

## DER POLITISCH–GESELLSCHAFTLICHE STELLENWERT DES RETTUNGSDIENSTES

7. Rettungskongress des Deutschen Roten Kreuzes, Saarbrücken, 9.-12. Mai 1990

Wolf R. Dombrowsky

Wenn über den politisch-gesellschaftlichen Stellenwert des Rettungsdienstes gesprochen wird, so darf zu Recht Würdigendes erwartet werden. Jede Zivilisation ist auch daran zu bemessen, wie sie Verletzte und Kranke behandelt und mit welcher Sorgfalt und Beilung sie Hilfe zukommen läßt. Jürgen Schilling (1983:37) bezeichnete dies einmal als den "archimedischen Punkt" eines jeden Rettungswesens und mir scheint, daß das Rettungswesen der Bundesrepublik Deutschland von diesem Blickwinkel aus begründet gewürdigt werden darf.

Als zentraler Teilbereich unseres Gesundheitswesens ist der Rettungsdienst in der Tat so etwas wie ein technisch und medizinisch modernisierter "barmherziger Samariter". Staat und Hilfsorganisationen teilen sich den hohen ethischen Rang dieser Aufgabe gern. Bei den Kosten sieht es schon anders aus, obgleich ebenso gern beteuert wird, daß die Verteilung von Überlebens- und Rettungschancen "der rein ökonomischen Kalkulation entzogen" sein muß (Klingshirn 1983:48). Doch wie immer, wenn Gottes Gnadensonne über Gerechten wie Ungerechten scheint, melden sich die Pharisäer. Stellvertretend für diese Gattung darf ich einen aufgebrauchten Bremer Bürger zitieren, der angesichts dreier Notarztwagen, die zwei Drogenopfer und zwei blutüberströmte Punker versorgen mußten, in die Menge der Schaulustigen fragte, ob bei Bedarf auch noch ein Rettungswagen für "ordentliche Bürger" da wäre, oder ob man nur Steuern bezahle, damit "so Typen wie die da" gut versorgt würden?

Auch wenn die Zuspitzung durch "Volkes Stimme" peinlich berühren mag, so benennt sie dennoch ein Problem, an dem sich der politisch-gesellschaftliche Stellenwert des Rettungswesens sehr drastisch bemessen läßt: Es ist die Frage nach den Verteilungskriterien für knappe Ressourcen – oder, umgekehrt, nach der Höhe der Versorgungsdichte, die sich eine Gesellschaft leisten will und kann. Letzten Endes ist die Wahl zwischen einem "nichtsnutzigen Drogi" und einem "steuerzahlenden, ordentlichen Bürger" nur deswegen inhuman, weil ihr so offensichtlich die Standards einer bestimmten Form sozialer Angepaßtheit anzumerken sind. Dennoch: dem Prinzip nach läßt sich dem Triage-Problem nicht ausweichen, auch wenn uns im Rettungsdienst bislang noch eine Sortierung aus Ressourcenmangel erspart geblieben ist.

Noch stehen die Zeichen auf Wachstum und Ausbau, zumindest auf Erhalt und Bestandssicherung. Der sprichwörtliche Rotstift scheint dem Rettungsdienst das Triage-Thema noch nicht aufzuzwingen. Und doch, so scheint mir, gibt es gute Gründe, am Beispiel des Sortierungsproblems darüber nachzudenken, welche Versorgungsqualität die öffentliche Dienstleistung "Rettung" haben soll und haben muß.

Bereits im Zusammenhang mit der bevorstehenden EG-Harmonisierung, vielleicht aber auch schon im Zuge der Vereinigung beider deutscher Staaten wird, so meine These, das Triage-Problem in gewisser Weise zum Tragen kommen. Ganz offensichtlich wünschen sich die interessierten Akteure

in der Bundesrepublik, das gegenwärtige, sehr hohe Niveau des deutschen Rettungsdienstes zur europäischen – und selbstverständlich zur gesamtdeutschen – Referenzgröße machen zu können, auf die sich alle anderen Länder emporentwickeln sollen. Die Idee, daß es auch eine durchschnittliche Versorgungsgüte geben könnte, wie sie sich aus dem mittleren Versorgungsniveau der europäischen Staaten ergibt, wird als unzumutbar interpretiert: Sie bedeute, Menschen Hilfe zu beschneiden und damit Tod und Invalidität bewußt in Kauf zu nehmen.

Die Argumentation beruht möglicherweise auf einem Fehlschluß. Zudem verstellt sie den Blick auf einen gern vernachlässigten Aspekt jenes oft zitierten "politisch- gesellschaftlichen Stellenwerts" des Rettungswesens: Wenn eine Senkung des bestehenden Niveaus eine bewußte Inkaufnahme von mehr Toten und Verletzten ist, wie erklärt sich dann die trotz dieses Rettungswesens immer noch erschreckend hohe Zahl von Unfalltoten und Verletzungsgeschädigten? Und woran liegt es, daß manche andere, mit öffentlichen Rettungsdiensten schlechter versorgte Länder trotzdem weniger Verkehrs- und Unfallopfer zu beklagen haben?

Tatsächlich läßt sich nicht beweisen, ob die Zahl der Verkehrs- und Unfallopfer durch eine immer weitere Perfektionierung des Rettungswesens gesenkt, oder umgekehrt, durch einen geringeren Leistungsstandard erhöht wird. Dagegen läßt sich sehr wohl zeigen, daß jeder Rettungsdienst nur so gut sein kann, wie die Menschen, die ihn tragen – und dies beinhaltet keineswegs nur seine unmittelbaren Funktionsträger. Die Güte eines Rettungsdienstes bemißt sich eben nicht allein an objektivierbaren Daten wie der durchschnittlichen Eintreffzeit, der Auslastung, der Qualifikation des Personals und der Ausstattung. Vielmehr treten Faktoren des "Humankapitals" hinzu. So lassen sich die Eintreffzeiten auch durch Überkapazitäten schönen; läßt sich manches Ausstattungsdefizit durch besonders engagiertes und erfahrenes Personal kompensieren. Das Fehlen einer zentralen Einsatzkoordination kann wiederum die Auslastungsquote verschlechtern und Mängel in der Organisationsstruktur können die Motivation und Einsatzgüte des Personals senken. Schon diese wenigen Andeutungen zeigen den Stellenwert der menschlichen, sozialen Komponente. Genauer gesagt: der halben menschlich-sozialen Komponente. Denn was noch fehlt, ist der Adressat der Dienstleistung "Rettung", also die Teilmenge der Betroffenen, das sogenannte "Patientengut" und die Gesamtmenge der potentiell Betroffenen, also alle Gesellschaftsmitglieder. Eine solche Differenzierung ist vielleicht einmal notwendig, um die unterschiedlichen Perspektiven und Interessen erkennen zu können. Es sollte tatsächlich deutlich zwischen Angebots- und Nachfrageseite, zwischen der öffentlichen und der privaten Erbringung der Dienstleistung "Rettung" und zwischen realen und potentiellen "Konsumenten" des Rettungs- Dienstes unterschieden werden. Vielleicht wird dann sichtbar, daß das Rettungswesen nicht ohne einen umfassenderen Kontext beurteilt werden kann.

Schaut man sich einmal US-amerikanische Statistiken von Polizei-, Feuerwehr- und Ambulanzeinsätzen an, so erkennt man eindeutige Korrelationen zwischen Einsatzhäufigkeiten und Stadtteilen. Dies rührt am wenigsten daher, daß es in vielen amerikanischen Großstädten Zonen gibt, in die sich selbst Polizei und Feuerwehr nicht mehr trauen. Vielmehr resultiert dies aus der fiskalisch bedingten Verteilung von öffentlichen Gütern: Investiert wird nach der Höhe der Steuereinkünfte, so daß z.B. die Verteilungen von Feuerwachen, Polizeidienststellen, Schulen, Krankenhäuser und Rettungsdiensten (samt der zugehörigen personellen und materiellen

Ausstattung sowie der Infrastruktur aus Meldeeinrichtungen, Hydranten, Notrufsäulen etc.) ablesen lassen, wo welche Einkommensschichten leben. Folgerichtig ballen sich dann die sozialen Probleme, die Abbrände, die Kriminalität und die medizinische wie soziale Minderversorgung in jenen Stadtteilen, die sich Gegenmaßnahmen nicht leisten können. Wer dennoch eine bessere Versorgung benötigt, muß entweder umziehen oder individuell bezahlen. Längst gibt es daher in den USA private Schutz- und Ambulancedienste und damit, ganz zwangsläufig, eine nochmalige Verschärfung der Verteilungsunterschiede: Rettungschancen, so könnte man sagen, werden nach Einkommen verteilt; das Triagekriterium ist die individuelle Kaufkraft. Trotzdem belehrt uns das amerikanische Beispiel darüber, daß das Strukturprinzip demokratischer Gesellschaften nicht außer Kraft gesetzt ist: Die Bereitstellung des öffentlichen Gutes "Rettung" ist durchaus für jeden Bürger gewährleistet. Das Prinzip formaler Gleichheit besagt nur, daß jedem Bürger die gleiche, nicht die größtmögliche Rettungschance zukommen soll. Wer besser versorgt sein will als der Durchschnitt, der soll dafür bezahlen.

Die Verhältnisse in unserem Lande sind anders. Das Rettungswesen stellt, wie z.B. auch der Brand- oder Katastrophenschutz, eine staatliche Ordnungsaufgaben dar. Gerade als Ordnungsaufgaben, also als Bestandteile öffentlicher Sicherheit und Ordnung, wird aufgrund einer spezifischen Wertauffassung nicht nur formale Gleichheit garantiert, sondern gleiche und bestmögliche Versorgungschance gekoppelt. So muß nicht nur jedem, ungeachtet seiner Person, die gleiche Rettungschance zugesichert werden, sondern auch eine flächendeckend gleichverteilte Rettungsqualität. Der Staat hat sich durch seine Ineinssetzung von bestmöglicher Versorgung mit ethischer Verantwortung in ein Dilemma manövriert, das ihn hindert, den öffentlichen Rettungsdienst nur in einer "Grundversorgung" zu garantieren und Mehrleistungen privat erbringen zu lassen: Es ist genau das Argument, das einen direkten Zusammenhang von Rettungsdienstverbesserung und der Senkung von Opferzahlen behauptet. Angesichts dieses Arguments muß jeder, der Verbesserungen nicht bezahlen mag, unweigerlich als Unmensch erscheinen, der aus Knauserigkeit Gesundheit und Menschenleben opfert. Wer wagt es, sich diesem Vorwurf auszusetzen?

Viel einfacher ist es dagegen, die permanent steigenden Kosten öffentlicher Güter durch Trittbrettfahrerei zu erklären. "Trittbrettfahrer" (sog. "free riders") kümmern sich um die Gestehungsbedingungen öffentlicher Güter nicht, weil ihr individueller Vorteil aus dem öffentlichen Gut immer größer ist, als der Nachteil ihres persönlichen Beitrages. So lohnt sich natürlich ein öffentliches Gesundheitswesen und Sozialsystem vor allem für diejenigen, die dazu keine Beiträge aufwenden müssen. An dieser Stelle steckt der Ärger des eingangs zitierten Bremer Bürgers und hier wurzelt auch jener amerikanische Rigorismus, der bestimmte öffentliche Leistungen auf einem derart niedrigen Niveau hält, daß letztlich jeder Bürger aus eigener Tasche zuzahlen muß. Schenken, so das harsche Prinzip dahinter, verdirbt die Leistungsmoral; bezahlen dagegen macht preisbewußt.

An dieser Stelle nun ist zwischen Betroffenen in der Rolle des Patienten/Opfers und in der Rolle des (steuer- oder sozialversicherungs-)zahlenden Bürgers zu unterscheiden. Der zahlende Bürger möchte seine Ausgaben für Gemeinaufgaben nach Möglichkeit minimieren; ihm wäre, – als Gesundem, Leistungsfähigen – , höchstwahrscheinlich eine minimale Grundversorgung

ausreichend. Als Unfallopfer aber, also als unmittelbarem Konsument der Dienstleistung "Rettung" würde er mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit die bestmögliche Versorgung fordern. Meine Frage also lautet: Wie, glauben Sie, würden die Bürger den Konflikt zwischen Kostenminimierung und Bestversorgung lösen?

Noch ist niemand danach gefragt worden (obgleich es reizvoll wäre, hier mit geeigneten Instrumenten, z.B. dem Planungszellenverfahren, systematisch zu eruiieren). Die amerikanische Entwicklung jedoch hat gezeigt, daß es auch anders geht: So entstehen, wenn ein öffentliches Leistungsangebot fehlt oder mangelhaft ist, private Lösungen und alternative Verhaltensstrategien. Daß dabei auch problematische Lösungen aufkommen, steht außer Frage, doch ist genau dies eine politische Wertentscheidung und zeigt, welchen Stellenwert eine Gesellschaft welcher Problemlösung einräumt.

Vielleicht sollte man an dieser Stelle fragen, auf welche Weise sich eine Gesellschaft anders verhielte, wenn sie von heute auf morgen auf ein bestimmtes öffentliches Gut verzichten müßte. Die Denksportaufgabe lautet also: Was, glauben Sie, wird passieren, wenn es ab morgen keinen Rettungsdienst mehr gibt? Natürlich ist eine solche Frage hypothetisch und geradezu aberwitzig spekulativ. Ich glaube aber, daß eine solche Spekulation durchaus fruchtbar sein kann, weil sie Gedankenspiele zuläßt, die in der sonst üblichen Betrachtungsweise ausgeschlossen bleiben.

Betrachtet man z.B. die Analysen, Berichte und Ergebnisse der vergangenen Rettungskongresse, so findet sich auch dort ein heimliches "Evolutionsmodell", das unaufhaltsam zum Höheren, Besseren, Perfekteren strebt und darüber zu vergessen scheint, daß jede Problemlösung auch Nebenfolgen hervorruft, die dem ursprünglichen Zweck dieser Lösung zuwiderlaufen können.

Vielleicht gestatten Sie mir aus diesem Grunde einen Blickwinkel, der von dem Ihren möglicherweise abweicht und Probleme dort sucht, wo Sie bereits Lösungen sehen und umgekehrt. 1982, anläßlich des 5. Rettungskongresses in Bremen, bezeichnete z.B. Josef Großmann das "zermürbende" Ringen um die Benutzungsentgelte zwischen Leistungs- und Kostenträgern, den ungleichmäßigen Ausbau des Notarztdienstes und das fehlende Berufsbild für Rettungssanitäter als zentrale und entmotivierende Probleme. In medizinischer und technischer Hinsicht, so sein damaliges Resümee, habe man die Probleme im Griff, in "ökonomischer und damit eng zusammenhängend in organisatorischer und rechtlicher Hinsicht aber noch lange nicht" (1983:31).

Inzwischen sind acht Jahre ins Land gegangen und Sie vermögen besser als ich zu beurteilen, welche dieser Probleme inzwischen gelöst und welche Lösungen inzwischen zu neuen Problemen geworden sind. Dies zumindest erscheint mir angesichts von Resümees und Leistungsbilanzen als Ironie menschlichen Mühens: Daß weder Probleme endgültig gelöst, noch Lösungen unproblematisch sind. Inzwischen wissen wir, daß all unsere gewollten und geplanten Anstrengungen immer auch ungewollte und ungeplante Nebenwirkungen hervorrufen, so daß unsere geradlinig gedachten Ordnungsanstrengungen durchkreuzt und uns permanent neue Probleme vor immer neue Entscheidungen stellen.

Nun scheinen, um ein Beispiel herauszugreifen, die Probleme eines fehlenden Berufsbildes mit dem Inkrafttreten des Rettungsassistentengesetzes vom 10.7.89 am 1.9.1989 gelöst. Der Sprengsatz, der sich aus professionellem Rettungspersonal und ehrenamtlichen Rettungswagen-Besatzungen ergab, scheint entschärft. Scheint: denn wer von den Ehrenamtlichen mag oder kann 1200 Stunden Ausbildung in Theorie und Praxis wirklich auf sich nehmen? Schon die Ausbildung zum Rettungssanitäter, die 520 Stunden beansprucht, überfordert manchen Gutwilligen. Man muß also fragen, was der Gesetzgeber mit welcher Lösung intendiert, zumal da er weiß, daß das Rettungswesen ohne den Einsatz ehrenamtlicher Kräfte weder durchführbar noch finanzierbar ist. Man könnte es als Strategie der Verdrängung ansehen: Hilfsorganisationen, die sich professionelle Rettungswagen-Besatzungen nicht leisten können, müssen entweder den Rettungsdienst aufgeben und ihn somit anderen, potenteren Organisationen überlassen oder an anderer Stelle sparen. Beide Strategien führen unweigerlich zu neuen Problemen und neuen "Lösungen" – ob sie die Versorgungsqualität verbessern mag dahingestellt sein.

Der Bundesverband der Rettungssanitäter sieht das Problem aus einer anderen Warte. Ihm genügen zwei Jahre Ausbildung für Menschen, deren "Einsatz oft über Leben und Tod entscheidet", keineswegs - er fordert daher drei Ausbildungsjahre (vgl. ZS-Magazin 1989:12). Auch der Name RettungsASSISTENT gefällt nicht; Rettungssanitäter klinge eigenständig und weniger nach nachgeordneter, nur assistierender Tätigkeit.

Dort also, wo die Zusammenstöße zwischen dem von uns Geplanten und Gewollten mit den Auswirkungen des von anderen Geplanten und Gewollten oder mit dem von niemandem Geplanten und Gewollten besonders negativ sind, sprechen wir von Unglück, Unheil, gar von Katastrophe. Ich bin Katastrophenforscher und als solcher selbstverständlich mit genau diesen Zusammenstößen bekümmert, also mit Problemen, die sich aus menschlichem Scheitern ergeben. Nunmehr bin ich so recht beim Thema und zugleich bei meinem spezifischen Blickwinkel, von dem aus ich das Rettungswesen betrachte.

Aus katastrophensoziologischer Sicht ist der Rettungsdienst eine spezifische Lösung für ein spezifisches Scheitern. Ich darf dies in Zahlen ausdrücken: Allein das DRK fährt jährlich mehr als 4 Mio. Einsätze im Rettungsdienst und im Krankentransport, was ungefähr 60% des Gesamtaufkommens in diesem Versorgungsbereich abdeckt. Die Feuerwehren, auch dies darf erwähnt werden, fahren jährlich rund 2 Mio. entsprechende Einsätze, so daß allein von diesen beiden Organisationen für mehr als 6 Mio. Fälle menschlichen Scheiterns Lösungen bereitgestellt werden. 69% der von allen Organisationen erbrachten Einsätze entfallen dabei auf Krankentransporte, 19% auf Notfalleinsätze und 12% auf Notarzteinsätze.

Vielleicht darf man an dieser Stelle tiefer leuchten und die "politisch-gesellschaftliche" Dimension detaillierter betrachten: Soweit verlässliche Zahlen vorliegen, verteilen sich die Einsatzerfordernisse des Rettungsdienstes zu ca. 43% auf internistische Notfälle und akute Erkrankungen, zu 16% auf Verkehrsunfälle, zu 14% auf Unfälle (in Haus, Freizeit, Sport), zu 3% auf Arbeitsunfälle und zu 23% auf "Sonstige Notfälle", also auf Drogen-, Suizid-, Körperverletzungs- und Verbrechenfälle, auf unspezifische Formen von Bewußtlosigkeit sowie auf "hilflose Personen". Notfälle mit Notarztbeteiligung verteilen sich zu 53% auf internistische

Notfälle, zu 37% auf Verkehrsunfälle, zu 35% auf Arbeitsunfälle, zu 25% auf sonstige Notfälle und zu 18% auf sonstige Unfälle.

Genauere Analysen der Einsatzverursachungen zeigen, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle tatsächlich von "Formen menschlichen Scheiterns" gesprochen werden kann. Am leichtesten einzusehen ist dies in den Unfall-Bereichen. Fehlende Schutzeinrichtungen, Mißachtung von Sicherheitsvorschriften, Leichtsinns, unsachgemäße Handhabung, Unkenntnis oder mangelnde Instruktion stellen bei Arbeits- und Hausunfälle die häufigsten Ursachen dar, überhöhte Geschwindigkeit, Alkohol, Regelmäßigkeit, situative Fehleinschätzungen und Leichtsinns bei Verkehrsunfällen. In gewissem Maße gilt dies auch für akute Erkrankungen und internistische Notfälle: Frühe Symptome werden vielfach verdrängt oder bagatellisiert, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen. Im Endeffekt handelt es sich in den meisten Fällen um akute Ausbrüche zivilisatorischer, also kulturell bedingter und damit zumindest mittelbar mitverantworteter Erkrankungen. Genau hier aber muß die Frage diskutiert werden, ob sich Menschen anders verhielten, wenn sie auf kein Notfall-, Rettungs- und Gesundheitssystem zurückgreifen könnten?

Was bedeutet in diesem Zusammenhang ein perfektes, letztlich professionelles Rettungswesen? Vermittelt es den Betroffenen Einsichten in ihr Handeln, in den Hergang des sie betreffenden Geschehens, in die Möglichkeiten, selbst helfend, heilend oder vorbeugend tätig werden zu können? Vielleicht (ver-)führt die Perfektion und Reibungslosigkeit eines Hilfe-Systems auch dazu, daß ihm die soziale Basis, d.h. das aktive Bewußtsein von seinen Gründen, Funktionen, Wirkungen und Kosten verlorengelht. Was ich mit dieser Verankerung einer Gemeinschaftsaufgabe im aktiven, täglich präsenten Bewußtsein meine, zeigt ansatzweise eine Untersuchung der Bundesanstalt für Straßenwesen.

Die BAST untersuchte im Sommer 1987 in 21 Rettungsdienstbereichen der Bundesrepublik Deutschland die Unfall-Erstversorgung von Verunfallten im Verkehrsbereich (vgl. Puhan 1989). Die Zahlen sind aufschlußreich und geben Anlaß zur Revision schwarzseherischer Perspektiven. Ausgewertet wurden 453 Verkehrsunfälle mit insgesamt 599 verletzten Personen. 56,6% dieser Verletzten erhielten noch vor Eintreffen des Rettungsdienstes eine Erstversorgung, wobei diese Erste Hilfe in 68,5% der Fälle durch Laienhelfer, in 19,6% durch einen am Unfallort anwesenden Arzt, in 7,9% durch die Polizei und in 4,1% durch die Unfallbeteiligten selbst erfolgte. Eine Befragung der Rettungssanitäter ergab, daß die von Laienhelfern durchgeführten Maßnahmen durchweg hilfreich, manchmal sogar lebensrettend waren. Fehlerhafte, gar schädliche Laienhilfe konstatierten die befragten Sanitäter nur bei 3,7% der von ihnen vorgefundenen Maßnahmen. Ein Fazit ist möglich: Ohne Laienhelfer bedürfte es entweder eines Mehrfachen an professioneller Hilfe oder wir müßten eine weit größere Zahl an Opfern und damit natürlich auch an Kosten im Gesundheits- und Nachsorgebereich hinnehmen. Von daher ist auch dieser Schluß möglich: Die Güte eines Rettungsdienstes hängt vom ersten Glied der Rettungskette ab – der Ersthilfe durch Laien. Wer aber besorgt sich in gleicher Intensität um die Verbesserung der Laienhilfe wie um die Verbesserung des professionellen Teils?

Zugleich zeigen die Zahlen aber auch, daß die Laienhilfe kein Rettungswesen ersetzen kann. Denn trotz aller positiven Seiten einer faktisch erfolgreichen Laienhilfe sind Probleme unübersehbar.

Bei 31,3% aller Verkehrsunfälle war die Unfallstelle beim Eintreffen des Rettungsdienstes noch nicht ausreichend abgesichert und bei 40% aller Verkehrsunfälle ist von den anwesenden unbeteiligten Personen keine Hilfe geleistet worden. Für diese Verunfallten kommt es ganz besonders darauf an, daß professionelle Hilfe besonders schnell eintrifft, damit die Versorgungsdefizite der ersten (und zumeist entscheidenden) Minuten kompensiert werden können.

Abermals geben die empirischen Befunde wesentliche Aufschlüsse: 55,8% der Verkehrsunfälle ereignen sich innerorts, 44,2% außerorts. Die Meldung der Unfälle erfolgt zumeist durch Privatpersonen, seien es Unfallbeteiligte, Zeugen, Anwohner oder andere Verkehrsbeteiligte. Im Durchschnitt liegen zwischen Unfalleintritt und Meldung 7,8 Minuten bei außerörtlichen und 5,2 Minuten bei innerörtlichen Unfällen. Die mittlere Eintreffzeit des Rettungsdienstes, also die Zeit nach Meldungseingang, liegt bei 6,4 Minuten innerorts, außerhalb des Orts bei 10,2 Minuten. Die Rettungszeit, also die Zeitspanne zwischen tatsächlichem Unfalleintritt und Ankunft am Unfallort beträgt durchschnittlich 11,5 Minuten inner- und 18 Minuten außerorts.

Auch hier wiederum ist ein Fazit zu ziehen: Die politisch gewollte und ethisch geforderte Gleichheit der Hilfsfristen ist empirisch nicht gegeben. Die Rettungschancen sind durchaus unterschiedlich nach räumlichen und nach zeitlichen Verdichtungen verteilt. Wer inner- oder außerorts, auf dem Land oder in der Stadt, während der Hauptverkehrszeit oder an Wochenenden (besonders freitagsnachts) verunglückt, muß mit unterschiedlichen Hilfeleistungen rechnen. Die Ungleichheiten dieser Verteilungen lassen sich tatsächlich nur durch vermehrten Technik- und Spezialisteneinsatz ausgleichen. So gesehen ist der Rettungsdienst das funktionale Äquivalent der Klinik, das deren Leistungen an den Unfallort vorverlagert um damit zeitlich und zunehmend auch diagnostisch und therapeutisch früher und spezifischer mit der Behandlung beginnen zu können. Hier gibt es keine Entwicklung zurück. Aber es ist gerade diese Intensivierung des Technisch-Apparativen, die zur weiteren Vertiefung der Kluft zwischen Laienhilfe, professionalisierter und professioneller Hilfe beiträgt und die das soziale Bewußtsein von der Gemeinschaftsaufgabe "Rettungsdienst" unterminiert.

Das generelle Charakteristikum arbeitsteilig ausdifferenzierter Gesellschaften ist eine immer tiefere Verwissenschaftlichung aller Tätigkeitsbereiche und in der Folge natürlich eine abermalige Fortschreitung von Arbeitsteilung. Dieser Prozeß gilt auch für das Rettungswesen und er wandelte und wandelt die anfänglich als Laienhilfe erbrachten Leistungen systematisch um in ein differenziertes Potential von "Sofortmaßnahmen am Unfallort". Zwar werden dadurch weder Laienhilfe noch Erste Hilfe abgelöst oder gar ersetzt, doch verändert sich zwangsläufig das ganze soziale Gefüge, dem das Rettungswesen aufruht, sobald sich die Einzelkomponenten dieses Gefüges in sich und in ihrer Verzahnung verändern. Die Glieder der Rettungskette werden somit am unteren Ende dünn und am oberen zu dick. Letzten Endes wird dann das untere Glied brechen und das obere am eigenen Gewicht zugrundegehen. Die Rettungskette existiert dann nicht mehr. Ob wir dann amerikanische Verhältnisse bekommen, ob dann auch bei uns Menschen aus Geldmangel ihre Gesundheit ruinieren und private Rettungsdienste nur noch ihre Leistungen erbringen, wenn die Opfer noch ihre Kreditkarte zu zücken vermögen, bleibt vorerst der Phantasie überlassen. Ich zumindest plädiere dafür, daß das Deutsche Rote Kreuz sein Gewicht nutzt, um alle Glieder der Rettungskette zu stärken, damit die wichtigsten Mitglieder, die Menschen nämlich, die aus Einsicht und Engagement ein Glied in der Kette sein wollen, nicht zum fünften Rad an einem

übertechnisierten Wagen werden.

#### Literatur

Großmann, J.: "Entwicklungen im organisatorischen, rechtlichen und ökonomischen Bereich des Rettungsdienstes. Rückblick und Zielsetzung für diese Thematik im Kongreß", 5. Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes, "Analysen, Berichte, Ergebnisse", Bremen 27.-30. April 1982, Bonn:DRK 1983:31-36

Handbuch des Rettungswesens. Loseblattsammlung in 4 Bdn., hrsg. v. R. Lüttgen, A.F. Biese, P. Versen. Hagen: Linnepe 1983 ff.

Puhan, Th.: Erste-Hilfe-Leistung bei Verkehrsunfällen. Bericht zu Forschungsprojekt 7 8751/2 der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bereich Unfallforschung. Bergisch Gladbach 1989

Schilling, J.: "Rettungsdienst als Bestandteil des Gesundheitswesens", 5. Rettungskongreß des Deutschen Roten Kreuzes, "Analysen, Berichte, Ergebnisse", Bremen 27.-30. April 1982, Bonn:DRK 1983:37-41

Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1987. Übersicht Rettungswesen. Bericht des Bundesministers für Verkehr über Maßnahmen auf dem gebiet der Unfallverhütung im Straßebverkehr für die Jahre 1986 und 1987. Dt. Bundestag 11. Wahlperiode. Drucksache 11/2364 (25.5.1988)