Entscheidungskriterien formuliert werden. Der Einzelne darf sich nicht im Kampf um das eigene Budget verlieren. Angelehnt an Coast kann davon ausgegangen werden, dass implizites Rationieren bei Mittelknappheit zu Ungleichheiten bzw. Ungleichbehandlung von Patienten führen wird. Ebenso postuliert Coast, dass der Prozess der Entscheidungsfindung von großer Bedeutung ist und dass jeder einzelne Bürger, als direkt Betroffener der Rationierungsentscheidungen, ein eben so großes Interesse wie Verantwortlichkeit für diese Entscheidung besitzt, wie jeder politische Entscheidungsträger¹⁶⁶. Sicherlich würden wir hier auf unterschiedliche Meinungen, Schwerpunkte und Wertvorstellungen, wie sie bereits von den Bioethikern Daniels und Sabin beschrieben wurden, treffen, doch auch deren Ergebnis ist, dass wir einen fairen Prozesses brauchen, der durch klare Diskussionen und moralische Prinzipien bestimmt wird, aber auch eine demokratische. „We must move beyond the views of the Market Hawk and Implicit Rationer to an account of fair process“¹⁶⁷.

Bei impliziten Rationierungen handelt es sich nach Ansicht des Autors sowohl um eine Unter- als auch um eine Fehlversorgung, wenn Gesundheitsleistungen (hier die der Luftrettung) unterbleiben, die für die Patienten einen positiven gesundheitlichen Nutzen stiften und, ökonomisch gesehen, eine akzeptable Kosten- Nutzen-Relation aufzeigen¹⁶⁸. Die Vorenthaltung dieser Leistungen vermeidet zwar kurzfristig einen immensen Vorhaltekostensatz sowie einen Ressourceneinsatz für Luftrettung, kann aber neben den Wohlfahrtsverlusten der Patienten künftig erhebliche Folgekosten verursachen. Eine implizite Rationierung stellt nach Auffassung des Autors unter normativen Aspekten die schlechteste Alternative und sicher keinen eigenen Lösungsansatz der in dieser

¹⁶⁶ Coast J et al. (2002) If There Were A War Tomorrow, We'D Find The Money: Contrasting Perspectives On The Rationing Of Health Care, *Social Science And Medicine*, Vol. 54, Nr. 12, S. 1839-1851.

¹⁶⁷ Daniels N, Sabin J (2002) *Setting Limits Fairly*, Oxford University Press, New York, S. 25ff.

¹⁶⁸ Wille E (2000) Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Peter Lang Verlag, Frankfurt, S. 349-387.

Arbeit benannten globalen Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf die deutsche Luftrettung dar.

Dem potentiellen Luftrettungspatienten blieben bei impliziter Rationierung Leistungen vorenthalten, die ihm bei zurzeit gültigem Leistungskatalog eigentlich zustünden und deren adäquater, indikationsspezifischer Einsatz seinen gesundheitlichen Outcomes erhöhen würden. Den möglichen Zugang zu Leistungen der Luftrettung können festgelegte Budgets oder bürokratische Hürden verhindern¹⁶⁹. Die Gefahr einer impliziten Rationierung besteht vor allem dann, wenn die politischen Entscheidungsträger nicht anderweitig auf sich abzeichnende Budgetdefizite reagieren und die damit notwendig werdende Leistungseinschränkung auf das schwächste Glied der Kostenverursacher respektive auf den Kostenverursacher abwälzen, dessen Rationierung der Bevölkerung am wenigsten auffällt. Konkret bedeutet das folgendes: Wenn vorhandene Rationierungspotentiale nicht ausgeschöpft werden und bei möglichen, vorgenommenen Rationalisierungen keine Transparenz herrscht, kommt es zu jenen unerwünschten impliziten Rationierungen, denen sich der potentielle Notfallpatient zum Großteil nicht einmal bewusst wird. Eben jenes Unwissen verwenden die Befürworter des Muddling-Through als Argument und vertreten die Ansicht, dass das fehlende Bewusstsein über Rationierungen (von ihnen als „Schleier des Nichtwissens bezeichnet“) dem Patienten die Vorstellung erleichtert, die aus der Rationalisierung hervorgehende „Mangelsituation“ sei schicksalhaft. Somit kann, ihrer Ansicht nach, das Geschehene psychisch besser verarbeitet werden.

Nach Ansicht des Autors verstößt implizite Rationierung jedoch gegen eine ethische Grundauffassung, da sie nicht auf einer klaren Entscheidung aufgrund ethischer Kriterien basiert, sondern vielmehr zufällig bzw. willkürlich erfolgt. Wie zum Beispiel jede einzelne Rationalisierungsentscheidung eines einzelnen

¹⁶⁹ Ausschuss Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich der Diakonischen Konferenz (Hrsg.) (2000) Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen, Stuttgart, S. 3.

behandelnden Arztes willkürlich ist und nicht mit Entscheidungen anderer Ärzte in ähnlicher Behandlungssituation in Einklang zu bringen ist. Nach Erachten des Autors sollten Leistungsausschlüsse auf der Makroebene der Gesetzgeber und nicht der behandelnde Arzt auf der Mikroebene, mit negativen Auswirkungen auf die Compliance, Allokationsentscheidungen verantworten. Die implizite Rationierung zeugt häufig von einer fehlenden Schwerpunkt- und Prioritätenbildung, die als Grundlage für zielorientierte, explizite Rationierungsentscheidungen dienen kann und sollte. Diese Schwerpunkt- oder Prioritätenbildung steht somit in einem engen Zusammenhang mit der Rationierung (siehe Begriffsdefinition im zweiten Teil dieser Arbeit), der sie aber nicht inhaltlich entspricht, sondern vielmehr im Rahmen eines rational/ökonomischen Planungs- und Entscheidungsprozesses vorausgeht. In diesem Sinne zielt Prioritätenbildung darauf ab, eine implizite Rationierung zu vermeiden, da diese „verborgenen oder unklaren“ Prioritäten folgt¹⁷⁰. Jeder, der eine implizit geführte Rationierung befürwortet, muss sich darüber im Klaren sein, dass Rationierungsentscheidungen verdeckt getroffen werden. Ein ohnehin schon schwieriger Vergleich wird aufgrund von verdeckt vorgenommenen Rationierungen zu Ungleichheiten und somit Ungerechtigkeiten führen. Hier können Entscheidungen nicht erörtert und diskutiert werden, sondern müssen als gegeben hingenommen werden.

Im Gegensatz zu Autor halten Vertreter der impliziten Rationierung gerade dieses Verdeckte und Schleierhafte für die bessere Lösung, als das für sie vermeintlich fruchtlose Diskutieren und Suchen nach konsensfähigen Rationierungskriterien. Was jedoch wenn ein solcher Konsens gefunden wird und er sich nach Implementierung und sicherlich notwendigen Nachbesserungen als praktikabel erweist?

¹⁷⁰ Zentrale Ethikkommission (2000) Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen, Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Heft 15, 14. April 2000, S. 786-792.

9. Ansätze zur Verbesserung der Luftrettung unter Ausnutzung der gesundheitspolitisch gegebenen Instrumentarien

Im folgenden Kapitel werden Möglichkeiten und Wege aufgezeigt, die in der bundesdeutschen Luftrettung besprochen werden können, um ein zukunftsorientiertes und ökonomisch sinnvolles Handeln zu erzielen. Es wird versucht, die in Kapitel 7 erläuterten gesundheitsökonomischen Instrumentarien auf die in Kapitel 8 benannten Problemstellungen anzuwenden, bei denen es sich nach Ansicht des Autors um die derzeit relevantesten Probleme der Luftrettung handelt. Die Ausführungen können keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und auch entsprechende Randthemen, mögen sie noch so brisant und aktuell sein, wie zum Beispiel die stark eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit von Patienten im Luftrettungsnotfall, können an dieser Stelle nicht näher erörtert werden, da sie den Bereich der Allokationsdebatte nur sekundär berühren. Es werden daher primär Problematiken angesprochen, welche innerhalb des Bereiches der gesundheitsökonomischen Instrumentarien liegen und deren Problemlösung im Umfeld der Allokationsentscheidung im gesundheitsökonomischen Bereich zu suchen ist.

9.1 Analyse vorhandener und Erhebung neuer Daten

Wie bereits die Problemdarstellung unter Kapitel 8.1 gezeigt hat, ist die Analyse vorhandener und die Erhebung neuer Daten ein erster notwendiger Schritt im Leistungsspektrum der Luftrettung. Es sollte bei der Datenerhebung nicht bei der einmalig, nur für das Jahr 2002 gewonnenen Datenerfassung der „Konsensgruppe Luftrettung“ bleiben. Unklare, abweichende oder gar fehlende Daten müssen eruiert werden, bereits erhobene Daten müssen auf ihre Relevanz hin beurteilt und eingestuft werden und zukünftige Kosten müssen reduziert oder möglicherweise ganz vermieden werden. Allen Beteiligten der

Luftrettung muss die Relevanz der Daten verdeutlicht werden. Ziel sollte es sein, dass die Daten am Ende für jedermann transparent und verständlich sind.

Sollten am Ende für den Zeitraum von mehreren Jahren verwertbare Daten vorliegen, könnte man zu einer evidenzbasierten Bedarfsplanung für den Rettungsteilbereich Luftrettung übergehen.

9.1.1 Mögliche zukünftige evidenzbasierte Bedarfsplanung bei Vorliegen mehrjähriger Datensätze

Dem Feld des „evidence based management“ soll hier ein kleiner Exkurs mit Bezug auf die Luftrettung gewidmet sein. „Evidenzbasierende Bedarfsplanung“ definiert sich durch die systematische Offenlegung des vorliegenden/ publizierten wissenschaftlichen Materials zu dem Bedarf wissenschaftlicher Determinanten – unter interdisziplinärer Perspektive¹⁷¹.“

Eine objektive Bedarfsplanung hat die systematische Aufarbeitung der Faktoren, die den Bedarf bestimmen und auch die Nachfrage anspornen oder dämpfen können, zur Aufgabe. Leider fehlen zurzeit noch die geforderten publizierten und wissenschaftlich belegten Daten für den Bereich der Luftrettung. Das bedeutet, dass zurzeit nur landesspezifische Bedarfsplanungen (Niedersachsen „Gutachten zur Bedarfsplanung für Luftrettung in Niedersachsen“ Forplan 1996¹⁷³) oder solche für einen begrenzten Zeitraum (Abschlußbericht der Konsensgruppe Luftrettung für das Jahr 2002 (veröffentlicht 2004¹⁷⁴)) oder organisationsbezogene Daten (ADAC, DRF, BGS) vorliegen, welche in einen Gesamtkontext zu bringen und wissenschaftlich auszuwerten sind, wie dies etwa die Konsensgruppe Luftrettung in einem ersten Schritt für das Jahr 2002 vorgenommen hat.

¹⁷¹ Wild C (2002) Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten, Institut für Technikfolgen-Abschätzung der österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien, S 8.

¹⁷³ Forplan Dr. Schmiedel GmbH im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministeriums (1996) Gutachten - Bedarfsplanung der Luftrettung in Niedersachsen gemäß § 4 Abs. 4 Satz 3 NRettDG.

¹⁷⁴ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg) (2004) Abschlussbericht der Konsensgruppe Luftrettung, Phase II, Wolfsellner Verlag, München.

Erst wenn entsprechende Schritte erfolgt sind, ist im Bereich der Luftrettung eine Diskussion über evidenzbasierte Bedarfsplanung möglich und eine Entscheidung über die Anwendung derselben fällbar. Diese mögliche evidenzbasierte Bedarfsplanung der Luftrettung sollte das Ziel haben, zukünftigen Bedarf abzuschätzen und Vorschläge zur Angebotsgestaltung zu unterbreiten. Die darauf folgende konkrete Angebotsgestaltung sollte Antworten auf die folgenden Fragen geben:

• Wie viele Einheiten	Hubschrauber, Organisationen
• Wo	Räumliche Aufteilung
• Wie organisiert und koordiniert	Aufbauorganisation, Leitung, Mitarbeiter
• Wie evaluiert	Zielerreichung (Qualität und Performance)

Tabelle 5

9.2 Forderung nach klarer Verteilung der Entscheidungskompetenzen

Innerhalb unseres Gesundheitssystems sind eine Vielzahl unterschiedlichster Instanzen dafür verantwortlich, ob ein bestimmter Patient durch Luftrettung versorgt wird bzw. ob er/sie durch Luftrettung überhaupt versorgt werden kann oder zukünftig wird. Diese Instanzen beschreiben hierbei die gesamte Bandbreite der gesundheitsökonomisch relevanten Verteilungsebenen, von Bundesentscheidungen auf Makroebene bis hin zur Leitstellenentscheidungen auf Mikroebene. Besonders die oft grundlegende Bestimmung der Luftrettungskapazitäten eines Bundeslandes auf Landesebene wird jedoch im bundesdeutschen Gesundheitssystem häufig durch nicht-ärztliche Entscheidungsträger vorgenommen. In vielen Fällen entscheiden Politiker und Verwaltungsexperten unter dem Einfluss der Lobbyisten diverser Interessenvertretungen über zukünftige Luftrettungskapazitäten.

Größe und Finanzstärke einer Interessenlobby bestimmen den Macht- und Einflussfaktor, den sie auf die politischen Entscheidungsträger ausüben vermögen. Durch mangelndes Fachwissen, bezogen auf Fragen des allgemeinen Gesundheitswesens, aber auch auf spezielle Fragen der Luftrettung, sind die bundesdeutschen Entscheidungsträger des Gesundheitswesens bei ihren Entscheidungsfindungen nicht selten auf so genannte Expertengremien oder Ausschüsse angewiesen. Hierbei handelt es sich jedoch häufig um Ökonomen oder Juristen aus Verwaltungsabteilungen, die nur sehr selten fachkompetente „Luftretter“ wie z.B. in der Luftrettung tätige Mediziner zu Rate ziehen.

Es müssen klar strukturierte Entscheidungskompetenzen durch die Integration der Dienstleister (Akteure der Luftrettung) und Empfänger (Patient) entstehen, wie dieses bereits unter Punkt 8.2 aufgezeigt wurde.

Eine Einflussnahme durch Lobbyisten sollte vermieden werden, da es durch sie zu einer Verzerrung des Leistungsspektrums der Luftrettung kommt, welches grundsätzlich dem Allgemeinnutzen zugute kommen sollte. Hierbei ist einiges an politisch-ökonomischem Feingefühl erforderlich, da gleichsam auch einer der Akteure der Luftrettung, soweit dieser im Interessengremium überproportional repräsentiert wird, Eigeninteressen als Handlungsgrund für Entscheidungen durchsetzen könnte.

Es gibt einige Luftrettungsunternehmen, die mit allen Mitteln einen von ihnen betriebenen Luftrettungsstützpunkt erhalten wollen. Auch gibt es Leistungserbringer aus dem Bereich des Personals, die unbedingt ihre Kapazitäten erhalten wollen und somit zum Schutze der Eigenkapazitäten handeln und entscheiden.

Es muss für alle bereits genannten und noch folgenden Vorschläge und Ideen zur Kostenentwicklung in der Luftrettung ein Einbeziehen der Bevölkerung in diese sozialpolitisch und gesellschaftlich wichtigen Fragen gefordert werden.¹⁷⁵

¹⁷⁵ Lenaghan J, New B, Mitchell E (1996) Setting Priorities: Is There A Role For Citizens' Juries? *BMJ*; 312:1591-3

Leider sind solche demokratischen Strukturen für einen direkten und öffentlichen Diskurs in Deutschland bisher nicht zu erkennen.

Eine Bürgerbeteiligung wird jedoch sogar explizit in der Ljubljana-Charta der WHO gefordert :

„Health care reforms must address citizens’ needs taking into account, through the democratic process, their expectations about health and health care. They should ensure, that the citizen’s voice and choice decisively influence the way in which health services are designed and operate. Citizens must also share responsibility for their own health.“¹⁷⁶

Aus demokratischer Sicht hat die Bevölkerung eines Landes darüber zu entscheiden, welche Summe des zur Verfügung stehenden Gesamtbudgets für den einen oder anderen Bereich aufgewendet werden soll und ist somit auch für die Berechnung des Luftrettungsbudgets zuständig.

Der Grund für zwingend notwendige Entscheidungen und Beschlüsse sind die stetig und teilweise seit Jahren stark steigenden Aufwendungen für den Gesundheitssektor und somit auch den Sektor Luftrettung. Ein Ende der medizinischen Entwicklung ist zwar nicht erwünscht, im Gegenteil - ein Ende des Kostenwachstums dagegen schon. Das Ergebnis von Art und Umfang der Aufwendungen kann letztlich nur der Bürger durch seine politische Einflussnahme, sprich seine Wahl der für ihn „richtigen“ Partei und deren Programme, bestimmen. Um diese Entscheidung treffen zu können, ist es notwendig, eine umfassende Einsicht in die Datenlage zu erhalten und an den daraus resultierenden Rationierungs- und Rationalisierungsentscheidungen aktiv teilzunehmen oder mindestens über deren Verlauf umfassend informiert zu sein. Nur durch die unmittelbare Einbeziehung der Bevölkerung kann ein solcher Prozess den vorrangigen Einsatz von Mitteln im Sinne der gerechten Mittelverteilung hervorbringen.

¹⁷⁶ <http://euro.who.int/Governance/RC/RC52/2002100127>

9.2.1 Forderung eines verstärkten politischen Engagements und eines besserer Dialoges zwischen Bundesländern und Kostenträgern

Aus dem vorangegangenen Punkt ergibt sich die Forderung nach einem verstärkten politischen Engagement, das die Grenzen der Bundesländer (und die der europäischen Nachbarstaaten) durchlässiger macht und einen besseren Dialog mit den Kostenträgern sowie den Krankenkassen und Kliniken ermöglicht. Politische Entscheidungsträger müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein und die Entscheidungen ihres Ressourcenbereiches vor der Öffentlichkeit deutlich vertreten und darlegen.

Um eine Lösung für die sich abzeichnenden Schwierigkeiten sowohl im Bereich der Europäisierung als auch der Kostendämpfung zu finden, fordern viele Luftrettungsvertreter ein verstärktes politisches länderübergreifendes Engagement für die Luftrettung¹⁷⁷. Hier fällt der Blick zunächst auf die von Bundesland zu Bundesland differierenden Rettungsdienstgesetze, bei denen die Grenzen der Länder wie unsichtbare Mauern im Luftraum zu stehen scheinen¹⁷⁸. Dieser Umstand erklärt sich dadurch, dass jedes Land seinen Rettungsdienst eigenverantwortlich regelt und strukturiert. Eine einvernehmliche länderübergreifende oder gar staatsübergreifende Aufbau- und Organisationsstruktur ist hierbei nicht oder nur in Ansätzen erkennbar. Mit den Landesgrenzen enden auch die Rettungskompetenzen, d.h. ein nur wenige Kilometer entfernter Einsatzort wird für die Luftretter durch die Gesetzeslage unerreichbar, ein entsprechender Einsatz nicht realisierbar, da trotz kürzester Anflugzeit ihr Rettungsbereich und somit Einsatzbereich an den meisten Landesgrenzen endet. Hat der Leistungserbringer also kein Abkommen mit dem Kostenträger jenseits der Landesgrenze, würde er einen solchen

¹⁷⁷ Scheven W.v. (2004) Kongressbericht der 13. Fachtagung Luftrettung des ADAC, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg), Wolfsfellner Verlag, München, S 5.

¹⁷⁸ Gongolsky M (2002) Die Grenze soll kein Hindernis mehr sein, Rettungsdienst.de, Onlinemagazin, <http://www.rettungsdienst.de/neu/Magazin/Luftrettung/Hubi-df.html>.

Notfallreinsatz nicht erstattet bekommen. Noch kritischer erscheint die Situation an Bundesgrenzen: Sind die Crew-Mitglieder diesseits der Grenze noch hochqualifizierte Retter, so sind sie es schon wenige Meter weiter im Nachbarland aus rein rechtlichen Gründen nicht mehr.

Sie haben daher häufig keine Handlungskompetenzen bei möglichen grenzübergreifenden Rettungseinsätzen (Dass es jedoch auch anders geht, zeigen Großschadensereignisse wie z.B. die Brandkatastrophe vom 13. Mai 2000 in Enschede oder die Flutkatastrophe des Tsunami im Dezember 2004.).

Zu kritisieren sind jedoch nicht nur diese Eigenheiten des deutschen Föderalismus, sondern auch die unnötige Verursachung von Kosten durch die mangelnde Zusammenarbeit zwischen den Betreibern der Luftrettung und den Krankenkassen. In diesem Zusammenhang sollten auch die Abrechnungsverfahren in der Luftrettung neu überdacht werden: Den laufend entstehenden Kosten durch die Vorhaltung des Rettungshubschrauber-Netzes wird durch eine Abrechnung je Flugminute, wie sie derzeit regelmäßig Anwendung findet, nicht adäquat begegnet.¹⁷⁹ Die weiterhin klare Notwendigkeit der Kostensenkung im System Luftrettung sowie die dazu zur Verfügung stehende Instrumentarien, wie sie in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurden, müssen daher auch Gegenstand der Diskussionen auf allen zuständigen Ebenen sein.

9.3 Probleme eines subsidiären Systems

Verfahren offener Rationierung sind in der Bundesrepublik bisher gar nicht oder nur äußerst selten publik gemacht worden^{180,181}, obschon die Bundesrepublik, wie auch viele andere Länder, nach Möglichkeiten für

¹⁷⁹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Abschlussbericht der Konsensgruppe Luftrettung, Phase II, Wolfsefellner Verlag, München, S 253ff.

¹⁸⁰ Bisler W (2004) Die "Heiligkeit des Lebens" ist nicht umsonst, 7. Interdisziplinären Pflegekongress in Leipzig, Urban & Vogel GmbH, <http://www.heilberufe-online.de/pflege/heilberufe-aktuell/wussten-gesagt-archiv/gesagt0801.html>.

¹⁸¹ Eckel H (1999) EU-Gesundheitspolitik: Systeme nicht vereinheitlichen aber 'harmonisieren', Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, http://www.haeeverlag.de/archiv/n0599_6.htm

Einsparungen im Gesundheitssystem sucht¹⁸². Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Patienten oder sein Versicherungsstatus sollten hierbei grundsätzlich keine Rolle für den Zugang zu einer potentiell aufwändigen Notfallbehandlung spielen, so zumindest besagt es die grundlegende Zusammenfassung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetag vom 18. Februar 2003 in Berlin¹⁸³. Gleichzeitig aber finden Diskussionen über unvermeidliche implizite Rationierungen statt, insbesondere über vermeintlich allein medizinisch-naturwissenschaftlich begründete Behandlungsentscheidungen ("medizinische Indikation") im gesamten Medizinspektrum^{184,185}.

Gerade in diesem Bereich der „verdeckten“ bzw. „verschleierte“ Rationierung liegt ein besonderer Schwachpunkt der deutschen Luftrettung. Dieser Schwachpunkt ergibt sich aus der bereits beschriebenen, ausschließlichen Unterstützungsfunktion der Luftrettung zum bodengebundenen Rettungsdienst (sog. subsidiäres System). Aufgrund dieser reinen Unterstützungsfunktion scheint, bei einer implizit geführten und somit verdeckten Rationierung, die Luftrettung ein für diese Form der Rationierung, perfekten Teilbereich des medizinischen Systems darzustellen. Dieses erklärt sich dadurch, dass bei fehlendem Greifen des Unterstützungssystems „Luftrettung“ ja unverzüglich das vermeintlich gleichgute „Hauptsystem“ der bodengebundenen Rettung greift. Ob und inwieweit der einzelne Patient in einem solchen Fall als „Rationierungsopfer“ zu betrachten ist, hängt sicherlich von dem Schweregrad seiner Erkrankung, und somit davon ab, ob eine Luftrettung gegenüber der Bodenrettung in diesem Fall einen Rettungsvorteil erbracht hätte. Sollte sich jedoch herausstellen, dass die Faktoren Zeit und Rettungsweg (Erreichen von Fachkliniken) für das Überleben des Patienten von eminenter Wichtigkeit sind,

¹⁸² Nagel E, Fuchs C (1997) Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Thieme Verlag, Stuttgart. Kirch W, Kliemt H (1997) Rationierung im Gesundheitswesen, Roderer Verlag, Regensburg

¹⁸³ Bundesärztekammer (2003) Gesundheitspolitische Grundsätze der deutschen Ärzteschaft, Deutscher Ärztetag Februar in Berlin, <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Gesundheitspolitik/010Grundsätze.html>.

¹⁸⁴ Wille E (2001) Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung 1999, Arbeitsbericht Nr.199/ Dez 2001, Stuttgart ,S. 42.

¹⁸⁵ Clade H (2002) Gesundheitsreform: Keine Reform mit der Brechstange, Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 51-52 vom 23.12.2002, S. A-3447.

müsste bei fehlender Luftrettung schlimmstenfalls von Rationierungsopfern, wenigstens aber von Benachteiligung aufgrund von Rationalisierung gesprochen werden. Es steht jedoch wohl außer Frage, dass es dem Notfallpatienten in einem solchen Fall kaum bewusst wäre, dass sein Behandlungsverlauf optimaler hätte gestaltet werden können, wenn ein Luftrettungsmittel zur Verfügung gestanden hätte. Ein Großteil der möglichen Notfallpatienten würde diese Überlegung sicherlich nicht in Betracht ziehen, da in ihrem fiktiven Notfall der vermeidlich adäquate bodengebundene Rettungsdienst greift. Am Ende muss an dieser Stelle die Beantwortung der Frage offen bleiben, ob und in welcher Größenordnung nicht zur Verfügung stehenden Rettungshubschrauber die Chancen auf Rettung und Heilung des Patienten verschlechtert haben. Die Diskussion hierzu muss aber unter Bezugnahme objektiver Fakten grundsätzlich weitergeführt werden. Aus diesem Ansatz ergibt sich der folgende Punkt.

9.3.1 Notwendigkeit eines Vergleichs beider deutscher Rettungssysteme

Aus Punkt 9.3 ergibt sich die Notwendigkeit eines Vergleiches der beiden deutschen Rettungssysteme, Luftrettung und Bodenrettung. Vorrangig zu untersuchen sind typische Fälle der Luftrettung im Vergleich mit gleichartigem Fallaufkommen und Behandlungserfolg im bodengebundenen Rettungsdienst¹⁸⁶. Dieser Vergleich scheint notwendig, um Klarheit darüber zu erbringen, ob der bodengebundene Dienst in allen möglichen Behandlungsfällen wirklich als adäquates Pendant zur Luftrettung anzusehen ist oder ob es im Hinblick auf Dienste Versorgungsunterschiede gibt und für welchen der beiden Dienste sich hieraus resultierende Über- bzw. Unterversorgungssituationen innerhalb der BRD ergeben.

Bei diesem Vergleich ist es von vorrangiger Bedeutung, den ggf. medizinisch belegbaren Vorteil der Luftrettung herauszuarbeiten und Behandlungsnot-

¹⁸⁶ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Abschlussbericht der Konsensgruppe Luftrettung, Phase II, Wolfsefellner Verlag, München, S. 261.

wendigkeiten und Dringlichkeiten nach Skalen festzulegen. Aus solchen Skalen könnten sich sowohl klare Einsatzbereiche für die Luftrettung als auch klare Einsatzbereiche für den bodengebundenen Rettungsdienst ergeben. In diesem Zusammenhang erscheint es ebenfalls wichtig zu sein, kostspielige und unnötige Einsätze der Luftrettung zu beleuchten, auszuwerten und ggf. negativ zu bewerten. Das bedeutet, dass diese Einsätze dem bodengebundenen Dienst zuzuweisen wären, sofern dieser die gleichen Einsätze mit gleichwertigem Outcome aber mit wesentlich geringerem Kostenaufwand erbringen kann. Denkbar scheint hier auch ein Vergleich mit dem Ausland und der Verwendung von Luftrettung/ Bodenrettung im Bezug auf Outcomes bei unterschiedlichen Systemen im Vergleich zum deutschen Luftrettungssystem.

Ein bemerkenswertes und klares Argument für dringend notwendige wissenschaftliche Untersuchungen ist die Tatsache, dass es häufig selbst bei vergleichbaren Standorten mit ähnlicher Bevölkerungsdichte und ähnlichem Fallaufkommen zu stark differenten Einsatzzahlen und Anforderungsmustern kommt. Hier entscheiden nicht selten regionale Unterschiede in Vergabe, Anforderung und Eigenfinanzierung von Feuerwehren über das tatsächliche Einsatzaufkommen für Luftrettungseinsätze. Vorhandene bzw. erhobene Datensätze stellen nicht die faktisch möglichen Notfalleinsätze und die reellen Gegebenheiten dar¹⁸⁷.

Anzumerken ist, dass ein Vergleich von bodengebundenem Rettungsdienst mit dem der Luftrettung äußerst schwierig erscheint, da (wie in Kapitel 8.1 bereits dargelegt) für beide Dienste kaum wissenschaftlich verwertbare Zahlen- und Datensätze vorliegen. Und selbst wenn für Teilbereiche oder kleinere Zeiträume entsprechende Zahlen vorgewiesen werden können, kommen Vertreter beider Rettungsteilbereiche in ihren bisherigen Bewertungen zu unterschiedlichen Ergebnissen^{188,189}.

¹⁸⁷ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Abschlussbericht der Konsensgruppe Luftrettung, Phase II, Wolfsefellner Verlag, München, S. 96ff.

¹⁸⁸ Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.) (2002) Leistungen des Rettungsdienstes 2000/2001, Mensch und Sicherheit, Heft M 147.

¹⁸⁹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Abschlussbericht der Konsensgruppe Luftrettung, Phase II, Wolfsefellner Verlag, München, S. 262.

9.4 Eigeninteresse der Beteiligten als begünstigender Faktor impliziter Rationierung

Das in den vorangegangenen Kapiteln bereits mehrfach angeschnittene faktische Aufkommen von „Eigeninteressen“ des bodengebundenen Rettungsdienstes, welcher nach momentaner Rechtssprechung kostendeckend arbeiten muss, trägt viel zur unsicheren Situation der Luftrettung bei. Dieses „Eigeninteresse“ des bodengebundenen Rettungsdienstes ergibt sich häufig aus den Beschlüssen der einzelnen Städte oder Regierungsbezirke, welche einen Rettungsverbund bilden. Hier werden in Haushaltsbeschlüssen Rettungsentgelte festgelegt und mit den Kostenträgern verhandelt. Daraus hervorgehende Beschlüsse werden dem bodengebundenen Rettungsdienst als Sollvorgaben für das kommende Jahr vorgelegt und von oberster Stelle wird auf Einhaltung der Vorgaben bzw. Erreichen der Entgelte zur Deckung der Kosten gedrängt. Sollten Rettungsdienste, Feuerwehren oder Katastrophenschutz diese Vorgaben nicht erfüllen oder die Kosten zu sehr steigen, würde das in der Konsequenz mit Rationalisierung in Form von Stellenstreichungen, Budgetkürzungen oder sonstigen finanziellen und personellen Einbußen der einzelnen Rettungsdienststellen als Konsequenz für das Folgejahr einhergehen. Hier manifestiert sich das Eigeninteresse (z.B. der Feuerwehr als Leistungserbringer im Rettungsdienst), indem eigene Kapazitäten möglichst stark ausgelastet werden, um kostendeckend arbeiten zu können¹⁹⁰. Die Möglichkeit der eigenen Auslastung wird beispielsweise der Feuerwehr dadurch geboten, dass sie die Rettungsleitstelle besetzt und somit über die Vergabe von Rettungseinsätzen als Vergabeinstanz entscheidet. Wenn also ein eingehender Notfalleinsatz gleichermaßen für Luftrettung und bodengebundenen Rettungsdienst als mögliche Einsatzkraft zu vergeben ist, so fällt sicherlich häufiger die Entscheidung zugunsten der eigenen

¹⁹⁰ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland. Abschlussbericht Konsensgruppe Luftrettung, 1. Aufl. Mendel Verlag, Aachen, S. 89.

Kapazitätsnutzung, alleine schon, um den persönlichen Arbeitsplatz und den der Kollegen zu schützen.

Solange Leitstellen also ausschließlich von Feuerwehren (in seltenen Fällen auch von anderen Hilfsorganisationen des bodengebundenen Rettungsdienstes) besetzt werden, deren erster Gedanke immer der Auslastung der eigenen „bodengebundenen“ Kapazitäten und der Deckung der „eigenen“ Kostenrechnung gilt, scheint es um so verwunderlicher, dass nicht noch höhere „Verlustrechnungen“ in Form von Vorhaltekosten auf Seiten der Luftrettungsträger zu verbuchen sind.

Das eingangs genauer benannte Beispiel einer Feuerwehr, welche bei der Vergabe von Einsätzen zunächst „Eigeninteressen“ und „Eigenschutz“ von spezifischen Kapazitäten als Entscheidungsgrundsatz benennt, gilt augenscheinlich für einen Großteil des Gesundheitswesens. Anzumerken ist, dass mögliche Rationalisierungspotentiale letztendlich der Rationierung den Vortritt gewähren, solange medizinische Leistungserbringer nur im Eigeninteresse des Mikroallokationsbereiches agieren und keinerlei Interesse am Gesamtsystem erkennen lassen.

Ein denkbarer Lösungsansatz im vorgenannten Beispiel wäre eine unabhängige, evtl. mit einem eigenem Arzt besetzte Leitstelle, die alle Bereiche des Rettungsdienstes zentral koordiniert und von einer unabhängigen Organisation besetzt wird, so wie es in den folgenden Kapitel noch näher erläutert wird.

9.4.1 Forderung nach unabhängigen, integrierten Leitstellen

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt, sind unabhängige Leitstellen eine wichtige und zwingende Voraussetzung für eine gerechte und objektive Verteilung des Fallaufkommens auf die verschiedenen Subsysteme des Rettungsdienstes.

Diverse Autoren plädieren hier für eine organisationsunabhängige Leitstelle^{191,192}, die einige der Autoren als mögliche zentrale Leitstelle für alle Krisen-, Rettungs- und Notfalldienste auf Landesebene für möglich halten. Diese Landesleitstelle könnte im Teilbereich Rettungsdienst zusätzlich noch mit einem unabhängigen Arzt in einer zentralen Entscheidungsposition besetzt sein. Damit könnte erreicht werden, dass einzelne Leitstellen, die nach heutigen Gesichtspunkten mit in ihren Entscheidungen nicht unabhängigen Besetzungen arbeiten, zukünftig weniger Vertretungen der Interessen der eigenen Einsatzkräfte darstellen und dass über deren Einsatz nach dem tatsächlich notwendigen Bedarf unabhängig entschieden werden könnte.

Eine bundeseinheitliche Leitlinienvorgabe für eine solche Leitstelle würde das Entscheidungsprocedere wesentlich verkürzen und transparenter gestalten. Des Weiteren wäre die Koordination von Polizei, Rettungsdienst, Krisenmanagement und anderen Hilfsorganisationen zentral regelbar und würde eine bessere Koordination und Zusammenarbeit ermöglichen. Diese (zurzeit noch fiktiven, jedoch möglichen) Landesleitstellen könnten dazu beitragen, dass herkömmliche, von lokalen und nicht immer ganz unabhängigen Organisationen verwaltete Leitstellenstrukturen „aufgebrochen“ würden und diese wieder in die unabhängigen Einzelentscheidungsgremien verwandelt würden, welche sie eigentlich darstellen sollten. Dadurch wären in Zukunft individuelle Eigeninteressen von Rettungsteilbereichen ohne Einfluss auf die Zuteilung von Einsätzen und die Einteilung der Notwendigkeit würde neutral, gemäß dem wirklichen Schweregrad des Einzelfalles, erfolgen.

Ein weiterer häufiger Grund für Fehldispositionen und Doppelalarmierungen scheint die getrennte Steuerung von niedergelassenen Ärzten (KV-Notfalldienst) und öffentlichem Rettungsdienst mit Notarzt dazustellen. Verschiedene Telefonnummern, unterschiedliche Bereitschaftsdienstzeiten der

¹⁹¹ Schlechtriemen Th (2002) Rettungsdienst in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektiven, www.dgai.de/downloads/07_1_06symposiumpublikation.pdf, S 6f.

¹⁹² Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland. Abschlussbericht Konsensgruppe Luftrettung, 1. Aufl. Mendel Verlag, Aachen, S 89f.

Kassenärzte und schwierige Erreichbarkeitsverhältnisse vertiefen die Steuerungsproblematik ebenso wie der häufig synonyme Gebrauch des Begriffes „Notarzt“ sowohl für den hausärztlichen Bereitschaftsarzt als auch für den Notarzt des Rettungsdienstes. Eine verbesserte Steuerung ist deshalb auch von einer Zusammenlegung von Rettungsleitstellen und Vermittlungszentralen des Kassenärztlichen Notdienstes, die hier als unabhängige integrierte Leitstelle bezeichnet werden, zu erwarten.

Werden diese möglichen zukünftigen Leitstellen, gemeinsam mit dem Brandschutz, als integrierte Leitstellen geführt, stellen sie nach Auffassung des Autors das derzeitige Optimum der Steuerung notfallmedizinischer Ressourcen dar. Doppelalarmierungen würden zukünftig minimiert und die bedarfsgerechte Entsendung des geeigneten Rettungsmittels verbessert, bei Besetzung der Leitstelle mit einem unabhängigen Arzt eventuell sogar maximal optimiert.¹⁹³ Leider macht die bundes- und landesgesetzlich determinierte, organisatorische und finanzielle Trennung von niedergelassenen Ärzten (Kassenärztliche Vereinigungen nach SGB V) und Rettungsdienst (nach Landesrettungsgesetzen) eine organisatorische Zusammenführung zurzeit unmöglich. Lediglich auf „Good Will-Basis“ aller Beteiligten ist dies gegebenen Falls regional möglich. Der gemeinsame Betrieb ist jedoch instabil (Weisungsrechte wären häufig nicht klar) und diese Vorgehensweise wäre jederzeit kündbar.

9.5 Nicht zu spezifizierende Über- oder Unterversorgung im Luftrettungssystem der Bundesrepublik Deutschland

Die zukünftigen Anforderungen der Luftrettung werden im Wesentlichen durch die perspektivische Struktur der Luftrettung im geeinten Europa bestimmt. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass wahrscheinlich auch zukünftig dem bodengebundenen Rettungsdienst der Primat der rettungsdienstlichen

¹⁹³ Baubin M (2004) Der Leitende Notarzt, „Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol“, Nr. 1/2004:30-31.

Versorgung zukommt. Die Luftrettung würde demnach weiterhin eine auf diese Grundversorgung aufsetzende Unterstützungs- und Ergänzungsfunktion erfüllen. Die in dieser Arbeit geforderte wissenschaftliche Beurteilung des zurzeit bestehenden Systems unter wirtschaftlicher Betrachtungsweise sollte eine Bewertung darüber enthalten, inwieweit gegenwärtige Vorhaltungen und der Einsatz der Luftrettungsmittel bedarfsgerecht erscheinen bzw. eine Über- bzw. Unterversorgung besteht.

Nach Ansicht der Konsensgruppe Luftrettung besteht derzeit in den Bereichen Emsland in Niedersachsen, im nordwestlichen Bereich von Schleswig-Holstein, im nordöstlichen bzw. südöstlichen Bereich von Brandenburg bzw. Mecklenburg-Vorpommern sowie in dem Bereich Ludwigslust/ Prignitz/ Stendal im Dreiländereck Brandenburg/ Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt eine mögliche Unterversorgungssituation, wobei in den Bereichen Bad Segeberg in Schleswig-Holstein, der Region Limburg und Darmstadt/ Offenbach in Hessen sowie der Region Karlsruhe/ Heilbronn / Rhein-Neckar in Baden-Württemberg mit teilweise bis zu 5 facher Flächendeckung eine mögliche Überversorgung gegeben sein könnte¹⁹⁴. Diese Angaben bedürfen noch der weiteren wissenschaftlichen Untersuchung und Beobachtung unter Einbeziehung aller für die Luftrettung relevanten Dispositionsfaktoren wie z.B. Siedlungsstrukturen, topographischen Konditionen, Verkehrswegenetz, regionalen Einsatzstrategien, Ausbaugrad des bodengebundenen Rettungsdienstes, Indikationsstellung zum Notfall- bzw. Notarzteeinsatz und anderen, da all diese genannten Faktoren mehr oder minder großen Einfluss auf das Einsatzaufkommen der Luftrettung haben können.

Hierbei sollte geprüft werden, auf welche Art eine optimalere Auslastung der Luftrettungsmittel zu erzielen ist. Dieses könnte zum Beispiel durch eine Öffnung der bislang begrenzten Aufgabenbereiche für RTH bzw. ITH, wie sie bereits in Kapitel 2.1 dargelegt wurden, erreicht werden.

¹⁹⁴ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.), (2004) Abschlussbericht der Konsensgruppe Luftrettung, Phase II, Wolfsefellner Verlag, München, S. 285.

Die Analyse und die Bewertung der Kostenstruktur der Luftrettung erfordern vor dem Hintergrund der Vertretbarkeit der Ausgaben der im Luftrettungsbereich tätigen unterschiedlichen Leistungserbringer die Definition und Festlegung einheitlicher Kennwerte. Hiermit verbunden ist die Forderung nach einer bundesweit einheitlichen Dokumentation von Luftrettungseinsätzen, die eine grundsätzliche Bedeutung hat, wie dieses in Kapitel 8.1 sowie 9.1 verdeutlicht wurde. Generelle Aussagen zur Wirtschaftlichkeit des Systems Luftrettung sind auf Bundesebene derzeit unmöglich, da die entsprechenden Systemleistungen weder im Hinblick auf ihre Qualität noch im Hinblick auf ihre Struktur transparent sind und fundierte Daten bisher lediglich für den Zeitraum des Jahres 2002 vorliegen. Somit erscheint ein Vergleich mit dem bodengebundenen Dienst ebenfalls unmöglich, da auch hier die notwendigen bundesweiten Daten des bodengebundenen Dienstes fehlen oder gar falsch bewertet wurden¹⁹⁵ (siehe Kapitel 9.3.). Im Rahmen der bisherigen Versuche der Bewertung der Luftrettung wurde in der Regel ein isolierter Landesteil, ein isolierter Leistungserbringer oder ein isolierter Zeitraum in die Untersuchungen einbezogen.

¹⁹⁵ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Abschlussbericht der Konsensgruppe Luftrettung, Phase II, Wolfsefellner Verlag, München, S. 262.

Aus der Sicht des Ökonomen sind im Bereich der bundesdeutschen Luftrettung derzeit einige Defizite aufzuzeigen. Hierzu zählen vor allem:

1. keine standardisierte Leistungserfassung
2. keine betriebswirtschaftliche Erfolgsmessung
3. keine bundesweit abgestimmte Vorhaltung
4. keine ausreichende Kostentransparenz

Ökonomische Betrachtungen der Problematik müssen ebenfalls darüber aufklären, welche Leistungen vor dem Hintergrund der zunehmenden Begrenzung der Ausgaben der Versicherungssysteme zukünftig noch finanzierbar sind. Das erfordert die bereits mehrfach in dieser Arbeit angesprochenen Kompromisse zwischen dem medizinischen und technischen Optimum sowie dem finanziell Machbaren mit dem Anspruch des ethisch Vertretbaren.

Die Frage nach der Wirtschaftlichkeit zur Beurteilung von Ausgabeentscheidungen darf allerdings nicht auf die Problematik einer rein betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse im Sinne bloßer Rentabilität und der Betrachtung von Gewinn und Umsatz reduziert werden¹⁹⁶, weil die Luftrettung keinen Produktionsprozess mit messbaren Erträgen darstellt.¹⁹⁷ Vielmehr wird entscheidend sein, welcher Umfang an Vorhaltung zur Erfüllung dieser Ziele der Luftrettung vonnöten erscheint bzw. in welcher Höhe die Gesellschaft gewillt ist, entsprechende Kosten gesamtsolidarisch zu finanzieren. Erst nach Erbringung der mehrfach in dieser Ausarbeitung geforderten wissenschaftlichen Daten und Festlegung der solidarisch subventionierten finanziellen Obergrenzen kann nach Auffassung des Autors eine Aussage über eine mögliche Über- oder Unterversorgung wissenschaftlich erbracht werden.

¹⁹⁶ Wille E (1996) Anliegen und Charakteristika einer Kosten-Nutzen-Analyse, In: Ökonomie in der Medizin, von der Schulenburg J.-M.(Hrsg.), Stuttgart-New York: , S. 1-16.

¹⁹⁷ Reinhardt K (2001) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 2.2001, S. 117.

9.6 Forderung nach luftrettungsspezifischer Abrechnung mit den Leistungsträgern

Es erscheint notwendig, über ein neues luftrettungsspezifisches Abrechnungsmodell mit den Krankenkassen nachzudenken. Des Weiteren ist es kaum vertretbar, einen Arztbesuch mit dem Taxi oder anderen, vom Krankenversicherungsträger gezahlten Transportmittel dem notfallmäßigen Transport mit einem Rettungshubschrauber gleichzustellen. Genau das wird jedoch rein rechnerisch von Seiten der Krankenversicherungsträger vollzogen. Die Kosten der Luftrettung werden den gesamten Transportkosten subsumiert, so dass der Eindruck entsteht, Luftrettung stelle nur eine von vielen Transportformen der Gesundheitsversorgung dar. Dass bei der Luftrettung Notfallrettung mit medizinischem Breitbandspektrum aller medizinischen Disziplinen geleistet wird, wird hierbei in keiner Art und Weise berücksichtigt, geschweige denn, dass der effektive Nutzen der Luftrettung ihr auch zugeschrieben wird. Häufig wird der Behandlungserfolg der Luftrettung als Behandlungsergebnis der nachfolgenden Fachdisziplinen ausgelegt. Sicherlich stellt hier die Leistung der Luftrettung nur den ersten Schritt in einer Behandlungskette dar, doch gerade diese so genannte „Golden Hour“ stellt sehr oft einen der wichtigsten und relevantesten Behandlungsteilabschnitte für die spätere Genesung des Patienten dar.¹⁹⁸

Die Luftrettung ist im Wesentlichen in den Paragraphen 60 und 133 des Sozialgesetzbuches SGB V als „Kranken- und Rettungstransporte“ zusammengefasst. Die notwendige rettungsmedizinische Versorgung als integraler Teil der Leistung fehlt dabei gänzlich. Dieser Mangel bekräftigt die Auffassung, dass die Luftrettung neben ihrer sowieso schon untergeordneten Funktion als Ergänzungsdienst zum bodengebundenen Rettungsdienst ein Notfallmedizinisches „Stiefkinddasein“ besitzt, weil sie im SGB V (ebenso wie

¹⁹⁸ Arntz Hans-Richard (2002) „Luftrettung als strategischer Partner der Chest pain Unit“, 12. Fachtagung Luftrettung, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg), S 50-55.

der bodengebundene Rettungsdienst¹⁹⁹) nicht ausreichend vertreten ist. Die Bemühungen im Sinne einer umfassenden und vollständigen Aufnahme in das SGB V würden nach Auffassung des Autors eine „Aufwertung“ hin zu einem vollwertigen medizinischen System bedeuten. So formuliert es auch P. Hennes als Forderung für den bodengebundenen Rettungsdienst im Handbuch Rettungswesen: „Der Rettungsdienst muss im SGB V als Teil der präklinischen Versorgung unter „Krankenhausbehandlung“ geregelt und nicht nur unter dem Begriff „Transportkosten“ subsumiert werden...“²⁰⁰. Sehr ähnlich lautet die Stellungnahme der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) e.V., welche in ihrem Positionspapier aus dem Jahre 2002 für den gesamten Rettungsdienst nach § 27 des SGB V eine Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständiger Anspruch auf Krankenbehandlung fordern.²⁰¹

9.7 Formulierung klarer Verteilungskriterien

„Eine Verteilung von medizinischen Leistungen ausschließlich durch den Arzt nach Kriterien wie Geschlecht, dem Alter, der Zahlungsfähigkeit, der Lebensführung oder sonstiger sozialer Verdienste, müssen insoweit als willkürlich und daher ungerecht eingeordnet werden. Diese verstoßen ebenso wie die Berücksichtigung von ausschließlich statistisch geprägten Kosten-Nutzen-Überlegungen oder von vermeintlich objektiv zu erwartenden „qualitätsbereinigten“ Lebensjahren gegen [...]die Werteordnung des Grundgesetzes...“, so die Meinung der Jurisprudenz.²⁰² Von den Juristen hingegen wird zumindest das Wartelistenprinzip und das Lotterieverfahren wegen seiner Statusblindheit als grundsätzlich verfassungsgemäß betrachtet,

¹⁹⁹ Ständigen Konferenz für den Rettungsdienst (1999) Ständige Konferenz fordert Reformen im Rettungsdienst, http://www.drk.de/latest_news/messages/312.html.

²⁰⁰ Hennes P (2001) Qualität und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst aus Sicht des Ausschusses Rettungswesen, Handbuch Rettungswesen, Band II, Mendel Verlag, Witten, S 70 http://www.rettungswesen.info/download/A2_1_70.pdf.

²⁰¹ Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (2002) Positionspapier des DGAI-Symposiums , Rettungsdienst in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, <http://www.band-online.de/imageordner/index.php?aktiv=132&inhaltvon=132&menuoffen=10X11X>.

²⁰² Herb S (2002) Die Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin, Schriftreihe: Studien zur Rechtswissenschaft, Verlag Dr. Kovac, S 250.

was aber sicherlich jedem Notfallmediziner aufgrund der häufig gegebenen medizinischen Fakten, unterschiedlicher Notfallsituationen und unterschiedlicher Patienten kaum als gerecht einleuchten würde.

Hier müssen nach Ansicht des Autors Kriterien geschaffen werden, nach denen eine einheitliche, klare und nach außen hin transparente Verteilung der zur Verfügung stehenden Leistungen erfolgen sollte. Wie und in welcher Art diese Formulierung erfolgen sollte, ist bisher nicht geklärt worden. Fakt ist jedoch, dass die gesetzlich verantwortlichen Entscheidungsträger solche Verteilungsregelungen schriftlich festlegen müssen, schon alleine, um in Zeiten der knappen Ressourcen ihre nicht immer einleuchtenden Entscheidungen darlegen und begründen können. Einer von sicherlich vielen möglichen Lösungsansätzen ist die Priorisierung. Dabei dürfen selbstverständlich nicht die Probleme solcher Prioritätenlisten, wie sie bereits aus Versuchen wie z.B. in Oregon (USA) hervorgegangen sind, vergessen werden, aber angesichts der bevorstehenden Probleme im Gesundheitswesen erscheint es ratsamer, u.U. falsche Entscheidungen zu treffen und diese ggf. zu revidieren, als gar keine Entscheidungen zu treffen und zwangsläufig im Strudel der Gesundheitskosten zu versinken.

9.8 Erstellen von Prioritätenskalen

Die Priorisierung von Leistungen, wie sie im vorangegangenen Kapitel als Lösungsbeispiel benannt wurde, ist nur eines von vielen möglichen Instrumenten der Gesundheitsökonomie um regulierend in das Gesundheitsbudget einzugreifen. Nach der Vielzahl der in Kapitel 9 benannten Allokationspotentiale der Luftrettung sollte deutlich geworden sein, dass hier Entscheidungen notwendig sind, die unter Einbezug der Bevölkerung und mit einer klaren transparenten Problemdarstellung zu diskutieren sind und gegebenenfalls auch in einer Prioritätenskala festzulegen sein werden.

Es erscheint fatal, bei einem so wichtigen Gut wie der Gesundheit, hier vertreten durch die Luftrettung, Prioritäten setzen zu müssen .

Nichtsdestotrotz sind die verfügbaren Ressourcen begrenzt. Deshalb sind trotz des Wunsches nach Gesundheit und möglichst rascher Heilung Entscheidungen nötig, wie viel Geld für welche Zwecke zur Verfügung gestellt werden kann.

Die Schwierigkeit liegt darin begründet, dass wir es bei diesen Entscheidungen mit Menschen zu tun haben, mit ihrer Integrität, ihren ureigensten Bedürfnissen, ihrem absoluten Wunsch gerettet zu werden und zu Überleben, einem Wunsch den wir alle respektieren und verstehen. In diesem Zusammenhang über Mittelallokation und Prioritäten zu sprechen, ist schwierig und wird schnell mit dem Vorwurf verbunden, dass technokratisches Denken vorherrsche. Es führt immer wieder zu engagierten, ja auch heftigen Auseinandersetzungen. Verstärkt wird diese Diskussion durch den Umstand, dass die Luftrettung (als Teilbereich der Medizin) - die Beteiligten der Luftrettung mögen mir den Ausdruck verzeihen - keine „exakte Wissenschaft“ ist und wie bereits erläutert, sicherlich auch keinem wirtschaftlichem Produktionsprozess gleichzustellen ist. Der tatsächliche Bedarf an Luftrettungsleistungen kann nicht eingegrenzt oder vorher spezifiziert werden. Die Leistungen der Luftrettung bringen weder einen Ertrag oder wirtschaftlichen Erlös, noch sind sie in einer buchhalterischen Schlussbilanz mit Gewinn oder Verlust zu spezifizieren.

Die prioritätensetzenden Modelle anderer Länder differieren sehr stark untereinander. Da ist zum einen die Definition eines Grundleistungskataloges, der in dem US-amerikanischen Modell aus Oregon festgelegt ist, zum anderen finden sich aber auch erschreckende Rationierungsszenarien, wie z.B. der Tod eines jungen Mannes in Neuseeland, welcher nach damaligen Punktesystem nicht genügend Punkte für seine notwendige Operation hatte und daraufhin verstarb, oder ein Beispiel aus der Schweiz, wo dem Alt-Bundesrat Tschudi ein teures Gerinnungsmedikament vorenthalten wurde. Im Vordergrund stehen Kosten/Nutzen-Überlegungen, Wirksamkeitsüberlegungen und so genannte „Guidelines“, die den Weg für das Vorgehen und den Entscheid aufzeigen. Nach Einschätzung des Autors liegt die Schwierigkeit darin, objektiv

messbare, widerspruchsfreie Kriterien zur Festsetzung von Prioritäten zu finden. Gäbe es solch anerkannte Kriterien, welche die Kosten und den Nutzen von Luftrettungseinsätzen ausweisen, würde medizinische Tätigkeit wohl häufiger nach kanalisierenden Listen und Richtlinien erfolgen. Tatsächlich findet man solche Richtlinien heute eher selten. Und dort, wo sie eingeführt wurden (z.B. in der ADAC-Luftrettung wird das DIVI-Notarzteinsatzprotokoll genutzt²⁰³) oder werden, (wie z.B. am 13. Dezember 2005, als vom **European Resuscitation Council** (ERC, www.erc.edu) neue Guidelines für die kardiopulmonale Reanimation im Rettungsdienst veröffentlicht wurden), sind sie sehr umstritten und einem ständigen Anpassungs- und Evaluationsprozess unterworfen. Durch das Fehlen objektiv messbarer, widerspruchsfreier Kriterien sind Versuche, Prioritäten für die Mittelverwendung im Gesundheitswesen allgemein und in der Luftrettung im speziellen zu setzen, mit großen Schwierigkeiten behaftet. Eine Einstufung der Luftrettung innerhalb einer Prioritätenliste für das Gesundheitswesen scheint daher sehr schwierig zu sein. An dieser Stelle eine Aussage über die Positionierung der Luftrettung oder der Leistung der Luftrettung in einer solchen Liste machen zu wollen, wäre rein spekulativ .

9.9 Zusammenfassende Forderung nach mehr Transparenz

Das deutsche Gesundheitssystem ist grundsätzlich leistungsfähig. Allerdings sind in den vergangenen Jahren die Ausgaben stetig gestiegen - auf inzwischen fast 230 Mrd. Euro. (d.h. rund 2700€ pro Kopf (Frauen 3160€ und Männer 2240€)) Deutschland hat damit nach den USA und der Schweiz das drittteuerste Gesundheitssystem der Welt.

²⁰³ Moecke HP, Dirks B, Friedrich HJ, Hennes HJ, Lackner CK, Messelken M, Neumann C, Pajonk FG, Reng M, Ruppert M, Schächinger U, Schlechtriemen Th, Weinlich M, Wirtz S (2004) DIVI-Notarzteinsatzprotokoll Version 4.2. Notfall Rettmed 7, S 259-61.

Kosten des Gesundheitswesens im Jahr 2002, in % des BIP
(Bruttoinlandsprodukt)

1. USA:	14.6%
2. Schweiz:	11.1%
3. Deutschland:	10.9%
4. Frankreich:	9.7%
5. Italien:	8.5%
6. Großbritannien:	7.7%

Es gibt in Teilbereichen sicherlich Fehl-, Unter- und Überversorgung. Beispielhaft sei hier auf die Radiologie verwiesen, in der rund ein Drittel der Aufnahmen nachweislich überflüssig und die Hälfte handwerklich nicht zufriedenstellend sind²⁰⁴. Gemessen am Aufwand der eingesetzten Finanzmittel ist das deutsche Gesundheitswesen zu teuer, zu wenig wirksam und zu wenig an den Erfordernissen der Patienten orientiert. Die Akteure scheinen sich wechselseitig zu blockieren. Das deutsche Gesundheitswesen ist dem ständigen Druck einer Vielzahl von Lobbyisten ausgesetzt. So erklärt es sich, dass überkommene Strukturen und Anreize aufrechterhalten werden, um auf Kosten der Beitragszahler überflüssige oder qualitativ bedenkliche Leistungen zu erbringen.

Vermehrte Transparenz in der Luftrettung, eine höhere Effizienz und mehr Wettbewerb um die beste Qualität sind notwendig, um Wirtschaftlichkeitsreserven für die Luftrettung zu erschließen. Wer die Versorgung durch den Rettungsdienst bedarfsgerechter gestalten und die Ressourcen effizienter einsetzen will, braucht mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen im Rettungsdienst. Der Schutz sensibler Patientendaten muss dabei selbstverständlich erhalten bleiben. Mehr Transparenz und Informationen fördern den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern.

²⁰⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003) Komprimierte Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems und Erläuterung der wesentlichen Regelungen, Bundesdruckerei, Bonn, S. 1.

Qualitätsvergleiche von Leistungserbringern der Luftrettung müssen zukünftig ermöglicht werden.

Nach Ansicht vieler Ethiker, Mediziner²⁰⁵, anderer Fachvertreter²⁰⁶ und Politiker bedarf eine ethische und rechtliche Allokationsdebatte der Transparenz der Allokationsentscheidungen. Sie kann auch nur dann öffentlich geführt werden und nur dann können potentielle oder tatsächliche "Opfer" ihre Interessen wahrnehmen.

Wo Rationierung nur implizit oder verdeckt, hinter unbestimmten rechtlichen und medizinischen Begriffen wie denen der medizinischen Indikation oder der Notwendigkeit einer Behandlung stattfindet, ist dies nicht gewährleistet und entspricht auch keiner gängigen oder anwendbaren Theorie von Gerechtigkeit.

Wann immer sich in der Vergangenheit politische Entscheidungsträger regulierend in das medizinische Versorgungsgeschehen eingegriffen haben, blieben weitreichende positive Ergebnisse bisher aus. Gezeigt hat sich, dass staatliche Kontrollen und Regulierungseingriffe, wie sie in dieser Arbeit an den zwei empirischen Beispiele Oregon und Neuseeland gezeigt wurden, nur noch mehr lähmende Bürokratie nach sich ziehen, welche wiederum durch „Zwangsmaßnahmen“ oder Gesetze ausgehend von der Makroebene, zu impliziten Allokationsentscheidungen auf der Mikroebene führen, da man sich hier aufgrund der zwingenden Weisung von oben nicht anders zu helfen weiß. Transparenz lässt sich in einem derart überregulierten System kaum mehr herstellen. Wir müssen aus den Ansätzen und Fehlern vergleichbarer Gesundheitssysteme weltweit lernen und versuchen, daraus den richtigen Weg zu beschreiten. Das beste Argument ist, dass fehlende Transparenz die Hauptursache für Verschwendung, Missbrauch und Betrug im Gesundheitswesen darstellt. Intransparenz schützt also nur Anbieterdominanz.

²⁰⁵ Bundesärztekammer (2003) Gesundheitspolitische Grundsätze der deutschen Ärzteschaft, Deutscher Ärztetag Februar 2003 in Berlin <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Gesundheitspolitik/010Grundsätze.html>.

²⁰⁶ CKM (2002) Transparenz im Gesundheitswesen, Centrum für Krankenhausmanagement Münster 2/2002, S. 1.

Das gesamte Luftrettungssystem sollte für alle Beteiligten transparent sein - nur so kann man:

- eine optimale Versorgung erlangen
- seine Patientenrechte wahren
- die eigenen Kosten im Blick haben
- die Gesamtausgaben senken

Zu wenig Information bedeutet ein Mangel an Qualität - das aber heißt, dass mehr Transparenz und Information in unserem System automatisch zu mehr Qualität führen werden. Wenn es gelänge, mehr Transparenz zu schaffen, zum Beispiel im Bereich der Aufwendungen und Erträge, und entsprechende Daten für den wissenschaftlichen Bereich und den Praxisbereich aufzubereiten, dann würden davon alle Teilbereiche des Rettungswesens profitieren. Dann hätte jeder einzelne Teilbereich nicht nur mehr Verantwortung zu tragen, sondern bekäme auch mehr Gestaltungsmöglichkeiten. Sollten sich die Akteure des Rettungswesens jedoch eher für den Ansatz des Muddling-Through entscheiden, kommt es zu eben jenem Eigenschutz der Akteure für ihre kleinen Teilbereiche des Gesundheitssystems, wie diese im Kapitel 8.7 dargestellt wurden.

Es mag sein, dass David Mechanic als Vertreter des Muddling-Through Recht hat wenn er feststellt, dass explizite Entscheidungen auf klinischem Level bisher mehr negative als positive Aspekte hervorgebracht haben. Das bedeutet jedoch nicht postum, dass implizite Entscheidungen, welche zu Intransparenz führen, nun automatisch die richtigen Entscheidungen sind, sondern vielmehr, dass wir an unseren expliziten Entscheidungen und Rationierungen weiter arbeiten müssen, um zu einem zufrieden stellenden Ergebnis zu gelangen, das am Ende transparent und für jedermann verständlich ist.

Jener Arzt, der als Anwalt des Patienten fungiert und in seinem Studium der Medizin nur medizinisches Wissen vermittelt bekommt, kann in einem

Gesundheitssystem, welches transparent und explizit rationiert, seine Rolle voll erfüllen. Diese Annahme muss für ein System, welches nach dem Muddling-Through- Ansatz implizit rationiert, bezweifelt werden. Hier wird der Arzt zum Rationierer am Patienten selbst, was mit dem Ethos des ärztlichen Berufes, nach Auffassung der Ärztevertreter, nicht in Einklang zu bringen ist²⁰⁷.

Ein mögliches zukünftiges Luftrettungswesen, das die Patientenversorgung in einem möglichen Wettbewerb regelt, bedarf einer transparenten Gesundheitsberichterstattung und einer systematischen Versorgungsforschung. Beide Instrumente müssen regional und überregional nutzbare Daten für Patienten, Versicherte, Krankenversicherungen, Leistungserbringer und Politik über die Luftrettung zur Verfügung stellen. Anhand der Daten muss es möglich sein, Aussagen über Quantität und Qualität von Leistungen der Luftrettung zu treffen. Es muss überprüfbar sein, ob der Versicherte tatsächlich zum richtigen Zeitpunkt das medizinische Versorgungssystem bei Bedarf erreicht, an die richtige Stelle bzw. Ebene des Systems gelangt und dort effizient versorgt wird. Nur bei bestmöglicher Transparenz können die Akteure der Luftrettung begründete Entscheidungen treffen. Die Gesundheitsberichterstattung mit ihren Daten muss

- dem Patienten erlauben, sich selbst ein Bild von der Qualität und der Leistungsfähigkeit der Luftrettung zu machen
- den Kassen ermöglichen, kassenspezifische, wettbewerbliche Analysen und Versorgungsanalysen ihrer Versicherten zu erstellen
- Leistungserbringern der Luftrettung Auswertungen zur Quantität und Qualität ihrer Leistungen zu Verfügung zu stellen, um untereinander Vergleiche im Rahmen einer Wettbewerbsordnung anstellen zu können,
- der Politik auf allen Ebenen Analysen über den luftrettungsspezifischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung bereit zu stellen.

²⁰⁷ Schöne-Seifert B (2002) Comment On Professor Hunter's Talk, In: Breyer/ Kirch/ Kliemt (Hrsg.) Rationing In Medicin, Springer Verlag, Berlin, S. 55.

Für eine qualifizierte und transparente Gesundheitsberichterstattung muss zudem Raum bestehen, um eigene Auswertungen zu fertigen und darüber öffentlich zu berichten. Diese Veröffentlichung und Bewertung von Daten der Luftrettung darf keinen Weisungen unterliegen.

Resümee

Nach zusammenfassender Ansicht des Autors haben die notfallmedizinischen Einrichtungen des Rettungsdienstes und der Luftrettung sich in den Jahren ihres Bestehens als leistungsfähig und erfolgreich erwiesen, müssen aber zukünftig in ihrer Effektivität weiter gesteigert werden. Hier sieht der Autor ein großes Rationalisierungspotential in der Luftrettung, was, so ist zu hoffen, unter Beteiligung aller Luftretter vor eventuell notwendigen Rationierungsmaßnahmen ausgeschöpft wird. Eine Effektivitätssteigerung der Luftrettung in der Bundesrepublik wäre auf dem konventionellen Wege (Vermehrung von Luftrettungsstützpunkten) nur noch mit unverhältnismäßig hohem Aufwand bei zu geringem Outcome zu erreichen.

Es müssen daher andere Möglichkeiten, zum Beispiel die Verkürzung der Hilfsfrist, Ausnutzung von vorhandenen und zurzeit ungenutzten Rationalisierungspotentialen oder im Extremfall eine Reduzierung der Luftrettungsstützpunkte, im Falle einer ökonomisch unabwendbaren und zwingenden Rationierung genutzt werden, um eine höhere Effizienz der Luftrettung zu gewährleisten. Wie die voranstehenden Vorschläge und Denkansätze gezeigt haben, sind die Möglichkeiten auf diesem Gebiet vielfältig.

Nach abschließender Ansicht des Autors hat die Organisation der Luftrettung noch nicht jenen Entwicklungsstand erreicht, der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Flugtechnik sowie strukturellen Konzeption möglich wäre. Hierfür verantwortlich sind die hohen Kosten und die unterschiedliche Beurteilung des Nutzens der Luftrettung durch die für den Rettungsdienst Verantwortlichen auf kommunaler und Länderebene, sowie

politisch motivierte Prioritäten hinsichtlich der in den Rettungsdienst zu investierenden Finanzmittel. Es muss klargestellt werden, dass an dieser Stelle Entscheidungen für den zukünftigen Status und die Stellung der Luftrettung im Gesamttrettungssystem notwendig sind, die unter Einbeziehung der Bevölkerung und klarer transparenter Problemlage zu diskutieren sein werden.

Der in der vorliegenden Arbeit behandelte relativ kleine Teilbereich des Rettungsdienstes, eben der der Luftrettung, wurde vom Autor für bestehende Problematiken wissenschaftlich genauer untersucht. Es wurde festgestellt, dass ethische Theorien von Verteilungsgerechtigkeit, wie sie das ethische Fachpublikum sicherlich erwartet hätte, erst dann Anwendung finden können, wenn für die Luftrettung die erforderlichen Daten, Fakten und Vergleichsebenen zum bodengebundenen Rettungsdienst vorliegen. Auch eine ethische Beurteilung des Erfolges oder der zu begründenden Leistung der Luftrettung erscheint dem Autor sowohl auf der Gesamtebene der Luftrettung als auch auf kleinster Ebene in Bezug auf einzelne spezifische Patienten derzeit nicht möglich. Diese Annahme ergibt sich aus der bereits beschriebenen Feststellung, dass Behandlungserfolge nicht oder nur selten dem Leistungsspektrum der Luftrettung zugerechnet werden, da diese aufgrund der medizinischen Weiterbehandlung und der Abrechnungsstruktur immer in dem Bereich der nachfolgenden medizinischen Fachabteilung anzusiedeln sind. Des Weiteren konnte im Rahmen dieser Arbeit festgestellt werden, dass Kapazitäten für Rettungshubschrauber in der Bundesrepublik Deutschland nicht nach Gerechtigkeit oder ethischen Ansätzen von Gerechtigkeitstheorien berechnet werden, sondern vielmehr nach Landesbudgets über die Luftrettungsbudgets der einzelnen Bundesländer bestimmt wird. An eben diese werden die daraus resultierenden Möglichkeiten der Luftrettung angeglichen. Am Ende muss man ganz klar erkennen, dass zukünftige Kapazitätsberechnungen für Rettungshubschrauber im Wesentlichen durch ökonomische Gegebenheiten in der Bundesrepublik Deutschland und in einem geeinten Europa bestimmt werden. Hier handelt es sich um

Allokationsentscheidungen der Politik, welche mit begrenzten Ressourcen zukünftig versuchen muss, möglichst effizient im ökonomischen Sinne umzugehen.

Kein Luftrettungssystem der Welt kann mit begrenzten Mitteln uneingeschränkte Leistungen versprechen. Da auch im Rettungsdienst das Gesetz der „Knappheit der Mittel“ gilt, müssen die solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen damit in Einklang gebracht werden. Dies bedeutet: Es führt kein Weg daran vorbei, den Leistungskatalog der Luftrettung dahingehend zu überprüfen, was künftig solidarisch und kollektiv und was vom Einzelnen privat bezahlt werden kann. Hierzu bedarf es der in dieser Arbeit geforderten Grundlagen. Über die Methode, wie der Leistungskatalog an die künftigen Gegebenheiten anzupassen ist, kann man unterschiedlicher Auffassung sein: Man kann entweder eine Aufteilung des Leistungskataloges in Kern- und Wahlleistungen bevorzugen oder eine solche Aufteilung ablehnen und nur ein begrenztes „Opting-Out“ bestimmter Leistungen vorschlagen. Es besteht allerdings auch die Möglichkeit, ganz andere Wege zu beschreiten und alternative Strategien mit unterschiedlichen Gewichtungen zu entwickeln, wie sie in der Arbeit teilweise vorgestellt wurden. Die Frage nach der Methode ist jedoch zweitrangig und kann einer intensiven öffentlich-politischem Diskussion vorbehalten bleiben. Gegenstand des Konsenses und Ergebnis dieser Arbeit ist es, dass die Zeit für einen Paradigmenwechsel in der Luftrettung und sicherlich auch im gesamten Gesundheitswesen gekommen ist. Jeder vernünftige Gesundheitspolitiker und Luftrettungsexperte muss unweigerlich zu der Erkenntnis gelangen, dass wir uns von der bisherigen Vollversorgungsmentalität in der Luftrettung getreu dem Motto „alles für alle“ nunmehr verabschieden müssen.

Eine daher notwendige medizinische, ethische und rechtliche Allokationsdebatte benötigt die Transparenz jeglicher Allokationsentscheidungen. Nur unter dieser Grundvoraussetzung kann sie öffentlich

geführt werden und nur so können potentielle oder tatsächliche "Opfer" ihre Interessen wahrnehmen.

Gerade im Hinblick auf wachsende medizinische Möglichkeiten bei gleichzeitiger Restriktion der Mittel muss der Öffentlichkeit bewusst gemacht werden, dass Lebensschutz und die uns so teure "Heiligkeit des Lebens" nicht umsonst und auch nicht für alles Geld der Welt zu haben sind. Grundsätzlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der Messbarkeit des Nutzens des Systems Luftrettung. In welcher Form ist ein Kosten-Nutzen-Vergleich durchzuführen, der auch einen Qualitätsvergleich beinhaltet? Ist überhaupt eine unter volkswirtschaftlichen Nutzenaspekten optimierte Struktur der Luftrettung unter ethischen Gesichtspunkten umsetzbar?

Nach Ansicht des Autors kann im allgemeinen davon ausgegangen werden, dass der Bereich der Luftrettung keinen Sektor zur Durchführung der hohen Ideale des ökonomischen Wettbewerbs darstellt. Die Frage der Wirtschaftlichkeit zur Beurteilung von Ausgabeentscheidungen darf nicht auf die Problematik einer rein betriebswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse im Sinne von bloßer Rentabilität und der Betrachtung von Gewinn und Umsatz beschränkt werden, weil die Luftrettung eben keinen wirtschaftlichen Produktionsprozess mit messbaren Erträgen darstellt. Hier müssen die Bürger der Bundesrepublik festlegen, welchen Teil ihres Gesundheitsbudgets sie für die Luftrettung aufwenden möchten.

Analyse und Bewertung der Kostenstruktur im Luftrettungsdienst erfordern vor dem Hintergrund der Vergleichbarkeit der Angaben der im Luftrettungsdienst tätigen unterschiedlichen Leistungserbringer die Definition und Festlegung einheitlicher Kennwerte. Nur die einheitliche Bildung, Definition und Erfassung von Kostenstellen ermöglicht eine sachzielgerechte Kostenbewertung, wie dieses bereits mehrfach mit dem Verweis auf die Notwendigkeit des Erschließens von wissenschaftlich verwertbaren Daten in dieser Arbeit gefordert wurde. Entsprechend der Notwendigkeit der Entwicklung bundesweit einheitlicher Kriterien für die Dokumentation von Luftrettungseinsätzen ist gleichfalls eine entsprechende, bundesweit einheitliche Installation eines

Kosten-Leistungsnachweises für die Luftrettung notwendig. In diesem Zusammenhang wird in der Arbeit mehrfach angemahnt, dass keine organisationsübergreifenden, einheitlichen Datensätze für die Luftrettung verfügbar sind. Dieser Umstand muss entweder durch rechtliche Anordnung einer solchen einheitlichen Dokumentation oder durch eine Implementierung einer bundesdeutschen Koordinations- und Überwachungszentrale für die gesamte bundesdeutsche Luftrettung realisiert werden. Darüber hinaus kann die Leistung der Luftrettung nur schwer beurteilt werden, solange sie keine eigene Kostenstelle im SGB V mit den Abrechnungen der Leistungsträger besitzt. Hier scheint es zwingend erforderlich, dass der Luftrettung und auch dem bodengebundenen Rettungsdienst eine eigene präklinisch-medizinische Abrechnungssparte eröffnet wird und diese im SGB V zu verankern ist.

Erst dann kann der zwingend erforderliche Leistungsvergleich zwischen bodengebundenem Rettungsdienst und der Luftrettung, wie er in dieser Arbeit beschrieben wurde, realisiert werden.

Erst wenn in Zukunft für alle Bereiche die geforderten Daten vorliegen und wissenschaftlich ausgewertet sind, der Leistungsvergleich zwischen Luftrettung und bodengebundenem Rettungsdienst vollzogen ist und die Bevölkerung über die Höhe des einzusetzenden Budgets eine Einigung erzielt hat, kann begonnen werden, die Kapazitäten der Luftrettung gemäß ihres erforderlichen Finanzbudgets mit denen des zur Verfügung stehenden Budgets zu vergleichen und unter Anteilnahme der Öffentlichkeit, in der Luftrettung zu realisieren. Hierzu ist nach Ansicht des Autors, eine transparente, d.h. nachvollziehbare Art der Kosteneinsparung zu wählen.

Literaturverzeichnis

1. ADAC (Hrsg) (2003) Die ADAC-Luftrettung Information (Faltblatt), Werner Wolfsefner Medizin Verlag, München.
2. ADAC (Hrsg.) (2002) 12. Fachtagung Luftrettung / Kongressbericht.
3. ADAC (Hrsg.) (2003-2004) ADAC-Stationsatlas „Christoph - bitte kommen!“. Luftrettungsstationen in Deutschland, Werner Wolfsefner Medizin Verlag, München.
4. Ahnefeld FW (1994) Medizinische Aspekte der präklinischen Notfallversorgung, Referat auf dem Rettungskongress des DRK in Dresden vom 4.5. - 7.5.1994. In: Domres B, Dürner P, Steiner ER (Hrsg.) Die Situation der deutschen Luftrettung. Diskussionsbeiträge zu Effizienz, Kostenentwicklung und Qualitätsmanagement des Luftrettungswesens in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schriftenreihe der Deutschen Rettungsflugwacht e.V., Bd. 5., Filderstadt.
5. Ahnefeld FW (1997) Die präklinische Notfallmedizin - wird ein bewährtes System in Frage gestellt? In: ADAC-Luftrettung GmbH (Hrsg.), ADAC World Congress Aeromedical Service AIRMED 1996, Werner Wolfsefner Medizin Verlag, München.
6. Alisch K (2005) Gabler Wirtschaftslexikon, Band I, Gabler Verlag, Wiesbaden.
7. Arnold N (1988) Emergency Medical Service: Paramedic - USA. Stumpf + Kossendey Verlag, Edewecht.
8. Arnold N (1991) SAR Laage 81, Rettungsdienst Nr. 4.
9. Arntz Hans-Richard (2002) "Luftrettung als strategischer Partner der Chest pain Unit", 12. Fachtagung Luftrettung, Hrsg ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.).

10. Ausschuss Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen und Sozialbereich der Diakonischen Konferenz (Hrsg.) (2000) Ethische Gesichtspunkte für die Debatte über die Rationierung im Gesundheitswesen, Stuttgart.
11. Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland. Abschlussbericht Konsensgruppe Luftrettung, 1. Aufl. Mendel Verlag, Aachen.
12. Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2004) Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland. Abschlussbericht Konsensgruppe Luftrettung Phase II, Wolfsellner Medizin Verlag, München.
13. Baier H. (1997). Gesundheit als Lebensqualität: Folgen für Staat, Markt und Medizin. Zürich, Edition Interfrom.
14. Bardua R (1997) „Mendiger CH-53-Modell“: Ein Beispiel zivil-militärischer Zusammenarbeit, SEG-Magazin für Schnell-Einsatz-Gruppen III.
15. Baubin M (2004) Der Leitende Notarzt, In: „Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol“, Nr. 1/04.
16. Beseke F. (1998) Rationierung im deutschen Gesundheitswesen – Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Nagel E, Fuchs C (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart.
17. Biege B (1994) Luftrettung: Geschichte, Technik, Organisation. 1. Aufl. Stumpf + Kossendey Verlag, Edewecht.
18. Bisler W (1999) Die "Heiligkeit des Lebens" ist nicht umsonst, 7. Interdisziplinären Pflegekongress in Leipzig 2004, Urban & Vogel GmbH, <http://www.heilberufe-online.de/pflege/heilberufe-aktuell/wussten-gesagt-archiv/gesagt0801.html>.

19. Blase A (1999) Notfalleinsatz für Christoph 23: Zivil-Militärische-Zusammenarbeit im Rettungswesen, ADAC Luftrettung GmbH (Hrsg.) Bundeswehr, Informations- und Medienzentrale der Bundeswehr 9/99.
20. Bobitt P, Calabresi G, (1978), Tragic Choices, W.W. Norton & Company, London.
21. Bühner R (2002) Management Lexikon, München, Oldenbourg Verlag.
22. Bundesärztekammer (Hrsg.) (2003) Gesundheitspolitische Grundsätze der deutschen Ärzteschaft, Deutscher Ärztetag Februar 2003 in Berlin <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Gesundheitspolitik/010Grundsätze.html>.
23. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), (2003), Komprimierte Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems und Erläuterung der wesentlichen Regelungen, Bundesdruckerei, Bonn.
24. Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.) (1991) "Daten des Gesundheitswesens", Band 3, Nomos Verlag, Baden-Baden.
25. Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (Hrsg.) (2002) Positionspapier des DGAI-Symposiums , Rettungsdienst in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, <http://www.band-online.de/imageordner/index.php?aktiv=132&inhaltvon=132&menuoffen=10X11X>.
26. Calabresi G, Bobitt P (1978) Tragic Choices, W.W. Norton & Company, London.
27. Carloff G (2003) Das Potential der Zivilschutzhubschrauber, Bundesverwaltungsamt-Zentralstelle für Zivilschutz (Hrsg.), Bevölkerungsschutz 1-2003.

28. Carloff G, Neno K (2001) Einsatz für den Rettungshubschrauber. Kisterkall Verlag, Köln.
29. Clade H (2002) Gesundheitsreform: Keine Reform mit der Brechstange, Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 51-52 vom 23.12.2002.
30. Clarkeburn H (1998) Implicit Rationing in Britan, Oxford Press, Oxford, Vol. 15, Nr. 3.
31. Cloodt T (2004) Qualitätsmanagement, Cloodt-Verlag, Fuldabrück.
32. Coast J (1997) Rationing Within The NHS Should Be Explicit. The Case Against, BMJ.
33. Danner G (1997) Compatibility of the health insurance system in Europe, AIRMED 1996, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.).
34. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) (2000) Grundsatzpapier.
35. Deutschen Bundestag (2005) Gutachten im Auftrag der Enquête-Kommission, Wertimplikationen von Allokationsregeln, -verfahren und -entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen, Ethik und Recht der Modernen Medizin, Bundesdruckerei, Berlin.
36. Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1994) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn .
37. Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 41 vom 11.10.2002, Köln.
38. Dönitz S, (2003), Luftrettung in Deutschland: Vom Flughelfer zum HEMS-Crew-Member, Rettungsdienst, 04-2003, 26 Jahrgang.
39. Dörries A (1999) Allokation und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, Niedersächsisches Ärzteblatt, 04/1999, Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, Hannover.

40. Doyal L (1997) Rationing Within The NHS Should Be Explicit. The Case For, *BMJ*, 314.
41. Eckel H (1999) EU-Gesundheitspolitik: Systeme nicht vereinheitlichen aber 'harmonisieren', Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, http://www.haeverlag.de/archiv/n0599_6.htm.
42. Engelhardt HT (1986) *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York.
43. Engelhardt HT (1988) Zielkonflikte im nationalen Gesundheitssystem, In: Sass H.-M. (Hrsg.) *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen*, Springer Verlag, Berlin.
44. Fachtagung Luftrettung 12 (2002) ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.), Berchtesgaden.
45. Flintrop J (2004) DRGs, *Deutsches Ärzteblatt* 101, Ausgabe 41 vom 08.10.2004.
46. Forplan Dr. Schmiedel GmbH im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministeriums (1996) Gutachten - Bedarfsplanung der Luftrettung in Niedersachsen gemäß § 4 Abs. 4 Satz 3 NRettDG.
47. Fritz KW, Bredehorn A, Voigt M (1995) „Christoph 26“ Sanderbusch: Nachtflug an der Küste. „Air Rescue at night“. *Rettungsdienst* Nr. 18.
48. Fuchs C (1993) Kostendämpfung und ärztlicher Standard – Verantwortlichkeit und Prinzipien der Ressourcenverteilung, *MedR* .
49. Fuchs C (1994) Allokation der Mittel im Gesundheitswesen. Rationalisierung versus Rationierung, Bochum (ZME- Medizinethische Materialien/94).
50. Fuchs C (1998) Was heißt hier Rationierung – Rationierung und Rationalisierung im deutschen Gesundheitswesen, Thieme Verlag, Stuttgart.

51. Gillon R (1986) Philosophical medical ethics, Wiley, Chichester.
52. Goldman L, Hiatt H (1994) Making medicine more scientific. Nature 1994: 371.
53. Gongolsky M (2002) Die Grenze soll kein Hindernis mehr sein, Rettungsdienst.de, Onlinemagazin, <http://www.rettungsdienst.de/neu/Magazin/Luftrettung/Hubi-df.html>.
54. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1994) Deutscher Bundestag, Bonn.
55. Güntert B (1998) Zwischen Rationalisierung und Rationierungsökonomische oder politische Strategien zur rationalen Allokation von Gesundheitsgütern, Feuerstein & Kuhlmann (Hrsg), Rationierung im Gesundheitswesen, Ulstein Medical, Berlin.
56. Güntert B (2001) Prioritätensetzung zwischen Rationierung, Rationalisierung und rationaler Allokation, In: Tagungsband „Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen“, Fozouni/Güntert (Hrsg.), Bielefeld.
57. Ham C (1995) Health care rationing. BMJ, 310.
58. Hasselblatt-Diedrich I (2001) Medizinbetrieb: Ärzte im Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 38, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.
59. Hennes P (2001) Qualität und Qualitätsmanagement im Rettungsdienst aus Sicht des Ausschusses Rettungswesen, Handbuch Rettungswesen, Band II, Mendel Verlag, Witten, S. 70 http://www.rettungswesen.info/download/A2_1_70.pdf.
60. Herb S (2002) Die Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin, In: Schriftreihe: Studien zur Rechtswissenschaft. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.

61. Hiatt H, Goldman L (1994) Making medicine more scientific. *Nature* 1994: 371.
62. Honigsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmstrom S (1995) Priority setting for healthcare, In: Radcliffe Medical Press, Oxford.
63. House of Commons Health Committee (1995) Priority setting in the NHS: purchasing. First report sessions 1994-95. London: HMSO, (HC 134-1.).
64. Hunter DJ (1995) Rationing: the case for "muddling through elegantly" *BMJ*, 311.
65. Imhoff H (2001) Rationing in Intensiv Care Medicine, in *Rationing in Medizin*, Breyer F, Kliemt H, Thiele F.(Hrsg.), Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.
66. Imhoff/ Kliemt H (2003) *Mikroallokation medizinischer Ressourcen*, Schattauer Verlag, Stuttgart-New York.
67. John Jürgen (2002) Zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen-Herausforderung an eine Prioritätensetzung, In: *Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen*, Fozouni/Güntert (Hrsg.), Logos Verlag, Berlin.
68. Jones L (1994) Core service committee, the core debater 3. Wellington, New Zealand Health.
69. Kirch W, Kliemt H (1997) *Rationierung im Gesundheitswesen*, S. Roderer Verlag, Regensburg.
70. Kischa B (2002) Die Anwendung neuer Landeplatzvorschriften für Hubschrauber im Luftrettungsdienst, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.), 12.Fachtagung Luftrettung.

71. Kley Roland (1983) John Rawls' Theorie der Gerechtigkeit. Eine Einführung, Berichte des Instituts für Wirtschaftsethik der Universität St. Gallen Nr. 3, St. Gallen.
72. Kliemt H (1998) Gerechtigkeitskriterien in der Transplantationsmedizin, In: Nagel E, Fuchs C. (Hrsg.), Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Berlin.
73. Kliemt H, Kirch W (1997) Rationierung im Gesundheitswesen, S. Roderer Verlag, Regensburg.
74. Kliemt/ Imhoff M (2003) Mikroallokation medizinischer Ressourcen, Schattauer Verlag, Stuttgart-New York.
75. Koch K (2005) Rationierung im Gesundheitswesen: Forderung nach offener Diskussion, Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 27 vom 08.07.2005.
76. Krämer W (1998) Die Krankheit des Gesundheitswesens – Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin, Fischer Verlag, Frankfurt.
77. Krämer W (1998) Medizin erzeugt Kranke, Der Spiegel, Ausgabe 19/1998.
78. Kreis Coesfeld (2003) Anlage 1 zur Sitzungsvorlage Nr. 6-625, Gebührenbedarfsberechnung für die Benutzung des Rettungsdienstes für das Jahr 2003, http://www.kreis-coesfeld.de/sv2003/sv6-625_1.htm.
79. Krimmel L (1998) zitiert bei Beseke Fritz, a.a.O., Thieme Verlag, Stuttgart.
80. Lenaghan J, New B, Mitchell E (1996) Setting priorities: is there a role for citizens' juries? BMJ, 312.
81. Lindblom C (1959) Public Administration Review, Yale University, New Haven
82. Luxem J, Kremer M (1995) Praxisleitfaden Luftrettung. In: Ratgeber für Ärzte und Rettungsassistenten. Stumpf + Kossendey Verlag, Edewecht.

83. Marckmann G (2002) Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen, Dtsch Med Wochenschrift, Thieme Verlag.
84. Maio G (2002) Warum die Rationierung medizinischer Leistungen keine einfache Lösung ist, DtschMed Wochenschr 2000, Nr. 127, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
85. Matzke-Ahl S (2001) Europa wächst zusammen. Grenzüberschreitung. ADAC Luftrettung, Nr. 1.
86. Mayer F (2000) Nachts schlafen die Hubis doch. Gedanken zur Luftrettung in der Nacht... am Beispiel Regensburg. Rotorblatt Nr. 2.
87. Mechanic D (1979) Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance In Rationing, Stockholm.
88. Mechanic D (2000) Managed Care and Imperativ For New Professional Ethic, Health Affairs, Bethesda.
89. Moecke HP, Dirks B, Friedrich HJ, Hennes HJ, Lackner CK, Messelken M, Neumann C, Pajonk FG, Reng M, Ruppert M, Schächinger U, Schlechtriemen Th, Weinlich M, Wirtz S (2004) DIVI-Notarzteinsatzprotokoll Version 4.2. Notfall & Rettungsmedizin Nr. 7 .
90. Nagel E (1997) Rationalisierung versus Rationierung in der Chirurgie, Kongressbericht, Langenbecks Arch Chir Suppl II.
91. Nagel E/Fuchs C (1994), Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Springer, Berlin/Heidelberg/New York

92. Nagel E, Fuchs C (1998) Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Symposium in Mainz 1998, Thieme Verlag, Stuttgart.
93. Nerlich M (1997) Schnittstelle Rettungsdienst-Krankenhaus / Kongressbericht AIRMED 1996, Werner Wolfsefeller Medizin Verlag, München.
94. Nozick R (1974) Anarchy, state and utopia, Blackwell, Oxford.
95. Oberender P (1998) Gesundheitsversorgung zwischen ökonomischer und medizinischer Orientierung, In: Nagel/ Fuchs (Hrsg.): Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Thieme Verlag, Stuttgart.
96. Ollenschläger G (2002) Die Realisierung von Evidenz-basierter Medizin im deutschen Gesundheitswesen, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, Köln.
97. Raspe H (2001) Priorisierung im ärztlichen Bereich, in Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen, Nagel/Fuchs (Hrsg.), Thieme Verlag, Stuttgart.
98. Raspe H (2001) Prioritizing and Rationing, Breyer, Kliemt, Thiele (Hrsg) Rationing in Medicine, Springer Verlag Berlin.
99. Reinhardt K (2001) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland (Teil I-II). Notfall & Rettungsmedizin Nr. 4.
100. Riesberg Anette (2004) Management im Gesundheitswesen, European Observatory on Health Systems and Policies, TU-Berlin.
101. Scheven W.v. (2004) Kongressbericht der 13. Fachtagung Luftrettung des ADAC, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.), Wolfsefeller Verlag, München.
102. Schlechtriemen T, Altemeyer KH (2002) Qualitätsmanagement aus Sicht der Notfallmedizin, 12. Fachtagung Luftrettung, ADAC-Luftrettungs GmbH (Hrsg.).

103. Schlechtriemen Th, Reeb R, Altemeyer K (2002) Rettungsdienst in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven, www.dgai.de/downloads/07_1_06_symposiumpublikation.pdf.
104. Schlieben H (2001) Erste Tagung des Arbeitskreises HEMS. Rotorblatt, Nr. I: 37.
105. Scholl H (2002) Luftrettung. Wien 2002. Stumpf + Kossendey Verlag, Edewecht.
106. Scholl H, Nagel E, Dieckmann Th (1998) ADAC forciert Luftrettung in Europa. Rettungsdienst Nr.5.
107. Schöneberg J (1995) Nachteinsätze: meist notwendig, aber oft risikoreich. Aerokurier, Nr. 9.
108. Schöne-Seifert B (1988) Verantwortungsprobleme in der medizinischen Mikroallokation, In: Hans-Martin Sass (Hrsg.) Ethik und öffentliches Gesundheitswesen, Springer Verlag, Berlin.
109. Schöne-Seifert B (1988) Verantwortungsprobleme in der medizinischen Mikroallokation, In: Hans-Martin Sass (Hrsg.) Ethik und öffentliches Gesundheitswesen , Springer Verlag, Berlin.
110. Schöne-Seifert B (1997) Fairness und Rationierung im Gesundheitswesen? In: Kirch/Kliemt (Hrsg.) Rationierung im Gesundheitswesen, S. Roderer Verlag, Regensburg.
111. Schöne-Seifert B (2002) Comment On Professor Hunter's Talk, In: Breyer/Kirch /Kliemt (Hrsg.) Rationing In Medicin, Springer Verlag, Berlin.
112. Schultheiss C (2002) A note on the Semantics of Rationing as Limitation, In: „Rationing in Medicine“, Breyer, Kliemt, Thiele (Hrsg), Berlin.
113. Schultheiss C „Rationierung im Gesundheitswesen“ – ein Beitrag zur Begriffsklärung, Zeitschrift für medizinische Ethik (2000), 46, Heft 3.

114. Schulze K et al. (2001) Der nächtliche Primäreinsatz in der Luftrettung, *ains -Anästhesie - Intensivmedizin - Notfallmedizin – Schmerztherapie*, Nr.26 (3).
115. Smith R (1998) Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte, *Deutsches Ärzteblatt* 95, Heft 40.
116. Sommer J-H (2001) *Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen*, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
117. Ständige Konferenz für den Rettungsdienst (1999) Ständige Konferenz fordert Reformen im Rettungsdienst, http://www.drk.de/latest_news/messages/312.html.
118. Steiner ER, Domres B (1996) EURAMI - Luftrettung für ein vereintes Europa. Positionen und Perspektiven, *Rettungsdienst* Nr. 19.
119. Stünzi W (1997) Private Finanzierung der Luftrettung - ein Modell für die Zukunft? In: ADAC-Luftrettung GmbH (Hrsg.) *ADAC World Congress Aeromedical Service AIRMED 1996 München*. Werner Wolfseiner Medizin Verlag, München.
120. Taupitz J (1998) Gesundheitsversorgung bei Ressourcenknappheit – Rechtlicher Aspekt – Nagel E, Fuchs C (Hrsg.) In: *Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen*, Thieme Verlag, Stuttgart.
121. The Oregon Health Service Commission Report (2001) *Priorized List of Benefit Pages for OHP Standard*, Salem.
122. Torloting (2002) Grenzüberschreitender Rettungsdienst, 12. Fachtagung Luftrettung, ADAC Luftrettungs GmbH (Hrsg.).
123. Treutwein N (1999) JAR-OPS 3 - die neue Sicherheit. ADAC Luftrettung, Nr. I.
124. von Appen K (2005) Unfallrettung unter Druck, *taz Hamburg* Nr. 7583 vom 5.2.2005 .
125. Wallner J (2002) *Live or let die?* Wien, Technical University.

126. Weingart O (2002) Evidenzbasierte Medizin: Grundlage ärztlichen Handelns.
127. Weinlich M, Kirchner TH (1998) Großschadensereignisse: Koordination der Luftrettung. SEG Nr. 6-56.
128. Wild C (2002) Evidenzbasierte Bedarfsplanung für Intensivbetten, Institut für Technikfolgen-Abschätzung der österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien.
129. Wille E (2000) Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Peter Lang Verlag Frankfurt.
130. Wille E (2001) Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Arbeitsbericht Nr.199/ Dez 2001, S 42, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden Württemberg, Stuttgart.
131. Zentrale Ethikkommission (2000) Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen, in Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Heft 15, 14.April 2000.
132. Zweifel P (2001) Some Issues in the Light of Economic Theory, Beyer, Kliemt, Thiele (Hrsg), Rationing in Medicine, Springer Verlag Berlin.

Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 1	Seite 13	Gesamtfahrtkosten der GKV 1998
Tabelle 2	Seite 14	Gesamt Transportkosten 1994-2002
Tabelle 3	Seite 15	Transportkostenvergleich 2002
Tabelle 4	Seite 86	Vor-/Nachteile – Boden-/Luftrettung
Tabelle 5	Seite 105	Offene Fragen zur Luftrettung

Abbildungen:

Abb. 1	Seite 11	Luftrettungsstützpunkte in der BRD
Abb. 2	Seite 13	Allgemeine Transportkosten 1998
Abb. 3	Seite 14	Transportkosten 1994-1998
Abb. 4	Seite 36	Hubschrauber Leistungsklassen
Abb. 5	Seite 49	Erweiterter Einsatzradius von 70km
Abb. 6	Seite 51	Struktur der Luftrettung in der BRD
Abb. 7	Seite 76	Verteilungsebenen nach Engelhardt

Abkürzungsverzeichnis

ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobilclub e.V. / ADAC-Luftrettungs GmbH, München
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
BF	Berufsfeuerwehr
BGS	Bundesgrenzschutz
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMVg	Bundesverteidigungsministerium
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BW	Bundeswehr
DDR	Deutsche Demokratische Republik
Dr.	Doktor
DRF	Deutsche Rettungsflugwacht e.V., Filderstadt
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EG	Europäische Gemeinschaft
Elevation	Höhe eines Flugplatzes über Meeresspiegel (Normal Null)
EU	Europäische Union
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherungen
HDM	HDM Flugservice GmbH, Nürnberg
HEMS	Helicopter Emergency Medical Service
HSD	Hubschrauber Sonder Dienst Flugbetriebs GmbH & Co. KG, Göttingen
ICAO	Internationale Luftfahrtorganisation
IFA	Internationale-Flug-Ambulanz e.V., Leipzig
ITH	Intensivtransporthubschrauber
JAA	Joint Aviation Authorities (Arbeitsgemeinschaft der europäischen Luftfahrtbehörden)
JAR-OPS 3	Joint Aviation Requirements – Commercial Operations, Helicopters

JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe
KatS	Katastrophenschutz
km	Kilometer
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kreisverband
LR	Luftrettung
LW	Bundesluftwaffe
MHD	Malteser Hilfsdienst
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NEH	Notarzteinsatzhubschrauber
NVA	Nationale Volksarmee
Prof.	Professor
RLSt	Rettungsleitstelle
RTH	Rettungstransporthubschrauber
SGB	Sozialgesetzbuch
SR	Sunrise (Sonnenaufgang)
SS	Sunset (Sonnenuntergang)
ZSH	Zivilschutzhubschrauber

„Grundsätze zur Durchführung der Notfallversorgung mit Luftfahrzeugen“

A. Aufgaben

Die Luftrettung ist Teilsystem des Gesamtsystems Rettungsdienst und somit hinsichtlich ihrer Konzeption, Infrastruktur wie Einsatzabwicklung vollständig in die Struktur des Gesamtsystems zu integrieren.

B. Aufgabenträger

Die LR ist eine Teilaufgabe der medizinischen Notfallversorgung und demzufolge Bestandteil der Gefahrenabwehr. Aufgrund der Verantwortlichkeit der Bundesländer für die Sicherstellung der Gefahrenabwehr, obliegt ihnen die Zuständigkeit für die Planung, Organisation und Durchführung der Luftrettung.

C. Gegenstand der Luftrettung

Gegenstand der Luftrettung ist die medizinische Versorgung von Notfallpatienten durch hierfür besonders qualifiziertes Personal und ggf. ihre Beförderung unter fachgerechter Betreuung mit hierfür besonders ausgestatteten Luftfahrzeugen in einer für die weitere medizinische Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung. Im Mittelpunkt der LR steht der notärztliche Versorgungsauftrag. Gegenstand der LR ist damit auch die Verlegung von Patienten zwischen Behandlungseinrichtungen unter ärztlicher Begleitung.

Der Krankentransport ist grundsätzlich kein Bestandteil der Luftrettung. Ausschließlich nur für Notarztzubringung geeignete Hubschrauber sind nicht Gegenstand der Luftrettung.

Die Luftrettung gliedert sich in:

C.1 Notärztliche Versorgung

Luftgebundene Unterstützung und Ergänzung des bodengebundenen Rettungsdienstes in der notärztlichen Versorgung, wenn der bodengebundene

Rettungsdienst nicht, nicht ausreichend oder nicht innerhalb notfallmedizinisch vertretbarer Zeiten verfügbar ist (Primärversorgung).

C.2 Notfalltransport

C.2.1 Transporte von Patienten von einem Notfallort in eine geeignete Behandlungs- einrichtung, wenn diese aus notärztlicher Sicht oder einsatztaktischen Gründen geboten erscheinen (Primärtransport).

C.2.2 Ärztlich begleiteter Transport von medizinisch versorgten Patienten aus einem Krankenhaus in eine für die weitere Behandlung oder zu erweiterter Diagnostik geeigneten Behandlungseinrichtung, wenn diese aufgrund von medizinischer Indikation luftgebunden durchzuführen sind (Intensivtransport).

C.2.3 Zeitkritische Transporte von Organen, Blutkonserven und Arzneimitteln sowie von Spezialisten in der Regel über längere Distanzen, soweit sie zur Versorgung lebensbedrohlich Verletzter oder erkrankter dringend erforderlich sind (Sonstige Transporte).

D. Organisation

Das System organisierter Luftrettung hat sich in der Vergangenheit bewährt... Im Rahmen ihrer Unterstützungs- und Ergänzungsfunktion ist die Luftrettung bedarfsgerecht, nach Möglichkeit flächendeckend zu organisieren. Die Luftrettung ist grundsätzlich in einem Netz aus RTH-, RTH/ITH-, und ITF-Standorten gestaltbar. Hierbei ist der beschriebene Einsatzauftrag der Luftrettung sowohl von RTH wie von ITH, wenn auch abgestuft unterschiedlich, zu erbringen. Das integrative Netz ist länderspezifisch entsprechend regionaler Besonderheiten anzupassen.

Aufgrund der speziellen Raumwirksamkeit der Luftrettung sollte diese ländergrenzenübergreifend (ggf. staatsgrenzenübergreifend) konzipiert und durchgeführt werden.

D.1 Einsatzgrundsätze

Die Luftrettung wird auch zukünftig vornehmlich die Funktion einer Ergänzung und Unterstützung des bodengebundenen Rettungsdienstes zugewiesen...

Die Luftrettung als integrativer Teil des Gesamtsystems Rettungsdienst bezieht insbesondere für den Bereich der ärztlich begleiteten Transporte von medizinisch versorgten Notfallpatienten die Berücksichtigung entsprechender bodengebundener Rettungsmittel (ITW) in eine Gesamtkonzeption „Boden/Luft“ ein. Zur Steigerung der Effizienz des Gesamtsystems Rettungsdienst ist die Abstimmung komplementärer Systemelemente erforderlich.

D.2 Einsatzbereiche

Für die Festlegung der Einsatzbereiche von Luftrettungsmitteln sind vornehmlich infrastrukturelle, topographische, meteorologische und einsatztaktische Komponenten sowie die Vorteile der Raumwirksamkeit der Luftrettung (u.a. Geschwindigkeit) zugrunde gelegt. Die Darstellung der Einsatzbereiche mittels Radian bietet ein Hilfsmittel zur Veranschaulichung der Einsatzbereiche. Die konkreten Einsatzbereiche der Luftrettungsstationen sind bei der Bedarfsplanung der einzelnen Bundesländer detailliert zu spezifizieren.

D.3 Einsatzsteuerung

Die Einsatzsteuerung der Luftrettung erfolgt über die jeweils zuständige Leitstelle. [...]Die Disposition von Notfalltransporten im Sinne von Intensivtransporten, ist kurzfristig zumindest zentral auf Länderebene sowie mittelfristig auf überregionaler Ebene durch entsprechende gemeinsame Zentralen verschiedener Länder zu konzentrieren. Die Qualität der Anforderung und der Disposition von Luftrettungsmitteln durch die Leitstelle ist mittels geeigneter Maßnahmen, insbesondere durch entsprechende Qualifikation des Leitstellenpersonals, zu erhöhen.

D.4 Einsatzdringlichkeit

Die Einsätze der Luftrettung im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung der „Notärztlichen Versorgung“ unterliegen generell einer hohen Dringlichkeit. Die Einstufung der Dringlichkeit von „Notfalltransporten“ obliegt grundsätzlich der ärztlichen Entscheidung.

D.5 Einsatzbereitschaft

Die Einsatzbereitschaft der Luftrettungsmittel kann grundsätzlich von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang sichergestellt werden. Für RTH/ITH-Standorte ist eine Einsatzbereitschaft bis in die Nachtzeit technisch realisierbar, wodurch jedoch erhebliche Mehrkosten entstehen [...]

E. Fachliche Anforderungen

E.1 Flugbetriebliche Anforderung

Die mit der Durchführung der Luftrettung beauftragten Leistungserbringer haben die Einhaltung der durch die JAA in den JAR-OPS 3 vorgegebenen Regelungen bezüglich Lizenzierung, Betriebserlaubnis und Flugbetrieb zu gewährleisten [...]

E.2 Ausstattung und Ausrüstung

Ausstattung und Ausrüstung der in der Luftrettung eingesetzten Hubschrauber bzw. Flugzeuge haben unter Beachtung der notwendigen Übergangsfristen mindestens auf der Grundlage der hierfür geltenden DIN-Vorschriften bzw. DIN EN-Vorschriften (*heute CEN*) zu erfolgen.

E.3 Technische Anforderung

Zur Erhöhung der sicheren Einsatzdurchführung von Luftrettungseinsätzen sollen Hubschrauber zukünftig mit Systemen der sensorgestützten Hindernissdetektion sowie Restlichtverstärkertechnologie ausgerüstet werden, wenn sie planmäßig in den Nachtstunden eingesetzt werden sollen [...]

Personelle Anforderungen

Luftrettungsmittel sind neben der fliegerischen Besatzung gemäß den Anforderungen der diesbezüglichen DIN- bzw. DIN EN-Vorschriften (*heute CEN*) zu besetzen. Zusätzlich sollte das auf ITH bzw. ITF eingesetzte entsprechende Personal über intensivmedizinische Erfahrung verfügen. Bestandteil sind ferner die Anforderungen an HEMS Crew Member –HCM- gemäß JAR-OPS 3.

F. Finanzierung

Die Finanzierung der Luftrettung ist zwischen Aufgabenträgern, Leistungserbringern und Kostenträgern möglichst unter Beachtung der bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen zu regeln. Hierbei ist zu beachten, dass die Leistungen der LR ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden sowie eine bedarfsgerechte, gleichmäßige und in der fachlich gebotenen Qualität durchgeführte Versorgung gewährleistet ist. Bund und Länder haben dafür aufeinander abgestimmte Regelungen zu schaffen [...]

G. Beauftragung

Seitens der Bundesländer sind zur Durchführung der Luftrettung an den RTH, RTH/ITH, ITH und ITF-Standorten Leistungserbringer zu beauftragen. Neben diesem abgestuften System ist kein weiterer Bedarf zur Durchführung von Leistungen zur Durchführung von Luftrettung gegeben [...]

H. Qualitätsanforderung

H.1 Qualitätsbegriff

Die nicht nur im Rettungsdienst und in der Luftrettung, sondern im Gesundheitsbereich allgemein geforderte Qualitätssicherung -siehe § 2 i.V. mit § 12 und § 70 SGB V- setzt zunächst die „Vorgabe“ von Qualität voraus [...]

H.2 Qualitätssicherung

Der Bereich Luftrettung bedarf grundsätzlich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Diesbezüglich bestehen in der Luftrettung jedoch keine Besonderheiten gegenüber dem Rettungsdienst insgesamt.

Der Aufbau eines Qualitätssicherungssystems in der Luftrettung bedarf der Bestimmung von Mindestanforderungen an die Kontrolle der relevanten Qualitätsparameter. Die Leistungen der Luftrettung sind nach bundesweit einheitlichen Kriterien zu dokumentieren, bundesweit zusammenzuführen und auszuwerten. In diesem Zusammenhang ist die Entwicklung eines einheitlichen, an allen Standorten des Systems Luftrettung zu Einsatz gelangenden Einsatzprotokolls herbeizuführen. Gleichfalls ist eine einheitliche Bindung, Definition und Erfassung von Kostenstellen (Installation eines Kosten-Leistungs-Nachweises „Luftrettung“) mit dem Ziel einer sachgerechten Kostenbewertung in der Luftrettung zu gewährleisten.“¹

¹ Ausschuss Rettungswesen (Hrsg.) (2000) Grundsätze für die Weiterentwicklung der Luftrettung in Deutschland, Mendel Verlag, Aachen, S. 44-48.