

Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich

Freier Wettbewerb oder hoheitliche Aufgabe?

Dokumentation der Veranstaltung
am 20. Juni 2000
während der „Interschutz 2000“ in Augsburg



**DIE
JOHANNITER**



*Wir danken den Firmen
Binz Ambulance- und
Umwelttechnik GmbH,
Christian Miesen Fahrzeug-
und Karosseriewerk GmbH
und
Audi AG
für ihre Unterstützung.*

Impressum



Johanniter
Forum
Berlin

Schriftenreihe Heft 11

Herausgeber:

Bundesvorstand der
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

Anschrift:

Bundesgeschäftsstelle JUH
Lützowstr. 94
10785 Berlin

Druck:

Rass GmbH, Berg.-Gladbach

Verlag:



beta
seminare
bonn berlin

Ausgabe Dezember 2000

Inhaltsverzeichnis

Moderation: Admiral a. D. Dieter Wellershoff

Vorwort	2
<i>Dr. Andreas von Block-Schlesier Rechtsanwalt, Generalbevollmächtigter der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. bei der Europäischen Union</i>	
Das niederländische Rettungssystem	4
<i>Theo Vullers Leiter des Rettungsdienstes; Gemeinschaftlicher Gesundheitsdienst Südlomburg, Landgraaf/Niederlande</i>	
Die Leitstelle 515 und die medizinische Entscheidung	
Warum! Wie funktioniert es!	7
<i>Dr. Pierre Biehler, Dr. Sabine Leonhardt Hopital Civil, SAMU 67, Straßburg/Frankreich</i>	
Der Rettungsdienst in Dänemark	12
<i>Ole Qvist Pedersen Chef Rettungssekretariat, Falcks Rednings Korps, Arhus C / Dänemark</i>	
Sanitätsdienste können auch andere Subjekte erbringen	17
<i>Dr. Jan Nowicki, Gizycko/Polen</i>	
Rettungsdienste in Österreich	
Aufgaben – Organisation – Rechtliche Grundlagen – Finanzierung	22
<i>Dr. Robert Brandstetter Geschäftsführer Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Wien/Österreich</i>	
Rettungsdienst in Europa – eine vergleichende Bestandsaufnahme	28
<i>Ulrike Pohl-Meuthen Institut für Rettungsdienst, Deutsches Rotes Kreuz, Meckenheim</i>	
Die Arbeit der Rettungsdienste in Europa im Spannungsfeld zwischen freiem Wettbewerb und hoheitlicher Aufgabe	41
<i>Ministerialdirigentin a. D. Brigitte Krause-Sigle, Bonn</i>	
Europäischer Einfluss auf das deutsche Vergaberecht – Auswirkungen auf den Rettungsdienst?	44
<i>RA Jörg Lichte und Jörg Lüssem Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Bundesgeschäftsstelle</i>	
Persönliche Daten der Autoren	47



Vorwort

*Dr. Andreas von Block-Schlesier,
Generalbevollmächtigter der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
bei der Europäischen Union*

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, liebe Johanniter,

ich möchte Sie recht herzlich zur Veranstaltung „Die Rettungsdienste im Europäischen Vergleich – Freier Wettbewerb oder hoheitliche Aufgabe?“ aus der Vortragsreihe „Johanniter Foren“ begrüßen. Es freut mich besonders, dass es uns gelungen ist, diese Forumsveranstaltung hier in Augsburg im Rahmen der „Inter-schutz 2000“ auszurichten und wir damit die Möglichkeit haben, dieses sehr aktuelle sowie komplexe Thema gemeinsam mit Ihnen – Fachleuten aus diesem Bereich – zu beleuchten. An dieser Stelle darf ich mich auch bei den Unternehmen Binz Ambulance- und Umwelttechnik GmbH, Christian Miesen Fahrzeug- und Karosseriewerk GmbH sowie der Audi AG für ihre Unterstützung bedanken.

Wie Ihnen bekannt sein dürfte, hat es in jüngster Zeit gerade auch im Gesundheitsbereich im Rahmen der Europäischen Union vielfache Veränderungen gegeben. Durch das Inkrafttreten des Vertrages von Amsterdam zu Beginn des Jahres 1999 wurden gerade in diesem Bereich einige Kompetenzen auf die europäische Ebene verlagert. Es handelt sich bei der Gesundheitspolitik zwar nach wie vor noch nicht um einen Schwerpunkt der europäischen Integration, wie etwa dem Wirtschafts- oder Agrarbereich, dennoch sind die Einflussnahmemöglichkeiten der europäischen Institutionen ausgeweitet worden.

Gem. Art 152 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) soll die Gesundheitspolitik der einzelnen Mitgliedsstaaten durch die Gemeinschaft „ergänzt“ werden. Aufgaben sollen hierbei insbesondere die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit sein. Darüber hinaus wurde der Gesundheitsschutz zu einer sog. „Querschnittsaufgabe“ aufgewertet, d. h. der Bereich muss nunmehr bei allen „Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen“ beachtet werden. So müssen die Gesundheitsinteressen der Bevölkerung insbesondere bei sämtlichen neuen Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden.

Allerdings bleibt der Grundsatz bestehen, dass die primäre Zuständigkeit im Gesundheitsbereich auch weiterhin bei den Mitgliedsstaaten selbst liegt. Aus diesem Grunde war es auch das Ziel dieser Veranstaltung, die unterschiedlichen Systeme im Bereich des Rettungsdienstes von Fachleuten aus den Nachbarländern selbst vorstellen zu lassen, um einen möglichst realistischen und praxisnahen Ein-

blick in das Geschehen vor Ort zu erhalten. Es freut mich daher besonders, heute als Referenten begrüßen zu dürfen:

- Herrn Theo Vullers, Leiter des Rettungsdienstes des Gemeinschaftlichen Gesundheitsdienstes in Südlimburg, der das Rettungsdienstsystem in den Niederlanden vorstellen wird.
- Herrn Dr. Pierre Biehler vom Hopital Civil in Straßburg, der uns die französischen Strukturen im Rettungsdienst erläutern wird.
- Aus Dänemark Herrn Ole Qvist Pedersen, Chef Rettungsssekretariat, Falcks Rednings Korps, der über die dortigen Aufgaben und Organisation referieren wird.
- Herrn Dr. Jan Nowicki aus Gizycko/Polen, der uns einen Überblick über die dortige Situation im Rettungsdienst geben wird.
- Und „last but not least“ meinen österreichischen Kollegen, Herrn Dr. Robert Brandstetter, Geschäftsführer der dortigen Johanniter-Unfall-Hilfe, der uns das österreichische System präsentieren wird.

Nach diesem Überblick über die nationalen Systeme werden wir uns dann heute Nachmittag auf die „gesamteuropäische Ebene“ begeben. Hier gibt es eine Vielzahl von Fragestellungen, die insbesondere auch im Hinblick auf die strategische Ausrichtung der jeweiligen Akteure im Rettungsdienstbereich von größtem Interesse sein dürften:

- Wie sieht die Zusammenarbeit der Rettungsdienste in Europa zur Zeit aus und welche Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch Gefahren bestehen für die Beteiligten?
- Wie werden die bestehenden Rettungsdienstsysteme seitens der Europäischen Union beurteilt? Bestehen aus wettbewerbsrechtlichen Gründen Bedenken gegen die vorhandenen Systeme? Welche Auswirkungen sind insbesondere auf das deutsche System zu erwarten?
- Ist damit zu rechnen, dass der Rettungsdienst weiterhin vorwiegend als hoheitliche Aufgabe durchgeführt wird, oder wird es zunehmend freien Wettbewerb in diesem Bereich geben? Gibt es insoweit Unterschiede zwischen dem Bereich der Notfallrettung und dem des Krankentransports?

Ich hoffe, dass sowohl die Vorträge von Frau Ulrike Pohl-Meuthen vom Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes und Frau Ministerialdirigentin a. D. Brigitte Krause-Sigle sowie die anschließende Podiumsdiskussion zu größerer Transparenz in diesem Bereich beitragen können.

Bevor ich nun das Wort an Herrn Admiral a. D. Dieter Wellershoff, den ehemaligen Generalinspekteur der Bundeswehr und ausgewiesenen Kenner der deutschen Hilfsorganisationen und Wohlfahrtsverbände, weitergebe, der die Moderation der heutigen Veranstaltung übernommen hat, möchte ich allen Referenten für ihr Engagement und Herrn Kamper von beta seminare bonn berlin für die gelungene Organisation danken.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe das Wort an Herrn Admiral a. D. Wellershoff.

Das niederländische Rettungssystem

*Theo Vullers, Leiter des Rettungsdienstes,
Gemeinschaftlicher Gesundheitsdienst Südlimburg,
Landgraaf/Niederlande*

Was direkt auffällt, wenn man das niederländische Rettungssystem mit dem deutschen Rettungssystem vergleicht, ist der Unterschied bei der Organisation. In den Niederlanden unterscheidet man nicht zwischen „Krankentransport“, „Rettungsdienst“ und „Notarzdienst“.

In den Niederlanden kennt man nur die Rettungssanitätsorganisation, wo die drei genannten Systeme untergebracht worden sind. Die Hälfte der Einsätze sind „Krankentransporte“, die andere Hälfte sind Noteinsätze. Die Meldezentrale muss die geplanten Transporte so einteilen, dass immer Sanitätsfahrzeuge für Noteinsätze zur Verfügung stehen. Bei dieser Rettungssanitätsorganisation werden keine Ärzte eingesetzt. Die notwendigen vorbehaltenen medizinischen Behandlungen werden vom Rettungspersonal anhand von Protokollen durchgeführt. In den Niederlanden – mit seinen 16 Mio. Einwohnern – sind im Moment 97 Rettungssanitätsdienste einsatzfähig. 2003 soll diese Anzahl reduziert werden auf 27 regionale Rettungssanitätsdienste mit einer Meldezentrale pro Rettungssanitätsdienst (CPA).

Die Besatzung

Die Besatzung eines Sanitätswagens besteht aus einem Fahrer und einem Rettungssanitäter. Dieser Rettungssanitäter ist ein sogenannter „registered Nurse“ und sehr gut vergleichbar mit dem Niveau eines amerikanischen Paramedic. Beide Einsatzpersonen sind Vollzeitprofis. In den Niederlanden werden beim Rettungsdienst keine Freiwilligen beschäftigt. Das Personal wird von einem Schulungszentrum des niederländischen Rettungssanitätsdienstes SOSA ausgebildet.

Der Rettungssanitäter geht nach einer 4-jährigen Basisausbildung 2 Jahre in die „intensive care“ und macht da seine IC-Ausbildung. Nach einigen Jahren Berufserfahrung im Rahmen der „intensive care“ hat er gute Chancen, bei einem Rettungssanitätsdienst angestellt zu werden, wo er noch ein Jahr an einer speziellen Rettungssanitätsausbildung der SOSA teilnimmt.

Der Fahrer hat oft eine Fachausbildung oder eine Ausbildung als Krankenhelfer. Wenn er bei einem Rettungssanitätsdienst angestellt wird, macht er zuerst ein Jahr eine Ausbildung auf dem Gebiet der Medizinassistenz und anschließend ein Jahr KFZ- und Fahrausbildung.

Nationale Protokolle

Ob man nun einen Herzinfarkt in Heerlen oder Groningen erleidet: in den Niederlanden ist die Behandlung überall gleich. Diese Einsätze werden anhand von landesweit einheitlichen Protokollen durchgeführt, die intensiv eingeübt werden. Medikation zum Beispiel wird nicht gegeben, wenn diese nicht in den Protokollen vorkommt. Abweichungen von diesen Protokollen können nur gemacht werden, wenn man hierfür gute Argumente hat. Basis dieser Protokolle ist die ATLS-Methode. Diese arbeitet aufgrund des A-B-C-D-Prinzips, A = Atemwege freimachen und Stabilisieren der zervikalen Wirbelsäule, B = Sorgen für eine angemessene Beatmung, C = Kreislauf. Man darf nie mit C anfangen, wenn A oder B noch nicht angemessen abgehandelt worden sind.

Alle 2 Jahre werden die nationalen Protokolle aktualisiert. So fangen wir im Jahre 2001 landesweit mit der Einführung der prähospitalen Thrombolyse an.

Gesetzliche Grundlage

Für die Anwendung der rettungssanitären Hilfsdienste treten verschiedene Gesetze in Kraft.

Das BIG-Gesetz

Dieses Gesetz enthält die Regelungen für alle Berufsgruppen, die an der Pflege verschiedener Patienten teilhaben. Der Kern dieses Gesetzes ist: „fähig macht befugt.“ Auch die Berufsbezeichnung des Rettungssanitäters ist in diesem Gesetz geregelt. Falls der Rettungssanitäter seine Fähigkeit anhand von Schulungen/ Training und Registrierung unter Beweis stellen kann, ist er/sie gesetzlich befugt, zum Beispiel eine Intubation durchzuführen, zu defibrillieren, eine Thoraxdrainage anzulegen, intravenöse Medikationen vorzunehmen etc.

Die WGBO

Das Gesetz über medizinische Behandlungsvereinbarungen. Dieses Gesetz schützt die Patienten. Das Rettungspersonal wird durch dieses Gesetz verpflichtet, dem Patienten ausreichende Informationen zu geben. Bei Problemen wird dies auch geprüft.

Das Qualitätsgesetz

Dieses Gesetz schreibt vor, dass Pflegeeinrichtungen eine verantwortungsvolle Pflegepflicht zu erfüllen haben und ein Qualitätssystem installiert haben müssen.

Was verantwortungsvolle Pflege bedeutet, mögen die Berufsorganisationen selbst beschreiben. Für die Rettungssanitätsdienste wird dies festgehalten in der Arbeitsanleitung „Verantwortungsvolle Rettungssanitätspflege“. Hier wird beschrieben, welche Aufgaben die Rettungssanitätsdienste erfüllen müssen. Hier werden u.a. die Anfahrtszeiten, Registrierung und Schulung des Personals, die Arbeit mit den Protokollen etc. beschrieben. Beim Qualitätssystem werden die in

der Arbeitsanleitung „Verantwortungsvolle Rettungssanitätspflege“ und im HKZ Schema (Harmonisierung Qualität Pflegeeinrichtungen) genannten Punkte geregelt. Auch Verwaltung und die Organisation der Umweltrichtlinien ARBO Pflege und noch vieles mehr werden im Qualitätssystem ausführlich beschrieben und von einem unabhängigen Qualitätsbüro geprüft. Ab 2003 ist die Zertifizierung der Rettungssanitätsorganisationen Pflicht.

Finanzen

Hier können wir es kurz halten. Jeder Patient oder seine Krankenkasse bekommt eine Rechnung. Die Rettungssanitätsdienste werden nicht vom Staat gefördert. Anhand der Umsatzzahlen werden die Budgets veranschlagt, wonach die Tarife festgelegt werden.

Eucrew

Dieses Symposium steht im Zeichen Europas. Im Dreiländereck zwischen Belgien, den Niederlanden und Deutschland – Euregio genannt – sind im Moment einige positive Entwicklungen im Gange, insbesondere auf dem Gebiet der Rettungssanitätsdienste. Unter Federführung des ADAC, zusammen mit den Deutschen und Belgiern, stellen wir im Moment Untersuchungen an, inwieweit wir Schulungen in Sachen Rettung durchführen können. Dieser zusammenarbeitende Verband heißt Eucrew. Im Moment sind wir dabei, einen „Kennenlernkurs“ zu entwickeln, so dass sich Mitarbeiter in der Euregio mit den Arbeitsweisen gegenseitig besser vertraut machen können. Weiterhin werden dort noch einige andere Kurse untergebracht, z. B. ATLS, PHTLS, HEMS, Notarztausbildung und für die Zukunft womöglich noch mehr.

Die Leitstelle 15 und die medizinische Entscheidung

Warum! Wie funktioniert es!

*Dr. Pierre Biehler, Dr. Sabine Leonhardt
SAMU 67 – Institut für Anästhesiologie
Universitätsklinik Straßburg*

Auf die Frage, was sich hinter der Telefonnummer 17 versteckt, antwortet jeder: die Polizei, hinter der Nummer 18: die Feuerwehr. Auf die Frage nach der Telefonnummer 15 hingegen wird mit fragendem Unterton geantwortet: das Krankenhaus? Die Rettungsleitstelle? Der Krankenwagen? Diese Antworten sind teilweise richtig, aber nicht voll zutreffend. Die Leitstelle 15 (Centre 15) bleibt eine Einrichtung, deren Rolle und Aufgaben in der Bevölkerung wenig bekannt sind.

Von der Telefonnummer 112 brauchen wir erst gar nicht zu sprechen! Nur wenige kennen diese Nummer und noch weniger wissen, wozu sie tatsächlich dient.

Am Anfang waren die SMUR

Anfang der 60er Jahre wurde die „mobile Einheit für medizinische Notfälle“ (SMUR) eingerichtet, nachdem eine ständig steigende Anzahl Schwerverletzter und Sterbender nach Unfällen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser verzeichnet wurde.

Nach der Verordnung vom 2.12.1965 wurden die Krankenhäuser aufgefordert, Notarztwagen zur Verfügung zu stellen, um Schwerverletzte unter besten Bedingungen in die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser bringen zu können.

Zur ursprünglichen Idee – schneller Transport des Verletzten ins Krankenhaus – gesellt sich die Vorstellung, den Patienten vor Ort zu behandeln, also das „Krankenhaus zum Patienten“ zu bringen.

Der Einsatzwagen (UMH) des SMUR entspricht einem Notarztwagen mit der Ausstattung einer Intensivereinheit. Somit können Behandlung und Transport von Schwerverletzten sowie lebensbedrohlich Erkrankter anderer Genese durchgeführt werden. Um dem Patienten die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten, muss aber auch das Personal entsprechend ausgebildet werden.

Mit Einrichtung der Leitstellen wurden hier klare Weichen gestellt und mit der Verordnung vom 30.6.1997 wird die personelle Besetzung eines „UMH“ klar definiert: ein oder zwei Sanitäter, ein(e) Krankenschwester/Pfleger sowie ein(e) Arzt/

Ärztin mit mindestens zweijähriger Erfahrung im Bereich der Notfall- und Intensivmedizin, eventuell zusätzlich ein Assistenzarzt/Ärztin in Fortbildung.

Der Rettungswagen (NAW) – UMH – ist nicht das einzige Transportmittel des SMUR. Die Leitstellen verfügen auch über speziell ausgerüstete Personenkraftwagen, so dass Personal und Versorgungsmaterial auf schnellstem Weg zur Unterstützung zu Krankenwagen von Privatunternehmen oder der Feuerwehr (VSAB) gebracht werden können.

Zu Beginn hatten die Leitstellen(SMUR) eine 6-stellige Telefonnummer und das System funktionierte nach dem Motto: 1 Anruf – 1 Einsatz. Schnell wuchs die Anzahl der Einsätze, so dass zu den Einsätzen für lebensbedrohlich Erkrankte auch Einsätze für weniger dringliche Fälle gefahren wurden. Je größer die Nachfrage, desto mehr Rettungswagen wurden bereitgestellt, was schließlich zu einem großen Kosten-Nutzen-Problem führte.

Also mussten die SMUR neu organisiert werden.

Und es entstanden die zentralen Leitstellen – SAMU

Seit Anfang der 70er Jahre wurden die Leitstellen einiger Krankenhäuser in der Form strukturiert, dass Anrufe entgegengenommen werden, von einem Arzt analysiert werden und entsprechende medizinische Hilfe von ihm angeordnet wird.

Erst viel später wurde durchgesetzt, dass diese Einrichtungen unter einer zentralen Rettungsleitstelle, der Abteilung für Notfallmedizin (SAMU), einheitlich geführt werden sollten gemäss der Verordnung Nr. 87-1005 vom 12.12.1987.

Artikel 1:

Die zentralen Rettungsleitstellen – SAMU – nehmen im Rahmen dieser Verordnung an der medizinischen Versorgung von Notfällen teil.

Artikel 2:

Ihre Aufgabe besteht darin, ausschließlich den medizinischen Bereich in Notfallsituationen abzudecken und gegebenenfalls mit der Feuerwehr zusammenzuarbeiten (Art.16 Gesetz vom 22.7.87).

Artikel 3:

Das heißt:

- Einrichtung eines 24-Stunden-Telefon-Bereitschaftsdienstes;
- Anrufe entgegennehmen, analysieren und in kürzester Zeit die notwendigen Mittel zur Versorgung des Patienten bereitzustellen;
- sich zu vergewissern, dass diese Mittel auch zur Verfügung stehen;
- Organisation des Transports in ein staatliches oder privates Krankenhaus mit staatlichen oder privaten Unternehmen;
- sowie die Überwachung der stationären Aufnahme des Patienten.

Artikel 4:

Die SAMU nehmen an Katastrophenübungen (ORSEC) und Notfallübungen teil gemäss Artikel 2-4 des Gesetzes vom 22.7.87, vor allem die in Absatz 2 Art. 3 aufgeführten (Massenunfälle). Die Koordinierungsfunktion im Rahmen überregio-

nalener Einsatzübungen (vgl. Art. 3) kann von einem oder mehreren SAMU übernommen werden (eingesetzt von der zuständigen Autorität, in Art. 5-9 festgelegt).

Artikel 5:

Die SAMU können an der medizinischen Versorgung bei Großveranstaltungen teilnehmen gemäss den Bedingungen der zuständigen Polizei.

Artikel 6:

Über die medizinische Primärversorgung hinaus arbeiten die SAMU im Bereich Hygiene, Vorbeugung und Forschung. Sie nehmen auch an der Ausbildung von Ärzten, Pflegepersonal und Sanitäter teil und geben Erste Hilfe Kurse (gemäss der Verordnung vom 4.1.1977)

Und die Zentrale 15?

Es handelt sich um eine Zentrale, deren Sitz in der zentralen Rettungsleitstelle – SAMU – ist.

Hier ist quasi das „Zentrum der Medizin“, vertreten durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen aus dem Klinikbereich, als auch der Hauptsitz der Sanitäter, organisiert gemäss der Verordnung des 16.12.87 und das Rundschreiben vom 28.12.88.

Die Zentrale 15 ist **die** Koordinationsstelle eines Departements für medizinische Notfalleinsätze mit einem Maximum an zuständigem Personal vor Ort. Spezielle Leitungen (Telefon, Funk) erlauben schnelle Verbindungen mit entsprechenden Organisationen wie der Feuerwehr (18) und der Polizei (17). Das vorhandene Funknetz stellt die Kommunikation unter den Organisationen vor Ort sicher.

Die Zentrale 15 ist ganz einfach zu erreichen: bei Notfall nur die 15 wählen!

Daraus ergibt sich die nächste Frage: 15 oder 112?

Die 15 kostet nichts in Frankreich, ein Anruf ist von jedem Telefon aus möglich. Allerdings können einige Handys ausländischer Fabrikation die 15 nicht anwählen, und nicht jeder kann die französischen Notrufnummern kennen.

Deshalb wurde die 112 für die Europäische Gemeinschaft ins Leben gerufen. Im Gegensatz zur 15 (med. Notfälle) ist die 112 **die** Telefonnummer für Notfallsituationen jeglicher Art.

In einem Drittel der Departements kommt der Notruf 112 in der Zentrale 15 an und in zwei Drittel kommt der Notruf 112 bei der Feuerwehrzentrale an (18). Für das Departement „Bas-Rhin“ werden die Notrufe 112 an die zentrale Rettungsleitstelle SAMU in Straßburg geleitet (mit ihrem Sitz in der Uniklinik Straßburg).

Und wie sieht's in der Praxis aus?

Der Anruf:

An erster Stelle müssen die genauen Daten eines Anrufs aufgenommen werden. Dies wird von speziell ausgebildetem Personal (PARM) übernommen, das die Organisation der Nothilfe wie seine eigene Westentasche kennt.

Die Aufgabe besteht darin, Ort, Adresse, Geschehen und nähere Umstände zu erfragen. Bei den häufig panischen Anrufern ein schwieriges Unternehmen. Jeder Anruf wird registriert, die jeweilige Telefonnummer automatisch identifiziert (Ausnahme Handys). Dann wird der Anrufer an den diensthabenden Arzt weitergeleitet, der eine Zusatzausbildung in Notfallmedizin besitzt. Nachdem sich dieser ein genaues Bild des Geschehens gemacht hat, entscheidet er, welche notwendigen Mittel bereitgestellt werden müssen (vom einfachen medizinischen Rat bis zum Einsatz eines NAW).

Welche „Einsatzmittel“ stehen dem Arzt zur Verfügung?

- Die mobilen medizinischen Einheiten (UMH) der lokalen SMUR des Departements. Im Bas-Rhin sind dies die SMUR von: Haguenau, Saverne, Selestat, Straßburg und Wissembourg, eingesetzt für medizinische Notfälle mit lebensbedrohlichem Charakter.
- Die Feuerwehr. In Frankreich sehr gut organisiert, mit gut ausgebildetem Personal. Ihre ursprüngliche Aufgabe war, wie der Name schon sagt, die Feuerbekämpfung. Dazu gesellten sich zunehmend weitere Aufgaben, vor allem Hilfe für Personen. In Zusammenarbeit mit der „SSSM“, einer Ärztesgruppe (vor allem Allgemeinmediziner) und einer großen Anzahl zur Verfügung stehender Notfallswagen der Feuerwehr (VSAB), werden vor allem ländliche Gebiete abgedeckt. Die Einsätze der Feuerwehr werden von der departementalen Hauptzentrale der Feuerwehr (CODIS) koordiniert, die den Notruf 18 entgegennimmt, in enger Zusammenarbeit mit der zentralen Rettungsleitstelle, die für die Notrufe 15 und 112 zuständig ist. Die Rettungswagen der Feuerwehr (VSAB), die vielerorts stationiert sind, ermöglichen somit kurze Anfahrtszeiten. Wenn nötig, kann ein SMUR zur Unterstützung folgen. Ihre Einsätze laufen alle unter der Leitung des diensthabenden Arztes der Rettungsleitstelle (SAMU), gemäß des Rundschreibens vom 18.9.1992. Die Verbindung erfolgt über Funk (SSU).
- Die niedergelassenen Ärzte sind derart nah zum Patienten, dass auch sie Notrufe entgegennehmen können. Ob Hausarzt, diensthabender Arzt oder Mitglied einer „Notfallorganisation“, sie können Notfälle übernehmen, sei es im Rahmen einer hausärztlichen Behandlung oder um therapeutische Erstmaßnahmen einzuleiten bis zum Eintreffen entsprechender medizinischer Unterstützung.

Nicht immer benötigt ein Krankentransport ärztliche Begleitung.

- Da gibt es Krankenwagen privater Unternehmen. Das Personal wird unter Leitung des SAMU ausgebildet. Dem diensthabenden Arzt stehen zwei Kategorien an Transportwagen zur Verfügung:
 - Wagen der Klasse A, die einen schnellen Transport des Patienten ermöglichen (ohne Arzt). Sie sind mit Blaulicht und Zweittonsirene ausgestattet, genau wie die UMH (NAW) des SMUR. Ihr Einsatz kann nur vom diensthabenden Arzt der Zentrale 15 angeordnet werden.

- Wagen der Klasse C sind für die programmierten Krankentransporte reserviert, die nicht über die Zentrale 15 laufen.
- Auch Hilfsorganisationen wie das Französische Rote Kreuz oder das Weiße Kreuz nehmen an der Ersten Hilfeleistung teil, insbesondere bei großen Versammlungen. Allerdings können sie nur einen Krankentransport durchführen, wenn einer der Helfer ausgebildeter Sanitäter ist. Aber auch in Krisensituationen haben sie ihren Platz.
- Und auch die Polizei darf nicht fehlen zur Unterstützung in problematischen Situationen, Unfällen, Störung der öffentlichen Ordnung u.ä. Dies geschieht immer unter strengster Einhaltung der medizinischen Schweigepflicht.

Und dann...

Die Entscheidungen und Maßnahmen sowie die richtige Ausführung stellen den Aufgabenbereich des diensthabenden Arztes der Zentrale 15 dar. So gibt der jeweilige Notarzt kurz nach Erreichen des Einsatzortes einen Bericht über Funk oder Telefon durch. Aufgrund der Schweigepflicht wird das Telefon bevorzugt.

Je nach Bericht wird auf der Leitstelle entschieden, welche zusätzlichen Mittel eingesetzt werden.

Und auch eine eventuelle Einweisung ins Krankenhaus unterliegt der Verantwortung der Leitstelle. Der Arzt muss das geeignete Krankenhaus mit entsprechend ausgerichteter Station finden; er teilt dem zuständigen Arzt Krankheitsgeschehen, Verdachtsdiagnose sowie eingeleitete Therapie des Patienten mit.

Eine durch und durch organisierte Institution zum Wohle des Patienten

Jedes medizinische Problem, vor allem aber jeder medizinische Notfall, fällt in den Aufgabenbereich der Abteilung für Notfallmedizin, dem SAMU.

Die Gesamtentwicklung zeigt sich wie folgt: 1999 wurden 150000 Anrufe in der Straßburger Zentrale 15 bearbeitet. Dabei geht das Spektrum von der einfachen Frage nach der diensthabenden Apotheke über das Einholen eines medizinischen Rates sowie von Überlandtransporten bis hin zum eigentlichen medizinischen Notfall, der den Einsatz von Notarzt und anderen entsprechenden Mitteln bedarf.

... Zentrale 15 Straßburg, alle 4 Minuten ein Anruf, alle 4 Minuten ein neues Problem.

Der Rettungsdienst in Dänemark

Ole Qvist Pedersen,
Chef des Rettungssekretariates,
Falck Dänemark.

Statistische Angaben zu Dänemark

Fläche	43.100 km ²	
Einwohnerzahl	5,3 Mio.	
Besiedlungsdichte	123 Ew/km ²	
Verwaltungsgliederung	14 Kreise, 275 Kommunen,	
Städte > 100.000 Einwohner	Kopenhagen	1.330.000
	Aarhus	285.000
	Odense	184.000
	Aalborg	161.000
Öffentliche Ausgaben Gesundheit	61.000 Mio. DKK (1 DM= 3,80 DKK)	
Ausgaben Gesundheit als GNP-Anteil	8 % (inkl. privat finanzierte Ausgaben, z. B. Medizin)	

1. Aufgaben

Die Aufgaben des Rettungsdienstes sind, Meldungen von den Alarmierungszentralen bei der Polizei (landesweite Rufnummer 112) zu empfangen und in Einsätze umzusetzen.

Der Rettungsdienst beginnt also in der Rettungskette mit den Aufgaben der Leitstelle.

Der Rettungsdienst verfügt über verschiedene Rettungskräfte: Rettungspersonal, Rettungsmittel usw. Ein integrierter Teil des dänischen Rettungsdienstes ist die technische Rettung, die als Aufgabe des Rettungsdienstes definiert ist.

Notfallrettung und Krankentransport wird mit denselben Rettungsmitteln, d. h. Rettungswagen (normalerweise Sprinter oder Transporter) durchgeführt. Nur für Sitzendtransporte werden normale PKW benutzt.

Ein Rettungswagen ist mit nichtärztlichem Personal besetzt. Auf jeder Rettungsfahrt fährt mindestens ein Rettungsassistent mit. Der Rettungsassistent hat eine derartige Ausbildung, die es ihm erlaubt, dem Patienten verschiedene Medikamente zu geben (z. B. gegen Herzschmerzen, Allergien, Asthma, Krämpfe). Er darf auch defibrillieren, zur Stabilisierung des Patienten isotonische Kochsalzlösung infundieren und kann ein EKG und Pulsoxymetrie auswerten.

Es gibt in Dänemark in nur in vier Städten (Kopenhagen, Aarhus, Aalborg und Slagelse) ein Notfallarztsystem. Alle sind Rendezvoussysteme mit Spezialaufbauten-PKW. In einigen Kreisen besteht die Möglichkeit, einen praktischen Arzt zu rufen (der fährt in seinem eigenen PKW); aber überwiegend sind die Rettungsassistenten das einzige zuständige Personal an der Einsatzstelle.

Rettungshubschrauber gibt es in Dänemark nur bei der Luftwaffe. Diese sind nicht Teil der täglichen Bereitschaft, werden aber für zivile Zwecke bei speziellen Unfällen und bei speziellen Krankentransporten auf kleinen Inseln eingesetzt.

2. Organisation

Notrufmeldungen 112 gehen an eine der 40 Alarmierungszentralen der Polizei.

Nur in Kopenhagen ist der Sitz der Alarmierungszentrale auf der Hauptwache der Feuerwehr. Die Regierung hat jedoch Pläne, die 40 Zentralen auf höchstens 14 zu reduzieren.

Die Alarmierungszentrale vermittelt telefonisch oder über Computer die Meldung an die Leitstelle des Rettungsdienstes. Es gibt eine Leitstelle bei der Kopenhagener Feuerwehr und 14 Leitstellen bei Falck, eine Leitstelle für jeden Kreis.

Die Leitstellen haben die Aufgabe, die Rettungsressourcen zu organisieren und zu koordinieren. Bei Falck geschieht das mit Hilfe eines spezialentwickelten Computersystems, EVA 2000, das, von GIS (GPS wird eingeführt) unterstützt, die schnellsten Ressourcen für die Aufgabe sucht.

Die Rettungswagen und das Rettungspersonal befinden sich entweder auf den 133 Falck-Rettungswachen oder auf der Fahrt und empfangen die Meldung durch Lautsprecher, Funk, Datafunk (mit Display) oder Pager. Wenn es z. B. um Verkehrsunfälle geht, sendet die Leitstelle auch ein Einsatzfahrzeug für Technische Rettung, die in Dänemark eine Aufgabe des Rettungsdienstes ist. Es gibt auch in einigen Gebieten mit geringer Besiedlungsdichte sogenannte First Responder Fahrzeuge, d. h. PKW ausgestattet wie ein Rettungswagen, aber ohne Trage und nur mit einem spezialausgebildeten Rettungsassistenten besetzt.

Es gibt weitere Möglichkeiten für die Falck-Leitstellen, ein anderes Falck-Fahrzeug, das in der Nähe ist, zum Unfallort zu dirigieren. Das operative Falck-Personal hat als Minimum eine Ausbildung als Rettungsassistent und kann deshalb qualifizierte Erste Hilfe leisten.

Es gibt 3.600 „Retter“ bei Falck. Sie haben eine rettungstechnische Ausbildung mit theoretischem und praktischem Inhalt: Rettungsdienst, Pannendienst, Feuerlöschung usw.

Die gesamte theoretische und praktische Ausbildung dauert ca. drei Jahre.

Ungefähr die Hälfte bekommt nach mindestens zwei Jahren im operativen Rettungsdienst eine Ausbildung als Rettungsassistent. Mit dieser Ausbildung kann der Rettungsassistent defibrillieren und verschiedene Medikamente geben. Die Regierung hat beschlossen, diese Ausbildung in Zukunft zu erweitern, so

dass eine „Paramedic-Qualifikation“ erreicht wird. Der „Paramedic“ darf z. B. mit der Laryngmaske umgehen und eine Thrombolyse durchführen. Die Rettungsassistenten müssen jedes Jahr ihre Ausbildung weiderholen und ein Examen bestehen.

Es gibt 450 Rettungswagen bei Falck. Sie werden täglich sowohl für Notfälle als auch für Krankentransporte benutzt. Auf diese Weise gibt es besonders in den Tagesstunden eine gute „Rettungsmitteldichte“. Die RTW sind dadurch durchgehend unterwegs, und befinden sich stets in relativer Nähe eventueller Einsatzorte. Dabei gibt es auch wegen der Einsatzfähigkeit eine relativ große Anzahl von RTW. Die Rettungsmitteldichte beträgt 9 RTW pro 100.000 Einwohner.

1999 gab es 305.000 Notfalltransporte bei Falck und 41.000 bei der Kopenhagener Feuerwehr. Die Anzahl der RTW-Krankentransporte betrug 343.000 (Falck). Daneben hat Falck 1,5 Mio. sitzende Transporte (öffentlich bezahlt oder über s. g. Falck-Abos durchgeführt).

Pro 1000 Einwohner sind 1999 in den 14 Kreisen 65 Notfalltransporte und in Kopenhagen 84 Notfalltransporte durchgeführt worden.

3. Rechtliche Grundlagen

Die rechtliche Grundlage des Rettungsdienstes ist das Krankenhausgesetz.

Das dänische Parlament, Folketinget, ist für die Krankenhaus-Gesetzgebung verantwortlich.

Das Ministerium für Gesundheit hat unter diesem Gesetz eine Verordnung für das außerklinische (prähospital) Versorgungssystem erlassen. Diese Verordnung betrifft in besonderer Weise den Rettungsdienst und die Ansprüche an diesen Dienst, z. B.:

Kreis-Plan für Organisation und Entwicklung, Ausbildung von Personal, Bestimmungen über Eintreffzeiten usw.

Die Kreise sind für das Krankenhauswesen und damit auch für die Notfallrettung zuständig. Das Krankenhauswesen ist das größte Aufgabengebiet der Kreise und verursacht rund 50 % der Ausgaben. Rund 2,5 % der Krankenhausaufgaben entfallen auf Notfallrettung und Krankentransport.

In der Stadt Kopenhagen (eine kreisfreie Stadt) ist eine öffentliche Gesellschaft für das Krankenhauswesen und damit auch den Rettungsdienst zuständig. Hier gibt es einen Vertrag mit der Kopenhagener Feuerwehr für Notfallrettung und Krankentransport.

Die 14 Kreise haben alle Verträge mit Falck.

Der Kreistagsverband in Dänemark und Falck vereinbaren einen Rahmenvertrag für Ambulanz- und Krankenwagendienst. Dieser Rahmenvertrag legt allgemeine Bedingungen und Service- sowie Qualitäts-Verpflichtungen zusammen mit Preisliste und Preisregulierung fest. Der Vertrag mit den einzelnen Kreisen wird innerhalb dieses Rahmenvertrages vereinbart. Die Kreise legen selbst ihre Hilfsfristen/Eintreffzeiten fest.

Die Verträge enthalten Bestimmungen, wonach Falck Geld zurückzahlen muss, wenn man die verabredeten Hilfsfristen für das einzelne Jahr nicht erfüllen kann. Die folgende Tabelle stellt die verabredeten Hilfsfristen (durchschnittliche Hilfsfristen in Minuten) und die Erfüllung dar:

Kreis (Amt)	Tatsächliche Hilfsfristen	Verabredete Hilfsfristen
	1999	1999
Kopenhagen Amt	6,5	6,5
Frederiksborg Amt	8,6	9,0
Roskilde Amt	7,9	7,9
Vestsjællands Amt	8,1	8,1
Storstrøms Amt	9,3	9,5
Bornholms Amt	10,3	10,
Fyns Amt	7,6	7,9
FSønderjyllands Amt	9,7	10,1
Ribe Amt	8,5	9,2
Vejle Amt	7,8	7,9
Ringkjøbing Amt	8,8	9,0
Aarhus Amt	7,7	8,3
Viborg Amt	8,5	8,8
Nordjyllands Amt	8,6	8,7

Die verabredeten Hilfsfristen sind normalerweise die durchschnittlichen Hilfsfristen. In den letzten Jahren wurden diese durch Intervallhilfsfristen ergänzt. Die Intervallhilfsfristen für Notfallrettung auf Landesebene waren in 1999:

< 5 Minuten	36 %
< 10 Minuten	75 %
< 15 Minuten	93 %
< 20 Minuten	98 %

4. Finanzierung

Es gibt internationale Analysen und Statistiken, die die Rettungs- und Feuerwehrdienste in Dänemark als sehr effektiv und billig beschreiben (siehe z. B. *Dennerlein und Schneider, „Wirtschaftlichkeitsreserven im Rettungsdienst“, Augsburg, 1995* und *Wilmot in World Fire Statistics Centre Bulletin, Geneva, 1996, die schwedische Räddningsverkets (Juås), Analyse von Kosten in Feuerwehr, Karlstad, 1994* und *„Transport of Patients-International Comparison, Statistics Netherlands, Voorburg, 1998*).

Die Kreise sind für die Finanzierung der Rettungs- und Krankentransportdienste zuständig. Diese erfolgt über die Kreissteuer (Einkommensteuer). Die Ausgaben für die Notfallrettung betragen 125 DKK (1999) pro Einwohner.

Die Rettungsdienstleistungen werden durch private Anbieter erbracht, den Rahmen haben die öffentlichen Behörden zu gestalten, die Finanzierung und Kontrolle erfolgt durch die Kreise.

5. Was ist Falck ?

Falcks Rettungsdienst ist ein Teil des dänischen Konzerns Group 4 Falck, eines der größten Privatunternehmen der Welt in Bereich des Sicherheitsdienstes, Rettungsdienstes und Feuerwehrdienstes. Group 4 Falck beschäftigt 115.000 Mitarbeiter und hat Unternehmen in 52 Ländern, hierunter alle Ostseeländer. In Deutschland beschäftigt Falck heute 1700 Mitarbeiter im Sicherheitsdienst.

Der Umsatz des Group 4 Falck Konzerns beträgt rund 4 Mrd. DM pro Jahr. Falck Rettungsdienst in Dänemark beschäftigt sich mit Rettung, Feuerwehr, Pannendienst, Alarm- und Wachdienst, Tierrettungs- und andere Notfallsrettungsleistungen und Brandschutz. Die Kunden sind öffentliche Kunden wie Kommunen, Kreise, Polizei und private Kunden wie Unternehmen und Haushalte, die z. B. Abonnements für Auto (Pannenservice), Wohnung (Alarm, Rettung) und Krankenbeförderung haben. Der blaue Stempel der öffentlichen Behörden hat Bedeutung für die Entwicklung der Aufgaben, die Falck anbietet. Die öffentlichen Aufgaben schaffen die Grundlage für die Entwicklung auf dem privaten Markt, und umgekehrt ermöglichen die privaten Aufgaben Ressourcen für die Entwicklung im öffentlichen Rettungsdienst.

Sanitätstransportdienste können auch durch private Anbieter erbracht werden

Dr. Jan Nowicki, Gizycko/Polen

Die Rechtsgrundlagen im Bereich der Notfallhilfe werden durch Gesetze und Verordnungen des Gesundheitsministeriums gegeben. Alle Gesetze und Verordnungen des Gesundheitsministeriums sind im polnischen Gesetzbuch zu finden.

Der Rettungsdienst sichert 24stündige Hilfeleistung im Falle eines Unfalls, einer Verletzung, einer Krankheit, einer Geburt oder einer Gesundheitsverschlechterung, welche das menschliche Leben gefährden könnte. Um diese Bereitschaft aufrechtzuerhalten, sollten bestimmte Bedingungen erfüllt werden. Die Transportkolonne (Sanitätskolonne):

- sollte über Fahrzeuge verfügen, deren technische Bedingungen dem Standard entsprechen,
- sollte über medizinische Apparatur und technische Ausrüstung verfügen, die im Standard enthalten sind,
- sollte über Fachpersonal verfügen, dessen Zahl und Qualifikationen ebenfalls einem Standard entspricht,
- sollte die im Standard vorgesehenen medizinischen Mittel und Medikamente mitführen.

Die **Sanitätskolonnen** werden von dem Wojewode (vgl. dem Ministerpräsidenten eines Bundeslandes) rechtlich anerkannt und zugleich ins Leben gerufen. Ihnen wird auch das Recht gegeben, die Sanitätskolonnen umzuwandeln und ab-zuberufen. Der **CZLS/Zentral-Luftrettungsdienst** wird durch das Gesundheitsministerium eingerichtet, verändert und aufgelöst.

Sanitätstransportdienste/KTS können auch durch private Anbieter erbracht werden, die über eigene Sanitätstransportmittel verfügen. In der Verordnung des Gesundheitsministeriums werden alle technischen und medizinische Anforderungen festgelegt. KTS und CZLS werden grundsätzlich staatlich unterstützt. Sie könne staatlich oder privat organisiert sein. Sobald KTS und CZLS im Registergericht eingetragen werden, erhalten sie ihre Rechtspersönlichkeit.

KTS und CZLS leisten folgende Dienste: Sanitätstransport, Einsatzbereitschaft im Falle eines Unfalls und Funkverkehr. Sie erhalten die nötigen Finanzmittel aufgrund der abgeschlossenen Verträge mit der Krankenkasse, aber auch durch Schenkungen und Spenden.

Dem Gesundheitsministerium steht das Recht zu, Kontrollmaßnahmen zu ergreifen, die sich auf die Tätigkeit der für das Transportwesen zuständigen Orga-

nisationen erstrecken. Der Wojewode kontrolliert die für das Transportwesen zuständigen Organisationen innerhalb der Wojewodschaft.

Das Gesundheitsministerium, der Wojewode oder die territoriale Selbstverwaltung können den Organisationen, die auf Sanitätstransport spezialisiert sind, besondere Aufträge erteilen. Im Falle der Katastrophe, Epidemie, Naturkatastrophe werden dann die Sanitätskolonnen zum sofortigen Einsatz auch im Ausland verpflichtet. Zahlungsregelungen werden vorgenommen, wie etwa bei **ZOZ (Gesundheitsdienstleistungsbetrieb)**.

Die 24stündige Einsatzbereitschaft wird gewährleistet durch:

1. Reanimations-Rettungswagen (**R**) und Reanimations-Rettungswagen für Säuglinge (**RN**)
2. Reanimations-Unfall-Rettungswagen (**W**)
3. Allgemeinärztlicher Rettungswagen (**O**); Rettungswagen (**P**) für ärztliche Behandlung von Kindern
4. Krankenbeförderungsfahrzeuge

Die Struktur des Hilfeleistungssystems ist folgendermaßen aufgebaut:

1. Einheitliches Stern-System innerhalb von Großstädten mit Koordinationszentrum
 - A: Eine Entscheidungsstelle für sofortige Einsatzbereitschaft im Stadtzentrum, der Rettungswagen zur Verfügung gestellt werden, deren Einsatzraum auf das Stadtzentrum begrenzt ist.
 - B: Operationsbezirke; in jedem Bezirk ist eine selbstständige Sektion tätig, die über eine bestimmte Zahl der Rettungswagen verfügt, die jederzeit einsatzbereit sind. Für die optimale Besetzung verfügt jede Sektion über folgende Typen der Rettungswagen: R, W, O, P.
 - C: In der Stadt sollte der Verunglückte innerhalb von 10 Minuten erreicht werden und außerhalb der Stadt beträgt die Hilfsfrist höchstens 15 Minuten mit Berücksichtigung der Verkehrsbedingungen und Staus. Der Notruf sollte spätestens nach 15 Sekunden aufgenommen sein.
 - D: Das Koordinationszentrum nimmt alle Meldungen unter der Telefonnummer 999 entgegen und, falls nötig, leitet es die Informationen an die der Unfallstelle nächstliegenden Bezirke weiter. Das Koordinations- und Informationszentrum hat direkte Verbindungen zu allen Stadtdiensten. Den Dienst der Disponenten überwacht rund um die Uhr ein Koordinator. Die Operationsbezirke sollten aufeinander abgestimmt sein und eine Art von Verbindungskette bilden. Falls einer der zuständigen Bezirke nicht in der Lage ist, einen Notarzt an die Unfallstelle zu schicken, übernimmt ein anderer dessen Aufträge, die dann ohne Zeitverlust ausgeführt werden.
2. Außerhalb der Großstädte gibt es kleinere Operationsstellen mit Notmeldezentralen, die mit Koordinationszentren und Stadtdiensten vor Ort wie etwa

Polizei und Feuerwehr zusammenarbeiten und mit denen sie in ständiger Verbindung bleiben, falls sie Unterstützung brauchen sollten. Genauso wie in den Großstädten wird der Dienst der Disponenten rund um die Uhr durch einen Koordinator überwacht.

Qualifikationen und Besetzung der Rettungsdienste:

1. Zespé³ reanimacyjny-R (**Reanimationsmannschaft-R**) – ein Facharzt im Bereich Anästhesiologie und intensiver Heilbehandlung, ebenfalls ein Arzt, der auf diesem Gebiet über bestimmte Kenntnisse verfügt, welche bescheinigt werden. Auch für die Tätigkeit in der Reanimationsmannschaft ist eine Bescheinigung erforderlich.
 - Ein Internist oder Chirurg ersten oder zweiten Grades muß einen entsprechenden Nachweis vom Wojewodschaftspezialisten für Anästhesiologie und intensive Heilbehandlung vorweisen.
 - Ein Fahrer der Einsatzfahrzeuge muss einen Führerschein der entsprechenden Klasse und eine Schulung in Erster Hilfe nachweisen.
2. **RN-Mannschaft** – wie oben, ein Facharzt für Anästhesiologie oder Neonatologie mit der Schulung im Bereich der Anästhesiologie und der intensiven Heilbehandlung.
3. **RW-Mannschaft** – 3 Personen = Arzt mit Spezialisierung im Bereich der Anästhesiologie, Chirurgie, Traumatologie, Orthopädie mit dem Nachweis der Kenntnisse und Erfahrung in der RW-Mannschaft.
4. **O/OP-Mannschaft** – 3 Personen = Arzt, Fahrer, Sanitäter.

Leitstelle

1. Gebäude für Rettungsmannschaften mit sanitären Einrichtungen und sozialer Basis
2. Behandlungsraum mit Ausstattung
3. Doppeltes Verbindungssystem mit anderen Rettungsmannschaften
4. 24ständiger Disponentendienst
5. Straßengünstige Lage

Der Luftrettungsdienst wird nur in solchen Situationen gebraucht, bei denen das menschliche Leben zeitbedingt gefährdet ist, der Transport dauerhafte, gesundheitliche Schäden anrichten kann (Körpererschütterungen) oder in dem Fall, wenn der Unfallort durch Straßenfahrzeuge unerreichbar ist.

Der Luftrettungsdienst wird in folgenden Fällen eingesetzt:

1. Unfälle, bei denen es zur unmittelbaren Bedrohung des Lebens kommt
2. Transport von Kranken, Arzneimitteln, medizinischen Rettungsgeräten, Fachärzten
3. Naturkatastrophen, Fahndungseinsätze/**Helicopter Search and Rescue Flight – SAR**

4. Sanitätsflüge/**Helicopter Air Ambulance**

HEMS/Helicopter Emergency Medical Service als Einsatzgruppe bei den sämtlichen Unfällen ist in 4 Minuten nach der Unfallmeldung startbereit. Die Meldung erfolgt entweder auf der 169,00-MHz-Frequenzlänge, die landesweit durch Rettungsdienste benutzt wird, oder telefonisch. Nur die Disponenten des Rettungsdienstes, der Feuerwehr, aber auch **GOPR** (Bergwacht), **WOPR** (Wasserwachstellen) sind dazu berechtigt, die HEMS-Mannschaften anzufordern. Die Grundlage für den Einsatz der HEMS-Mannschaften ist eine schriftliche Auftragserteilung eines Klinikleiters, die per Fax übersendet wird. In Notfällen kann die Auftragserteilung telefonisch ausgeführt werden. Alle Flugkosten gehen auf die Rechnung des Flugrettungsdienstes (LPR), unter Ausschluss der Lieferung von Transplantationsorganen. Die Entscheidung über die einzelnen Aufträge trifft der Notarzt der HEMS-Mannschaft und bei Streitigkeiten übernimmt die Verantwortung für den Einsatz dieser Gruppe die Verwaltung in Warschau.

Die Krankenkasse und ZOZ (Gesundheitsdienstleistungsbetrieb-Krankenhaus) schließen Verträge über Sanitätstransportdienstleistungen ab. Dies geschieht im Rahmen einer Bewerbungsausschreibung, die rechtlichen Bestimmungen unterliegt und gesetzlich geregelt ist.

Die oben genannten Anstalten können einen Zuschuss, z. B. zum Ankauf von Sanitätstransportmitteln, Medikamenten, technischen Geräten beantragen. Die mit der Tätigkeit der Anstalt verbundenen Ausgaben werden durch das Entscheidungsorgan gedeckt.

Der Rettungsdienst unternimmt notwendige Schritte, um Notfallhilfe im Fall eines Unfalls, einer Geburt u. ä. zu leisten. Zu den Aufgaben des Rettungsdienstes gehört außerdem Krankenbeförderung, der gesetzlichen Grundlagen unterliegt (Art. 31, Ust. 2; Art. 50, Ust. 2).

Die Hilfeleistung ist kostenlos für Personen, die krankenversichert sind und über einen gültigen Krankenschein verfügen.

1. Der Rettungsdienst leistet Notfallhilfe an der Unfallstelle oder im Ambulatorium im Fall eines Unfalls, einer Vergiftung, einer Verletzung, einer Geburt, einer Erkrankung oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes.
2. Der Rettungsdienst ist für folgende Ereignisse zuständig:
Katastrophen, Naturkatastrophen, aber auch solche Einsätze, bei denen eine große Zahl von Verletzten vorliegt.
3. Der Rettungsdienst übernimmt all die Aufgaben, die mit dem Transport von Kranken und Verletzten verbunden sind.
4. Im Fall einer dauerhaften Behandlung der Patienten übernimmt der Rettungsdienst Transportaufgaben.

Der Rettungsdienst liefert den Patienten ins Krankenhaus ein, falls der Patient einer ärztlichen Behandlung unterzogen werden soll.

Die Berechnungsgrundlage zur Erfüllung des Vertrags mit der Krankenkasse ergibt sich aus der durch den Rettungsdienst angegebenen Zahl der Personen,

die das Einsatzgebiet bewohnen und dem Jahresumsatz.

Die Vertragserfüllungsforderungen werden monatsweise in Höhe von 1/12 des Verhandlungssatzes ausgezahlt.

Die Rechtsgrundlage im Bereich der Notfallhilfe:

- Gesetz – 06.02.1967/Dz.U. Nr. 28 poz.153/ – über die Gesundheitsreform,
- Verordnung des Gesundheitsministeriums – 27.11.1998/Dz.U. Nr. 148 poz.978 – die Krankenkassenverträge,
- Gesetz – 30.08.1991/Dz.U.Nr. 91 poz. 408,
- Verordnung des Gesundheitsministeriums – 29.03.1999/Dz.U. Nr. 30 poz.300 über die Qualifikationen und Besetzung der Rettungsdienste,
- Gesetz – 05.12.1966/Dz.U. Nr. 28 poz.152 über die Ärztliche Tätigkeit,
- Gesetz – 05.05.1996/Dz.U. Nr. 91 poz.410 über den Schwestern- und Hebammenberuf,
- Verordnung des Gesundheitsministeriums – 15.01.1999/Dz.U. Nr. 7 poz.66 über die Krankenkassendokumentation,
- Verordnung des Finanzamtsministeriums – 17.11.1998/Dz.U. Nr. 143 poz.921 über das Versicherungssystem im Gesundheitswesen.

Rettungsdienste in Österreich

Aufgaben – Organisation – Rechtliche Grundlagen – Finanzierung

Dr. Robert Brandstetter,
Geschäftsführer Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.,
Wien/Österreich

1. Einleitung

Der Rettungsdienst im weiteren Sinne – ich beziehe auch das Krankentransportwesen ein – in Österreich steht seit einigen Jahren in mehreren Spannungsfeldern: freier Wettbewerb – Qualitätsstandards und höhere Ausbildungserfordernisse – Finanzierung, das sind die Themen, die intensiv diskutiert werden.

2. Aufgaben

Die Rechtsordnung in Österreich definiert in Verfassungsgesetzen, Bundes- und Landesgesetzen mehr oder weniger genau die Aufgaben des Rettungswesens im weiteren Sinne:

- 2.1. Krankentransport:** ausschließlich Transport nicht mobiler Personen (mangelnde Gehfähigkeit oder auch Gefährdung) im Falle zur oder von einer ärztlichen Versorgung oder sonstigen therapeutischen Maßnahme, ohne dass im Zuge des Transportes medizinische Versorgungsleistungen erbracht werden.
- 2.2. Rettungsdienst** im engeren Sinn: Erste Hilfe Leistung und Krankenbeförderung mit einem Rettungswagen in solchen medizinischen Notfällen, in denen die Transportfähigkeit gegeben ist oder mit den Sanitätern zur Verfügung stehenden Mitteln hergestellt und/oder aufrechterhalten werden kann.
- 2.3. Notarztendienst:** Rettungsdienst, bei dem am Einsatzort und/oder während des Transportes mit Notarztwagen oder Notarztthubschrauber notärztliche Maßnahmen erforderlich sind, um die Transportfähigkeit herzustellen und/oder aufrechtzuerhalten.
- 2.4. Der Ärztefunkdienst** ist eine Sonderform der (haus-)ärztlichen Versorgung. In der Folge wird nicht weiter darauf eingegangen, auch wenn – regional unterschiedlich – Rettungsorganisationen wesentlich bei der Sicherstellung dieser Dienstleistung mitwirken.
- 2.5. Rettungsorganisationen** sind oft auch Anbieter von Sozial- und Pflegediensten und sind in der Alten-, Jugend- und Behindertenarbeit tätig.
- 2.6.** Die Rettungsorganisationen sind intensiv in den regionalen und überregionalen Katastrophenschutz eingebunden und arbeiten in Übungen und Ernstfällen mit den sonstigen Einrichtungen (Behörden, Feuerwehr, Bundesheer, etc.) zusammen.

3. Rechtliche Grundlagen

3.1. Art. 10 Abs. 1 der österreichischen Bundesverfassung verweist das Gesundheitswesen und Sozialversicherungswesen allgemein in die Kompetenz des Bundes. Bundessache sind dabei grundsätzlich die Gestaltung jener Regelungen, die zur Abwehr allgemeiner Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung notwendig sind.

Die Regelung der Tätigkeit der Ärzte im Ärztegesetz, der Ärzteausbildungsordnung und die Regelung der Ausbildung der Sanitäter (Sanitätshilfsdienste) sind Beispiele dafür.

Ausdrücklich ausgenommen von der Bundeskompetenz ist das Rettungswesen: Die gesetzlichen Vorgaben für Einrichtung und Organisation des Hilfs- und Rettungswesens obliegen den Ländern. Die Vollziehung dieser Gesetze obliegen den Ländern und Gemeinden, so auch die Bereitstellung der dafür notwendigen finanziellen Mittel.

In den einzelnen landesgesetzlichen Bestimmungen ist festgehalten, dass die Gemeinden, die die erforderlichen Leistungen des Rettungsdienstes sicherzustellen haben, dies entweder durch Einrichtung eines eigenen Gemeinderettungsdienstes (Wien ist dafür derzeit das einzige Beispiel in Österreich) oder durch Abschluss eines Vertrages mit einer landesgesetzlich anerkannten Rettungsorganisation zu erfüllen haben.

3.2. Sonderfall Wien: Wien hat das älteste Landesrettungsgesetz (aus 1965), von dessen Geltung die im Zeitpunkt des Inkrafttretens bestehenden Rettungsdienste in nachfolgenden Novellierungen ausgenommen wurden. Auf die JUH wendet man das Gesetz nicht an, weil es zur Folge hätte, dass mit den Krankenkassen gleich hohe Tarife zu verrechnen wären wie die des öffentlichen Rettungs- und Krankentransportdienstes der Stadt Wien.

Nur die Stadt Wien (1.607.700 Einwohner) organisiert den Rettungs- und Notarztdienst mit eigenem Personal und Material. Elf Notarztwagen, fünf Notarzteinsatzfahrzeuge, 19 Rettungswagen und ein Notarzt-Hubschrauber stehen verteilt über 17 Rettungsstationen in Wien zur Verfügung. Aus Kostengründen zog sich die Stadt Wien bis Jahresende 1999 aus dem Krankentransportdienst völlig zurück und überlässt ihn den privaten Rettungsdiensten. Die Stadt besteht jedoch trotz höherer Kosten weiterhin darauf, den Rettungs- und Notarztdienst überwiegend selbst zu besorgen.

3.3. Innovativ zeigt sich Österreich bei der Frühdefibrillation: Seit ca. 2 Jahren dürfen Sanitäter im Rahmen der Notkompetenz mit 15-Stunden-Zusatzschulung und regelmäßiger Rezertifikation halbautomatische Defibrillatoren einsetzen und ermöglichen damit einer breiten Gruppe von Helfern und Mitarbeitern diese Maßnahme der erweiterten Erste Hilfe.

Betreiber und Vorreiter dabei waren die Johanniter und das Rote Kreuz Steiermark. Bei der JUH ist die Zertifikation für die Frühdefibrillation Voraussetzung für alle Helfer; sämtliche Einsatzfahrzeuge sind mit den „Halbautomaten“ ausgestattet.

4. Organisation

4.1. Allgemeines

Entsprechend der landesgesetzlichen Kompetenz ist das Rettungswesen in Österreich grundsätzlich nach Bundesländern organisiert, eine übergreifende Struktur existiert nur insoweit, als die Anbieter von Rettungsdiensten (Rotes Kreuz, Arbeiter Samariter Bund, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser Hospitaldienst) in bundesweiten Dachverbänden organisiert sind, die wiederum auf den verschiedensten Gebieten wie z.B. der Ausbildungsreform für Sanitäter und Finanzierung auf loser Basis Interessen gemeinsam wahrnehmen und zusammenarbeiten.

Anders als etwa in Frankreich ist in Österreich das Rettungswesen von der Feuerwehr organisatorisch klar getrennt. Wenn auch Gründe der Spezialisierung dafür sprechen, darf nicht übersehen werden, dass die Feuerwehr meist zuerst an Einsatzorten mit hohem Gefährdungspotential tätig ist und mit kurzen Hilfsfristen effizient Erste Hilfe leisten kann.

4.2. Rechtsformen

Bei den Rechtsformen, in denen Rettungsorganisationen in Österreich heute tätig sind, ist der gemeinnützige Verein weiterhin vorherrschend. Nur dort, wo umfangreiche betriebliche Strukturen entwickelt wurden (Ballungszentren) oder Vereinsstatuten das Verhältnis zwischen Entscheidungs-, Verantwortungs- und Haftungsträgern zu sehr auseinanderdriften lassen, wählt man zusehends auch die gemeinnützige GmbH als Rechtsform, um den wirtschaftlichen Anforderungen und innerbetrieblichen Verantwortungen besser gerecht zu werden. Im Rettungswesen ist grundsätzlich das Non-Profit-Unternehmen vorherrschend. „Neue Anbieter“, die sich auf den Krankentransport beschränken, sind durchaus auch gewinnorientiert tätig.

Die Rettungsorganisationen sind also grundsätzlich private, nicht staatliche Organisationen, sieht man von Magistratsabteilung 70, dem „Rettungs- und Krankentransportdienst der Stadt Wien“, ab.

Sie sind auch unabhängiger in den wirtschaftlichen Entscheidungen: Beispielsweise schreibt nicht die Krankenkasse vor, wann ein RTW oder KTW abzustoßen ist, sondern wird von der Rettungsorganisation nach deren wirtschaftlicher Beurteilung selbst entscheiden.

4.3. Die Rettungsorganisationen

4.3.1. Das Rote Kreuz. Die weitaus größte Rettungsorganisation in Österreich ist das Rote Kreuz. 9 Landesverbände sind in 143 Bezirksstellen, diese wiederum in 978 Ortsstellen untergliedert. Da nur 421 Ortsstellen rund um die Uhr besetzt sind, werden Aufgaben von den übergeordneten Gliederungen in dem Maße durchgeführt, in dem die Untergliederung dazu nicht in der Lage ist. Obwohl die Landesverbände des Roten Kreuzes Vereine wie der Arbeiter Samariter Bund und die Johanniter-Unfall-Hilfe sind, kommt ihnen wegen der rechtlichen Sonderstellung

(Rot Kreuz Gesetz) und der starken Verankerung in den Landesrettungsgesetzen eine dominierende Sonderstellung zu, die bis zur Mitwirkung bei der Wahrnehmung behördlicher Aufgaben geht und auf Kritik jener stößt, die gerne mehr Wettbewerb unter den Anbietern von Rettungs- und Krankentransportdiensten sehen möchten.

Die enge Verflechtung auf gesetzlicher bzw. auch politischer Ebene hat einerseits den Vorteil einer intensiven und reibungslosen Zusammenarbeit im Notfall- und Katastrophenwesen, wird aber dem Gedanken des freien Wettbewerbs widersprechen. Etwa dann, wenn wie im Burgenland das Rote Kreuz durch das Landesrettungsgesetz in einem Landesrettungsausschuss vertreten ist, der unter anderem darüber befindet, ob Bedarf nach weiterer rettungsdienstlicher Versorgung gegeben ist oder nicht. Eine Situation des fehlenden Wettbewerbs birgt die Gefahr, dass Mittel nicht immer effizient eingesetzt werden und Gemeinden einem de-facto-Monopol ausgeliefert sind.

4.3.2. Arbeiter Samariter Bund. So kann der Arbeiter Samariter Bund trotz langer Tradition österreichweit nur wenig Fuß fassen, was die flächendeckende Verbreitung betrifft. Der ASB ist sehr dezentral organisiert, jede Ortsstelle ist als Verein eine juristische Person, der Einfluss der Bundesorganisation ist gering. Der ASB verfügt über 54 Gruppen, die meisten davon in Niederösterreich (28) und Wien (11). In 4 Bundesländern (Wien, NÖ, OÖ, Bgld.) sind Landesverbände eingerichtet, die bundesweite Koordination erfolgt durch einen Bundesverband mit Sitz in Wien.

4.3.3. Die Johanniter-Unfall-Hilfe als jüngere (Gründung 1974) der traditionellen Rettungsorganisationen in Österreich hat hauptamtliche und damit umfangreichere Strukturen erst in den 80er Jahren entwickelt. Sie ist in drei Bundesländern vertreten (Wien – Tirol (Innsbruck) – und Kärnten (Patergassen). Obwohl zentralistisch organisiert (Bereiche = Landesstellen sind keine selbstständigen Rechtspersonen) genießen die Landesstellen faktisch eine starke wirtschaftliche Selbstständigkeit.

4.3.4. Der Malteser Hospitaldienst ist in 7 Bundesländern eingerichtet, in Wien hat die Bundeszentrale ihren Sitz. Der MHD verzichtet in Österreich auf den Einsatz von hauptamtlichen Mitarbeitern und Zivildienern und kann aus diesem Grund keine bedeutende wirtschaftliche Größe erreichen. Die Arbeit der ehrenamtlichen Helfer im Rettungs- und Krankentransportdienst wird in Zusammenarbeit mit anderen Rettungsorganisationen erfüllt (Beispiel Wien), die die Zusammenarbeit mit dem MHD zur Ergänzung ihrer Kapazitäten schätzen.

4.3.5. „Neue“ und gewerbliche Anbieter. In den letzten Jahren hat vor allem in den größeren Ballungszentren eine Zahl von „neuen“ Anbietern begonnen, in die klassischen Aufgabenbereiche der Rettungsdienste, dabei vor allem in den Krankentransport, einzudringen. Sie nützen dabei die verwaschene und nicht kostengerechte Tarifstruktur des Rettungswesens in Österreich.

4.3.6. Anbieter von Notarztthubschraubern: Die Versorgung mit NAHs ist in Österreich nahezu flächendeckend gegeben. Sie wird vom Bundesministerium für Inneres (7 NAHs), ÖAMTC (Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club, 6 NAHs) und dem Bundesheer (1 NAH) getragen. Sekundärtransporte werden auch von weiteren Maschinen des öst. Bundesheeres am Standort Linz (OÖ) durchgeführt. In Verträgen zwischen Bund und den Ländern wird dabei eine Aufgabenteilung so festgelegt, dass Piloten, Fluggerät und Wartung vom Bund getragen werden, medizinisches Personal und Alarmierungszentralen werden von den Ländern finanziert und organisiert.

5. Finanzierung

5.1. Pfeiler der Finanzierung

Regional unterschiedlich ist der Anteil der Krankenkassen an der Finanzierung des Rettungswesens höher oder niedriger.

Auf der Kostenseite sind ehrenamtliche Helfer heute bei der Aufrechterhaltung des Rettungswesens in Österreich unverzichtbar. Auch der Zivildienst hat sich in den letzten Jahren mehr und mehr als fester Bestandteil der Sicherung personeller Kapazitäten der Rettungsorganisationen herausgebildet.

5.2. Kompetenzbedingte Verteilung der Finanzierung

Die Kompetenzzuweisung des Rettungs- und Krankentransportwesens auf Länder und Gemeinden und der Sozialversicherung zum Bund hat zum Ergebnis, dass die Finanzierung ebenfalls geteilt ist. Die Länder kommen meist in Form von Subventionen für Investitionen der Infrastruktur der Rettungsorganisationen auf. In Landesrettungsgesetzen wird von den Gemeinden für die Finanzierung von Bereitschaftszeiten und laufenden Betrieb mit einer Kopfgebühr je Einwohner gesorgt. Die Krankenversicherungen kommen für die Kosten medizinischer Versorgung (ärztliche und therapeutische Hilfe) auf und begleichen die den Einsätzen direkt zuweisbaren Personal- und Sachkosten meist in Form von kilometerabhängigen Vergütungen.

5.3. Schwierige Finanzierung in ländlichen Gebieten

Diese Finanzierungsform zeigt, dass in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte die Finanzierung des Rettungswesens schwierig ist. Der Anteil hauptamtlicher Mitarbeiter von Rettungsdienststellen ist in bevölkerungsdichten Regionen deutlich höher, in dünn besiedelten Gebieten ist der Rettungsdienst in hohem Maß auf ehrenamtliche Helfer und Zivildienstler angewiesen.

5.4. Gewinnorientierte Anbieter

Die relativ kostendeckende Finanzierung des Krankentransportes und die starke Unterdeckung der Notarzteinsätze führt dazu, dass gewerbliche Mietwagenunternehmer oder eben gegründete Vereine in den Ballungszentren, in denen eine Aus-

lastung sicher ist, mit Preiskämpfen Krankentransporte anbieten. Da gesetzliche Qualitätsstandards entweder fehlen (Wien) oder kaum kontrolliert werden, werden Krankentransporte schon zu Schleuderpreisen angeboten, die an die Grenze der Verantwortbarkeit gehen. Der Kostendruck im Gesundheits- und Spitalswesen führt dazu, dass diese Entwicklung derzeit kaum zu bremsen ist.

5.5. Fehlende Mittel

5.5.1. Der Kostendruck im Gesundheitswesen führt zu Rationalisierungen: Besonders in ländlichen Gebieten beginnt das Rote Kreuz, Leitstellen zusammenzulegen, um Personalkosten zu sparen und die Effizienz und Professionalität zu erhöhen.

5.5.2. Die Hilfsfrist von 15 Minuten stellt in Österreich eine unverbindlich definierte Richtlinie dar; in ländlichen Gebieten wird sie wegen fehlender Kapazitäten zu häufig nicht erreicht. Geringer werdende ehrenamtliche Kräfte und fehlende Mittel für hauptamtliche Mitarbeiter verschlimmern diese Situation.

5.5.3. Aus Kostengründen kam bisher in Österreich die seit mehr als 10 Jahren verhandelte Ausbildungsreform für Sanitäter bisher nicht zustande, obwohl der Ausbildungsumfang des jüngsten Entwurfes noch unter der des deutschen Rettungsanitäters und Rettungsassistenten liegt. Besonders wird darauf geachtet, die Ausbildungsreform so zu gestalten, dass die Verwendung ehrenamtlicher Helfer und Zivildienstler im Krankentransport und Rettungsdienst möglich bleibt.

6. Die Zukunft

Die Liberalisierung des Marktes innerhalb der Europäischen Union macht auch vor dem Gesundheits- und Sozialwesen nicht halt. In Österreich werden sich sowohl Auftraggeber und Auftragnehmer von Gesundheitsleistungen einer Reihe von Anpassungen hingeben müssen. Auftraggeber werden klare und kostengerechte Vergütungen zu leisten haben und dafür Sorge leisten, dass die Qualitätsstandards trotzdem nicht unter die Räder des Kostendruckes kommen. Der „Subventionitis“ wird wegen des wettbewerbsverzerrenden Charakters ein Ende gesetzt werden. Gebietskörperschaften werden unter dem Kostendruck erkennen, dass private Anbieter (non profit oder profit-Unternehmen) bei gleicher oder besserer Qualität Leistungen kostengünstiger erbringen können als die öffentliche Hand selbst.

Die „traditionellen“ Anbieter von Rettungsdiensten werden sich Mitbewerbern zu stellen haben. Ihre Leistungen werden noch mehr in jeder Richtung hinterfragt werden: Menge, Qualität, Preise. Transparenz, Mut zu Selbstkritik, stetes Hinterfragen und Überprüfen der eigenen Arbeit wird notwendig sein, um am freier gewordenen Markt unter den sich rasch ändernden Rahmenbedingungen bestehen zu können.

Rettungsdienst in Europa – eine vergleichende Bestandsaufnahme

U. Pohl-Meuthen, B. Koch, B. Kuschinsky

Institut für Rettungsdienst des Deutschen Roten Kreuzes

In Zusammenarbeit mit dem SFD (Sozialwissenschaftliche Forschung und Datenanalyse) sowie mit Unterstützung des Bundesministeriums für Verkehr

Im Amsterdamer Vertrag hat sich die Europäische Union geeinigt, den Gesundheitsschutz der Bürger verstärkt zu berücksichtigen, jedoch die Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme in der Kompetenz der einzelnen Mitgliedsländer zu belassen und hier weder eine Harmonisierung der Systeme noch der Politik vorzunehmen. Die beträchtliche Verschiedenartigkeit der Gesundheitssysteme in den einzelnen Nationalstaaten spiegelt sich auch in den Systemen der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung wider. Darüber hinaus ist in etlichen Mitgliedsstaaten der Rettungsdienst aufgrund deren föderaler Struktur nicht einheitlich geregelt und organisiert.

Allerdings gewinnt mit Blick auf die Entwicklung der Europäischen Union der Aspekt der grenzüberschreitenden medizinischen Hilfeleistung und die Grundforderung der allmählichen Entwicklung ähnlicher und vergleichbarer Bedingungen – auch hinsichtlich der präklinischen notfallmedizinischen Versorgung – zunehmend an Bedeutung. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass es Aufgabe des Rettungsdienstes ist, den Verunglückten oder akut Erkrankten – unabhängig von Ort und Zeit – nach Möglichkeit gleiche Chancen lebenserhaltender Maßnahmen zu bieten und ein medizinischer Notfall jederzeit und überall auftreten kann. Daher sind an die präklinische notfallmedizinische Versorgung auch auf europäischer Ebene länderübergreifende Anforderungen zu stellen. Sie soll

- jederzeit von jedem Ort unkompliziert für die Bevölkerung erreichbar sein bzw. diese erreichen können,
- rund um die Uhr und flächendeckend die Einsatzbereitschaft sicherstellen,
- in einer möglichst kurzen Zeitspanne mit speziell ausgerüsteten Fahrzeugen und entsprechend qualifiziertem Personal am Notfallort medizinische Hilfe leisten, die dem jeweils anerkannten Niveau der Notfallmedizin entspricht.

Sollen jedoch über den jeweils nationalen Rahmen hinausgehende Strategien und Lösungsansätze entwickelt werden, die eine kostengünstige medizinische Versorgung bei gleichzeitiger Sicherung hoher qualitativer Standards gewährleisten, setzt dies voraus, dass grundlegende Kenntnisse über die organisatorischen strukturellen, juristischen, personellen, medizinischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der jeweiligen Systeme in den verschiedenen Staaten der Europäischen Union vorliegen [2].

Einige Schritte im Hinblick auf eine Harmonisierung sind von der Europäischen Union bereits unternommen worden. So z. B. die Entscheidung des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 29. Juli 1991 zur Einführung der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 (91/396/EWG, [6]), die jedoch noch nicht in allen Staaten der EU umgesetzt ist. Einen weiteren Schritt in Richtung einer Harmonisierung im Bereich des Rettungswesens in Europa stellen neben den vorhandenen Normen im Hinblick auf Schutzbekleidung und -ausrüstung und den technischen Vorschriften die im Dezember 1999 in Kraft getretenen DIN EN 1789 für Fahrzeuge und 1865 für Ausstattung dar.

Allerdings sollten diese Normierungs- und Harmonisierungsbemühungen nicht darüber hinwegtäuschen, dass in der EU keine Vereinheitlichung oder Annäherung der rettungsdienstlichen Systeme zu verzeichnen ist. Um so wichtiger ist es, diese unterschiedlichen Systeme zu kennen. Zum einen, um aus ihnen zu lernen, zum anderen im Sinne der Freizügigkeit der Berufsausübung, und last but not least im grenzüberschreitenden rettungsdienstlichen Zusammenwirken.

Ziel und Methodik

Vor diesem Hintergrund führte das Institut für Rettungsdienst in Zusammenarbeit mit dem SFD (Sozialwissenschaftliche Forschung und Datenanalyse, Karlsruhe) und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Verkehr eine Studie mit dem Ziel durch, in einer ersten Bestandsaufnahme mögliche Gemeinsamkeiten, aber auch Divergenzen zwischen den verschiedenen präklinischen Systemen aufzuzeigen.

Um das Ziel einer ersten Bestandsaufnahme erreichen und die vorhandenen präklinischen Systeme in den verschiedenen Ländern der Europäischen Union darstellen zu können, standen vornehmlich folgende rettungsdienstliche Aspekte im Mittelpunkt des Interesses:

- Struktur des Rettungsdienstes
- Gesetzliche Grundlagen
- Organisation
- Leitstellen - Koordinationszentralen
- Ärztliche Einbindung in den Rettungsdienst – Notarztdienste
- Luftrettung
- Personal und Ausbildung
- Einsatzaufkommen und Kosten

Um die entsprechenden Informationen zu erhalten, wurden die jeweils zuständigen Institutionen (meist Gesundheitsministerien) der 15 Staaten der Europäischen Union angeschrieben und um Material zu den o. g. Aspekten sowie die Beantwortung verschiedener Fragen gebeten. Von 13 der 15 Staaten der Europäischen Union wurde Auswertungsmaterial in unterschiedlichem Umfang zur Verfügung gestellt. Die erhaltenen Unterlagen sowie die teilweise recht umfangreichen Ausführungen bilden die Basis für die Beschreibung des Rettungsdienstes in den einzelnen Ländern.

An der Untersuchung nahmen die Länder Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Schweden und Spanien teil.

In der hier zugrunde liegenden Studie wurden die verschiedenen präklinischen notfallmedizinischen Systeme in den einzelnen Staaten der Europäischen Union im Sinne einer Bestandsaufnahme beschrieben, im Ergebnis synoptisch dargestellt und ausgewertet [10]. Sie ist als Band 21 der Schriftenreihe zum Rettungswesen erschienen.

Die synoptische Darstellung bietet die Möglichkeit, eventuelle Systemunterschiede zu verdeutlichen, die in einem späteren Schritt möglicherweise auch als Lösungswege für länder-/regionalspezifische Besonderheiten angesehen werden könnten.

Ergebnisse

Hinsichtlich der organisatorischen und infrastrukturellen sowie politischen Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Infrastruktur bestehen zwischen den einzelnen Ländern der Europäischen Union teils erhebliche Unterschiede. Neben den politischen Rahmenbedingungen stellt die geographische Infrastruktur einen wesentlichen Faktor für Struktur und Organisation des Rettungswesens dar. Die betrachteten Staaten der Europäischen Union weisen sowohl hinsichtlich der Größe als auch insbesondere hinsichtlich der Bevölkerungsdichte große Unterschiede auf. Die Bevölkerungsdichte stellt jedoch einen entscheidenden Faktor für die Ausgestaltungsmöglichkeiten der rettungsdienstlichen Infrastruktur dar.

Tabelle 1: Strukturdaten der untersuchten Staaten:

Staat	Einwohner in Mio.	Fläche in km ²	Ew/km ²
Belgien [3]	10,0	30.518	328
Dänemark [3]	5,2	43.069	119
Deutschland [4]	82,0	357.021	230
Finnland [3]	5,0	338.145	15
Frankreich [5]	58,3	550.000	105
Großbritannien [3]	57,7	242.110	236
Irland [3]	3,5	70.283	50
Italien [3]	57,8	301.278	192
Luxemburg [3]	0,4	2.586	148
Niederlande [3]	15,2	41.864	362
Österreich [3]	7,8	83.853	93
Schweden [3]	8,7	449.964	19
Spanien [3]	39,1	504.782	77

Plastisch wird dies auch, wenn man insbesondere die dünn besiedelten Flächenstaaten betrachtet.

Von Bedeutung ist darüber hinaus auch, ob es sich bei dem jeweils betrachteten Staat um einen föderalistischen Bundesstaat mit weitgehender Autonomie für die einzelnen Mitglieder der Föderation handelt, oder ob es sich um ein zentralistisch ausgerichtetes System handelt, für das eine einheitliche Struktur vorliegt.

Strukturen der notfallmedizinischen Versorgung

Grundsätzlich stellt die rettungsdienstliche bzw. präklinische notfallmedizinische Versorgung in allen Ländern der Europäischen Union eine öffentliche bzw. staatliche Aufgabe dar. Allerdings wird in der vorliegenden Untersuchung deutlich, dass die infrastrukturelle Gestaltung und die Organisation des Rettungswesens in den letzten Jahren in fast allen Ländern der Europäischen Union intensiven Entwicklungen unterlagen und auch heute keineswegs als abgeschlossen gelten können. Sowohl der rechtliche wie der organisatorische als auch der personelle (Ausbildung etc.) Bereich befinden sich in den meisten Ländern in unterschiedlichen Entwicklungsphasen.

Gesetzliche Grundlagen

In allen im Rahmen der Untersuchung betrachteten Ländern der Europäischen Union bestehen einschlägige gesetzliche Regelungen und Verordnungen bezüglich der Ausgestaltung des Rettungswesens. Diese differieren jedoch hinsichtlich der rechtlichen Einbindung und hinsichtlich ihres Umfangs erheblich. In den meisten Staaten befindet sich das Rettungswesen primär in der Zuständigkeit des jeweils für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verantwortlichen Ministeriums. In etlichen Staaten sind darüber hinaus auch die für den Zivil- und Katastrophenschutz sowie die für die Feuerwehr zuständigen Ministerien involviert.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass das Rettungswesen auch innerhalb der einzelnen Staaten häufig nicht einheitlich geregelt ist. Dies trifft insbesondere auf föderale Staaten zu, in denen die staatlichen Gliederungen der Föderation wiederum eigengesetzgeberische Kompetenz für diesen Bereich besitzen.

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, verfügen acht der betrachteten Staaten über eine spezifische Rettungsdienstgesetzgebung, während fünf Staaten diesen Bereich im Rahmen der Gesetzgebung zum Gesundheitswesen regeln. Hierbei gilt es, zwei Aspekte zu berücksichtigen: Zum einen können nur solche Länder, die über eine Gesetzgebung zum Gesundheitswesen und einen nationalen Gesundheitsdienst verfügen, den medizinischen Rettungsdienst im Rahmen dieser Gesetzgebung regeln und zum anderen ist der Rettungsdienst systematisch nicht nur der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zuzurechnen, sondern auch der Gefahrenabwehr, so dass sich hier häufig eine Affinität zu deren anderen Bereichen (Brandbekämpfung, Technische Rettung, Polizei etc.) ergibt. In zahlreichen Ländern der Europäischen Union sind die Feuerwehren im Sinne der Gefahrenabwehr am Rettungsdienst – insbesondere an der Notfallrettung – beteiligt.

Tabelle 2: Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Regelung	• spezifische Rettungsdienstgesetzgebung	8 Staaten
	• Gesetzgebung zum Gesundheitswesen	5 Staaten
Regelungskompetenz	• föderale Gliederungen	7 Staaten
	• zentral (Staat)	6 Staaten
geregelter Bereich	• Notfallrettung und Krankentransport	12 Staaten
	• nur Notfallrettung	1 Staat

In sieben Staaten der Europäischen Union besitzen die föderalen Gliederungen (z. B. die Länder) die Regelungskompetenz für den Bereich des Rettungsdienstes. Hierbei ist jedoch einerseits zwischen den Staaten zu unterscheiden, die über eine zentrale Gesetzgebung verfügen und den föderalen Gliederungen deren Ausgestaltung überlassen und andererseits den Staaten, in denen jede föderale Gliederung über ein eigenes, individuelles Rettungsdienstgesetz verfügt. Bei den letztgenannten ergibt sich naturgemäß ein wesentlich heterogeneres Bild der Rettungsdienstgesetzgebung.

Sechs Staaten verfügen über eine verbindliche zentrale Gesetzgebung zum Rettungswesen, so dass hier das gesamte Rettungswesen für den jeweiligen Staat einheitlich geregelt ist. In allen Staaten, außer Belgien, sind sowohl Notfallrettung als auch Krankentransport durch die gesetzlichen Regelungen erfasst.

Formen der Organisation

Die Organisation des Rettungsdienstes ist in allen betrachteten Ländern historisch gewachsen. Wesentliche Faktoren für die Ausgestaltung der jeweiligen Infrastruktur stellen geographische, administrative und infrastrukturelle Faktoren sowie das System der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dar. Eine wichtige Rolle spielt auch, ob die rettungsdienstliche Versorgung als eigenständiger Bereich angesehen oder im Rahmen der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durchgeführt wird.

Von entscheidender Bedeutung für die Organisation der rettungsdienstlichen Infrastruktur ist die flächendeckende gleichmäßige Einrichtung rettungsdienstlicher Stützpunkte sowie eine Einteilung des Landes bzw. der föderalen Gliederungen nach rettungsdienstlichen Gesichtspunkten. In den meisten Ländern der Europäischen Union geschieht bzw. geschah dies unter Berücksichtigung der administrativen Gliederung des Landes, die jedoch auch einer rein strategischen Verteilung der Standorte entgegenstehen kann. Wesentliches Planungselement für die Verteilung der Rettungswachenstandorte ist die Erreichbarkeit des Notfallortes, die sich in der sogenannten Hilfsfrist manifestiert. Die Hilfsfrist stellt die planerische Vorgabe für den Zeitraum zwischen Eingang der Notfallmeldung und dem Erreichen des Notfallpatienten dar.

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, erfolgt in den meisten Ländern der Europäischen Union die Organisation der rettungsdienstlichen Infrastruktur nach den Kriterien

der sogenannten Hilfsfrist, jedoch in unterschiedlichem Umfang und Ausmaß. Dies richtet sich nicht zuletzt auch nach den infrastrukturellen Gegebenheiten des Landes. So ist in einem extrem dünn besiedelten Flächenstaat wie z. B. Schweden oder Finnland die flächendeckende Umsetzung einer 10-minütigen Hilfsfrist praktisch unmöglich. In der Dichotomie zwischen notfallmedizinisch Wünschenswertem und ökonomisch Machbarem bietet es sich hier an, die rettungsdienstlichen Leistungen mit anderen zeitkritischen Diensten (z. B. Brandbekämpfung, technische Hilfeleistung, Katastrophenschutz etc.) zu verbinden. Gerade in dünn besiedelten Flächenstaaten ergeben sich daher häufig große Unterschiede in der strategischen Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Infrastruktur zwischen städtischem und ländlichem Bereich. In diesem Zusammenhang ist häufig auch ein sehr unterschiedlicher Grad der Professionalisierung des Rettungswesens zu verzeichnen.

Tabelle 3: Organisatorische Rahmenbedingungen

strategische Einteilung der Fläche	• ja	8 Staaten
	• teilweise	3 Staaten
	• nein	2 Staaten
Hilfsfrist	• ja	8 Staaten
	• teilweise	2 Staaten
	• keine Angabe	2 Staaten
Feuerwehren am Rettungsdienst beteiligt	• ja	9 Staaten
	• teilweise	3 Staaten
	• keine Angabe	1 Staat

Ein weiterer wesentlicher Faktor für Unterschiede in der Organisation des Rettungsdienstes in den einzelnen Ländern ergibt sich daraus, inwieweit dieser einen Bestandteil der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung darstellt und in das diesbezügliche System eingebunden ist. In dem Maße, in dem die rettungsdienstliche Versorgung aus den für die allgemeine gesundheitliche Versorgung vorhandenen Einrichtungen erfolgt, ist eine strategische, nach einsatztaktischen Gesichtspunkten ausgerichtete, rettungsdienstliche Infrastruktur nur vorhanden, wenn auch die Verteilung der Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung strategischen Gesichtspunkten genügt. So z. B. in Spanien, wo die Einrichtungen der gesundheitlichen Grundversorgung der Bevölkerung nach den Gesichtspunkten der Erreichbarkeit durch die Bevölkerung (in höchstens 20 Minuten) verteilt sind.

Einen weiteren wichtigen Faktor für die Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Infrastruktur stellt die Affinität der medizinischen Notfallversorgung zu anderen zeitkritischen Hilfeleistungen dar. Sie ist systematisch stets nicht nur dem Bereich der gesundheitlichen Versorgung, sondern auch dem Bereich der Gefahrenabwehr zuzuordnen. Dies kommt nicht nur in der Aufgabenstellung der Leitstel-

len zum Ausdruck, sondern auch darin, dass in fast allen betrachteten Ländern der Europäischen Union die Feuerwehren in unterschiedlich starkem Ausmaß am Rettungsdienst beteiligt sind.

Hinsichtlich der Art und Ausstattung der Rettungsmittel (Fahrzeuge) bestehen in fast allen Ländern der Europäischen Union – soweit dies im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erfasst wurde – einschlägige Vorschriften. Auch die Besetzung der einzelnen Rettungsmittel im Hinblick auf Anzahl und Ausbildung der Besatzung ist meist eindeutig geregelt. Grundsätzlich stellen sich jedoch die Vorgaben hinsichtlich der Qualifikation sowohl des ärztlichen als auch des nichtärztlichen Personals sehr heterogen dar.

Leitstellen – Koordinationszentralen

Notfälle jeglicher Art, insbesondere lebensbedrohliche Ereignisse oder solche, von denen eine große Gefahr ausgeht, erfordern möglichst umgehende Hilfe. Ständig erreichbare, vollkommen funktionsfähige und effektiv arbeitende Koordinationszentralen (Leitstellen) stellen eine Grundvoraussetzung erfolgreicher Hilfe bei derartigen zeitkritischen Notfällen dar. Dies gilt für die Hilfeleistungen des Rettungsdienstes ebenso wie für die des Brandschutzes, des Katastrophenschutzes, der Polizei etc. Sämtliche der im Rahmen dieser Untersuchung betrachteten Staaten der Europäischen Union verfügen über derartige Koordinationszentralen. Alle Koordinationszentralen sind über eine landeseinheitliche Notrufnummer erreichbar.

Tabelle 4: Koordinationszentralen

Notrufnummer	• ja	13 Staaten
	davon • nur 112	3 Staaten
	• 112 und andere	6 Staaten
	• nur andere	4 Staaten
Zuständigkeit	• Rettungsdienst, Feuerwehr und Polizei	4 Staaten
	• Rettungsdienst und Feuerwehr	4 Staaten
	• Rettungsdienst (medizinische Notrufe)	5 Staaten
medizinische Qualifikation des Personals	• ja	8 Staaten
	• nein	2 Staaten
	• keine Angabe	3 Staaten

Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, haben jedoch noch nicht alle der betrachteten Staaten nach den vorliegenden Informationen die Entscheidung des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 29. Juli 1991 zur Einführung der einheitlichen europäischen Notrufnummer 112 [6] umgesetzt.

In den meisten der untersuchten europäischen Länder werden unter der Notrufnummer zumindest die Hilfeleistungen des Rettungsdienstes und der Feuerwehr, häufig jedoch auch der Polizei vermittelt. Nur in zwei Ländern (Frankreich

und Spanien) laufen medizinische Notrufe direkt in spezialisierten medizinischen Hilfeleistungszentren auf, die dann jedoch auch sämtliche medizinischen Dienstleistungen wie z. B. Hausarztbesuche vermitteln. Darüber hinaus erreicht der Anrufer in einigen Ländern (Dänemark, Finnland, Großbritannien, den Niederlanden und Schweden) zunächst eine vorgeschaltete Abrufzentrale, die den Anrufer dann an die entsprechende Koordinierungsstelle des spezifischen Dienstes, z. B. Rettungsdienst, Feuerwehr oder Polizei, weitervermittelt. Von daher gestalten sich auch die Anforderungen an die Leitstellendisponenten und damit die entsprechenden Qualifikationsanforderungen unterschiedlich. In den Koordinierungszentralen, die Anlaufstelle für alle medizinischen Hilfeersuchen sind, erfolgt die Anrufbearbeitung stets durch spezifisch geschultes Krankenpflegepersonal bzw. Ärzte. Diese Koordinierungszentralen sind stets ärztlich geleitet.

Ärztliche Einbindung in den Rettungsdienst - Notarztdienste

Art und Ausmaß der ärztlichen Einbindung im Rahmen der notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung stellt einen wesentlichen Faktor der rettungsdienstlichen Struktur dar. Wie aus der Tabelle 5 hervorgeht, sind in fast allen der betrachteten Länder der Europäischen Union Ärzte an der präklinischen medizinischen Notfallversorgung der Bevölkerung beteiligt. Art und Umfang dieser Beteiligung sowie die Qualifikation der Ärzte gestalten sich jedoch sehr unterschiedlich. Nur in zwei Ländern (Belgien und Frankreich) gibt es eine geschützte Berufsbezeichnung „Notarzt“, die eine zwei Jahre dauernde Spezialisierung im Anschluss an die Facharztausbildung erfordert.

Tabelle 5: Ärztliche Einbindung

Ärzte im Rettungsdienst	• ja	8 Staaten
	• teilweise	2 Staaten
	• nein	3 Staaten
Voraussetzung für Teilnahme	• ja	4 Staaten
	• entfällt	3 Staaten
	• keine Angabe	6 Staaten
Notarzt als zusätzliche Qualifikation	• ja	2 Staaten
	• nein	6 Staaten
	• keine Angabe	2 Staaten
	• entfällt	3 Staat

In zwei Ländern wird die gesamte medizinische Notfallversorgung, von der Disposition bis zum Einsatz vor Ort, ärztlich geleitet (Frankreich und Spanien), so dass es sich bei diesen um ein ärztlich gelenktes System handelt.

In einigen Ländern, so z.B. in Deutschland und Österreich, müssen am Notarztendienst beteiligte Ärzte eine fachspezifische Weiterbildung von unterschiedlichem Umfang nachweisen.

Belgien weist insofern eine Spezifität auf, als hier alle niedergelassenen Ärzte am Rettungsdienst beteiligt sind. Und zwar insoweit, als sich jeder niedergelassene Arzt auf Anweisung der Leitstelle hin zum Notfallort begeben muss. Jeder niedergelassene Arzt sollte daher an einer notärztlichen Weiterbildung teilnehmen.

Art und Umfang der ärztlichen Einbindung in den Rettungsdienst wirken sich häufig auch direkt auf die Ausbildung des nichtärztlichen Personals im Rettungsdienst aus. Je stärker die Einbindung der Ärzte in den Rettungsdienst ist, desto geringer wird häufig die Notwendigkeit gesehen, hochqualifiziertes paramedizinisches Rettungspersonal vorzuhalten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Notärzte dieser Systeme in der Regel von notfallmedizinisch gebildetem Krankenpflegepersonal begleitet werden.

Luftrettung

Die Luftrettung bildet in allen Staaten der Europäischen Union nur eine Ergänzung zum bodengebundenen Rettungsdienst. Allerdings werden Luftrettungsmittel in den betrachteten Staaten sehr unterschiedlich eingesetzt.

Es verfügen drei Staaten (Deutschland, Luxemburg und Österreich) über ein flächendeckendes Luftrettungsnetz. In drei Staaten befindet sich ein flächendeckendes Netz der Luftrettung im Aufbau (Frankreich, Italien und Spanien). In den übrigen Staaten der Europäischen Union werden Luftrettungsmittel nur ergänzend oder in Sonderfällen zum bodengebundenen Rettungsdienst eingesetzt; so z. B. zur Bergrettung oder im Rahmen der Wasser- bzw. Seenotrettung, bei Großschadensereignissen oder spezifischen Notfällen.

Personal und Ausbildung

Alle im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betrachteten Staaten der Europäischen Union – mit Ausnahme von Spanien – verfügen über spezifisches rettungsdienstliches Personal. Die meisten Staaten sehen darüber hinaus mehrere Ausbildungsstufen vor, die in der Regel zu unterschiedlichen notfallmedizinischen Kompetenzen führen. Hinzu kommt, dass in vielen Ländern rettungsdienstliche Leistungen nicht nur von hauptberuflichen Mitarbeitern, sondern auch freiwilligen/ehrenamtlichen erbracht werden, die eine mehrjährige Ausbildung schon aus Zeitgründen nicht durchlaufen können.

Weitere wesentliche Aspekte für die Ausgestaltung und den Umfang der rettungsdienstlichen Ausbildung liegen in den Möglichkeiten, die sich aus der Infrastruktur des jeweiligen Landes ergeben, ebenso wie in den organisatorischen Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes allgemein. Letzterer Aspekt ist in vielen Fällen auch abhängig von der historischen Entwicklung des Rettungsdienstes in den jeweiligen Ländern.

So sind z. B. in vielen Ländern der Europäischen Union die Feuerwehren traditionell am Rettungsdienst beteiligt, deren Mitarbeiter dann über eine multifunktionale Ausbildung verfügen. In anderen Ländern hat sich die rettungsdienstliche

Versorgung aus der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung heraus entwickelt, so dass die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung weitgehend von Ärzten durchgeführt wird. Dies führt häufig dazu, dass der notfallmedizinischen Qualifikation des rettungsdienstlichen Einsatzpersonals eine geringere Bedeutung beigemessen wird.

In vielen dieser Länder ist auch Krankenpflegepersonal – zum Teil speziell geschult – an der rettungsdienstlichen Versorgung beteiligt, insbesondere als Assistenzpersonal der Ärzte. Vornehmlich in den angelsächsischen Ländern erfolgt die präklinische notfallmedizinische Versorgung ausschließlich durch Rettungsdienstfachpersonal, hier werden naturgemäß höhere Anforderungen an deren notfallmedizinische Qualifikation gestellt.

Tabelle 6: Qualifikation Rettungspersonal

Ausbildungsdauer der höchsten Qualifikation im Rettungsdienst	<ul style="list-style-type: none"> • bis 500 Stunden 3 Staaten • 500 –1.000 Stunden 2 Staaten • über 1.000 Stunden 4 Staaten • entfällt / k. Angabe 4 Staaten
regelmäßige Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> • ja 7 Staaten • entfällt / k. Angabe 6 Staaten
Weiterbildung für Krankenpflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> • ja 5 Staaten • entfällt / k. Angabe 3 Staaten
ausschließlich notfallmedizinisch qualifiziertes Krankenpflegepersonal 3 Staaten

Wie aus Tabelle 6 hervorgeht, besteht in den meisten Ländern der Europäischen Union die Möglichkeit, mit unterschiedlichen Qualifikationen am Rettungsdienst teilzunehmen. Die unterschiedlichen Qualifikationen sind in der Regel auch mit unterschiedlichen Kompetenzen verbunden. So ist in den meisten Ländern eine niedrigere Qualifikation für den Fahrer eines Rettungsmittels als für den Beifahrer vorgesehen bzw. geringere Qualifikationen für reine Krankentransportleistung als für solche der Notfallrettung.

Es bestehen sehr große Unterschiede hinsichtlich der Dauer und damit auch der Qualifikation der einzelnen paramedizinischen Ausbildung im Rettungsdienst. Besonders kurze Ausbildungen führen in der Regel nicht zu einer beruflichen Qualifikation, sondern sind häufig für freiwillige/ehrenamtliche Mitarbeiter im Rettungsdienst gedacht bzw. Hilfskräften vorbehalten.

Auch hinsichtlich der angebotenen bzw. verpflichtenden Fortbildungen bestehen Unterschiede, allerdings sind hier keine so erheblichen Schwankungen zu verzeichnen wie im Bereich der Ausbildung selbst.

In vielen europäischen Ländern wird darüber hinaus auch Krankenpflegepersonal im Rettungsdienst eingesetzt, das in unterschiedlichem Ausmaß über rettungsdienstliche bzw. notfallmedizinische Zusatzqualifikationen verfügt.

Einsatzaufkommen und Kosten

Die für das Einsatzaufkommen und die Kosten des Rettungsdienstes vorliegenden Zahlen aus den einzelnen Staaten der Europäischen Union sind einer vergleichenden Betrachtung nicht zugänglich. Dies liegt zum einen an den erheblichen Unterschieden in der organisatorischen und infrastrukturellen Ausgestaltung des Rettungsdienstes und der damit verbundenen häufigen gleichzeitigen Einbindung in andere Systeme, sei es in die der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, sei es in die der Gefahrenabwehr. Zum anderen handelt es sich in den meisten Staaten um ein öffentlich finanziertes System, das in der Gesamtheit seiner Aufgabenstellung auch gesamt finanziert wird und in dem die Kosten für die Einzelbereiche nicht gesondert ausgewiesen werden.

Darüber hinaus ergeben sich aus der unterschiedlichen Einbindung, Organisation und Aufgabenstellung präklinischer Notfallversorgung häufig keine Anhaltspunkte für vergleichbare Zahlenwerte hinsichtlich Einsatzaufkommen und Kosten. Ebenso verhindert eine Kombination der rettungsdienstlichen mit der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung und/oder mit der Krankenhausversorgung auf der einen Seite und der teilweisen Integration anderer dringlicher Hilfeersuchen sowie der Gefahrenabwehr auf der anderen Seite, eine Vergleichbarkeit der diesbezüglichen Daten.

Von daher verbietet sich auf der Grundlage des vorliegenden Zahlenmaterials jedweder Vergleich der jeweils dargestellten Parameter für die einzelnen Staaten.

Zusammenfassung

Grundsätzlich lassen sich die wichtigsten Ergebnisse der Studie wie folgt zusammenfassen:

Ein wesentlicher Faktor für die Struktur und Organisation des Rettungswesens stellt – neben den politischen Rahmenbedingungen – die geographische Infrastruktur sowie das System der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dar.

Grundsätzlich wird die rettungsdienstliche bzw. notfallmedizinische Versorgung in den untersuchten Ländern als öffentliche bzw. als staatliche Aufgabe wahrgenommen. Grundlage dazu bilden einschlägige gesetzliche Regelungen und Verordnungen.

Die Organisation des Rettungsdienstes erfolgt in den meisten Ländern der Europäischen Union nach den Kriterien der so genannten „Hilfsfrist“, jedoch in unterschiedlichem Umfang und Ausmaß.

Was die Zugriffsmöglichkeit auf das rettungsdienstliche System bzw. Hilfeleistungssystem betrifft, wird die entsprechende Koordinationszentrale/Leitstelle über eine meist einheitliche landeseigene Notrufnummer aktiviert.

In fast allen betrachteten Ländern der Europäischen Union sind in der präklinischen Versorgung der Bevölkerung Ärzte in mehr oder weniger großem Umfang involviert.

Die Ausbildung des nichtärztlichen Personals erfolgt meist in mehreren Ausbildungsstufen und führt zu unterschiedlichen Qualifikationen.

Fazit

Wenn in einem geeinten Europa gleichwertige Lebensverhältnisse angestrebt werden, die Bürger der Europäischen Union z. B. ein gleich hohes Versorgungsniveau im Rahmen der präklinischen (Notfall-)Versorgung erwarten können sollen [1], gilt es, Grundvoraussetzungen zu schaffen, die gewährleisten, dass Angleichung der Standards nicht Nivellierung bzw. Absenken bedeutet, sondern eine dynamische Weiterentwicklung bewährter Prinzipien und Strukturen.

Eine Grundvoraussetzung dafür stellt zunächst eine allgemeingültige Definition und entsprechende Abgrenzung bzw. Eingrenzung der bislang unterschiedlichen rettungsdienstlichen Begriffe dar. Auch ein gegenseitiger Gedanken- und Erfahrungsaustausch über die jeweiligen, unterschiedlichen rettungsdienstlichen Konzepte sowie eine verstärkte Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Organisationen vor Ort und eine qualifizierte Aus- und Fortbildung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals tragen zu einer konstruktiven Weiterentwicklung der rettungsdienstlichen Systeme im geeinten Europa bei. In diesem Zusammenhang kann auch auf die Kommission der Europäischen Gemeinschaften verwiesen werden, die es innerhalb der „Aktionsprogramme“ für erforderlich hält, unter den „Health-Professionals“ einen besseren Informations- und Erfahrungsaustausch anzustreben [7].

Mit Blick auf die zukünftige europäische Gesundheitspolitik ist es daher zu begrüßen, dass die Kommission der Europäischen Gemeinschaften drei Bereiche ankündigte, in denen sie anstrebt, ihre Aktivitäten zu verstärken [8]:

- die Entwicklung eines soliden und zuverlässigen Informationssystems für Daten aus dem Gesundheitsbereich, d. h. Standardisierung der Daten und deren Evaluierung,
- Aufbau eines Überwachungs-, Frühwarn- und Reaktionssystems für mögliche Gesundheitsgefährdungen,
- Aktionen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheit.

Da sich in den Staaten der Europäischen Union Rettungssysteme unterschiedlicher Ausprägung entwickelt haben, gilt es, aus diesen Systemen die Vorteile im Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems herauszuarbeiten. Notfallmedizinische Erkenntnisse und Erfahrungen sollten dabei Leitmotiv für notwendige Veränderungen sein.

Die synoptische Bestandsaufnahme der Systeme zur präklinischen (Notfall-)Versorgung der Bevölkerung ermöglicht es, trotz unterschiedlicher Ausgestaltung der rettungsdienstlichen Versorgung in den Staaten der Europäischen Union prinzipielle Gemeinsamkeiten hinsichtlich Struktur und Organisation zu erkennen, die einen ersten Vergleich erlauben.

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen darüber hinaus die Notwendigkeit weiterer differenzierter Analysen, um Aussagen hinsichtlich der Effektivität und Effizienz der unterschiedlichen Systeme zu erlauben; Aussagen, die das Potential besitzen, dazu beizutragen, die bestehenden Systeme weiter zu entwickeln und zu optimieren.

Die Studie dient somit auch den Zielen der Europäischen Union, wenn es – wie eingangs dargestellt – darum geht, „die Mitgliedsstaaten beim Ausbau ihrer gesundheitspolitischen Bemühungen zu unterstützen, an der Konzipierung und Verwirklichung von Zielen und Strategien mitzuwirken und zur Kontinuität des Gesundheitsschutzes in der Gemeinschaft beizutragen; dabei wird der beste auf einem bestimmten Gebiet innerhalb der Gemeinschaft bereits erzielte Standard als Zielvorgabe für die Bemühungen angesetzt“ [9,1].

Zusammenfassend lassen sich folgende Perspektiven aufzeigen:

- Weiterentwicklung der jeweiligen präklinischen notfallmedizinischen Systeme
- regelmäßiger Informationsaustausch (Kommunikation und Kooperation)
- Definition und Abgrenzung bzw. Eingrenzung der Begrifflichkeiten
- Umsetzung bereits bestehender einheitlicher Regelungen (z. B. Notrufnummer, Fahrzeuge etc.)
- Intensive Evaluierung der unterschiedlichen Systeme im Hinblick auf deren Optimierung (Forschungsbedarf)

Literaturverzeichnis

- 1 Bundesrat: Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaften über den Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Drucksache 942/93, KOM (1993) 559 endg.; Ratsdok. 10865/93
- 2 Ambex International 1996: The Ambulance Service Association. Conference at Harrogate, Kongressband 1996
- 3 Meyers LexiROM: Version 3.0 1997, Microsoft Corp., Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG
- 4 Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1998, S. 47
- 5 Frankreich in Zahlen 1998: Internet <http://www.premier-ministre.gouv.fr>
- 6 Rat der Europäischen Gemeinschaften: Entscheidung des Rates vom 29. Juli 1991 zur Einführung einer einheitlichen europäischen Notrufnummer (91/396/EWG). Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, L 217/31, 6-8-91
- 7 Official Journal of the European Communities No C 174/1 1993
- 8 Deutsches Ärzteblatt: Europäische Gesundheitspolitik: Mitwirkung der Ärzteschaft. Heft 31-32, 3. August 1998
- 9 Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften: Europäische Union. Textsammlung Band I, Luxemburg 1995
- 10 Pohl-Meuthen, U.; Koch, B.; Kuschinsky, B.: Rettungsdienst in Staaten der Europäischen Union. Eine vergleichende Bestandsaufnahme. Schriftenreihe zum Rettungswesen Bd. 21, Nottuln 1999

Die Arbeit der Rettungsdienste in Europa im Spannungsfeld zwischen freiem Wettbewerb und hoheitlicher Aufgabe

*Ministerialdirigentin a. D.
Brigitte Krause-Sigle, Bonn*

- Notfallrettung und Krankentransporte werden als Teil der Gesundheitsfürsorge und Gefahrenabwehr verstanden; als solche werden sie der staatlichen Sphäre zugeordnet, sind in Deutschland i. d. R. landesrechtlich geregelt und zur Durchführung staatlichen Dienststellen übertragen.
- Die Durchführung öffentlicher Aufgaben – soweit sie nicht dem Kernbereich hoheitlicher Tätigkeit zuzuordnen sind – kann auf andere, öffentliche oder private Institutionen überführt werden.
- Nach allgemeiner Rechtsauffassung geschieht dies in Deutschland nicht durch die Vergabe eines öffentlichen Dienstleistungsauftrags, sondern durch Konzessionierung, also durch Verwaltungsakt. Der Leistungserbringer-“Konzessionär“ handelt in ihm vom Staat gesetzten Rahmen (technisch und z. T. auch finanziell) und in dessen Namen. Die Entgeltregelung im Rettungsdienstbereich wird zwischen Aufgabenträgern und Leistungserbringern einerseits und den Kostenträgern andererseits (öffentlichen oder privaten Krankenkassen) vereinbart, d. h.: Das Nutzungsrisiko (Mengengerüst und Art der abgerufenen Leistung z. B.) liegt beim Konzessionär, auch wenn er seine Leistung letztlich nicht vom „Verbraucher“, sondern von der Krankenkasse erhält.
- Dreiecksbeziehungen wie die vorliegende verursachen bei den Beteiligten, aber auch bei beratenden Juristen, i. d. R. Rechtsanwendungsprobleme, die im Falle der Rettungsdienste nicht einfacher werden, weil die Rechtsgüter „Gesundheit und Leben“ nach allgemeinem Verständnis einer Kommerzialisierung entgegenstehen, die die Gesetze zu verlangen scheinen.
- Gegen die Perennierung einer falsch verstandenen Zurückhaltung bei der Aufarbeitung der juristischen und letztlich auch praktischen daraus resultierenden Probleme und für das Betreten des „Neulands“ sprechen einige gute Gründe:
 - ein Urteil des EuGH vom 24.9.1998 in Sachen niederösterreichische Gebietskrankenkasse und einige obergerichtliche deutsche Urteile zum Krankentransportwesen;
 - die Inhalte der Dienstleistungsrichtlinie der EU, die als europäisches Sekundärrecht in allen Mitgliedsstaaten anwendungspflichtig ist;
 - das zunehmende Interesse privater und öffentlich-rechtlicher Institutionen

an der Durchführung/Übernahme von Leistungen im Rahmen des Kranken-transport- und Rettungswesens;

- das neue Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen mit seinen Anti-Missbrauchsregelungen, seinen Normen zur öffentlichen Auftragsvergabe und dessen Nachprüfung;
 - ein neues Arbeitspapier der EG-Kommission zur Behandlung von Konzessionen und nicht zuletzt
 - die finanzielle Enge der Kostenträger, die sich von einem Mehr an Wettbewerb beim Rettungswesen Ersparnisse erwarten könnten.
- Nach deutschem Recht sind Konzessionen nach den Grundsätzen der Nichtdiskriminierung, der Transparenz und der Gleichbehandlung zu vergeben. Dies ergibt sich aus dem GWB, das Marktstarken oder Marktbeherrschern diese bes. Verpflichtungen auferlegt. Konkret: Willkürliche Bevorzugung oder Benachteiligung einzelner Interessenten ist untersagt. Um diesem Vorwurf von vornherein zu begegnen, ist verfahrens analog den Regeln der Öffentlichen Vergabe zu verfahren, d. h. Leistungsbeschreibung, Auswahlverfahren, Losvergabe oder Wirtschaftlichkeit (keine Bevorzugung von Unternehmen, an denen öffentliche Hand oder Krankenkassen beteiligt sind, oder Beachtung, dass es auch im Wettbewerb um die Höhe von evtl. nötigen Subventionen geht u. a. m.) sind objektiv festzulegen und die Laufzeiten derartiger Konzessionen sind so kurz/lang zu bemessen, dass potentieller Wettbewerb möglich bleibt. Selbst wenn Marktbeherrschung im Einzelfall schwer oder nicht nachweisbar wäre, ist der Staat nach moderner Rechtsauffassung an diese Grundsätze gem. Art. 3 GG bei einer Konzessionsvergabe gebunden.
- Nach europäischem Recht sind Konzessionen derzeit sekundärrechtlich, d. h. in dem Europäischen Vertrag nachrangigem, aber auf diesem beruhenden Recht, ungerichtet (Ausnahme: Baukonzessionen). Das EuGH-Urteil vom Sept. 98 gegen Österreich, nach dem es sich im Rettungsdienstwesen um öffentliche Aufträge handelt, ist auf österreichische tatbestandliche Spezifitäten zurückzuführen und deshalb auf deutsche Verhältnisse nicht einschlägig. Das Arbeitspapier der EG-Kommission vom April 2000 kommt zu der nicht unerwarteten Schlussfolgerung, dass für ungerichtete Konzessionen originäres EU-Vertragsrecht gilt, d. h. im Ergebnis Übereinstimmung mit der oben dargelegten Rechts-situation in Deutschland, mit der selbstverständlichen Ergänzung, dass z. B. Bescheinigungen oder Qualifikationen ausländischer Bewerber um eine Konzession anzuerkennen sind, sog. gegenseitige Anerkennung. Es soll eine Bekanntmachungspflicht für die beabsichtigte Erteilung von Konzessionen ab einem noch zu bestimmenden Wert eingeführt werden: Dies vor Augen, wird erkennbar – aus einem noch nicht einmal idealtypisch funktionierenden nationalen Markt wird sich in Kürze ein europaweiter entwickeln.
- Überprüfungsmöglichkeiten für erfolglose Konzessionsbewerber sind vorzusehen nach nationalem Recht einschließlich des Zugangs zu den Gerichten (in

Deutschland ist der Rechtsweg wegen des Verwaltungsaktes „Konzessionsvergabe“ grundsätzlich eröffnet). Erleichtert wird dem Abgewiesenen die Entscheidung zu einer Überprüfung durch die dem Konzessionsgeber auferlegte Pflicht, seine Entscheidung zu begründen und diese Gründe offen zu legen. (In Deutschland ergibt sich die Begründungspflicht aus dem Verwaltungsverfahrensgesetz).

- Sich auf offene Märkte rechtzeitig einzustellen, ist originäre wirtschaftliche Pflicht der interessierten Marktteilnehmer: die Kostenträger können durch Nutzung wettbewerblicher Strukturen ökonomischer mit ihren Finanzmitteln haushalten und eröffnen damit den Versicherten entweder bessere Leistungen auf div. Sektoren oder geringere Beitragslasten. Die Unternehmen/Institutionen gewinnen ein Mehr an Know-how durch den Zwang internationaler Wettbewerbsfähigkeit oder durch die Notwendigkeit zur grenzüberschreitenden Kooperation, um erfolgreich bewerbungsfähig zu sein.

Europäischer Einfluss auf das deutsche Vergaberecht – Auswirkungen auf den Rettungsdienst?

*RA Jörg Lichte und Jörg Lüssem,
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Bundesgeschäftsstelle*

Europäische Normen und Rechtsprechung gewinnen mehr und mehr an Bedeutung. In einigen Bereichen, wie etwa der Agrarpolitik, werden mittlerweile mehr Entscheidungen auf europäischer Ebene getroffen als in den Nationalstaaten selbst. Im Gesundheitsbereich liegt die primäre Zuständigkeit zwar nach wie vor bei den Mitgliedsstaaten, dennoch wurden auch hier in den letzten Jahren der Gemeinschaft einige Kompetenzen eingeräumt. Gemäß dem im Mai 1999 in Kraft getretenen Vertrag von Amsterdam soll die Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten insbesondere in den Bereichen der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, der Verhütung von Humankrankheiten sowie der Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit ergänzt werden.

Auch der Rettungsdienst ist zwischenzeitlich stärker in den Blickwinkel der europäischen Institutionen gerückt¹⁾. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte sich im Jahre 1997 erstmals mit einer Fragestellung aus diesem Bereich auseinanderzusetzen²⁾. Dem Verfahren lag folgender Sachverhalt zu Grunde:

Ein österreichischer Taxiunternehmer hatte von Seiten der österreichischen Behörden eine Konzession zur Ausübung des Mietwagengewerbes, eingeschränkt auf Kranken- und Rettungstransporte, erhalten. Dennoch verweigerte ihm die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse den Abschluss eines Direktverrechnungsvertrages. Zur Begründung führte sie an, dass die bereits bestehenden Verträge für die Versorgung ausreichend seien. Der Unternehmer beantragte beim österreichischen Bundesvergabeamt unter Berufung auf die Dienstleistungsrichtlinie 92/50 EWG die Feststellung, dass ein offenes Vergabeverfahren hinsichtlich der Verträge mit der Krankenkasse durchzuführen sei. Das Vergabeamt hat den EuGH in diesem Fall um Vorabentscheidung angerufen.

Der Gerichtshof hat in seinem Urteil vom 24.09.1998 zwar die Anwendbarkeit der Dienstleistungsrichtlinie bejaht, ein Anspruch auf Ausschreibung im konkreten Fall wurde allerdings verneint, da es sich bei den Direktverrechnungsverträgen um „bestehende, auf unbestimmte Zeit oder über mehrere Jahre abgeschlossene“ Rechtsverhältnisse handelte, die bereits vor der Geltung der Richtlinie abgeschlossen worden waren.

Darüber hinaus haben die Luxemburger Richter einige andere Aspekte in Bezug auf den Rettungsdienst beleuchtet. Wenngleich die Ausführungen auf deutsche Verhältnisse nicht direkt übertragbar sind, soll kurz auf einige interessante Punkte eingegangen werden. Im Rahmen der vorgenannten Dienstleistungsrichtlinie werden

unterschiedliche Verfahren, wie z. B. die europaweite Ausschreibung, bei der Vergabe von Dienstleistungsaufträgen genannt. Welches Verfahren anzuwenden ist, hängt von der Einordnung in bestimmte Gruppen im Anhang der Richtlinie bzw. der Central Product Classification (CPC) der Vereinten Nationen ab. Der EuGH hat hierzu klargestellt, dass beim Rettungsdienst sowohl eine Einordnung in die Gruppe derjenigen Dienstleistungen möglich ist, für die die Richtlinie ein strenges Ausschreibungsverfahren vorschreibt, als auch in die andere Gruppe. Die Richter führten aus, dass der Rettungsdienst zwei Teilleistungen enthält. Die eine sei der Transportanteil, die andere die medizinische Versorgung. Je nachdem, welche der beiden Komponenten bei dem jeweiligen Fall überwiegt, sei eine Einordnung vorzunehmen. Zur Frage der Gewichtung der Teilleistungen hat der Gerichtshof sich jedoch in der Urteilsbegründung nicht festgelegt.

Das Urteil ist allerdings auf deutsche Verhältnisse nicht unmittelbar übertragbar. Die Dienstleistungsrichtlinie 92/50 EWG war von Österreich nicht in nationales Recht umgesetzt worden und konnte vom EuGH daher direkt auf den Fall angewendet werden. In Deutschland wurde die Richtlinie allerdings zwischenzeitlich ins nationale Recht transformiert. Die diesbezüglichen Regelungen sind in den am 1. Januar 1999 in Kraft getretenen §§ 97 ff. des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) enthalten.

Darüber hinaus handelte es sich bei dem im österreichischen Fall in Frage stehenden Direktverrechnungsvertrag um einen privatrechtlichen Vertrag zwischen einer Krankenkasse und einem privaten Unternehmer. In Deutschland geht es hingegen vorwiegend um die Entscheidung des zuständigen Trägers, wem die Durchführung des Rettungsdienstes übertragen wird. Diese Genehmigung wird allerdings durch öffentlich-rechtlichen Vertrag oder Verwaltungsakt festgelegt. Es ist strittig, ob die §§ 97 ff. GWB überhaupt anwendbar sind. Nach der Begründung des Gesetzentwurfes³⁾ sollen lediglich privatrechtliche Verträge öffentliche Aufträge i. S. des § 99 GWB sein. Andere Grundlagen für die Erbringung der Leistung, wie insbesondere auch „Zuständigkeitszuweisungen an Durchführungsorganisationen per Gesetz, Gründungsstatut oder öffentlich-rechtlichen Vertrag“ sollen grundsätzlich nicht darunter fallen. Nach anderer Auffassung wird unter Berufung auf den Sinn und Zweck der europäischen Dienstleistungsrichtlinie und der Umgehungsmöglichkeiten eine Beschränkung auf privatrechtliche Verträge abgelehnt⁴⁾. Eine Stellungnahme des EuGH zu diesem Problem hat es bis dato noch nicht gegeben.

Eine weitere Voraussetzung gemäss § 99 Abs. 1 GWB ist, dass es sich um einen „entgeltlichen“ Vertrag handelt. Der öffentliche Auftraggeber muss den Erbringer der Dienstleistung also unmittelbar für seine Leistung entlohnen. In diesem Zusammenhang muss zwischen dem sog. Konzessionsmodell und dem Submissionsmodell unterschieden werden⁵⁾. Im Rahmen des Konzessionsmodells, welches in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen⁶⁾ gilt, wird kein Entgelt vom Träger des Rettungsdienstes an den Durchführenden gezahlt. Vielmehr erhält die Hilfsorganisation oder der Privatunter-

nehmer direkt einen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenkasse oder den Patienten selbst. Der öffentlich-rechtliche Träger lässt den Unternehmer lediglich zu dem Verfahren zu. Ein entgeltlicher Dienstleistungsauftrag im Sinne der §§ 97 ff. GWB liegt insoweit nicht vor. Anders verhält es sich allerdings in den Bundesländern, in denen das sog. Submissionsmodell gilt. Namentlich handelt es sich um Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein⁷⁾. In Bremen und Hamburg existieren beide Modelle nebeneinander. Soweit die Feuerwehren den Rettungsdienst durchführen, gilt auch hier das Submissionsmodell⁸⁾. Hier wird seitens der Träger des Rettungsdienstes eine Benutzungsgebühr erhoben. Die durchführenden Organisationen und Unternehmer erhalten von diesem dann ein „Entgelt“.

Im Ergebnis kann also festgehalten werden, dass selbst wenn man eine Anwendung des Vergaberechts auf öffentlich-rechtliche Verträge – entgegen dem Entwurf des Vergaberechtsänderungsgesetzes – bejaht, kommt eine Anwendung des Vergaberechts nur in den Bundesländern, in denen das Submissionmodell gilt, in Frage. Aufträge über 200.000 Euro müssten dann allerdings gemäss dem 2. Abschnitt der Verdingungsordnung für Leistungen Teil A (VOL/A) ausgeschrieben werden. Die Art des durchzuführenden Verfahrens hängt entsprechend der oben genannten Rechtsprechung des EuGH davon ab, ob die Transportanteile oder die medizinischen Anteile überwiegen. Auch hier dürfte in Altverträge aber nicht eingegriffen werden.

Im Dezember vergangenen Jahres wurde der EuGH seitens des Oberverwaltungsgerichts (OVG) Rheinland-Pfalz in zwei weiteren Fällen angerufen. In dem einen Fall⁹⁾ hatte ein privater Unternehmer gegen die Versagung der Erteilung einer Erlaubnis hinsichtlich der Zulassung zum qualifizierten Krankentransport geklagt. Die zuständige Behörde hatte ihm die Zulassung unter Berufung auf die „Funktionsschutzklausel“ des § 18 III des Rettungsdienstgesetzes verweigert¹⁰⁾. Im zweiten Fall ging es um die Versagung einer Genehmigung hinsichtlich der Luftrettung unter Bezugnahme auf dieselbe Vorschrift des Rettungsdienstgesetzes¹¹⁾. Die Entscheidungen des EuGH werden daher mit Spannung erwartet.

1) vgl. zur gesamten Thematik Dr. Martin Schulte „der öffentliche Rettungsdienst auf dem Prüfstand des Vergaberechts“, Teil 1, veröffentlicht in „Rettungsdienst“ 8/2000, S.71-73

2) EuGH Rs C-76/97 (Walter Tögler/Niederösterreichische Gebietskrankenkasse)

3) Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Rechtsgrundlage für die Vergabe öffentlicher Aufträge (Vergaberechtsänderungsgesetz), Bundestagsdrucksache 13/9340

4) Vgl. Arnold Boesen, Vergaberecht, Kommentar zum 4. Teil des GWB, 1. Auflage 200, Bundesanzeiger Verlag, RN 29 ff., mit weiteren Nachweisen

5) Dr. Martin Schulte „der öffentliche Rettungsdienst auf dem Prüfstand des Vergaberechts“, Teil 2, veröffentlicht in „Rettungsdienst“ Heft 09/2000, S.62-67

6) §§ 28 Abs. 1 S. 1, 2 Abs. 1 RDG BW; Art 24 Abs. 1 S. 1 BayRDG; § 13 Abs. 3; § 8 Abs. 3 S. 1 HRDG; § 15 Abs. 1 NRDG; § 12 THRDG

7) § 10 Abs. 2 BbgRettdG; § 11 RDG M-V; § 15 Abs. 1 RettG NW i.V.m. § 6 KAG NW; § 26 Abs.1 SächsRettdG; § 20 Abs. 1 S. 1 RettdG LSA i.V.m. § 6 KAG LSA; § 8 Abs. 1 RDG SH i.V.m. § 6 KAG SH

8) § 13 I BremRettdG, § 1 I GebOFw Hbg

9) OVG Rheinland-Pfalz AZ: 7 A 11769/98

10) Durch das Landesgesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes vom 8. April 1991 war der qualifizierte Krankentransport dem Rettungsdienst zugeschlagen worden und damit nicht mehr das Personenbeförderungsgesetz anwendbar.

11) OVG Rheinlandpfalz AZ: 7 B 11739/99

Persönliche Daten der Autoren



Dr. Andreas von Block-Schlesier

- Jahrgang 1945
- 1968–1972 Studium der Rechtswissenschaft
- 1972 1. Juristische Staatsprüfung
- 1972–1975 Zweitstudium für das Lehramt
- 1975 Staatsexamen für das Lehramt, Bonn
- 1973–1975 Rechtsreferendar
- 1976 2. juristische Staatsprüfung, Düsseldorf
- seit November 1976 Rechtsanwalt
- 1976 Eintritt in das Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes (DRK)
- dort im Laufe von 11 Jahren Leiter der Auslandsarbeit, Justitiar, Leiter des Präsidialbüros und Bundeskonventionsbeauftragter
- seit 01.01.1994 Bundesvorstand der JUH
- Oberstleutnant der Reserve der Bundeswehr
- Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität der Bundeswehr, München
- gewähltes Mitglied des Präsidialausschusses für Humanitäres Völkerrecht des DRK
- Lehrbeauftragter an der Rhein-Ruhr-Universität Bochum
- Veröffentlichungen und Auszeichnungen



Admiral a.D. Dieter Wellershoff

- Geboren 16. März 1933 in Dortmund, aufgewachsen im Ruhrgebiet und am linken Niederrhein
- Naturwissenschaftliches Abitur in Krefeld
- 6 Semester Maschinenbaustudium in Aachen

Berufliche Laufbahn

- April 1957 Eintritt in die Bundeswehr, Ausbildung zum Seeoffizier (Fernmeldeoffizier) Borddienst auf Minensuchbooten und Zerstörern
- Kommandant Minensuchboot „VEGESACK“
- Dezernent für Fernmeldebetrieb im Marineamt
- Admiralsausbildung
- Referent für Militärpolitik im Führungsstab Streitkräfte und Planungsstab
- Kommandant Zerstörer „HESSEN“
- Abteilungsleiter A 3 (Operation, Organisation und Einsatz) im Flottenkommando (Kapitän zur See 1974)
- Kommandeur der Flottille der Minenstreitkräfte
- 1977–1981 Stabsabteilungsleiter Rüstung im Führungsstab der Marine (Flottillenadmiral)
- 1981–1984 Kommandeur Führungsakademie der Bundeswehr (Konteradmiral) (Zentrale Fortbildung aller Stabsoffiziere)
- 1984–1986 Stellvertreter Inspekteur und Inspekteur der Marine (Vizeadmiral)
- 1986–1991 Generalinspekteur der Bundeswehr (Admiral ***) (Erster Soldat der Bundeswehr, militärpolitischer Berater der Bundesregierung, Chefplaner der Bundeswehr, Mitglied des Militärausschusses der NATO) in der Zeit der sicherheitspolitischen Wende und der deutschen Vereinigung.
- Erster Generalinspekteur des vereinten Deutschlands

Nach der Zurruesetzung als Offizier im September 1991:

- 1992/93 Lehrauftrag zur Sicherheitspolitik –
Universität Kiel
- 1992–1995 Präsident der Bundesakademie für
Sicherheitspolitik (Spitzenfortbildung
Sicherheitspolitik für alle Bereiche)
- ab 1995 Lehrauftrag zur Sicherheitspolitik und
Führungslehre im Studiengang „Humanitäre
Hilfe“ der Ruhr-Universität Bochum
(Im Wintersemester „Grundlagen der
Sicherheitspolitik“, im Sommersemester
„Leadership und Management“)
- Freier Publizist u. a. für die Frankfurter Allgemeine
Zeitung und den Rheinischen Merkur

Familie:

verheiratet mit Emma Johanna W., drei Kinder, sechs Enkel

Wichtigste Publikationen:

- 1984 „Freiheit, was ist das?“ (Hrsg.) – Herford;
- 1990 „Frieden ohne Macht?“ (Hrsg.) – Bonn;
- 1992 – 1995 Hrsg. der Schriftenreihe
„Neue Sicherheitspolitik“
(Publikationen der Bundesakademie
für Sicherheitspolitik)
- März 1997 „Führen – Wollen – Können – Verantworten“;
Bonn, Bouvier Verlag
- April 1999 „Mit Sicherheit. Neue Sicherheitspolitik
zwischen gestern und morgen“;
Bonn, Bouvier Verlag



Theo Vullers

- Geboren: 21. Dezember 1954, Reuver (L) Niederlande

Ausbildung:

- 1976 Krankenpfleger A, Allgemeines Krankenhaus Venlo
- 1978 Krankenpfleger B, Psychiatrisches Krankenhaus Maastricht
- 1982 Ausbildung intensive care, Roermond
- 1990 HBO Management Gesundheitspflege, Hochschule Nimwegen
- 1992 SOSA Ambulacepfleger, IOG, Eindhoven
- 1995 SOSA Management im Rettungsdienst, LCCV, Pilot, Utrecht
- Verschiedene andere Kurse und Ausbildungen.

Berufserfahrung:

- 1972–1976 Ausbildung Krankenhaus Venlo
- 1976–1977 Militärdienst
- 1977–1979 Ausbildung psycho-medizinisches Kreiszentrum Maastricht
- 1979–1990 Rettungseinsätze Rettungssanitätsdienst Krankenhaus Roermond
- 1990 bis heute: Leiter Rettungssanitätsdienst GGD östliches Süd-Limburg Heerlen

Nebenämter:

- Landesvorsitzender der Vereinigung der Leiter von Rettungssanitätsdiensten in den Niederlanden
- Teilnehmer beim Aufbau des Eucrew
- Mitglied der Pilotgruppe innovativer Reisen auf dem Gebiet der Rettungssanitätshilfe in den Niederlanden



Pierre Biehler

- geboren 1954 in Straßburg
- Studium an der Universität Straßburg
- Spezialist in Anästhesiologie
- seit 1976 im SAMU von Straßburg
(auf den NAW, der Zentrale und Hubschrauber)



Ole Qvist Pedersen

- geboren 1952
- 1979 Cand. Scient. Pol.(Staatswissenschaft) bei Aarhus Universität
- 1979–1983 Das dänische Wohnungsministerium, Kopenhagen
- 1983–1989 Aarhus Kommune, Sekretariat des Bürgermeisters
- 1989 Falcks Rettungsdienst als Konsulent für Öffentliche Verträge
- 1992 Chef des Rettungssekretariates

- 1984–1999 Nebengeschäftlich angestellt als interner Lektor in Staatswissenschaft bei Aarhus Universität, Abteilung für öffentliche Verwaltung



Jan Nowicki

- 03.03.1948 geboren in Bischofsburg/Ostpreußen
- 1954–1965 Besuch der Grundschule und des Gymnasiums in Danzig; Abitur
- 01.10.1965 Beginn der Studienzeit in der Medizinakademie in Danzig
- 21.05.1971 Abschlussprüfung mit dem Erwerb des Titels „Arzt“
- 01.09.1971 Eintritt ins Krankenhaus in Gizycko/Lotzen/Ostpreußen
- 26.03.1971 Erwerb des Ersten Spezialisierungsgrades im Bereich der Gynäkologie
- 1975–1987 Führung einer Privatpraxis in Lotzen
- 1976–1979 Beschäftigung bei „Poland Ocean Lines“ als Schiffsarzt
- 21.11.1982 Erwerb des Zweiten Spezialisierungsgrades und des Titels Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Warschau, Beförderung zum Oberarzt

- 1987–1990 Beschäftigung in der Frauenklinik des Städtischen Krankenhauses in Solingen als Assistenz- und Oberarzt

- 1990–1999 Führung eigener Praxis und Arbeit als Oberarzt im Krankenhaus in Gizycko/Lotzen

- Seit 2000 Führung eigener Praxis und der Privat-Frauenklinik



Dr. iur. Robert Brandstetter

- geb. 26.11.60 in Wien
- 1979 Neusprachliches Gymnasium in Baden, Matura in Horn
- 1979–1984 Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Wien
- Juni 1984 Abschluss Studium der Rechtswissenschaften und Promotion zum Doktor der Rechte
- 1984–1985 Zivildienst bei der Österreichischen Sektion von Amnesty International
- Zwei einmonatige Auslandsstudien in Luxemburg 1984 (Institut Universitaire International) und 1985 in Den Haag an der Academy of International Law beim IGH
- 1985–1990 Tätigkeit beim Österreichischen Akademischen Austauschdienst als Jurist in der Zentralen Geschäftsstelle, dann von 1997–1990 als Leiter der Geschäftsstelle Wien
- Seit 1.8.1990 Geschäftsführer der Johanniter-Unfall-Hilfe in Österreich, Bereich Wien



Ulrike Pohl-Meuthen

- stellvertretende Leiterin Institut für Rettungsdienst
Deutsches Rotes Kreuz
- verheiratet, drei Kinder
- 1964–1976 Schulbildung
- 1975–1980 aktives Mitglied der Johanniter-Unfall-Hilfe
(Rettungssanitäter)
- 1977–1982 Studium der Soziologie und Psychologie in
Konstanz und der Sozialwissenschaften in
Göttingen
- 1983–1984 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der
Pädagogischen Fakultät der Universität
Göttingen sowie Mitarbeit beim
Forschungsinstitut für Öffentliche
Verwaltung an der Hochschule für
Verwaltungswissenschaften in Speyer
- Seit 1985 Mitarbeiterin des Deutschen Roten
Kreuzes,
zunächst im Bereich Migrationsarbeit
- Seit 1988 im Institut für Rettungsdienst des DRK



Brigitte Krause-Sigle

- 1936 geboren in Bietigheim/Württemberg, verheiratet
- 1955 Abitur in Stuttgart
- 1959 1. jur. Staatsexamen, Tübingen (Studium in Tübingen u. Berlin)
- 1963 2. jur. Staatsexamen, Stuttgart
- Oktober 1963 – Eintritt in das Bundesministerium für Wirtschaft
- bis Ende 1999 Leiterin der Unterabteilung I B „Wettbewerbs- und Preispolitik“



In der Schriftenreihe „Forum“ sind bisher folgende Ausgaben erschienen:

- Heft 1: **Abschied von den AVR?**
Ist die Vergütungsstruktur der AVR (Arbeitsvertragsrichtlinien) für die JUH noch zeitgemäß? – Dokumentation der Tagung vom 21. April 1998
- Heft 2: **Humanitäre Soforthilfe der deutschen Hilfsorganisationen im Ausland**
Dokumentation der Konferenz vom 20. Mai 1998
auf der ILA '98 in Berlin
- Heft 3: **Expertenhearing zur Entwicklung der stationären Altenhilfe**
Dokumentation der Tagung vom 7. September 1998 (vergriffen)
- Heft 4: **Aktuelle Entwicklungen im Verkehrsrecht – Auswirkungen auf die Hilfsorganisationen**
Dokumentation der Tagung vom 11. November 1998
- Heft 5: **900 Jahre Johanniter – Humanitäres Völkerrecht, Humanitäre Hilfe**
Dokumentation der Veranstaltung vom 15. März 1999
- Heft 6: **Karriere im Zeichen der Hilfe – Fort- und Weiterbildung für Führungskräfte im Kontext von Personalentwicklung**
Dokumentation der Veranstaltung vom 19. Mai 1999
- Heft 7: **Das Johanniter-Modell der Betrieblichen Altersversorgung**
Dokumentation der Veranstaltung vom 2. September 1999
- Heft 8: **Ehrenamt 2000 – Perspektiven auf der Schwelle zum 21. Jahrhundert**
Dokumentation der Veranstaltung vom 13. Oktober 1999 (vergriffen)
- Heft 9: **Die zukünftige Entwicklung der Menü-Dienste**
Dokumentation der Veranstaltung vom 4. April 2000
- Heft 10: **Under Fire – der Einsatz von Journalisten in Krisengebieten**
Dokumentation der Veranstaltung vom 6. Juni 2000
- Sonderheft:
50 Jahre Genfer Abkommen – durch Menschlichkeit zum Frieden
Dokumentation der Veranstaltung vom 12. August 1999