

Untersuchungen zum Rettungswesen

Bericht 25

**Planung, Durchführung und Finanzierung
einer öffentlichen Aufgabe -
dargestellt am Beispiel des Rettungsdienstes**

**Forschungsberichte der Bundesanstalt für Straßenwesen
Bereich Unfallforschung**

Untersuchungen zum Rettungswesen

Bericht 25

**Planung, Durchführung und Finanzierung
einer öffentlichen Aufgabe -
dargestellt am Beispiel des Rettungsdienstes**

Robert F. Kühner

Bundesanstalt für Straßenwesen
Bereich Unfallforschung
Bergisch Gladbach, November 1989

Herausgeber:

© Bundesanstalt für Straßenwesen

Bereich Unfallforschung

5060 Bergisch Gladbach 1, Brüderstr. 53

Tel. 02204/430, Telex 8878483 bas d

Es wird darauf hingewiesen, daß die unter dem Namen der Verfasser veröffentlichten Berichte nicht in jedem Falle die Ansicht des Herausgebers wiedergeben.

Nachdruck und photomechanische Wiedergabe, auch auszugsweise, bedürfen der Genehmigung der Bundesanstalt für Straßenwesen.

Druck: Fotodruck J. Mainz, 5100 Aachen

Lfd. Nr. 209

ISSN 0173 - 7066

Kurzfassung

Gegenstand der Untersuchung ist die Frage, wie eine öffentliche bzw. staatliche Aufgabe sichergestellt werden kann und weshalb es so schwierig ist, in den Bereichen Planung, Durchführung, Finanzierung und Beurteilung der Aufgabenerfüllung zwischen den Beteiligten einen Konsens herzustellen.

Am Beispiel des Rettungsdienstes werden die Konsequenzen dargestellt, die sich aus der Qualifikation als öffentliche bzw. staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge ergeben. Es wird deutlich, daß mit der Qualifizierung nur indirekt Konsequenzen für die Gestaltung der Aufgabe abgeleitet werden können, die jeweiligen Begriffe haben eher problemverdeutlichenden als problemlösenden Charakter.

Im System der öffentlichen Güter erweist sich der Rettungsdienst als ein Mischgut, dessen Leistungspotential sowohl (öffentlichen) Bereithaltungsnutzen, als auch (privaten) Nutzen bei Inanspruchnahme hervorbringt. Bezüglich der Inanspruchnahme ist der Rettungsdienst außerdem ein meritorisches Gut: niemand darf von der Nutzung des Rettungsdienstes ausgeschlossen werden. Aus diesen unterschiedlichen Wirkungsfeldern ergeben sich bereits im methodischen Ansatz erhebliche Schwierigkeiten für die Erfassung, Zuordnung und Bewertung von Nutzenkomponenten.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist der Rettungsdienst eine personenbezogene Dienstleistung. Für diesen Leistungsbereich liegen bisher noch keine angemessenen Analyseinstrumente vor. Die Übernahme der auf Sachleistungsbetriebe ausgerichteten Beurteilungsverfahren und -kriterien kann aufgrund der besonderen Charakteristik der Dienstleistungsproduktion (Leistungsbereitschaft, Absatz erfolgt vor Leistungserstellung, Präsenz des Leistungsobjektes, Prozeßorientierung) zu falschen Schlußfolgerungen führen.

Auf der Grundlage einer Analyse des "Markt"-Systems des Rettungsdienstes werden die Bedarfs- und Angebotsstrukturen dar-

gestellt. Da die Überwachung des wirtschaftlichen Verhaltens der Beteiligten über Marktprozesse weitgehend fehlt, müssen externe Kontrollmechanismen eingerichtet werden. Hierzu sind präzise Informationen über den Betriebsaufbau und -ablauf notwendig. Diesen Anforderungen werden die praktizierten Dokumentations-, Kostenrechnungs- und Finanzierungssystem nicht gerecht.

Über den Umfang des Leistungs- und Kostenvolumens des Rettungsdienstes liegen nur unvollständige Informationen vor. Die zugänglichen Datenbestände wurden ausgewertet und der Umfang der Leistungs- und Kostendimension des Rettungsdienstes abgeschätzt. Im Jahr 1986 betragen die Kosten der Luftrettung ca. 58 Mio. DM, der bodengebundene Rettungsdienst verursachte Kosten in Höhe von 1.284 Mrd. DM. Die Quoten der Finanzierung lagen zu 70% bei der Tariffinanzierung durch die Sozialversicherungen, 24,4% der Kosten wurden über staatliche Budgets finanziert (externe Finanzierung) und von den durchführenden Organisationen wurden 5,6% der Gesamtkosten des Rettungsdienstes gedeckt (interne Finanzierung). Der Vergleich mit einer ähnlichen Kalkulation für das Jahr 1978 zeigt, daß als Folge des Ausbaus des Rettungssystems die Gesamtkosten um 50% angestiegen sind. Gleichzeitig zeigt sich, daß sich die Finanzierungsstruktur deutlich zu Lasten der Sozialversicherungsträger verschoben hat.

Für die Analyse von Dienstleistung wird ein Phasenmodell vorgestellt, das es erlaubt, die Mehrstufigkeit des Leistungsprozesses und die institutionellen Aspekte bei der Beurteilung zu verdeutlichen und angemessen zu berücksichtigen. Abschließend werden Anregungen für die Ergänzung der praktizierten Verfahren zur Analyse des Rettungsdienstes gegeben.

Abstract

It is the purpose of this investigation to look into the following questions:

- how to safeguard a collective or public task; and
- why is it so difficult to achieve consensus between the parties involved in planning, executing, financing, and evaluating a task.

Using the example of the emergency medical services system (EMSS), the consequences are pointed out which result from its qualification as a collective or public task because of its social welfare characteristics. It then emerges that only indirect consequences for the organization of the task can be derived from this qualification since the respective terms employed are of a problem illustrating nature rather than of a problem solving one.

EMSS as part of the system of social goods turns out to be a mixed good case associating option demand which generates both (collective) benefits by providing option service and assuring supply and (individual) benefits for the actual use. Regarding its utilization, EMSS additionally represents a good of merit wants: nobody may be excluded from using the service. However, due to the multidimensional functions of the system considerable difficulties result with respect to the methodology of collecting, classifying and evaluating its various benefit components.

From the industrial management point of view, EMSS produces personal interactive services. However, the problem is that there are not yet any adequate instruments available for analysing this type of services. Because of the special nature of service industries (standby function, marketing of services prior to their supply, presence of the service consumers, process orientation) a mere application of the evaluation methods and criteria used in the sector of manufacturing industries will lead to wrong conclusions.

Based on an analysis of the "market" system of EMSS, the offer and demand structures are explained. Since market processes to control the economic behavior are largely lacking nonexistent, external control mechanisms have to be set up. However, this requires precise information about the organization and operation of the system. The existing systems of documentation, cost accounting and financing do not satisfy these requirements at all.

As a consequence, the information available about the service and cost volumes remains incomplete. Accessible data stocks have been evaluated and the service and cost dimensions of EMSS calculated. In 1986, the cost of the EMS-helicopter system were estimated at DM 58 million, the basic EMS caused costs estimated at DM 1.284 billion. 70 % of the costs are financed on a charge basis by the social insurances. 24,4% of the costs are covered by public budgets and 5,6% of the overall EMSS costs by the EMSS organizations. A comparison with a similar calculation for 1978 revealed that the costs increased by more than 50% as a result of developing, refining and extending EMSS. At the same time, the comparison made evident a structural change in the financing system, shifting the burden onto the social insurances.

For a more detailed analysis of the services supplied by EMSS, a step-by-step model is presented enabling a more adequate consideration of the multistage process of service performance and of the institutional aspects associated with the evaluation of EMSS. In conclusion, a variety of suggestions are offered for supplementing the analysis methods practiced.

- INHALTSVERZEICHNIS	I
- VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN, ABBILDUNGEN UND TABELLEN	VI
- ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IX
I. PROBLEMSTELLUNG UND VORGEHENSWEISE	1
II. DER RETTUNGSDIENST IM SYSTEM ÖFFENTLICHER AUFGABEN	5
1. Öffentliche - staatliche - kommunale Aufgaben	5
1.1 Qualifizierung des Rettungsdienstes als öffentliche Aufgabe	5
1.2 Private Aktivitäten und öffentliche Aufgaben	6
1.3 Öffentliche und staatliche Aufgaben	9
1.4 Unterscheidung staatlicher Aufgaben nach der Ebene der Aufgabenerfüllung	11
1.5 Übersicht über die Bereiche öffentlicher Aufgaben	12
1.5.1 Horizontale Gliederung der öffentlichen Aufgaben	12
1.5.2 Eine vertikale Gliederung staatlicher Aufgaben	15
2. Das Konzept der Daseinsvorsorge	17
2.1 Vorbemerkungen	17
2.2 Die Entwicklung des Konzeptes der Daseinsvorsorge	18
2.3 Abweichende Interpretationen und Ergänzungen	22
3. Daseinsvorsorge im System öffentlicher Aufgaben	24
4. Der Rettungsdienst - eine staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge	27
III. DER RETTUNGSDIENST - ÖFFENTLICHES ODER PRIVATES GUT?	35
1. Die verschiedenen Bedeutungen des Begriffes "öffentlich"	35
2. Eingriffe des Staates in den Wirtschaftsablauf	36
3. Begründungen für die Berichtigung der Allokation	38
4. Die Theorie der öffentlichen Güter	40
4.1 Ökonomische Ursachen für spezifisch öffentliche Bedürfnisse	40
4.2 Bereitstellung und Produktion öffentlicher Güter	42
4.3 Mischgüter	43
4.3.1 Güter mit externen Konsumeffekten	44
4.3.2 Lokale öffentliche Güter	45
4.3.3 Gruppen- bzw. Clubgüter	46
4.3.4 Private Bereitstellung öffentlicher Güter	47
4.3.5 Öffentliche Bereitstellung und private Nutzung: Komplementäre Mischgüter und Optionsgüter	47
4.4 Der Mischgüterbereich im Überblick	50
5. Das Konzept der meritorischen Güter	51
6. Allokative Eingriffe des Staates im Überblick	56
7. Ist der Rettungsdienst ein öffentliches Gut?	58
IV. BESONDERHEITEN BEI DER LEISTUNGSERSTELLUNG VON DIENSTLEISTUNGSBETRIEBEN	65
1. Vorbemerkungen	65
2. Terminologische Abgrenzungen	65
2.1 Dienstleistungen nach volkswirtschaftlicher Sichtweise	65

2.2 Dienstleistungsbetriebe als Untersuchungsgegenstand der Betriebswirtschaftslehre	67
2.3 Dienstleistungen - eine Arbeitsdefinition	68
3. Spezifische Gesichtspunkte bei der Produktion von Dienstleistungen	71
3.1 Besonderheiten in der Nachfrage und im Angebot	71
3.2 Die Sicherstellung der Betriebsbereitschaft	73
3.3 Der Übergang von der Betriebs - zur Leistungsbereitschaft	73
3.4 Leistungsobjekte und Leistungserstellungsprozess	75
3.5 Die Anpassungselastizität von Dienstleistungsbetrieben	76
4. Der Rettungsdienst als Dienstleistungsbetrieb - Zuordnung aufgrund der Leistungscharakteristik	78
V. DER LEISTUNGSERSTELLUNGSPROZESS IM RETTUNGSDIENST	81
1. Die Stellung des Rettungsdienstes in der Rettungskette	81
2. Die Leistungskonzeption des Rettungsdienstes	83
3. Komponenten der Leistungserstellung	84
3.1 Übersicht über die Teilaufgaben bei der Leistungserstellung	84
3.3 Die Verkehrsleistung als Grundfunktion des Rettungsdiensteseinsatzes	88
3.3 Die medizinische Leistung des Rettungsdienstes	89
3.4 Die Gewichtung der Komponenten bei unterschiedlichen Leistungsaufgaben.	91
3.5 Notfallrettung und Krankentransport - eine Einheit?	92
VI. ENTWICKLUNG EINER TRÄGERSYSTEMATIK FÜR DEN RETTUNGSDIENST	101
1. Vorbemerkungen	101
2. Grundsätzliche Überlegungen zum Begriff der Trägerschaft	102
3. Träger von Teilfunktionen im Rettungsdienst	105
3.1 Entscheidungsträger	105
3.2 Aufgabenträger	106
3.3 Leistungsträger	107
3.4 Bedarfsträger	108
3.5 Finanzierungsträger	111
3.5.1 Anmerkungen zum Begriff des Kostenträgers	111
3.5.2 Finanzierungsträger im Rettungsdienst.	113
3.6 Einflußträger	116
4. Überblick über das Trägersystem im Rettungsdienst	
VII. DAS MARKT-SYSTEM DES RETTUNGSDIENSTES	123
1. Grundsystematik des Rettungsdienst"marktes"	123
2. Die individuelle Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes	125
2.1 Bedarf und Nachfrage - einige Vorüberlegungen	125
2.2 Ermittlung von nachfragedeterminierenden Faktoren durch Regressionsanalysen	129
2.3 Abschätzung von einzelnen Nachfragedeterminanten	130
2.3.1 Soziodemographische Faktoren	130
2.3.2 Temporäre Veränderungen in der Rettungsdienstnachfrage	134
2.3.3 Die Preiselastizität der Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes	137
3. Die "Nachfrage" der indirekten Bedarfsträger	142
3.1 Nachfrageformen von Staat und Krankenkassen	142
3.2 Rahmenbedingungen für die Durchführung des Rettungsdienstes	143
3.2.1 Die Festlegung von Rettungsdienstbereichen	145
3.2.2 Determinanten zur Planung von Rettungswachen	148

3.2.3	Planungskriterien für mobile Rettungsmittel	153
3.2.4	Personalplanung im Rettungsdienst	158
3.3	Planungskriterien zur Durchführung unterschiedlicher Leistungsaufgaben	165
3.3.1	Die Planung von Notarztsystemen	166
3.3.1.1	Luftrettungssysteme	166
3.3.1.2	Bodengebundene Notarztsysteme	167
3.3.1.3	Organisationsformen von Notarztsystemen	170
3.3.2	Kriterien für die Planung von Notfallrettungs- und Krankentransporteinsätzen	173
3.4	Entscheidungshilfen für die Rettungswachen- und Fahrzeugplanung	175
VIII.	KOSTEN- UND LEISTUNGSRECHNUNG IM RETTUNGSDIENST	183
1.	Aufgaben der Kostenrechnung aus betriebswirtschaftlicher Sicht	183
2.	Die Gliederung der Kostenrechnung	185
2.1	Kostenartenrechnung	185
2.2	Kostenstellenrechnung	188
2.3	Kostenträgerrechnung	190
3.	Besonderheiten in der Kostenrechnung des Rettungsdienstes	192
3.1	Die Unterscheidung zwischen betrieblicher und aufgabenbezogener Kostenrechnung	194
3.2	Die Notwendigkeit der Aufstellung von Kostenrechnungen	197
3.3	Probleme bei der Kostenerfassung	
3.4	Die Bewertung von Kosten im Rettungsdienst	201
3.4.1	Bewertungsverfahren für Personalkosten	201
3.4.1.1	Zur Notwendigkeit der kalkulatorischen Bewertung	201
3.4.1.2	Probleme bei der Bewertung der Kosten von Notarztsystemen	204
3.4.1.3	Die kalkulatorische Bewertung der Arbeit von Zivildienstleistenden	205
3.4.2	Die Bewertung von Sachkosten, incl. Kapitalkosten	208
3.5	Überlegungen zur Bildung von Kostenstellen	212
3.6	Zur Kostenträgerrechnung im Rettungsdienst	215
3.6.1	Die Identifikation von Kostenträgern	215
3.6.2	Kostenträger in den Rechnungen des Rettungsdienstes	221
IX.	SYSTEME ZUR FINANZIERUNG DES RETTUNGSDIENSTES	225
1.	Aspekte der Finanzierung öffentlicher Aufgaben	225
1.1	Der Finanzierungsbegriff und Arten der Finanzierung	225
1.2	Quoten für einzelne Finanzierungsträger	228
2.	Finanzierungsbereiche	231
2.1	Externe Finanzierung (Subventionen)	231
2.1.1	Begründungen für Subventionszahlungen	231
2.1.2	Formen und Umfang der Subventionierung	233
2.2	Tarif- bzw. Preisfinanzierung	239
2.2.1	Preispolitik für private und öffentliche Güter	239
2.2.2	Preisdifferenzierung und interne Subventionierung	242
2.2.3	Überlegungen zur Preisbildung von Mischgütern	245
2.2.4	Zur Frage der Eigenbeteiligung der direkten Bedarfsträger	246
2.3	Finanzbeiträge Dritter	250
2.4	Interne Finanzierung	251
3.	Finanzierungssysteme im Rettungsdienst	252
3.1	Rechtsgrundlagen der Finanzierung	252
3.2	Elemente der externen Finanzierung	255

3.2.1	Finanzierungsregeln der Rettungsdienstgesetze	255
3.2.2	Umfang der externen Finanzierung (Übersicht 9.3)	255
3.2.3	Die Mitfinanzierung durch die Kommunen	262
3.2.4	Der Bund als Finanzierungsträger im Rettungsdienst	263
3.3	Tariffinanzierung	267
3.3.1	Unterschiedliche Grundlagen der Tariffbildung bzw. der Gebührenberechnung	267
3.3.2	Die Ausgestaltung von Tarifen	268
3.3.3	Tarifsysteme in einzelnen Bundesländern	271
3.3.3.1	Vorbemerkungen	271
3.3.3.2	Baden-Württemberg	272
3.3.3.3	Freistaat Bayern	276
3.3.3.4	Nordrhein-Westfalen	279
3.3.3.5	Niedersachsen	284
3.3.4	Gesamtumfang der Tariffinanzierung	288
3.3.5	Interne Finanzierung	292
3.3.6	Die finanzielle Beteiligung Dritter	296
4.	Umfang und Struktur der Gesamtfinanzierung	298
4.1	Abschätzung des Finanzierungsvolumens	298
4.2	Veränderungen in der Finanzierungsstruktur des Rettungsdienstes (1978 und 1986)	301
4.3	Überlegungen zur Modifizierung der Finanzierungssysteme des Rettungsdienstes	305
X.	KONZEPTE ZUR BEURTEILUNG DES RETTUNGSDIENSTES	311
1.	Methoden zur Evaluation von Systemen	311
2.	Beschreibung des Analyseobjektes	312
3.	Evaluationskriterien	313
3.1	Ziele der Systembeurteilung	313
3.2	Formen der Beurteilung von Systemen	314
3.3	Festlegung von Beurteilungsebenen	316
3.4	Institutionelle Aspekte der Systembeurteilung	318
4.	Analysemethoden und Datenprobleme	320
5.	Ein Phasenmodell zur Analyse von Dienstleistungen	321
6.	Beurteilungsformen auf betriebswirtschaftlicher Ebene	324
6.1	Input- und outputbezogene Analysen	324
6.2	Überlegungen zur Leistungsfähigkeit von Systemen	327
6.3	Analysen der Wirtschaftlichkeit eines Systems	329
6.4	Erweiterte Wirtschaftlichkeitsverfahren	330
7.	Formen der gesamtwirtschaftlichen Systembeurteilung	331
7.1	Zur Effektivitätsmessung von Systemen	332
7.1.1	Wirkungen der Systembereithaltung	335
7.1.2	Wirkungen der Inanspruchnahme einer Leistung	336
7.1.3	Zeitaspekte der Leistungserstellung	338
7.2	Methoden zur Erfassung der gesamtwirtschaftlichen Effizienz	340
8.	Ansätze zur Beurteilung des Rettungsdienstes	342
8.1	Betriebswirtschaftliche Bewertungsansätze	342
8.2	Beurteilungsansätze auf der Ebene von Rettungsdienstbereichen	345
8.3	Gesamtwirtschaftliche Beurteilung des Rettungsdienstes	347
8.4	Vorschläge zur Ergänzung des Bewertungsverfahrens	348
8.4.1	Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes	348
8.4.2	Wirksamkeitsindikatoren	351

XI. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	355
LITERATURVERZEICHNIS	361
ANHÄNGE	373

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN, TABELLEN UND ABBILDUNGEN

Übersichten

Übersicht 2.1: Bereiche öffentlicher Aufgaben	13
Übersicht 2.2: Vertikale Gliederung der staatlichen Aufgaben	16
Übersicht 2.3: Der Rettungsdienst im System öffentlicher Aufgaben	33
Übersicht 3.1: Systematik ökonomischer Güter	57
Übersicht 4.1: Unterschiede in der Produktion von Dienstleistungen und Sachleistungen	72
Übersicht 5.1: Leistungs- und Nutzenkomponenten im Rettungsdienst	85
Übersicht 5.2: Unterschiedliche Anforderungen bei Notfall- und Krankentransporteinsätzen	91
Übersicht 6.1: Systematik unterschiedlicher Trägergruppen	104
Übersicht 6.2: Trägersystematik im Rettungsdienst	118
Übersicht 7.1: Das "Markt-"System des Rettungsdienstes	124
Übersicht 7.2: Elemente der direkten Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes	127
Übersicht 7.3: Grundsystematik des Rettungsdienstes	144
Übersicht 7.4: Kriterien für die Planung von Einsatzfahrzeugen	154
Übersicht 7.5: Kriterien für die Personalplanung im Rettungsdienst	159
Übersicht 7.6: Organisationsformen von Notarztsystemen	166
Übersicht 7.7: Ablaufdiagramm des Simulationsmodells Rettungswesen	180
Übersicht 8.1: Abgrenzung von Kosten und Aufwand	188
Übersicht 8.2: Kostenträgerbereiche und Kostenträger im Rettungsdienst	218
Übersicht 8.3: Unterscheidung von Bereitschafts- und Einsatzkosten	220
Übersicht 9.1: Elemente der Finanzierung von Mischgütern	229
Übersicht 9.2: Rechtsgrundlagen der Finanzierung des Rettungsdienstes	253
Übersicht 9.3: Umfang der externen Finanzierung in den Bundesländern	256
Übersicht 9.4: Finanzierungsquoten im Investitionsbereich	258
Übersicht 10.1: Ein Phasenmodell für die Beurteilung öffentlicher Aufgaben	323
Übersicht 10.2: Phasenmodell für unterschiedliche Leistungsstufen	334

Tabellen

Tab. 5.1: Medizinische Probleme bei KTW-Einsätzen	93
Tab. 5.2: Medizinische Probleme bei Krankentransporten	94
Tab. 5.3: Einsatzarten des Rettungsdienstes und Rettungsfahrzeuge	94
Tab. 5.4: Einsatzstruktur der Leistungsträger im Rettungsdienst (1985)	97
Tab. 7.1: Rettungsdienstseinsätze je 1.000 Einwohner, nach Einwohnerdichteklassen	132
Tab. 7.2: Epidemiologische Faktoren der Rettungsdienstnachfrage	132
Tab. 7.3: Krankenhauspatienten, nach Aufnahme- und Entlassungstagen	135
Tab. 7.4: Organisatorische Kenngrößen des Rettungsdienstes	147
Tab. 7.5: Zeitrichtwerte für den Rettungsdienst in den Bundesländern	151
Tab. 7.6: Rettungsmittelvorhaltung in Rettungsdienst- bereichen mit unterschiedlicher Einwohnerdichte	178
Tab. 8.1: Personalstruktur im Rettungsdienst (6 Rettungsdienstbereiche)	198
Tab. 8.2: Anteile kalkulatorisch bewerteter Kosten im Rettungsdienst (Beispiel)	202
Tab. 8.3: Korrigierte Berechnung der Personalkosten (Beispiel)	207
Tab. 9.1: Ausgabendeckung in den Rettungsdienstbereichen Schleswig-Holsteins (1983)	267
Tab. 9.2: Tarifniveau im Rettungsdienst Baden- Württembergs (1987)	273
Tab. 9.3: Entwicklung der Einsatzstruktur im Rettungs- dienst Baden-Württembergs (1978 und 1985)	275
Tab. 9.4: Entwicklung der Einsatzstruktur im Rettungsdienst Bayern (1978 - 1986)	278
Tab. 9.5: Tarifelemente im Rettungsdienst Nordrhein-Westfalens	280
Tab. 9.6: Tarifelemente im Rettungsdienst Niedersachsen	285
Tab. 9.7: Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für den Rettungsdienst (1982 - 1987)	289
Tab. 9.8: Ausgabenstruktur der Krankenkassen in den Bundesländern	291
Tab. 9.9: Umfang der ehrenamtlichen Arbeitsleistung	294
Tab. 9.10: Finanzierungsvolumen des Rettungsdienstes (1986)	300
Tab. 9.11: Finanzierungsstrukturen in einzelnen Bundes- ländern (nur bodengebundener Rettungsdienst)	301
Tab. 9.12: Kenngrößen der Finanzierung des bodengebundenen Rettungsdienstes	302
Tab. 9.13: Veränderung der Finanzierungsstrukturen zwischen 1978 und 1986	304

Abbildungen

Abb. 7.1: Rettungsdiensteinsätze je Wochentag	135
Abb. 7.2: Rettungsdiensteinsätze im Tagesverlauf	136
Abb. 7.3: Rettungsdienstnachfrage bei Preisvariation	139
Abb. 7.4: Zeitsequenzen im Rettungsablauf	150
Abb. 9.1: Funktionsweise der internen Finanzierung	244
Abb. 9.2: Schwellenpreise als Störfaktor der internen Finanzierung	244
Abb. 9.3: Zuschüsse des Landes Nordrhein-Westfalen zum Rettungsdienst (1975 - 1988)	261
Abb. 9.4: Zuschüsse des Landes Rheinland-Pfalz zum Rettungsdienst (1975 - 1988)	262
Abb. 9.5: Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungs- dienst Baden-Württembergs (1978 - 1987)	275
Abb. 9.6: Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungs- dienst Bayern (1978 - 1988)	278
Abb. 9.7: Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungs- dienst der Stadt Köln (1978 - 1986)	283
Abb. 9.8: Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungs- dienst des Lkr. Cloppenburg (1978 - 1986)	287

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN

ASB	Arbeiter-Samaiter-Bund
BASt	Bundesanstalt für Straßenwesen
BAU	Bundesanstalt für Arbeitsschutz
BayRDG	Bayerisches Rettungsdienstgesetz
BayVGH	Bayerischer Verwaltungsgerichtshof
BRK	Bayerisches Rotes Kreuz
BW-RettDG	Rettungsdienstgesetz Baden- Württemberg
BZS	Bundesamt für den Zivildienst
DIN	Deutsche Industrie Norm
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
FwG-Bln	Feuerwehrgesetz Berlin
GG	Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
JUH	Johanniter Unfallhilfe
KAG-NW	Kommunalabgabengesetz Nordrhein-Westfalen
KKW	Krankenkraftwagen (Oberbegriff)
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kreisverband
LV	Landesverband
MHD	Malteser Hilfsdienst
NA	Notarzt
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzt-Einsatzfahrzeug
PBefG	Personenbeförderungsgesetz
RDG-Saar	Rettungsdienstgesetz Saarland
RDG-SH	Rettungsdienstgesetz Schleswig- Holstein
ReSan	Rettungssanitäter(-in)
RettDG-NW	Rettungsdienstgesetz Nordrhein-Westfalen
Rh-Pf RettDG	Rettungsdienstgesetz Rheinland-Pfalz
RVO	Reichsversicherungsordnung
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
ZDL	Zivildienstleistender

I. PROBLEMSTELLUNG UND VORGEHENSWEISE

Im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland hat sich in den vergangenen 10 - 15 Jahren ein neuer Teilbereich etabliert. Unter dem Oberbegriff "Behandlung und Pflege" wird in neuerer Zeit neben den traditionellen Aufgabenbereichen der ambulanten und der stationären Behandlung auch das Rettungswesen genannt. Das Rettungswesen ist seinerseits wiederum in Teilsysteme mit unterschiedlichen Aufgaben untergliedert:

- Versorgung und Betreuung von Erkrankten und Verletzten durch entsprechend ausgebildete Laien (Lebensrettende Sofortmaßnahmen, Erste Hilfe);
- Vorhaltung von technischen Kommunikationseinrichtungen zur unverzüglichen Abgabe von Notfallmeldungen an eine geeignete Empfangsstelle (Meldesystem);
- Schnellstmögliche Übernahme der Patientenversorgung durch geschultes und erfahrenes Personal, Stabilisierung des Zustandes Herstellung der Transportfähigkeit und Beförderung in eine geeignete medizinische Versorgungseinrichtung (Rettungsdienst);
- Übernahme der Patienten durch entsprechende Einrichtungen zur definitiven Weiterversorgung (Klinik).

Um deutlich zu machen, daß die einzelnen Teilbereiche des Rettungswesens nicht isoliert betrachtet werden können, sondern als einander ergänzende, ineinandergreifende Systemteile anzusehen sind, wird das Rettungswesen häufig mit dem Begriff der "Rettungskette" beschrieben. In dieser Kette muß jeder Teilbereich für sich optimal gestaltet sein, darüberhinaus müssen die Übergangsbereiche der einzelnen Elemente so aufeinander abgestimmt sein, daß ein reibungsloser Rettungsablauf gewährleistet wird.

Obwohl jedes einzelne Glied dieser Kette eine wesentliche Bedeutung für den gesamten Rettungsablauf hat, kann für den Rettungsdienst eine gewisse Zentralfunktion innerhalb dieses Rettungssystems festgestellt werden. Neben seiner eigentlichen Aufgabe, der Vorhaltung eines ausreichenden Einsatzpotentials zur Versorgung und Beförderung von Notfallpatienten und Kranken, die einer speziellen Betreuung bedürfen, kommt dem organisierten Rettungsdienst durch seine Funktion als Kommunika-

tionszentrale (Rettungsleitstelle) für das gesamte Rettungssystem entscheidende Bedeutung zu.

Nicht zuletzt wegen dieser zentralen Bedeutung hat sich zu Beginn der 70er Jahre die Auffassung durchgesetzt, daß der Rettungsdienst, eine ursprünglich aus humanitären und caritativen Gründen geschaffene Einrichtung, "... innerhalb der Vielzahl der Gemeinschaftsaufgaben der Gesellschaft dem Bereich der Daseinsvor- und Daseinsfürsorge zuzuordnen und als öffentliche Aufgabe zu erfüllen"¹ sei.

Mit Hinweis auf diese Qualifizierung werden im Zusammenhang mit der Planung, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes von bzw. für einzelne Beteiligte unterschiedliche, z.T. widersprüchliche Rechte und Pflichten reklamiert. Diese Widersprüche entstehen vor allem durch deutlich voneinander abweichenden Interpretationen wesentlicher Begriffe, wie z.B. "öffentliche Aufgaben", "staatliche Aufgaben" oder "Daseinsvorsorge".

Gegenstand der einführenden Abschnitte der vorliegenden Untersuchung ist daher eine Diskussion dieser Begriffe. Neben einer Abgrenzung von "öffentlichen", "staatlicher" oder "kommunaler" Aufgaben wird das weite Feld der Daseinsvorsorge abgesteckt und in ein System "öffentlicher Aufgaben" integriert. Es ist weiterhin zu diskutieren, welche Folgerungen sich aus den jeweiligen Begriffszuordnungen ableiten lassen.

Aus ökonomischer Sicht ist das öffentliche Interesse an wirtschaftlichen Aktivitäten und die Begründung für staatliche Eingriffe vor allem in der "Theorie der öffentlichen Güter" abgeleitet. Gemeinsam mit dem Konzept der "meritorischen" Güter wird dieser Bereich der Finanzwissenschaft im dritten Abschnitt aufgearbeitet.

Eine Systemdarstellung und die Charakterisierung des Rettungsdienstes als verkehrliche und medizinische Dienstleistung steht am Anfang des vierten Kapitels. Die Besonderheiten der Leistungserstellung von Dienstleistungsunternehmen werden dargestellt und der Einfluss dieser speziellen Charakteristika auf die Sicherstellung des Rettungsdienstes werden analysiert.

An der Planung, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes ist eine Vielzahl von Organisationen und Institutionen

¹ Deutscher Bundestag - Drucksache 7/3815 v. 24.6.1975 Unfallverhütungsbericht 1975, Anhang 1: Übersicht "Rettungswesen", S. 1.

beteiligt. Die Funktionen der einzelnen Trägergruppen wird durch die Verwendung von z.T. unzutreffenden oder mehrdeutigen Begriffen nur unzureichend beschrieben. Ziel des fünften Abschnitts der Arbeit ist es daher, die Zuständigkeitsbereiche der an der Planung, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes beteiligten Träger und gruppen kenntlich zu machen und eine Trägersystematik für den Rettungsdienst zu entwickeln.

Eine Analyse der externen Determinanten der Planung und Durchführung des Rettungsdienstes ist Inhalt des sechsten Kapitels. In Gesetzen, Ausführungsverordnungen, Erlassen und öffentlich-rechtlichen Vereinbarungen wird auf Landesebene, teilweise aber auch auf Bundesebene, ein Ordnungsrahmen für den Rettungsdienst vorgegeben. Dieser Rahmen definiert weitgehend das vorzuhaltende Leistungspotential. Diesem Potential gegenüber steht der konkrete Bedarf nach Leistungen des Rettungsdienstes, der in seinen unterschiedlichen Ausprägungen und hinsichtlich der zugrundeliegenden Nachfragedeterminanten zu analysieren ist. Obwohl für den Rettungsdienst ein einheitliches Datenerfassungssystem noch nicht eingeführt worden ist, wird auf der Grundlage von veröffentlichten bzw. zugänglichen Statistiken und wissenschaftlichen Untersuchungen überprüft, inwieweit die Planungsvorgaben in der Rettungsdienstpraxis eingehalten werden und ob sich diese Leistungspotentiale am effektiven Bedarf orientieren.

Aus den extern vorgegebenen Rahmenbedingungen und den Besonderheiten bei der Leistungserstellung resultieren spezielle Probleme bei der Kostenermittlung, der Preisbildung und der Finanzierung des Rettungsdienstes. Diese Sachverhalte stehen im Zentrum des siebten und des achten Kapitels. Speziell die finanzielle Absicherung der Anbieter im Rettungsdienst kristallisiert sich in jüngerer Zeit zunehmend als Problemfeld mit besonderem Gewicht heraus². Grundlage jeder Finanzierung ist eine problemangemessene, vollständige Kostenrechnung. Es ist zu zeigen, wo spezielle Schwachstellen in eingeführten Kostenrechnungen liegen und wie diese Schwächen behoben werden können. Ausgehend von derzeit praktizierten Formen der Tarif- bzw. Preisbildung und Finanzierung werden alternative Modelle vorgestellt und diskutiert. Dabei werden einerseits die Erkenntnisse der Abhandlungen in den Abschnitten II bis VII berücksichtigt,

2 Als Stichworte sind hier zu nennen: Gesundheitsstrukturgesetz, "Konkurrenz" im Rettungsdienst, Engpässe in den öffentlichen Haushalten, etc.

andererseits aber auch Erfahrungen aus anderen Wissensbereichen, speziell aus der Gesundheitsökonomie.

Durch die Besonderheiten der Dienstleistungsproduktion, die Einstufung des Rettungsdienstes als "öffentliche" Aufgabe, die Vorgabe von Zielen und Planungskriterien und die staatliche Administration der Preise (Gebühren, Tarife, Entgelte, etc.) ist der Rettungsdienst, wie andere Bereiche des Gesundheitswesens, der Beurteilung durch Marktprozesse und -ergebnisse weitgehend entzogen. Es ergibt sich somit die Notwendigkeit, nicht- oder quasi-marktmäßige Verfahren zur Beurteilung einer effektiven und effizienten Leistungserstellung heranzuziehen. Die Darstellung von möglichen Bewertungsverfahren und Diskussion der Probleme bei ihrer Anwendung stehen im Mittelpunkt des neunten Kapitels. Die Schwierigkeiten liegen hier vor allem in der vollständigen Identifizierung, Messung und Bewertung von Nutzenkomponenten aus der Leistungserstellung. Die Auseinandersetzung mit diesen Schwierigkeiten und die Auswertung von bereits veröffentlichten Evaluationsansätzen im Rettungsdienst bilden die Grundlagen für das zu entwickelnde Bewertungsverfahren.

Die Ziele der Untersuchung stellen sich wie folgt dar:

- Ausarbeitung eines Systems "öffentlicher" Aufgaben und Integration des Bereiches der "Daseinsvorsorge" in dieses System;
- Darstellung der Beziehungen des Systems "öffentlicher" Aufgaben mit der Theorie der "öffentlichen" Güter mit besonderer Gewichtung des Mischgüterbereiches und der meritorischen Aspekte;
- Verdeutlichung der Besonderheiten bei der Planung und Produktion von Dienstleistungen;
- Erläuterung der Zielvorgaben, Rahmenbedingungen und der Besonderheiten bei der Leistungserstellung im Rettungsdienst;
- Analyse der Kostenrechnungspraxis im Rettungsdienst, Darstellung von Schwachstellen und Beschreibung von Verbesserungsvorschlägen;
- Untersuchung der Problemfelder bei der Preisbildung und der finanziellen Absicherung der Anbieter im Rettungsdienst, sowie
- Erläuterung von Systemen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes.

II. DER RETTUNGSDIENST IM SYSTEM ÖFFENTLICHER AUFGABEN

1. Öffentliche Aufgaben - staatliche Aufgaben - kommunale Aufgaben

1.1 Qualifizierung des Rettungsdienstes als öffentliche Aufgabe

Eine ständig steigende Zahl von Notfällen, besonders die bis 1972 kontinuierlich ansteigenden Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden, neue Erkenntnisse in der Notfallmedizin, aber auch festgestellte Mängel in der Organisation, Leistungsfähigkeit und Finanzkraft des Rettungssystems¹ haben zu Beginn der 70er Jahre in politischen Gremien zu der Auffassung geführt, "... daß der Ausbau eines funktionsgerechten Rettungssystems als öffentliche Aufgabe angesehen (...) werden muß."² Aber nicht nur der Ausbau, sondern die gesamte Durchführung des Rettungsdienstes als eine im Ursprung humanitär und caritativ begründete Tätigkeit wurde in eine öffentliche Aufgabe überführt: "Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge, die nach dem Grundgesetz (Art. 30, 70, 83 GG) den Ländern obliegt."³

Problematisch ist, daß im Grundgesetz der Begriff der öffentlichen Aufgaben nicht verwendet wird. Art. 30 legt die Zuständigkeitsverteilung für staatliche Aufgaben fest: "Die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung staatlicher Aufgaben ist Sache der Länder, soweit dieses Grundgesetz keine anderen Regelungen trifft oder zuläßt."⁴ Kann aus der gleichartigen Verwendung unterschiedlicher Be-

1 Vgl. hierzu u.a.: Deutscher Bundestag - Drucksache 6/2846 v. Nov. 1971: Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Verkehr zur Verbesserung der Unfallrettung, S. 1; Landtag des Saarlandes - Drucksache 6/1633 v. 10.9.1974: Gesetz über den Rettungsdienst - Entwurf und Begründung, hier: S. 2 f.; Biese, A.; Jocks, H.; Runde, H.: Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen - Kommentar mit ergänzenden Rechtsvorschriften, Köln 1979, Vorbemerkung, S. 1.

2 Bundestagsdrucksache 6/2846, a.a.O., S. 2.

3 Deutscher Bundestag - Drucksache 7/489 v. 27.4.1973: Bericht Rettungswesen, hier: S. 1.

4 Art. 30 GG

griffe gefolgert werden, daß öffentliche und staatliche Aufgaben identische Tätigkeitsfelder sind?

Die Bundesländer haben in ihren landesrechtlichen Regelungen z.T. die Qualifizierung des Rettungsdienstes als öffentliche Aufgabe übernommen⁵, im Rettungsdienstgesetz des Saarlandes wird dagegen ausdrücklich darauf hingewiesen, daß der Rettungsdienst eine staatliche Aufgabe sei⁶. Auch in diesem Zusammenhang bietet sich die Erklärung an, öffentliche und staatliche Aufgabenbereiche als deckungsgleich anzusehen.

In den folgenden Abschnitten werden die beiden Begriffe "öffentlich" und "staatlich" erläutert und erkennbare Unterschiede herausgearbeitet. Weiterhin ist zu klären, was in Verbindung mit diesen beiden Begriffen unter einer "Aufgabe" zu verstehen ist.

1.2 Private Aktivitäten und öffentliche Aufgaben

Als private Aktivitäten werden solche, vorwiegend wirtschaftlichen Tätigkeiten verstanden, die freiwillig übernommen werden⁷ mit dem Ziel, individuellen Nutzen zu stiften. Diese Freiwilligkeit ist ein wesentliches Element marktwirtschaftlichen Handelns. Nur durch die freie Wahlmöglichkeit sowohl von Produzenten als auch von Konsumenten

5 Vgl. u.a. § 1 (1) Rettungsdienstgesetz Rheinland-Pfalz (Rh-Pf RettDG); Pkt. 1 der Vereinbarung über den Ausbau und die Durchführung des Krankentransport- und Rettungsdienstes in Hessen. Alle bundes- und landesrechtlichen Regelungen zum Rettungsdienst sind veröffentlicht in: Gerdemann, W.; Korbmann, H.; Kutter, S.: Krankentransport und Rettungswesen, Ergänzbare Handbuch der Rechtsvorschriften, Gebührenregelungen, Rechtsprechung und organisatorischen Bestimmungen, 2 Bd., Grundwerk: Berlin 1978.

6 Vgl. § 2 (1) Rettungsdienstgesetz Saarland (RDG-Saar). In einem Kommentar zum Bayerischen Rettungsdienstgesetz wird der Rettungsdienst ebenfalls als eine staatliche Aufgabe eingestuft. Vgl. hierzu: Klingshirn, H.: Das Bayerische Rettungsdienstgesetz, in: Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Zivilverteidigung - Sonderdruck aus: Der Bayerische Bürgermeister (1978), S. 1 - 3; hier: S. 1.

7 Das Kriterium der Freiwilligkeit führt dazu, daß der Begriff der "Aufgabe" in diesem Kontext vermieden werden sollte. Die Wahrnehmung einer Aufgabe wird eher als die Erfüllung einer Pflicht angesehen. Vgl. hierzu u.a.: Kirberger, W.: Staatsentlastung durch private Verbände (= Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 30), Baden-Baden 1978, S. 55f; Bull, H.P.: Die Staatsaufgaben nach dem Grundgesetz, 2. Aufl., Kronberg 1977, S. 44.

wird sichergestellt, daß wirtschaftende Individuen ihre Nutzenfunktionen maximieren können.

Öffentliche Aufgaben sind dagegen solche, "... an deren Erfüllung die Öffentlichkeit maßgeblich interessiert ist."⁸ Der Nutzen einer wirtschaftlichen Tätigkeit kann in diesem Fall nicht mehr ausschließlich dem Individuum zugeordnet werden, die Öffentlichkeit erwartet von der Durchführung der entsprechenden Tätigkeiten Vorteile, die über den individuellen Bereich hinausgehen. Dabei ist die "Öffentlichkeit" nicht als eine definierte Größe anzusehen. "Sie bedeutet in diesem Zusammenhang nichts anderes als Publikum bzw. Allgemeinheit,"⁹ also eine unbestimmte Personenzahl. Die "Öffentlichkeit" einer Maßnahme bedeutet nicht, daß eine bestimmte Organisation oder Institution diese Tätigkeit wahrzunehmen hat, vielmehr weist der Begriff darauf hin, daß der entsprechenden Tätigkeit oder Aktivität "... eine besondere Bedeutung für das Wohl der Allgemeinheit zukommt."¹⁰

Aus der Verwendung von Begriffen wie "Allgemeinheit" und "Öffentlichkeit" kann nun nicht abgeleitet werden, daß individuelle Phänomene wie Interesse oder Wohlbefinden auch eine Sache sei, der ein öffentlich-rechtlicher Verband (der Staat) oder die Allgemeinheit fähig sein könne. Diese, in organischen Gesellschaftstheorien vertretene Auffassung wird in individualistisch ausgerichteten Gesellschaftstheorien abgelehnt. Träger von Interessen können grundsätzlich nur Individuen sein, "die 'eigenen' Interessen des Staates wie aller sonstigen Verbände müssen daher stets auf Interessen und Zwecke von Menschen zurückgeführt werden ..."¹¹ können. Der Staat bzw. die erwähnten Verbände dienen lediglich als Interessenlagen für ihre Verbandsmitglieder. In diesem Sinne wird die "... Wendung von den 'eigenen In-

8 Peters, H.: Öffentliche und staatliche Aufgaben, in: Dietz, R.; Hübner, H.(Hrsg): Festschrift für Hans Carl Nipperdey zum 70. Geburtstag, Bd. II, München Berlin 1965, S. 877 - 895, hier: S. 878.

9 Martens, W.: Öffentlich als Rechtsbegriff, Bad Homburg v.d.H. 1969, S. 118.

10 Klein, H.H.: Zum Begriff der öffentlichen Aufgabe, in: Die Öffentliche Verwaltung (DÖV), November 1965 - Heft 21 - 22, S. 755 - 759, hier: S 759.

11 Martens, W.; a.a.O., S. 182.

teressen' menschlicher Gemeinschaften als Abbeviatur zur Kennzeichnung dieses verzwickten Sachverhalts verstanden ..."¹²

Diese sehr weite Interpretation der öffentlichen Aufgaben als Tätigkeiten mit besonderer Bedeutung für das Gemeinwohl ist nicht unumstritten. Einerseits wird der Begriff als Ergebnis einer "soziologischen Analyse" ohne juristische Folgerungen eingestuft¹³, andererseits wird die Verwendung des Begriffes generell abgelehnt¹⁴. Einige Autoren versuchen, durch die Bindung des Begriffes an einen bestimmten Träger die Notwendigkeit der inhaltlichen Festlegung zu umgehen¹⁵.

Unabhängig von dieser vornehmlich im Bereich der Verwaltungswissenschaften geführten Diskussion um eine inhaltliche Festlegung ist die Verwendung des Begriffes in Gesetzen, Gesetzesbegründungen, öffentlichen Verlautbarungen etc. bereits sehr weit verbreitet. Von Rechtsexperten wird allerdings darauf hingewiesen, "... daß die Verwendung des Begriffes 'öffentliche Aufgabe' mehr Probleme birgt als löst ..."¹⁶, daß der Begriff mehrdeutig und damit gefährlich sei, "... weil er sich beliebig und zu völlig gegensätzlichen Schlußfolgerungen verwenden läßt."¹⁷ Dies ist vor allem dann bedenklich, wenn festgestellt wird, "... daß die Formel 'Erfüllung öffentlicher Aufgaben' vielfach als Ersatz der notwendigen Begründung dient."¹⁸

Die Verwendung des Begriffes "öffentliche Aufgabe" kann deshalb lediglich dazu dienen, einen Bereich von wirt-

12 Dasselbst.

13 Klein, H.H.; a.a.O., S. 759.

14 Vgl. u.a.: Bull, H.P.; Staatsaufgaben ..., a.a.O., S. 48.

15 Beispiele für eine entsprechende Systematisierung gibt: Laufer, H.: Systeme öffentlicher Aufgaben, in: Handbuch des öffentlichen Dienstes: Das Personalwesen, Berlin 1976, Sp. 1592 - 1602, hier: Sp. 1594f. Stindt verwendet beispielsweise grundsätzlich den Begriff "öffentliche Aufgaben der Verwaltung". Vgl. hierzu: Stindt, J.: Lufttrettung in der Bundesrepublik Deutschland, (Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 432), Berlin 1983, S.98 ff.

16 Rupp, H.H.: Der Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe, in: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg): 4. Rettungskongreß des DRK (Schriftenreihe des DRK, Bd. 55), Bonn 1978, S. 110 - 114, hier: S. 110.

17 ebd., S. 111.

18 Klein, H.H.; a.a.O., S. 757.

schaftlichen Tätigkeiten, an deren Durchführung die Öffentlichkeit interessiert ist, von einem Bereich mit ausschließlich privaten Aktivitäten abzugrenzen. Diese Abgrenzung wird allerdings nicht normativ vollzogen, vielmehr ist das Abgrenzungskriterium "öffentliches Interesse" unbestimmt und weit genug, "... da letztlich jeder gesellschaftliche Vorgang potentiell gemeinwichtig ist ..." ¹⁹.

Damit kann der Bereich öffentlicher Aufgaben nur empirisch-deskriptiv vor dem Hintergrund historischer Entwicklungen und konkreter politischer, gesellschaftlicher und sozialer Rahmenbedingungen beschrieben werden. Dieser Bereich ist deshalb auch nicht statisch zu sehen, sondern dynamisch als Folge der kontinuierlichen Veränderung der Rahmenbedingungen und, damit verbunden, der Umwandlung von privaten Aktivitäten in öffentliche Aufgaben und umgekehrt ²⁰.

1.3 Öffentliche und staatliche Aufgaben

Innerhalb des weiten Bereiches öffentlicher Aufgaben existiert ein Teilbereich, der vom Staat in besonderer Weise wahrgenommen wird oder wahrgenommen werden sollte. Für diese Aufgaben wird also über das öffentliche Interesse hinaus eine Funktion für den Staat festgelegt: der Staat im weitesten Sinne hat sich diesen speziellen Aufgaben zu widmen.

Wenn staatliche Aufgaben so definiert werden können, dann sind sie als Teilbereich der öffentlichen Aufgaben anzusehen, der Begriff der öffentlichen Aufgaben ist dann der Oberbegriff ²¹. Diese Gliederung der Aufgabenbereiche ist nicht unumstritten. In der Literatur werden die folgenden Interpretationsansätze unterschieden:

19 ebd., S. 759.

20 Laufer, H.; a.a.O., Sp. 1594. Eine Umwandlung privater Aktivitäten in öffentliche Aufgaben ist offensichtlich weniger problembehaftet als die Rückführung öffentlicher Aufgaben in den privaten Bereich. Vgl. hierzu die umfangreiche Literatur zur Privatisierung öffentlicher Leistungen, als Beispiel: Blankart, Ch. B.: Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Heft 7, Juli 1980, S. 305 - 310.

21 Laufer, H.; a.a.O., Sp. 1594, ähnlich auch bei Peters, H.; a.a.O., S. 878ff.

- öffentliche und staatliche Aufgaben sind identische Bereiche²²;
- eine Abgrenzung beider Bereiche ist überflüssig, weil die Verwendung des Begriffes der öffentlichen Aufgaben im Gegensatz zu den staatlichen Aufgaben abgelehnt wird²³,
- öffentliche Aufgaben werden auf die "... Vorfelder des Staatlichen..." beschränkt²⁴, oder
- "Öffentliche Aufgaben stellen den Oberbegriff dar; staatliche sind eine der vorkommenden Unterarten derselben."²⁵.

Den nachfolgenden Ausführungen wird die letztgenannte hierarchische Abgrenzung beider Bereiche zugrundegelegt²⁶.

Staatliche Aufgaben sind demnach diejenigen öffentlichen Aufgaben, "... die aufgrund einer Rechtsnorm von einem staatlichen Amt oder einem Privaten nach Weisung eines solchen Amtes zu erledigen sind."²⁷ Einer Übertragung von staatlichen Aufgaben an Private (=beliebte Unternehmer) sind allerdings in zweifacher Hinsicht Grenzen gesetzt:

- "Einmal gibt es staatliche Aufgaben, die ihrer Art nach nicht für eine Übertragung auf Private geeignet sind."²⁸ Dies ist der Bereich der "originären" Staatsaufgaben.
- Außerdem sind solche staatlichen Aufgabe von einer Übertragung ausgenommen, "... die das Grundgesetz oder ein

22 Beispiele hierfür gibt: Kirberger, W.; a.a.O., S. 56 f. Klein überläßt die Unterscheidung beider Begriffe dem "terminologischen Geschmack": Klein, H.H.; a.a.O., S. 758, Fn 33.

23 Vgl. hierzu: Bull, H.P.; a.a.O., S 48.

24 Krautzberger, M.: Die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch Private - Zum Begriff des staatlichen Bereichs; (Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 150), Berlin 1971, S. 106.

25 Peters, H.; a.a.O., S. 879.

26 Diese Gliederung der beiden Aufgabenbereiche wird auch in verschiedenen Kommentaren zum Grundgesetz vorgenommen: Schmidt- Bleibtreu, B., Klein, F.: Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 5.Aufl., Neuwied, Darmstadt 1980, S. 468; Maunz, Th. et al.: Grundgesetz - Kommentar. Ergänzbares Loseblattausgabe, Grundwerk: München 1959, Art. 87 16.

27 Laufer, H.; a.a.O., Sp. 1593; ähnlich auch bei Rupp, H.H.; a.a.O., S. 111 und Martens, W.; a.a.O., S. 119.

28 Maunz, Th. et al.: Grundgesetz ..., a.a.O., S. 87 16.

sonstiges Gesetz ausdrücklich der staatlichen Verwaltung zuweisen."²⁹

1.4 Unterscheidung staatlicher Aufgaben nach der Ebene der Aufgabenerfüllung

Die Befugnisse und Aufgaben von Bund und Ländern werden durch die Zuständigkeitsverteilung in Art. 30 GG gegeneinander abgegrenzt. Die dort getroffenen Verteilungsregelung bezieht sich direkt nur auf die Zuständigkeiten von Bund und Ländern, die kommunalen Aufgabenbereiche werden auf der Grundlage von Art. 28 GG definiert. Grundsätzlich sind zwei Bereiche kommunaler Aufgaben zu unterscheiden:

- staatliche Aufgaben werden im Rahmen von Art. 28 GG vom Land auf die Kommunen als "Auftragsangelegenheiten", "Angelegenheiten des übertragenen Wirkungskreises", "Pflichtaufgaben nach Weisung" oder als "Aufgabe zur Erledigung nach Weisung"³⁰ durch Landesgesetz übertragen
- Kommunen übernehmen eigene Aufgaben (Aufgaben des eigenen Wirkungskreises).

Für den letztgenannten Aufgabenbereich ist den Kommunen in Art. 28 Abs. 2 GG das Selbstverwaltungsrecht eingeräumt. Auch dieser Bereich kommunaler Aufgaben wird den staatlichen Aufgaben zugerechnet, allenfalls wird unterschieden zwischen³¹

- staatlichen Aufgaben im engeren Sinn (= übertragene Aufgaben), und
- staatliche Aufgaben im weiteren Sinn (= eigene Aufgaben der Gemeinden und Gemeindeverbände).

Die Aufgaben von Staat und Kommunen sind im Grundsatz wesensgleich, "Staat und Gemeinde haben lediglich verschiedene Aufgabenfelder."³²

²⁹ Dasselbst.

³⁰ Die Übertragungsformeln sind, je nach landesrechtlicher Regelung, unterschiedlich. Vgl. hierzu § 2 des "Musters für ein Ländergesetz über den Rettungsdienst" in: Bundestagsdrucksache 7/489; a.a.O., Anlage 1.

³¹ Vgl hierzu: Bull, H.P.; Staatsaufgaben ..., a.a.O., S. 51

1.5 Übersicht über die Bereiche öffentlicher Aufgaben

Als Ergebnis der bisherigen Erörterung müssen können unterscheidliche Gliederungsformen öffentlicher bzw. staatlicher Aufgaben unterschieden werden:

- eine horizontale Gliederung, welche die öffentlichen Aufgabenbereiche nach der Intensität des öffentlichen Interesses abgrenzt, und
- eine vertikale Gliederung staatlicher Aufgaben mit der jeweiligen Trägerebene als Zuordnungskriterium.

1.5.1 Horizontale Gliederung der öffentlichen Aufgaben

Die diskutierten Bereiche öffentlicher Aufgaben sind in Übersicht 2.1 dargestellt. Bei dieser Darstellungsform dient die Intensität des öffentlichen Interesses bzw. das Ausmaß der staatlichen Interventionen in Marktordnungen bzw. Marktprozesse als Unterscheidungskriterium³³.

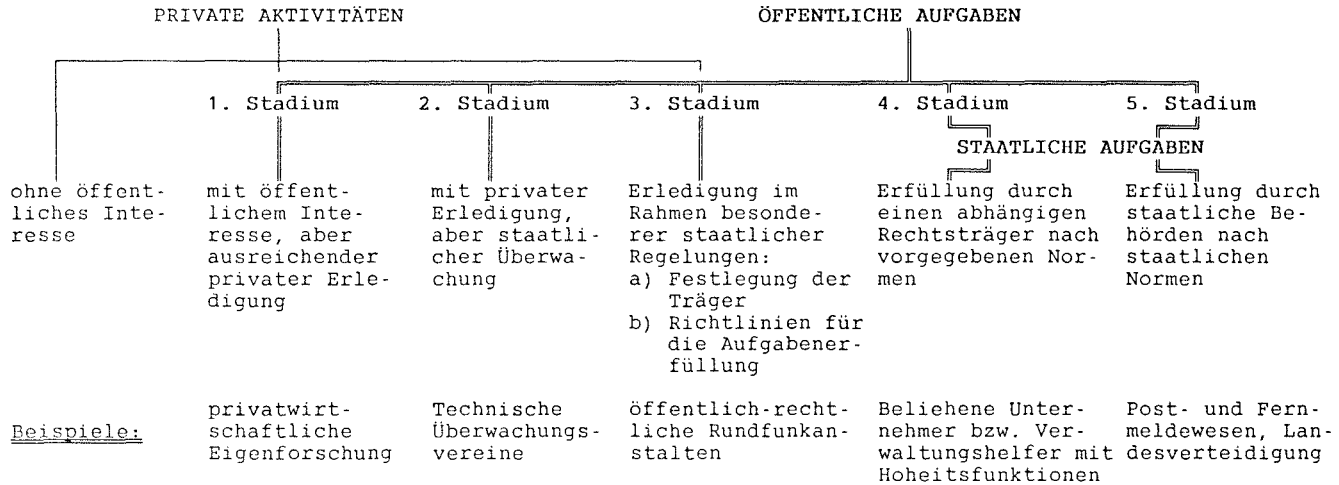
Die nachfolgend erläuterten Stadien öffentlicher Aufgaben sind angesichts der Schwierigkeiten bei der Quantifizierung der Abgrenzungskriterien nicht als definierte oder trennscharfe Kategorien anzusehen, die Übergänge zwischen den einzelnen Stadien sind vielmehr fließend.

Als Bereich außerhalb des Spektrums öffentlicher Güter sind die rein privaten Aktivitäten zu nennen, für welche von Seiten der Öffentlichkeit oder des Staates keinerlei Interesse bestehe. Es mag überraschen, daß es auf Anhieb gar nicht so einfach ist, entsprechende Beispiele zu finden. Nahezu jede private Aktivität ist in irgendeiner Form durch Gesetze, Verordnungen oder sonstige Vorschriften reglementiert. Deshalb werden diesem Bereich vor allem solche Akti-

32 Krauther, H.: Private als Träger von öffentlichen Einrichtungen mit Anschluß- und Benutzungszwang, Dissertation, Bochum 1975, S. 31; ähnlich auch bei Hanusch, H.: Die Erfüllung von Staatsaufgaben im Föderalismus, in Bohley, P.; Tolkemitt, G. (Hrsg): Wirtschaftswissenschaft als Grundlage staatlichen Handelns (Heinz Haller zum 65. Geburtstag), Tübingen 1979, S. 259 - 381, hier: S. 361, sowie Laufer, H.; a.a.O., Sp.1593.

33 Diese Gliederung orientiert sich der Form nach an der Abhandlung von Peters, H.; a.a.O., S. 878 ff. Andere Gliederungssysteme beschreibt: Laufer, H.; a.a.O., Sp. 1594 ff.

Übersicht 2.1: BEREICHE ÖFFENTLICHER AUFGABEN



Abgeleitet aus: Peters, H.; Öffentliche und staatliche Aufgaben, a.a.O., S. 877.

vitäten zugeordnet, die im Rahmen allgemein gültiger, genereller Rahmenbedingungen³⁴ durchgeführt werden.

Ein erster Bereich öffentlicher Aufgaben ist bereits dann zu vermuten, wenn an der Wahrnehmung einer Aufgabe zwar ein öffentliches Interesse besteht, diese Aufgabe jedoch im Rahmen der generellen Rahmenbedingungen aus öffentlicher Sicht zufriedenstellend wahrgenommen wird. Als Beispiel kann hier die Versorgung mit Grundnahrungsmitteln angeführt werden. Solange diese Versorgung in ausreichendem Umfang durch private Unternehmen sichergestellt wird, besteht keine Notwendigkeit für direkte staatliche Eingriffe. Der Staat wird allerdings Vorsorge dafür treffen, daß er bei Versorgungsengpässen eingreifen kann (Rationierung, Lebensmittelkarten, etc.) (Stadium 1).

Im zweiten Stadium öffentlicher Aufgaben liegt die Wahrnehmung der Aufgabe zwar ebenfalls in privater Hand, das öffentliche Interesse ist jedoch so stark, "... daß der Staat die Erfüllung dieser Aufgabe seitens staatlicher Behörden selbst überwacht"³⁵. Als Beispiel für diesen Bereich werden die Technischen Überwachungs-Vereine oder Privatschulen genannt³⁶.

Das öffentliche Interesse an einer Aufgabenerfüllung kann eine derartige Intensität annehmen, daß der Staat die Aufgabe in Form einer Legaldefinition festlegt und die Aufgabenerfüllung durch den Erlaß abstrakter Regelungen (Normen und Richtlinien) sicherstellt (Stadium 3). Die Erfüllung der Aufgabe selbst bleibt im privaten Bereich³⁷. Für die Zuordnung zu diesem Bereich ist es unerheblich, ob die vom Staat erlassenen Regelungen Gesetzesform haben, oder als Verordnung oder Erlaß festgeschrieben werden. Für die prak-

34 Solche generellen Rahmenbedingungen sind beispielsweise in der Wirtschaftsverfassung (Bürgerliches Gesetzbuch, Handelsgesetzbuch, Gesellschaftsrecht, Arbeitsschutzgesetze etc.) festgelegt.

35 Peters, H.; a.a.O., S. 878.

36 ebd., S. 883 ff.

37 Während die Aufgabenerfüllung noch immer als öffentliche Aufgabe anzusehen ist, wird die Definition der Aufgabe, die Regelung der Aufgabenerfüllung und die Überwachung der Durchführung bereits dem Bereich staatlicher Aufgaben zugeordnet. Darauf wird hingewiesen bei: Klein, H.H.; a.a.O., S. 758, Fn. 35.

tische Umsetzung wird die gesetzliche Regelung wegen ihrer größeren Bindungswirkung bevorzugt³⁸.

Der Übergang zum staatlichen Aufgabenbereich ist mit dem vierten Stadium erreicht. Der Staat sieht eine ausreichende Ausgabenerfüllung innerhalb von festgelegten Normen allein nicht mehr gewährleistet. Er bindet deshalb private Unternehmen (beliebige Unternehmer) oder er läßt die entsprechenden Aufgaben durch abhängige (öffentliche oder private) Unternehmen bzw. Rechtsträger erledigen³⁹.

Das letzte Stadium öffentlicher Aufgaben umfaßt die Gruppe all der Fälle, in denen der Staat die Angelegenheit durch eine eigene Behörde erledigen läßt. Es handelt sich hierbei vor allem um die für eine Übertragung nicht geeigneten "eigentlichen" staatlichen Aufgaben⁴⁰ im Bereich der Eingriffsverwaltung⁴¹, aber auch Teilbereiche der Leistungsverwaltung, z.B. das Schulwesen, werden als "eigentliche" staatliche Aufgaben wahrgenommen.

1.5.2 Eine vertikale Gliederung staatlicher Aufgaben

Ergänzend zur horizontalen Unterteilung des Spektrums öffentlicher Aufgaben sind die staatlichen Aufgaben vertikal zu gliedern (Übersicht 2.2). Zuordnungskriterium ist hier die Zuständigkeitsebene. Nach Art. 30 GG ist die Erfüllung staatlicher Aufgaben im Grundsatz eine Angelegenheit der Bundesländer. Auf Bundesebene können nur solche staatlichen Aufgaben wahrgenommen werden, für welche dem Bund die Zuständigkeit im Grundgesetz besonders eingeräumt wird⁴². So besagt beispielsweise Art. 74 Nr. 19 GG, daß der Bund im Gesundheitswesen nur in ganz bestimmten, beschriebenen Sachbereichen Gesetzeskompetenz hat⁴³, grundsätzlich

38 Vgl. hierzu beispielsweise: Rupp, H.H.; Der Rettungsdienst ..., S. 112.

39 Peters, H.H.; a.a.O., S. 594.

40 Maunz, Th., et al.; Grundgesetz ..., a.a.O., S. 87 16

41 Eingriffsverwaltung ist derjenige Teil der Verwaltung, der "... mit Erlaubnisvorbehalten, Befehlen und notfalls mit Zwang in das freie Belieben der Menschen eingreift." Wolff, H.J.; Bachof, O.: Verwaltungsrecht II, 4. Auflage, München 1976, § 3 I c 2.

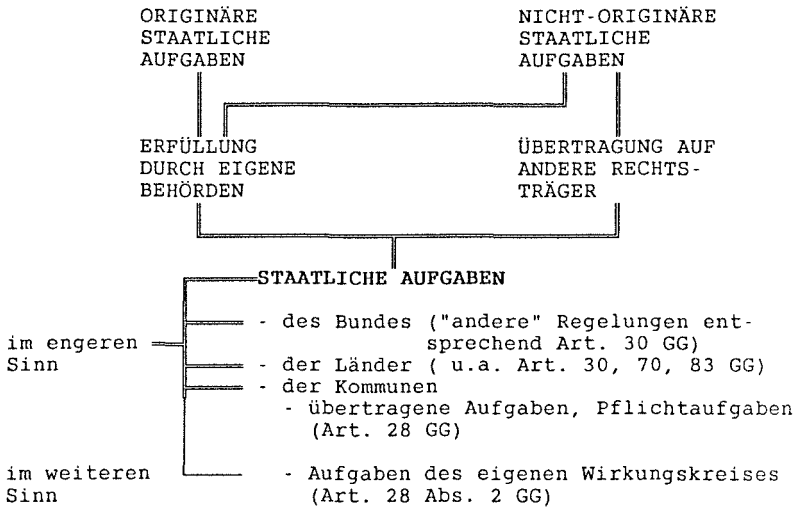
42 Vgl. hierzu u.a. Schmidt-Bleibtreu, B.; Klein, F.; Kommentar ..., S. 467.

43 ebd., S. 468.

liegt die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen jedoch bei den Ländern.

Die Regelung der Zuständigkeit zugunsten des Bundes muß nicht ausdrücklich oder unmittelbar sein, "... vielmehr kann sich die Bundeszuständigkeit auch aus einer anderen Formulierung des Rechtssatzes zwingend ergeben ..."44.

Übersicht 2.2: VERTIKALE GLIEDERUNG STAATLICHER AUFGABEN



Im Grundsatz liegt also die Zuständigkeit für die Erfüllung staatlicher Aufgaben bei den Bundesländern. Der Aufgabenbereich der Kommunen ist, soweit es sich um übertragene Aufgaben im Rahmen von Art. 28 GG handelt, durch die Zuständigkeitsverteilung des Art. 30 GG und die im Grundgesetz getroffenen "anderen" Regelungen indirekt betroffen - es können nur solche Aufgaben übertragen werden, für deren Erfüllung die Bundesländer auch zuständig sind. Entsprechendes gilt für die Staatsaufgaben im weiteren Sinn, also für eigene Aufgaben der Kommunen, für welche ihnen in Art. 28 Abs.2 GG das Selbstverwaltungsrecht eingeräumt wird.

44 Maunz, Th., et al.; Grundgesetz ..., a.a.O., S. 30 7.

Mit dieser zweiseitigen Gliederung kann noch nicht eindeutig festgelegt werden, welchem Aufgabenfeld der Rettungsdienst mit seiner Qualifizierung als öffentliche Aufgabe zugeordnet werden kann. Ergänzend wird deshalb der Begriffe der Daseinsvorsorge inhaltlich geklärt und in das System öffentlicher Aufgaben integriert. Damit wird eine bessere Zuordnung des Rettungsdienstes ermöglicht.

2. Das Konzept der Daseinsvorsorge

2.1 Vorbemerkungen

Der Begriff der Daseinsvorsorge zeichnet sich, ähnlich wie der Begriff der öffentlichen Aufgabe, durch eine schillernde Interpretationsvielfalt aus. Terminologische Veränderungen und Erweiterungen, wie "Daseinsfür- und -vorsorge"⁴⁵, "Daseinsfürsorge und Zukunftsvorsorge"⁴⁶ oder "Daseinsfürsorge" tragen nicht unbedingt zum besseren Problemverständnis bei. Außerdem haben inzwischen andere Wissenschaftsbereiche, z.B. die Wirtschaftswissenschaften⁴⁷, diesen Begriff übernommen, wengleich hier der Begriff z.T. mit völlig anderen Inhalten verbunden wird⁴⁸.

Auch im Zusammenhang mit der Rechtfertigung der Existenz von öffentlichen Unternehmen wird häufig auf die Daseinsvorsorge verwiesen, allerdings wird gerade in dieser Diskussion der Begriff als "leerformelhaft" und damit als wenig leistungsfähig zurückgewiesen⁴⁹.

Angesichts dieser sehr voneinander abweichenden Wertungen und Interpretationen scheint es erforderlich, der Konzept

45 Biese, A.; Jocks, H.; Runde, H.; a.a.O., S. 93

46 Klüber, H.: Das Gemeinderecht in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, Heidelberg, New York 1972, hier: S. 32

47 Vgl. u.a.: Most, O.; Staatliche und private Unternehmung im Verkehr, in: Berkenkopf, P.(Hrsg): Der Verkehr in der wirtschaftlichen Entwicklung dem Industriezeitalters; Festschrift zum 40-jährigen Jubiläum des Instituts für Verkehrswissenschaft an der Universität zu Köln, Köln 1961, S. 31 - 40, hier: S. 32; Streit, M. E.: Theorie der Wirtschaftspolitik, 1. Aufl., wisu-texte, Düsseldorf 1979, S. 86 f.

48 Vgl. vor allem: Streit, M. E., Theorie ..., a.a.O., S. 86

49 Die unterschiedlichen Auffassungen werden dargelegt von: Thiemeyer, Th.: Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe, rororo-studium 82, Reinbek 1975, S. 50.f.

der Daseinsfürsorge den Intentionen des Begriffsschöpfers entsprechend zu erläutern. Erst nach dieser Klarstellung wird es überhaupt möglich sein, die Daseinsvorsorge in das System öffentlicher Aufgaben zu integrieren und die Tragfähigkeit des Konzeptes zu überprüfen.

2.2 Die Entwicklung des Konzeptes der Daseinsvorsorge

"Es gibt in der neueren Rechtswissenschaft wohl kaum einen Terminus, der eine größere Faszination ausgelöst, aber andererseits auch mehr Ärgernis ausgelöst hat, als der Begriff der Daseinsvorsorge."⁵⁰ Dies kann nicht verwundern, wenn man in Betracht zieht, daß mit dem Begriff ursprünglich und in erster Linie ein soziologischer Sachverhalt verdeutlicht werden sollte⁵¹ und er darüberhinaus nach seiner Übernahme in die Verwaltungswissenschaften mehrere Umdeutungen erfuhr.

Ausgangspunkt der ursprünglichen Begriffsbildung⁵² war die Erkenntnis, daß sich im Verlaufe des technisch-industriellen Prozesses die Existenzbedingungen von Individuen als Folge von Bevölkerungswachstum, Arbeitsteilung und Verstädterung grundlegend verändert haben. Zur Verdeutlichung dieser Entwicklung unterscheidet Forsthoff "... den effektiven und den beherrschten Lebensraum des Menschen. Als effektiven Lebensraum bezeichne ich denjenigen, innerhalb dessen sich das Dasein des einzelnen, konkreten Menschen tatsächlich abspielt. Beherrschter Lebensraum ist derjenige, der dem Einzelnen auf so intensive Weise zugeordnet ist, daß er

50 Ossenbühl, F.: Daseinsvorsorge und Verwaltungsprivatrecht, in: Die Öffentliche Verwaltung, August 1971, Heft 15 - 16, S. 513 - 523, hier: S. 514.

51 Vgl. ebd., S. 516. Ähnlich bei: Badura, P.: Daseinsvorsorge als Verwaltungszweck der Leistungsverwaltung, in: Die Öffentliche Verwaltung, September 1966, Heft 17 - 18, S. 624 - 633, hier: S. 627, und Bull, H.P.; Die Staatsaufgaben ..., a.a.O., S. 104, Fn. 43. Die ursprünglichen Wurzeln des Begriffes lassen sich auf Arbeiten von Max Weber und Karl Jaspers zurückführen. Vgl. hierzu: Gröttrup, H.: Daseinsvorsorge (DVS), in: Voigt, R. (Hrsg): Handwörterbuch zur Kommunalpolitik, S. 94 - 97, hier: S. 94.

52 Zum folgenden vgl. die grundlegenden Ausführungen bei: Forsthoff, E.: Die Daseinsvorsorge und die Kommunen, Köln-Marienburg, 1958, sowie: ders.: Rechtsfragen der leistenden Verwaltung, (res publica - Beiträge zum öffentlichen Recht), Stuttgart 1959.

innerhalb dieses Lebensraumes verfügen und gestalten, mit einem Wort, sich als sein Herr gerieren kann."⁵³

Die durch den technisch-industriellen Prozess ausgelösten Veränderungen führen nun dazu, daß

- der beherrschte Lebensraum für den Großteil der Bevölkerung schrumpft, wogegen
- der effektive Lebensraum als Folge von verbesserten Kommunikations- und Verkehrsmittel "ungeheuer" ausgeweitet wird.

Aus dieser zunehmend stärker hervortretenden Divergenz der individuellen Lebensräume leitet Forsthoff die Notwendigkeit ab, die Daseinsbedingungen des Individuums zu stabilisieren. Die Aufgabe und Verantwortung, "... alles das vorzukehren, was für die Daseinsermöglichung des modernen Menschen ohne (beherrschten) Lebensraum erforderlich ist,"⁵⁴ fällt dem Staat (im weitesten Sinne des Wortes) zu. "Was in Erfüllung dieser Aufgabe notwendig ist und geschieht, nenne ich Daseinsvorsorge."⁵⁵.

Aus diesem sehr weiten Aufgabenfeld wurden in der ursprünglichen Fassung⁵⁶ drei wesentliche Erscheinungsformen der Daseinsvorsorge abgeleitet:

- die Gewährleistung eines angemessenen Verhältnisses von Lohn und Preis;
- "die Lenkung des Bedarfes, der Erzeugung und des Umsatzes;
- die Darbringung von Leistungen, auf welche der in die modernen, massentümlichen Lebensformen verwiesene Mensch lebensnotwendig angewiesen ist."⁵⁷.

53 Forsthoff, E.(1958); a.a.O., S. 5.

54 ebd., S. 6.

55 ebd., S. 7.

56 Die Grundgedanken dieser Überlegungen wurden von Forsthoff bereits in den Jahren 1935 und 1938 veröffentlicht. Vg. hierzu: Badura, P.; a.a.O., S. 626.

57 Forsthoff, H.(1959), a.a.O., S. 22 ff., siehe auch: Badura, P.; a.a.O., S. 626.

In diesen drei Erscheinungsformen wird die Daseinsvorsorge "... in allen den Veranstaltungen wirksam, durch die der Staat, seine liberale Zurückhaltung preisgebend, der sozialen Bedürftigkeit der einzelnen zu Hilfe kommt, sei es eingreifend, lenkend oder leistend ..."58.

Forsthoff selbst hat in seinen späteren Ausführungen⁵⁹ die Diskussion auf die dritte Erscheinungsform reduziert⁶⁰. Mit der Übernahme des so interpretierten Begriffes in den verwaltungswissenschaftlichen Sprachgebrauch wurde angestrebt, "... die Verwaltungsrechtslehre auf eine von ihr zu bewältigende Aufgabe hinzuweisen, sie wieder an die Verwaltungswirklichkeit heranzuführen, der Leistungsverwaltung einen Platz im öffentlichen Recht zu verschaffen und sie nicht unbeachtet der privatrechtlichen Formtypik zu überlassen."⁶¹

Mit diesem Begriff der Daseinsvorsorge soll der Staat darauf hingewiesen werden, daß ihm im Zuge der Industrialisierung Aufgaben zugewachsen sind, die, ungeachtet der Rechtsform (privat- oder öffentlich-rechtlich)⁶², im Bereich der "leistenden" Verwaltung (Leistungsverwaltung) liegen. Das Konzept wurde von Forsthoff nach verschiedenen Richtungen hin weiterentwickelt. Ausgehend von der Feststellung, daß auch andere gesellschaftliche Gruppierungen Bereiche der Daseinssicherung wahrnehmen, wurde eine Unterscheidung zwischen einem Bereich der (gesellschaftlichen) Daseinsstabilisierung und einem (staatlichen) Komplementärbereich der Daseinsvorsorge getroffen⁶³. Daseinsvorsorge bezieht sich

58 Badura, P.; a.a.O., S. 627.

59 Vgl. vor allem: Forsthoff, E.: Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 1. Bd.: Allgemeiner Teil, 8. Aufl., München, Berlin 1961, S. 322.

60 Forsthoff weist selbst darauf hin, daß der Staat nicht notwendigerweise alle drei Erscheinungsformen der Daseinsvorsorge übernehmen muß. So z.B. die erste Erscheinungsform von den Tarifpartnern (Lohnfindung) bzw. den Unternehmen und Marktverhältnissen (Preisbildung) übernommen. Forsthoff, E. (1959), a.a.O., S. 19.

61 Ossenbühl, F.; Daseinsvorsorge ..., a.a.O., S. 516.

62 Beispielsweise erfolgt die Personenbeförderung bei der Bundespost auf öffentlich-rechtlicher, bei der Bundesbahn dagegen auf privatrechtlicher Grundlage. Vgl.: ebd., S. 518.

63 Forsthoff, E. (1959), a.a.O., S. 21.

dementsprechend auf alle Aufgaben, die der Staat (im weitesten Sinne) durch seine Leistungsverwaltung wahrnimmt.

In der ursprünglichen Formulierung war mit Daseinsvorsorge "... die Prätierung existenznotwendiger Leistungen durch Sozialversicherung, Versorgungs- und Verkehrsbetriebe gemeint."⁶⁴ Vor allem die Betriebe der Energie-, Wasser- und Verkehrswirtschaft ("Einzelunternehmen der Daseinsvorsorge") sollten als übergreifende Einheiten gesehen werden⁶⁵. In seinem Lehrbuch zum Verwaltungsrecht faßt Forsthoff unter Daseinsvorsorge "... alles, was von seiten der Verwaltung geschieht, um die Allgemeinheit oder nach objektiven Merkmalen bestimmte Personenkreise in den Genuß nützlicher Leistungen zu versetzen."⁶⁶ Damit wurde das Konzept inhaltlich wiederum wesentlich erweitert. Weder die Existenznotwendigkeit einer Leistung noch die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Wirtschaftsbereich (Sozialversicherung, Versorgungs- oder Verkehrsbetrieb) waren nun notwendige Bedingungen für eine Zuordnung zur Daseinsvorsorge, die jeweiligen Leistungen mußten "nützlich" sein. In dieser Begriffserweiterung "...zeigt sich (...) die Weiterentwicklung des modernen Wohlfahrtsstaates, der seine Verantwortung nicht bei dem 'der Vitalsphäre entnommenen Mindeststandard individueller Daseinsbehauptung' enden läßt."⁶⁷

War bei einer Berücksichtigung von Kriterien wie "existenznotwendige Leistungen" oder der Zugehörigkeit zu benannten Wirtschaftsbereichen eine Abgrenzung des Bereiches der Daseinsvorsorge zumindest noch denkbar, erweist sich mit der erweiterten Neuformulierung, daß dem Konzept der Daseinsvorsorge "... wohl eine problemverdeutlichende, nicht aber eine problemlösende Funktion ..." ⁶⁸ zuerkannt werden muß.

64 Badura, P.; a.a.O., S. 627.

65 Forsthoff schlug vor, zwischen diesen Unternehmen einen internen Finanzausgleich herzustellen. Würde eine derartige Verbindung zwischen den jeweiligen Unternehmen hergestellt, wären die Aufgaben der Daseinsvorsorge nicht mehr privatisierungsfähig, da nach einer Privatisierung ein Finanzausgleich nicht mehr durchführbar sei - das System der Daseinsvorsorge wäre zerstört. Ausführlicher hierzu: Forsthoff, E. (1958), a.a.O., S. 14 ff.

66 Forsthoff, E. (1961), a.a.O., S. 322.

67 Badura, P.; a.a.O., S. 627.

Damit kann der Begriff der Daseinsvorsorge "... auf keinen Fall als Rechtsbegriff im technischen Sinne angesehen werden, aus dem sich irgendwelche Rechtsfolgen ableiten ließen."⁶⁹

2.3 Abweichende Interpretationen und Ergänzungen

Nach der Übernahme des Konzeptes der Daseinsvorsorge hat sich vor allem in der Verwaltungswissenschaft, darüber hinaus aber auch in anderen Wissenschaftsbereichen, eine rege Diskussion um die inhaltliche Festlegung und die Konsequenzen, die sich aus diesem Begriff ableiten lassen, ergeben. Ursache für diese Unsicherheit war nicht zuletzt die mehrfach von Forsthoff selbst vorgenommene Begriffsumdeutung. In der Folgezeit wurden Interpretationen veröffentlicht, die das Konzept der Daseinsvorsorge

- auf bestimmte Leistungsträger (öffentliche und private⁷⁰; individuelle oder kollektive Daseinsvorsorge⁷¹);
- auf bestimmte Leistungsgegenstände (lebensnotwendige Leistungen, soziale Sicherung⁷², auf kommunaler Ebene erbrachte Massenversorgungsleistungen⁷³), oder
- auf bestimmte Rechtsformen ("Alles, was funktionell zur Daseinsvorsorge gehört, ist nach den Grundsätzen des öffentlichen und nicht des privaten Rechts zu beurteilen."⁷⁴)

begrenzen wollten.

Im Zusammenhang mit der Aufgabenbeschreibung der kommunalen Leistungsverwaltung erhielt das Konzept eine interessante

68 Ossenbühl, F.; Daseinsvorsorge ..., a.a.O., S. 517.

69 Dasselbst; ähnlich auch Badura, P.; S. 628.

70 Beispiele bei Ossenbühl, F.; Daseinsvorsorge ..., a.a.O., S. 517 und Badura, P.; S. 628.

71 Streit, M.E.; Theorie ..., S.: 86.

72 daselbst;

73 o.V.: Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Band 1, Neuwied, Darmstadt 1984, S. 314, Fn. 25.

74 Urteil des Bundesgerichtshofes v. 23.9.1969 zur Gleichbehandlung von Benutzer eines kommunalen Verkehrsbetriebes in Form einer Aktiengesellschaft. Hinweis und Kommentar bei Ossenbühl, F.; Daseinsvorsorge ..., a.a.O., S. 517 f.

Variante⁷⁵. Die Daseinsvorsorge wird nun als ein Oberbegriff für die Maßnahmenbereiche "Daseinsfürsorge" und "Zukunftsvorsorge" gesehen. Die Daseinsfürsorge umfaßt nach dieser Interpretation alle Leistungen, die den gegenwärtigen Generationen zugute kommen (Kindergärten, Schulen, Altersheime, etc.), Zukunftsvorsorge befaßt sich dagegen "... mit der Gestaltung künftiger Dinge im Interesse der kommenden Generationen"⁷⁶, z.B. Stadt- und Verkehrsplanung, Grundstücksbevorratung. Vergleicht man diese beiden Bereiche⁷⁷, so ist die Daseinsfürsorge eher der Leistungsverwaltung zuzuordnen, die Zukunftsvorsorge ist dagegen als Teil der gestaltenden bzw. lenkenden Verwaltung anzusehen⁷⁸. Wenn eine derartige Unterscheidung getroffen wird, ist das Konzept der Daseinsvorsorge gestört, da Daseinsvorsorge als ein Leitbegriff anzusehen ist, "... unter dem die Funktionen der leistenden Verfassung zusammenzufassen sind."⁷⁹ In der neueren verwaltungsrechtlichen Literatur wird allerdings eine Unterscheidung zwischen Leistungs- und Lenkungsverwaltung nicht mehr vorgenommen⁸⁰ bzw. ausdrücklich abgelehnt⁸¹.

In jüngerer Zeit wird der Begriff der Daseinsvorsorge durch den Begriff der Daseinsfürsorge⁸² ergänzt. Dadurch wird, ganz im Sinne der oben erläuterten Unterscheidung nach Daseinsfürsorge und Zukunftsvorsorge, hervorgehoben, daß ne-

75 Siehe: Klüber, H.; Das Gemeinderecht ..., a.a.O., S. 32 f.

76 ebd., S. 32.

77 Es ist fraglich, ob von der Sache her eine Unterscheidung getroffen werden kann, da beispielsweise der Bau von Kindergärten und Schulen sicher auch "mit der Gestaltung künftiger Dinge" zu tun hat.

78 Zur Unterscheidung von leistender und lenkender Verwaltung vgl.: Badura, P.; a.a.O., S. 630.

79 Forsthoff, E. (1961), a.a.O., S. 321.

80 Wolff, H.J.; Bachof, O.: Verwaltungsrecht I, 9. Aufl., München 1974, S. 19.

81 v. Münch, I.: Verwaltung und Verwaltungsrecht im demokratischen und sozialen Rechtsstaat, in: Erichsen, H.U.; Martens, W. (Hrsg.): Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., Berlin, New York 1981, Teil 1, S. 1 - 59, hier: S.12.

82 Der Begriff wird erstmals verwandt von Karl Jaspers: Die geistige Situation der Zeit (1931), 7. Abdr. d. 5. Aufl., Berlin 1971, S. 34; vgl. den Hinweis bei: o.V.; Kommentar zum Grundgesetz ..., a.a.O., S. 314.

ben einem akut vorhandenen Leistungsbedarf (-fürsorge) auch ein Bedarf an Leistungen für die Zukunft (-vorsorge) besteht.

3. Der Bereich der Daseinsvorsorge im System öffentlicher Aufgaben

Die Ergebnisse der bisherigen Überlegungen können wie folgt zusammengefaßt werden:

- Öffentlich sind Aufgaben dann, wenn sie über den individuellen bzw. privaten Aktivitätsbereich hinausreichen und "... nach kollektiven Wertvorstellungen als lösungsbedürftig angesehen werden."⁸³
- Unterschiedliche Stadien von öffentlichen Aufgaben können unter Berücksichtigung der Intensität von öffentlichen bzw. staatlichen Interventionen abgegrenzt werden.
- In diesem System sind staatliche Aufgaben als Teilbereich enthalten. Sie sind gekennzeichnet durch eine hohe staatliche Interventionsintensität, die darin besteht, daß "... der Staat die Aufgaben unmittelbar übernimmt oder sie in mittelbarer Verwaltung durch eine Körperschaft oder Anstalt öffentlichen Rechts oder einem ausdrücklich mit der Übernahme beliehenen Unternehmen nach öffentlichem Recht erfüllen läßt."⁸⁴
- Staatsaufgaben "im engeren Sinne" werden untergliedert in:
 - ° Aufgaben des Bundes,
 - ° Aufgaben der Länder und
 - ° übertragene Aufgaben der Kommunen.
- Eigene Aufgaben der Kommunen werden "im weiteren Sinne" den staatlichen Aufgaben zugeordnet.
- Aus verwaltungsrechtlicher Sicht beschreibt das Konzept der Daseinsvorsorge den "Verwaltungszweck der Leistungsverwaltung"⁸⁵. Damit wird deutlich, daß sich der Begriff

83 Kirberger, W.: a.a.O., S. 99.

84 Peters, H.; a.a.O., S. 880

ausschließlich auf die Verwaltung, "... nicht aber (auf) beliebige Leistungsträger, die etwa privatwirtschaftlich auch zur Daseinssicherung beitragen"⁸⁶ bezieht. Es wird zwar ein Aufgabenträger festgelegt, nicht jedoch die Aufgabengebiete; Daseinsvorsorge ist ein "Tatbestandssektor"⁸⁷.

Gegenstand einer Integration in ein System öffentlicher Aufgaben kann nur die Daseinsvorsorge in verwaltungsrechtlicher Interpretation sein. Der soziologisch interpretierte Begriff der Daseinsvorsorge beschreibt Sachverhalte, die weit über den Bereich öffentlicher Aufgaben hinausgehen. Von den ursprünglich beschriebenen drei Erscheinungsformen der Daseinsvorsorge werden die ersten beiden Bereiche (Verhältnis von Preis und Lohn; Lenkung des Bedarfes, der Erzeugung und des Umsatzes) weitestgehend durch private Aktivitäten über Marktbeziehungen und Verhandlungen abgedeckt⁸⁸. Daseinsvorsorge in verwaltungsrechtlichem Sinne bezieht sich dagegen ausschließlich auf die von der Leistungsverwaltung zu bewältigenden Aufgaben. Es handelt sich um "öffentliche Aufgaben der Verwaltung"⁸⁹, also um staatliche Aufgaben. Eine privatrechtliche Aufgabenträgerschaft ist ausgeschlossen, allerdings kann sich die Verwaltung bei der Durchführung der Aufgabe privater Unternehmen oder Institutionen bedienen, diese können die Aufgabe dann auf der Grundlage des öffentlichen oder der privaten Rechts erfüllen.

Daseinsvorsorge umfaßt jedoch nicht den gesamten Bereich staatlicher Aufgaben, sondern nur denjenigen Teilbereich, der durch die Leistungsverwaltung sichergestellt wird. Die Wahrnehmung staatlicher Aufgaben durch andere Verwaltungs-

85 Badura, P.; a.a.O., S. 629.

86 ebd., S. 630.

87 ebd., S. 631.

88 Aus dem verwaltungsrechtlichen Blickwinkel können diese Aktivitäten der "Daseinsstabilisierung" als dem Komplementärbereich der Daseinsvorsorge zugeordnet werden.

89 Stindt, J.; Luftrettung ..., a.a.O., S. 98.

arten (Ordnungs-, Bedarfs- oder Abgabenverwaltung⁹⁰) liegt außerhalb des Bereiches der Daseinsvorsorge⁹¹.

Ebenfalls nicht zum Bereich der Daseinsvorsorge sind die rein erwerbswirtschaftlichen Aktivitäten des Staates zu rechnen, solche Aktivitäten stehen auch außerhalb des Systems öffentlicher Aufgaben. Allerdings wird es im Einzelfall schwierig, eine rein privatwirtschaftlich motivierte Beteiligung an einem Unternehmen von der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben abzugrenzen⁹². Die Unterscheidung beider Bereiche staatlichen Handelns ist nicht zuletzt deshalb von Belang, weil die Wahrnehmung öffentlicher bzw. staatlicher Aufgaben der Zuständigkeitsverteilung des Art. 30 GG unterliegt, wogegen die rein privatwirtschaftlichen Aktivitäten des Staates dieser Kompetenzabgrenzung nicht unterliegen⁹³.

Die Frage, auf welcher Handlungsebene der Staat die Belange der Daseinsvorsorge wahrzunehmen hat, wird in der Literatur nahezu einhellig geantwortet: Die Wahrnehmung der Aufgaben der Daseinsvorsorge ist in erster Linie der kommunalen Verwaltung überlassen⁹⁴. Kommunale Verwaltung findet ihre Begründung vor allem in einer bürgernahen Sicherung der Existenzbedingungen des Menschen in seiner Umwelt⁹⁵. Im Sinne dieser Bürgernähe sind die Aufgaben der Daseinsvorsorge unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips überwiegend auf

90 Wolff, H.J.; Bachof, O.; Verwaltungsrecht I, a.a.O., S. 18 f. Eine andere Gliederung der Verwaltungsarten bei: v. Münch, I.; Verwaltung und Verwaltungsrecht ..., a.a.O., S. 12.

91 Forstthoff, E.(1959), a.a.O., S. 13.

92 So kann beispielsweise die Beteiligung des Bundes an Hotels oder Spektionsunternehmen kaum als eine Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben angesehen werden, dagegen ist beispielsweise bei einer staatlichen Beteiligung in der Mineralölwirtschaft zu prüfen, ob nicht politische Ziele in Verbindung mit der Erfüllung öffentlichen Aufgaben (Sicherung der Energieversorgung) dieses Engagement erforderlich machen.

93 Vgl.: Maunz, Th., et al.; Grundgesetz ..., a.a.O., S. 87 15; Schmidt-Bleibtreu, B.; Klein, F. Kommentar ..., a.a.O., S. 467 und 468.

94 Forstthoff, E.(1958), a.a.O., S. 14 f., Klüber, H.; Das Gemeinderecht ..., a.a.O., S. 31 f., Gröttrup, H.; Daseinsvorsorge, a.a.O., S. 94 f., o.V.; Kommentar zum Grundgesetz ..., a.a.O., S. 314.

95 Forstthoff, E.(1958), a.a.O., S. 24.

kommunaler Ebene wahrzunehmen. Dies schließt nicht aus, daß der Rahmen für die Aufgabenerfüllung im Interesse einer gleichmäßigen und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung durch ein Bundes- oder Landesgesetz vorgegeben wird oder daß sich Kommunen zweckmäßigerweise zu Trägergemeinschaften zusammenschließen.

Als Ergebnis ist festzuhalten:

- Leistungen der Daseinsvorsorge sind innerhalb des Systems der öffentlichen Aufgaben dem Bereich der staatlichen Aufgaben zugeordnet;
- Daseinsvorsorge kennzeichnet den Aufgabenbereich der Leistungsverwaltung;
- die Aufgaben der Daseinsvorsorge werden entweder als eigene oder als übertragene Aufgaben vorwiegend auf kommunaler Ebene wahrgenommen;
- die Sicherstellung der Aufgaben der Daseinsvorsorge erfolgt zwar auf öffentlich-rechtlicher Grundlage (Leistungsverwaltung), dies schließt jedoch nicht aus, daß die Durchführung der Aufgabe nicht auch nach privatem Recht erfolgen kann⁹⁶.

4. Der Rettungsdienst - eine staatliche Aufgabe im Bereich der Daseinsvorsorge

Der Rettungsdienst ist, seit er in organisierter Form durchgeführt wird, als eine öffentliche Aufgabe anzusehen. Bereits mit der Charakterisierung als caritative Aufgabe ist eine Zuordnung zum Bereich der öffentlichen Aufgaben erfolgt. Durch die enge Verbindung zum Kriegs-Sanitätsdienst war der freiwillige Rettungs- und Hilfsdienst bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts dem staatlichen Aufgabenbereich bereits sehr nahe gekommen: "Die Organisation der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz ist (...) eine Gemeinschaft caritativen Charakters, welche bei der Erfüllung ihrer humanitären Aufgaben die Unterstützung des Kriegs-

⁹⁶ Für einen Sachverhalt, bei welchem ein öffentlich-rechtlicher Verwaltungsakt auf privatrechtlicher Grundlage umgesetzt wird, hat das Bundesverfassungsgericht den Terminus "Zweistufentheorie" eingeführt. Näheres hierzu bei: Püttner, G.: Allgemeines Verwaltungsrecht, 6. Aufl., Düsseldorf 1983, S. 66 f.; Wittern, A.: Grundriß des Verwaltungsrechts, 11. Aufl., Stuttgart 1977, § 2.1.5.

Sanitätsdienstes in den Vordergrund stellt. Auf diesem letzten Gebiet an die Erfüllung bestimmter, von den Reichs- und Staatsbehörden aufgestellter Bedingungen gebunden und der Oberaufsicht des (...) Militär-Inspektors untergeordnet, erfreut sich die Organisation auf der anderen Seite gewisser Vorrechte ..."97.

Ende der 30-er Jahre ist das Deutsche Rote Kreuz per Gesetz neu gestaltet und beauftragt worden, den gesundheitlichen Rettungsdienst in all seinen Teilgebieten wahrzunehmen, "... wodurch zugleich die längst erstrebte Vereinheitlichung des deutschen Rettungswesens eingeleitet worden ist."98

Nach Beendigung des zweiten Weltkrieges übertrugen die Besatzungsmächte die Durchführung des Rettungsdienstes entsprechend ihrem heimischen Vorbild: In der französischen und amerikanischen Besatzungszone wurde angeordnet, daß die neu gegründeten Rotkreuzverbände den Rettungsdienst auch in Zukunft sicherzustellen hatten, in der britischen Besatzungszone wurde der Rettungsdienst den Gemeinden übertragen99. Die Folgen dieser unterschiedlichen Übertragungspraxis läßt sich noch heute an den Trägerstrukturen im Rettungsdienst nachweisen: die Einsatzschwerpunkte der (kommunalen) Feuerwehren liegen eindeutig in den Bundesländern der ehemals britischen Besatzungszone100.

Aus diesen Beispielen wird deutlich, daß seit jeher ein öffentliches Interesse an der Sicherstellung des Rettungsdienstes bestanden hat. Die Intensität der öffentlichen

97 von Viebahn, G.: Über die allgemeine Bedeutung der deutschen Vereinsorganisation vom Roten Kreuz für das Rettungswesen, Sonderdruck aus den Verhandlungen des I. Internationalen Kongresses für Rettungswesen, Frankfurt a. M. 1908; Nachdruck anlässlich des 4. Rettungskongresses des DRK, Wiesbaden 1978, hier: S. 509.

98 Krüger, R.: Amtliches Unterrichtsbuch über Erste Hilfe (Hrsg.: DRK-Präsidium), Berlin 1938, Vorwort des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern. Einen ausführlichen Überblick über die historische Entwicklung des Rettungswesens gibt: Biese, A.: Das öffentliche Rettungswesen, in: Handbuch des Rettungswesens, a.a.O., Bd.1, A 1.2.

99 Vgl. hierzu: Biese, A.; Das öffentliche Rettungswesen, a.a.O., S. 2.

100 Zu den Einsatzschwerpunkten der Feuerwehren vgl.: Kühner, R.: Die Stellung der Feuerwehren im Rettungsdienst, in: Zivilschutzmagazin, 10/1984, S. 54 - 56.

bzw. staatlichen Einflußnahme war zwar unterschiedlich, an der generellen Zuordnung zum Bereich der öffentlichen Aufgaben konnte jedoch nie ein Zweifel bestehen.

Der Rettungsdienst ist nach der Kompetenzverteilung des Grundgesetzes eine Aufgabe der Bundesländer. "Allerdings fühlt sich die Bundesregierung zu einer vor allem koordinierenden Tätigkeit deshalb verpflichtet, weil auch sie für einige gesetzgeberische Maßnahmen auf dem Gebiet des Rettungswesens zuständig ist und auf diesem Wege eine Rationalisierung und Steigerung der Effektivität erwartet."¹⁰¹ Diese koordinierende Tätigkeit zeigt sich vor allem in der Arbeit des Bund/Länder-Ausschusses "Rettungswesens". Diesem Ausschuß gehören die Referenten aus den für den Rettungsdienst zuständigen Landes- und Bundesministerien, Vertreter der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesanstalt für Straßenwesen an. In diesem Gremium werden anstehende Probleme diskutiert, Erfahrungen ausgetauscht und gemeinsame Initiativen entwickelt und abgestimmt¹⁰².

Neben dem Bund/Länder-Ausschuß Rettungswesen wurde eine "Ständige Konferenz Rettungswesen" als beratender Ausschuß eingerichtet¹⁰³. In ihm sind alle an der Planung, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes beteiligten Institutionen und Organisationen vertreten.

Eine der ersten Tätigkeiten des Bund/Länder-Ausschusses war die Konzeption eines "Musters für ein Ländergesetz über den Rettungsdienst"¹⁰⁴. Aufgrund der eingangs geschilderten Entwicklungen zu Beginn der 70-er Jahre wurden auf der Grundlage dieses Mustergesetzes in nahezu allen Bundesländern durch spezielle Rettungsdienstgesetze Rahmenbedingungen für die Aufgabenerfüllung geschaffen. Einen Überblick über den aktuellen Stand der Gesetzgebung in den Bundesländern gibt Anlage 1. Die Ländergesetze konnten das Mustergesetz nicht uneingeschränkt übernehmen, eine Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten, z.B. an historisch gewach-

101 Bundestagsdrucksache 7/489 v. 27.4.1973, a.a.O., Anschn. 2.1.

102 Einen Überblick über Entstehung, Ziele und Mitglieder des Ausschusses gibt: Handbuch des Rettungswesens, a.a.O., Bd. 3, F 1.1.

103 Vgl. ebd., Bd. 3, F 1.2.

104 Bundestagsdrucksache 7/489 v. 24.7.1973, a.a.O., Anlage 1.

sene Trägerschaften bzw. Verantwortlichkeiten, war erforderlich. Nahezu einheitlich sind jedoch die Regelungen zur Aufgabenstellung und Aufbauorganisation übernommen worden.

Soweit die Bundesländer Rettungsdienstgesetze erlassen haben, wurde, mit Ausnahme von Baden-Württemberg, die Sicherstellung der Aufgabe den Kommunen übertragen. Dies entspricht der Vorstellung, daß Leistungen der Daseinsvorsorge nach dem Prinzip der Subsidiarität von den Kommunen wahrzunehmen sind. Der Rettungsdienst ist in diesen Bundesländern demnach als eine den Kommunen übertragene staatliche Aufgabe (Staatsaufgabe im engeren Sinne) anzusehen.

In den Stadtstaaten wird der Rettungsdienst in den jeweiligen Feuer- bzw. Brandschutzgesetzes geregelt. Speziell für die Hafenstädte Bremen und Hamburg muß aufgrund der besonderen Gefahrenlage davon ausgegangen werden, daß die Vorhaltung eines leistungsfähigen Rettungsdienstes traditionell zu den selbstgewählten Aufgaben der Kommunen gehörte (kommunale Aufgabe des eigenen Wirkungskreises). Da jedoch nach dem Grundgesetz das Land für den Rettungsdienst zuständig ist, war auch hier eine Übertragung erforderlich.

Die Bundesländer Niedersachsen und Hessen haben trotz verschiedener Initiativen¹⁰⁵ noch keine gesetzlichen Grundlagen für den Rettungsdienst geschaffen. In Hessen wurde eine öffentlich-rechtliche Vereinbarung getroffen, in welcher der Rettungsdienst als eine öffentliche Aufgabe anerkannt wird, "... deren Erfüllung die bewährte Mitarbeit der anerkannten Sanitätsorganisationen als Träger des Rettungs- und Krankentransportdienstes voraussetzt."¹⁰⁶ Eine ausdrückliche Festlegung von kommunalen Trägerschaften fehlt¹⁰⁷,

105 Für Niedersachsen vgl. als Beispiel: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nds 2010.

106 Vereinbarung über den Ausbau und die Durchführung des Krankentransport- und Rettungsdienstes in Hessen v. 10.2.1978; in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd.1, Hes 1905.

107 Vgl. hierzu: Lankau, I.E.: Zivilschutz, Katastrophenschutz, Brandschutz, Rettungsdienst; in: Püttner, G.(Hrsg): Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis, Bd. 4: Die Fachaufgaben, 2. Aufl., Berlin 1983, S. 121 - 144, hier: S. 122.

das Verhältnis zwischen Staat und Sanitätsorganisationen wird als "gleichberechtigte Partnerschaft verstanden, "der Staat versteht sich als Helfer und Förderer primär nicht-staatlicher Aktivität ..."108. Demgemäß ist der Rettungsdienst in Hessen als "öffentliche Aufgabe mit privater Erledigung im Rahmen staatlicher Normen und Richtlinien" (Stadium 3 des Systems der öffentlichen Aufgaben) anzusehen.

In dem 1983 novellierten Rettungsdienstgesetz des Landes Baden - Württemberg ist der Rettungsdienst nicht als öffentliche Aufgabe deklariert, auch eine Aufgabenübertragung an die Kommunen ist nicht erfolgt. Im "Rettungsdienstplan '85" wird jedoch ausgeführt, daß dem Gesetz verschiedene Prinzipien zugrunde liegen. Das zuerst genannte Prinzip lautet: "Der Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe bleibt wie bisher den Rettungsdienstorganisationen übertragen, mit denen eine Vereinbarung (...) abgeschlossen ist. Eine Kommunalisierung (...) wird nicht angestrebt. Nur für den Fall, daß der Rettungsdienst durch die Rettungsdienstorganisationen nicht sichergestellt ist, ist eine Auffangträgerschaft der Stadt- und Landkreise vorgesehen."109 Daraus ist abzuleiten, daß der Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe in erster Linie von den Sanitätsorganisationen im Rahmen der landesgesetzlichen Regelungen durchzuführen ist. Diese Form der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben ist dem dritten Stadium der Gliederung zuzuordnen, wobei im Gegensatz zu Hessen auf der Grundlage eines Spezialgesetzes gehandelt wird110.

108 Rupp, H.H.; Der Rettungsdienst ..., a.a.O., S. 112.

109 Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.): Rettungsdienstplan '85 Baden-Württemberg, Stuttgart 1985, S. 2. Es ist bemerkenswert, daß hier der Rettungsdienst "übertragen" wird, wogegen in einem Kommentar zum Rettungsdienstgesetz 1975 ausdrücklich festgesetzt wird, daß "mit der Vereinbarung (...) die Aufgabe der Durchführung des Rettungsdienstes nicht übertragen (wird)" ... " Das Ministerium (...) hat auf Grund des Gesetzes kein Weisungsrecht gegenüber den Organisationen." Arnold, J.: Das baden-württembergische Gesetz über den Rettungsdienst; Sonderdruck aus: Baden-Württembergische Verwaltungspraxis, Heft 10 und 11 1975, hier: S. 3.

110 Zum gleichen Ergebnis kommt: Ossenbühl, F.: Rettungsdienst und Berufsfreiheit; Rechtsgutachten für das Deutsche Rote Kreuz, Bonn, Oktober 1985, S. 22.

Entsprechend der unterschiedlichen Regelungen und Einstufungen kann der Rettungsdienst im System öffentlicher bzw. staatlicher Aufgaben abgebildet werden (Übersicht 2.3). Innerhalb dieser Systematik war der Rettungsdienst in der Vergangenheit zwar unterschiedlichen Stadien zugeordnet, stets war er jedoch als eine öffentliche Aufgabe anzusehen, an deren Sicherstellung ein mehr oder weniger intensives öffentliches Interesse bestanden hat.

Nach heutiger Sicht weist die Regelung des Rettungsdienstes in Hessen und in Baden-Württemberg eindeutig auf das dritte Stadium öffentlicher Aufgaben hin: Bezüglich der Durchführung wird "die gemeinsame Verantwortung der Leistungs- und Kostenträger (...) besonders betont ..." ¹¹¹, der Staat beschränkt sich weitgehend auf die Vorgabe von Normen und

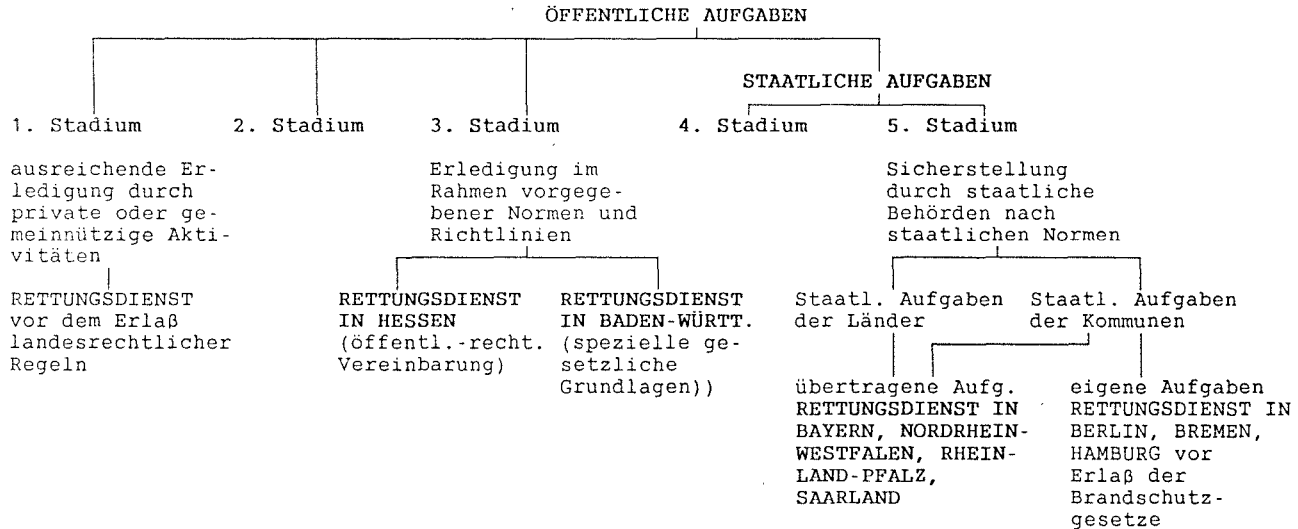
Richtlinien, deren Einhaltung eine zufriedenstellende Durchführung des Rettungsdienstes gewährleisten soll ¹¹². Nach dieser Konzeption kann der Rettungsdienst weder in Baden-Württemberg noch in Hessen dem Bereich der Daseinsvorsorge bzw. den staatlichen Aufgaben zugeordnet werden. Er steht außerhalb der Leistungsverwaltung und ist dem Bereich der (gesellschaftlichen) Daseinssicherung zuzurechnen.

Bereits mit einer Qualifizierung des Rettungsdienstes als Teil der Daseinsvorsorge wird der Übergang zum staatlichen Aufgabenbereich geschaffen, da Daseinsvorsorge Aufgabe der Leistungsverwaltung ist. Mit dieser Aufgabenzuweisung ist in erster Linie ein Sicherstellungsauftrag verbunden, die

111 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 2. In Hessen wird die gemeinsame Verantwortung beim "... Land, den kommunalen Spitzenverbänden und den anerkannten Hilfsorganisationen ..." gesehen. Vgl. hierzu: "Vereinbarung Hessen", a.a.O., insbes. Pkt. 1 und 2.; sowie: "Vorläufige Richtlinien für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen der am Krankentransport- und Rettungsdienst Beteiligten", Schreiben des Hessischen Sozialministers v. 7. 10. 1986; in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Hes 1912, hier: S. 5.

112 Rupp sieht in dieser Konzeption einer "gleichberechtigten Partnerschaft", wie sie in Hessen praktiziert wird, "... die einzige der Sache angemessene (...), sie sollte das Muster bieten, an welchem sich die zukünftige Rettungsdienstgesetzgebung orientiert." Allerdings bedarf "... der Rettungsdienst einer gesetzlichen Grundlage." Rupp, H.H.; Der Rettungsdienst ..., a.a.O., S. 112.

Übersicht 2.3: DER RETTUNGSDIENST IM SYSTEM ÖFFENTLICHER AUFGABEN



Durchführung der Aufgabe kann an private oder gemeinnützige Leistungsträger, die durch öffentlich-rechtlichen Vertrag an den Aufgabenträger gebunden sind, übertragen werden (viertes Stadium der öffentlichen Aufgaben).

Auf welcher Verwaltungsebene die Aufgabenerfüllung sichergestellt wird, ergibt sich einerseits aus der Aufgabenverteilungsnorm des Grundgesetzes, andererseits aus den Regelungen zu den kommunalen Aufgaben in Art. 28 GG. In Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Schleswig-Holstein als staatliche Aufgabe an die Kommunen übertragen, auch in den Stadtstaaten ist der Rettungsdienst eine Pflichtaufgabe der Kommunen¹¹³. Eine vertikale Differenzierung der Rettungsdienste in Hessen und Baden-Württemberg ist im Rahmen dieser Systematik nicht möglich, da in diesen Ländern die Ebene der Leistungserfüllung nicht durch die staatlichen Verwaltungsstrukturen, sondern durch die Gliederung der privaten bzw. freigemeinnützigen Leistungsträger in Orts-, Kreis- und Landesverbände geprägt wird.

113 Beispielsweise ist der Rettungsdienst in Bremen eine Aufgabe des Feuerschutzes, dieser wiederum wird "... als gesetzliche Pflichtaufgabe ..." von den Stadtgemeinden durchgeführt. § 2 in Verb. mit § 1(1) des Gesetzes über den Feuerschutz im Lande Bremen v. 18.7.1950, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bre 1710.

III. DER RETTUNGSDIENST - ÖFFENTLICHES ODER PRIVATES GUT?

1. Die verschiedenen Bedeutungen des Begriffes "öffentlich"

Bei der Klärung des Begriffes der öffentlichen Aufgaben ist dargelegt worden, daß die "Öffentlichkeit" einer Aufgabe auf das jeweilige Interesse der Allgemeinheit bzw. der Gesellschaft zu beziehen ist. Ein Überblick über andere Wortkombinationen mit dem Begriff "öffentlich" zeigt jedoch, daß diese Beziehung nicht in jedem Fall hergestellt werden kann. Zwar ist auch im allgemeinen Sprachgebrauch dieser Bezug geläufig (öffentlicher Platz, öffentliche Ausschreibung, öffentliche Sitzung etc.), es sind jedoch eine Vielzahl von Beispielen zu finden, in welchen durch die Eigenschaft des "Öffentlichen" nicht auf die Allgemeinheit bzw. Gesellschaft hingewiesen wird, sondern eindeutig auf den Staat in all seinen Erscheinungsformen (öffentliches Recht, öffentlicher Dienst, öffentliche Hand etc.). Da jedoch "... Staat und Gesellschaft nicht identisch sind, ja (...) sogar oft zueinander im Gegensatz stehen"¹, ist zu prüfen, welcher Bezug mit dem Attribut "öffentlich" hergestellt werden soll.

Wenn dem Begriff des "Öffentlichen" in Verbindung mit "Aufgaben" und "Gütern" jeweils derselbe Wortsinn beigemessen werden könnte, wären öffentliche Güter als Produkte der Erfüllung öffentlicher Aufgaben zu definieren. Dies ist nicht der Fall. Zwar sind die beiden Bereiche teilweise deckungsgleich², es lassen sich unter den als öffentliche Aufgaben auch Beispiele dafür finden, die nur sehr schwer oder überhaupt nicht dem Bereich öffentlicher Güter zugeordnet werden können. Daß die Presse eine öffentliche Aufgabe erfüllt, ist höchstrichterlich festgestellt worden mit dem Argument, "daß die ständige Information der Bevölkerung über alle Angelegenheiten von öffentlichem Interesse (...) in einer rechtsstaatlichen Demokratie von überragender Bedeutung ist ..."³. Dies führt nicht dazu, daß die Ergeb-

1 Peters, H.; a.a.O., S. 879.

2 So wird beispielsweise das klassische Beispiel für öffentlichem Güter, die Landesverteidigung, auch als Beispiel für öffentliche Aufgaben angeführt. Vgl. ebd., S. 892.

3 Klein, H.H.; a.a.O., S. 759.

nisse der Wahrnehmung dieser öffentlichen Aufgabe als öffentliche Güter anzusehen sind, die Erzeugnisse der Presse sind private Güter, die von Nachfragern gekauft und gelesen werden müssen.

Der Begriff des "Öffentlichen" in Verbindung mit Aufgaben ist, wie bereits ausgeführt, "... unbestimmt genug, da letztendlich jeder gesellschaftliche Vorgang potentiell gemeinwichtig ist"⁴. Dagegen sind öffentliche Güter durch ihren speziellen Gutscharakter und durch staatliche Eingriffe in das Marktgeschehen gekennzeichnet.

Begründungen für die Notwendigkeit und Form staatlicher Marktinterventionen werden im Rahmen der "Theorie der öffentlichen Güter" gegeben, ergänzt wird diese Theorie durch das Konzept der "meritorischen Güter".

2. Eingriffe des Staates in den Wirtschaftsablauf

Die grundsätzliche Ausrichtung einer Volkswirtschaft auf das Marktsystem gibt dem Staat die Aufgabe, die Funktionsfähigkeit der Märkte zu sichern, auftretende Störungen zu beheben und die Folgen von Marktstörungen zu minimieren.

Als ständige Zielvorgabe ist die Maximierung der gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrt durch die Ergebnisse von Marktprozessen unter Berücksichtigung der staatlichen Interventionen zu verfolgen. Die angestrebte Wohlfahrtsmaximierung setzt die Optimierung von Teilaufgaben voraus und ist dann erreicht, wenn

- das Güterangebot den Knappheitsverhältnissen entspricht (Allokationsfunktion),
- eine 'gerechte' Verteilung von Einkommen und Vermögen erreicht ist (Distributionsfunktion) und
- die Abweichungen der volkswirtschaftlichen Prozesse vom Optimum möglichst gering sind (Stabilisierungsfunktion).

Um den aktuellen Zustand einer Volkswirtschaft mit Blick auf das Ziel der Wohlfahrtsmaximierung beurteilen zu können, werden

4 daselbst.

- Informationen über die verfügbaren Produktionsfaktoren und die technisch möglichen Faktorkombinationen (volkswirtschaftliche Produktionsfunktion) benötigt, außerdem sind
- Annahmen über Regeln zur widerspruchsfreien Bewertung unterschiedlicher Versorgungslagen im Hinblick auf das Verteilungsziel (gesellschaftliche Wohlfahrtsfunktion) zu treffen.

Die Optimierungsaufgabe besteht dann in der Maximierung der Wohlfahrtsfunktion unter der Nebenbedingung der volkswirtschaftlichen Produktionsfunktion.

Die normative Theorie der Finanzpolitik⁵ besagt nun, daß es über die Setzung von Rahmenbedingungen hinaus auch Aufgabe des Staates sei, die Optimierung in den Teilbereichen Allokation, Distribution und Stabilität durch den gezielten Einsatz von Realausgaben zu gewährleisten. Die Funktion des Staates im Allokationsbereich, die im Zentrum der nachfolgenden Ausführungen⁶ steht, besteht "... in der notwendigen Berichtigung der durch den Markt bewirkten Allokation der Ressourcen ..." ⁷.

Die Beschränkung der Analyse auf den Allokationsbereich kann nur im Rahmen einer partialanalytischen Betrachtung erfolgen. Bei einer Gesamtschau der staatlichen Interventionen müssen die drei Eingriffsbereiche simultan betrachtet werden, da wegen der vorhandenen Interdependenzen Maßnahmen in einem Bereich subsidiäre oder kompensatorische Maßnahmen in den anderen Bereichen erforderlich machen können.

5 Nach Musgrave ist die Theorie der Finanzpolitik neben der Theorie des optimalen öffentlichen Haushalts Teil einer Theorie der öffentlichen Wirtschaft. Vgl. hierzu: Musgrave, R.A.: Finanztheorie, 1. Aufl., Tübingen 1966, S. 4.

6 Die Distributions- und Stabilisierungsfunktionen der staatlichen Finanzpolitik sind u.a. beschrieben bei: Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 20 f., oder: Musgrave, R.A.; Musgrave, P.B.; Kullmer, L.: Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis, Bd. 1; 1. Aufl., Union-Taschenbücher 449, Tübingen 1975, S. 9 ff.

7 Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 6.

3. Begründungen für die Berichtigung der Ressourcenallokation

Durch die Allokation der Ressourcen werden die Grundfragen der Wirtschaftsstruktur, der Arbeitsteilung, der eingesetzten und der entwickelten Produktionstechniken und der Standortverteilung determiniert. Die Markttheorie impliziert, daß das Ziel einer Optimalallokation dann erreicht sei, wenn drei Hauptbedingungen erfüllt sind⁸:

- "Jedes Wirtschaftssubjekt (...) muß die Voraussetzungen des individuellen Rationalprinzips erfüllen."⁹
- Die Produktion muß derart strukturiert sein, daß die optimale Befriedigung der Bedürfnisse gewährleistet ist.
- Die Marktvorgänge müssen den Kriterien des vollkommenen Wettbewerbs genügen.

Sind diese Kriterien auch nur annähernd erfüllt, wird das Allokationsziel über den Lenkungsmechanismus des Preises erreicht und staatliche Interventionen sind weitestgehend überflüssig. Nun zeigt die Wirtschaftspraxis, daß die Bedingungen für eine Optimalallokation kaum zutreffen, in aller Regel sind die beobachtbaren Marktvorgänge als mehr oder weniger deutliche Abweichungen von den Optimalbedingungen zu erkennen.

Die Abweichungen können für die weitere Analyse wie folgt gegliedert werden¹⁰:

- Abweichungen von den Kriterien des Wettbewerbs (Störung der Funktionsfähigkeit des Preismechanismus) verursacht durch Wettbewerbsbeschränkungen (Monopolisierung, Kar-

8 Vgl. zum folgenden: Hanusch, H.: Theorie des öffentlichen Gutes, Göttingen 1972, S. 16 ff. Siehe auch: Krause-Junk, G.: Abriß der Theorie von den öffentlichen Gütern, in: Neumark, F. (Hrsg.): Handbuch der Finanzwissenschaft, 3. Aufl., Bd. 1, S. 687 - 711, hier: S. 696.

9 Hanusch, H.; Theorie ..., a.a.O., S. 16.

10 Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 7 ff. Eine andere Form der Gliederung wählen Mackscheidt/Steinhausen. Sie unterscheiden nach produktionsspezifischen und nachfragespezifischen Mängeln, sowie Mängeln des marktlichen Interaktionsprozesses. Siehe hierzu: Mackscheidt, K.; Steinhausen, J.: Finanzpolitik II - Grundfragen versorgungspolitischer Eingriffe, 1. Aufl., Tübingen, Düsseldorf 1977, S. 5 ff.

tellbildung etc.), degressive Kostenverläufe und damit verbunden Monopolisierungstendenzen, sowie durch das Auftreten externer Effekte.

- Vollständiges Versagen der Lenkungsfähigkeit des Preises bei Nicht-Rivalität im Konsum und Nicht-Ausschließbarkeit.
- Verzerrte Präferenzen der Marktteilnehmer, verursacht durch unvollständige Marktübersicht (bewußter oder unbewußter Informationsmangel), oder nicht-rationale Bewertung von ökonomischen Sachverhalten.

Den Abweichungen von den Wettbewerbskriterien widmet Musgrave im Rahmen seiner Analyse nur wenig Beachtung. "Je nach Art und Ausmaß dieser Unfähigkeiten des Markten können Korrekturen erwünscht oder möglich sein, aber die Vornahme solcher Korrekturen ist von mehr oder weniger untergeordneter Bedeutung."¹¹ Marktstörungen dieser Kategorie sind vorwiegend durch zielgerichtete Maßnahmen der Wettbewerbs-, Steuer- und Subventionspolitik zu beheben¹².

Wesentlich für die Theorie der öffentlichen Wirtschaft sind dagegen solche Fälle, "... in denen der Marktmechanismus gänzlich versagt und wo die Divergenz zwischen dem öffentlichen und dem privaten Nutzen von wesentlicher Bedeutung ist."¹³ Dies ist der Bereich der spezifisch öffentlichen Bedürfnisse (social wants proper), der im wesentlichen durch die Theorie der öffentlichen Güter abgedeckt wird.

Der dritte Bereich der Allokationsprobleme ist dadurch gekennzeichnet, daß zwar funktionsfähige Märkte existieren, daß die erzielten Marktergebnisse aus öffentlicher Sicht jedoch unbefriedigend sind, sodaß "... durch das öffentliche Budget über das hinaus Sorge getragen wird, was der Markt zur Verfügung stellt und was von privaten Käufern be-

11 Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 8; ähnlich auch bei: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1, a.a.O., S. 55, Fn.1.

12 Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 7.

13 ebd., S. 8.

zahlt wird."¹⁴ Dieses korrigierende Eingreifen, das "... eine Einmischung des Staates in die Konsumentenpräferenzen ..." ¹⁵ einschließt, wird im Rahmen des Konzepts der meritorischen Güter analysiert¹⁶.

4. Die Theorie der öffentlichen Güter

4.1 Ökonomische Ursachen für spezifisch öffentliche Bedürfnisse

Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit von Wettbewerbsmärkten ist neben der Lenkungsfähigkeit des Preises auch die Existenz von Eigentumsrechten und die Möglichkeit, diese auch geltend zu machen¹⁷. Mit der Bezahlung des Kaufpreises erwirbt der Käufer das Recht, das gekaufte Gut individuell und exklusiv zu nutzen. Läßt sich diese Exklusivität nicht garantieren, so wird ein potentieller Käufer seine Präferenzen nicht oder nur unter taktischen Gesichtspunkten offenlegen, da er auch dann an der Nutzung des entsprechenden Gutes partizipieren kann, wenn ein anderer Nachfrager das Gut erwirbt.

Die effektive Nachfrage ist in diesem Fall, gemessen am tatsächlichen Bedarf, entweder zu gering, oder sie wird überhaupt nicht marktwirksam. Die Anbieter, die ihren Produktionsplan nach der effektiven Nachfrage ausrichten, pla-

14 ebd., S. 15.

15 daselbst.

16 In der Literatur wird die Frage, ob das Konzept der meritorischen Güter Teil der Theorie der öffentlichen Güter sei, unterschiedlich beantwortet. Musgrave selbst führt aus, daß "... das Problem (meritorischer Bedürfnisse)(...)klar von dem der spezifisch öffentlichen Bedürfnisse getrennt werden (muß)" Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 10. In den Lehrbüchern von Musgrave, Musgrave, Kullmer und von Zimmermann, Henke, wird das Konzept der meritorischen Güter dann aber unter der Hauptüberschrift "Theorie der öffentlichen Güter" abgehandelt. Noch weiter geht in diesem Zusammenhang Mackscheidt, der feststellt, "...daß das meritorische Gut ausdrücklich als ein Mischgut gekennzeichnet ist, das zwischen den Extremen der rein privaten und der rein öffentlichen Güter angesiedelt werden kann." Mackscheidt, K.: Entfaltung von privater und kollektiver Initiative durch meritorische Güter, in: Archiv für öffentliche und freigemeinnützige Unternehmen, Bd. 13, Göttingen 1981, S.257 - 267, hier: S. 257.

17 Musgrave, R.A., Finanztheorie, a.a.O., S. 10, vgl. auch: Mackscheidt, Steinhausen; Finanzpolitik II; a.a.O., S.9.

nen entweder einen zu geringen Output, oder eine Produktion kommt wegen zu geringer oder nicht erkennbarer Nachfrage überhaupt nicht zustande. Der Marktmechanismus führt bei dieser Konstellation nicht zum Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage.

Als Ursachen für das Versagen der Marktfunktionen werden vor allem zwei Kriterien genannt¹⁸ :

- das Kriterium des nicht-rivalisierenden Konsums (consumption externalities), und
- die Möglichkeit bzw. die Unmöglichkeit, das Ausschlußprinzip (exclusion principle) anzuwenden.

Das Kriterium des nicht-rivalisierenden Konsums ist erfüllt, wenn ein Gut derart beschaffen ist, "... daß die jeweils produzierte Menge unbeschränkt vielen Individuen zur Verfügung steht. Das Hinzutreten eines zusätzlichen Konsumenten soll also den Konsumgenuß der übrigen Mitglieder der Gesellschaft in keiner Weise schmälern."¹⁹

Diese technische Gütereigenschaft²⁰ wird in der Theorie der öffentlichen Güter verknüpft mit der fehlenden Möglichkeit, das Ausschlußprinzip anzuwenden. Dies ist dann gegeben, wenn es nicht oder nur mit unvertretbar hohem Aufwand möglich ist, bei nicht-rivalisierendem Konsum, "... die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft vom Konsum eines Gutes auszuschließen (etwa deshalb, weil sie sich weigern, einen finanziellen Beitrag für seine Bereitstellung zu leisten)"²¹. Treffen beide Kriterien in vollem Umfang zu, sind

18 Vgl. hierzu u.a.: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd.1, a.a.O., S. 55 f; Zimmermann, H.; Henke, K.D.: Finanzwissenschaft: Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwissenschaft, 3. Aufl., München 1982, S. 38 ff.

19 Sohmen, E.: Allokationstheorie und Wirtschaftspolitik, Tübingen 1976, S.285. Als typische Beispiele werden genannt: Rundfunk- und Fernsehsendungen, Landesverteidigung, innere Sicherheit.

20 Verschiedene Autoren führen das Kriterium des nicht-rivalisierenden Konsums vor allem auf die technische Unteilbarkeit eines Gutes oder auf das Vorliegen vollständiger externen Effekte zurück. Vgl. u.a.: Recktenwald, H.C: Effizienz und innere Sicherheit, in: Recktenwald, H.C.(Hrsg.): Kosten-Nutzen-Analyse und Programmbudget, Tübingen 1970, S. 249 - 266, hier: S. 249; Johann, H.: Theorie der Nachfrage nach öffentlichen Gütern, Europäische Hochschulschriften, Reihe V, Bd. 177; Frankfurt, Bern, Las Vegas 1977, S. 6ff.

21 Sohmen, E.; Allokationstheorie ..., a.a.O., S. 286.

die entsprechenden Güter als spezifisch öffentliche Güter qualifiziert.

Die Frage, welches der beiden Kriterien konstitutiv für öffentliche Güter sei, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Überwiegend wird zwar die Nicht-Rivalität als konstitutives Merkmal angesehen²². andererseits wird aber auch argumentiert, daß beide Kriterien "selbständig konstitutiv"²³ seien.

Wenn Nicht-rivalität im Konsum vorliegt und ein Ausschluß nicht durchführbar²⁴ ist oder zu kostspielig wird, ist "die Verbindung zwischen Produzent und Konsument (...) gestört und die öffentliche Hand muß einschreiten, um Güter dieser Art bereitzustellen."²⁵

4.2 Bereitstellung und Produktion öffentlicher Güter

Die Feststellung, daß ein Gut oder eine Leistung den Charakter eines öffentlichen Gutes besitzt, bedeutet nicht, daß der Staat auch die Produktion dieses Gutes übernehmen muß. Bei der Diskussion um die institutionellen Aspekte ist die Frage nach den gutsspezifischen Eigenschaften von den Fragen, wer die Bereitstellung der Güter sicherstellt und wer die Produktion übernimmt, deutlich zu trennen. Zwar wird die Bereitstellung eines öffentlichen Gutes in aller Regel vom Staat übernommen, aber dies "... gehört (...) nicht zu den allokationstechnisch konstitutiven Merkmalen eines Kollektivguts. Erst recht ist es keineswegs notwendig, daß der eigentliche Produktionsvorgang in staatlichen Unternehmen erfolgt."²⁶

22 Vgl. u.a.: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1., a.a.O., S. 58, oder: Sohmen, E.; Allokationstheorie ..., a.a.O., S. 286.

23 Schmidt, K.: Kollektivbedürfnisse und Staatstätigkeit, in: Haller, H. u.a.(Hrsg.): Theorie und Praxis des finanzpolitischen Interventionismus, Friz Neumark zum 70. Geburtstag, Tübingen 1970, S. 3 - 27, hier: S. 6.

24 Die Unmöglichkeit oder die Kostspieligkeit des Ausschlusses ist häufig ein technisches Problem, im Zuge der technischen Entwicklung werden Wege geebnet, neue Formen des Ausschlusses zu finden. Vgl., hierzu: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1, a.a.O., S. 56, Fn 3.

25 Ebd., S.6.

26 Sohmen, E.; Allokationstheorie ..., a.a.O., S. 87; ähnlich auch bei: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., a.a.O., S. 7 ff, sowie S. 58, Fn 4.

4.3 Mischgüter

Zwischen den beiden Extremen der rein öffentlichen und der rein privaten Güter liegt ein breiter Zwischenbereich, in welchem Güter mit sehr unterschiedlichen Charakteristika zu finden sind. Kennzeichnend für diese Güter ist, daß sie sowohl Eigenschaften privater wie auch öffentlicher Güter aufweisen. Diese Güter werden, da die Kombination der Eigenschaften jeweils sehr variieren kann, mit Bezeichnungen wie: joint goods, unvollständige öffentliche Güter, Quasi-Kollektivgüter etc.²⁷. Nachfolgend wird für diese Gütergruppe der Begriff Mischgüter verwandt. Für die Existenz dieses Bereiches werden die folgenden Ursachen angeführt²⁸:

- externe Effekte des privaten Konsums,
- die regionale Begrenzung des nicht-rivalisierenden Konsums (local goods),
- die Begrenzung des an sich nicht-rivalisierenden Konsums auf einen definierten Personenkreis (club goods), und
- alternative Formen der Güterbereitstellung (private Bereitstellung öffentlicher Güter).

Eine weiterer Mischgüterbereich wird dadurch charakterisiert, daß bei den entsprechenden Gütern zwischen Verfügbarkeit (availability) und Nutzung (utilisation) deutlich unterschieden werden muß, da Zustandsformen des Gutes bzw. der Leistung unterschiedliche Eigenschaften aufweisen²⁹. So ist allein dem Vorhandensein (availability) einer Rechtsordnung oder einer Feuerschutzeinrichtung ein positiver Nutzen beizumessen und dieser Nutzen ist öffentlich, da niemand davon ausgenommen werden kann. Dagegen kann die konkrete Nutzung (utilisation) rein privater Natur sein. Soll

27 Eine ausführliche Übersicht über Begriffe aus diesem Bereich ist zusammengestellt bei: Leven, J.: Öffentliche und private Nutzen bei der Bewertung von Verkehrssicherheitsmaßnahmen, Forschungsberichte der BASt, Bereich Unfallforschung, Nr. 178, Bergisch-Gladbach 1988, S. 32.

28 Vgl. hierzu u.a. Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ... Bd. 1, a.a.O., S. 63 ff.

29 Holterman, S.E.: Externalities and Public Goods, in: *Economica*, Vol. XXXIX (1972), S. 78 - 87, hier: S. 81.

nun die gesellschaftliche Wohlfahrtsfunktion optimiert werden, "... both factors must be entered into (...) (the) utility function, but each as a separate variable."³⁰ Für Güter, die eine derart differenzierte Bewertung erforderlich machen, soll der Begriff "komplementäres Mischgut" eingeführt werden, Optionsgüter stellen eine Sonderform dieser Gütergruppe dar³¹.

4.3.1 Güter mit externen Konsumeffekten

Externe Konsumeffekte liegen vor, wenn sich neben den individuellen Nutzeneffekte (positive oder negative) Einflüsse auf die Nutzenfunktionen anderer Konsumenten zeigen. Dieses Argument ist im Hinblick auf staatliche Marktinterventionen von der Eigenschaft der Nicht-Rivalität im Konsum zu trennen. Zwar besteht in der formalen Analyse zwischen beiden Argumenten nur ein gradueller Unterschied³², zur Begründung staatlicher Aktivitäten muß jedoch differenziert werden. Für Güter mit externen Effekten existieren, im Gegensatz zu öffentlichen Gütern, Märkte, sie werden entsprechend der privaten Nutzeneinschätzung nachgefragt. Die Auswirkungen auf Dritte wird allerdings nicht in das Nachfragekalkül einbezogen.

Das Auftreten externer Konsumeffekte ist nicht notwendigerweise Anlaß für staatlichen Handeln. Unter der Voraussetzung, daß die Eigentumsrechte in entsprechender Form verankert und durchsetzbar sind, besteht im Falle kleiner Gruppen die Möglichkeit, externe Effekte auf dem Verhandlungswege zu internalisieren³³. Damit kann auch ohne staatliche Intervention eine ineffiziente Verteilung von Rechten in eine effiziente Verteilung überführt werden.

30 daselbst.

31 Die Beschreibung und Analyse dieser Mischgüterformen geht u.a. zurück auf: Weisbrod, B.A.: Collective Consumption Services of Individual Consumption Goods, in: Quarterly Journal of Economics, 78, 1964, S. 471 - 477; Cicchetti, Ch.J.; Freeman III, A.M.: Option Demand and Consumer Surplus: Further Comment, in: Quarterly Journal of Economics, LXXXV, 1971, S. 528 - 539; Holtermann, S.E.: Externalities ..., a.a.O.; Leuzzi, L.; Pollock, R.: Option Demand: A Mixed Good Case, in: Public Finance, Vol. XXXI, 1976, S. 396 - 405.

32 Sohen, E.; Allokationstheorie ..., a.a.O., S. 291 ff.

33 Dieses Argument ist als "Coase-Theorem" bekannt. Siehe hierzu: Coase, R.H.: The Problem of Social Cost, in: Journal of Law and Economics, Bd. 3 (1960), S. 1 - 44.

In Situationen, in welchen die Rechtsordnung nicht die erforderlichen Voraussetzungen gewährleisten kann, oder keine Verhandlungsergebnisse erzielt werden, sind zur Optimierung der gesellschaftlichen Wohlfahrt staatliche Interventionen erforderlich, beispielsweise indem die Nachfrage durch Subventionen gestützt oder umgekehrt die Produktion durch Ausgleichszahlungen reduziert wird, "... wobei die Finanzhilfen von 0 - 100 % reichen."³⁴

4.3.2 Lokale öffentliche Güter

Durch eine vor allem technisch bedingte regionale Begrenzung des Konsumnutzens stehen viele Güter nur den Menschen zur Verfügung, die in der entsprechenden Region (Stadt, Dorf, Kommune) leben³⁵.

In ihrer ursprünglichen Konzeption lag der "Theorie der lokalen Güter"³⁶ die Annahme zugrunde "... that, if there were enough communities, individuals would reveal their true preferences by the choice of community in which to live (in the same way as individuals reveal their preferences for private goods by their choices)."³⁷

Neben dem Umzugs- und Mobilitätsverhalten, das durch das Verhältnis von Umfang und Struktur der lokalen öffentlichen Güterbereitstellung zur Höhe der Gemeindesteuern beeinflusst wird, basiert die Theorie der lokalen Güter u.a. auf folgenden Annahmen:

34 Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1, a.a.O., S. 65. Subventionspolitische Maßnahmen sind nicht die einzige Form staatlicher Interventionen. Auch rechts-, sozial- und wettbewerbspolitische Maßnahmen können zur Stützung der Funktionsfähigkeit von Märkten ergriffen werden.

35 Eine Analyse der raumdifferenzierenden Wirkungen lokaler und regionaler Güter und der Folgen für die Bevölkerungskonzentration und das Mobilitätsverhalten ist ausgearbeitet bei: Willeke, R.: Soziale Kosten und Nutzen der Siedlungsballung und des Ballungsverkehrs, Schriftenreihe des VDA Nr. 41, Frankfurt 1984, S. 19 ff.

36 Zu den Grundlagen dieser Theorie siehe: Tibut, C.M.: A pure Theory of local expenditures, in Journal of Political Economy, LXIV (Oct. 1956), S. 416 - 424.

37 Stiglitz, J.E.: The theory of local public goods, in: Feldstein, M.; Inman, R.P. (Hrsg.): The economics of public services, London, Basingstoke; Reprint 1978, S. 93.

- es besteht die Möglichkeit, Nicht-Gemeindemitglieder vom Konsum auszuschließen und
- die Gemeindesteuern sind als solche erkennbar und ihre Höhe richtet sich nach Art und Umfang der Bereitstellung lokaler Güter.

Diese Grundannahmen der Theorie werden als wenig realistisch angesehen³⁸, deshalb wird aus ihr vor allem die Erkenntnis abgeleitet, daß die Theorie der öffentlichen Güter nicht auf zentrale Regierungseinheiten beschränkt werden kann. Die Anwendung der Theorie der öffentlichen Güter auf lokale bzw. regionale Belange setzt allerdings voraus, daß, entsprechend der politischen Prozesse bei zentralen Entscheidungen, auch für regionale Regierungs- oder Selbstverwaltungseinrichtungen Art und Umfang der Güterbereitstellung auf der Grundlage von Wahlentscheidungen durch die Betroffenen festgelegt wird³⁹.

4.3.3 Gruppen- bzw. Clubgüter

In der formalen Analyse sind Gruppen- oder Clubgüter den lokalen Gütern verwandt, allerdings machen die unterschiedlichen institutionellen Aspekte eine gesonderte Darstellung erforderlich. Clubgüter werden überwiegend von privaten Initiativen (Vereine, Bürgerinitiativen etc.) bereitgestellt und produziert, die Möglichkeit zur Nutzung ist auf definierte Personengruppen (Mitglieder) begrenzt. Die Güter sind dadurch gekennzeichnet, daß das Kriterium der Nicht-Rivalität zwar in vollem Umfang erfüllt ist⁴⁰, daß aber, soweit dies gewollt ist, das Ausschlußprinzip für Nicht-

38 Zur Kritik an diesen Annahmen siehe u.a.: Wellenreuther, H.: Die Wirkungen öffentlicher Güter, untersucht am Beispiel von Fußgängerbereichen, Schriften zum Marketing, Bd. 14, Berlin 1982, S. 6 f.

39 Vgl. hierzu: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd.1, a.a.O., S. 65.

40 Dieses Argument trifft nur für Situationen zu, in welchen die entsprechenden Einrichtungen nicht überfüllt sind. Mit zunehmender Überfüllung tritt die Konsumrivalität mehr und mehr in Erscheinung. Diese Problematik ist nicht auf Clubgüter begrenzt, vielmehr können bei allen öffentlichen Gütern, welche die Vorhaltung eines bestimmten Kapazitätsumfanges voraussetzen, zumindest temporäre Überfüllungszustände auftreten. Vgl. hierzu: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd.1, a.a.O., S. 66; dieselben; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 4, Tübingen 1978, S. 143 f.

Mitglieder angewandt wird⁴¹. Die Nutzenbegrenzung für Clubgüter kann sich auf regionale oder lokale Güter beziehen (z.B. die Mitgliedschaft in einem Tennisclub), sie kann auch, unabhängig von regionalen Gegebenheiten, ausschließlich auf den personalen Aspekt abgestellt sein (Beispiel: Mitgliedschaft in einem Buchclub).

4.3.4 Private Bereitstellung öffentlicher Güter

Öffentliche Güter werden zwar überwiegend von staatlichen Einrichtungen bereitgestellt, dies bedeutet jedoch nicht, daß der Staat grundsätzlich für deren Bereitstellung Sorge zu tragen hat. Bereits die Ausführungen zur Gruppe der Clubgüter hat gezeigt, daß auch durch rein private Aktivitäten öffentliche bzw. Mischgüter entstehen können. So übernehmen z.B. private Initiativen mit der Gestaltung des lokalen Wohnumfeldes⁴² eine Aufgabe, deren Bereitstellung alternativ von der Kommune übernommen werden müßte. Ist eine Wahlmöglichkeit zwischen öffentlicher und privater Bereitstellung gegeben, ist die private Bereitstellung nach dem Subsidiaritätsprinzip zumindest solange zu präferieren, solange bei öffentlicher Bereitstellung die Vorteile einer privaten Erledigung nicht "... durch geringere Kosten per Leistungseinheit"⁴³ mehr als ausgeglichen werden.

4.3.5 Öffentliche Bereitstellung und private Nutzung - komplementäre Mischgüter und Optionsgüter

Eine weitere Gruppe von Mischgütern ist dadurch gekennzeichnet, daß zwischen Güterverfügbarkeit und Güternutzung unterschieden werden muß. Beide Komponenten führen zu unterschiedlichen Nutzenkategorien, die einerseits als Bereithaltungsnutzen, andererseits als Beanspruchungsnutzen

41 Es ist notwendig, darauf hinzuweisen, daß zwischen dem Kriterium der Nicht-Rivalität und der Durchsetzbarkeit des Ausschlußprinzips im Zusammenhang mit Überfüllungszuständen eine enge Verbindung besteht. Je weniger das Ausschlußprinzip angewandt werden kann, umso eher werden, bei gegebener Kapazität, Überfüllungssituationen, d.h. Konsumrivalitäten, auftreten.

42 Z.B. im Rahmen der Aktion "Unser Dorf soll schöner werden".

43 Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1, a.a.O.; S. 66.

bezeichnet werden⁴⁴. Bei der Bewertung eines derartigen Gutes müssen beide Nutzenkategorien berücksichtigt werden.

Als Beispiel für ein komplementäres Mischgut kann der Parkraum in einer Kommune angeführt werden⁴⁵. Allein die Existenz und die Verfügbarkeit von Parkraum und die damit verbundene Möglichkeit, bequem in der Innenstadt einkaufen zu können, geht als positive Größe in die Nutzenfunktion aller ortsansässigen Autofahrer ein, die Verfügbarkeit von Parkraum ist ein lokales öffentliches Gut⁴⁶. Dagegen ist die Nutzung eines Parkplatzes ein privates Gut, der Konsum rivalisiert, die Anwendung des Ausschlußprinzips ist möglich und wird über Parkgebühren auch praktiziert. Die Intensitäten von Bereithaltungs- und Beanspruchungsnutzen sind über die Zeit nicht konstant. So steht der Parkraum im Geschäftszentrum einer Stadt auch außerhalb der Geschäftszeiten zur Verfügung, allerdings ist der Bereithaltungs- und der Beanspruchungsnutzen ungleich geringer als während der Öffnungszeiten.

Einen Sonderfall bilden solche Güter, deren Verfügbarkeit zwar angestrebt wird, wogegen eine Nutzung von vorn herein nicht beabsichtigt ist. Diese vor allem auf die Bereithaltung gerichtete Nachfrage wird als "option demand" bezeichnet. "A potential consumer may have an option demand throughout his lifetime, and yet he may die without having purchased the commodity."⁴⁷ Diese Optionsnachfrage tritt in mehr oder minder starkem Umfang bei jeder Transaktion auf, bei welcher Entscheidungen unter Unsicherheit getroffen wird. Da sie das öffentliche Gut "Verfügbarkeit" betrifft, wird der resultierende Nutzen interpretiert als "... additional form of benefit, that must be added to the consumer

44 Vgl. hierzu: Oettle, K.: Dienstbereitschaft in einzelwirtschaftlicher und gesamtwirtschaftlicher Sicht, in: Linhardt, H.; Penzkofer, P.: Dienstleistungen in Theorie und Praxis; Otto Hinterer zum 70. Geburtstag, Stuttgart 1970, S. 16 - 36, hier: S. 21 f.

45 Vgl. zu diesem Beispiel: Holtermann, S.E.; Externalities ..., a.a.O., S. 81 f.

46 Die Verfügbarkeit von ausreichendem Parkraum ist für Kommunen beispielsweise ein Argument, sich im Umland als "autofreundliche Stadt" zu präsentieren, um zusätzliche Käuferschichten für die Innenstädte bzw. Einkaufszonen zu gewinnen.

47 Weisbrod, B.A.; Collective Consumption ..., a.a.O., S. 473.

surplus measure."⁴⁸ Im Rahmen der Diskussion um öffentliche Güter sind Güter, für welche eine Optionsnachfrage besteht, vor allem dann von Interesse, wenn drei Bedingungen erfüllt sind⁴⁹:

- Hohe Unsicherheit über den zukünftigen Bedarf, eine konkrete Nachfrage tritt, wenn überhaupt, nur sehr selten auf⁵⁰.
- Die Entscheidung über Art und Umfang der Güterbereithaltung muß ex ante getroffen werden. Übersteigt die Nachfrage das verfügbare Angebot, so ist kurzfristig eine Erweiterung der Kapazität extrem aufwendig oder gar unmöglich⁵¹.
- Die Durchsetzung des Ausschlußprinzips bezüglich der Optionsnachfrage und des resultierenden Bereithaltungsnutzens ist nicht möglich oder nicht erwünscht⁵².

Die Gruppe der Optionsgüter ist sehr weit definiert. Nicht nur für den gesamten Infrastrukturbereich, auch für die innere und äußere Sicherheit (Brandschutz, Polizei, Verteidigung), die schulische Ausbildung, die Rechtsordnung und das Gesundheitswesen lassen sich in vielfältiger Weise Beispiele für die Kombination von öffentlichem Bereithaltungsnutzen und privatem Beanspruchungsnutzen benennen. Es wird deutlich, daß dieser Gütertyp ein zentrales Element im Be-

48 Cicchetti, Ch. J.; Freeman III, A.M.; Option Demand ... a.a.O., S. 528.

49 daselbst, vgl. auch: Weisbrod, B.A.; Collective Consumption ..., a.a.O., S. 474.

50 So stellt beispielsweise die Bereithaltung einer Feuerwehr für jeden Bürger ein positives Nutzelement dar, obwohl der einzelne Mitbürger diese Einrichtung mit hoher Wahrscheinlichkeit nie in Anspruch nehmen muß.

51 Um bei der Feuerwehr zu bleiben: das Brandschutzsystem muß funktionsfähig und einsatzbereit sein, bevor ein Brand auftritt. Im Falle eines Großbrandes ist eine Ausweitung der Kapazitäten über das vorgehaltene System hinaus nur sehr schwer möglich.

52 Kann das Ausschlußprinzip angewandt werden, dann beschreiben die beiden erstgenannten Bedingungen das (privatwirtschaftliche) Versicherungsprinzip. Der Brandschutz wäre beispielsweise dann kein öffentliches Gut, wenn eine private Feuerwehr durch ein entsprechendes Tarifsystem auch die Optionsnachfrage in die Gebührenkalkulation mit einbeziehen könnte und "...exclude from future consumption those who do not pay the option." Cicchetti, Ch.J.; Freeman III, A.M.; Option Demand ..., a.a.O., S. 537.

reich der Mischgüter darstellt: "Goods that are multidimensional and generate benefits that are both private and collective have been termed mixed benefit goods in the Musgrave analyses."⁵³

4.4 Der Mischgüterbereich im Überblick

Die Darstellung der Theorie der öffentlichen Güter zeigt deutlich, daß zwischen den beiden Extremen der spezifisch öffentlichen Güter und der rein privaten Güter ein weites Spektrum von Mischgütern anzusiedeln ist⁵⁴. Jede dieser Mischformen ist gekennzeichnet durch ein unterschiedliches Niveau an

- öffentlichem Interesse,
- externen Effekten,
- Unsicherheit,
- Ausschlußmöglichkeiten, und
- staatlichem Intervenismus.

Im Grundsatz erklärt die Theorie der öffentlichen Güter die Notwendigkeit von staatlichen Eingriffen bei völligem Versagen des Marktmechanismus. Die Darstellung der unterschiedlichen Mischgüterbereichen hat darüberhinaus gezeigt, daß auch bei partiellen Funktionsstörungen im Markt staat-

53 Leuzzi, L., Pollock, R.; Option Demand ..., a.a.O., S. 399.

54 Eine sehr differenzierte Analyse des Mischgüterbereiches hat Grossekettler erarbeitet. Er verwendet für seine Strukturierung die folgenden Einflußgrößen: Weite des Nutzerkreises (Extensionsniveau "e"), Gruppenvorteile beim Konsum (Nutzungselastizität), Skalenvorteile bei der Produktion (Herstellungsmengenelelastizität) sowie Ausschlußmöglichkeit (Excludierbarkeitsgrad). Bereits bei der (stark vereinfachten) Annahme von drei Ausprägungen je Einflußgröße zeigen sich im Bereich zwischen öffentlichen und privaten Gütern bereits 81 Gütertypen. Durch die Zusammenfassung verschiedener Einflußgrößen wird dieses Güterspektrum auf sieben "wichtige" Güterklassen reduziert. Interessant ist die Einführung des Extensionsniveaus. Mit ihm können bei Einführung einer 9-stufigen Skala alle Güter als Gruppengüter interpretiert werden, angefangen "... vom Extremfall des Individualguts (e = 0), das in dieser Sicht ein (unechtes) Klubkollektivgut nullter Ordnung erscheint, bis zum "Welt-Klubkollektivgut" (e = 9) ...". Grossekettler, H.: Options- und Grenzkostenpreise für Kollektivgüter unterschiedlicher Art und Ordnung, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 2 1985, S. 211 - 252, hier: S. 230.

liches Handeln als erforderlich angesehen wird. Mit welchen Mitteln und in welcher Intensität solchen Störungen zu begegnen ist, kann von den zuständigen politischen Instanzen nur für jeden Einzelfall entschieden werden. Aus dieser Sicht erinnern die Argumente für entsprechende Markteingriffe des Staates stark an die Begründungen für staatliche Eingriffe im Zusammenhang mit meritorischen Gütern.

5. Das Konzept der meritorischen Güter

Im Rahmen der Theorie der öffentlichen Güter war als Ziel vorgegeben, die aufgrund der nicht funktionsfähigen Märkte eingeschränkte Konsumentensouveränität durch staatliche Interventionen in Verbindung mit politischen Wahlmechanismen wiederherzustellen. "Dagegen schließen meritorische Bedürfnisse ihrer Natur nach eine Einmischung des Staates in die Konsumentenpräferenzen ein."⁵⁵ Meritorische Bedürfnisse des Staates liegen dann vor, wenn die privaten Bedürfnisse, die der "... Markt innerhalb der Grenzen, die die wirksame Nachfrage auferlegt, befriedigt, (...) als so bedeutend angesehen werden, daß für ihre Befriedigung durch das öffentliche Budget über das hinaus Sorge getragen wird, was der Markt zur Verfügung stellt und was von privaten Käufern bezahlt wird."⁵⁶ Die Folge der so begründeten Staatseingriffe in funktionierende Märkte ist Existenz von meritorischen Gütern.

Durch den bewußten und gezielten Eingriff des Staates in die Konsumentensouveränität wird eine der Grundannahmen marktwirtschaftlicher Modellbildung in Frage gestellt⁵⁷. Zur Begründung für meritorische Eingriffe wird auf anomomene oder beobachtete Verzerrungen in den Konsumentenpräferenzen verwiesen⁵⁸. Nach dieser Sichtweise

55 Musgrave, R.A.; Finanztheorie ..., a.a.O., S. 15.

56 daselbst

57 Einen ausführlichen Überblick über den Stand der Diskussion dieses Problembereiches gibt: Andel, N.: Zum Konzept der meritorischen Güter, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 3, 1984, S. 630 - 648, hier: S. 643 ff. Auf die Tatsache, daß "... die Herrschaft der Konsumenten auch in der Konkurrenzwirtschaft nicht universal ..." sei, weist bereits Eucken hin. "Im Falle der Kollektivbedürfnisse und überall da, wo der Konsument gezwungen ist, seinen Einfluß auf andere zu deligieren, ist seine Einflußmöglichkeit beschränkt." Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik, rororo Bd. 81, Hamburg 1959, S. 115 f.

58 Vgl. hierzu u.a.: Musgrave, R.A.; Finanztheorie ..., a.a.O., S. 16. Ausführlich befaßt sich mit diesem Thema auch Head, J.G.: On Merit Goods, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 25, 1966, S. 1 - 29; überarbeitete Fassung: Über meritorische Güter, in: Recktenwald, H.C. (Hrsg.): Finanztheorie, Köln, Berlin 1969, S. 46 - 74.

werden meritorische Eingriffe "... nicht zur Unterdrückung, sondern zur Durchsetzung von Bürger-präferenzen"⁵⁹ vorgenommen.

Als Ursachen für verzerrte Präferenzen werden in erster Linie ein unzureichendes Informationsniveau und irrationales Verhalten der Konsumenten genannt:

- Unzureichendes Informationsniveau: Die Beschaffung von Informationen als eine der Voraussetzung für Konsumententscheidungen verursacht Kosten, die bei der Menge der zu treffenden Entscheidungen und der teilweise nicht mehr bewältigbaren Informationsflut einen für den Einzelnen oft nicht mehr akzeptablen Umfang annehmen. Bei intertemporalen Konsumententscheidungen führen außerdem Unsicherheit und mangelnde Informationen zur Präferenzierung des Gegenwartskonsums gegenüber zukünftigem Konsum. In gewissem Umfang kann Informationsmangel in diesen Fällen durchaus das Ergebnis rationalen Handelns sein. Jede für die Kaufentscheidung erforderliche Information muß mit einem z.T. beträchtlichen Aufwand an Zeit und Geld beschafft werden. Die Tatsache, daß Marktteilnehmer ihre Konsumententscheidung bewußt auf einem unzureichenden Informationsniveau treffen, ist per se noch kein Argument für die Meritorisierung der entsprechenden Güter. Häufig wird es ausreichen, wenn der Staat sich damit begnügt, "... die Quellen der Fehlinformation zu kontrollieren, bzw. die richtigen Informationen zur Verfügung zu stellen."⁶⁰ In diesem Kontext wird bedauert, daß im Konzept der meritorischen Güter "... weder die Gründe noch die Voraussetzungen und die Formen möglicher Interventionen systematisch aufgezeigt"⁶¹ werden, der institutionelle Aspekt meritorischer Güter wird allerdings in jüngerer Zeit in der Literatur diskutiert⁶².
- Irrationalität: Selbst bei vollständiger Information ist es möglich, daß ein Konsument (oder Produzent) "falsche" Entscheidungen trifft⁶³. Die Tatsache, daß Konsumenten

59 Andel, N.; Zum Konzept ..., a.a.O., S. 644.

60 ebd., S. 641. Als Stichwort ist hier in erster Linie die Verbraucheraufklärung zu nennen.

61 daselbst.

62 Vgl. u.a.: Brennan, G.; Lomasky, L.: Institutional Aspects of "Merit Goods" Analyses, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 41, 1983, S. 183 - 206.

63 Head, J.G.; Über meritorische Güter ..., a.a.O., S. 49. Der Terminus "falsch" bezieht sich auf das Rationalitätsprinzip.

den Gegenwartskonsum gegenüber zukünftigen Konsummöglichkeiten präferieren, wird als ein Indiz für irrationales Nachfrageverhalten dargestellt, das zumindest für gesellschaftlich als wichtig angesehene Bereiche korrigiert werden müsse. Auch hier ist auf die bereits angesprochenen "weichen" Maßnahmen zu verweisen, zumal diesen Forderungen nach Eingriffen die Annahme zugrunde liegt, daß der Staat in seiner sozialen Führungsrolle, "informierte Gruppen" oder "Eliten" zuverlässigere Informationen über die ökonomischen Erfordernisse der Zukunft besitzen, als Individuen. Diese Annahme ist zumindest strittig⁶⁴.

Neben den genannten Ursachen werden in der Literatur weitere Argumente für meritorische Eingriffe erörtert:

- Schutz von Individuen, welche die Konsequenzen ihrer Handlungen nicht abschätzen können⁶⁵.
- Verteilungsgesichtspunkte: Güter, die mit dem Attribut "meritorisch" versehen werden, sind häufig auch Beispiele für besonders verteilungswirksame Maßnahmen (Ausbildung, Gesundheitswesen, Schulspeisung etc.). Daraus wurde nun abgeleitet, daß zumindest für einen Teil der meritorischen Güter Verteilungseffekte als konstitutive Eigenschaften anzusehen seien⁶⁶. Umverteilungsaspekte sind bei meritorischen Gütern nicht auszuschließen, eine gezielte Umverteilungspolitik durch die Bereitstellung meritorischer Güter ist dagegen umstritten: "Umverteilung durch Meritorisierung erreichen zu wollen, ist (...) bestenfalls eine Verteilungspolitik des second best."⁶⁷ Einer solchen Vorgehensweise sind grundsätzlich direkte Einkommenstransfers ohne Zweckbindung vorzuziehen⁶⁸.

64 Wichtig ist hier der Hinweis, daß jede in die Zukunft gerichtete Entscheidung unter Ungewißheit getroffen werden muß. Es stellt sich daher die Frage, ob der Staat (oder informierte Gruppen) einem geringeren Grad an Unsicherheit unterliegen als Individuen. Vgl. hierzu: ebd., S. 50; Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd.1, a.a.O., S. 77; Andel, N.; Zum Konzept ..., a.a.O., S. 646.

65 Andel, N.; Zum Konzept ..., a.a.O., S. 646.

66 Beispiele hierfür geben: Andel, N.; Zum Konzept ..., a.a.O.; S. 642, sowie: Head, J.G.; Über meritorische Güter, a.a.O., S. 50f.

67 Mackscheidt, K.; Entfaltung von privater und kollektiver Initiative ..., a.a.O., S. 260.

- Aspekte öffentlicher Güter: Unter dieses Argument fallen solche Güter, die scheinbar einen meritorischen Charakter aufweisen, "... die sich aber bei genauerer Prüfung als spezifisch öffentliche Güter erweisen."⁶⁹ Es handelt sich dabei um solche Güter, die einem Nachfrager zwar direkt individuelle Nutzen verschaffen, darüberhinaus erfährt jedoch auch die Gesellschaft durch den Güterkonsum eine Wohlfahrtsteigerung⁷⁰. Als Beispiele für diesen Aspekt meritorischer Güter werden die Lehrmittelfreiheit oder die freie ärztliche Hilfe angeführt, diese stellen "... für den betroffenen Schüler oder Patienten einen unmittelbaren Nutzen dar, davon abgesehen gewinnt aber jeder vom Leben in einem Gemeinwesen, dessen Ausbildungsstand und Gesundheitsdienst ein höheres Niveau haben."⁷¹

Der zuletzt genannte Aspekt hat zu einer Diskussion darüber geführt, ob sich meritorische Befürfnisse nur auf den Bereich privater Güter erstrecken⁷², oder ob nicht auch öffentliche Güter meritorische Bedürfnisse verursachen können. Nach der Theorie der öffentlichen Güter basiert die Produktionsentscheidung, wie auch bei privaten Gütern, auf individuellen Präferenzen. Beide Bereiche unterscheiden sich in erster Linie an den Mechanismen, durch welche die Präferenzen geäußert werden (Markt- oder Wahlmechanismus). Im Gegensatz dazu wird die Meritorisierung von Gütern als begründeter Eingriff in die individuellen Präferenzen dar-

68 Vgl. ebd., S. 259, sowie Andel, H., Zum Konzept ..., a.a.O., S.640. Head vertritt mit Bezug auf Musgrave die Auffassung, daß zumindest in einigen bedeutsamen Fällen "... die entsprechenden Güter selbst Gegenstand der Umverteilung" seien. Head, J.G.; Über meritorische Güter, a.a.O., S. 51; auf diese güterspezifischen Verteilungsziele wird auch hingewiesen bei: Andel, H., Zum Konzept ..., a.a.O., S. 642.

69 Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 15.

70 Vgl. hierzu: Head, J.G.; Über meritorische Güter, a.a.O., S. 52f., oder auch Mackscheidt, K.; Die Entfaltung ..., a.a.O., S. 260. Zur Kritik an dieser Interpretation vgl.: Andel, H.; Zum Konzept ..., a.a.O., S. 639 f.

71 Musgrave, R.A.; Finanztheorie, a.a.O., S. 15.

72 Diese, anfangs von Musgrave vertretene Auffassung wurde später von ihm selbst revidiert. Vgl. hierzu: Andel, H.; Zum Konzept ..., a.a.O., S. 643, oder auch: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1, a.a.O., S. 77 f. Andel weist darauf hin, daß die Kennzeichnung "meritorisch" fälschlicherweise auch weiterhin nur auf private Güter bezogen wird. Andel, H.; Zum Konzept ..., a.a.O., S. 648.

gestellt. Die Produktionsentscheidungen werden unabhängig von oder in Ergänzung zu den erkennbaren Präferenzstrukturen durch "informierten Gruppen" oder "Eliten" getroffen⁷³. "Das Problem der öffentlichen Güter und das der meritorischen Güter muß also voneinander getrennt werden."⁷⁴

Der Eindruck, daß meritorische Bedürfnisse nur für private Güter bestehen, ist vor allem darauf zurückzuführen, daß (meritorisch begründete) Staatseingriffe in den privaten Güterbereich deutlicher zu spüren sind, als im öffentlichen Bereich. Bei privaten Gütern, die aufgrund von individuellen Präferenzen erworben werden, wirkt sich ein Eingriff in die beim Marktprozess enthüllten Präferenzstrukturen unmittelbar und direkt auf die Marktteilnehmer aus. Demgegenüber werden bei politischen Wahlakten die individuellen Präferenzen für öffentlichen Gütern nur indirekt, z.T. mit großer Zeitverzögerung und als Entscheidung über Güterbündel ermittelt, die Tatsache der Meritorisierung wird vom Individuum kaum bemerkt. Ungeachtet dieser unterschiedlichen Fühlbarkeit kann "... das Element "meritorisch" (...) prinzipiell bei allen Arten von Gütern vorkommen: Wir leben also in einer Welt potentiell meritorischer Güter."⁷⁵

Abschließend soll auf einen Aspekt der meritorische Güter hingewiesen werden, der bislang kaum beachtet worden ist: Wenn die "wahre" individuelle Präferenzstruktur für öffentliche Gütern durch politische Abstimmungsprozesse enthüllt werden kann, muß es doch möglich, auch für meritorisierte Güter die "unverzerrten" Präferenzen ex post über Abstimmungsprozesse zu erhalten. Demnach wäre die Meritorisierung

73 Wie stark die Präferenzen der "Eliten" von denen anderer Statusgruppen abweichen können, wird durch verschiedene Untersuchungen belegt. Am Beispiel des Gesundheitsbereiches kann gezeigt werden, daß dessen Bedeutung mit steigender Statusgruppe sukzessive abnimmt. Siehe hierzu: Gretschmann, K.; Mackscheidt, K.: Bürgerpräferenzen und Staatshaushalt, in: Wirtschaftsdienst 1984 / III, S. 145 - 152, hier: S. 149 f., sowie: Murk, M.: Sicherheitsbedürfnisse und Politik, in: Schulte, W. (Hrsg.): Soziologie in der Gesellschaft; Bremen 1981, S. 135 - 139.

74 Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1, a.a.O., S. 78.

75 Mackscheidt, K.; Die Entfaltung von privater und kollektiver Initiative ..., a.a.O., S. 264.

von Gütern eine temporäre Erscheinung, die nur so lange Bestand hat, solange sie nicht durch die Wähler in einer politischen Wahlhandlung "legitimiert" worden ist.

6. Allokative Eingriffe des Staates im Überblick

Die Eingriffe des Staates in das Marktgeschehen mit dem Ziel, den Bereich der Allokation an ein optimales Bedingungsgefüge anzunähern, werden nachfolgend in einem zusammenfassenden Überblick dargestellt (Übersicht 3.1).

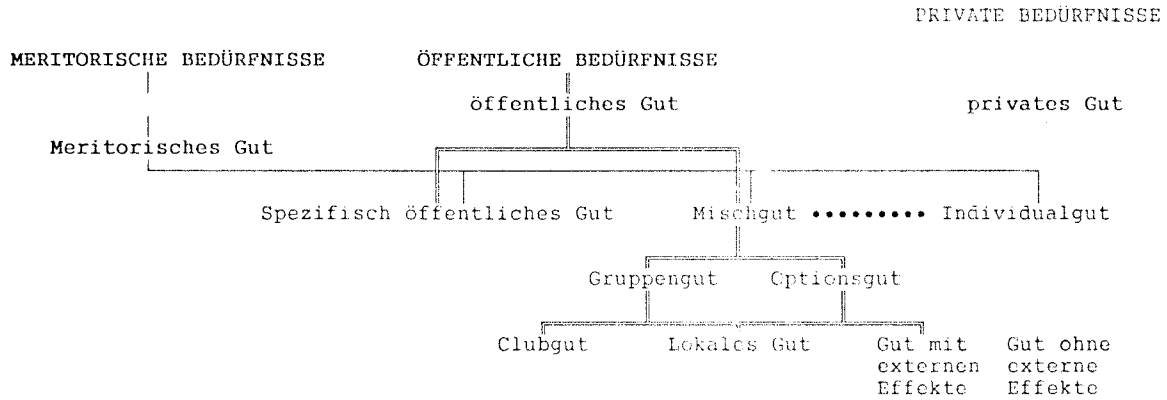
Der Ausgangspunkt ist das private Gut, dessen Konsum keine nennenswerten externen Effekte verursacht. Die Rivalität im Konsum ist weitgehend vorhanden und die Rechtsordnung gestattet es, die beim Kauf erworbenen Eigentumsrechte auch durchzusetzen.

Die Gruppen der Clubgüter und der lokalen öffentlichen Güter zeichnen sich dadurch aus, daß die Vorteile aus der Nutzung von Gütern mit externen Effekten auf eine definierbare Gruppe (Clubmitglied, Gemeindeangehöriger) begrenzt werden kann. Technische Gütereigenschaften, in Verbindung mit entsprechenden Rechtsvorschriften, ermöglichen den Vollzug eines Ausschlusses von Nicht-Mitgliedern. Im Normalfall ist davon auszugehen, daß innerhalb der Gruppe keine Konsumrivalität auftritt, dies ist allerdings abhängig vom jeweiligen Gut, von der vorgehaltenen Kapazität und von der Anzahl der nutzungswilligen Mitglieder. In Zeiten mit hoher Kapazitätsauslastung kann durch einen zusätzlichen Nachfrager der Nutzen für alle Gruppenmitglieder gemindert werden, das Mischgut nimmt mehr und mehr den Charakter eines privaten Gutes an.

Komplementäre Mischgüter und Optionsgüter sind durch die Existenz zweier Nutzenkomponenten gekennzeichnet: durch die Bereitstellung wird öffentlicher "Grundnutzen" produziert, der im Falle der Inanspruchnahme ergänzt wird durch privaten Beanspruchungsnutzen. Bei Optionsgütern ist der Bereithaltungsnutzen das eigentliche Ziel der Nachfrage, eine Inanspruchnahme der entsprechenden Güter wird nur ausnahmsweise oder im Notfall angestrebt.

Der extreme Fall öffentlicher Güter, das spezifisch öffentliche Gut zeichnet sich dadurch aus, daß alle potentiellen

Übersicht 3.1: Eine Systematik ökonomischer Güter und Leistungen



Nutzer gleichzeitig und mit gleichem Nutzen von dem Gut konsumieren können, daß keine Konsumrivalität besteht und die Möglichkeit der Anwendung des Ausschlußprinzips aus technischen oder ökonomischen Gründen nicht gegeben ist.

Diese Gütersystematik ist zu ergänzen durch die Dimension der Meritorisierung. Die auf der Grundlage von individuellen Interessen entweder direkt (durch Marktprozesse) oder indirekt (durch politische Abstimmungsprozesse) determinierte Struktur der bereitgestellten und nachgefragten Güter wird mit dem Hinweis auf vorhandene Präferenzverzerrungen bzw. irrationales Verhalten durch staatliche Eingriffe korrigiert. Solche Korrekturen erfolgen in erster Linie in Form von gezielten monetären oder rechtlichen Eingriffen mit dem Ziel, entweder die Nachfrage zu dämpfen, oder die an sich mögliche Anwendung des Ausschlußprinzips zu be- oder zu verhindern⁷⁶. Als meritorischer bzw. demeritorischer Nutzen ist jeweils die Differenz zwischen dem Nutzen aus dem präferenzbezogenen und dem korrigierten Güterkonsum zu interpretieren. Es wurde deutlich, daß grundsätzlich alle Bereiche des Güterspektrums meritorisierungsfähig sind.

7. Ist der Rettungsdienst ein öffentliches Gut?

Die Einordnung des Rettungsdienstes in die Systematik öffentlicher und meritorischer Güter erfordert, z.T. im Vorgriff auf nachfolgende Ausführungen, die Feststellung der folgenden Sachverhalte:

- Der Rettungsdienst ist ein Teil des Gesundheitswesens⁷⁷. Allein mit dieser Zuordnung kann nach Ansicht von Thiemeyer "... die Diskussion um die sog. Kriterien für 'öf-

76 Vgl. in diesem Zusammenhang die Ausführungen bei: Lepelmeier, D.; Theurl, E.: Zur Problematik meritorischer Güter, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Heft 12, Dezember 1981, S. 553 - 556, hier: S. 554.

77 Vgl. hierzu u.a.: Weissenböck, H.: Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen, Schriften aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 36; Stuttgart 1974, S. 4; Ossenbühl, F.: Rettungsdienst und Berufsfreiheit, a.a.O., S. 2, sowie: Beske, F.: Systemforschung im Gesundheitswesen, in: Institut für Gesundheits-Systemforschung (Hrsg.): Ziele und Aufgaben des Instituts für Gesundheits-Systemforschung (GfS), Kiel 1978, S. 12 - 30, hier: Übersicht S. 20.

fentliche Güter'..."⁷⁸ dahingestellt bleiben, da der mit dieser Zuordnung verbundene besondere Sicherstellungsauftrag selbst als Kriterium für öffentliche Güter angesehen werden könne.

- In seiner historischen Entwicklung kann der Rettungsdienst mit unterschiedlicher Gewichtung sowohl dem Bereich der äußeren Sicherheit⁷⁹ als auch dem Bereich der caritativen Aufgaben zugeordnet werden.
- In der aktuellen Diskussion wird der Rettungsdienst außerdem als Teil von so unterschiedlichen Bereichen wie dem Verkehrswesen⁸⁰ und der Gefahrenabwehr (Sicherheit und Ordnung)⁸¹ betrachtet.

Durch diese vielfältigen Zuordnungsrichtungen wird die Frage nach dem Charakter der Leistungen des Rettungsdienstes noch nicht beantwortet, obwohl verschiedene Zuordnungen, z.B. zum Bereich der äußeren Sicherheit oder der Gefahrenabwehr, die Zugehörigkeit zum Bereich der öffentlichen Güter zumindest nahelegen.

Aufklärung verspricht ein stufenweises Vorgehen, wobei auf einige bereits angesprochene Fragestellungen zurückgegriffen wird:

- Wer nutzt die Einrichtungen des Rettungsdienstes - tatsächlich oder potentiell?
- Entstehen bei der Nutzung Rivalitäten im Konsum?

78 Thiemeyer, Th.: Gesundheitspolitik (Gesundheitswesen I), in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW), 34./35. Lfg. 1981, Sp. 576 - 591, hier: Sp. 581.

79 Vgl. hierzu: von Viehbahn; Über die allgemeine Bedeutung ..., a.a.O., S. 510.

80 Nach dem Personenbeförderungsgesetz (PBefG) wird die Beförderung von Kranken, Verletzten und sonstigen hilfsbedürftigen Personen als "Gegenstandsverkehr mit Mietwagen zum Zwecke des Krankentransports" angesehen (§ 46 in Verb. mit § 51 PBefG) und bedarf der Genehmigung durch die zuständige Verkehrsbehörde. In der Reichsversicherungsordnung (RVO) wird den Leistungen des Rettungsdienstes als einer selbstständigen Nebenleistung der Charakter von Reisekosten (§ 194 RVO) zugebilligt.

81 "Als Gegenstand der Gefahrenabwehr, also des materiellen Polizeirechts, ist der Rettungsdienst eine ausschließlich den Ländern zustehende Kompetenz." Ossenbühl, F.; Rettungsdienst und Berufsfreiheit, a.a.O., S. 1.

- Besteht die Möglichkeit des Nutzungsausschlusses und wird diese Möglichkeit genutzt?
- Wer determiniert Art, Umfang und Qualität des Leistungsangebotes?
- Wie kann das System sein Angebot an veränderte Nachfragesituationen anpassen?

Der direkte Nutzer der Leistungen des Rettungsdienstes ist der kranke, verletzte oder in Not geratene Mensch. Da jedoch Krankheit, Unfall oder Notfall weitgehend Zufallereignisse sind, ist jeder Bürger potentiell ein Nutzer des Systems. Für den einzelnen können Aussagen über die Eintrittswahrscheinlichkeit nicht gemacht werden, deshalb besteht, über die effektive Nachfrage hinaus, eine auf die Bereithaltung des Systems gerichtete Nachfrage (option demand).

Bei der konkreten Nutzung der Einrichtungen des Rettungsdienstes treten Rivalitätsbeziehungen auf, ein im Einsatz befindliches Rettungsmittel kann nicht gleichzeitig einen anderen Einsatz bedienen⁸². Wird das System als Ganzes betrachtet, so besteht eine der wesentlichen Planungsaufgaben darin, solche Rivalitäten nicht aufkommen zu lassen. "Ziel des Rettungsdienstes ist es, an jedem Ort zu jeder Zeit unterschiedslos jedem Menschen ... (Hilfs- und Transportmöglichkeiten)... zur Verfügung zu stellen."⁸³ Ungeachtet dieser Zielstellung können Rivalitätsbeziehungen in Belastungsspitzen nicht völlig vermieden werden.

Die Möglichkeit, Nachfrager, die ihre Zahlungsbereitschaft nicht offenbaren, von der Nutzung der Rettungsdienst-einrichtungen auszuschließen, ist grundsätzlich gegeben. So kann beispielsweise die Einführung einer Selbstbeteiligung als Versuch angesehen werden, über die Androhung eines Ausschlusses die direkte Nachfrage im Rettungsdienst zu beeinflussen. Technisch wäre das Ausschlußprinzip also anwend-

82 Verschiedene Einsatzstrategien sehen vor, daß bei Fahrzeugengpässen weniger dringliche Einsätze (Krankentransport) während der Anfahrtphase zugunsten von Notfällen abgebrochen werden können.

83 Riediger, G.: Zu den Wirkungen des Rettungsdienstes; Arbeitspapier der BAST, Köln 1982, abgedruckt in: Lüttgen, R., et al. (Hrsg): Handbuch des Rettungswesens (HdR), Loseblattausgabe in 4 Bd., Grundwerk: Hagen 1974; hier: Bd. 4, G 3.1.3, S. 1.

bar, allerdings sprechen soziale, humanitäre und politische Gründe dagegen: "Der Einsatz darf nicht deshalb abgelehnt werden, weil ein rechtswirksamer Vertrag nicht vorliegt oder die Entrichtung des Entgelts nicht gesichert ist."⁸⁴ Güter und Leistungen, bei welchen das Ausschlußprinzip zwar anwendbar ist, aber aus politischen Gründen nicht durchgesetzt wird, sind typische Beispiele für meritorische Güter.

Auf den ersten Blick treten bei der Inanspruchnahme der Leistungen den Rettungsdienstes externe Effekte nur in sehr begrenztem Umfang auf, es ist also weitgehend ein privates Gut. Als Beispiele für externe Effekte können die Minderung der psychischen Belastung bei Angehörigen von Verletzten oder Erkrankten durch eine frühzeitige und sachgerechte Versorgung genannt werden, oder auch die schnelle Auflösung von Verkehrsstaus durch eine rasche Bergung, Versorgung und Beförderung von Verletzten. Bei einer Analyse der Beziehungsgeflechte des Systems Rettungsdienst mit seiner Umwelt werden jedoch neue Bereiche externer Effekte deutlich. So stellen die Fahrzeuge des Rettungsdienstes bei Sondersignaleinsätzen eine erhebliche Lärmbelastung dar. Messungen haben gezeigt, daß der Schallpegel von eingeschalteten Signalhörnern bereits im Fahrzeug bei über 90 dB(A) liegt⁸⁵. Um wieviel größer ist dann die Lärmbelastung, die Anwohner an einer vielbefahrenen Straße in der Nähe eines Krankenhauses⁸⁶ ertragen müssen. Aber nicht nur durch Lärmemission verursacht der Rettungsdienst externe Effekte. Untersuchungen haben gezeigt, daß die Einsätze des Rettungsdienstes überproportional häufig zu Unfällen führen.

84 § 17(2) der Musterdienstanweisung für den Rettungsdienst gem Art. 13 Abs. 3 des BayRDG, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1525, S. 21. Für den Rettungsdienst bedeutet dies eine Beförderungspflicht. Damit wird von den Regelungen des PBefG abgewichen, nach welchen eine Beförderungspflicht für den "Gelegenheitsverkehr mit Mietwagen" in § 49(3) ausdrücklich nicht besteht.

85 Schmiedel, R.; Unterkofler, M.: Unfallursachen bei Unfällen von Rettungsfahrzeugen im Einsatz, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 17, Bergisch Gladbach 1986, S. 83 f.

86 In Untersuchungen wurde deshalb analysiert, in welchem Umfang der Lärmpegel und das Unfallrisiko bei Sondersignaleinsätzen durch die Beeinflussung von Ampelanlagen gemindert werden können: Bosserhoff, D., et al.: Beeinflussung von Lichtsignalanlagen durch Rettungsfahrzeuge im Einsatz, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Nr. 94, Bergisch Gladbach 1983, Teil I, S. 73, sowie Teil II, S. 45f.

Das Risiko eines Unfalls mit Personenschaden ist bei Sondersignaleinsätzen im Rettungsdienst viermal höher, als bei Normaleinsätzen⁸⁷.

Die Entscheidungen über Art, Umfang und Qualität der Leistungserstellung im Rettungsdienst werden weitgehend im politischen Raum getroffen. Auch dort, wo die Planungs- und Entscheidungsbefugnisse auf die regionale bzw. kommunale Ebene verlagert worden sind, behält sich das jeweilige Bundesland die Rahmenplanung vor, "... welche die für eine landeseinheitliche Durchführung des Rettungsdienstes unverzichtbaren Festlegungen enthält."⁸⁸ Die in der jeweiligen Rahmenplanung vorgegebenen Richtlinien sind in den einzelnen Bundesländern von unterschiedlicher Eindeutigkeit und Verbindlichkeit, sodaß den durchführenden Institutionen vor Ort ein gewisser Spielraum zur eigenständigen Planung und Anpassung verblieben ist.

Dieser Rahmen für selbständiges Handeln ist dort jedoch weitgehend eingeengt, wo durch überregionale Rettungsdienstplänen

- Rettungsdienstbereiche,
- Rettungsleitstellen- und Rettungswachenstandorte,
- Rettungshubschrauberstandorte, und
- die Art und Anzahl der vorzuhaltenden mobilen Rettungsmittel

⁸⁷ Schmiedel, R.; Unterkofler, M.; Unfallursachen ..., a.a.O., S. 31 (Tab. 6).

⁸⁸ Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 2.

ausdrücklich festgelegt worden sind⁸⁹. Durch derartige Vorgaben ist den Leistungsträgern weitgehend die Möglichkeit genommen, ihr Angebot kurzfristig an sich verändernde Nachfrage- oder Rahmenbedingungen anzupassen.

Durch die Festlegung von Leistungsumfang und -qualität erfüllt der Staat seine Sicherungspflicht. Ziel dieser Vorgaben ist es, die Kapazität des Systems, und damit den Bereithaltungsnutzen, auf einem politisch vertretbaren und finanzierbaren Niveau zu halten. Für den potentiellen Nutzer bedeutet eine ausreichende Kapazitätsvorhaltung, daß er im Bedarfsfall die Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch nehmen kann, ohne mit konkurrierenden Nachfragern rechnen zu müssen. Diese Nachfrage richtet sich in erster Linie auf das Vorhandensein des Systems, eine konkrete Inanspruchnahme wird von niemand angestrebt: der Rettungsdienst ist ein typisches Optionsgut.

Durch die Vorgabe von Rahmenbedingungen stellen die Bundesländer sicher, daß die Aufgaben des Rettungsdienstes landesweit in vergleichbarer Güte erfüllt werden. Die konkrete Aufgabenerfüllung wird jedoch stark durch lokale Bedingungen geprägt⁹⁰ und zeichnet sich durch eine geringe Wirkungsreichweite aus. Damit kann der Rettungsdienst auch als ein regionales, z.T. sogar als lokales öffentliches Gut charakterisiert werden. Der leistungsfähige Rettungsdienst im Landkreis A kann nicht von den Bewohnern des Landkreises B in Anspruch genommen werden⁹¹.

89 Vgl. als Beispiel § 3 (6) Rh-Pf RettDG, ähnlich auch §§ 1 - 5 der Verordnung zur Durchführung des RDG - Saar, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Saarl 232o.

90 Lokal wirkende Faktoren sind beispielsweise: Bevölkerungsdichte, Krankenhausinfrastruktur, Leistungsträger, ärztliche Versorgung, etc. Eine detaillierte Beschreibung dieser Faktoren gibt: Borjans, R.: Effizienz der Rettungsorganisation, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 19, Bergisch Gladbach 1986, S. 86 ff.; vgl. auch: Skorski, F.: Rettungswachen, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), a.a.O., Bd. 2, C I.3.2, S. 6.

91 Diese Aussage trifft vor allem für den Bereithaltungsnutzen zu, aber auch die Inanspruchnahme ist im Normalfall auf die jeweilige Region begrenzt. Ausnahmen sind besondere Schadensereignisse, z. B. Katastrophen, hier wirken die Rettungsdienste verschiedener Regionen zusammen.

Zusammenfassend kann der Rettungsdienst als ein regionales öffentliches Optionsgut mit meritorischem Charakter gekennzeichnet werden, dessen einheitliche Bereitstellung durch überregionale Rahmenbedingungen sichergestellt wird.

Die Erkenntnis, daß sowohl die Verfügbarkeit, als auch die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes Nutzen in jeweils unterschiedliche Kategorien stiften, hat für die Planung und Durchführung, vor allem aber für die Finanzierung und Beurteilung des Systems weitreichende Konsequenzen. Verstärkt wird dieser Gesichtspunkt durch die Tatsache, daß es sich beim Rettungsdienst um eine Dienstleistung handelt. Bei Planung, Produktion und Absatz von Dienstleistungen sind im Vergleich mit "normalen" Produktionsbetrieben charakteristische Besonderheiten zu beobachten. Im anschließenden Kapitel werden diese Besonderheiten von Dienstleistungsunternehmen und ihren Produktionsbedingungen erläutert. Außerdem wird analysiert, welche Konsequenzen sich für den Rettungsdienst aus seiner Zuordnung einerseits als Optionsgut und andererseits als Dienstleistung ergeben.

IV. BESONDERHEITEN BEI DER LEISTUNGSERSTELLUNG VON DIENSTLEISTUNGSBETRIEBEN

1. Vorbemerkungen

Sowohl in der Alltagssprache, wie auch im wirtschaftswissenschaftlichen Sprachgebrauch sind Dienstleistungen ein geläufiger und offensichtlich allgemein akzeptierter Begriff. Umso mehr überrascht es, daß es eine allgemein anerkannte Definition nicht gibt.

Das Konversationslexikon vermerkt unter dem Stichwort "Dienstleistungen": "wirtschaftliche Tätigkeiten, die nicht in der Erzeugung von Sachgütern, sondern in persönlichen Leistungen bestehen. D. werden erbracht in den Wirtschaftsbereichen Handel, Banken und Versicherungen, Gaststätten- und Beherbergungswesen, Transport- und Nachrichtenwesen, im Bereich der öffentlichen Verwaltung, der freien Berufe und sonstiger D."¹ Hier wird, wie bei vielen anderen Abgrenzungsversuchen auch, der Begriff nicht durch seinen Inhalt, sondern vor allem "... durch die Aufzählung einiger Wirtschaftsbereiche (...) erläutert."²

Mit den nachfolgenden Ausführungen soll nun nicht der Versuch unternommen werden, eine allgemeingültige Definition des Begriffes "Dienstleistungen" abzuleiten, es wird vielmehr, nach einem kurzen Überblick über volks- und betriebswirtschaftliche Ansätze zur terminologischen Klärung, aufbauend auf einer Arbeitsdefinition die Problematik der Dienstleistungsproduktion allgemein und speziell für den Rettungsdienst deutlich gemacht werden.

2. Terminologische Abgrenzungen

2.1 Dienstleistungen nach volkswirtschaftlicher Sichtweise

Ausdrückliche Berücksichtigung finden Dienstleistungen bzw. der Dienstleistungsbereich in der ökonomischen Literatur vor allem im Rahmen

- der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, und

1 Der Neue Brockhaus, 5. Aufl., Wiesbaden 1973, Bd. 1, S. 593.

2 Maleri, R.: Grundzüge der Dienstleistungsproduktion, Berlin, Heidelberg, New York 1973, S. 4.

- der Theorie der strukturellen und sektoralen Wirtschaftsentwicklung.

Für die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung werden die ökonomischen Güter nach "... Sachgütern (oder Waren), Dienstleistungen (auch kurz Dienste genannt) und Faktorleistungen"³ unterschieden. Nach einer Aufzählung von verschiedenen Dienstleistungszweigen (24 Bereiche) wird erläutert, daß sich Dienstleistungen von Sachleistungen dadurch unterscheiden, "... daß Produktion und Verbrauch gleichzeitig stattfinden. Dienste können also nicht gelagert werden, es gibt kein Eigentum an ihnen und sie sind unsichtbar. Sie sind jedoch, wie Sachgüter, das Ergebnis von Produktionsprozessen."⁴ Darüberhinaus werden Dienstleistungen der Gruppe der nicht-dauerhaften Güter (non-durables) zugerechnet⁵, eine Zuordnung, die nicht unumstritten ist⁶. Im Bereich der Außenbeziehungen einer Volkswirtschaft wird im Rahmen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung als Teilbilanz zur Leistungsbilanz auch eine Dienstleistungsbilanz geführt. In ihr werden die Ergebnisse des Austausches von insgesamt 24 Dienstleistungsbereichen zusammengefaßt⁷.

Gegenstand der Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung ist die Erfassung und die Erklärung von unterschiedlichen sektoralen Wachstumsraten im Zuge des langfristigen Entwicklungsprozesses einer Volkswirtschaft⁸. Die Gesamtwirtschaft wird dabei in einen primären, einen sekundären und einen tertiären Sektor unterteilt⁹. Der primäre Sektor wird mit der Urproduktion (Landwirtschaft, Bergbau, Forstwirtschaft) identifiziert, im sekundären Sektor ist die verarbeitende Wirtschaft zusammengefaßt

3 Stobbe, A.: Volkswirtschaftliches Rechnungswesen, 3. Aufl., Heidelberger Taschenbücher Bd. 14, Berlin, Heidelberg, New York 1972, S. 4.

4 daselbst.

5 ebd., S. 5.

6 Maleri, R.; Grundzüge ..., a.a.O., S. 13.

7 Vgl.: Stobbe, A.; Volkswirtschaftliches Rechnungswesen; a.a.O., S. 235.

8 Vgl. u.a.: Fourastié, J.: Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts, Köln-Deutz 1954, S. 135 f. Einen Überblick über die unterschiedlichen Meß- und Beurteilungsansätze bietet: Willms, M: Strukturpolitik, in: Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, Bd. 2, München 1981, S. 331 - 368, hier: S. 333 ff.

9 Zur Abgrenzung vgl.: Decker, F.: Dienstleistungsbetriebe, in: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft I/1, 4. Aufl. 1974, Sp. 1164 - 1175, hier: Sp. 1164 f., oder Bühlmann, R.: Die Fragen der "Besonderheiten des Verkehrs", Dissertation, Universität Bern, Bern 1969, S. 77 ff.

und der tertiäre Sektor stellt sich als eine Zusammenfassung unterschiedlicher Wirtschaftstätigkeiten dar, die überwiegend dem Dienstleistungssektor zugeordnet werden können. Aus diesem Grunde wird der tertiäre Sektor häufig summarisch mit Begriffen wie "service industries"¹⁰ oder Dienstleistungssektor beschrieben.

2.2 Dienstleistungsbetriebe als Untersuchungsgegenstand der Betriebswirtschaftslehre

In betriebswirtschaftlichen Veröffentlichungen, die sich speziell mit den Sachverhalten von Dienstleistungsproduktion und Dienstleistungsbetrieben beschäftigen, wird häufig darauf hingewiesen, daß die "Allgemeine Betriebswirtschaftslehre" weitgehend als Industriebetriebslehre anzusehen sei, da sie sich in ihren Analysen und Aussagen vornehmlich auf den Industriebetrieb konzentrierte¹¹. "Spötter sagen nicht ganz zu Unrecht, das die Wissenschaftler bei ihren Untersuchungen und Beschreibungen zwar von 'Betrieb' und 'Unternehmung' schlechthin sprechen, in Wahrheit aber nur eine Textil- oder Maschinenfabrik in Form einer AG vor Augen haben."¹²

In den Standardwerken der "Allgemeinen BWL" wird auf Dienstleistungsbetriebe nur am Rande hingewiesen¹³, eine Analyse ihrer Besonderheiten und die Integration in das Lehrgebäude der Allgemeinen BWL ist jedoch noch nicht geleistet¹⁴. Vereinzelt finden sich Hinweise auf spezielle Betriebswirtschaftslehren, in welchen die Besonderheiten von Dienstleistungsbetrieben analysiert werden.

Überblickt man das Spektrum dieser 'Zweigwirtschaftslehren', so fällt auf, daß diese nahezu ausschließlich für Dienstleistungs-

10 Maleri, R.; Grundzüge ..., a.a.O., S. 11.

11 Siehe beispielsweise: Oettle, K.; Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 17; Diederich, H.: Verkehrsbetriebslehre, Wiesbaden 1977, S. 6; Berekoven, L.: Der Dienstleistungsbetrieb, Wiesbaden 1974, S. 14 f., Klaus, P.G.: Auf dem Weg zu einer Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungen: Der Interaktionsansatz; in: Die Betriebswirtschaft 44 (1984), S. 467 - 475, hier: S. 467 f.; Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre - Theorie und Praxis der Krankenhaus-Leistungsrechnung, Bd. III, 1. Aufl. Stuttgart 1987, S. 12, insbes. Fn.2.

12 Berekoven, L.: Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 12.

13 Vgl. hierzu als Beispiel: Wöhe, G.: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 14. Aufl., München 1981, S.16 und 643.

14 Mit den Schwierigkeiten einer möglichen Integration befaßt sich: Klaus, P.G.; Auf dem Weg ..., a.a.O., S. 471.

bereiche (z.B. Verkehr, Handel, Versicherungen, Tourismus, Krankenhäuser etc.) entwickelt worden sind. Ziel dieser branchenorientierten Wirtschaftslehren ist es, die Besonderheiten der jeweiligen Unternehmen bei der Planung, der Beschaffung, der Produktion, dem Absatz und Finanzierung zu erfassen und zu analysieren, und daraus Konsequenzen für die betriebliche Praxis abzuleiten¹⁵. Eine derartige Spezialisierung hat auf der einen Seite den Vorteil, nicht auf zu hohem Abstraktionsniveau arbeiten zu müssen, andererseits besteht jedoch die Gefahr, daß der Blick für die Gemeinsamkeiten von Dienstleistungsbetrieben verlorengeht.

Ansätze für die Einbeziehung von Dienstleistungsbetrieben in die allgemeine BWL sind bereits vor längerer Zeit entwickelt worden¹⁶, in den vergangenen Jahren sind verschiedene Arbeiten veröffentlicht worden, welche entweder den Gesamtbereich der Dienstleistungsbetriebe¹⁷ oder spezielle Aspekte von Dienstleistungen¹⁸ einer eingehenden Untersuchung unterziehen. Durch verstärkte Initiativen in diesem sehr fruchtbaren Arbeitsfeld mußte es gelingen, die einzelnen Ansätze zu einer Betriebswirtschaftslehre für Dienstleistungsunternehmen zu verdichten und in eine Systematik der allgemeinen BWL einzugliedern.

2.3 Dienstleistungen - eine Arbeitsdefinition

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, daß eine allgemein anerkannte Definition für den Begriff 'Dienstleistung' und damit eine eindeutigen Abgrenzung zum Bereich der Sachgüter noch nicht entwickelt worden ist. Alle Versuche einer termi-

15 Beispiele für solche branchenorientierten Wirtschaftslehren sind: Illetschko, L.L.: Transport-Betriebswirtschaftslehre, Wien - New York 1966 (2. Auflage von "Transportwirtschaft im Grundriß", Wien 1957); Diederich, H.; Verkehrsbetriebslehre, a.a.O.; oder für den Krankenhausbereich: Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre - Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Bd.I (2. Aufl., Stuttgart 1974), Bd.II (3. Aufl., Stuttgart 1976), Bd. III (1.Aufl., Stuttgart 1987).

16 Vgl. u.a.: Walther, A.: Einführung in die Wirtschaftslehre der Unternehmung, Bd.1, Zürich 1947, S. 240 ff.

17 Maleri, R.; Grundzüge ..., a.a.O.; Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O.; derselbe: Der Dienstleistungsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland, Bd.1, Göttingen 1983, sowie: Decker, F.; Dienstleistungsbetriebe, a.a.O.

18 Oettle, K.; Die Dienstbereitschaft ..., a.a.O.; Riebel, P.: Die Bereitschaftskosten in der entscheidungsorientierten Unternehmensrechnung, in: Zfbf 22 (1970), S. 372 - 386; Engelhardt, H.W.; Schwab, W.: Die Beschaffung von investiven Dienstleistungen, in: Die Betriebswirtschaft 42 (1982) 4, S. 503 - 513; Klaus, P.G.; Auf dem Wege ..., a.a.O.

nologischen Abgrenzung stehen vor der Schwierigkeit, daß für die unterschiedlichen Dienstleistungen bzw. Dienstleistungsbetriebe mit ihren z.T. sehr heterogenen Leistungs- bzw. Betriebseigenschaften charakteristische Grundgemeinsamkeiten herausgearbeitet werden müssen.

Ein eigener Definitionsversuch wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht unternommen, vielmehr wird auf eine in der Literatur angebotene Abgrenzung zurückgegriffen: "Dienstleistungen im engsten Sinne sind der Bedarfsdeckung Dritter dienende materielle und/oder geistige Prozesse, deren Vollzug und deren Nutzung einen (zeitlich und räumlich) synchronen Kontakt zwischen Leistungsgeber und Leistungsnehmer (bzw. dessen Verfügungsobjekte) bedingen und von der Bedarfsdeckung her erfordern."¹⁹

Aus dieser Definition werden Merkmale abgeleitet, welche für einen typischen Dienstleistungsbetrieb charakteristisch sind²⁰:

- der Bedarf richtet sich weniger auf das Leistungsergebnis, der Leistungsprozeß steht im Zentrum des Interesses (prozessorientierte Leistung);
- zwischen Bedarfsträger (bzw. dessen Verfügungsobjekten) und Leistungsträger besteht zeitlich und räumlich ein unmittelbarer Kontakt (externes Leistungsobjekt);
- der Bedarf wird auftragsindividuell gedeckt (keine Massenproduktion);
- vor der Leistungserstellung sind betriebliche Vorleistungen zu erbringen, die eher geistig/abstrakt als materiell sind (Vorhaltung der Leistungsbereitschaft);
- die Leistungstiefe eines Betriebes ist gering.

Diese sehr enge Definition von Dienstleistungen erfaßt nur einen Teil der Dienstleistungsbetriebe. Durch eine Lockerung der genannten Merkmale kann die Begriffsbestimmung erweitert werden, allerdings wird damit der Bereich der idealtypischen Dienstleistungen verlassen²¹:

19 Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 29. Eine andere Abgrenzung bieten: Engelhardt, H.W.; Schwab, W.; Die Beschaffung, a.a.O., S. 504.

20 ebd., S. 33f.

21 ebd., S. 30.

- Für verschiedene Dienstleistungen liegt der Nachfrageschwerpunkt eindeutig auf dem Leistungsergebnis (Verkehr, ärztliche Behandlung, Kfz-Reparatur, etc.). Allerdings enthält auch die Nachfrage nach derartigen Dienstleistungen prozessuale Elemente, die dann als Zusatzleistungen²² oder als qualitative Dimensionen des Leistungsbegriffes²³ angesehen werden.
- Die Leistungen werden nicht auftragsindividuell erbracht, sondern im Rahmen eines umfassenden Leistungsprozesses, an welchem der Bedarfsträger partizipieren kann (Beispiele: Theater- oder Zirkusvorstellung, Linienverkehr). Die Möglichkeiten einer Industrialisierung von Dienstleistungen sind allerdings begrenzt durch die zentrale Rolle der persönlichen Interaktion²⁴. Eine Mißachtung dieser Grenzen ist in aller Regel Ursache für die negative Beurteilung der Leistungsergebnisse.
- Verschiedene Dienstleistungen bestehen nicht aus Leistungsprozessen, sondern aus der Vorhaltung nützlicher Einrichtungen unterschiedlichster Art (Museum, Parkanlagen, Straßen), verbunden mit der Zusage, den potentiellen Nachfragern die Nutzung dieser Einrichtungen bei Bedarf, z.T. gegen Entgelt, zu gestatten.

Es wird deutlich, daß mit diesen Erweiterungen das Feld der Dienstleistungen sehr weit wird und daß das konstitutive Element "... im unmittelbaren, d.h. zeitlich und räumlich synchronen Kontakt der Marktpartner oder deren Objekte besteht."²⁵

22 Siehe hierzu beispielsweise die Ausführungen bei: Peters, S.: Die Leistungen des Verkehrsbetriebes - Bemerkungen zu einer Untersuchung von Thies Clausen, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, 52. Jg. (1981), S. 35 - 48, hier: S. 42 f.

23 Vgl.: Willeke, R.: Produktion der Verkehrsbetriebe, in: Kern, W. (Hrsg.): Handwörterbuch der Produktionswirtschaft, ungekürzte Sonderausgabe, Stuttgart 1984, Sp. 2109 - 2119, hier: Sp. 2110.

24 Vgl. die Ausführungen bei: Klaus, P.G.; Auf dem Weg ..., a.a.O., S. 473.

25 Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 30.

3. Spezifische Gesichtspunkte bei der Produktion von Dienstleistungen

3.1 Besonderheiten in der Nachfrage und im Angebot

In Übersicht 4.1 sind unterschiedliche Kriterien der Produktion und des Absatzes von Dienstleistungen und Sachgütern gegenübergestellt. So unterscheidet sich beispielsweise das Angebot von Dienstleistungen deutlich von dem der Sachgüter. Während das Sachgüterangebot aus be- oder verarbeiteten Produkten besteht, umfaßt das Angebot von Dienstleistungen

- die Bereithaltung von Produktionsfaktoren (Betriebs- bzw. Dienstbereitschaft)²⁶, sowie
- ein Leistungsversprechen.

Der Inhalt des Leistungsversprechens wird abgeleitet aus der Leistungskonzeption (dem Sachziel) eines Unternehmens²⁷.

Die Nachfrageseite vergleicht das Leistungsversprechen mit dem eigenen Bedarf. Stimmen Nachfrage und Angebot überein, wird kein Kaufvertrag, sondern ein Dienstvertrag²⁸ abgeschlossen. Für die Leistungserstellung ist es unabdingbar, daß der Nachfrager das Leistungsobjekt²⁹ zur Verfügung stellt. Leistungsobjekt kann entweder der Nachfrager selbst, eine andere Person oder eine Sache sein, die sich im Besitz des Nachfragers befindet. Erst nach Abschluß eines Dienstvertrages ist der Anbieter von Dienstleistungen überhaupt in der Lage, vom Stadium der Betriebsbereitschaft in die Leistungsbereitschaft überzugehen und durch die Einbeziehung des Leistungsobjektes den Leistungserstellungsprozess durchzuführen.

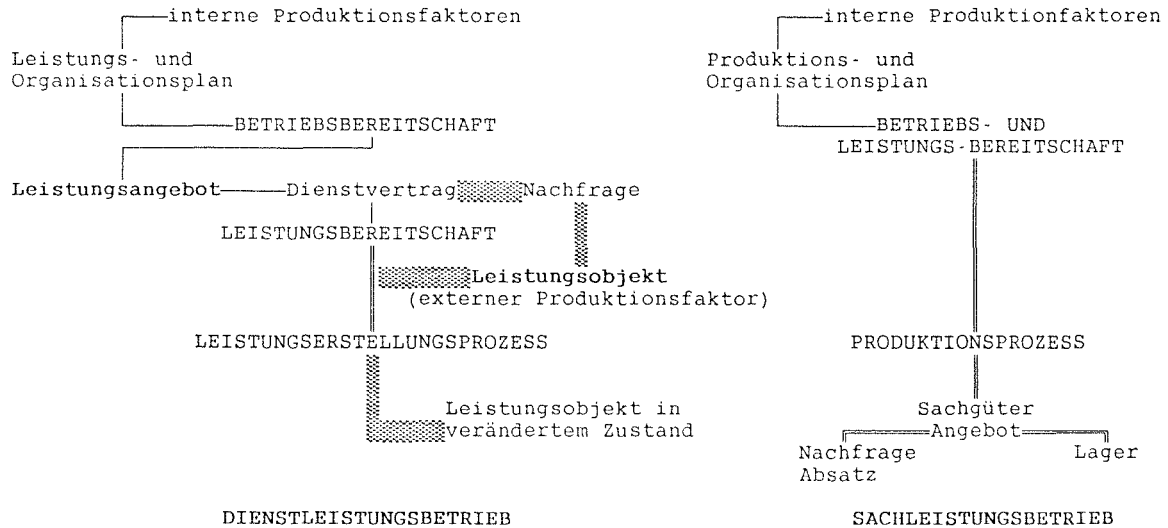
26 Die Dienstbereitschaft als absatzpolitisches Instrument beschreibt: Oettle, K.; Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 26 ff.

27 Siehe hierzu u.a. die Ausführungen bei: Thiemeyer, Th.: Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 29 f.

28 "Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet." § 611 (1) BGB; vgl. in diesem Zusammenhang auch § 631 BGB (Werkvertrag).

29 Anstelle von Leistungsobjekt sind auch Begriffe wie "materielles Trägermedium", "externer Produktionsfaktor" oder "Fremdfaktor" gebräuchlich. Siehe z.B. Maleri, R.; Grundzüge ..., a.a.O., S. 38 und 107; Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 59.

Übersicht 4.1: UNTERSCHIEDE IN DER PRODUKTION VON DIENSTLEISTUNGEN UND SACHLEISTUNGEN



3.2 Die Sicherstellung der Betriebsbereitschaft

Die Leistungskonzeption eines Unternehmens wird entweder im eigenen Interesse und in eigener Verantwortung festgelegt (private Unternehmen), oder sie wird entsprechend übergeordneter Ziele verbindlich oder als Orientierungsrahmen vorgegeben (öffentliche bzw. öffentlich-gebundene Unternehmen). Aus der Leistungskonzeption wird in einem Leistungsplan festgelegt,

- welche Aufbauorganisation gewählt wird,
- in welchem Umfang die Betriebsbereitschaft aufrechtzuerhalten ist, und, damit verbunden,
- in welcher Qualität und Quantität die für die Leistungserstellung benötigten Produktionsfaktoren vorzuhalten bzw. deren Verfügbarkeit sicherzustellen ist.

Hinzukommen müssen Kenntnisse und Erfahrungen darüber, wie die vorhandenen Produktionsfaktoren nach Einbeziehung des Leistungsobjektes ökonomisch und sachzielbezogen kombiniert werden können. Erfahrung und Können, sowohl im dispositiven, als auch im Leistungsbereich, sind wesentliche Elemente des akquisitorischen Potentials im Rahmen der Angebotspolitik³⁰ von Dienstleistungsunternehmen.

3.3 Der Übergang von der Betriebs - zur Leistungsbereitschaft

Mit dem Dienstvertrag wird das Leistungsversprechen des Anbieters in eine Leistungsberechtigung auf Seiten des Nachfragers umgewandelt. Der Absatz der betrieblichen Leistung erfolgt demnach bei Dienstleistungsbetrieben, anders als bei Sachleistungsbetrieben, von Beginn der Leistungserstellung³¹. Zur Vorbereitung auf die Leistungserstellung muß der Betrieb bzw. der betroffene Teilbetrieb von der Betriebsbereitschaft in

³⁰ In Abgrenzung zu Sachleistungsbetrieben ist für Dienstleistungsbetriebe und für öffentliche Unternehmen der Begriff Angebots- an Stelle von Absatzpolitik gebräuchlich. Oettle, K.; Die Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 97, sowie Thieme, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 161 ff.

³¹ Diese Besonderheit ist z.T. auch bei Sachleistungsbetrieben zu erkennen, beispielsweise dann, wenn es sich um Einzelfertigungen handelt (z.B. im Maschinenbau).

die Leistungsbereitschaft³² überführt werden. Diese betriebliche oder teil-betriebliche Zustandsveränderung ist vor allem dann erforderlich, wenn der Standort des Betriebes und der Standort des Leistungsobjektes bzw. der vereinbarte Ort der Leistungserstellung nicht übereinstimmen.

Neben der unterschiedlichen Örtlichkeit von internen Produktionsfaktoren und Leistungsobjekt machen auch zeitliche und sachliche Gesichtspunkte eine betriebliche Zustandsveränderung erforderlich. So müssen beispielsweise die Werkzeuge den Anforderungen des Leistungsobjektes entsprechend vorhanden bzw. eingerichtet sein, oder es kann notwendig werden, daß für einen speziellen Leistungsprozess zusätzliche Informationen beschafft werden müssen oder zusätzliche Planungsmaßnahmen erforderlich werden (z.B. Routenplanung)³³.

Soweit sich der Übergang von der Betriebs- zur Leistungsbereitschaft in Form einer Ortsveränderung vollzieht, ist damit ein spezielles Problem verbunden: die "geringe Abschirmmöglichkeit gegenüber externen Störungen"³⁴. Diese Störungsanfälligkeit tritt zwar auch in einigen Sachleistungsbranchen auf, z.B. in der Bauwirtschaft, für bestimmte Dienstleistungssektoren sind solche störenden Einflüsse jedoch geradezu charakteristisch³⁵. Verstärkt wirkt sich die geringe Abschirmmöglichkeit auf die Leistungsfähigkeit jener Branchen aus, welche diesen externen Störungen nicht nur im Übergang zur Leistungsbereitschaft, sondern auch im Verlaufe der Leistungserstellung selbst

32 Für dieselben Sachverhalte verwendet Riebel die Begriffe "statische und dynamische Betriebsbereitschaft". Er weist darauf hin, daß "... in beiden Formen oft noch zwischen verschiedenen Bereitschaftsstufen und -graden " unterschieden werden muß. Riebel, P., Die Bereitschaftskosten ..., a.a.O., S. 375. Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, daß mit dem Begriffspaar "tote und lebende Betriebsbereitschaft" ein anderer Sachverhalt beschrieben wird. Vgl. hierzu: Heinen, E.: Betriebswirtschaftliche Kostenlehre - Kostentheorie und Kostenentscheidungen, 5. Aufl., Wiesbaden 1978, S. 370 f.

33 Die Notwendigkeit, einen Betrieb von der Betriebs- zur Leistungsbereitschaft überführen zu müssen, tritt, wenngleich in geringerem Ausmaß, auch in Sachleistungsbetrieben auf. Vgl. hierzu: Riebel, P.; Die Bereitschaftskosten ..., a.a.O., S. 375 f.

34 Clausen, Th.: Zur Diskussion des "Verkehrsleistungs"-Begriffes, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, 50. Jg. (1979), S. 245 - 257, hier: S. 256. Solche externen Störungen sind beispielsweise Witterungseinflüsse oder Einflüsse aus dem Verkehrsumfeld.

35 In erster Linie ist hier der Verkehrsbereich, evt. mit Ausnahme des Rohrleitungsverkehrs, zu nennen. Aber auch andere Dienste mit hohem Mobilitätsbedarf, z. B. Reparatur- oder Wartungsdienste, werden in ihrer Leistungsfähigkeit durch externe Störungen beeinträchtigt.

ausgesetzt sind. Auch in diesem Zusammenhang sind vor allem die Verkehrs- und Bauwirtschaft zu nennen.

3.4 Leistungsobjekte und Leistungserstellungsprozess

Voraussetzung für die Produktion von Dienstleistungen ist, neben der Leistungsbereitschaft des Betriebes, die Präsenz von Leistungsobjekten. Leistungsobjekte können sowohl Personen (unmittelbar persönliche Dienstleistungen)³⁶ als auch Sachgüter (sachgüterbezogene Dienstleistungen) sein³⁷. Kennzeichnend für Leistungsobjekte ist die Tatsache, daß sie während des Leistungsprozesses nicht in die Verfügungsgewalt des Anbieters übergehen. Da sie jedoch sowohl Umfang und Qualität, als auch die Beurteilung der Leistung maßgeblich beeinflussen, "... läßt sich der Leistungsprozeß (...) nur in relativ geringem Ausmaß autonom bestimmen ..."³⁸.

Eine Dienstleistung entsteht dadurch, daß das Leistungsobjekt durch das Zusammenwirken mit den internen Produktionsfaktoren im Verlauf eines Leistungsprozesses oder als dessen Konsequenz eine Zustandsveränderung in der gewünschten bzw. nachgefragten Form erfährt³⁹. Dienstleistungen manifestieren sich demnach in dem veränderten Zustand der Leistungsobjekte. "Da die Dienstleistung unkörperlich, das heißt materiell nicht faßbar ist, bedarf es zu ihrer Übertragung (...) der Materialisierung in irgend einer Form."⁴⁰ Wegen ihres immateriellen Charakters sind Dienstleistungen also an materielle Trägermedien (Leistungsobjekte) gebunden. Die Immaterialität und die daraus folgende Notwendigkeit einer zeitlichen und sachlichen Kongruenz von Leistungserstellung und -nutzung führen zu der "... Unmöglichkeit der Vorratsproduktion von Dienstleistungen."⁴¹

36 Für diese Form sind auch Begriffe wie "personenbezogene D." oder "interaktionsorientierte D." gebräuchlich. Personen als Leistungsobjekte müssen nicht mit dem Nachfrager identisch sein (Leistungen für Dritte).

37 Eine tiefgegliederte Typologie von Dienstleistungen wurde ausgearbeitet von: Decker, F.; Dienstleistungsbetriebe, a.a.O., Sp. 1167 ff, insbes. Abb. 3.

38 Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 57.

39 Vgl. u.a.: Willeke, R.; Produktion ..., a.a.O., Sp. 2114.

40 Maleri, R.; Grundzüge ..., a.a.O., S. 38.

41 ebd., S. 39; siehe auch: Decker, F.; Dienstleistungsbetriebe, a.a.O., Sp. 1166; Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 62.

3.5 Die Anpassungselastizität von Dienstleistungsbetrieben

Bedingt durch die Tatsache, daß Produktion und Konsum simultan erfolgen müssen und die Leistung bereits vor der Produktion abgesetzt werden muß, ist Dienstleistungsunternehmen die Möglichkeit genommen, bei Beschäftigungsschwankungen die Lagerhaltung als stabilisierenden Puffer zu nutzen. Damit ist die Dienstleistungswirtschaft bei ihrem Bemühen, die Kapazität an veränderte Beschäftigungslagen anzupassen "... in aller Regel um eine Elastizitätsvariante ärmer (...) als die Sachleistungswirtschaft."⁴²

Von den verschiedenen Möglichkeiten der Anpassung an veränderte Nachfragesituationen⁴³ ist für Dienstleistungsbetriebe vor allem die zeitliche Anpassung von Bedeutung: die Betriebskapazität muß durch eine entsprechende Aufbau- und Organisationsplanung so flexibel gehalten werden, daß eine Anpassung an das sich temporär verändernde Nachfragesvolumen möglich ist. Der Notwendigkeit für Reaktionen auf veränderte Nachfragesituationen ist für einzelne Dienstleistungsbereiche unterschiedlich; sie ist umso höher,

- je stärker sich die Nachfrage im Tages-, Wochen-, Monats- und Jahresverlauf ändert;
- je weniger es gelingt, durch preispolitische⁴⁴ oder akquisitorische Maßnahmen⁴⁵ die Nachfrageschwankungen zu stabilisieren oder auszugleichen, und
- je stärker der Wettbewerb oder externe Kontrollmechanismen zu wirtschaftlicher Betriebsführung zwingen.

42 Oettle, K.; Die Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 19.

43 Es handelt sich hierbei vor allem um verschiedene Formen der zeitlichen, intensitätsmäßigen, quantitativen und/oder selektiven Anpassung. Vgl. hierzu u.a.: Riebel, P.: Die Elastizität des Betriebes, Köln/Opladen 1954; Wöhe, G.: Einführung ..., a.a.O., S. 506 ff.; Willeke, R.; Produktion ..., a.a.O., Sp. 2118.

44 In diesem Zusammenhang wird vor allem eine zeitliche Preisdifferenzierung (z.B. peak load pricing) diskutiert, die allerdings nur bei preiselastischer Nachfrage wirksam werden kann. Einen Überblick über die Methoden und Bereiche der Spitzenlastpreisbildung geben: Bailey, E.E.; White, L.J.: Reversals in Peak and Off-Peak Prices, in: The Bell Journal of Economics and Management Science, Vol. 5, Nr. 1, Spring 1974, S. 75 - 92. Über verschiedene Berechnungsmethoden und Anwendungsbeispiele wird berichtet in: Blankart, Ch. B.; Faber, M. (Hrsg.): Regulierung öffentlicher Unternehmen, Königstein 1982, insbes. mit den Beiträgen zu Abschn. 4 (S. 77 - 132).

45 Vgl. hierzu: Bauer, K. M.: Vorratsakquisition von Transportaufträgen, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, 52. Jg.(1981), S. 106 - 116.

Eine synchrone Anpassung der Betriebskapazität an Nachfrageschwankungen wird durch die Auswirkungen verschiedener Einflußfaktoren be- bzw. verhindert:

- die Prognose der Nachfrage erfolgt unter Unsicherheit; speziell in Bereichen, in welchen die Nachfrage vorwiegend von marktexternen Faktoren beeinflusst wird (abgeleitete Nachfrage) ist die Gefahr von Fehlprognosen hoch;
- die Kapazitäten eines Betriebes oder Betriebsteiles können kurz- bis mittelfristig nicht beliebig variiert werden (Unteilbarkeit von Produktionseinheiten, vor allem bei komplementären Faktorkombinationen);
- Arbeitszeiten sind durch Verträge oder Vereinbarungen weitgehend festgelegt; die Schichtdauer und die Tages- bzw. Wochenarbeitszeit sind nur in engen Grenzen veränderbar;
- für Dienstleistungsunternehmen, die öffentliche Aufgaben erfüllen, kann die Aufrechterhaltung eines bestimmten Kapazitätsniveaus wesentlicher Bestandteil der Aufgabenerfüllung sein (komplementäre Mischgüter bzw. Optionsgüter);
- außerdem kann für jedes Dienstleistungsunternehmen die Vorhaltung einer Mindestkapazität über das nachfragebedingte Kapazitätsniveau hinaus allein aus angebotspolitischen Gründen⁴⁶ sinnvoll sein.

Als Folge der eingeschränkten Anpassungsmöglichkeit treten in Dienstleistungsbetrieben temporär oder ständig Überkapazitäten auf, die sich auf der Kostenseite als Leerkosten⁴⁷ abbilden. Die Feststellung der Existenz von Leerkosten wird, häufig in Unkenntnis der leistungsbedingten Erfordernisse, als Indiz für eine ineffiziente Leistungserstellung herangezogen, das Vorhandensein und "das große Gewicht der Leerkosten ist verständlicherweise eine stetige Versuchung der "Kostenjäger" ..."⁴⁸

Ziel der Kapazitätsplanung in Dienstleistungsbetrieben ist daher vor allem Minimierung der Betriebskapazität unter Berücksichtigung

- der antizipierten Nachfrage, und

46 Oettle, K.; Die Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 26.

47 "Leerkosten sind der Teil der fixen Kosten, der durch die Produktion nicht genutzt wird." Wöhe, G.: Einführung ..., a.a.O., S. 461.

48 Oettle, K.; Die Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 19.

- der aus angebotspolitischer Sicht notwendigen oder der aus öffentlichem Interesse geforderten Mindestkapazität.

Wird diese Planungsaufgabe nicht befriedigend gelöst, oder entwickelt sich die Nachfrage anders als prognostiziert, entstehen entweder Kapazitätsengpässe, verbunden mit Wartezeiten für die Nachfrager, oder Überkapazitäten, verbunden mit Leerkosten für die Anbieter.

Die Praxis zeigt, daß Kapazitätsengpässe bei Nachfragespitzen von Dienstleistungsunternehmen z.T. bewußt in Kauf genommen werden, da

- das Kapazitätsniveau aus den genannten Gründen kurzfristig nicht beliebig variiert werden kann, und
- die bei Kapazitätsengpässen auftretenden Zusatzkosten überwiegend von den Nachfragern getragen werden (müssen)⁴⁹.

Besonders schwierig wird die Feststellung und der Abbau von unwirtschaftlichen Überkapazitäten vor allem dann, wenn die Kapazitätsvorhaltung ein Teil der Angebotspolitik oder Bestandteil der Erfüllung öffentlicher Aufgaben ist. Da beispielsweise öffentliche Vorgaben zur Kapazitätsvorhaltung oft unscharf und unverbindlich formuliert werden, ist es im Einzelfall schwer, wenn nicht gar unmöglich, ineffiziente Betriebsgrößen von politisch geforderten Mindestkapazitäten zu unterscheiden.

4. Der Rettungsdienst als Dienstleistungsbetrieb - Zuordnung aufgrund der Leistungscharakteristik

Vergleicht man die Leistungsanforderungen an den Rettungsdienst mit den Erläuterungen zu "typischen" Dienstleistungsbetrieben, so fällt eine Zuordnung relativ leicht. Eine ganze Anzahl der Kriterien, die für Dienstleistungsbetriebe charakteristisch sind, treffen auch für den Rettungsdienst zu:

- zwischen Leistungsträger und Patient muß ein unmittelbarer, zeitlich und räumlich synchroner Kontakt hergestellt werden;
- die Leistungserstellung im Rettungsdienst ist auftragsindividuell;

⁴⁹ Solche Zusatzkosten sind vor allem Wartezeiten und Qualitätsminderungen, die bei geringer Nachfrageelastizität in vollem Umfang auf die Nachfrager überwälzt werden.

- die betriebliche Vorleistungen sind sowohl geistig-abstrakt, als auch materiell; Ausbildung und Erfahrung der Einsatzpersonals sowie fachliche Kenntnisse und organisatorisches Geschick bei der Planung und Koordination der Einsätze sind wesentliche Voraussetzungen für Erfüllung der gestellten Aufgabe;
- die Leistungstiefe der beteiligten Unternehmen ist relativ gering.

Im Bezug auf die Prozeß- oder Ergebnisbezogenheit wurde bereits darauf hingewiesen, daß speziell bei Verkehrsleistungen und bei der ärztlichen Behandlung weniger der Leistungsprozeß von Interesse ist, "der Abnehmer (...) ist lediglich am (möglichst raschen) Leistungsvollzug interessiert."⁵⁰

Die Aufgabe des Rettungsdienst ist zwar eindeutig auf das Leistungsergebnis hin orientiert, in der Aufgabenbeschreibung lassen sich jedoch auch Anforderungen an den Leistungserstellungsprozeß erkennen: "Aufgabe des Rettungsdienst ist es, bei Notfallpatienten am Notfallort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen und die Transportfähigkeit herzustellen sowie diese Personen unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit und Vermeidung weiterer Schäden in ein geeignetes Krankenhaus zu bringen (...). Aufgabe des Rettungsdienstes ist es auch, kranke, verletzte oder sonstige hilfsbedürftige Personen unter sachgerechter Betreuung zu befördern, die keine Notfallpatienten sind."⁵¹

Mit dieser Aufgabenstellung kommt der Rettungsdienst einer "typischen" Dienstleistung sehr nahe. Bevor die Konsequenzen, die sich aus dieser Zuordnung für die Planung, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes ergeben, erläutert werden, wird in den nachfolgenden Abschnitten, die Stellung des Rettungsdienstes im Gesamtsystem des Rettungswesens dargelegt und die Besonderheiten der Leistungserstellung im Rettungsdienst beschrieben.

50 Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 30. Die Ergebnisorientierung der Verkehrsleistung betont insbesondere Diederich, H.; Verkehrsbetriebslehre, a.a.O., S. 30. Von Interesse sind in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen von Clausen, Th.; Zur Diskussion ..., a.a.O., S. 250 f.

51 § 1 (1) und (2) dem Muster für ein Ländergesetz für den Rettungsdienst, in: Bundestagsdrucksache 7/489 v. 27.4.73, a.a.O., Anlage 1.

V. DER LEISTUNGSERSTELLUNGSPROZESS IM RETTUNGSDIENST

1. Die Stellung des Rettungsdienstes in der Rettungskette

Bei der Rettung¹ von Notfallpatienten werden verschiedene, aufeinander abgestimmte Maßnahmen durchgeführt. Die einzelnen Bereiche des Rettungswesen werden durch vereinfachend durch die Rettungskette beschrieben. Diese Kette ist wie folgt gegliedert²:

- Erste Hilfe/Sofortmaßnahmen: Nach Auftreten und Erkennen eines Notfalles ist es Aufgabe von Ersthelfern (Verkehrsteilnehmer, Passanten, Familienangehörigen etc.), die Situation des Notfallpatienten, soweit möglich, zu stabilisieren und durch die Abgabe einer Notfallmeldung die nachfolgenden Rettungsmaßnahmen einzuleiten.
- Meldung: Um eine rasche Notfallmeldung an die richtige Stelle (Rettungsleitstelle) zu ermöglichen, sind verschiedene technische Meldeeinrichtungen und -systeme geschaffen worden: einheitliche Notrufnummer, münzfreier Notruf aus besonders gekennzeichneten Fernsprechkabellen, Notrufmelder und Notruftelefone an Bundesautobahnen, sowie an Bundes- und Landstraßen, Hausnotruf.
- organisierter Rettungsdienst³: Ausgehend von der Meldung, die von der Rettungsleitstelle aufgenommen wird, fällt die Entscheidung, von welchem Rettungsteam und mit welcher Dringlichkeitsstufe der jeweilige Notfall (oder Krankentransport) zu bearbeiten ist. Folgende mobile Rettungsmittel stehen für den Einsatz bereit: Krankentransportwagen (KTW), Rettungswagen (RTW), Notarztwagen (NAW, entspricht einem RTW, der mit einem Notarzt besetzt ist), Notarzteinsatzfahrzeug (NEF, für die Anfahrt des Arztes zum Notfallort, unabhängig vom RTW), sowie Rettungshubschrauber (RTH). Die Rettungsteams (ausgebildetes Einsatzpersonal mit entsprechenden Rettungsmitteln) fahren mit der angeordneten Dringlichkeitsstufe

1 Rettung wird hier als "medizinische" Rettung interpretiert. Die von Feuerwehren, Technischem Hilfswerk und ähnlichen Einrichtungen durchgeführte technische Rettung (Bergung) ist nicht Gegenstand der Untersuchung.

2 Siehe hierzu auch: Bouillon, B., et al.: Ansatzpunkte für Forschungsarbeiten zum Rettungswesen, Projektgruppenberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Nr. 19, Bergisch Gladbach 1987, S. 6 ff.

3 Der organisierte Rettungsdienst, der auf der Grundlage landesrechtlicher Regelungen (Rettungsdienstgesetze, Brandschutzgesetze, öffentlich-rechtliche Vereinbarungen) durchgeführt wird, ist zu unterscheiden von privaten oder gemeinnützigen Rettungs- oder Krankentransportorganisationen, die ihre Rechtsgrundlage ausschließlich im PBefG (insbes. § 49 (2) PBefG) haben.

(mit/ohne Sondersignalnutzung) zum Notfallort und übernehmen die Weiterversorgung des/der Patienten. Nach Herstellung der Transportfähigkeit erfolgt die Beförderung in die nächstgelegene, geeignete medizinische Versorgungseinrichtung, wobei der Patient auch während der Beförderung überwacht und betreut wird.

- Klinik: In der Klinik wird der Patient zur definitiven medizinischen Versorgung übernommen. Für Notfallpatienten ist z. T. ein spezieller Notaufnahmebereich eingerichtet worden, um bereits bei der Aufnahme durch eine umfassende Diagnostik frühzeitig die Maßnahmen zur Weiterbehandlung festlegen zu können.

Dieser vereinfachend dargestellte Ablauf des Rettungsprozesses macht deutlich, daß zur sachgerechten Durchführung der Gesamtaufgabe eine zweistufige Organisationsoptimierung vorgenommen werden muß:

- die einzelnen Teilbereiche müssen jeweils für sich selbst effektiv organisiert sein, und
- die Übergangsbereiche müssen so aufeinander abgestimmt sein, daß ein reibungsloses Ineinandergreifen sichergestellt ist⁴.

Obwohl die Funktionsfähigkeit aller Teilsysteme für die Erfüllung der Aufgabe erforderlich ist, nimmt der Rettungsdienst im Gesamtsystem eine besondere Stellung ein. Betrachtet man den Ablauf einer Rettungsaktion, so müssen mindestens zwei Ebenen unterschieden werden: eine Handlungs- und eine Kommunikationsebene. In der Handlungsebene erfolgt stufenweise die Versorgung des/der Patienten bis hin zur definitiven medizinischen Versorgung in einer Klinik. Parallel zu diesem Handlungsablauf werden auf der Kommunikationsebene Informationen zwischen und innerhalb von Teilsystemen ausgetauscht. Auf dieser Ebene werden die Notrufe und Einsatzanforderungen angenommen, werden Rettungsmittel disponiert und koordiniert, außerdem wird Verbindung mit den Einsatzzielen (Krankenhäusern) gehalten um dort die Patientenaufnahme vorzubereiten. Ergänzend zu diesen, den Rettungsablauf begleitenden und steuernden Kommunikationslinien übernimmt die Kommunikationsebene häufig auch unterstützende Funktionen, beispielsweise in der Form, daß

4 Die Ursachen für die Schwierigkeiten bei der Organisation der Rettungskette sind vor allem in der Tatsache begründet, daß in den einzelnen Teilbereichen unterschiedliche Akteure, Motivation und Handlungsprinzipien anzutreffen sind. Vgl. zu diesem Aspekt Bouillon, B., et al.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., insbes. Übersicht 1 (S. 8).

- Ersthelfer über die erforderlichen Maßnahmen informiert und bei der Maßnahmenumsetzung angeleitet werden⁵;
- dem Einsatzpersonal bei Bedarf zusätzliche Informationen übermittelt werden, beispielsweise durch den Zugriff auf spezielle Dateien oder durch Kontaktaufnahme mit Spezialisten.

Die Kommunikationszentrale sowohl für den Rettungsdienst, als auch für die gesamte Rettungskette, ist die Rettungsleitstelle. Zumindest auf der Kommunikationsebene nimmt der Rettungsdienst innerhalb des Rettungssystems eine tragende Funktion ein.

Wenn in der öffentlichen Diskussion, aber auch in der Forschung, dem organisierten Rettungsdienst verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet wurde und z.T. noch wird, sollte nicht vergessen werden, daß für eine Optimierung des Gesamtsystems alle Systemteile organisiert und koordiniert werden müssen. Das vorherrschende Denken in Teilsystemen, das häufig im Rettungsablauf zu Abstimmungsproblemen und Reibungsverlusten führt⁶, sollte in eine Sichtweise überführt werden, die das Rettungswesen als Gesamtsystem begreift.

2. Die Leistungskonzeption des Rettungsdienstes

Aus der in den Rettungsdienstgesetzen vorgegebenen Aufgabenbeschreibung wird deutlich, daß dem organisierten Rettungsdienst zwei Leistungsaufgaben gestellt sind:

- die Versorgung und Beförderung von Notfallpatienten⁷ (= Notfallrettung), und

5 Vor allem im Zusammenhang mit einer Breitenausbildung in Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW) wird der sog. "Telefonreanimation" große Bedeutung beigemessen.

6 Als Beispiel für das Denken in Teilsystemen ist die "Pforten-Theorie" zu nennen, nach welcher die Kompetenzen und die Verantwortlichkeit der Klinik an der Klinikpforte enden. Die Folgen dieser Abgrenzung sind, daß die Abstimmungsprobleme zum Rettungsdienst nicht gesehen bzw. nicht behoben werden. Einen Überblick über existierende Abstimmungsprobleme geben: Bouillon, B., et al.: Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 95 ff.

7 "Notfallpatienten sind Personen, die sich infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände in Lebensgefahr befinden oder deren Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine wesentliche Verschlechterung besorgen läßt, sofern nicht unverzüglich medizinische Hilfe eingreift." § 1 (1) des Modells für ein Ländergesetz über den Rettungsdienst, in: Bundestagsdrucksache 7/489 v. 27. 4. 1973, a.a.O., Anlage 1.

- die Versorgung und Beförderung von Kranken, Verletzten oder hilfsbedürftigen Personen, die einer sachgerechten Betreuung bedürfen (= Krankentransport)⁸.

In den vergangenen Jahren wurde eine intensive Diskussion um die Abgrenzung der Leistungsaufgaben geführt, vor allem hinsichtlich der Abgrenzung der Krankentransporte zu den Patientenfahrten. Im Grunde geht es dabei um eine Abgrenzung der Aufgabenbereiche von organisiertem Rettungsdienst und dem privaten Personenbeförderungsgewerbe⁹. Berücksichtigt man die Aufgabenbeschreibung in den Rettungsdienstgesetzen, ist die Abgrenzung eigentlich klar: die Beförderung von Personen, die keiner Betreuung bedürfen, ist keine Aufgabe des Rettungsdienstes. Abgrenzungskriterium ist eindeutig die i.d.R. medizinisch indizierte und vom Arzt angeordnete Betreuung der Patienten und nicht, wie häufig angeführt, die Beförderungsposition (sitzend oder liegend)¹⁰.

3. Komponenten der Leistungserstellung

3.1 Übersicht über die Teilaufgaben bei der Leistungserstellung

Die komplexe Aufgabenstellung des Rettungsdienstes führt dazu, daß im Leistungserstellungsprozeß unterschiedliche Teilaufgaben oder Leistungskomponenten unterschieden werden müssen (Übersicht 5.1). Direkt aus der Aufgabenstellung der Rettungsdienstgesetze ableitbar sind

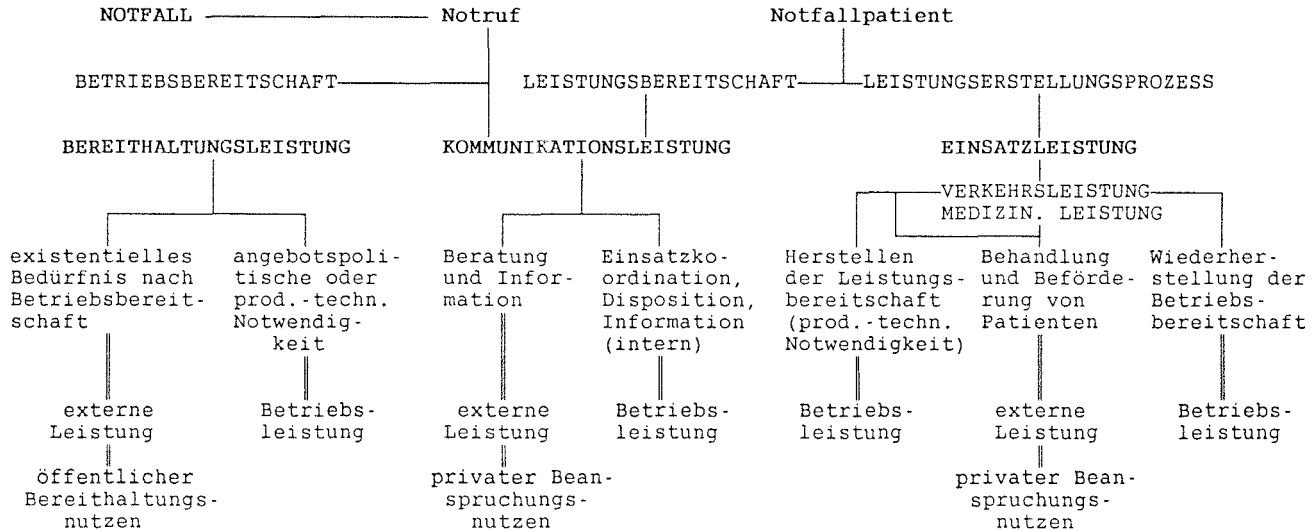
- die medizinische Versorgungs- und Betreuungsfunktion, und

8 Obwohl Personen üblicherweise befördert werden (deshalb auch Personenbeförderungsgesetz), hat sich im Rettungsdienst die Meinung durchgesetzt, daß Patienten transportiert werden müssen (Krankentransportwagen). Vgl. hierzu die sehr interessanten Überlegungen von Biese, A.: Das Rettungswesen als Systembegriff, in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 1, Nr. A.1, S. 2.

9 Vgl. in diesem Zusammenhang die Stellungnahme des Personenbeförderungsgewerbes: Bundesverband des Deutschen Personenbeförderungsgewerbes (BDP) e.V. (Hrsg.): Dokumentation zur Krankenbeförderung, Frankfurt 1984, S. 6 ff. Siehe hierzu auch die "Abgrenzung der Aufgaben zwischen Krankenbeförderung des Rettungsdienstes und Patientenfahrten des Taxi- und Mietwagengewerbes" vom 28. 11. 1980, abgedruckt bei: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. 1180.

10 Siehe als Beispiel: BDP (Hrsg.): Dokumentation zur Krankenbeförderung, a.a.O., S. 6 f. Auch in den Gebührenregelungen zum Rettungsdienst wird häufig noch diese Unterscheidung getroffen.

Übersicht 5.1: LEISTUNGS- UND NUTZENKOMPONENTEN IM RETTUNGSDIENST



- die Verkehrs- bzw. Beförderungsfunktion¹¹.

Diese beiden Komponenten bilden, in unterschiedlicher Struktur, die Einsatzleistung des Rettungsdienstes.

Ausgehend von der Forderung, "... an jedem Ort, zu jeder Zeit unterschiedslos jedem Menschen..."¹² die benötigte Hilfe zur Verfügung zu stellen und der Tatsache, daß das Auftreten von Notfällen nicht vorhersehbar ist, wird die Notwendigkeit hergeleitet, daß der Rettungsdienst über das konkrete Einsatzgeschehen hinaus einsatzbereit sein solle, ja müsse. Es besteht demnach ein "existentielles" Bedürfnis nach Dienstbereitschaft. "Existentieller Natur sind im strengen physischen Sinne lediglich jede Bedürfnisse nach Dienstbereitschaft, die nur unter Gefährdung von Leib und Leben unerfüllt bleiben können. Hierzu gehören vor allem die Bedürfnisse nach durchgängiger Bereitschaft von ärztlichen und anderen Rettungsdiensten ..." ¹³. Der Umfang an Betriebs- bzw. Dienstbereitschaft, der erforderlich ist, um diese Bedürfnisse zu befriedigen, stellt eine eigenständige Komponente der Leistungspalette des Rettungsdienstes dar. Ergänzend zum Einsatznutzen, der weitgehend als privater Nutzen angesehen werden muß, befriedigt der Rettungsdienst durch seine ständige Einsatzbereitschaft die Optionsnachfrage und schafft damit zusätzlichen, nun aber öffentlichen Bereithaltungsnutzen.

Eine Quantifizierung dieser über die tatsächliche Inanspruchnahme hinausgehenden Dienstbereitschaft ist schon in der Theorie kaum möglich. Noch schwieriger ist es, im konkreten Fall die notwendige Dienstbereitschaft für die Einsatzleistung und die zur Befriedigung des "option demand" vorgehaltenen Einsatzbereitschaft eindeutig voneinander abzugrenzen. Für Dienst-

11 Die Verkehrsfunktion der Leistungserstellung ist als Oberbegriff zu interpretieren, unter welchem alle verkehrlichen Aktivitäten des Rettungsdienstes zusammengefaßt werden. Die Beförderungsfunktion ist der Teil der Verkehrsleistung, der gemeinsam mit der Versorgungs- und Betreuungsfunktion als Marktleistung des Rettungsdienstes angesehen werden kann. Zum Begriff der Verkehrsleistung vgl. u.a.: Diederich, H.; Verkehrsbetriebslehre, a.a.O., S. 40 ff., Illetschko, L.L.; Transport-Betriebswirtschaftslehre, a.a.O., S. 61. Walther, A.; Einführung ..., a.a.O., S. 237 ff.; Clausen, Th.; Zur Diskussion ..., a.a.O., S. 252 f.

12 Riediger, G.; Zu den Wirkungen ..., a.a.O., S. 1

13 Oettle, K.; Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 29 f. Oettle unterscheidet von den existentiellen die produktions- bzw. kommerziellen (Telefonvermittlung, ausgelegt auf die Belastungsspitzen) und die konsumtiven Bedürfnisse nach Dienstbereitschaft (geöffnete Fachgeschäfte, auch wenn momentan kein Nachfrage besteht).

leistungsbetriebe ergibt sich zudem aus produktionstechnischen, z. T. aber auch aus angebotspolitischen Gründen das Erfordernis, zumindest temporär Überkapazitäten aufrechtzuerhalten.

Als Voraussetzung für den Übergang von der Betriebs- in die Leistungsbereitschaft war der Abschluß eines Dienstvertrages genannt worden. Ein solcher Vertrag kommt im Rettungsdienst dann zustande, wenn das Leitstellenpersonal den Notruf oder die Einsatzanforderung annimmt¹⁴. Die Aufrechterhaltung der Kommunikationswege und die Disposition der Einsätze in der Rettungsleitstelle ist in erster Linie als eine betriebsinterne Leistung anzusehen, die erforderlich ist, um die Einsatzleistung überhaupt erstellen zu können¹⁵. In vielen Fällen unterstützt, berät und informiert die Rettungsleitstelle über das tatsächliche Einsatzgeschehen hinaus Ärzte (Führung eines Krankenbettennachweises) und Patienten (Übersicht über diensthabende Ärzte und Apotheken). Außerdem übernehmen die Rettungsleitstellen in verschiedenen Rettungsdienstbereichen die Aufgabe, die Einsätze des ärztlichen Not- und Bereitschaftsdienst zu koordinieren¹⁶. Wenn diese "Nebentätigkeiten" eine bestimmte Größenordnung überschreiten, kann durchaus auf eine "marktfähige" Informations- und Kommunikationsleistung der Rettungsleitstelle geschlossen werden¹⁷.

Auf der Grundlage der Notfallmeldung trifft die Rettungsleitstelle die Einsatzentscheidung. Dadurch wird, je nachdem, welche Informationen das Meldebild vermittelt, sowohl die

-
- 14 Durch die Annahme und Bestätigung der Einsatzanforderung entsteht zwischen dem Patienten und der Rettungsdienstorganisation ein Dienstvertrag, wobei die Meldeperson als "Geschäftsführer ohne Auftrag" (§ 677 BGB in Verb. mit § 680) oder als "Erfüllungsgehilfe" (§ 278 BGB) in Erscheinung tritt. Zu den Rechtsbeziehungen zwischen Patient und Rettungsdienst vgl. u.a.: Lippert, H.D.; Weissauer, W.: Das Rettungswesen, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1984, S. 101 ff.
- 15 Vgl. hierzu die Ausführungen bei: Pugell, B.: Wirtschaftlichkeitsuntersuchung des Meldesystems "Autonotfunk" als Beitrag zur Planung des Rettungswesens, Dissertation, Universität zu Köln 1984, S. 25 und 29.
- 16 In Bayern wird durch eine Vereinbarung festgelegt, daß "die Vermittlung der Einsätze des kassenärztlichen Notfalldienstes (...) unter Verwendung der Einrichtungen der Rettungsleitstellen und Rettungswachen ..." erfolgt. "Vereinbarung über die Beteiligung an den Kosten des organisierten kassenärztlichen Notfalldienstes der KV Bayerns, v. 3.9.1979, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. Bay 1595, S. 2, Pkt.I.
- 17 So ist in Bayern festgelegt worden, daß das Bayerische Rote Kreuz von der KV Bayern eine "... Kostenbeteiligung für die Mitwirkung (...) an der Durchführung des kassenärztlichen Notfalldienstes ..." übernimmt. Vgl. hierzu: "Vereinbarung über die Beteiligung ...", a.a.O., hier: Anl. 2 (§ 7) und Anl. 3.

- Verkehrsleistung (z.B. Auswahl des nächstgelegenen Einsatzfahrzeuges, Anordnung des Einsatzes mit Sondersignal), als auch die
- medizinische Leistung (z. B. durch die Alarmierung eines bestimmten Einsatzteams)

vorgeprägt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die leistungsbereiten Einsatzteams tatsächlich in Anspruch genommen werden, d.h. ob die Leistungsbereitschaft in einen Leistungserstellungsprozess übergeführt werden kann, zeigt sich erst, wenn vor Ort nach einer ersten Diagnose der Behandlungs- und Betreuungsbedarf für die/den Patienten konkret festgelegt werden kann¹⁸.

3.2 Die Verkehrsleistung als Grundfunktion des Rettungsdiensteinsatzes

Die Analyse eines Rettungsdiensteinsatzes zeigt, daß die genannten Leistungskomponenten ihrerseits wiederum in Teilbereiche untergliedert werden müssen. Dies wird nachfolgend für die Verkehrsleistung ausgeführt, kann aber in ähnlicher Form auch für die medizinische Leistung und, wenn sie als eigenständige Leistungskomponente akzeptiert wird, auch für die Kommunikationsleistung dargestellt werden.

Grundsätzlich wird die Verkehrsleistung definiert als eine "... Veränderung des Aufenthaltsortes von Personen und Gütern."¹⁹ Zur Durchführung eines Rettungsdiensteinsatzes sind die folgenden Ortsveränderungen vorzunehmen:

- Übergang von der Betriebs- zur Leistungsbereitschaft (Verkehrsleistung I). Diese Ortsveränderung wird sowohl für das Einsatzpersonal, als auch für die medizinisch-technische Ausstattung vollzogen. Vor allem bei Notfalleinsätzen muß die Verkehrsleistung I häufig unter extrem schwierigen Ein-

¹⁸ Entsprechen Qualität und Quantität der Leistungsbereitschaft nicht den Leistungsanforderungen, die sich aus der Diagnose ableiten lassen, so sind bei Überqualifizierung (Notarzt zu Schürfwunden) relative oder absolute Fehleinsätze zu verzeichnen, bei Unterqualifizierung oder zu geringem Leistungspotential vor Ort sind Nachalarmierungen erforderlich und, damit verbunden, Verzögerungen bei der Behandlung in Kauf zu nehmen.

¹⁹ Diederich, H.; Verkehrsbetriebslehre, a.a.O., S. 40.

satzbedingungen (Zeitdruck, Witterungsbedingungen, Lärm, Einflüsse aus der Verkehrsumwelt etc.²⁰) durchgeführt werden.

- Während des Leistungserstellungsprozesses (Verkehrsleistung II) werden die Patienten an einen für die Weiterbehandlung geeigneten Ort, i.d.R. in eine Klinik, befördert, wobei die Art der Beförderung vom Zustand des Patienten abhängt²¹.
- Nach Beendigung des Einsatzes (Übergabe des Patienten an die Klinik) erfolgt, soweit kein direkter Anschlußauftrag vorliegt, die Rückfahrt zur Wache (Wiederherstellen der Betriebsbereitschaft = Verkehrsleistung III).

3.3 Die medizinische Leistung des Rettungsdienstes

Neben der Verkehrsleistung ist die medizinische Leistung²² als Komponente des Rettungsdiensteinsatzes zu nennen. In diesem Leistungsbereich werden die Erkenntnisse der Notfallmedizin²³ im Rahmen der präklinischen Erstversorgung umgesetzt. Ziel dieser Maßnahmen ist die Wiederherstellung und Sicherung der Vitalfunktionen (Atmung, Bewußtsein, Kreislauf) bei Notfallpatienten, sowie die Herstellung und Aufrechterhaltung ihrer Transportfähigkeit. Nicht immer sind massive medizinische Eingriffe erforderlich, um Patienten sachgerecht zu versorgen und während der Beförderungsphase zu betreuen, häufig reicht die Überwachung des Patienten aus. Diese, mehr in den pflegerischen Bereich gehenden Maßnahmen werden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung im weiteren Sinne ebenfalls dem medizinischen Leistungsbereich zugerechnet.

20 Hier wirkt sich die bereits angesprochenen geringe Abschirmmöglichkeit gegen externe Störungen aus. Welche Bedeutung solchen Faktoren zukommen kann, wird deutlich aus der Untersuchung von Schmiedel, R.; Unterkofler, M; Unfallursachen ..., a.a.O., S. 31 (für das Unfallrisiko) und S. 74 ff. (für die Lärmbelastung).

21 Die Beförderung sollte dem Zustand des Patienten angemessen, d.h. in der Regel zügig, aber schonend, erfolgen. In besonderen Fällen wird, um dies gewährleisten zu können, für die Beförderungsphase der Rettungshubschrauber nachbestellt.

22 Als medizinische Leistung ist in diesem Zusammenhang sowohl die Leistung von Notärzten, als auch die Tätigkeit des nicht-ärztlichen Personals (Rettungssanitäter, Rettungshelfer) zu verstehen.

23 Einen Überblick über die Entwicklungen in der Notfallmedizin geben u.a.: Ahnefeld, F.W., et al.: Der Notarzt im Rettungsdienst, Teil 1 und 2, in: Notfallmedizin, 8(1982), S. 931 - 944 und 1062 - 1071.

Die Leistungsmöglichkeiten werden durch die Qualifikation des Einsatzpersonals einerseits und die medizinisch-technische Ausrüstung andererseits limitiert. Wesentliche Bereiche der Notfallmedizin sind den Notärzten vorbehalten. Das nicht-ärztliche Einsatzpersonal führt im Beisein eines Notarztes vorwiegend assistierende Tätigkeiten aus. Anders ist die Situation, wenn kein Notarzt vor Ort ist²⁴. In diesen Fällen ist das Einsatzpersonal verpflichtet, im Rahmen seiner Fähigkeiten und der vom geltenden Recht gezogenen Grenzen selbständig die Erstversorgung durchzuführen. Eine Abgrenzung der ärztlichen Tätigkeit ist zwar im Grundsatz im "Heilpraktikergesetz" vorgenommen worden, eine präzise Trennung beider Tätigkeitsbereiche ist bisher angesichts der beträchtlichen Unterschiede im Ausbildungs- und Erfahrungsstand sowohl bei Notärzten wie auch bei Rettungssanitätern vermieden worden. Eine scharfe Trennung erscheint auch deshalb problematisch, weil ehemals ärztliche Verrichtungen "... in zunehmendem Maße auf speziell aus- bzw. weitergebildetes Personal ..." ²⁵ übertragen werden. Darüberhinaus sehen sich Rettungssanitäter häufig gezwungen, im Rahmen der "... allgemeinen Hilfeleistungspflicht und der gegenüber § 323c StGB gesteigerten Pflicht zur Hilfeleistung, die sich aus der Garantenstellung ergibt, die der Rettungssanitäter durch seine Einbindung in den Rettungsdienst dem Notfallpatienten gegenüber innehat " ²⁶ mit Hinweis auf ihre originäre Notkompetenz medizinische Maßnahmen durchzuführen, die über ihren zugestandenen Aufgabenbereich hinauszugehen ²⁷.

Der Umfang, in welchem das medizinische Leistungspotential im konkreten Einsatz in Anspruch genommen werden muß, wird durch den Zustand und die Konstitution des Patienten, aber auch durch die im Rahmen der Ersten Hilfe bereits durchgeführten Maßnahmen determiniert. Bei einem Großteil der Einsätze macht der Zustand des Patienten lediglich eine ständige Überwachung der Vitalfunktionen erforderlich, das Tätigkeitsspektrum der Notfallmedizin reicht jedoch bis zur Durchführung direkt lebensrettender

24 Eine Hochrechnung des Einsatzgeschehens im Rettungsdienstes zeigt, daß zwei Drittel aller Notfalleinsätze ohne Notarztbegleitung durchgeführt werden. Vgl. hierzu: Deutscher Bundestag, Drucksache 11/2364 v. 25.5.88: Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1987 (Übersicht Rettungswesen), Anlage 1, Tab. 1 (S. 145).

25 Lippert, H.D.; Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 79.

26 Ebenda, S. 83.

27 Zur Notkompetenz des Rettungssanitäters vgl.: ebenda, S. 82 ff.

Maßnahmen (Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW), Intubation, Defibrillation, Beatmung, Medikamentenapplikation etc.)²⁸.

3.4 Die Gewichtung der Komponenten bei unterschiedlichen Leistungsaufgaben.

In den gesetzlichen Grundlagen ist festgelegt, daß der Rettungsdienst die Leistungsaufgaben Notfallrettung (mit/ohne Notarzt) und Krankentransport wahrzunehmen hat. Werden die abgeleiteten Leistungskomponenten zu diesen Aufgabenbereichen in Bezug gesetzt, wird schnell deutlich, daß diese Komponenten in den einzelnen Bereichen von unterschiedlicher Bedeutung sind (Übersicht 5.2).

Übersicht 5.2: UNTERSCHIEDLICHE ANFORDERUNGEN BEI NOTFALL- UND KRANKENTRANSPORTEINSÄTZEN

	EINSATZLEISTUNG			Medizinische Leistung	BETRIEBS- BEREITSCHAFT
	Verkehrsleistung				
	I	II	III		
NOTFALLEINSÄTZE					
- mit Notarzt	XXX	XXX	X	XXX	XXX
- ohne Notarzt	XXX	XXX	X	XX	XXX
KRANKENTRANSPORT	X	XX	X	X	X

Erläuterung: XXX = höchste Anforderungen
XX = hohe Anforderungen
X = geringe Anforderungen

Aus der Übersicht wird deutlich, daß zur Erfüllung der verschiedenen Leistungsaufgaben zwar alle Komponenten vorhanden sein müssen, bezüglich der Leistungsausprägung sind für die einzelnen Komponenten jedoch Unterschiede zwischen den Aufgabenbereichen zu erkennen. Die beiden Einsatzbereiche der Notfallrettung (mit/ohne Notarzt) unterscheiden sich lediglich im Niveau der medizinischen Leistung, die Anforderungen an die Verkehrsleistung und die Bereitschaftsleistung sind in beiden Fällen gleich hoch. Anders ist die Situation für die Krankentransporte: an die Herstellung der Leistungsbereitschaft (Verkehrsleistung I) werden nur geringe Anforderungen gestellt, in erster Linie ist hier Pünktlichkeit gefragt. In der Beförderungsphase (Verkehrsleistung II) werden höhere Anforderungen

²⁸ Einen Überblick über die notfallmedizinischen Maßnahmen geben: Lippert, H.D., Weissauer, W; Der Rettungsdienst, a.a.O., S. 36 ff.

rungsphase (Verkehrsleistung II) werden höhere Anforderungen gestellt, zumindest ist auf den Gesundheitszustand Rücksicht zu nehmen. Die Verkehrsleistung III wird, wenn kein direkter Anschlußauftrag vorliegt, ohne besondere Anforderungen durchgeführt. Das medizinische Leistungsniveau ist bei Krankentransporten im Normalfall gering, im Vordergrund stehen pflegerische Tätigkeiten.

Diese deutlichen Unterschiede in den Leistungsanforderungen haben zwangsläufig zu einer Diskussion darüber geführt, ob die Bereiche Notfallrettung und Krankentransport notwendigerweise als gemeinsame Aufgabe anzusehen seien, für die der Staat einen Sicherstellungsauftrag habe.

3.5 Notfallrettung und Krankentransport - eine Einheit?

Sowohl im "Musterentwurf" für ein Rettungsdienstgesetz²⁹, als auch in der Mehrzahl der landesrechtlichen Regelungen zum Rettungsdienst sind beide Bereiche als Bestandteile der Leistungsaufgabe des Rettungsdienstes definiert worden, wobei der Notfallrettung allerdings grundsätzlich Priorität einzuräumen ist.

Die Gründe für eine Zusammenfassung der beiden Aufgabenbereiche "... zu einer organisatorischen und funktionalen Einheit ..." ³⁰ liegen einerseits im medizinischen Bereich, andererseits sprechen Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte für diese Vorgehensweise:

- In der Vergangenheit hat sich gezeigt, daß "... immer häufiger bei scheinbar einfachen Krankentransporten Verschlechterungen des Zustandes des Patienten eintreten, also eine Situation, mit der (...) auch das Personal des Krankentransportwagens fertig werden muß." ³¹ In welchem Umfang mit Zustandsveränderungen und anderen medizinischen Problemen gerechnet werden muß, zeigen Tab. 5.1 und 5.2. Die fahrzeugbezogenen Auswertung in Tab 5.1 ergibt, daß bei 5 - 8 % der KTW-Einsätze mit Komplikationen zu rechnen ist, bei jedem vierten KTW-Einsatz müssen medizinische Maßnahmen durchgeführt werden. Diese Werte liegen bei der einsatzbezogenen Auswertung deutlich niedriger (Tab. 5.2), allerdings ist

29 Bundestagsdrucksache 7/489 v. 27.4.73, a.a.O., Anlage 1.

30 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.: Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen, a.a.O., S. 12

31 Oehler, H.: Das Bayerische Gesetz über den Rettungsdienst - Kommentar, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), a.a.O., Bd. 1, Nr. B 4.2.2, S. 1 - 18, hier: S. 2.

darauf hinzuweisen, daß zum Zeitpunkt der Datenerhebung für Tab. 5.2 (1979) in der Krankentransportstatistik noch ein größerer Anteil an PKW-Einsätzen enthalten war, sodaß das tatsächliche Ausmaß der medizinischen Problemen bei Krankentransporten in Tab. 5.2 unterschätzt wird³². Die Tatsache, daß bei Krankentransporten Komplikationen auftreten, bedeutet nicht, daß all diese Fälle als Notfälle anzusehen sind, allerdings legen einige der beschriebenen Symptome (Erbrechen, Atem-, Herz-Kreislauf- oder Bewußtseinsstörungen), insbesondere wenn sie in Kombination auftreten, den Verdacht einer Lebensbedrohung nahe. Aus dieser Tatsache kann geschlossen werden, daß auch das Personal für Krankentransporte entsprechend ausgebildet sein sollte.

Tabelle 5.1: MEDIZINISCHE PROBLEME BEI KTW-EINSÄTZEN (1979, 1981)

	K T W - E I N S Ä T Z E	
	1979 n=21.511 in %	1981 n=15.374 in %
Erste Hilfe erforderlich	17.3	13.0
EH nicht bzw. unzureichend geleistet	6.3	3.4
Komplikationen bei der Beförderung	7.5	5.0
davon: (1)		
Erregung	3.1	2.0
Erbrechen	2.6	1.5
Atmung	2.0	1.1
Herz/Kreislauf	1.7	(2)
Bewußtsein	1.0	(2)
Maßnahmen bei der Beförderung	23.4	24.4
davon: (1)		
Puls- / Blutdruckkontrolle	20.6	19.4
Sauerstoffabgabe	4.0	2.7
Sonstiges	6.9	7.7

(1) Mehrfachnennungen möglich

(2) Angaben unter 1 %

Quelle: Sonderauswertung der "Dokumentationsstudie Rettungsdienst und Krankentransport 1979 und 1981" für: Bouillon, B., et al.; Ansätze ..., a.a.O., Tab. 5 und 6 (S. 55 und 56).

32 Da in Tab.4.1 die medizinischen Probleme über-, in Tab.4.2 dagegen unterschätzt werden, "... kann angenommen werden, daß das tatsächliche Gewicht medizinischer Probleme im Zwischenbereich liegt. Demnach war bei 12 - 17 % der Krankentransporteinsätze Erste Hilfe erforderlich (...). Bei 3 - 6 % aller Krankentransporte traten während des Transportes Komplikationen auf, und bei 17 - 23 % aller Krankentransporte war die Durchführung medizinischer Maßnahmen erforderlich." Bouillon, B., et al.: Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 57.

Tabelle 5.2: MEDIZINISCHE PROBLEME BEI KRANKENTRANSPORTEN (1979)

	KRANKENTRANSPORTE(1) 1979 n = 29.061 Angaben in %
Erste Hilfe erforderlich EH nicht bzw. unzureichend geleistet	11.5 3.4
Komplikationen bei der Beförderung davon:(2) Erregung Erbrechen Atmung	4.2 1.7 1.5 1.1
Maßnahmen bei der Beförderung davon:(2) Puls-/Blutdruckkontrolle Sauerstoffabgabe Sonstiges	17.4 14.7 2.4 5.6

(1) Entsprechende Angaben liegen nur für 1979 vor

(2) Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Vgl. Tab. 5.1.

- Die organisatorische Zusammenfassung der Aufgaben Notfallrettung und Krankentransport "... gestattet überdies, das vorhandene personelle und sächliche Potential sinnvoll und kostensparend einzusetzen."³³ Diese Einsparpotentiale liegen in erster Linie bei den sogenannten Hintergrunddiensten (Verwaltung, Werkstatt, Abrechnung, Beschaffung, Rettungsleistestelle, etc.), aber auch in der Möglichkeit, bei Kapazitätsengpässen in in einem Teilbereich, aber auch zur Realisierung von Zeitgewinnen, auf die Einsparpotentiale des anderen Bereiches zurückzugreifen. Daß die Nutzung dieser Rückgriffsmöglichkeit offenbar weit verbreitet ist, zeigt Tab. 5.3.

Tabelle 5.3 EINSATZART UND RETTUNGSMITTELTYP

	NOTARZTFAHRZEUGE (NAW, NEF, RTH)	RTW	KTW	PKW
Notarzteinsatz	70.3 %	28.8 %	0.8 %	--
Notfalleinsatz	--	84.8 %	15.8 %	0.1 %
Krankentransport	--	17.7 %	69.6 %	12.7 %

Quelle: Eigene Berechnungen nach: Puhan, Th., Siegener, W.; Leistungsanalyse ..., a.a.O., Tab.15.

- Zu Zeiten schwacher Nachfrage oder in dünn besiedelten Gebieten ist die parallele Vorhaltung von Einsatzkapazitäten für beide Leistungsbereiche nicht sinnvoll. Wenn Rettungswachen im Tagesdurchschnitt nur einen oder zwei Einsätze in jedem Leistungsbereich durchzuführen haben³⁴, sind der Trennung beider Aufgaben ökonomische Grenzen gesetzt.

Für alle drei Einsatzarten werden bei dringendem Bedarf "minderwertige" oder "höherwertige" Rettungsmittel eingesetzt. Die gezielte Ausnutzung dieser Möglichkeiten führt zu speziellen Einsatzstrategien³⁵, als deren Extremfall die "Mehrzweckfahrzeugstrategie" anzusehen ist. Nach dieser Strategie wird die Unterscheidung zwischen Notfallrettung und Krankentransport zur Festlegung der Einsatzprioritäten und aus abrechnungstechnischen Gründen zwar weiterhin beibehalten, bezüglich der Fahrzeuge wird jedoch keine Unterscheidung mehr vorgenommen. Alle Fahrzeuge sind so ausgerüstet, daß sie für jeden Einsatz geeignet sind. Sowohl die Simulationsanalyse, als auch die Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, daß mit der Umsetzung dieser Strategie deutliche Effizienzsteigerungen erzielt werden können³⁶.

Die Einheit von Notfallrettung und Krankentransport wird auch in solchen Bundesländern bzw. Stadtstaaten betont, in welchen unterschiedliche Träger die beiden Aufgabenbereiche wahrnehmen. So beschreibt das Feuerwehrgesetz Berlin die Aufgaben des Rettungsdienstes zwar entsprechend dem "Mustergesetz" als Einheit, gleichzeitig wird jedoch eine deutliche Trennung der Aufgaben für einzelne Leistungsträger vorgenommen (Notfallrettung durch die Berufsfeuerwehr, Krankentransport durch "geeignete private Einrichtungen")³⁷.

34 Vgl. hierzu einige Beispiele bei: Schmiedel, R.; Puhon, Th.; Siegener, W.: Simulationsmodell Rettungswesen - Anwendung in Karlsruhe, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 10, Köln 1981, S. 81 ff.

35 Ein Überblick über die wesentlichen Einsatzstrategien im Rettungsdienst wird geben: ebenda, S. 7 f. Zu den unterschiedlichen Auswirkungen dieser Strategien vgl.: ebenda, S. 174 ff. Sehr detailliert werden die einzelnen Strategien beschrieben von: Lenhart, W., Puhon, Th., Siegener, W.: Ermittlung abgestufter Richtwerte für die Bereitstellung von Fahrzeugen im Rettungsdienst, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 20, Bergisch Gladbach 1987, S. 21 ff.

36 Vgl. hierzu: Schmiedel, R., Puhon, Th., Siegener, W.; Simulationsmodell ..., a.a.O., S. 186 ff.

37 § 2 (1) des "Gesetz über den Brandschutz und Hilfeleistungen bei Notlagen

Ein Blick in die Einsatzstatistik der Rettungsdienstorganisationen zeigt, daß in mehreren Bundesländern eine Schwerpunktbildung bei der Durchführung des Rettungsdienstes festgestellt werden kann. Eine Analyse der Einsatzzahlen der Feuerwehren macht deutlich, daß die Berufsfeuerwehren ihren Aufgabenschwerpunkt in erster Linie in der Versorgung von Notfallpatienten sehen (Tab. 5.4)³⁸. Während die Feuerwehren jeweils ca. 50 % Notfalleinsätze und Krankentransporte fahren, weist die Einsatzstruktur der übrigen Leistungsträgern 22 % Notfalleinsätze und 78 % Krankentransporte aus. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn nur die Einsatzstruktur der Berufsfeuerwehren mit der der übrigen Leistungsträger verglichen wird. Auch der Anteil der Notarzteinsätze liegt für die Berufsfeuerwehren mit 12,5 % deutlich über dem aller anderen Leistungsträger (8,5 %).

Bei der Diskussion um die Einheit von Notfallrettung und Krankentransport nimmt die Regelung für den Rettungsdienst des Saarlandes zumindest formal eine Sonderstellung ein. "Der Rettungsdienst kann in gleicher Weise auch den Transport von Kranken (...) übernehmen ... (Krankentransport)."³⁹ Der Krankentransport wird nicht als Teil des Rettungsdienstes definiert, vielmehr wird den Rettungsdienstorganisationen die Möglichkeit eingeräumt, diese Aufgabe neben ihren rettungsdienstlichen Aufgaben auf freiwilliger Grundlage wahrzunehmen." Im Gegensatz zum Rettungsdienst ist dem Spezialkrankentransport die Anerkennung als öffentlich-rechtliche Pflichtaufgabe versagt geblieben. (...) Damit wird vom saarländischen Gesetzgeber - entgegen gesicherter Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis - die funktionelle Einheit von Rettungsdienst und Spezialkrankentransport in Frage gestellt."⁴⁰ Gegen eine rechtliche Einbeziehung der Krankentransportes in den Rettungsdienst sprach, daß die Gründe, "... die dazu zwingen, dem Rettungsdienst eine öffentlich-rechtliche Grundlage zu geben"⁴¹, für den Kran-

37 § 2 (1) des "Gesetz über den Brandschutz und Hilfeleistungen bei Notlagen (Feuerwehrgesetz - FwG)" i.d.F.v. 15.4.1984, abgedruckt in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. Bln 1610. Eine vergleichbare Aufgabentrennung ist auch in Hamburg vollzogen worden.

38 Hierzu ausführlich: Kühner, R.: Die Stellung der Feuerwehren ..., a.a.O., S. 54 - 56.

39 § 1 (2) RDG Saar, abgedruckt bei: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bed. 1, Nr. Saarl 2310.

40 "Situation im Rettungsdienst und Spezialkrankentransportdienst im Saarland", Arbeitspapier des Rettungszweckverbandes Saar, Homburg 1979.

krankentransport nicht zutreffen. "Wäre der Krankentransport als Teil des Rettungsdienstes definiert worden, so wäre auch er zur staatlichen Aufgabe erklärt worden, obwohl der Krankentransport, für sich allein genommen, bei weitem nicht so problematisch ist."⁴² Diese Vorgehensweise steht in deutlichem Gegensatz zu der Regelung in anderen Bundesländern. So wird beispielsweise für Nordrhein-Westfalen aus der Zusammenfassung beider Aufgabenbereiche in der Aufgabenbeschreibung des Rettungsdienstgesetzes abgeleitet, "... daß das RettG es nicht zuläßt, nur einen Teil der Aufgabe, etwa nur den Krankentransport, zu erfüllen."⁴³

Tabelle 5.4: EINSATZSTRUKTUR DER LEISTUNGSTRÄGER

	EINSÄTZE		NOTFÄLLE mit Notarzt		KRANKEN- TRANSPORTE
	insgesamt	in %			
Berufsfeuerwehr	1.009.274	16.7	56.3	12.5	43.7
freiw. Feuerwehr	430.865	7.1	37.7	8.6	62.8
Feuerwehren	1.440.139	23.8	50.6	11.3	49.4
übrige Leistungs- träger	4.609.861	76.2	21.7	8.6	78.3
Rettungsdienst insgesamt	6.050.000	100.0	28.6	9.2	71.4

Quellen: Feuerwehrjahrbuch 1985/1986, Bonn 1986;
Puhan, Th., Siegener, W.; Leistungsanalyse ..., a.a.O.,
Tab. 1.

Angesichts der Erkenntnisse, die bei der Diskussion um die öffentlichen bzw. staatlichen Aufgaben, die Daseinsvorsorge, die öffentlichen und meritorischen Güter, sowie um die Optionsnachfrage gewonnen worden sind, die Notwendigkeit der verwaltungsrechtlichen und ökonomischen Gleichsetzung der Aufgabenbereiche Notfallrettung und Krankentransport zumindest angezweifelt werden. Selbst bei Würdigung aller medizinischen und wirtschaftlichen Vorteile, die durch eine gemeinsamen Aufgabenerfüllung realisiert werden können, kann von einer funktionalen Einheit beider Bereiche nicht gesprochen werden⁴⁴. Beide Aufgabenberei-

41 Thome, H.: Das Saarländische Rettungsdienstgesetz, in: Saarländische Kommunal-Zeitschrift, 25. Jg. (1975), S. 81 - 92, hier: S. 82. Vgl. hierzu auch: Landtag des Saarlandes, Drucksache 6/1633 v. 10.9.1974 (Gesetz über den Rettungsdienst - Entwurf und Begründung).

42 daselbst.

43 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 13.

che bedingen sich nicht gegenseitig. Im Gegensatz zu Notfalleinsätzen sind die Krankentransporteinsätze

- weitgehend planbar⁴⁵,
- innerhalb der "normalen" Arbeitszeiten durchführbar⁴⁶ und
- weniger risikoreich⁴⁷

eingestuft. Auch aus den landesrechtlichen Regelungen läßt sich eine differenzierte Behandlung beider Aufgabenbereiche ablesen. So

- gelten die vorgegebenen Zeitrichtwerte ausschließlich für Notfalleinsätze;
- werden bei Krankentransporten, zumindest für Nachfragespitzen, auch Dispositiionszeiten⁴⁸ in Kauf genommen, wogegen bei Notfalleinsätzen gerade die unverzügliche Einsatzfähigkeit als Leitvorstellung anzusehen ist.

44 Anders dagegen im Resumee der Diskussion um die "Ökonomie des Rettungsdienstes" auf dem Rettungskongreß des DRK 1986. Vgl. hierzu: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): 6. Rettungskongress - Analysen, Berichte, Ergebnisse -, Schriftenreihe des DRK, Nr. 66, S. 75. Als funktionale Einheit ist beispielsweise die Rettungskette anzusehen; die einzelnen Teilbereiche sind auf die Funktionsfähigkeit der vor- und nachgelagerten Bereiche angewiesen.

45 Ca. 54 % aller Krankentransporte werden an Werktagen zwischen 8 und 12 Uhr durchgeführt, ein Teil dieser Einsätze wird vorbestellt, sodaß zumindest das "Gerippe" der Einsatzplanung vorab erfolgen kann.

46 Wochentags zwischen 6.00 und 18.00 Uhr werden 83,2 % aller Krankentransporte durchgeführt. Wird der Sonnabendvormittag hinzugerechnet, erhöht sich dieser Anteil auf 86 %. Eigene Berechnungen nach: Puhan, Th.; Siegener, W.: Leistungsanalyse des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht zum Forschungsprojekt 8339 der BAST, Karlsruhe 1986, hier: Tabellenband, Tab. 20 und 21. Die Ergebnisse der Untersuchung sind veröffentlicht in: Bundestagsdrucksache 10/5030 v. 14.2.1986, a.a.O., Anlage 1.

47 So werden beispielsweise in Hamburg die Sanitätsorganisationen "... vornehmlich für risikoärmere Krankentransporte eingesetzt ist, da die Sicherstellung des Notfalleinsatzes mit erheblichem Risiko behaftet (...) ist." Rettungsdienst in Hamburg, vervielfältigte, unveröffentlichte Übersicht v. 30.3.1978, S. 2; zitiert nach: Kühner, R.: Organisationsformen im Rettungsdienst, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 11, Köln 1983, S. 52.

48 Dies ist die Zeitspanne, die für die Alarmierung eines einsatzbereiten Rettungsmittels benötigt wird. Bei zunehmender Kapazitätsauslastung nimmt die Dispositionszeit, und damit die Wartezeit für die Patienten, zu. Vgl. hierzu: Lenhart, W., Puhan, Th., Siegener, W.; Ermittlung ..., a.a.O., S. 59 ff.

Diese Ausführungen machen deutlich, daß die Einheit von Notfallrettung und Krankentransport von den Leistungsmerkmalen her nicht zwingend geboten ist. Die gemeinsame Sicherstellung beider Aufgabenbereiche vorwiegend als eine politische Entscheidung zu werten, diese Entscheidung kann allerdings durch medizinische und wirtschaftliche Vorteile einer gemeinsamen Aufgabenerfüllung gestützt werden.

Durch die gesetzliche Bindung an die Notfallrettung wird der Bereich der Krankentransporte, je nach landesrechtlicher Regelung, zur öffentlichen oder staatlichen Aufgabe erklärt. Er ist, wie jeder öffentliche Verkehr⁴⁹, dem Bereich der Daseinsvorsorge zuzuordnen, im Gegensatz zur Notfallrettung stellt er jedoch kein Optionsgut dar, es fehlt weitgehend die Komponente der Optionsnachfrage bzw. des Bereithaltungsnutzens. Der Krankentransport ist nahe an den Bereich der privaten Güter anzusiedeln, allerdings ist die Nutzung mit positiven externen Effekten verbunden.

Die bundesgesetzlichen Regelungen zum Rettungsdienstes unterschieden nicht zwischen beiden Aufgabenbereichen. "Krankentransporte von Notfallpatienten"⁵⁰ gehören ebenso wie die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten als "... entgeltliche oder gewerbsmäßige Beförderung von Personen (...) mit Fahrzeugen" (§ 1 PBefG) zum Geltungsbereich des PBefG. Da dieses Gesetz ausschließlich verkehrliche Aspekte regelt, wird eine differenzierte Behandlung beider Leistungsbereiche für nicht erforderlich gehalten.

Die verschiedenen bundes- und landesrechtlichen Grundlagen mit ihren unterschiedlichen Zielstellungen haben in den vergangenen Jahren zunehmend zu Problemen bei der Planung, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes geführt. Vor allem in Bereich der Krankentransporte sieht sich der organisierte Rettungsdienst in zunehmendem Maße der Konkurrenz durch private Unternehmen, aber auch durch gemeinnützige Organisationen ausgesetzt. Aus diesem Grund wird vor allem von Seiten der Bundes-

49 "In einem modernen Staatswesen gehört die Sicherstellung geordneter Verhältnisse im öffentlichen Verkehr zu den für den Bestand der Gemeinschaft notwendigen Rechtsgüter." Urteil des BVG v. März 1954, zitiert nach: Most, O.; Staatliche und private Unternehmung ..., a.a.O., S. 32.

50 Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Beschluß vom 19.6.1985 über die "Genehmigung zur Beförderung von Notfallpatienten durch private Mietwagenunternehmer", abgedruckt bei: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. 8417, hier: S. 2.

länder und der Rettungsdienstorganisationen angestrebt, die Rechtsgrundlagen sowohl aus verkehrlicher, als auch aus rettungsdienstlicher Sicht aufeinander abzustimmen, ein derartiges "...Ergebnis kann aber nur durch den Normgeber herbeigeführt werden ..."51.

51 Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Beschluß vom 19.6.1985, a.a.O., S. 3. Dies ist keine neue Erkenntnis. Der Erlaß der Ländergesetze zum Rettungsdienst wurde Anfang der 70er Jahre vor allem als Ergänzung zu spezielle Bundesgesetzen zur Personenbeförderung mit Krankenkraftwagen und zur Ausbildung von Rettungssanitätern gesehen. Vgl. hierzu u.a.: Landtag des Saarlandes, Drucksache 6/1633 v. 10.9.1974, a.a.O., S. 4.

VI. ENTWICKLUNG EINER TRÄGERSYSTEMATIK FÜR DEN RETTUNGSDIENST¹

1. Vorbemerkungen

Diskussionen und Veröffentlichungen zum Rettungswesen machen immer wieder deutlich, daß für die Institutionen und Organisationen, die an der Planung, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes beteiligt sind, sehr unterschiedliche Bezeichnungen gewählt werden. Häufig werden die entsprechenden Organisationseinheiten als "Träger" gekennzeichnet. Dieser Begriff findet in den verschiedensten Wissenschaftsbereichen Anwendung. Aus dem Gesundheitswesen sind "Krankenhaussträger"² und "Kostenträger"³ bekannt, in der Rechts- und Verwaltungswissenschaft ist von "Aufgabenträgern"⁴, oder von "Leistungs- und Verwaltungsträgern"⁵ die Rede. Auch im wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Bereich wurde über eine Strukturierung von Trägersystemen diskutiert⁶.

Auffällig ist die Vielfalt der z.T. gegenläufigen Verwendung von einzelnen "Träger"-Begriffen. Ziel der nachfolgenden Ausführungen ist es, diese Vielfalt zu durchleuchten und zu strukturieren, einerseits um den Aufbau des Rettungsdienstes besser verdeutlichen zu können, andererseits aber auch um die Verbindungslinien zwischen den einzelnen Trägergruppen und -ebenen herauszuarbeiten.

1 Dieser Abschnitt ist eine überarbeitete Fassung der Ausführungen bei: Kühner, R.: Organisationsformen ..., a.a.O., S. 3 ff.

2 Beispielsweise bei: Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre, Bd. I, a.a.O., S. 14 f.

3 Auf mögliche Mißverständnisse bei der Verwendung des Begriffes wird hingewiesen bei: Hübner, H.: Kostenrechnung im Krankenhaus, 2. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980, S. 69, insbes. Anm.

4 Vgl. u.a.: Bull, H.P., Staatsaufgaben ..., a.a.O., S. 50.

5 Als Beispiel: Forstthoff, E.(1959), a.a.O., S. 9.

6 Röber, B.: Zur Frage nach den Trägern der Wirtschaftspolitik, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 124. Bd. Tübingen 1968, S. 741 ff., siehe auch: Streit, M.E.; Theorie ..., a.a.O., S. 181 ff.

2. Grundsätzliche Überlegungen zum Begriff der Trägerschaft

Bevor eine Strukturierung von Trägerschaften vorgenommen werden kann ist es erforderlich, zwei im Grundsatz verschiedene Trägerfunktionen voneinander abzugrenzen. Zum einen wird der Begriff auf "Träger von Organisationen"⁷ bezogen, andererseits, und das wird im Mittelpunkt der nachfolgenden Überlegungen stehen, wird von "Trägern von Rechten und Pflichten" gesprochen.

Grundsätzlich "... ist jeder Mensch und jede rechtsfähige Organisation Träger ihrer rechtstechnischen (...) Pflichten und Rechte."⁸ Träger zu sein bedeutet in diesem Zusammenhang "... Endsubjekt rechtstechnischer Zuordnung (von Rechten und Pflichten) zu sein."⁹ Die Diskussion um Trägerschaften im Rettungsdienst dreht sich folgerichtig vor allem um die Fragen, welche Organisationseinheit und -ebene bei Sicherstellung der Aufgabe Rechte wahrnehmen kann oder Pflichten zu erfüllen hat.

Die Zuordnung solcher Verantwortlichkeiten und Kompetenzen erfolgt entweder durch Zuweisung auf gesetzlicher Grundlage, oder durch freiwillige Übernahme. Läßt sich die Trägerschaft direkt aus Gesetzen oder Ausführungsverordnungen ableiten, wird z.T. von "gesetzlichen" Trägern¹⁰ gesprochen, entsprechend ist bei einer Mitwirkung auf der Grundlage der Freiwilligkeit der Begriff des "freien" Trägers¹¹ gebräuchlich.

Die Trägergruppen im Rettungsdienst können entsprechend der zugewiesenen oder übernommenen Verantwortlichkeiten abgegrenzt werden. Teilfunktionen, für welche bei der Gestaltung und Durchführung des Rettungsdienstes Rechte und Pflichten abgeleitet werden können, sind

- die Übernahme der Gesamtverantwortung für die Sicherstellung der Aufgabe;

7 Nähere Ausführungen hierzu bei: Wolff, H.J., Bachof, O.; Verwaltungsrecht II, a.a.O., § 71, III b (S. 7). Den Begriff des Krankenhausträgers erläutert: Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, a.a.O., S. 14 f.

8 Wolff, H.J., Bachof, O.; Verwaltungsrecht I, a.a.O., S. 207 f.

9 Ebenda, S. 207.

10 Beispielsweise bei: Arnold, J.: Rechtsfragen des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 1, Nr. B 4.1.3, S. 4 und 5.

11 Vgl. beispielsweise: Bayerischer Verwaltungsgerichtshof (BayVGh), Urt. v. 26.7.1978, in Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. 7839, S. 7.

- Ausarbeitung und Erlaß von Gestaltungsrichtlinien für den Auf- und Ausbau des Systems;
- die Sicherstellung der Durchführung der Aufgabe entsprechend den gegebenen Richtlinien;
- die Erstellung der Leistung des Rettungsdienstes
- die Inanspruchnahme der Leistung;
- die Finanzierung der bei der Aufgabenerfüllung entstehenden Kosten, sowie
- die Information der Öffentlichkeit und die sachkundige, teilweise aber auch interessengebundene Beratung der beteiligten Instanzen.

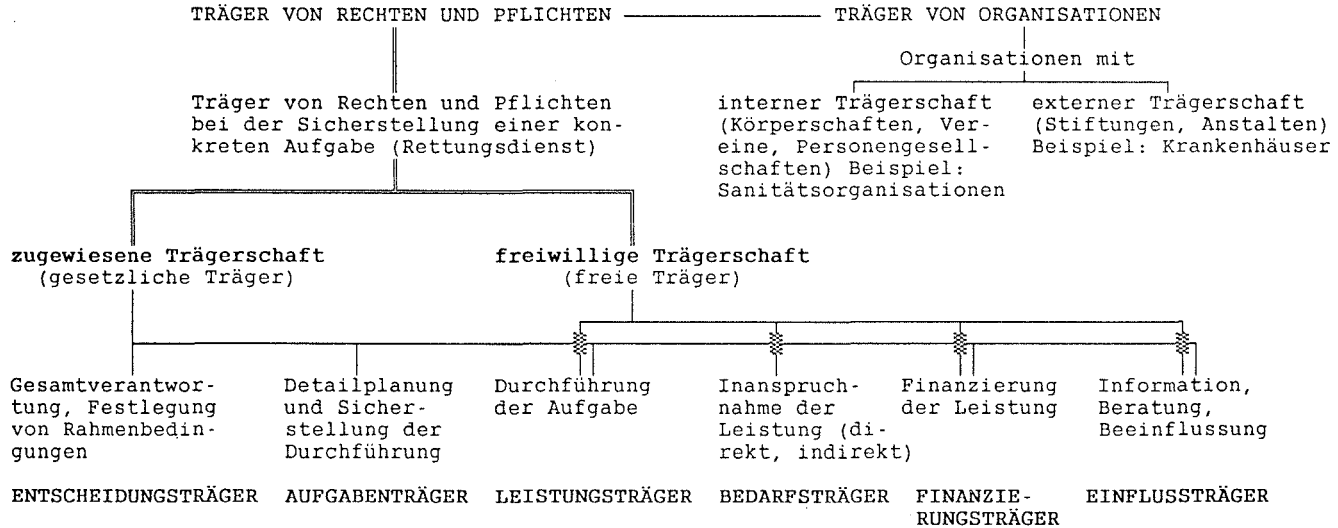
Zur Unterscheidung der Träger von einzelnen Teilfunktionen werden spezielle Attribute verwandt, durch welche die jeweiligen Verantwortlichkeiten hervorgehoben werden sollen¹²:

- Entscheidungsträger definieren den Stellenwert der Aufgabe und sind für die Gestaltung und Durchführung insgesamt verantwortlich. Sie schaffen, falls erforderlich, eine rechtliche Grundlage und setzen den Rahmen, innerhalb dessen die Aufgabe durchzuführen ist;
- Aufgabenträger stellen die Durchführung der Aufgabe im Rahmen der Vorgaben sicher, sie sind auch für die Detailplanung zuständig;
- Leistungsträger führen die Aufgabe durch;
- Bedarfsträger nehmen die Leistungen direkt oder indirekt in Anspruch und beeinflussen durch ihre Nachfrage (in Grenzen) den Umfang des Angebotes;
- Finanzierungsträger decken die bei der Wahrnehmung der Aufgabe entstehenden Kosten durch freiwillige oder gesetzlich bzw. vertraglich festgelegte Finanzierungsbeiträge;
- Einflußträger informieren und beraten die übrigen Trägergruppen bei deren Beschlußfassung bzw. Aufgabenerfüllung.

Diese Systematik wird in Übersicht 6.1 verdeutlicht. Ausgangspunkt ist die grundsätzliche Trennung der "Träger von Organisationen" und der "Träger von Rechten und Pflichten". Die

12 Eine ähnliche Systematik wurde entwickelt von Beske, F.; Systemforschung im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 19 ff.

Übersicht 6.1: SYSTEMATIK UNTERSCHIEDLICHER TRÄGERGRUPPEN



Quelle: Überarbeitete Fassung der Übersicht 1 (S. 8) in:
 Kühner, R.; Organisationsformen ..., a.a.O.

Letztgenannten können danach unterschieden werden, ob sie ihre Trägerschaft freiwillig (freie Träger) oder aufgrund gesetzlicher Zuweisung (gesetzliche Träger) erfüllen. Die der einzelnen Trägergruppen folgt den Teilfunktionen bei der Aufgabenerfüllung. Die Übersicht macht deutlich, daß den freien Trägern nicht die gesamte Palette der Teilfunktionen offensteht. Bedingt durch die Qualifikation des Rettungsdienstes als öffentliche bzw. staatliche Aufgabe liegt die Gesamtverantwortung und die Sicherstellung der Durchführung beim Staat.

3. Träger von Teilfunktionen im Rettungsdienst

3.1 Entscheidungsträger

Durch die Einstufung des Rettungsdienstes als öffentliches Optionsgut mit meritorischer Ausprägung "... erfordern Entscheidungen über die Versorgung mit diesem Gut eine politische Willensbildung."¹³ Das bedeutet nicht notwendigerweise eine Verstaatlichung der Aufgabenerfüllung. "Es bedeutet lediglich, daß der Staat die Gesamtverantwortung für den Rettungsdienst übernimmt. Als Folge daraus ergeben sich für die öffentliche Verwaltung Aufgabe und Verpflichtung, für einen leistungsfähigen Rettungsdienst zu sorgen. Das Ziel muß sein, in allen Bundesländern ein bedarfsgerechtes System ständig einsatzbereiter und leistungsfähiger Rettungsdienste zu schaffen, welches die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung der jeweiligen Landesgebiete gewährleistet."¹⁴

Nach der Aufgabenverteilung des Grundgesetzes fällt die Sicherstellung dieses Systems in den Kompetenzbereich der Bundesländer. Ergänzend ist der Bund für die Regelung von Einzel Sachverhalten zuständig, welche die Sicherstellung und Durchführung des Rettungsdienstes maßgeblich beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist in erster Linie das Personenbeförderungsrecht und die Regelung der Zulassungsbedingungen zu Heil- und Heilhilfsberufe¹⁵ zu nennen, aber auch für die Luftrettung¹⁶ oder die Festlegung der Anforderungen an die Sicherheit medizinisch-

13 Streit, M.E.; Theorie ..., a.a.O., S. 181.

14 Biese, A.: Das öffentliche Rettungswesen, a.a.O., S. 4.

15 Die Zugangsregelungen werden im "Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG)" geregelt, das als Entwurf vorliegt in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 3, Nr. D IV.2.5. (Stand: Juni 1987).

16 Die rechtlichen Grundlagen der Luftrettung werden erläutert von: Stindt, J.; Luftrettung ..., a.a.O., S. 33 ff.

technischer Geräte¹⁷ liegt die Regelungskompetenz auf der Ebene des Bundes.

Als Entscheidungsträger für den Rettungsdienst sind damit sowohl der Bund (für Teilbereiche), vor allem aber die Bundesländer (für die Gesamtaufgabe) identifiziert. "Das Charakteristische der Entscheidungsträger (...) besteht darin, daß ausschließlich sie als staatliche (...) Institutionen in der Lage sind, (...) ihre Absichten mittels Gesetze oder Verordnungen sowie dem Einsatz öffentlicher Finanzmittel zu verwirklichen."¹⁸

3.2 Aufgabenträger

"Angepaßt an die verwaltungsmäßige Gliederung der Länder in (Land) Kreise und kreisfreie Städte soll diesen Verwaltungseinheiten die Trägerschaft über den Rettungsdienst übertragen werden."¹⁹ Diese Übertragung ist in den landesrechtlichen Regelungen zum Rettungsdienst weitgehend erfolgt. Dies bedeutet nicht, daß die Kommunen den Rettungsdienst auch selbst durchführen, ihnen wird lediglich die Verantwortung für die konkrete Sicherstellung der Aufgabe in ihrem Zuständigkeitsbereich übertragen. Die Kommunen als Aufgabenträger im Rettungsdienst unterliegen bei der Wahrnehmung der Aufgabe der Kontrolle und Weisung durch Aufsichtsbehörden²⁰.

Als eine Sonderform der Aufgabenträgerschaft ist die Bildung von Rettungszweckverbänden oder kommunalen Trägergemeinschaften zu sehen. Solche Zusammenschlüsse werden vor allem dann vereinbart, wenn die Aufgabenerfüllung aus technischen oder ökonomischen Gründen Organisationseinheiten voraussetzt, die über den Zuständigkeitsbereich einzelner Kommunen hinausgehen.

Ein vorwiegend technisch bedingter Zwang zu größeren Organisationseinheiten besteht beispielsweise für das Luftrettungssystem. Aufgrund der höheren Geschwindigkeit und der Unabhängigkeit von Straßen, Verkehrsverhältnissen und topographischen

17 Vgl. hierzu u.a.: Krebs, A.: Die Bedeutung der "Verordnung über die Sicherheit medizinisch-technischer Geräte" für den Rettungsdienst, in: DRK (Hrsg); 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 277 - 281.

18 Mändle, E.: Träger der Wirtschaftspolitik, in: Handwörterbuch der Volkswirtschaft, Wiesbaden 1978, Sp. 1288 - 1299, hier: Sp. 1291 f.

19 Biese, A.; Das öffentliche Rettungswesen, a.a.O., S. 5.

20 BayVGh, Urteil v. 26.7.78, a.a.O., S. 5; Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 17.

Gegebenheiten sind Rettungshubschrauber in der Lage, innerhalb einer für den Rettungsdienst vertretbaren Zeitspanne ca. 50 km zurückzulegen²¹. Deshalb wurden den RTH-Stationen Einsatzbereiche mit einem Radius von 50 km zugewiesen. Dadurch liegen stets mehrere Kommunen bzw. Landkreise im Einsatzgebiet einer RTH-Station. Um Abstimmungsprobleme und Reibungsverluste zu vermeiden, bietet es sich an, die betroffenen Kommunen jeweils zu kommunalen Trägergemeinschaften zusammenzuschließen, welche der Betrieb einer RTH-Station gemeinsam sicherstellt und, falls erforderlich, Finanzierungslücken decken²².

Auch die wirtschaftlichen Argumente für die Bildung von überkommunalen Organisationseinheiten sind häufig auf technische Ursachen zurückzuführen. So bietet eine Anlehnung der Rettungsdienstbereiche an bestehende Funkverkehrskreise (z.B. der Polizei) "... die Gewähr für einen wirtschaftlichen Einsatz der kostspieligen Fernmeldemittel und Fahrzeuge."²³ Außerdem können durch größere Organisationseinheiten Skalenerträge vor allem bei den Hintergrunddiensten, wie z.B. Verwaltung, Abrechnung, Einsatzkoordination oder der Vorhaltung von Reservekapazitäten erzielt werden.

Die Vorteile von überkommunalen Organisationseinheiten haben in Nordrhein-Westfalen zu Rettungszweckverbänden für die Luftrettung, und in Bayern, Rheinland-Pfalz und im Saarland zur Bildung entsprechender Rettungsdienstbereiche²⁴ geführt.

3.3 Leistungsträger

Mit der Festlegung von Entscheidungs- und Aufgabenträgern werden die Kompetenzen im Zusammenhang mit der Sicherung und Gestaltung des Rettungsdienstes zugewiesen. Die Frage, wer die Aufgabe als Leistungsträger letztendlich durchführt, ist damit noch nicht beantwortet. Entsprechend ihrer Zuständigkeiten liegt die Delegation der Aufgabenerfüllung in der Hand der Entscheidungs- bzw. Aufgabenträger.

21 Die Angaben darüber, wieviel Zeit ein RTH für eine Strecke von 50 km benötigt, liegen zwischen 16,75 Min und 18,20 Min. Vgl. hierzu: "Luftrettung in Bayern", a.a.O., S.9, sowie: Puhan, Th.: Einsatzbedingungen der Luftrettung, in: BAST (Hrsg); Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, a.a.O., S. 43 - 55, hier: Bild 6.1 (S. 44).

22 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 35 f.

23 BayVGH, Urt. v. 26.7.1978, a.a.O., S. 6.

24 Art.2(2) Bay RDG; §§ 2, 3(2) Rh-Pf RettDG; § 2(2) RDG Saar.

Leistungsträger sind Institutionen, Organisationen und Unternehmen, die im Auftrag oder mit Zustimmung der Entscheidungs- bzw. Aufgabenträger Leistungen im Rettungsdienst anbieten. Als wichtigste Leistungsträgergruppen sind zu unterscheiden:

- kommunale Einrichtungen (Berufs- und freiwillige Feuerwehren, kommunale Rettungsdienste);
- die Sanitätsorganisationen ASB, DRK, JUH und MHD,
- in geringem Umfang auch der Bund (Luftrettung) und die Länder (Rettungsleitstellen), sowie
- private Unternehmen.

Während die kommunalen Einrichtungen z.T. als gesetzliche Leistungsträger anzusehen sind²⁵, übernehmen die Sanitätsorganisationen und, allerdings nur in geringem Umfang, private Unternehmen²⁶ die Aufgabenerfüllung im Rettungsdienst als freie Träger. Normalerweise schließen diese freien Leistungsträger mit dem Aufgabenträger einen öffentlich-rechtlichen Vertrag. Für den Fall, daß freie Leistungsträger nicht in der Lage sind, den Rettungsdienst in zufriedenstellender Form durchzuführen, müssen die Aufgabenträger auf kommunale Einrichtungen zurückgreifen oder entsprechende Einrichtungen schaffen. Besonders hervorgehoben wird dies in Baden-Württemberg. Da im Rettungsdienstgesetz die Aufgabenträgerschaft nicht auf die Kommunen übertragen worden ist, wird dort ausdrücklich festgehalten, daß "... eine Auffangträgerschaft der Stadt- und Landkreise ..." ²⁷ besteht für den Fall, daß andere Leistungsträger den Rettungsdienst nicht durchführen können oder wollen.

3.4 Bedarfsträger

Bedarfsträger sind Einzelpersonen, Personengruppen und Institutionen, welche Leistungen des Rettungsdienstes nachfragen. Es ist zweckmäßig, zwischen direkten und indirekten Bedarfsträgern zu unterscheiden.

25 Vgl. beispielsweise § 2(1) FwC-Bln.

26 Siehe hierzu Beispiele bei: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 114 f.

27 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 2, siehe entsprechend § 3(2) BW-RettDG.

Direkter Bedarfsträger ist der Patient, der als "Leistungsobjekt" die Dienstleistung Rettungsdienst direkt in Anspruch nimmt. Der Umfang der Leistung orientiert sich am Zustand des Patienten. Da Patienten ihre Bedürfnisse nur unzureichend oder, beispielsweise im Notfall, überhaupt nicht konkretisieren können, erfolgt die Festlegung des Bedarfes durch einen Bedarfsbestimmer²⁸. Die Finanzierung wird überwiegend durch die Krankenkassen sichergestellt.. Hinter dem eigentlichen Bedarfsträger stehen demnach zwei Institutionen, welche seine Rechte (Entscheidung über den Umfang der Nachfrage) und Pflichten (Bezahlung der Leistungsanspruchnahme) zumindest teilweise interpretieren bzw. übernehmen²⁹.

Als indirekter Bedarfsträger ist vor allem der Staat zu nennen, der im Bestreben, die Optionsnachfrage zu befriedigen, die Verantwortung für die Sicherstellung einer angemessenen Dienstbereitschaft übernommen hat. Darüberhinaus ist der Rettungsdienst meritorisiert, in den Fällen, in denen die Option eingelöst wird, in denen also der Rettungsdienst in Anspruch genommen werden muß, darf das Ausschlußprinzip nicht angewandt werden, für den Rettungsdienst besteht Betriebs-, Versorgungs- und Beförderungspflicht³⁰.

Auch die Krankenkassen zählen zu den indirekten Bedarfsträgern des Rettungsdienstes. Die Rechtsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherungen (gKV), die Reichsversicherungsordnung (RVO), kennt allerdings den Begriff des Rettungsdienstes nicht. Die Leistungen des Rettungsdienstes werden unter der Rubrik "Fahrkosten, Kosten des erforderlichen Gepäcktransports" als "Nebenleistungen der Krankenhilfe" auf der Grundlage von § 194

-
- 28 Im Gesundheitswesen wird der Bedarf der Patienten weitgehend durch Experten, i.d.R. Ärzte, determiniert. Vgl. hierzu: Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. I, a.a.O., S. 3.; Herder-Dorneich, Ph.; Wachstum und Gleichgewicht ..., a.a.O., S. 169 f.; Schicke, R.; Ökonomie des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 15 f.
- 29 Eine ähnliche Unterscheidung wird vorgenommen von: Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. I., a.a.O., S. 3. Dort wird differenziert zwischen: - Bedarfsträger (Patient), - Bedarfsbestimmer (Arzt) und - Kaufkraftträger (Krankenkasse).
- 30 Während für Krankentransporte nach § 49 PBefG weder eine Betriebs- noch eine Beförderungspflicht bestehen (§ 49(3) PBefG), muß der Rettungsdienst ständig erreichbar sein und alle Einsätze durchführen. "Der Einsatz darf nicht deshalb abgelehnt werden, weil ein rechtswirksamer Vertrag nicht vorliegt oder die Entrichtung des Entgelts nicht gesichert ist." "Musterdienstanweisung für den Rettungsdienst" gem. Art. 13 Abs.3 BayRDG, § 17(2), S. 21.

RVO übernommen³¹. Die Regelungen der RVO beziehen sich, ebenso wie die Regelungen des PBefG, ausschließlich auf die Verkehrs- bzw. Beförderungsleistung des Rettungsdienstes. Die medizinische Leistung, soweit sie von Rettungssanitätern oder von Klinikärzten durchgeführt wird, ist nach der RVO ebensowenig ein Bestandteil der Fahrkosten, wie die Sicherstellung einer notwendigen Betriebsbereitschaft. Dieser Mangel führt vor allem im Zusammenhang mit dem Gebot zur Wirtschaftlichkeit zu Problemen. "Dieses Gebot räumt den Versicherten den Anspruch auf Erstattung der Kosten für diejenigen Fahrten und Transporte ein, die er bei seiner Krankheit zweckmäßigerweise zur Erlangung der Versicherungsleistung unternimmt."³² Aus dieser Sichtweise sind auch Formulierungen wie die folgende zu verstehen: "Bei der Notwendigkeit eines Krankentransports ist die Verordnung einer Fahrt mit dem PKW (z.B. eigener PKW, Mietwagen, Taxi) die wirtschaftlichste."³³

Das Interesse der Krankenkassen bezieht sich jedoch zunehmend auch auf die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes, da erkannt worden ist, daß zwischen der Qualität der Nebenleistung (Rettungsdienst) und der Effektivität der Krankenhilfeleistung (z.B. Klinikbehandlung) Interdependenzen bestehen. "Habe ich einen schlechten Rettungsdienst, brauche ich viel mehr unfallchirurgische Stationen, als wenn ich einen guten Rettungsdienst hätte, der flächendeckend alles abdeckt."³⁴ Allerdings liegt der Interessenschwerpunkt der Krankenkassen in einer wirtschaftlichen Durchführung des Rettungsdienstes, da "für die Nebenleistungen der Krankenhilfe (...) - ebenso wie für die Krankenhilfe selbst - auch das Wirtschaftlichkeitsgebot ..."³⁵ gilt. Diesem zweiseitig ausgerichteten Interesse der Krankenkassen wird in zunehmendem Maße dadurch entsprochen, daß sie entweder an der Planung und Umsetzung des Rettungsdienstes verantwortlich beteiligt werden³⁶, daß die Festlegung der Benutzungsent-

31 Gerlach, W.: Versicherungsleistungen bei Krankentransporten, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), a.a.O., Bd. 1, Nr. B 6.1, S. 4; vgl. auch: Meißner, H.: Fahr-, Transport- und Reisekosten im Rahmen der Krankenhilfe; in: Die Sozialversicherung, Oktober 1979, S. 257 - 261.

32 Gerlach, W.; Versicherungsleistungen ..., a.a.O., S. 5.

33 "Vereinbarung über Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung (Vordruckvereinbarung)", in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., S. 5.

34 Redebeitrag von W. Heitzer, Vorsitzender des AOK Bundesverbandes, beim DRK-Rettungskongreß 1986. DRK (Hrsg.) 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 60 f.

35 Gerlach, W.; Versicherungsleistungen ..., a.a.O., S. 5.

36 Dies trifft vor allem in Baden-Württemberg zu, vgl. §§ 8, 9 BW-RettDG, sowie: Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 7.

gelte Gegenstand von Verhandlungen wird³⁷, oder daß die Krankenkassen zumindest über Änderungen von Bedarfsplänen und Gebührensatzung vorab rechtzeitig informiert werden³⁸.

Es stellt sich die Frage, ob nicht die Sanitätsorganisationen, soweit sie den Rettungsdienst durchführen, ebenfalls der Gruppe der indirekten Bedarfsträger zugeordnet werden müssen. Für sie ist die Mitarbeit an der Sicherstellung des Rettungsdienstes

- die Erfüllung einer traditionellen, satzungsmäßigen Aufgabe³⁹,
- die Möglichkeit des Einsatzes ehrenamtlicher Helfer⁴⁰, und,
- ein gutes Argument bei der Mitglieder- und Spendenwerbung.

Allerdings richtet sich dieses Interesse nicht auf einzelne Leistungsaspekte des Rettungsdienstes, sondern auf die Teilnahme an der Leistungserstellung. Die Sanitätsorganisationen können, soweit als Leistungsträger tätig sind, als Bedarfsträger "in anderem Sinne" bezeichnet werden.

3.5 Finanzierungsträger

3.5.1 Anmerkungen zum Begriff des Kostenträgers

In den Regelungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes kommt, wie im Gesundheitswesen überhaupt, den "Kostenträgern"⁴¹ eine zentrale Funktion zu. Die Verwendung dieses Begriffes, der identisch ist mit Kostenträgern im Sinne der betriebswirt-

37 Siehe hierzu: Art. 10(1) BayRDG; § 11(2) Rh-Pf RettDG.

38 "Übereinkunft" der Verbände der Krankenkassen und der kommunalen Spitzenverbände zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den kommunalen rettungsdienstlichen Aufgabenträgern und den örtlichen Krankenkassen v. 5. 6. 1986, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. I, Nr. NW 2117.

39 So wird in der Satzung des DRK wird hingewiesen "... auf die Arbeitsbereiche (...) Krankentransport und Rettungsdienst auf den Straßen, in den Betrieben, auf dem Wasser und in den Bergen (...), Katastrophenschutz und Katastrophenhilfe sowie Erste Hilfe bei Notständen und Unglücksfällen ..." Kirberger, W.; Staatsentlastung ..., a.a.O., S. 123.

40 Beispielsweise wird argumentiert, bei höheren Anforderungen an die Ausbildung des Personals "... müssen sich die freiwilligen Hilfsorganisationen (...) aus dem Rettungsdienst dann zurückziehen, wenn ehrenamtliche Kräfte die Qualifikation nicht mehr erwerben können." Merk, B.: Durchführung des Rettungsdienstes durch die Hilfsorganisationen, in: DRK (Hrsg.); 5. Rettungskongreß Bremen 1982, a.a.O., S. 42 - 46, hier: S. 44.

41 Siehe §§ 8(1), 9(1) oder 14(3) BW-RettDG.

schaftlichen Kostenrechnung, geht offenbar auf eine Fehlinterpretation wirtschaftlicher Zusammenhänge zurück. Als indirekte Konsequenz dieser Interpretation können erhebliche Probleme bei der Gesamtfinanzierung auftreten.

Grundsätzlich ist festzustellen, daß "... man Kosten als den bewerteten sachzielbezogenen Güterverzehr einer Periode definiert."⁴² Sie entstehen im Regelfalle bei denjenigen Wirtschaftseinheiten, die eine Leistung erstellen, im Sinne der oben entwickelten Systematik also von den Leistungsträgern. Darüberhinaus werden Kosten auch von anderen Stellen direkt getragen, ohne daß damit das Angebot von Leistungen im Rettungsdienst (durch diese Stellen) verbunden ist. So übernehmen beispielsweise Bundesländer die Investitionskosten für den Rettungsdienst, oder Personalkosten werden direkt getragen, ohne daß die Bundesländer dadurch zu Leistungsträgern würden⁴³.

Es ist notwendig, auf diesen Sachverhalt hinzuweisen, da zum Beispiel auftretende Finanzierungslücken nicht die üblicherweise als "Kostenträger" ausgewiesenen Krankenkassen auszugleichen haben, sondern die Leistungs-, bzw. bei kommunalen Rettungsdiensten, die Aufgabenträger. Ob und in welcher Form solche Kostenunterdeckungen durch Nachkalkulation, Tariferhöhung oder Bezuschussung überwältigt werden können, richtet sich nach den jeweils geltenden Rahmenbedingungen und ist für die angeschnittene Fragestellung von sekundärer Bedeutung.

Besonders deutlich wird die Forderung nach einer klaren Trennung der Begriffe Kosten- und Finanzierungsträger durch die einschlägigen Regelungen in Nordrhein-Westfalen. Der § 12(1) RettDG-NW "... legt im Grundsatz die Kostenträgerschaft fest. "Träger" (...) sind in jedem Falle die Kreis und kreisfreien Städte, aber auch diejenigen kreisangehörigen Städten, die (...) Träger von Rettungswachen sind."⁴⁴ Zur Finanzierung des Rettungsdienstes wird u.a. festgestellt, daß die Träger/ für

42 Kloock, J., Sieben, G., Schildbach, Th.: Kosten- und Leistungsrechnung, 2. Aufl., wisu-texte, Düsseldorf 1981, S. 27. Vgl. hierzu auch: Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen im Rettungswesen; Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 8, Köln 1982, Teil B, S. 28 ff.

43 Vgl. § 12(2) RettDG-NW (Investitionskosten), oder §§ 6(4) und 10(1) Rh-Pf RettDG. Im Saarland ist die Rettungsleitstelle eine Einrichtung des Landes, damit ist das Land Leistungsträger.

44 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 50. Ähnliches gilt auch für Schleswig-Holstein: "Die laufenden Kosten des Rettungsdienstes tragen die Kreise und kreisfreien Städte." § 5(i) FDG-SH.

Rettungsdienstes wird u.a. festgestellt, daß die Träger für die Inanspruchnahme Benutzungsgebühren nach dem Kommunalabgabengesetz erheben können - nicht müssen⁴⁵.

In der vorliegende Arbeit wird aus den genannten Gründen für Institutionen, Organisationen oder Privatpersonen, die an der Finanzierung des Rettungsdienstes freiwillig oder auf der Grundlage von gesetzlichen Regelungen mitwirken, der Begriff "Finanzierungsträger" verwandt.

3.5.2 Finanzierungsträger im Rettungsdienst.

"Finanzierungsträger sind Personen und Institutionen, die unmittelbar oder mittelbar die Investitions- und Betriebskosten der Leistungsträger für deren unmittelbare oder mittelbare Leistungserstellung finanzieren:

- Gesetzliche Krankenversicherungen
- Private Krankenversicherungen
- Öffentliche Haushalte
- Private (private Träger, nichtversicherte Personen), freigemeinnützige Organisationen."⁴⁶

In den Ausführungen der Rettungsdienstgesetze zur Finanzierung die Zuordnung der Finanzierungspflichten im Vergleich zur Kompetenzverteilung und den organisatorischen Regelungen nur sehr unpräzise erfolgt. Dieser erkennbare Mangel an Eindeutigkeit wirkt sich auf einzelne Finanzierungsträger vielfach in Form von unkalkulierbaren finanziellen Belastungen aus.

Grundsätzlich war vorgesehen, das aus der Krankenhausfinanzierung bekannte "dualistische Finanzierungsprinzip"⁴⁷ auch auf den Rettungsdienst zu übertragen. Dieses Prinzip legt fest:

- "der Staat trägt die Aufwendungen für die Beschaffung und Wiederbeschaffung der Einrichtungen des Rettungsdienstes;

44 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 50. Ähnliches gilt auch für Schleswig-Holstein: "Die laufenden Kosten des Rettungsdienstes tragen die Kreise und kreisfreien Städte." § 5(1) RDG-SH.

45 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 55. Ähnlich wiederum in § 5(1) RDG-SH.

46 Beske, F.: Systemanalyse ..., a.a.O., S. 20.

47 Arnold, J.; Rechtsfragen ..., a.a.O., S. 6. Für den Krankenhausbereich vgl.: Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. II, S. 253.

- die Betriebskosten werden von den Benutzern, im Regelfall von den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, getragen."⁴⁸

Mit der Umsetzung dieses Prinzips hat der Rettungsdienst nicht nur die Vorteile, sondern auch die gesamten Mängel dieses Finanzierungssystems⁴⁹ übernommen. Darüberhinaus ist das duale Prinzip bereits im Ansatz durch die Einbeziehung zusätzlicher Finanzierungsträger (Sanitätsorganisationen, Kommunen, Stiftungen) erweitert worden, wobei eine eindeutige Abgrenzung der Finanzierungsbereiche einzelner Träger häufig unterblieben ist. Finanzierungsprobleme zeigen sich vor allem dann, wenn durch externe Ursachen, z.B. starke Nachfragerückgänge durch das Auftreten von Konkurrenten, Ertragsausfälle entstehen⁵⁰. In solchen Fällen ist häufig unklar, wer die zusätzlichen Finanzierungslasten zu tragen hat. Sind keine anderen Lösungsmöglichkeiten vereinbart, ist es häufig Aufgabe des "Kostenträgers" (= Leistungs- bzw. Aufgabenträger), ungeplant zusätzliche Finanzmittel zu beschaffen bzw. bereitzustellen.

Nach der Form der Finanzierung wird unterschieden zwischen

- Tariffinanzierung,
- externer Finanzierung, und
- interner Finanzierung.

Träger der Tariffinanzierung sind alle Institutionen und Einzelpersonen, die den Preis (die Gebühr, das Entgelt) für die konkrete Inanspruchnahme der Leistung direkt zu tragen haben. In erster Linie sind hier die privaten und gesetzlichen Krankenkassen zu nennen, aber auch Kliniken (interne Klinikverlegungen) sowie Selbstzahler sind an der Tariffinanzierung beteiligt. Für diese Gruppe bietet sich die Bezeichnung "Gebührenträger" an. Durch die Einführung einer Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes werden auch die direk-

48 Klingshirn, H.; Rettungsdienst in Bayern, a.a.O., S. 5.

49 Vgl. hierzu: Abshoff, J.: Überlegungen für eine Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems, in: das Krankenhaus, 9/1982, S. 366 - 674, hier: S. 367 ff. Als wesentliche Mängel werden genannt: Trennung der Entscheidungen im Investitions- und Betriebsbereich, unklare Verantwortlichkeiten, fehlende Anreize zum wirtschaftlichen Handeln, fehlende Beurteilungskriterien für den Erfolg, Abhängigkeit von externen Haushalten u.a.

50 Die Tarife werden auf der Grundlage einer Vergangenheitsrechnung für eine künftige Periode mit einer Bindung von i.d.R. einem Jahr berechnet.

ten Bedarfsträger (Patienten) in die Tariffinanzierung eingebunden.

Innerhalb der Träger der externen Finanzierung ist eine Differenzierung nach gesetzlichen und freien Trägern erforderlich. Die gesetzlichen Träger der externen Finanzierung übernehmen Finanzierungstatbestände entsprechend der landesrechtlichen Regelungen. Die Bundesländer übernehmen dabei Investitionskosten in unterschiedlichem Umfang, einzelne Bundesländer (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland) bezuschussen auch Teile der Betriebskosten. Die finanzielle Beteiligung der Kommunen reicht von einem mehr oder weniger freiwilligen Finanzierungsbeitrag (z.B. in Baden-Württemberg) bis hin zur Verpflichtung, alle auftretenden Kostenunterdeckungen auszugleichen (Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein). Der Bund beteiligt sich an der Finanzierung vor allem in Bereich der Luftrettung, sowie durch einen partiellen Ausgleich der Kosten, die durch die Beschäftigung von Zivildienstleistenden entstehen.

Neben den gesetzlichen Trägern der externen Finanzierung treten in zunehmendem Maße private Initiativen auf, um durch gezielte Finanzierungsbeiträge "... Maßnahmen zur Verbesserung des Rettungsdienstes zu fördern."⁵¹ Der Nachteil solcher privater Finanzierungsbeiträge, so willkommen sie auch im Einzelfall sein mögen, ist, daß sie nicht regelmäßig fließen, also im Normalfall nicht planbar sind.

Neben den Trägern der Tarif- und der externen Finanzierung sind auch die Sanitätsorganisationen an der Finanzierung des Rettungsdienstes beteiligt, sofern sie als Leistungsträger in die Aufgabenerfüllung eingebunden sind. Ihr Finanzierungsbeitrag (interne Finanzierung) besteht, in unterschiedlichem Umfang, in

- einer Reduzierung der tariffähigen Kosten durch den Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern: "Ehrenamtlich erbrachte Leistungen sind bei der Bemessung der Personalkosten mit mindestens einem Drittel der dadurch ersparten Kosten hauptamtlichen Personals zu berücksichtigen."⁵²

51 "Bekanntmachung der Rettungsstiftung Saar" (Amtsblatt des Saarlandes 1982, S. 562) in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; Bd. 1, Nr. Saarl. 2340. Ähnliche Ziele verfolgen beispielsweise die Rettungsstiftung Björn Steiger e.V. oder die Rettungsstiftung Jürgen Pegeler e.V. Zur ers genannten Stiftung vgl.: Kirberger, W.; Staatsentlastung ..., a.a.O., S. 209 f.

- der Akquisition zweckgebundener Spenden als Zuwendungen Dritter, und/oder in
- der Einbringung eigener finanzieller Mittel.

Beispielsweise sind die Leistungsträger nach § 8(4) RDG Saar mit 20 % an der Finanzierung der mobilen Rettungsmittel beteiligt. Begründet wird dies damit, daß "... den Sanitätsorganisationen das Engagement, auch das finanzielle Engagement, im Rettungsdienst durch Satzung vorgeschrieben ..." ⁵³ sei, darüberhinaus können die Organisationen die Fahrzeuge nach Außerdienststellung weiterverwenden. Neben solchen geplanten Finanzierungsbeiträgen können, darauf wurde bereits hingewiesen, auch ungeplant eigene Finanzmittel erforderlich werden.

3.6 Einflußträger

Den staatlichen Entscheidungsträgern sind zur Beratung, aber auch als Korrektiv ihrer Entscheidungen, die Einflußträger gegenübergestellt. Die in dieser Gruppe zusammengefaßten Institutionen versuchen, "... durch den Einsatz von gesellschaftlicher Macht (...) die Beschlüsse der Entscheidungsträger in ihrem Sinne zu beeinflussen." ⁵⁴ Die Wirkungsrichtung der Einflußträger zielt jedoch nicht nur auf die Entscheidungsträger, jede Trägergruppe ist für ihre Arbeit von Bedeutung. Neben den Versuchen, andere Träger aus "wohlverstandenen" Verbandsinteresse zu beeinflussen, liegt das Schwergewicht der Arbeit der Einflußträger auch in einer aufgaben- und sachgerechten Beratung der übrigen Trägergruppen.

Die Aktivitäten der Einflußträger im Rettungsdienst erfolgen auf Bundesebene vorwiegend in Koordinierungsgremien, wie dem Bund-Länder-Ausschuß "Rettungswesen" und der "Ständigen Konferenz Rettungswesen" ⁵⁵. In diesen Gremien stimmen einerseits die zuständigen Experten aus den Bundes- und Länderministerien ihre Vorgehensweise ab und informieren über Erfahrungen und erkenn-

52 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 15.

53 Thome, H.; Das Saarländische Rettungsdienstgesetz, a.a.O., S 89.

54 Mändle, E.(Hrsg.): Praktische Wirtschaftspolitik, Wiesbaden 1977, S. 22. Gesellschaftliche Macht kann auf Meinungs-, Besitz-, Organisations- und Informationsmacht, sowie auf einer Kombination dieser Faktoren beruhen.

55 Einen Überblick über Ziele und Mitglieder dieser Gremien gibt das Handbuch des Rettungswesens (HdR), a.a.O., Bd. 3, Nr. F 1.1 bis F 1.1.2 (Bund/Länder-Ausschuß), bzw. F 1.2 (Ständige Konferenz).

bare Entwicklungen (Bund/Länder-Ausschuß), andererseits werden in der "Ständigen Konferenz" Informationen, Meinungen und Beurteilungen zwischen nahezu allen für den Rettungsdienst relevanten Trägergruppen ausgetauscht.

Da der Austausch von Informationen und Meinungen und der Versuch, Entscheidungen zu beeinflussen, nicht nur auf der Ebene des Bundes, sondern auf allen Ebenen der Aufgabenerfüllung im Rettungsdienst stattfindet, ist die Gruppe der Einflußträger entsprechend weit zu fassen.

4. Überblick über das Trägersystem im Rettungsdienst

Bei der Erläuterung des Trägersystems im Rettungsdienst ist bislang die Tatsache unberücksichtigt geblieben, daß einzelne Institutionen oder Organisationen gleichzeitig mehrere Teilfunktionen wahrnehmen. In Übersicht 6.2 werden die Beteiligten ihren jeweiligen Trägergruppe zugewiesen.

Wie bereits dargelegt, können der Gruppe der Einflußträger nahezu alle andern Träger zugeordnet werden. Jede beteiligte Gruppe versucht, andere Träger, gleichgültig, ob auf höherer, gleicher oder niedrigerer Ebene, aus Verbandsinteresse oder aufgrund des (vermeindlich) besseren Informationsstandes zu beeinflussen. Die einzige Trägergruppe, die nicht direkt den Einflußträgern zugerechnet werden kann, sind die Patienten, ihre Interessen werden durch die Krankenkassen als Selbstverwaltungsorgane der Versicherten wahrgenommen.

Nicht in die Ebene der Einflußträger gehört die Fähigkeit, die Handlungen anderer Träger durch gesetzliche Regelungen und Verordnungen zu beeinflussen. Diese Kompetenz wurde als begründendes Kriterium für die Gruppe der Entscheidungsträger genannt.

Der Bund erfüllt nach der Zuordnung in Übersicht 6.2 die Funktionen eines Entscheidungs-, Finanzierungs- und Einflußträgers. Dominierender Entscheidungsträger im Rettungsdienst sind jedoch nach dem Willen den Grundgesetzes die Bundesländer. Konflikte entstehen aus dieser Konstellation dann, wenn der Bund seine den Rettungsdienst betreffenden Gesetzgebungskompetenz (Personenbeförderungsrecht, Berufsbild "Rettungsassistent", Finanzierungsregeln der Reichsversicherungsordnung RVO) entweder überhaupt nicht, oder nicht in Übereinstimmung mit Regelungen der Bundesländer wahrnimmt⁵⁶.

Übersicht 6.2: TRÄGERSYSTEMATIK IM RETTUNGSDIENST

	ENTSCHEIDUNGS- TRÄGER	AUFGABEN- TRÄGER	LEISTUNGS- TRÄGER	BEDARFSTRÄGER		FINANZIERUNGS- TRÄGER		EINFLUSS- TRÄGER
				direkt	in- direkt	Gebühren- träger	sonst.Fin.- träger	
BUND	X		X		X		X	X
LÄNDER	X	X	(X)		X		X	X
KOMMUNEN		X	X		X		X	X
SANITÄTS- ORGANISAT.			X				X	X
private und gemeinnützige Unternehmen			X					X
KRANKENHÄUSER			(X)		X	X		
KASSENPATIENT				X	X			
SELBSTZAHLER				X	X	X		
KRANKENKASSEN					X	X		X

Anmerkung: () = trifft nur in geringem Umfang zu
 Quelle: Überarbeitete Fassung der Übersicht 2 (S. 19) in:
 Kühner, R.; Organisationsformen ..., a.a.O.

In den landesrechtlichen Regelungen wird die Sicherstellung der Aufgabendurchführung überwiegend den Städten und Landkreisen als Aufgabenträger zugewiesen. In den Bundesländern, in welchen eine Übertragung nicht erfolgt ist (Baden-Württemberg, Hessen), muß davon ausgegangen werden, daß das jeweilige Land sowohl als Entscheidungs-, als auch als Aufgabenträger handelt.

Die besondere Rechtsgrundlage des Rettungsdienstes in Hessen wirft die Frage auf, ob die Sanitätsorganisationen ebenfalls als Aufgabenträger angesehen werden können. "Der Rettungsdienst wird nicht als ausschließlich staatliche, sondern vornehmlich als Aufgabe der Sanitätsorganisationen anerkannt. (...) Demgemäß wird das Verhältnis zwischen Staat und Sanitätsorganisationen als "gleichberechtigte Partnerschaft", nicht als Über- Unterordnungsverhältnis und schon gar nicht als Verhältnis von Beleihendem und Beliehenem, von Rechtsinhaber und Substitut verstanden."⁵⁷ Ob aus dieser "gleichberechtigten Partnerschaft" auch eine Teilung oder gar der Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Sanitätsorganisationen abgeleitet werden kann, muß bezweifelt werden. Wenn ein Bundesland auf die Wahrnehmung der ihm vom Grundgesetz eingeräumte Gesetzgebungs- bzw. Regelungskompetenz verzichtet, kann daraus keine Übertragung oder Überlassung der Verantwortlichkeit für die Sicherstellung einer öffentlichen Aufgabe abgeleitet werden. Das jeweilige Land erwartet vielmehr, daß die Leistungsträger die Aufgabe auch ohne speziellen gesetzlichen Bindungen in zufriedenstellender Qualität erfüllen. Die Überwachung der Aufgabenerfüllung - in Hessen vor allem in Form von Wirtschaftlichkeitsprüfungen⁵⁸ - bleibt Aufgabe des Landes. Unterbleibt die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Kommunen⁵⁹, so übernimmt das Land demnach auch die Verantwortung für die konkrete Aufgabenerfüllung vor Ort, das Land ist nicht nur Entscheidungs- sondern auch

56 Noch 15 Jahre nach dem Erlaß der ersten Rettungsdienstgesetze fehlen die komplementären bundesgesetzlichen Regelungen zur Krankenbeförderung und zur Zulassung zum Beruf des Rettungsassistenten. Darüberhinaus sind die den Rettungsdienst betreffenden Regelungen im PBefG und in der RVO dem Leistungsspektrum des Rettungsdienstes nicht angemessen, der Rettungsdienst ist nicht nur eine "Krankenbeförderung mit Mietwagen" oder eine "Fahrt zum Arzt oder ins Krankenhaus".

57 Rupp, H.H; Der Rettungsdienst ..., a.a.O., S. 112.

58 "Vorläufige Richtlinien ..." (Hessen), a.a.O.

59 Diese Übertragung muß nicht notwendigerweise durch ein Gesetz erfolgen, sie kann auch in Form eines Erlasses vorgenommen werden. Vgl. hierzu: "Verbesserung des Rettungsdienstes" (Nds), Erlaß des Ministers für Soziales v. 16. 10. 1974, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. Nds 2020, Anlage, Nr. 3 (S. 4).

Aufgabenträger: "... der Staat (muß) nach dem Grundsatz der Subsidiarität dann eingreifen (...), wenn der Rettungsdienst durch private Einrichtungen nicht gewährleistet ist."⁶⁰ Eine Zuordnung der Sanitätsorganisationen zum Kreis der Aufgabenträger ist damit ausgeschlossen.

Der Gruppe der Leistungsträger gehören in erster Linie die Sanitätsorganisationen und die kommunale Rettungsdienste an. Letzteren sind die freiwilligen- und die Berufsfeuerwehren⁶¹, sowie speziell eingerichtete kommunale Rettungsdienste⁶² zuzuordnen. Daneben sind, wenn auch in geringem Umfang, der Bund (Luftrettung) und die Länder (Rettungsleistungsausschuss Saarland) als Leistungsträger einzustufen. Private bzw. freigemeinnützige Unternehmen sind an der Durchführung der Luftrettung⁶³ und des bodengebundenen Rettungsdienstes beteiligt und in diesen Fällen ebenfalls als Leistungsträger des Rettungsdienstes anzusehen.

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gehören der Gruppe der Leistungsträger durch ihre Beteiligung an der Sicherstellung der Notarztdienste an. Außerdem ist Krankenhäusern in einigen Rettungsdienstbereichen die Durchführung des Rettungsdienstes übertragen worden⁶⁴.

Direkte Bedarfsträger sind die Patienten, deren Bedarf durch Experten (Ärzte, im vorliegenden Fall aber auch durch das Rettungspersonal) definiert bzw. konkretisiert wird. Indirekt ist vor allem der Staat (Bund, Länder und Gemeinden) durch sein In-

60 Ossenbühl, F.; Rettungsdienst und Berufsfreiheit, a.a.O., S. 22.

61 Berufsfeuerwehren werden in Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern eingerichtet, unter bestimmten Bedingungen sind Ausnahmen bis 150.000 Einwohnern möglich. Vgl. hierzu: Kühner, R.; Organisationsformen ..., a.a.O., S. 51, insbes. Fn. 1.

62 In Schleswig-Holstein führen "die 4 kreisfreien Städte (...) den Rettungsdienst durch ihre Berufsfeuerwehr durch. 6 Kreise führen den Rettungsdienst ebenfalls selbst durch. 5 Kreise haben dies den Hilfsorganisationen übertragen." Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 10/813 v. 25.1.1985; Bericht der Landesregierung: Rettungsdienst und Krankentransportdienst, S. 9, sowie Übersicht Nr. 1.

63 Der Anteil der RTH-Stationen der gemeinnützigen Unternehmen in der Luftrettung (ADAC-Luftrettung GmbH. und DRF) betrug 1985 ca. ein Drittel aller Einsätze. Vgl. hierzu: Kühner, R.: Einsatzentwicklung der Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, in: BAST (Hrsg.): Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, Bergisch-Gladbach 1986, S. 12 - 26, hier: Tab. 3.2 (S. 17).

64 Vgl. hierzu das Beispiel des Oberberischen Kreises, beschrieben von: Vöbel, W.: Das Gummersbacher Modell: Rettungsdienst im Oberberischen Land, in: der Landkreis, 12/1985, S. 562 - 563, hier: S. 562.

teresse an einer Sicherstellung des "option demand" in Form einer ausreichenden Kapazitätsvorhaltung und, damit verbunden, einem hohen Niveau der Bediensicherheit, als Bedarfsträger anzusehen. Auch die Sozialversicherungsträger müssen als Vertreter ihrer Mitglieder an einem funktionsfähigen und qualitativ hochstehenden Rettungsdienst interessiert sein.

Die Sanitätsorganisationen, soweit sie als Leistungsträger im Rettungsdienst tätig sind, können als Bedarfsträger "in anderem Sinne" eingestuft werden. Ihr Interesse richtet sich entsprechend ihrer Satzung auf die Teilhabe an der Sicherstellung der Aufgabe, allerdings sollte damit auch das Interesse an einer Aufgabenerfüllung auf hohem Niveau verbunden sein.

Die Gruppe der Finanzierungsträger wird differenziert nach Gebühren- und sonstigen Finanzierungsträgern. In die Tariffinanzierung sind in erster Linie die privaten und gesetzlichen Krankenkassen als Gebührenträger eingebunden, in geringerem Umfang sind auch Krankenhäuser und selbstzahlende Patienten beteiligt.

Als sonstige Finanzierungsträger sind, von Land zu Land und von Leistungsbereich zu Leistungsbereich in unterschiedlichem Umfang, vor allem Bund, Länder und Gemeinden zu nennen. Daneben sind auch Sanitätsorganisationen als Leistungsträger in die Finanzierung einbezogen, außerdem beteiligen sich auch Privatpersonen und gemeinnützige Stiftungen im Rahmen ihrer satzungsmäßigen Ziele an der Finanzierung des Rettungsdienstes.

Anhand der hier abgeleiteten Trägersystematik wird im nächsten Untersuchungsabschnitt das "Marktsystem" des Rettungsdienstes analysiert. Im Vordergrund werden Fragen nach den direkten und indirekten Determinanten der Nachfrage und des Angebotes stehen, außerdem werden verschiedene Instrumente der Angebotsplanung diskutiert.

VII. DAS MARKT-SYSTEM DES RETTUNGSDIENSTES

1. Grundsystematik des Rettungsdienst"marktes"¹

Wie jede wirtschaftliche Aktivität, setzt auch die Durchführung des Rettungsdienstes ein Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage voraus. Aus der Beschreibung des Trägersystems wurde jedoch deutlich, daß eine eindeutige Abgrenzung von Angebots- und Nachfrageseite aufgrund der besonderen Gegebenheiten der Leistungserstellung und der Interdependenzen zwischen einzelnen Trägerebenen und -gruppen kaum möglich ist.

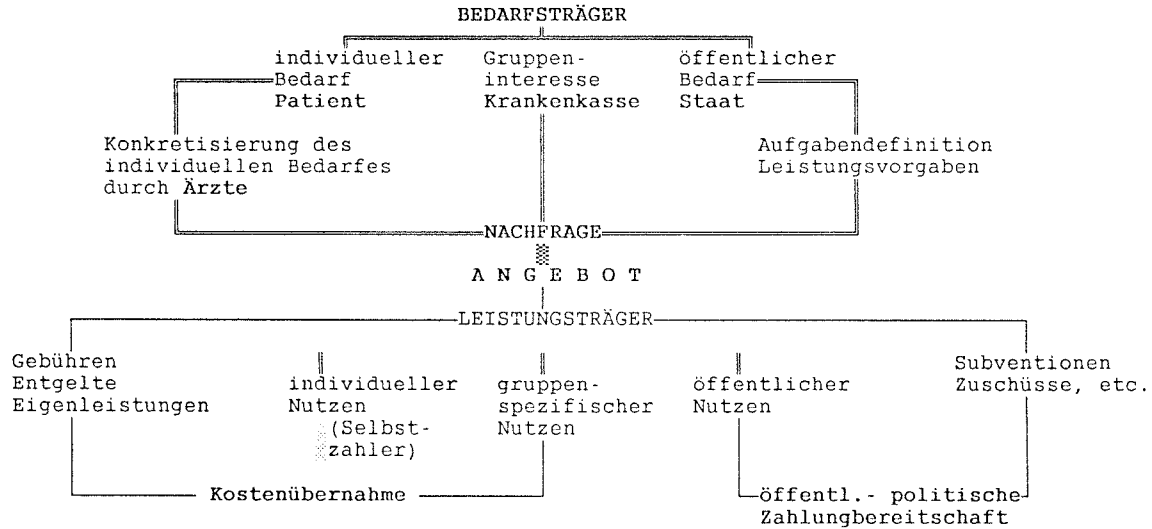
Ungeachtet dieser Abgrenzungs- bzw. Zuordnungsprobleme ist eine Verdeutlichung der Grundsystematik des Rettungsdienst"marktes" zur Strukturierung der weiteren Analyseschritte erforderlich.

Ein Grundsystem ist in Übersicht 7.1 dargestellt. Auf der Nachfrageseite stehen die unterschiedlichen Bedarfsträgergruppen, die durch ihre Nachfrage direkt oder indirekt Umfang und Struktur des Leistungsangebotes beeinflussen. Die Einflußmöglichkeit der einzelnen Gruppen ist dabei sehr verschieden. Der Staat kann seinen Bedarf den Leistungsträgern verbindlich vorgeben, indem er in seiner Funktion als Entscheidungsträger das Leistungsziel und die Rahmenbedingungen der Leistungserstellung definiert. Den Sozialversicherungsträger, vor allem den gesetzlichen Krankenkassen, wird in verschiedenen Rettungsdienstsystemen auf der Ebene des Landes und/oder der Kommunen ein Recht zur Mitgestaltung eingeräumt, wobei der Interessenschwerpunkt der Krankenkassen in der Sicherstellung des Formalzieles (Wirtschaftlichkeitsziel) liegt. Die Patienten als direkte Bedarfsträger beeinflussen das Angebot des Rettungsdienstes durch den Umfang und die Struktur ihrer durch Experten (Ärzte, Leitstellen- bzw. Einsatzpersonal des Rettungsdienstes) konkretisierten Nachfrage².

1 Zur Verwendung des Markt Begriffes bei Gesundheitsleistungen vgl.: Lampert, H.; Verfassung und Struktur ..., a.a.O., S. 272 f. Dagegen beschreibt Herder-Dorneich das Gesundheitswesens als typisches Nicht-Markt-System: Herder-Dorneich, Ph.; Wachstum und Gleichgewicht ..., a.a.O., S. 94 f.

2 Die Nachfrage/Angebotsbeziehungen im Bereich der medizinischen Versorgung werden dargestellt bei: Schicke, R.: Ökonomie des Gesundheitswesens (= Grundriß der Sozialwissenschaft, Bd. 29), Göttingen 1981, S. 15 ff. Eine tiefgehende Analyse dieser Beziehungsgeflechte wurde ausgearbeitet von: Herder-Dorneich, Ph.; Wachstum und Gleichgewicht ..., a.a.O., S. 93 ff.

Übersicht 7.1: DAS "MARKT-"SYSTEM DES RETTUNGSDIENSTES



Vgl. hierzu auch: Zebisch, H.D., Der soziale Nutzen des ÖPNV ..., a.a.O., Abb. 6 (S. 105)

Das Angebot, das von den Leistungsträgern bereitgestellt wird, führt durch sein Vorhandensein auf der Seite der indirekten Bedarfsträger zu öffentlichem bzw. gruppenspezifischem Bereithaltungsnutzen, durch die Inanspruchnahme entsteht individueller Beanspruchungsnutzen.

Ein funktionsfähiges Marktsystem führt durch die Anwendung des Ausschlußprinzips dazu, daß die Bedarfsträgergruppen ihre Zahlungsbereitschaft entsprechend ihrer Nutzeneinschätzung offenbaren. Auf diese Weise fließen den Leistungsträgern Einnahmen zu, die zur Finanzierung des Systems herangezogen werden können. Es wurde bereits mehrfach dargelegt, daß angesichts der Leistungsmorphologie des Rettungsdienstes der Markt in seiner üblichen Form nicht funktionsfähig sein kann und darf. Die Zahlungsbereitschaft der unterschiedlichen Bedarfsträgergruppen läßt sich nicht ermitteln, deshalb erfolgt die Finanzierung über eine mehr oder weniger zufällig entstandene Struktur von Beiträgen der einzelnen Finanzierungsträger.

Die nachfolgenden Ausführungen werden sich eingehender mit den Komponenten dieses Grundsystems befassen, wobei

- die Einflußfaktoren des individuellen Bedarfes,
- der aus den Leistungsvorgaben erkennbare öffentliche Bedarf,
- die wesentlichen Gesichtspunkte der Angebotspolitik und Leistungserstellung, sowie
- Elemente der Systemfinanzierung

im Mittelpunkt stehen werden.

2. Die individuelle Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes

2.1 Bedarf und Nachfrage - einige Vorüberlegungen

Die Leistungen des Rettungsdienstes stellen aus der Sicht der direkten Bedarfsträger keinen Wert an sich dar, sie werden nicht um ihrer selbst willen nachgefragt. Voraussetzung dafür, daß subjektiv ein Bedürfnis nach Leistungen des Rettungsdienstes empfunden wird, ist eine manifeste Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes von Individuen. Dieser subjektive Bedarf allein kann sich noch nicht als Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes niederschlagen. Bedingt durch die Struktur

der Märkte des medizinischen Sektors muß der subjektive Bedarf durch einen Experten (Arzt, im hier vorliegenden Beispiel auch Rettungssanitäter, Leitstellenpersonal) konkretisiert bzw. objektiviert werden. "Der Verbraucher/Konsument übt wenig Einfluß auf die Art, Qualität und Quantität der Versorgung aus, die vorwiegend durch den Arzt/Anbieter determiniert wird."³ Dieser objektive bzw. objektivierte Bedarf stellt die Grundlage der Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen dar.

Im Vergleich zur ambulanten oder stationären Krankenversorgung ergibt sich für den Rettungsdienst eine Zone der Ungewissheit aus der Tatsache, daß das Leitstellenpersonal als Bedarfsdeterminierer den Bedarfsträger nicht vor sich hat, sondern den Bedarf quasi per Ferndiagnose vorläufig konkretisieren und eine Einsatzentscheidung fällen muß⁴. Obwohl bereits durch die Alarmierung eines Rettungsmittels eine Vorentscheidung über die Leistungserstellung getroffen wird, ist der endgültige Bedarf am Notfallort durch das Einsatzpersonal festzustellen.

Die Aggregation des individuellen, objektiv definierten Bedarfes in einem festgelegten Versorgungsgebiet bildet die Grundlage der Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes (Übersicht 7.2). Sie ist u.a. vom Gesundheitsniveau in der Region abhängig, das wiederum durch individuelle und regionale Risikofaktoren beeinflußt wird.

Als problematisch sind solche Fälle anzusehen, in welchen Bedarf nach Leistungen des Rettungsdienstes zwar tatsächlich vorliegt, dieser aber subjektiv nicht empfunden⁵ wird oder nicht konkretisiert werden kann. Subjektiver Bedarf, der nicht objektiviert wird bzw. werden kann, ist aus der Sicht des Rettungsdienstes ungedeckter Bedarf (unmet need)⁶. Dieser vom Rettungs-

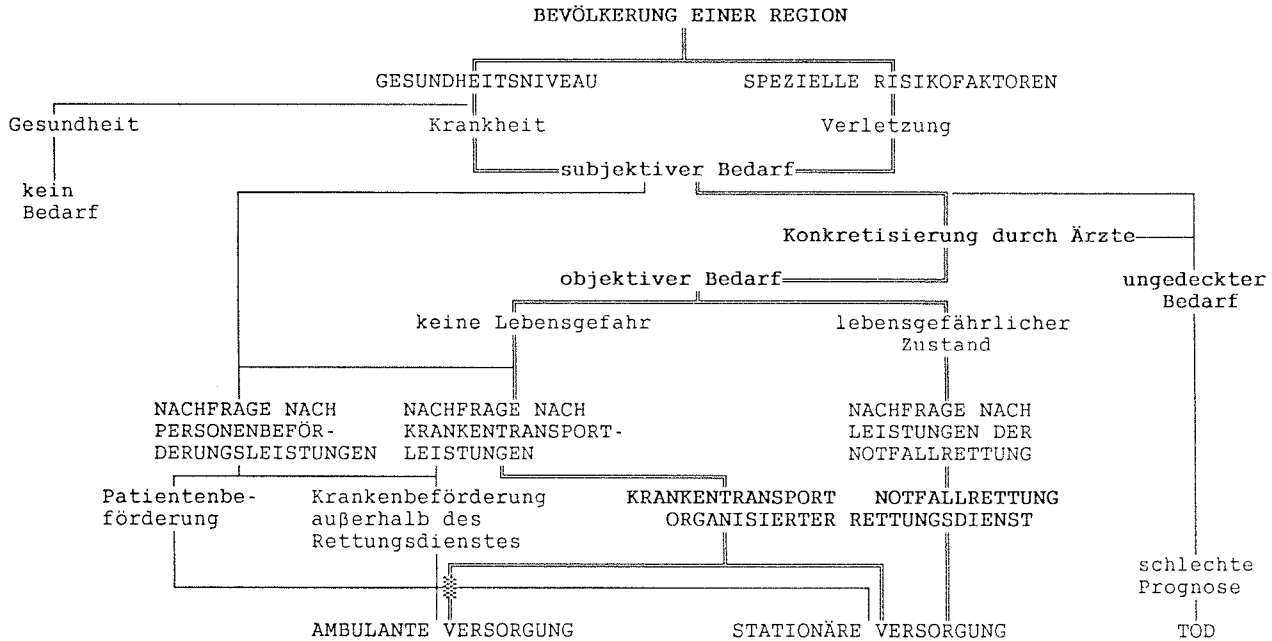
3 Schicke, R.; Ökonomie des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 15. Vgl.: Neubauer, G.; Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ..., a.a.O., S. 162.

4 Die Probleme, die mit dieser Form der Bedarfsdefinition verbunden sind, beschreibt: Garms-Homolová, V.: Analyse der Notrallrettung in Berlin, Teil 1: Die Notfallmeldung, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 21, Bergisch-Gladbach 1987.

5 Vor allem bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird häufig festgestellt, daß trotz eindeutiger Symptome der Rettungsdienst nicht oder erst mit großer Verzögerung alarmiert wird. Vgl. u.a.: Schumann, L.J.; Wolfe, H.; Sepulveda, J.: Estimating Demand for Emergency Transportation, in: Medical Care, Sept. 1977, Vol. XV No. 9, S. 738 - 749, hier: S. 739.

6 Ebd., S. 738.

Übersicht 7.2: ELEMENTE DER DIREKTEN NACHFRAGE NACH LEISTUNGEN DES RETTUNGSDIENSTES



Erweiterte Form der Darstellung bei:
 Schuman, L.J., Wolfe, H., Sepulveda, J.; Estimating Demand ..., a.a.O., S. 739.

dienst nicht gedeckter Bedarf kann in Grenzen durch Nachfrage außerhalb des organisierten Rettungsdienstes befriedigt werden. Ist dies nicht möglich, oder werden Substitute gewählt, die für den jeweiligen Fall nicht oder nur bedingt geeignet sind⁷, kann sich die gesundheitliche Prognose für die betroffenen Bedarfsträger deutlich verschlechtern, bei lebensbedrohlichen Krankheits- oder Verletzungsbildern kann nicht befriedigter Bedarf zum Tod des Patienten führen.

Für die Angebotsplanung ist der objektive Bedarf dahingehend zu differenzieren, ob für den Patienten Lebensgefahr besteht bzw. zu befürchten ist, oder nicht. Im ersten Fall wird der Bedarf in Nachfrage nach Notfallrettungseinsätzen transformiert, liegt keine Lebensbedrohung vor, entsteht Nachfrage nach Krankentransporteinsätzen. Die in Übersicht 7.2 dargestellten Einflußlinien machen deutlich, weshalb die Abschätzung der Nachfrage für einen konkreten Planungsbereich Schwierigkeiten bereitet. Grundlage für eine aussagefähige Prognose ist die Ermittlung von Kenngrößen, die Aussagen über das Gesundheitsniveau der Bevölkerung in der jeweiligen Region zulassen. In diesem Zusammenhang sind demographische und sozioökonomische Faktoren ebenso von Bedeutung wie spezielle Risikofaktoren einer Region⁸. Ergänzend sind

- Informationen über die Kriterien der objektiven Bedarfsfeststellung;
- Informationen über den Umfang des nicht gedeckten Bedarfes oder der außerhalb des organisierten Rettungsdienstes gedeckten Nachfrage⁹;
- Kenntnisse über die Angebotsstruktur und -umfang auf dem Gesamtmarkt Rettungsdienst, sowie

7 Alternative Verkehrsmittel sind Busse, Taxen, Straßenbahnen, aber auch der eigene Pkw oder das Fahrrad.

8 Als spezielle Risikofaktoren sind Kriterien wie das Freizeit- und Verkehrsverhalten der Bevölkerung, das Niveau der Verkehrssicherheit, Umfang und Struktur der industriellen Produktion in der Region, sowie Belastungsfaktoren aus der Umwelt anzusehen. Vgl. u.a.: Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., S. 86 ff.

9 Ältere Untersuchungen belegen, daß eine Vielzahl von Patienten die Klinik erreicht hat, ohne die Leistungen des Rettungsdienstes oder von Krankentransportunternehmen in Anspruch zu nehmen.

- Aussagen über das Konkurrenzniveau, vor allem über die Wettbewerbsintensität bei einer Variation von Wettbewerbsparametern

heranzuziehen, um eine bedarfsorientierte Angebotsplanung realisieren zu können.

2.2 Ermittlung von nachfragedeterminierenden Faktoren durch Regressionsanalysen

Um zumindest Eckdaten für die Abschätzung der Nachfrage zur Verfügung zu haben, wurde versucht, durch die Anwendung regressionsanalytischer Rechenmodelle¹⁰ diejenigen Faktoren zu isolieren und zu gewichten, die maßgeblichen Einfluß auf die Gesamtnachfrage haben.

Die hierzu entwickelten Modelle sind z.T. sehr aufwendig. Das umfassendste Analysemodell¹¹ wird beschrieben als "... a set of regression equations with 7 dependent variables (total demand, auto accidents, other accidents, cardiac, poison, other illness and dry runs) and 32 independent variables. Twenty-five of the 32 independent variables reflect sociodemographic characteristics, 1 was average response time for each area and six described the type of emergency service which covered the area ...".¹² Andere Autoren, die sich ebenfalls mit der Abschätzung der Rettungsdienstnachfrage mittels Regressionsanalysen beschäftigt haben, vertreten die Auffassung, daß derartig umfangreiche Modelle insgesamt sehr hilfreich seien, "... but the model presented in that study would seem to be overspecified ...".¹³

10 Vgl. beispielsweise: Schuman, L.J., Wolfe, H. Sepulveda, J.: Estimating Demand ..., a.a.O.; Aldrich, C.A., Hisserich, J.C., Lave, L.B.: An Analysis of the Demand for Emergency Ambulance Service in an Urban Area, in: Am.J.Public Health, Vol. 61, No.6 (June 1971), S. 1156 - 1169; Siler, F.K.: Predicting Demand for Publicly Dispatched Ambulances in a Metropolitan Area, in Health Serv. Res., Fall 1975, S. 254 - 263; Kamenetzky, R.D., Shuman, L.J., Wolfe, H.: Estimating Need and Demand for Prehospital Care, in: Operations Research 4/1982, S. 1148 - 1167.

11 Aldrich, C.A., Hisserich, J.C., Lave, L.B.: An Analysis ..., a.a.O., S. 1160 f.

12 Kamenetzky, R.D., Shumann, L.J., Wolfe, H.: Estimating Need and Demand ..., a.a.O., S. 1150.

13 Siler, K.F.: Predicting Demand ..., a.a.O., S. 255.

Die in der Folge entwickelten Modelle arbeiten durchweg mit deutlich weniger Variablen. Für eine Abschätzung der Nachfrage werden vor allem die folgenden Kenngrößen herangezogen:

- Anzahl der zu versorgenden Bevölkerung,
- Bevölkerungsstruktur¹⁴,
- Bevölkerungsdichte (housing units per area resident)¹⁵,
- Bildungs- und Einkommensniveau,
- Beschäftigungsquote, sowie
- Beschäftigungsstruktur (white collar vs. blue collar employment)¹⁶.

Nach Aussagen der Autoren führen die jeweiligen Modelle zu guten Prognoseergebnissen: "... the resultant modell can be used by planners to provide accurate input for determining vehicle location and placement strategies. Further, by using the need estimates, the capacity of the system can be explored under maximum demand conditions."¹⁷ Offensichtlich ist jedoch keines der bislang entwickelten Modelle so realitätsnah, daß es in der planerischen Praxis Anwendung gefunden hätte.

2.3 Abschätzung von einzelnen Nachfragedeterminanten

2.3.1 Soziodemographische Faktoren

Regressionsanalytische Nachfragemodelle, wie sie vor allem aus der amerikanischen Literatur bekannt sind, werden für den Rettungsdienst in der Bundesrepublik Deutschland nicht verwandt. Die Nachfrageabschätzung erfolgt überwiegend durch eine einfache Extrapolation von Vergangenheitswerten. Wenn überhaupt, dann werden einzelne Nachfragedeterminanten isoliert und unab-

14 In amerikanischen Studien wird im Zusammenhang mit der Bevölkerungsstruktur der Anteil der farbigen Bevölkerung als Einflußgröße auf die Nachfrage hervorgehoben. Vgl. als Beispiel: Ebd., S. 259.

15 Vgl. u.a.: Aldrich, C.A., Hisserich, J.C., Lave, L.B.; An Analysis ..., a.a.O., S. 1164.

16 Kamenetzky, R.D., Shumann, L. J., Wolfe, H.: Estimating Need and Demand ..., a.a.O., S. 1151.

17 Ebd., S. 1165.

hängig voneinander analysiert¹⁸. Die wesentlichen Erkenntnisse entsprechender Studien sind die folgenden:

- Der dominierende Einflußfaktor für die Rettungsdienstnachfrage ist - naturgemäß - die Zahl der Bevölkerung. In der Bundesrepublik Deutschland werden je 1.000 Einwohner jährlich ca. 100 Rettungsdiensteinsätze durchgeführt¹⁹.
- Die Nachfragestruktur ist relativ stabil: je 1.000 Einwohner sind jährlich ca. 30 Notfalleinsätze und 70 Krankentransporte zu erwarten²⁰.
- Die Zahl der Einsätze des Rettungsdienstes ist abhängig von der Bevölkerungsdichte in einem Planungsgebiet (Tab. 7.1). Mit zunehmender Bevölkerungsdichte steigt die Zahl der Rettungseinsätze und die Einsatzstruktur ändert sich. Während Krankentransporte in dicht besiedelten Gebieten relativ zurückgehen, sind in diesen Regionen, bezogen auf die Bevölkerung, deutlich mehr Notfalleinsätze zu erwarten, als im ländlichen Raum²¹. Diese Unterschiede können zum Teil durch die Tatsache erklärt werden, daß in Ballungsgebieten eher die Möglichkeit besteht, ein Teil der Krankentransportnachfrage außerhalb des organisierten Rettungsdienstes zu decken.

18 Vgl. u.a.: Lenhart, W., Puhán, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., insbes. S. 18 ff.; Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil II, S. 49 ff.

19 Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil II, Tab. 6 (S. 58); Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., Tab. 32 (S. 165); Lenhart, W., Puhán, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 30. Vgl. in diesem Zusammenhang auch die neueren Hochrechnungen der Leistungen des Rettungsdienstes in: Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.1988, a.a.O., Anlage 1, S. 145.

20 Der Wert für Notfalleinsätze liegt im Bereich der Ergebnisse ausländischer Studien. So wird beispielsweise aus den USA von einem nationalen Durchschnittswert von 36,5 Notrufen je 1.000 Einwohner berichtet. Siehe hierzu: Schuman, L.J., Wolfe, H., Sepulveda, J.; Estimating Demand ..., a.a.O., S. 740. Aus Frankreich wird ein Wert von ca. 29 Notfalleinsätze je 1.000 Einwohner berichtet: Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST) (Hrsg.): Verkehrssicherheit international, ausgewählte Beiträge zum Preseminar des Bundesministers für Verkehr, Bergisch-Gladbach 1988, hier: S. 49.

21 Diese Beobachtung wird gestützt durch die Ergebnisse einer Analyse der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Danach ist die Inanspruchnahme von Allgemeinärzten in städtischen und ländlichen Gebieten gleich hoch, während die Facharztbesuche in der Großstadt deutlich über denen des ländlichen Raumes liegen. Vgl. hierzu: Neubauer, G.; Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ..., a.a.O., Tab. 1 (S. 172).

Tabelle 7.1: RETTUNGSDIENSTEINSÄTZE JE 1.000 EINWOHNER NACH EINWOHNERDICHTEKLASSEN

EINWOHNER- DICHTEKLASSE	EINSÄTZE JE 1.000 EINWOHNER		
	Notfälle	Krankentransporte	Gesamt
unter 200 E./qkm	17,4	72,4	89,9
200 - 1.000 E./qkm	27,7	73,8	100,3
über 1.000 E./qkm	42,0	66,7	108,7

Quelle: Lenhart, W., Puhon, Th., Siegenger, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., Tab. 4 - 6 (S. 30 f.)

Eine eingehende Analyse der Bedeutung soziodemographischer Faktoren für die Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes bietet eine australische Studie²². Es wird deutlich, daß durch die Geschlechts-, vor allem aber durch die Altersverteilung der Bevölkerung im Versorgungsgebiet Umfang und Struktur der Rettungsdienstnachfrage beeinflusst werden (Tab. 7.2).

Tabelle 7.2: EPIDEMIOLOGISCHE FAKTOREN DER RETTUNGSDIENSTNACHFRAGE

ALTERSRUPPE (Auswahl)	UNFALLEINSÄTZE (jeweils je 1.000 Einwohner)			KRANKENBEFÖRDERUNG		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
5 - 9	9.1	4.5	6.9	15.3	4.0	9.7
10 - 14	27.6	13.2	20.7	21.0	18.7	20.0
15 - 19	37.9	17.6	27.7	55.6	31.9	43.6
20 - 24	33.1	18.6	26.0	54.0	52.4	52.5
25 - 29	24.3	18.7	21.5	36.5	31.7	34.6
....						
40 - 44	27.3	15.4	21.3	141.1	110.7	124.4
45 - 49	22.7	9.4	16.1	186.6	118.2	151.7
50 - 54	27.8	6.6	16.9	195.5	227.8	209.8
55 - 59	19.9	12.7	16.2	228.5	231.6	230.1
60 - 64	24.9	12.6	18.5	389.1	392.7	390.9
65 - 69	43.2	13.7	26.9	505.5	408.5	451.4
70 und mehr	33.6	19.8	24.9	1.134.1	953.4	1.020.4
Durchschn.	24.8	13.0	18.8	140.3	151.3	145.9

Quelle: Butler, J.R.G.; Factors Affecting the Demand ..., a.a.O., Tab. 3 und 4 (S. 234 f)

²² Butler, J.R.G.: Factors Affecting the Demand for Ambulance Services, in: International Journal of Transport Economics, Vol. VIII, No. 2, Aug. 1981, S. 225 - 238.

Bei Unfalleinsätzen (accident trips)²³ sind Männer nahezu doppelt so häufig betroffen wie Frauen, außerdem ragen in der männlichen Bevölkerung ganz deutlich Altersgruppen mit überproportional hohem Risiko heraus (15 - 24 Jahre, über 65 Jahre).

Auch bei den sonstigen Einsätzen (non accident trips)²⁴ sind alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten zu erkennen. Für beide Geschlechter steigt die Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen bis zum Alter von 40 Jahren zwar mit Schwankungen, insgesamt aber doch stetig an. Eine überdurchschnittlich hohe Nutzungsintensität zeigt sich für Männer der Altersklasse 15 - 24 Jahre und für Frauen im Alter von Mitte 20 und Mitte 30 Jahren. Ab einem Alter von 40 Jahren steigt die Nachfrage sowohl für Männern als auch für Frauen erheblich an. Für die Altersgruppen über 60 Jahren zeigt sich für beide Geschlechter nochmals ein Nachfrageschub.

Die Ergebnisse dieser Studie, die angesichts der völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen allenfalls in ihrer Tendenz auf bundesdeutsche Verhältnisse übertragen werden können, machen vor allem deutlich, welchen Einfluß die Altersstruktur der zu versorgenden Bevölkerung auf die Rettungsdienstnachfrage²⁵ ausübt. Die in Tab. 7.1 dargestellten Einsatzstrukturen für unterschiedliche Gebietseinheiten können somit nicht nur durch Substitutionseffekte, sondern auch durch unterschiedliche Altersstrukturen in den Gebietseinheiten erklärt werden.

23 In der Studie wird lediglich zwischen Unfall- und sonstigen Einsätzen differenziert, ein Umstand, den der Autor angesichts der verfügbaren Datenlage akzeptieren muß. Vgl.: Ebd., S. 229.

24 Diese Einsatzart ist mit durchschnittlich 150 Einsätzen je 1.000 Einwohner offensichtlich weiter gefaßt als die Krankentransporte des bundesdeutschen Rettungsdienstes. Neben nicht-unfallbedingten Notfällen und normalen Krankentransporten dürften in auch einfache Patientenfahrten in nennenswertem Umfang enthalten sein. Vgl.: Ebd., S. 229, Fn 10.

25 Dies gilt nicht nur für die Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes, sondern beispielsweise auch für die Häufigkeit der Arztkontakte. Vgl. hierzu: Neubauer, G.; Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, a.a.O., S. 169 ff.

2.3.2 Temporäre Veränderungen in der Rettungsdienstnachfrage

Neben den soziodemographischen Faktoren werden in verschiedenen Untersuchungen auch temporäre Veränderungen der Rettungsdienstnachfrage dargestellt. In diesem Zusammenhang sind vor allem

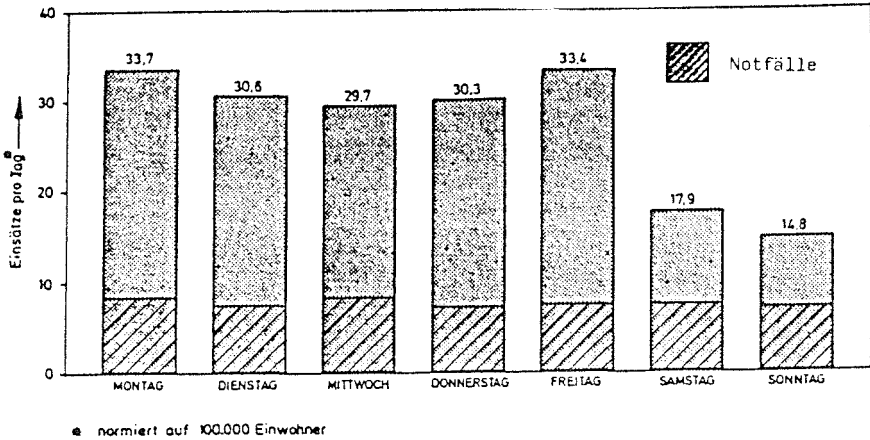
- tageszeitliche,
- wochentägliche,
- witterungsbedingte und
- saisonale

Einflußfaktoren analysiert worden.

Saisonal bedingte Veränderungen der Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes werden vor allem durch die sich im Jahresablauf verändernden Sport- und Freizeitaktivitäten der Bevölkerung und die hohe Mobilität in Ferienzeiten verursacht. Urlaubsgebiete und Gebiete mit attraktivem Freizeitangebot müssen bei der Planung ihres Rettungssystems die höheren Bevölkerungszahlen in den Ferienzeiten oder an Wochenenden einkalkulieren, außerdem ist bei saisonal auftretenden Verkehrsspitzen (Urlaubsverkehr) besondere Vorsorge zu treffen.

Bei einer Analyse der wochentäglichen Rettungsdienstnachfrage (Abb. 7.1) zeigen sich für die Gesamtnachfrage große Schwankungen. Auffällig ist die relative Konstanz der Notfalleinsätze: Über die gesamte Woche hinweg sind täglich zwischen 7,5 und 8,5 Notfälle je 100.000 Einwohner zu versorgen. Völlig unterschiedlich ist dagegen die Wochenverteilung der Krankentransporte. Von 25,5 Einsätzen je 100.000 Einwohner am Wochenanfang sinkt die Einsatzintensität zur Wochenmitte auf unter 22 Einsätze ab, um am Freitag das Niveau vom Wochenanfang wieder zu erreichen. Zum Wochenende reduziert sich die Krankentransportnachfrage auf 10,4 (Sonnabend) bzw. 7,6 (Sonntag) Einsätze je 100.000 Einwohner. Diese Nachfrageschwankungen werden in erster Linie durch die Aufnahme- und Entlassungspraxis der Kliniken verursacht.

Abb. 7.1: Rettungsdiensteinsätze nach Wochentagen



Quelle: Lenhart, W., Puhan, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., Bild 13 (S. 55).

In Tab. 7.3 sind Ergebnisse einer Studie dargestellt, welche die Aufnahme- und Entlassungstage von Kliniken analysiert hat. Die Veränderung des Patientenbestandes in Kliniken zeigt einen nahezu gleichförmigen Verlauf wie die wochentägliche Veränderung der Krankentransporte.

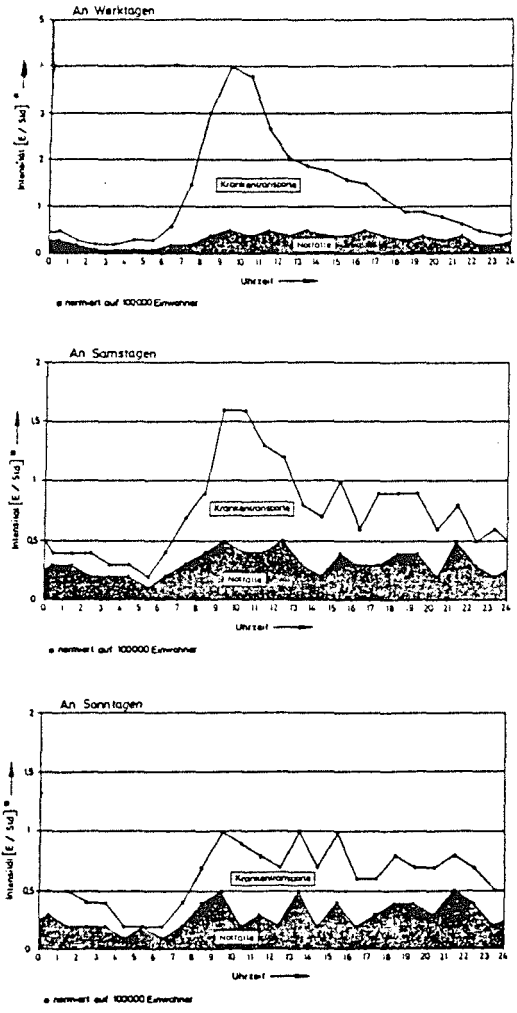
Tabelle 7.3: KRANKENHAUSPATIENTEN NACH AUFNAHME UND ENTLASSUNGSTAGEN

WOCHENTAG	AUFNAHME %	ENTLASSUNG %
MONTAG	24,1	16,5
DIENSTAG	17,7	16,8
MITTWOCH	16,5	16,7
DONNERSTAG	14,1	15,3
FREITAG	11,2	20,5
SAMSTAG	7,7	10,9
SONNTAG	8,4	3,3

Quelle: Müller, U.; DKR-Erhebung ..., a.a.O., Tab. 5 (S. 416).

Noch deutlicher wird der Einfluß des Klinikbereiches auf die Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes durch die Darstellung der Einsatzintensität im Tagesablauf (Abb. 7.2). Not-

Abb. 7.2: Rettungseinsätze im Tagesverlauf



Quelle: Lenhart, W., Puhon, TH., Siegner, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., Bild 14 (S. 56).

falleinsätze verteilen sich über den Tag relativ gleichmäßig, dagegen verursacht die Konzentration der Klinikaufnahmen und Entlassungen in den Vormittagsstunden zwischen 9.00 und 11.00 Uhr für Krankentransporte eine extreme Einsatzspitze. Allein in diesen beiden Stunden fallen 31 % aller Tageseinsätze an, über die Hälfte (53,4 %) aller Krankentransporte liegen in den Vormittagsstunden zwischen 8.00 und 12.00 Uhr. Auch an Samstagen ist in den Vormittagsstunden eine Einsatzspitze zu erkennen, allerdings bei weitem nicht so stark ausgeprägt wie an Wochentagen. An Sonntagen bildet sich keine eindeutige Einsatzspitze, die Einsatzintensität bewegt sich im Tagesablauf um ein relativ konstantes Niveau.

Als ein weiterer temporär wirkender Einflußfaktor für die Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen ist das Wetter zu nennen. Durch Veränderungen in den Wetterverhältnissen entstehen für gefährdete Bevölkerungsgruppen²⁶ spezielle Belastungslagen, die zur verstärkten Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führen. Sowohl der Durchzug von Warm- wie auch von Kaltfronten hat Auswirkungen auf Umfang und Struktur der Rettungsdienstnachfrage. Vor allem Einsätze zur Versorgung von akuten Erkrankungen und Schwächeanfällen steigen bei entsprechenden Änderungen des Wetters deutlich an²⁷. Diese Ergebnisse müssen allerdings durch weitere Untersuchungen gestützt werden²⁸, alle Hinweise sprechen jedoch dafür, daß bereits die "normalen" Wetteränderungen in einer Region Umfang und Struktur der Rettungsdiensteinsätze nennenswert beeinflussen²⁹.

2.3.3 Die Preiselastizität der Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes

Untersuchungen über Reaktionen der Rettungsdienstnachfrage auf Preisvariationen liegen aus dem deutschen Sprachraum nicht vor. Auch die Regressionsanalysen, über die bereits berichtet worden ist, verwenden den Preis nicht als Parameter, in einer der Stu-

26 Durch die Witterung besonders beeinflusst werden u.a. Verkehrsteilnehmer, suizidgefährdete und kranke Menschen. Vgl. hierzu: Buchberger, D.: Die Auswirkungen ..., a.a.O., S. 127.

27 Ebd., S. 129.

28 Ebd., S. 132.

29 Siler vertritt dagegen die Auffassung, daß solche mäßigen Wetteränderungen für den Rettungsdienst unbedeutend seien, nur "a climate of greater extremes might cause significant seasonal variations." Siler, K.J.; Predicting demand ..., a.a.O., S. 256.

dien wird vielmehr festgestellt, "... that, for estimation purposes, the effect of provider characteristics (Organisationsform, Abrechnungsmodus und Gebührenhöhe - der Verf.) can be ignored."³⁰ Auch die anderen Studien kommen zu dem Schluß "... that an ambulance fee does reduce demand but the impact is small."³¹ oder daß "additional data are needed before the precise effect of the change can be estimated."³²

Voraussetzung für eine Abschätzung der Nachfrageelastizität sind detaillierte Informationen über

- die "Markt-" Verhältnisse auf der Anbieter - und Nachfragerseite (vgl. hierzu Übersicht 7.1),
- den Handlungsspielraum der Bedarfsträger bzw. der Nachfragedeterminierer, auch über deren Beziehungen zu den Finanzierungsträgern,
- die Differenzierung der Nachfrage in Bereiche mit unterschiedlicher Dringlichkeit (Notfallrettung, Krankentransport), und über
- die vorhandenen engen Substitute.

In der bereits erwähnten australischen Studie³³ wird eine Elastizitätsuntersuchung vorgenommen, wobei einige der oben erwähnten Faktoren berücksichtigt werden konnten. In der Untersuchung wird das Nachfrageverhalten bzw. das Niveau der Inanspruchnahme von zwei unterschiedlichen Personengruppen analysiert: eine Gruppe hat einen Versicherungsvertrag gezeichnet und kann dadurch die Leistungen des Rettungsdienstes kostenlos in Anspruch nehmen (subscribers). Demgegenüber muß die Gruppe der Nicht-Versicherten für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes einen positiven Preis P_1 bezahlen (non-subscribers). Diese Konstellation auf der Nachfrageseite führt zu einem Nachfrageverhalten, wie es in Abb. 7.3 dargestellt ist.

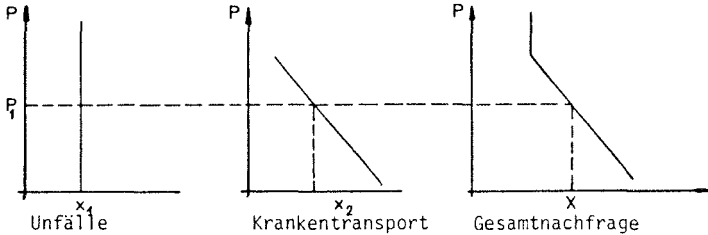
30 Kamenetzky, R.D., Shuman, L.J., Wolfe, H.; Estimating Need and Demand ... a.a.O., S. 1159. Eine Nachfragevariation bei Preisänderungen wird allerdings nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

31 Siler, K.F.; Predicting Demand ..., a.a.O., S. 256.

32 Aldrich, C.A., Hisserich, J.C., Lave, L.B.; An Analysis ..., a.a.O., S. 1169.

33 Butler, J.R.G.; Factors Affecting the Demand ..., a.a.O.

Abb. 7.3: Rettungsdienstnachfrage bei Preisvariation



Bei der Ermittlung von Nachfrageelastizitäten ist grundsätzlich zu unterscheiden, ob der Bereich der Notfalleinsätze oder die Krankentransporte Gegenstand der Überlegungen ist. Nach der zitierten Untersuchung³⁴

- hat eine Preiserhöhung bei Unfalleinsätzen um 10 % bei den Versicherten zu keiner Nachfragereaktion geführt, für die Nicht-Versicherten wurde ein minimaler Rückgang der Nachfrage um 0.53 % ermittelt;
- würde dieselbe Preiserhöhung bei Nicht-Unfalleinsätzen bei den Versicherten wiederum keine Reaktion hervorrufen, bei den Nicht-Versicherten würde die Nachfrage allerdings 53.3 % reduziert werden. Welchen Einfluß dieser Effekt auf die Gesamtnachfrage hat, hängt davon ab, wie stark die beiden Nachfragergruppen sind.

Solche Ergebnisse können angesichts der völlig verschiedenen Rahmenbedingungen wiederum nur als Tendenzaussagen gewertet werden. Man kann in ihnen jedoch eine Bestätigung für die an sich einleuchtende Erkenntnis sehen, daß die Nachfrage nach Diensten, "... die nur unter Gefährdung von Leib und Leben unerfüllt bleiben"³⁵ kann, völlig inelastisch ist.

Umsomehr überraschen Versuche, die Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes durch Preisvariation zu beeinflussen:

34 Ebd., S. 233.

35 Oettle, K.; Die Dienstbereitschaft ..., a.a.O., S. 29. Vgl. auch: Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 83; Gantner, M.: Meßprobleme öffentlicher Aktivitäten, Schriften zur monetären Ökonomie, Bd. 20, Baden Baden 1984, S.256.

- Im Bestreben, die Ausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsleistungen zu dämpfen, werden Patienten ab 1989 mit einem Eigenanteil von 20.00 DM an den Fahrkosten belastet³⁶.
- Die in den vergangenen Jahren verstärkt auftretenden privaten Krankentransportunternehmen werben mit ihren günstigen Preisen, die z.T. offen als "Dumping-Preise" deklariert werden³⁷.
- Um dieser Konkurrenz zu begegnen, versuchen die Leistungsträger des organisierten Rettungsdienstes, durch Preisdifferenzierung ihre Wettbewerbsposition zu festigen. Dabei werden die Tarife für die preiselastischen Krankentransporte an die Konkurrenzpreise angepaßt, die Notfalleinsätze mit unelastischer Nachfrage werden entsprechend verteuert³⁸.

Ziel einer Beteiligung der Patienten an die Gebühren ist es, die Nachfrage, soweit diese preiselastisch ist, direkt zu beeinflussen. Eine direkte Preiselastizität der Nachfrage kann angesichts der Marktstruktur des Rettungsdienstes nicht oder nur bei einer "fühlbaren" Höhe der Selbstbeteiligung erwartet werden³⁹. Außerdem wurde festgestellt, daß die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, wenn überhaupt, nur zeitlich begrenzt auf Variationen der direkten Preise (Selbstbehalt, Selbstbeteiligung, Beitragsrückerstattung, etc.) reagiert, bereits nach kurzer Zeit scheinen die bei der Einführung der Maßnahme erkennbaren Wirkungen zu verpuffen⁴⁰. Selbst dann, wenn keine Nachfragewirkungen entstehen, wird über eine Eigenbeteiligung

36 § 68(2) des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG).

37 Siehe als Beispiel: o.V.: Unternehmer oder "Rosinenpicker"?, in: Rettungsdienst-Journal, 01/1985, S. 36 - 37, hier: S. 36.

38 Conrad, C.A.: Gerechte Bemessung der Kosten im Rettungsdienst durch eine duale Gebührenstruktur, in: der landkreis, 12/1985, S. 570 - 571, hier: S. 571.

39 Schulz, W., Ederer, F., Rühl, A.: Selbstbeteiligungsmodelle im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Februar 1985, S. 63 - 68, hier: S. 64. Vgl. auch: Metze, I.: Gesundheitspolitik - Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1982, S. 79, insbes. Fn 1.

40 Schaper, K.: Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Frankfurt/M. 1978, S. 296. Auf mögliche "problematische Verteilungswirkungen" wird hingewiesen: Ebd., S. 297; vgl. auch: Pfaff, M.: Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein? in: Sozialer Fortschritt, 34. Jg. 1985, Heft 12, S. 272 - 276, hier: S. 275 f.

der Patienten zumindest erreicht, daß die Ausgaben der Kassen im entsprechenden Umfang entlastet werden⁴¹.

Im Gegensatz zur Beteiligung der direkten Bedarfsträger an der Gebührenfinanzierung scheint eine Beeinflussung der Bedarfsdeterminierer erfolversprechender zu sein. Vor allem die Ärzte, welche auf der Grundlage des subjektiven Bedarfes die Nachfrage definieren, sind nach ihren Statuten zur Gewährleistung einer angemessenen medizinischen Versorgung verpflichtet (Sachziel), wobei im Rahmen bestehender Alternativen nach den Kriterien der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu verfahren⁴² ist. So sind Ärzte bezüglich der Verordnung von Rettungsdienstleistungen gehalten, "... darauf zu achten, daß die Auswahl des Transportmittels nach dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Ordnungsweise ..." ⁴³ erfolgt. Nach dieser Sichtweise hat der Arzt vor der Verordnung von Rettungsdienstleistungen zu prüfen,

- ob der Patient "... nicht zu Fuß gehen kann oder ein öffentliches Verkehrsmittel (...) benutzen kann ..." ⁴⁴,
- ob nicht "... die Fahrt mit PKW (z.B. eigener PKW, Mietwagen, Taxi) ..." ⁴⁵ als "wirtschaftlichste" Form eines Krankentransports verordnet werden kann, und
- ob zwischen den verschiedenen Anbietern von Krankentransportleistungen Preisdifferenzen bestehen.

Als wesentliches Kriterium für die Wirtschaftlichkeit ist, bei vergleichbarem Qualitätsstandard bei der Einzelleistung, der Preis (Beförderungsentgelt, Benutzungsgebühr etc.). Die Tatsache, daß dieser Preis, der häufig neben den Kosten der Inanspruchnahme auch Teile der Kosten der Bereithaltung enthält,

41 Pfaff, M.; Kann Selbstbeteiligung ..., a.a.O., S. 272. Daß die Einführung einer Selbstbeteiligung auch "perverse Steuerungseffekte" verursachen kann, wird dargestellt: ebd., S. 273.

42 Vgl. in diesem Zusammenhang die "Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsdienstleistungen" v. 26.2.1982, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. 1190, sowie die ergänzenden Vordruck-Vereinbarungen und -Erläuterungen: Ebd.: Nr. 1195 und 1196.

43 Ebd., Nr. 1196, S. 2.

44 "Vordruck-Erläuterungen", a.a.O., S. 2.

45 "Vordruck-Vereinbarung", a.a.O., S. 5 (Hinweise auf die Verwendung des Vordrucks).

mit einem unter Konkurrenzbedingungen entstandenen Marktpreis wenig gemein hat, ist von den Nachfragedeterminierer im Rahmen der von ihnen geforderten "wirtschaftlichen" Verschreibungsweise allerdings nicht zu prüfen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß der Preis für Leistungen des organisierten Rettungsdienstes sehr wohl eine Nachfragedeterminante darstellt. Zwar ist im Rahmen des bestehenden Marktsystems eine nennenswerte direkte Nachfragereaktion nicht oder nur bei einer spürbaren Höhe der Selbstbeteiligung zu erwarten. Durch die Beeinflussung der Nachfragedeterminierer ist dagegen eine Reaktion der Nachfrage zu erwarten⁴⁶, insbesondere dann, wenn alternative Angebote am "Markt" sind. Diese Aussagen beziehen sich vornehmlich auf den Bereich der Krankentransporte, angesichts des Fehlens von engen Substituten und der hohen Dringlichkeit des Bedarfes ist im Bereich der Notfallrettung auch bei einer hohen Selbstbeteiligung keine Nachfragereaktion zu erwarten. Als einziger Effekt bliebe eine Einbeziehung der Patienten in die Finanzierung des Rettungsdienstes, verbunden mit einer Entlastung der übrigen Gebührenträger.

3. Die "Nachfrage" der indirekten Bedarfsträger

3.1 Nachfrageformen von Staat und Krankenkassen

Neben dem individuellen Bedarf und der daraus resultierenden Nachfrage nach Leistungen des Rettungsdienstes besteht auch ein Bereich öffentlicher Nachfrage. Diese ist vor allem auf die Sicherstellung einer landesweiten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes gerichtet. Mit der Nachfrage der staatlichen Instanzen wird das Ziel verfolgt, den öffentlichen Bereithaltungsnutzen in einem definierten Umfang zu realisieren. Durch die Definition der Aufgabenstellung und die Setzung von Rahmenbedingungen artikulieren die Entscheidungsträger ihre Nachfrage.

Das Mitwirkungsrecht von Krankenkassen bei der Vorgabe von Rahmenbedingungen ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. In Baden-Württemberg beispielsweise tragen die Gebühren-

⁴⁶ Die Überlegungen zur indirekten Beeinflussung der Nachfrage schließen auch eine "Selbstbeteiligung" der Bedarfsdeterminierer "auf der mittleren Ebene" (Kassenärztliche Vereinigung) nicht aus. Vgl. hierzu: Herder-Dorneich, Ph.; Wachstum und Gleichgewicht ..., a.a.O., S. 184 f.; Lampert, H.; Verfassung und Struktur ..., a.a.O., S. 289 und 290.

träger sowohl bei der Rahmensetzung, als auch bei der konkreten Umsetzung vor Ort, Mitverantwortung⁴⁷. In anderen Bundesländern, z.B. in Bayern⁴⁸, sind sie an der Planung beteiligt, oder sie nehmen, wie in Nordrhein-Westfalen, in erster Linie beratende Funktionen wahr⁴⁹.

Das Anliegen der Krankenkassen als Interessenvertreter der Patienten liegt zwar auch in der Sicherstellung von Leistungszielen, zumindest gleichrangig ist jedoch ihr Interesse an der Durchsetzung des Formalzieles (sparsame und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung). Dieses Anliegen kann von den Kassen auch dann artikuliert werden, wenn eine direkte Einflußnahme auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen und der Aufgabendurchführung nicht vorgesehen ist. Da die Krankenkassen auch als Einflußträger agieren, ist die Möglichkeit für eine indirekte Einflußnahme auf allen Planungsebenen gegeben.

Die nachfolgende Darstellung der Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes befaßt sich ausschließlich mit den Vorgaben der Entscheidungsträger.

3.2 Rahmenbedingungen für die Durchführung des Rettungsdienstes

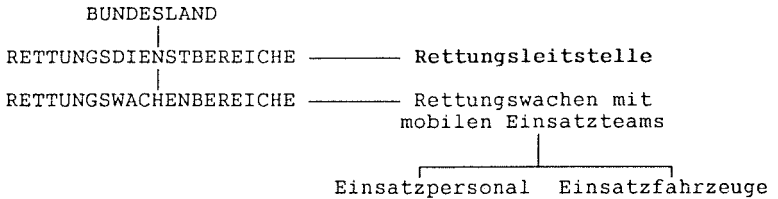
In den Rettungsdienstgesetzen der Länder, den z.T. sehr umfangreichen Aus- und Durchführungsverordnungen und öffentlich-rechtlichen Vereinbarungen wurden Organisationsmuster für den Rettungsdienst vorgegeben. Die organisatorischen Vorstellungen des "Muster für ein Landesgesetz über den Rettungsdienst" wurden, im Gegensatz zur Konzeption der Zuständigkeiten und der Finanzierung, in den landesrechtlichen Regelungen weitgehend einheitlich übernommen (Übersicht 7.3).

47 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 2.

48 Siehe vor allem: "Rahmenvertrag - Einsatz von Ärzten im Notarztwagen" v. 7.5.1980, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. 1592, S. 1 und 3.

49 "Übereinkunft der Verbände der Krankenkassen und der kommunalen Spitzenverbände zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den kommunalen rettungsdienstlichen Aufgabenträgern und den örtlichen Krankenkassen." v. 5.6.1986, in: Ebd., NW 2117.

Übersicht 7.3: GRUNDSYSTEMATIK DES RETTUNGSDIENSTES



Das Gebiet eines Bundeslandes wird in Organisationsbereiche (Rettungsdienstbereiche) unterteilt, für jeden Bereich wird eine Rettungsleitstelle geschaffen. Die Rettungsleitstelle hat die Aufgabe, zentral die Einsätze des Rettungsdienstes im gesamten Bereich zu leiten, zu koordinieren und zu kontrollieren. Innerhalb der Rettungsdienstbereiche werden Rettungswachen mit zugeordneten Versorgungs- bzw. Einsatzgebieten eingerichtet. Rettungswachen sind in erster Linie als Standorte für mobile Rettungsmittel und für das Einsatzpersonal anzusehen.

Für die Umsetzung dieses Grundsystems wurden in den Bundesländern Richtlinien erlassen, die sich vor allem auf die folgenden Planungsparameter beziehen⁵⁰:

- Kriterien zur Festlegung von Rettungsdienstbereichen,
- Orientierungs- bzw. Richtgrößen für die Planung von Rettungswachenstandorten,
- Anforderungen an das Personal (Personalbedarf, Aus- und Fortbildung, Besetzungsvorschriften),
- Mindeststandards für die Einsatzfahrzeuge (Fahrzeugstruktur und Ausstattung der Fahrzeuge),
- Vorgaben für den Leistungsumfang und die -qualität (Aufgabenbereiche, Einsatzbereitschaft, Leistungszeiten etc.).

Die Planungsvorgaben für einzelne Systembereiche weichen in den Bundesländern wiederum stark voneinander ab, auch bezüglich der Umsetzbarkeit und der Verbindlichkeit der einzelnen Vorgaben sind erhebliche Unterschiede zu erkennen.

50 Vgl. hierzu: Kühner, R.; Organisationsformen ..., a.a.O., S. 22 ff.

3.2.1 Die Festlegung von Rettungsdienstbereichen

Orientierungsrahmen für die Einrichtung von Rettungsdienstbereichen waren die bestehenden politischen Verwaltungsgrenzen: "Die Rettungsdienstbereiche decken sich grundsätzlich mit den Gebieten der Kreise, damit eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen dem Rettungsdienst und der unteren Verwaltungsbehörde, etwa im Katastrophenschutz und im Bereich der Feuerwehr, ermöglicht wird."⁵¹ In Bundesländern, in welchen die Aufgabenträgerschaft für den Rettungsdienst den Kommunen übertragen bzw. zugewiesen wurde, bietet diese Regelung darüber hinaus den Vorteil eindeutiger Zuständigkeiten: "Die Aufgaben des Rettungsdienstes erfüllen die Kreise und kreisfreien Städte für ihr Gebiet (Rettungsdienstbereich) in eigener Verantwortung."⁵²

Diesen unbestreitbaren Vorteilen stehen Nachteile gegenüber, die vor allem die Forderung nach wirtschaftlicher Aufgabenerfüllung tangieren. Mit der Festlegung der Rettungsdienstbereich ist gleichzeitig die Anzahl der erforderlichen Rettungsleitstellen vorgegeben: "In jedem Rettungsdienstbereiche hat eine Rettungsleitstelle alle Einsätze (...) zu lenken."⁵³ Damit wird der Zuständigkeitsbereich einer Leitstelle auf ein Gebiet begrenzt, welches nur zufällig mit der tatsächlichen oder potentiellen Abfertigungskapazität einer Rettungsleitstelle übereinstimmt.

Eine vorwiegend an technischen und/oder personellen Möglichkeiten ausgerichtete Organisation würde größere Planungsbereichen zulassen, als dies bei der Übernahme der Verwaltungsgrenzen der Fall ist. Mit der Einrichtung größerer Versorgungsbereiche und, damit verbunden, einem reduzierten Bedarf an Rettungsleitstellen, bietet sich ein beachtliches Potential für Kosteneinsparungen. "Würde es gelingen, die durchschnittliche Fläche der Rettungsdienstbereiche in der Bundesrepublik Deutschland an die in Bayern oder im Saarland realisierten Werte anzupassen, bestünde bundesweit ein Bedarf von 100 Rettungsleitstellen. Gegenwärtig werden ca. 230 Rettungsleitstellen betrieben."⁵⁴

51 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 11.

52 § 2(1) RDG-SH.

53 § 3(2) RDG-SH.

54 Bouillon, B., et al.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 48.

In Bayern war "allen am Gesetzgebungsverfahren Beteiligten (...) von vorn herein klar, daß zu den wichtigsten organisatorischen Neuerungen des Rettungsdienstes dessen Aufbau über die Kreisgrenzen hinaus gehören mußte. Nur so konnte der höchstmögliche Wirkungsgrad bei gleichzeitig bestmöglicher Wirtschaftlichkeit erreicht werden."⁵⁵ Diese Regelung ist zwar anfangs auf große Widerstände gestoßen, inzwischen hat jedoch "der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (...) festgestellt, daß diese Organisation rechtlich nicht zu beanstanden ist."⁵⁶ Neben Bayern haben Rheinland-Pfalz und das Saarland, in einzelnen Fällen auch Baden-Württemberg⁵⁷, überkommunale Rettungsdienstbereiche eingerichtet. Eine Sonderstellung nehmen in diesem Zusammenhang die Stadtstaaten ein, in welchen die kommunalen Verwaltungsgrenzen gleichzeitig Landesgrenzen darstellen. Aufgrund der Länderkompetenz für den Rettungsdienst und der z.T. sehr verschiedenen rechtlichen Regelungen ist eine Erweiterung dieser Rettungsdienstbereiche auf wirtschaftlichere Größen nur schwer vorstellbar.

Die Folgen der unterschiedlichen Abgrenzungen werden in Tab. 7.4 deutlich. Die durchschnittliche Fläche der Rettungsdienstbereiche ist bei überkommunaler Bereichsabgrenzung z.T. deutlich größer als bei einer Abgrenzung entsprechend der Verwaltungsgrenzen. Die Tabelle weist für die einzelnen Bundesländer nur die Durchschnittswerte aus, bei einer Extremwertbetrachtung treten die Unterschiede noch deutlicher hervor. So umfaßt beispielsweise der flächengrößte Rettungsdienstbereich der Bundesrepublik Deutschland (Regensburg) mit 4.329 qkm die 84-fache Fläche des mit 51 qkm kleinsten Rettungsdienstbereiches (Herne).

Werden die Rettungsdienstbereiche bezüglich der zu versorgenden Bevölkerung verglichen, so sind die Unterschiede nicht ganz so gravierend. Unter den Flächenstaaten hat zwar wiederum Bayern die größten Versorgungseinheiten geschaffen, allerdings folgt mit Nordrhein-Westfalen ein Bundesland, das zwar sehr dicht besiedelt ist, aber nur kleinflächige Rettungsdienstbereiche

55 Oehler, H.; Das Bayerische Gesetz ..., a.a.O., S. 3.

56 Klingshirn, H.; Rettungsdienst in Bayern, a.a.O., S. 2.

57 Vgl. hierzu: § 3(1) Rh-Pf RettDG; "Verordnung über die Durchführung des Gesetzes über den Rettungsdienst" (Saar) v. 22.2.1979, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Saarl 2320, §§ 1 und 2; Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., Anlage 1 (S. 28 ff.).

Tabelle 7.4: KENNGRÖSSEN DER ORGANISATION DES RETTUNGSDIENSTES

BUNDESLAND	EINWOHNER FLÄCHE		RETTUNGS- DIENSTBE- REICHE	RETTUNGS- WACHEN	EINWOHNER FLÄCHE		EINWOHNER FLÄCHE	
	in Mio.	in Tsd. qkm			JE RETTUNGSDIENST- BEREICH	JE RETTUNGSWACHEN- BEREICH	Tsd.	qkm
Baden- Württemberg	9.350	35.751	37	238	252,7	996,2	39.280	150,21
Bayern	11.043	70.552	26	284	424,7	2.713,6	38.800	248,42
Berlin	1.884	480	1	33	1.884,0	480,0	57.090	14,54
Bremen	654	404	2	20	327,0	202,0	32.700	20,20
Hamburg	1.567	755	1	30	1.567,0	755,0	52.230	25,16
Hessen	5.552	21.114	30	155	185,0	703,8	35.800	136,21
Niedersachsen	7.189	47.439	50	215	143,8	948,8	33.430	220,64
Nordrhein- Westfalen	16.672	34.068	54	355	308,7	630,9	46.960	95,96
Rheinland- Pfalz	3.606	19.848	18	113	200,3	1.102,7	31.910	175,64
Saarland	1.041	2.569	1	26	1.041,0	2.569,0	40.560	102,76
Schleswig- Holstein	2.612	15.728	15	68	174,1	1.048,5	38.410	231,29
Bundesrepublik Deutschland	61.170	248.709	235	1.546	260,3	1.058,3	39.560	160,87

Quellen: - Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1988, Wiesbaden 1988, S. 40 f.
 - Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.1988, a.a.O., Anlagen 3 und 4 (S. 153).

eingerrichtet hat. Auch hier zeigt der Vergleich von Extremwerten das Ausmaß der Unterschiede deutlicher: insgesamt sechs Rettungsdienstbereiche⁵⁸ weisen eine Wohnbevölkerung von 1 Mio. und mehr aus, demgegenüber haben drei Rettungsdienstbereiche in Niedersachsen ein Versorgungspotential von ca. 50.000 Einwohner⁵⁹.

Bei der Beantwortung der Frage nach der "optimalen" Größe von Rettungsdienstbereichen sind neben den Kriterien Versorgungsfläche und Bevölkerung weitere Informationen, beispielsweise zur technischen Ausstattung der Leitstelle und zu den fernmeldetechnischen Gegebenheiten heranzuziehen. Ein weiterer Faktor ist das Aufgabenspektrum der Rettungsleitstelle. So treten beispielsweise in Bayerischen Rettungsleitstellen, in denen neben den Einsätzen des Rettungsdienstes auch die des ärztlichen Bereitschaftsdienstes vermittelt werden, zu bestimmten Zeiten Bearbeitungseingänge auf⁶⁰.

Initiativen zur Neuplanung der Organisationsbereiche des Rettungsdienstes sind in absehbarer Zeit nicht zu erwarten, "... die einmal gefundenen Organisationsformen haben sich nach anfänglichen Problemen weitgehend verfestigt."⁶¹ Das bedeutet nicht, daß eine Überprüfung der Organisation des Rettungsdienstes ausgeschlossen ist: "Im Rahmen der weiteren Entwicklung insbesondere der Kommunikationstechnik, wird zu prüfen sein, ob durch Zusammenfassung mehrerer Rettungsdienstbereiche die Organisation funktionsgerechter und wirtschaftlicher gestaltet werden kann."⁶²

3.2.2 Determinanten zur Planung von Rettungswachen

Bei der Planung der Anzahl und Standorte von Rettungswachen gehen die Bundesländer unterschiedliche Wege. Einerseits werden in landesrechtlichen Regelungen mehr oder weniger verbindliche Planungskriterien vorgegeben (Zeitrichtwerte, Standort möglichst am Krankenhaus, "... Standort soll ein zentraler Ort

58 Berlin, Hamburg, Köln, Nürnberg, München und das Saarland.

59 Emden, Lüchow-Dannenberg und Wittmund.

60 Bouillon, B. et al.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 49, Fn.1.

61 Ebd., S. 48.

62 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 12.

oder Stadtrandkern sein."⁶³). In anderen Bundesländern werden dagegen alle Standorte von Rettungswachen in Landesrettungsdienstplänen ausdrücklich festgelegt⁶⁴.

Zentrale Bedeutung für die Planung von Rettungswachen kommt dem Zeitaspekt zu. Die Planung der Standorte der Einsatzfahrzeuge hat so zu erfolgen, daß "jeder potentielle Einsatzort (...) von einem Rettungsmittel innerhalb des für eine erfolgsversprechende Lebensrettung kritischen Zeitraumes erreicht werden kann."⁶⁵ Dieser Zeitraum ist als Planungsgröße allerdings ungeeignet, da ein für die Lebensrettung kritischer Zeitraum die gesamte Zeitspanne vom Notfall bis zur medizinischen Versorgung der Patienten (therapiefreies Intervall) umfaßt.

In Abb. 7.4 sind die Zeitsequenzen, die im Rettungsablauf unterschieden werden müssen, dargestellt. Als Planungsgröße für Rettungswachenstandorte kann nur die reine Fahrzeit in Betracht kommen, die übrigen Zeitabschnitte sind entweder

- vom Rettungsdienst nicht beeinflussbar (Vorlaufzeit), oder
- ausschließlich für die interne Organisationsplanung von Bedeutung (Anlaufzeit in der Leitstelle, Ausrückzeit der Rettungsmittel).

Die von den Bundesländern vorgegebenen Zeitrichtwerte (Tab. 7.5) müssen aufgrund dieser Überlegungen teilweise korrigiert werden. Lediglich die Vorgaben für Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein beziehen sich auf die Fahrzeit und können direkt als Planungsgröße übernommen werden,

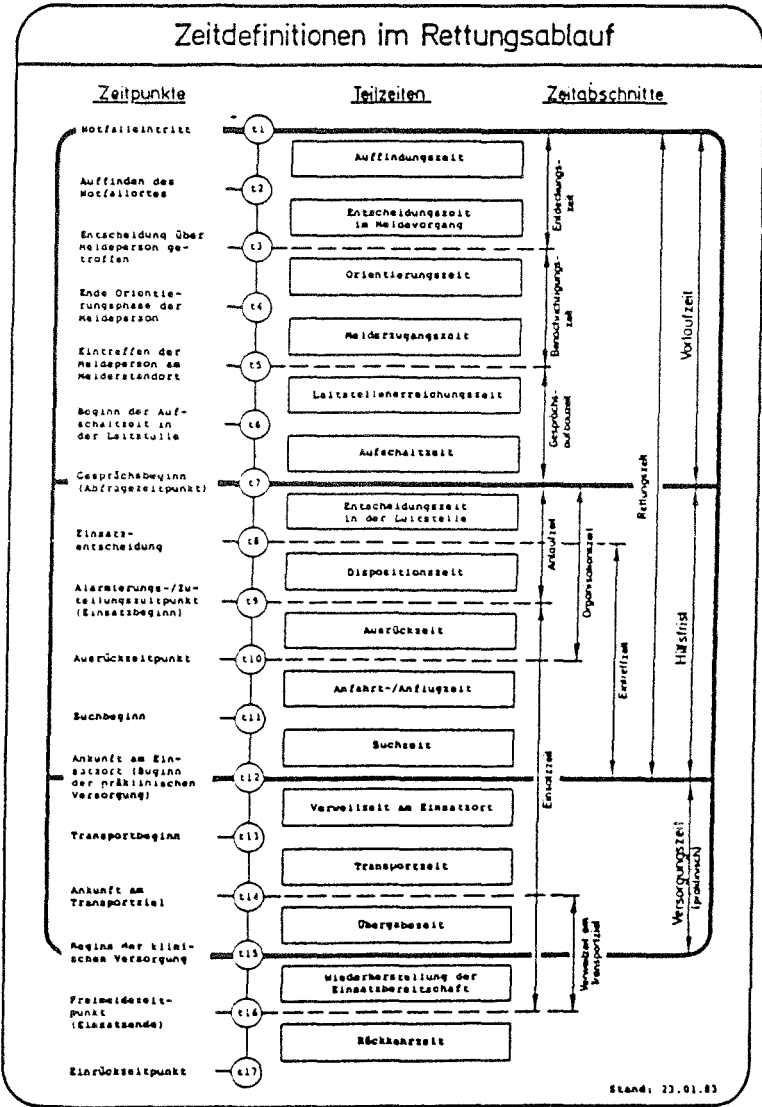
- die Hilfsfristen für Baden-Württemberg und Hessen müssen um die Organisationszeit reduziert werden,
- von der Toleranzzeit für Nordrhein-Westfalen ist die Ausrückzeit abzuziehen.

63 "Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes" (SH) v. 2.6.1978, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, SH 2420, § 1(1).

64 Beispielsweise in Rheinland-Pfalz: Landesrettungsdienstplan (Rh-Pf), a.a.O., S. 5 f., und im Saarland: "Bekanntmachung über die Festlegung der Zahl und der Standorte der Rettungswachen im Saarland" v. 5.12.1977, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Saar. 2312.

65 Skorski, F.: Rettungswachen, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 2, C I.3.2, S. 2.

Abb. 7.4: Zeitsequenzen im Rettungsablauf



Quelle: Lenhart, W., Puhon, TH., Siegenger, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., Bild 2 (S. 7).

Tabelle 7.5: ZEITRICHTWERTE IN DEN BUNDESLÄNDERN

BUNDESLAND	ZEITSPANNE	MINUTEN
Baden-Württemberg	Hilfsfrist ⁽¹⁾	10 - 15
Bayern	Hilfsfrist ⁽²⁾	12 - 15
Hessen	Hilfsfrist ⁽¹⁾	10
Niedersachsen	Fahrzeit	10
Nordrhein-Westfalen	Toleranzzeit ⁽³⁾ bis Eintreffen ⁽⁴⁾	5 - 8 15
Saarland		
Schleswig-Holstein	Fahrzeit	15

- (1) Zeit zwischen Eingang der Notfallmeldung und Eintreffen am Notfallort, in 95 % der Fälle zu erreichen.
- (2) Fahrzeit zum Notfallort.
- (3) Zeit zwischen Einsatzbefehl und Eintreffen am Notfallort.
- (4) Eintreffen der ärztlichen Hilfe nach Schadenseignis.

Quelle: Bouillon, B.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., Tab. 12 (S. 111).

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, daß die Hilfsfristen in Baden-Württemberg und Hessen zu Planungszwecken um mindestens zwei Minuten⁶⁶, die Toleranzzeit für Nordrhein-Westfalen um ca. eine Minute⁶⁷ reduziert werden müssen. Für das Saarland sind "... die den Rettungswachen zugeordneten Versorgungsbereiche (...) in Anbetracht der Tatsache, daß nach medizinischen Erkenntnissen bei lebensgefährlichen Verletzungen, wenn überhaupt, nur innerhalb der ersten 15 Minuten nach dem Schadenseignis lebensrettend sind, (...) ermittelt worden."⁶⁸ Diese "kritische" Zeitspanne eignet sich, wie bereits erläutert, nicht als Planungsgröße, sie umfaßt die gesamte Rettungszeit.

Als Problem bei der Vorgabe von Zeitkenngrößen ist der weitgehende Verzicht auf die Angabe von akzeptierten Abweichungen zu sehen. "Die Toleranzzeit (...) ist eine Grundsatzforderung, d.h

66 Bonn, H.P.: Dokumentationsstudie Rettungsdienst und Krankentransport, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 12, Köln 1982, S. 45 und S. 100.

67 "Nach Erfahrungen (...) des Rettungsdienstes beträgt die Ausrückezeit etwa 1 Minute." Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 34.

68 "Bekanntmachung über die Festlegung der Zahl ...", a.a.O., Pkt.1.3.

ein Spielraum für Abweichungen nach oben ist für begründete Einzelfälle durchaus gegeben, z.B. wenn die Topographie und Besiedlungsdichte im Einsatzgebiet einer Rettungswache die Einhaltung dieser Forderung nur unter unverhältnismäßigem Aufwand ermöglichen würde.⁶⁹ In einigen Bundesländern werden die Zeitvorgaben durch Ergänzungen wie "in der Regel" oder "möglichst"⁷⁰ weitgehend entschärft, sodaß die entsprechenden Zeitvorgaben eher als Orientierungsgrößen denn als Planungswerte zu interpretieren sind.

In Baden-Württemberg wurden die im Rettungsdienstplan vorgegebene Hilfsfrist vom "Landesausschuß für den Rettungsdienst" dahingehend präzisiert, daß die Planungsgröße dann als erreicht angesehen wird, "... wenn die Hilfsfrist von höchstens 15 Minuten in 95 % der in einem Jahr im Rettungsdienstbereich zu erwartenden Notfalleinsätze planerisch (unter Ausnutzung aller Möglichkeiten der Einsatzstrategie) eingehalten werden kann."⁷¹ In dieser Formulierung ist eine modifizierte Konzeption für die Standortplanung erkennbar. Nicht mehr nur die Fahrzeit allein ist Planungsgröße, Ziel ist die Einhaltung der Hilfsfrist, beispielsweise auch durch die Umsetzung spezieller Einsatzstrategien. So führt beispielsweise eine "Bleib am Transportziel-Strategie" zu dem Ergebnis, daß "... die ursprünglichen Wachenstandorte ihre Bedeutung"⁷² verlieren, die Fahrzeuge bleiben nach Beendigung eines Einsatzes am jeweiligen Zielort (insbes. Krankenhäuser) und warten dort auf neue Instruktionen.

In verschiedenen Bundesländern wird als Standort für Rettungswachen die "... Anbindung ans Krankenhaus oder bestehende Feuerwachen (gemeinsame Nutzung der Infrastruktur)"⁷³ gefordert bzw. empfohlen. Diese Vorgabe weist eindeutig auf eine Konfliktlage zwischen Sach- und Formalziel hin. Aus wirtschaftlicher Sicht können aus der Zusammenlegung von entsprechenden Infrastruktureinrichtungen Berührungsvorteile erwartet werden.

69 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 35.

70 Vgl. u.a.: "Landesverordnung .."(SH), a.a.O., § 1(1); Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., Pkt. IV 1.2, S. 7.

71 "Allgemeine Grundsätze .."(BW), a.a.O., Pkt. 2.2 (S. 2).

72 Lenhart, W., Puhon, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 22.

73 "Allgemeine Grundsätze .."(BW), a.a.O., Pkt. 2.2.2 (S. 2); siehe auch: Art. 6(3) BayRDG; § 7(2) RettDG-NW; § 7(5) Rh-Pf RettDG, sowie § 5(1) RDG-Saar.

Inwieweit eine derartige Infrastrukturgestaltung Einfluß auf die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes hat, muß in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden. Die Planung von Krankenhausstandorten orientiert sich an eigenen Kriterien, auch die Standortplanung für Feuerwehrrachen ist aufgrund der speziellen Einsatzschwerpunkte weitgehend anders ausgerichtet, als dies unter einsatztaktischen Gesichtspunkten für den Rettungsdienst erforderlich ist.

3.2.3 Planungskriterien für mobile Rettungsmittel

Die für die Fahrzeugplanung des Rettungsdienstes erlassenen Vorgaben (Übersicht 7.4) können grundsätzlich drei Kategorien zugeordnet werden:

- Anforderungen bezüglich der Abmessungen und Gewichte, sowie bezüglich der technischen und med.-techn. Ausstattung der Fahrzeuge (qualitative Anforderungen);
- Kenngrößen zur Berechnung des notwendigen Fahrzeugbestandes (quantitative Anforderungen), sowie
- Vorgaben zum Typ der vorzuhaltenden Fahrzeuge (strukturelle Anforderungen).

Die qualitativen Anforderungen werden dadurch erfüllt, daß im Rettungsdienst nur solche Fahrzeuge eingesetzt werden, die mindestens den Anforderungen nach DIN 75 080 entsprechen⁷⁴. Die Norm unterscheidet unter dem Oberbegriff "Krankenkraftwagen" folgende Fahrzeugtypen:

- Rettungswagen (RTW): Fahrzeuge zur Versorgung und zur Beförderung von Notfallpatienten (DIN 75 080, Teile 1 und 2), sowie
- Krankentransportwagen (KTW): Fahrzeuge zur Beförderung von Kranken oder Verletzten, die keine Notfallpatienten sind (DIN 75 080, Teile 1 und 3).

⁷⁴ Vgl. hierzu: Weiss, A.: Krankenkraftwagen nach DIN 75 080, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 3, E 1.1.

Übersicht 7.4: KRITERIEN FÜR DIE PLANUNG VON EINSATZFAHRZEUGEN

BUNDESLAND	FAHRZEUGANZAHL	FAHRZEUGSTRUKTUR
Baden-Württemberg	Rettungsdienstbereiche mit bis 249 E/qkm: 1 Fahrz. je 12.000 E. bis 1.000 E/qkm: 1 Fahrz. je 13.500 E. über 1.000 E/qkm: 1 Fahrz. je 15.000 E. Konkrete Planung nach Einsatzfrequenzen (Tages- und Wochentagsbereiche)	Mindestens 1 RTW je Rettungswache, KTW nach Bedarf
Bayern	"so, daß die Hilfsfrist eingehalten werden kann"	Mindestens 1 RTW je Rettungswache (ganztägig), mindestens 40 % RTW
Hessen	Fahrzeuge müssen mindestens 40.000 km jährlich fahren	40 % RTW/NAW
Niedersachsen	1 Fahrz. je 12.000 E.	40 % RTW
Nordrhein-Westfalen	ländlichen und mittelstädt. Gebiete: 1 Fahrz. je 12.000 bis 15.000 E.; in Großstädten: 1 Fahrz. je 20.000 E.	Optimal: 60 % RTW, mindestens 40 % RTW, je Rettungswache mindestens 2 KKW, davon 1 RTW.
Rheinland-Pfalz	ländl. Bereiche: 1 Fahrz. je 12.000 E. städt. Bereiche: 1 Fahrz. je 15.000 E. in Ausnahmefällen, z.B. als Ausgleich Pendler, Reserven: 1 Fahrz. je 10.000 E.	40 % RTW
Saarland	Festlegung von Fahrzeuganzahl und Struktur durch Verordnung	
Schleswig Holstein	1 Fahrz. je 12.000 - 15.000 E.	40 % RTW

Quellen: Diverse Verordnungen der Bundesländer, abgedruckt in:
Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1.

Darüberhinaus sind die Mindestanforderungen für Notarzt-Einsatzfahrzeuge (NEF, DIN 75 079) und Rettungshubschrauber (RTH, DIN 13 230) definiert worden. Nicht genormt ist bislang der Notarztwagen, obwohl auch hier die Festschreibung einer "... streng auf die Aufgabenstellung limitierten Ausstattung ..." ⁷⁵ empfohlen wird.

Die Norm "... schreibt die Mindestanforderungen für Fahrge- stell, Aufbau, Ausrüstung und Ausstattung vor. Nur diese Nor- mausführung wird in der Regel finanziert. Darüber hinausgehende Aufwendungen müssen vom Verwendungszweck der Fahrzeuge her ge- boten sein." ⁷⁶

Zur Ermittlung der Fahrzeuganzahl, die für eine aufgabengerech- te Versorgung der Bevölkerung als notwendig angesehen wird, sind einwohnerbezogene Kenngrößen vorgegeben worden. Diese Kenngrößen geben an, für wieviele Einwohner eines Versorgungsgebietes jeweils ein Krankenkraftwagen vorzuhalten ist. Die am häufigsten genannte Richtzahl sieht die Be- reitstellung eines Krankenkraftwagens für jeweils 12.000 - 15.000 Einwohner vor. Sinnvollerweise sollten diese Richtwerte nicht auf die Wohnbevölkerung, sondern auf die zu versorgende Bevölkerung bezogen werden. Nachfragerrelevante Gruppen, wie z.B. Berufspendler, Schüler, Urlauber und/oder Soldaten, sind bei der Kapazitätsbemessung ebenfalls zu berücksichtigen ⁷⁷.

Planungsgrößen, die lediglich auf die Bevölkerungszahl ab- stellen, können nur als Anhaltspunkt für die konkrete Fahr- zeugplanung angesehen werden. Es wurde bereits dargelegt, daß die Bevölkerungszahl eines Versorgungsgebietes zwar eine we- sentliche, bei weitem jedoch nicht die einzige Nachfragede- terminante ist und daß die Nachfrage nach Rettungsdienst- leistungen im Tages- und Wochenablauf beträchtlichen Schwankun- gen unterliegt.

Um Nachfrageveränderungen im Zeitablauf bei der Fahrzeugbe- messung zu berücksichtigen, sind beispielsweise in Baden-Würt- temberg "... geeignete Abstufungen für verschiedene Ta-

75 Lippert, H.D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 45.

76 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 52.

77 Vgl. u.a.: Skorski, F.: Rettungswachen, a.a.O., S. 6.

geszeitbereiche und Wochentage vorzusehen."⁷⁸ Grundlage für die Erstellung eines Rettungsmittel-Dienstplanes ist die Nachfragefrequenz, d.h. "... der Stundenpegel der durchschnittlichen Notfall- sowie Krankentransportnachfrage im Versorgungsbereich einer Rettungswache."⁷⁹

Unabhängig von Nachfragefrequenz und Bevölkerungszahl werden für Rettungswachen Mindestanforderungen bezüglich der Einsatzkapazität gestellt. So muß beispielsweise in Bayern "jede (...) Rettungswache (...) über einen ganztägig besetzten Rettungswagen verfügen."⁸⁰

Unter dem Gesichtspunkt einer aufgabengerechten Versorgung der Bevölkerung wird gefordert, daß sich die Struktur der Einsatzfahrzeuge an der Nachfragestruktur zu orientieren habe. Es wurde bereits ausgeführt, daß die Nachfragestruktur des Rettungsdienstes seit längerer Zeit relativ konstant bei 30 % Notfalleinsätzen und 70 % Krankentransporteinsätzen liegt. Der geforderte RTW-Anteil lag zu Beginn der 70-er Jahre noch bei 20 %, diese Forderung wurde jedoch 1974 "... vom Deutschen Roten Kreuz für seinen Bereich auf 40 % ausgedehnt. Etwa zum gleichen Zeitpunkt hat die Bund/Länder-Kommission "Rettungswesen" als nächstes Etappenziel eine Relation von 60 % gefordert."⁸¹ Übersicht 7.4 zeigt, daß von den meisten Bundesländern eine Fahrzeugstruktur von 40 % RTW und 60 % KTW angestrebt wird, lediglich Nordrhein-Westfalen sieht weiterhin einen RTW-Anteil von 60 % als optimale Fahrzeugstruktur⁸².

In jüngerer Zeit werden in verschiedenen Rettungsdienstbereichen "Mehrzweckfahrzeuge" eingesetzt. Es handelt sich dabei um Fahrzeuge, die sowohl zum Krankentransport, als auch zur Notfallversorgung eingesetzt werden können. In Bremen werden

78 Allgemeine Grundsätze des Landesausschusses für den Rettungsdienst für eine wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes (BW) v. 10.12.1985, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; Bd. 1, BW 1428, 3.1 (S. 3).

79 Ebd., 3.2. Das Berechnungsverfahren wird beschrieben von: Schmiedel, R., Unterkofler, M.: Frequenzabhängige Fahrzeugbemessung, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 1, B I.2.2.

80 "2.Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Gesetzes über den Rettungsdienst (2.AV BayRDG)" v. 13.8.1975, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1530, § 1(3). Ähnliches gilt in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg.

81 Lüttgen, R.: Bilanz des Rettungsdienstes, in: DRK (Hrsg.); 4. Rettungskongreß Wiesbaden 1978, a.a.O., S. 31 - 35, hier: S. 34.

82 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 30.

schon seit einigen Jahren "... KTW, die durch zusätzliche Ausrüstung dem RTW angeglichen sind (eingesetzt). Im Einsatz wird nicht zwischen KTW und RTW unterschieden."⁸³ Diese Fahrzeuge stellen in der Regel einen Kompromiß zwischen ausreichendem Raumangebot (Stehhöhe) und flexiblen Einsatzmöglichkeiten dar. Zwar entsprechen sie häufig nicht in allen Punkten den in der DIN-Norm für RTW verlangten Abmessungen, sie schaffen jedoch durch ihre Vielseitigkeit häufig die Voraussetzungen für eine wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes. Im Rahmen einer Modellrechnung⁸⁴ führte die Umsetzung der Mehrzweckfahrzeugstrategie unter den getroffenen Annahmen zu

- einer Reduktion der Fahrzeugdienststunden um ca. 21 %,
- einer Verringerung des erforderlichen Fahrzeugbestandes,
- einer verbesserten Rettungsmittelausstattung und
- einer geringfügig verbesserten Eintreffzeit.

Die Einführung einer Mehrzweckfahrzeugstrategie kann nicht generell empfohlen werden. In jedem Einzelfall ist vielmehr zu prüfen, ob in dem entsprechenden Planungsbereich die notwendigen Voraussetzungen vorliegen. Faktoren, die gegen die Mehrzweckfahrzeugstrategie sprechen, sind u.a.:

- eine hohe Einsatzfrequenz in allen Leistungsbereichen, und, damit verbunden, eine zufriedenstellende Kapazitätsauslastung;
- eine heterogene Gruppe von Leistungsträgern auf niedrigem Kooperationsniveau, z.B. durch die Existenz von Gebietsmonopolen⁸⁵, sowie
- die Spezialisierung von Leistungsträgern auf Teilaufgaben des Rettungsdienstes (Feuerwehr: Notfallrettung; Sanitätsorganisation: Krankentransporte).

83 Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.88, a.a.O., Anlage 5(S. 154), insbes. Fn.7. Die Einsatzstrategie für Mehrzweckfahrzeuge wird analysiert bei: Schmiedel, R., Puhon, Th., Siegener, W.; Simulationsmodell Rettungswesen ..., a.a.O., S. 177.

84 Ebd., S. 182 ff.

85 Vgl. hierzu Beispiele bei: Kühner, R., Walter, N.: Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 1, S. 114 f. und S. 121 ff.

Da vor allem der erstgenannte Faktor im Tages- und Wochentagsablauf starken Veränderungen unterliegt, wird die Mehrzweckfahrzeugstrategie "... nur selten in reiner Form praktiziert."⁸⁶ Häufig wird tagsüber die Zuweisungsstrategie, nachts und an Wochenenden dagegen die Mehrzweckfahrzeugstrategie praktiziert.

Mit der Umsetzung der neuen Einsatzstrategien verlieren die ursprünglichen Kenngrößen zur Fahrzeugplanung zunehmend an Bedeutung. Die Kapazitätsbemessung im Rettungsdienst erfolgt mehr und mehr durch den Einsatz flexibler, am Bedarf orientierter, Planungsverfahren.

3.2.4 Personalplanung im Rettungsdienst

Durch die ermittelten Fahrzeugdienstpläne und die Forderung, daß "jeder Krankenkraftwagen (...) im Einsatz mit zwei Personen (...) zu besetzen"⁸⁷ ist, liegt die Grundlage für die quantitative Personalplanung weitgehend fest. Ergänzend sind die folgenden Kriterien bei der Planung zu berücksichtigen:

- die arbeits- und tarifrechtlichen Bestimmungen für das Personal im Rettungsdienst⁸⁸,
- die Anforderungen an die Qualifikation des Einsatzpersonals, sowie
- die Besetzungsvorschriften der Bundesländer für Rettungsfahrzeuge (Übersicht 7.5).

Darüberhinaus ist im Zuge der Personalplanung die Frage nach der Personalstruktur zu beachten, d.h. die Frage, in welchem Umfang der Rettungsdienst mit haupt- bzw. ehrenamtlichem Personal durchgeführt werden soll. Im Grundsatz sind die nachfolgenden Beschäftigungsverhältnisse zu unterscheiden:

- verbeamtetes Rettungspersonal (Feuerwehrbeamte, Beamte in den kommunalen Rettungsdiensten),

86 Lenhart, W., Puhon, Th., Siegner, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 21.

87 "Musterdienstanweisung für den Rettungsdienst gem. Art. 13 Abs.3 BayRDG, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1525, § 5(1) (S. 17).

88 Lippert, H.-D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 71ff.

Übersicht 7.5: KRITERIEN FÜR DIE PERSONALPLANUNG IM RETTUNGSDIENST

BUNDESLAND	FAHRZEUGBESATZUNG	RETTUNGSLEISTELLENPERSONAL
Baden-Württemberg	a) 2 Personen, davon 1 ReSan; für Notfalleinsätze; 2 ReSan b) 2 Personen, davon 1 ReSan, zweite Pers. minst. Rettungshelfer	Rettungssanitäter mit ständig weitergeführter Einsatzerfahrung und Fortbildung
Bayern	2 Personen, davon 1 ReSan	ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten bei der Versorgung von Notfallpatienten; Ortskenntnisse, Einsatzerfahrung, regelm. Schulung.
Berlin	keine Ang.	keine Ang.
Bremen	Beifahrer/Transportführer: ReSan Fahrer: EH- und Sanitätslehrgang	keine Ang.
Hamburg	zwei Fachkräfte mit EH-, Sanitäts-Fachausbildung für Unfallrettungsdienst und Krankentransport (Krankentransportorganisationen)	keine Ang.
Hessen	zwei geeignete Personen, davon: Beifahrer: ReSan; Fahrer: EH- und Sanitätsausbildung	im Durchschnitt: 4,6 Mann/Leitstelle; ausgebildetes, qualifiziertes Personal, i.d.R. hauptamtliche, ausnahmsweise auch ehrenamtl. Mitarbeiter (ergänzend)
Niedersachsen	zwei geeignete Personen, davon ein ReSan, die zweite Person mindestens EH-Ausbildung (20 Doppelstunden)	keine Ang.

(Fortsetzung nächste Seite)

Übersicht 7.5: (Fortsetzung)

Nordrhein-Westfalen	Doppelbesatzung, davon ein ReSan	Personalbedarf mindestens 6 Mann mit rettungsdienstlicher und sanitätstaktischer Erfahrung und Kenntnissen in der Bedienung fernmeldetechn. Einrichtungen
Rheinland-Pfalz	Beifahrer: ReSan; Fahrer: Rettungshelfer oder 14-täg. Fachlehrgang mit vierwöchigem Klinikpraktikum	5 - 7 ReSan
Saarland	Rettungssanitäter und Fahrer	keine Ang.
Schleswig-Holstein	zwei geeignete Personen, entweder ReSan, oder nach Landesrecht qualifiziertes Personal	Rettungssanitäter, bzw. nach Landesrecht qualifiziertes Personal mit ausreichender Erfahrung im Rettungsdienst

Anmerkungen: Rettungssanitäter (ReSan) sind nach den "Grundsätzen über die Ausbildung des Personals im Rettungsdienst" ausgebildet (520-Std. Ausbildung). Vgl. hierzu: Handbuch des Rettungswesens (HdR), a.a.O., Bd. 3, Nr. D I.1.2.3.

Quellen: Einschlägige Verordnungen und Erlasse, abgedruckt bei:
Gerdemann, Korbmann, Kutter, a.a.O., Bd. 1.

160

- hauptberufliches Rettungspersonal (z.B. Angestellte der Sanitätsorganisationen),
- ehrenamtliches Personal,
- nebenberufliches Personal, sowie
- Zivildienstleistende.

Durch arbeitsrechtliche Bestimmungen werden die Tages-, Wochen- und/oder Monatsarbeitszeit, die Schichtdauer, die Urlaubsansprüche, die Behandlung von Ruhezeiten u.a.m. geregelt. Je nach Dimensionierung dieser Faktoren variiert der Personalbedarf. Nach einer Kalkulation des DRK Rheinland-Pfalz⁸⁹ liegt der Personalbedarf für die 24-stündige Besetzung einer Krankenkraftwagens bei einer Wochenarbeitszeit von

- 40 Std. bei 10.42 Vollzeitbeschäftigten,
- 50 Std. bei 8.34 Vollzeitbeschäftigten,
- 55 Std. bei 7.58 Vollzeitbeschäftigten, und
- 60 Std. bei 6.96 Vollzeitbeschäftigten.

Welche Wochenarbeitszeit konkret zu leisten ist, richtet sich nach den einschlägigen tarifrechtlichen Bestimmungen. So ist es beispielsweise zulässig, daß die vereinbarte Wochenarbeitszeit von i.d.R. 40 Std. durch die Ableistung von Bereitschaftsdiensten oder Rufbereitschaften innerhalb gewisser Grenzen verlängert wird.

Angesichts der unterschiedlichen Versorgungsbereiche und Aufgabenstellungen sind bezüglich der personellen Besetzung von Rettungsleitstellen nur sehr unscharfe Kenngrößen vorgegeben worden. "Der Personalbedarf beträgt mindestens sechs Mann, wobei unterstellt ist, daß die Leitstelle in Spitzenzeiten mit zwei Mann, sonst nur mit einem Mann bestetzt ist."⁹⁰ In Rheinland-

89 DRK Rheinland-Pfalz: "Ist der Rettungsdienst beim DRK wirklich teuer?", unveröffentlichtes Arbeitspapier v. 20.10.1980, Anlage.

90 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., Anhang 1, S. 99. Diese Forderung spiegelt den Sachstand von 1975 wider, der Personalbedarf ist inzwischen aufgrund geänderter Arbeitszeitregelungen größer geworden.

Pfalz "... wird aus gegenwärtiger Sicht eine Leitstelle mit 5 - 7 Personen ausreichend besetzt sein."⁹¹

In allen Bundesländern wird gefordert, daß zumindest ein Besatzungsmitglied der Einsatzfahrzeuge die Ausbildung als Rettungssanitäter vorweisen muß. Diese Ausbildung (520-Std. Ausbildung) basiert auf einer Empfehlung des Bund/Länder-Ausschusses "Rettungswesen"⁹², die als eine Mindestanforderung bis zur Definition einer anerkannten Berufsausbildung anzusehen ist⁹³.

Die Anforderungen an das zweite Besatzungsmitglied, i.d.R. den Fahrer, sind dagegen unterschiedlich. Das Anforderungsspektrum reicht von

- der Ausbildung als Rettungssanitäter für die RTW-Besatzung in Baden-Württemberg⁹⁴, über
- einen Erste Hilfe- und Sanitätslehrgang mit einer Ausbildungsdauer von mindestens 104 Std. (Bremen), bis hin zu
- einer Ersten Hilfe Ausbildung (20 Std.) (Niedersachsen).

Mit diesen z.T. sehr niedrigen Qualifikationsanforderungen soll die Möglichkeit geschaffen werden, insbesondere Zivildienstleistende und ehrenamtliche Mitarbeiter der Leistungsträger an der Durchführung des Rettungsdienstes zu beteiligen. Auch bezüglich des hauptamtlichen Personals kann nicht davon ausgegangen werden, daß in jedem Fall eine "520-Std.-Ausbildung" vorliegt. So haben in Bayern 66 %, im Saarland 62 %

91 Landesrettungsdienstplan (Rh-Pf), a.a.O., Pkt. II 1. (S. 9). Es handelt sich hier um den gesamten Personalbedarf einer Leitstelle, eine Rettungsleitstelle mit 5 - 7 Arbeitsplätzen wäre einer Großstadt angemessen.

92 "Grundsätze zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst" v. 26.4.1977, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 3, D I.1.2.3.

93 Obwohl in den "Grundsätzen" ausdrücklich die Berufsbezeichnung "Rettungssanitäter" vermieden worden ist, wurde im Laufe der Zeit der "Rettungssanitäter" mit der "520-Std. Ausbildung" gleichgesetzt. Um Verwechslungen vorzubeugen, mußte deshalb bei der anstehenden gesetzlichen Regelung die Berufsbezeichnung "Rettungsassistent" gewählt werden. Vgl. hierzu: "Entwurf: Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 3, D IV. 2.5.

94 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 17. Diese Forderung wurde allerdings vom Landesausschuß für den Rettungsdienst abgeschwächt: "... die zweite Person soll die Ausbildung als Rettungshelfer besitzen, muß aber fachgerecht so ausgebildet sein, daß (sie) den Anforderungen des Rettungsdienstes entspricht." "Allgemeine Grundsätze ...", a.a.O., Pkt. 4.1 (S. 3).

und in Baden-Württemberg 45 % der hauptamtlich Beschäftigten keine entsprechende Ausbildung⁹⁵.

Eine spezielle Ausbildung für das Leitstellenpersonal findet nicht statt, zumindest nicht nach einheitlichen Richtlinien. "Grundsätzlich sollen Rettungssanitäter den Dienst in Rettungsleitstellen ausüben. Das Personal der Rettungsleitstellen soll in bestimmten Zeitabständen auch in den Rettungswachen eingesetzt und fortgebildet werden."⁹⁶ Die Forderung, daß in Leitstellen Rettungssanitäter eingesetzt werden sollen, besteht auch für Rheinland-Pfalz⁹⁷. In Bayern und Nordrhein-Westfalen sind "... ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten in der Versorgung und Betreuung von Notfallpatienten ..."⁹⁸, verbunden mit Ortskenntnis und praktischer Einsatzerfahrung, nachzuweisen.

Eine spezielle Ausbildung für das Leitstellenpersonal ist anzustreben. Neben notfallmedizinischer Erfahrung, Kenntnissen in der Einsatztaktik, Vertrautheit mit den örtlichen Gegebenheiten und Sicherheit bei der Handhabung der kommunikationstechnischen Einrichtungen, ist vor allem die Fähigkeit, mit Menschen in Not kommunizieren und durch strukturierte Gesprächsführung die erforderlichen Informationen für eine adäquate Einsatzentscheidung abfragen zu können, eine wesentliche Voraussetzung für die Arbeit in Rettungsleitstellen⁹⁹.

Die Struktur der Beschäftigten im Bezug auf ihr Arbeitsverhältnis ist zwischen Bundesländern, Rettungsdienstbereichen und Leistungsträgern sehr verschieden. Während der Rettungsdienst von Feuerwehren und kommunalen Rettungsdienste ausschließlich von Beamten bzw. Angestellten im Hauptberuf durchgeführt wird, wird dort, wo Sanitätsorganisationen den Rettungsdienst durchführen, "das traditionell ehrenamtliche Engagement (...) beson-

95 Vgl. hierzu: Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.88, a.a.O., Anlage 11 (S. 161).

96 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 17.

97 Landesrettungsdienstplan (Rh-Pf), a.a.O., Pkt. B II.1.

98 "Musterdienstanweisung ..." (Bay), a.a.O., § 4(1). Ähnlich auch bei: Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., Anhang 1, S.99.

99 Eine Analyse der Arbeit in einer Rettungsleitstelle und Vorschläge für eine gezielte Personalausbildung wurden ausgearbeitet von: Garms-Homolová, V.: Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin, Teil 1: Die Notfallmeldung, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 21, Bergisch-Gladbach 1987.

ders unterstützt"¹⁰⁰. "Die personelle Vorhaltung im Rettungsdienst wurde (...) in Bayern (zu) 40 % von Ehrenamtlichen bestritten. Eine vergleichbare Situation haben wir in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz."¹⁰¹

Selbst beim Vergleich benachbarter Rettungsdienstbereiche mit vergleichbaren Leistungsträgerorganisationen sind extreme Unterschiede bezüglich der Personalstruktur erkennbar. Bei einer Untersuchung von 6 Rettungsdienstbereichen in Südbaden¹⁰² wurde deutlich, daß

- der Anteil der von Hauptamtlichen geleisteten Dienststunden zwischen 15 und 61 % betrug,
- der Anteil der ehrenamtlichen Mitarbeiter zwischen 15 und 76 % lag,
- auf Zivildienstleistende zwischen 6 und 24 % der Dienststunden entfielen, und
- nebenberufliche Mitarbeiter zwischen 0,5 bis 5 % der Arbeitsstunden ableisteten.

Noch deutlicher waren die Unterschiede in der Personalstruktur einzelner Rettungswachen¹⁰³. Das Spektrum reicht von Wachen, in denen auf Hauptamtliche über 80 % der Dienststunden entfielen, über Wachen, in welchen Zivildienstleistende über die Hälfte der Arbeitszeit ableisteten, bis hin zu Wachen, die zu 100 % von Ehrenamtlichen betrieben worden sind.

Neuere Überlegungen zur Personalstruktur gehen davon aus, daß eine ausreichende Anzahl hauptamtlicher Mitarbeiter als Ausgangspunkt für eine leistungsgerechte Dienstplangestaltung vorhanden sein sollte. "Eine optimale Dienstplangestaltung setzt ein Mindestmaß an Arbeitszeit voraus, die von hauptamtlichen Kräften zu leisten ist. Als wirtschaftliche Lösung (...) ist

100 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 3.

101 Klingshirn, H.: Ehrenamt und Rettungsdienst, in: DRK (Hrsg.): 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 130 - 134, hier: S. 132 f. Vgl. auch: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 17, 57 und 181.

102 Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., Tab. 3 (S. 104).

103 Ebd., Tab. 7 (S. 108).

eine Personaleinsatzstruktur zu empfehlen, bei der wenigstens 50 % auf hauptamtliche Kräfte entfallen."¹⁰⁴

3.3 Planungskriterien zur Durchführung unterschiedlicher Leistungsaufgaben

Aus der Analyse der Leistungskomponenten und der individuellen Nachfrage nach Rettungsdienstleistungen ist deutlich geworden, daß die Anforderungen für die einzelnen Aufgabenbereiche unterschiedlich gestellt werden müssen. Art, Umfang und Struktur der Nachfrage, ihre temporäre Entwicklung, und die Anforderungen im konkreten Einsatz differieren deutlich. Deshalb ist es erforderlich, daß auch die Planungsvorgaben für die Aufgabenerfüllung entsprechend differenziert werden. Gerade in diesem Punkt lassen jedoch die landesrechtlichen Regelungen Eindeutigkeit und Klarheit vermissen. Als Ursache hierfür ist u.a. die Tatsache zu sehen, daß bezüglich der Planung von Teilsystemen (Notarztdienst, Luftrettung) sehr unterschiedliche Regelungskompetenzen und Rechtsgrundlagen vorliegen¹⁰⁵.

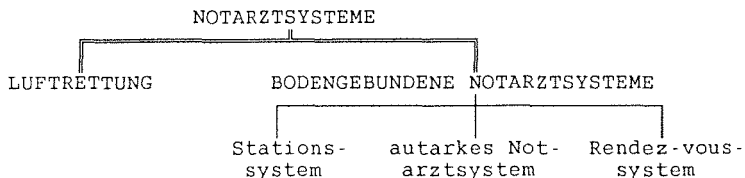
104 "Allgemeine Grundsätze ..." (BW), a.a.O., Pkt. 4.2 (S. 3).

105 Die rechtlichen Aspekte der Einrichtung von Notarztsystemen werden erläutert von: Lippert, H.D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 25 ff.; zu den Rechtsgrundlagen des Luftrettungssystems vgl.: Stindt, J.; Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, a.a.O., S. 33 ff.

3.3.1 Die Planung von Notarztsystemen

Die unterschiedlichen Organisationsformen von Notarztsystemen können wie folgt untergliedert werden (Übersicht 7.6):

Übersicht 7.6: ORGANISATIONSFORMEN VON NOTARZTSYSTEMEN



3.3.1.1 Luftrettungssysteme¹⁰⁶

Luftrettungssysteme können aufgrund ihrer spezifischen Einsatzbedingungen lediglich als eine notwendige Ergänzung des bodengebundenen Rettungsdienstes angesehen werden. In der Aufbau-phase war die Zielsetzung, bei einem Einsatzradius von 50 km ein flächendeckendes System von RTH-Stationen aufzubauen. Für Bayern wurde der Einsatzradius in Ausnahmefällen auf höchstens 70 km erweitert, "... damit jeder Unfallort in maximal 15 - 20 Minuten erreicht werden kann."¹⁰⁷ Bestrebungen, das Versorgungsgebiet von RTH-Stationen auf einen Einsatzradius von 30 km zu reduzieren¹⁰⁸, dürfte vor allem an den damit verbundenen Kosten scheitern.

Derzeit besteht das Luftrettungssystem aus 36 RTH-Stationen, ergänzende Stationen sind im Gespräch. So ist beispielsweise zur Abdeckung einer noch vorhandenen Lücke geplant, "... unter

106 Einen Überblick über den aktuellen Ausbaustand des Luftrettungssystems gibt: Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.88, a.a.O., Anlage 7 und 8 (S. 156 f.). Die vielfältigen Initiativen, die zur Einrichtung des Luftrettungssystems geführt haben, beschreibt: Teuber, W.: Historische Entwicklung der Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, in: BAST (Hrsg.); Luftrettung ..., a.a.O., S. 2 - 11.

107 "Luftrettung in Bayern", Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung v. 20.7.1981, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1555, hier: S. 28.

108 Vgl. hierzu: Köhler, A.F.: Primäre Luftrettung mit Rettungshubschraubern in der Bundesrepublik Deutschland, in: DRF (Hrsg): "10 Jahre Deutsche Rettungsflugwacht - 10 Jahre Luftrettung"; Schriftenreihe der DRF, Bd. 3, Winnenden 1983, S. 76 - 84, hier: S. 82. Rein rechnerisch würden für ein solches System mindestens 88 RTH-Stationen benötigt (248.640 qkm : 2.826 qkm).

Umständen in Ingolstadt ...¹⁰⁹ eine weitere RTH-Station einzurichten.

Rettungshubschrauber sind überwiegend direkt an Krankenhäusern stationiert, lediglich für die RTH-Station Nürnberg (Christoph 14) wird ein Flughafen als Standort angegeben. Bei der Einrichtung von RTH-Stationen ist darauf zu achten, daß sich das System nicht verselbständigt, vielmehr muß es "... Bestandteil des einheitlichen Rettungsdienstes mit einheitlichem Notfall-Meldesystem sein."¹¹⁰ Daraus folgt u.a., daß seine Alarmierung ausschließlich über die zuständige Rettungsleitstelle erfolgen sollte. Um dies sicherzustellen und damit die spezifischen Vorteile von Rettungshubschraubern ausschöpfen zu können, haben sich in Nordrhein-Westfalen die Kreise und kreisfreien Städte, die im Einsatzbereich einer RTH-Station liegen, zu kommunalen Trägergemeinschaften zusammengeschlossen. Erfolgt keine Abstimmung zwischen den betroffenen Rettungsdienstbereichen und Leistungsträgern, besteht die Gefahr, daß zwischen bodengebundenem Rettungsdienst und Luftrettungssystem Rivalitäten entstehen und Koordinationsmängeln auftreten¹¹¹.

3.3.1.2 Bodengebundene Notarztsysteme

Auch für die Planung bodengebundener Notarztsysteme bieten die landesrechtlichen Regelungen nur wenig Hilfe. Die Ausführungen beschränken sich häufig auf die Feststellung, daß die Aufgabenträger sicherzustellen haben, "... daß die erforderliche Anzahl von Notärzten zur Verfügung steht."¹¹² Bezüglich der notwendigen Anzahl von Notarztsystemen werden, wie auch bei der Rettungswachenplanung, von verschiedenen Bundesländern die Stand-

109 "Luftrettung in Bayern", a.a.O., S. 22. Auch in Baden-Württemberg wird geprüft, ob noch zusätzliche RTH-Stationen einzurichten sind.

110 "Grundsätze für den Einsatz von Hubschraubern im Rettungsdienst" des Bund/Länder-Ausschusses "Rettungsdienst" v. 8.7.1976, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, 1210, Pkt. 3.1 (S. 2).

111 Solche Probleme werden u.a. beschrieben von: Kalbe, P., Lobenhoffer, P., Neumann, C.: Probleme der Koordination und Effektivität beim Einsatz von RTH und NAW aus medizinischer Sicht, in: BAST (Hrsg.) Luftrettung ..., a.a.O., S. 56 - 70, hier: S. 64 ff.

112 § 7(4) Rh-Pf RettDG.

orte von Notarztssystemen festgelegt¹¹³. Keine Vorgaben zur Planung von Notarztssystemen sind aus Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein bekannt. Das bedeutet allerdings nicht, daß in diesen Bundesländern keine Notarztssysteme eingerichtet sind, beispielsweise ist im Rettungsdienst Nordrhein-Westfalens mit 175 Standorten das dichteste NAW-Netz überhaupt eingerichtet worden¹¹⁴.

In der Literatur, aber auch in der praktischen Umsetzung, ist die Frage strittig, "... ob der Notarztendienst als präklinische Tätigkeit dem Krankenhaus zuzurechnen ist, oder ob er als ambulante Leistung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (...) erfaßt wird, oder gar als eigenständige Organisationsform ärztlicher Hilfe anzusehen ist ..." ¹¹⁵. Für den Rettungsdienst in Bayern wird festgestellt, daß "... die ärztliche Mitwirkung im Rettungsdienst als Bestandteil der ambulanten kassen- und vertragsärztlichen Versorgung angesehen (wird). Sie ist insoweit Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigung." ¹¹⁶ In anderen Bundesländern wird angestrebt, Notarztssysteme in erster Linie Krankenhäusern zu stationieren, "die Krankenhausträger sind im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit verpflichtet, Ärzte gegen Kostenausgleich zur Verfügung zu stellen. Darüberhinaus wirken bei Bedarf geeignete niedergelassene Ärzte im Rettungsdienst mit." ¹¹⁷

Die Entscheidung, welche Ärztegruppe im jeweiligen Versorgungsbereich den Notarztendienst sicherstellt, hat Auswirkungen für die Infrastrukturplanung. Bei der Einbeziehung von Krankenhausärzten wird, wenn nicht einsatztaktische Erwägungen entgegenstehen, in aller Regel das Krankenhaus Sy-

113 Vereinbarung zum "Standort der Notarztwagen" in Bayern vom Juli 1980, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1594; "Rundschreiben des Ministeriums des Innern und für Sport (Rh-Pf)" v. 22.6.1979, ebd., Bd. 1, Rh-Pf 2261; "Verordnung über die Durchführung des Gesetzes über den Rettungsdienst (Saar)" v. 22.2.1979, ebd., Bd. 1, Saarl. 2320, hier: § 3(2).

114 Ein Überblick über die NAW-Standorte der einzelnen Bundesländer wird gegeben in: Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.88, a.a.O., Anlage 5 (S. 154).

115 Klingshirn, H.: Rettungsdienst in Bayern, a.a.O., S. 5.

116 Dasselbst. Das bedeutet nicht, daß Krankenhausärzte nicht am Notarztendienst mitwirken können, von 3.188 Notärzten in Bayern (Stand 1.1.87) waren immerhin 2.208 im Krankenhaus angestellt. Vgl.: Dasselbst.

117 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., Pkt IV.2.3.4 (13).

stemstandort¹¹⁸. Wenn niedergelassene Ärzte den Notarztdienst sicherstellen, erfolgt dies üblicherweise von der jeweiligen Praxis aus. Dies hat zur Folge, daß

- eine 24-stündige Besetzung nicht immer sichergestellt werden kann¹¹⁹,
- der Standort des Notarztes (Praxis) wechselt, und, da eine Anbindung an eine Rettungswache nicht erfolgen kann,
- der Notarzt möglicherweise mit dem eigenem PKW Einsatzfahrten durchführen muß¹²⁰.

Im Grundsatz ist davon auszugehen, daß "die Besetzung des Notarztdienstes (...) nicht alleine durch eine Zuordnung zum ambulanten oder stationären Bereich geklärt (werden kann), sondern (...) an die fachliche Kompetenz des Notarztes geknüpft werden"¹²¹ muß. Wichtig ist jedoch der Hinweis, daß bei der Planung von Notarztssystemen mit niedergelassenen Ärzten andere Faktoren zu berücksichtigen sind, als bei klinikgebundenen Notarztssystemen.

Erstmals wurde von Baden-Württemberg für die Einrichtung von Notarztssystemen in eine Zeitvorgabe definiert: "Es sind Voraussetzungen zu schaffen, daß jeder an einer Straße liegende Notfallort möglichst innerhalb von 10 Minuten, spätestens aber in 15 Minuten, noch von einem Notarzt erreicht werden kann."¹²²

118 In Köln sind beispielsweise von den 4 Notarztstationen drei an Krankenhäusern stationiert. Ein Notarztssystem, ebenfalls mit Klinikärzten besetzt, hat seinen Standort an einer zentralen Rettungswache.

119 Vgl. beispielsweise: Landtagsdrucksache SH 10/813 v. 25. 1. 85, a.a.O., Übersicht 2 und 3.

120 Vgl. hierzu u.a.: Ahnefeld, F.W., et al.; Notarzt-Einsatz-Fahrzeug, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 3, E.1.2, hier: S. 3. Vgl. auch: "Abrechnung über die Fahrtkosten von Notärzten"(Bayern) v. 24.11. 1986, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. 1592, S. 15.

121 Sefrin, P.: Der Notarzt als obligater Bestandteil des modernen Rettungsdienstes, in: DRK (Hrsg.); 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, S.162 - 167, hier: S. 165.

122 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., Pkt. IV. 2.3.4 (S. 13). Diese Formulierung unterscheidet sich von der allgemeinen Hilfsfrist (vgl. Tab. 7.5) dadurch, daß hier offensichtlich die Fahrzeit gemeint ist. Die Zeitvorgaben für Notarztdienste sind mit 10, höchstens 15 Min. Fahrzeit also weiter gefaßt als für die Notfallrettung (8 bzw. 13 Min. bei Berücksichtigung der Organisationszeit).

3.3.1.3 Organisationsformen von Notarztssystemen

Die Einrichtung von Notarzdiensten ist häufig auf die Initiativen einzelner Ärzte und Rettungsdienstträger zurückzuführen. Angesichts unterschiedlicher Rahmenbedingungen, Einsatzstrukturen und regionalen Gegebenheiten haben sich im Lauf der Zeit sehr verschiedene Grundsysteme der Notarztversorgung herausgebildet und verfestigt¹²³:

- Im Stationssystem (Kompaktsystem) ist das Einsatzpersonal des Rettungsdienstes (Fahrer, Rettungssanitäter) gemeinsam mit dem Notarzt an der Klinik stationiert. Beim Einsatz rücken alle drei mit dem NAW¹²⁴ zum Notfallort aus.
- Das autarke Notarztssystem sieht eine Trennung des NAW-Standorts von der Klinik vor. Die Standortplanung kann sich weitgehend an "rettungstaktischen Erfordernissen" orientieren. Dabei ist es durchaus möglich, daß NAW und NAW-Team an einer Wache des "normalen" Rettungsdienstes stationiert werden¹²⁵, ebenso kann jedoch auch die Einrichtung einer eigenen NAW-Wache für erforderlich gehalten werden¹²⁶.
- Im Rendez-vous-System arbeitet der Notarzt im Krankenhaus oder er geht in seiner Praxis den "normalen" ärztlichen Aufgaben nach. Ihm steht ein Notarzt-Einsatzfahrzeug (NEF) mit oder ohne Fahrer zur Verfügung¹²⁷. Das Rettungsdienstpersonal ist mit einem RTW getrennt vom Standort des Arztes an einer Rettungswache stationiert. Im Alarmfall fahren der Notarzt (im NEF) und das nächststehende RTW-Team unabhängig voneinander zum Notfallort.

123 Vgl. hierzu u.a.: Bouillon, B., et al.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 82 ff.; Lick, R., Schäfer, H.: Unfallrettung, 2. Auflage, München 1985, S. 58 f.; Gorgaß, B.: Notarztwagen, in: Rettungsdienst-Journal, 3/1984, S. 15 - 19; Kühner, R.: Organisationsformen ..., a.a.O., S. 42 ff.

124 Da für den Notarztwagen keine Norm existiert, wird der NAW als ein RTW definiert, der mit einem Arzt besetzt ist.

125 Beispiele hierfür sind der bereits erwähnte zentrale Kölner Notarztstandort und das Darmstädter Notarztssystem. Zum letzteren vgl.: Laux, P.S.: Zusammenfassender Erfahrungsbericht über 5 Jahre Notarztwageneinsatz, in: Graf-Baumann, T., Metreveli, S. (Hrsg.): Unfall- und Katastrophenforschung - aktuelle sozialwissenschaftl. u. med. Aspekte; (Notfallmedizin, Bd. 4), Erlangen 1980, S. 87 - 93.

126 Knobbe, W.: Planungsmodell für die Einrichtung eines NAW-Systems am Beispiel der Stadt Kiel, in: Ebd., S. 94 - 111, hier: S. 106 ff.

127 Die Problematik selbstfahrender Notärzte analysiert: Ahnefeld, F.W.: Notarzt-Einsatz-Fahrzeug, a.a.O., S. 3.

Die Vorteile des Rendez-vous-Systems liegen u.a. darin, daß

- der Notarzt kürzere Zeit an einen Notfall gebunden ist,
- durch die Zusammenarbeit mit mehreren RTW-Teams ein größeres Gebiet durch einen Notarztendienst versorgt werden kann, und
- durch die gleichzeitige Alarmierung von zwei Einsatzfahrzeugen die Hilfsfrist reduziert wird, da "in Abhängigkeit von der Lage des Notfallortes (...) einmal der RTW, einmal der Notarzt mit dem NEF zuerst eintreffen ..."128.

Das Stationssystem bietet vor allem in solchen Rettungsdienstbereichen Vorteile, in welchen

- eine hohe Krankenhausdichte vorliegt,
- zwischen den Leistungsträgern Kooperationsprobleme bestehen und/oder
- das Ausbildungsniveau der RTW-Besatzungen für eine Zusammenarbeit mit dem Notarzt unzureichend ist¹²⁹.

Bei der Versorgung von ländlichen Rettungsdienstbereichen scheint das Rendez-vous-System aufgrund seiner größeren Flächenabdeckung Vorteile zu bieten, und zwar sowohl in Bezug auf die Leistungsfähigkeit (kürzere Hilfsfristen), als auch bezüglich der Wirtschaftlichkeit¹³⁰.

Welches System die größeren Vorteile bietet, kann nur für jeden Einzelfall unter Berücksichtigung der jeweils herrschenden Rahmenbedingungen geprüft werden, da den unbestreitbaren Vorteilen der einzelnen Systeme mehr oder minder stark wirkende Nachteile gegenüberstehen¹³¹.

Bedingt durch die unterschiedlichen Initiativen und Entwicklungen haben sich Sonderformen der Organisation von Not-

128 Lippert, H.-D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 52. Dieser Effekt ist durch eine Simulationsrechnung nachgewiesen worden: "Einsätze mit Notarztindikation erzielen beim Rendezvoussystem eine um durchschnittlich 20 % kürzere Eintreffzeit." Schmiedel, R., Puhon, Th., Siegener, W.; Simulationsmodell "Rettungswesen" ..., a.a.O., S. 218.

129 Vgl. hierzu: Lippert, H.-D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 52.

130 Dasselbst.

131 Vgl. hierzu beispielsweise die Zusammenstellung bei: Kühner, R.; Organisationsformen ..., a.a.O., Übersicht 3 (S. 45).

arztsystemen herausgebildet, die in Teilen eine Erweiterung oder Kombination der beschriebenen Grundformen darstellen:

- Das Abholsystem: "In Standorten, in denen sich die Rettungswache (...) nicht unmittelbar am Krankenhaus befindet, wird (...) der Rettungswagen vor dem Einsatz zunächst am Krankenhaus vorbeifahren, um dort den diensthabenden Notarzt zur Not- bzw. Unfallstelle mitzunehmen."¹³²
- Das System des zentralen Notarztendienstes¹³³: Der Notarzt ist über seine Einsatzfähigkeit hinaus Ansprechpartner für die medizinischen und organisatorischen Probleme der übrigen Rettungsteams und für das Leitstellenpersonal. Dieses System stellt hohe Anforderungen an die Qualifikation des Notarztes und setzt voraus, daß der Arzt ständig ansprechbar ist. Im zentralen Notarztendienst werden deshalb "hauptberufliche" Notärzte eingesetzt, während der Notarztendienst in den traditionellen Systemen eher als Nebentätigkeit oder zusätzlicher Bereitschaftsdienst abgeleitet wird.
- Die Luftrettungssysteme: Aus der Forderung, RTH-Stationen grundsätzlich an Krankenhäusern einzurichten, könnte angenommen werden, daß Luftrettungseinsätze nach dem Stationssystem durchgeführt werden¹³⁴. Aufgabe des RTH ist jedoch in erster Linie, "... möglichst schnell den Notarzt mit einem Rettungssanitäter und medizinischer Ausrüstung an die Notfallstelle zu transportieren (Primäreinsatz). Erst in zweiter Linie ist der Transport des Notfallpatienten ins Krankenhaus von Bedeutung."¹³⁵ Normalerweise wird deshalb parallel zum Rettungshubschrauber auch der bodengebundene Rettungsdienst alarmiert und erst vor Ort entschieden, mit welchem Einsatzmittel der Patient zu befördern ist. Nach der RTH-Einsatzstatistik 1986 ist im Durchschnitt bei ca. 42 % aller Primär- (= Notfall-) Einsätze ein Patient mit dem RTH befördert worden¹³⁶. In den übrigen Fällen ist der RTH im Rendez-vous-System eingesetzt gewesen.

132 "Rundschreiben des Ministeriums des Innern und für Sport" (Rh-Pf) v. 22.6.1979, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Rh-Pf 2261, Pkt. 2.1 (S. 2).

133 Vgl. hierzu: Lick, R., Schäfer, H.; Unfallrettung, a.a.O., S. 52.

134 Lippert, H.-D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 52.

135 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., Pkt. II.2., (S. 4).

136 ADAC Luftrettung GmbH (Hrsg): RTH-Intern, Ausgabe 1/87, S. 24 ff. Bei drei Stationen lag der Befördertenanteil unter 20 %, für zwei Stationen wird ausgewiesen, daß mehr als 70 % der Notfallpatienten vom RTH befördert worden sind.

Nach einer Übersicht für das Jahr 1987¹³⁷ waren 56 % der Notarztsysteme als Stationssystem eingerichtet, allerdings wird an einigen Standorten bei Bedarf, vor allem in einsatzschwachen Zeiten, auf das Rendez-vous-System umgestellt.

3.3.2 Kriterien für die Planung von Notfallrettungs- und Krankentransporteinsätzen

Die Planungsvorgaben zur Durchführung des Rettungsdienstes sind für die beiden Leistungsbereiche Notfallrettung und Krankentransport von unterschiedlicher Relevanz. Insbesondere die planungs- und kostendeterminierenden Zeitvorgaben gelten ausschließlich für Notfalleinsätze¹³⁸. Für Krankentransporte werden längere Hilfsfristen bzw. Toleranzzeiten akzeptiert. Nach einer Analyse der Leistungen des Rettungsdienstes für das Jahr 1985¹³⁹ betrug die mittlere Eintreffzeit bei Notfällen 7.5 Min., bei Krankentransporten war diese Zeitspanne mit 15.2 Min. mehr als doppelt so lang. Bei 6.5 % aller Notfälle dauerte es mehr als 15 Min., bis ein Rettungsmittel am Notfallort eintraf, dagegen mußte bei nahezu jedem dritten Krankentransport (31 %) mehr als 15 Min. auf ein Fahrzeug gewartet werden.

In Baden-Württemberg werden "...durch den Bereichsauschuß unter Beachtung einer wirtschaftlichen Auslastung der KTW (...) Dispositionszeiten für Krankentransporte"¹⁴⁰ ausdrücklich festgelegt. In Hessen besteht die Vorgabe, "... daß die Wartezeit im Krankentransport auch in der Spitzenbelastung der Vormittagsstunden in der Regel 30 Minuten nicht übersteigen soll."¹⁴¹

Eine Fahrzeugplanung, die sich nicht mehr ausschließlich am Bedarf orientiert, sondern die Auslastung der Kapazitäten mit berücksichtigt, ist unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten sicher von Vorteil. Bezüglich der Leistungsfähigkeit sind allerdings Abstriche zu machen, da die Patienten bei knapp bemessenen Kapazitäten, insbesondere zu Zeiten von Nachfragespitzen, z. T. erhebliche Wartezeiten in Kauf müssen. Problematisch können Wartezeiten für den organisierten Rettungsdienst beispiels-

137 Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.1988, a.a.O., Anlage 5 (S. 154).

138 "Die Hilfsfrist gilt (...) nur für Notfalleinsätze."; "Allgemeine Grundsätze ..." (BW), a.a.O., S. 2, Fn.1.

139 Puhán, Th., Siegener, W.; Leistungsanalyse (1985) ..., a.a.O., Tab. 33.

140 "Allgemeine Grundsätze ..." (BW), a.a.O., Pkt. 3.2 (S. 3).

141 "Vorläufige Richtlinien ..." (Hes), a.a.O., Pkt. 3.3 (S. 17).

weise dann werden, wenn konkurrierende Personenbeförderungsunternehmen diese als Argument für den Ausbau eigener Krankentransportkapazitäten anführen.

Bestand noch vor einigen Jahren in verschiedenen Bundesländern die Vorgabe, Rettungswachen mit mindestens zwei Einsatzfahrzeugen ständig besetzt zu halten¹⁴², werden von den Entscheidungsträgern für die Fahrzeug- aber auch für die Rettungswachenplanung zunehmend flexiblere Verfahren zugelassen. So wird in Rheinland-Pfalz "... für die Rettungswachen die ständige Besetzung und Erreichbarkeit nicht vorgeschrieben. Daher richtet sich der Dienstplan einer Rettungswache allein nach den örtlichen Erfordernissen ..." ¹⁴³.

Die Struktur der Fahrzeuge je Rettungswache orientiert sich entweder an den vorgegebenen Richtzahlen (40 % RTW; 60 % KTW), oder an der durchschnittlichen Einsatzfrequenz der Nachfrage.

Die Vorschriften zur Fahrzeugbesetzung sehen in den meisten Bundesländern keine Unterscheidung zwischen RTW und KTW vor (Übersicht 7.5). Lediglich im "Rettungsdienstplan" für Baden-Württemberg ist, wie bereits erwähnt, eine Differenzierung vorgesehen (RTW: 2 Rettungssanitäter, KTW: 1 Rettungssanitäter, 1 Rettungshelfer), diese Differenzierung wurde allerdings vom Landesausschuß wieder aufgehoben ¹⁴⁴.

Im Zusammenhang mit der Einführung der gesetzlichen Regelung des Berufsbildes "Rettungsassistentin/Rettungsassistent" ist allerdings vorgesehen, daß die Bundesländer¹⁴⁵ differenzierte Besetzungsvorschriften erlassen. So haben die Bundesländer erklärt, "... daß sie in ihren Rettungsdienstregelungen (...) die Besetzung der Rettungsmittel NEF und RTW mit mindestens einem nach dem zu erwartenden Bundesgesetz ausgebildeten Rettungssanitäter (inzwischen: Rettungsassistenten; d.Verf.) vorschreiben wollen. Daneben könne weiterhin ein nach dem bisherigen 520-

142 Vgl. hierzu: Kühner, R.; Organisationsformen ..., a.a.O., Tab. 3 (S. 33).

143 Landesrettungsdienstplan (RH-Pf), a.a.O., C 2. (S. 10 f.).

144 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., Pkt. 2.3.1 (S.17). sowie "Allgemeine Grundsätze ..." (BW), a.a.O., Pkt. 4.1 (S. 3).

145 Die gesetzliche Regelung des Berufsbildes fällt zwar in die Zuständigkeit des Bundes, dagegen liegt die Kompetenz zur Festlegung der Qualifikationsanforderungen an das Einsatzpersonal bei den Bundesländern (Übersicht 7.5).

Stunden-Programm ausgebildeter Rettungssanitäter auch auf diesen Fahrzeugen eingesetzt werden. Für den (...) Krankentransport im KTW werde die Besetzung mit mindestens einem "520-Stunden-Ausgebildeten" auch in Zukunft als ausreichend angesehen."¹⁴⁶

3.4 Entscheidungshilfen für die Rettungswachen- und Fahrzeugplanung

Die Vorgabe von allgemeinen Kenngrößen hat sich für die Rahmenplanung des Rettungsdienstes auf Landesebene als zweckmäßig erwiesen, wenngleich verschiedene Planungskriterien klarer zu fassen und für die Umsetzung mit größerer Verbindlichkeit zu versehen wären. Für die Detailplanung auf der Ebene der Rettungsdienstbereiche und Rettungswachen haben sich diese allgemeinen Leistungsvorgaben jedoch als zu grobmaschig erwiesen, die Besonderheiten des regional oder lokal vorliegenden Bedingungsgefüges bleiben weitgehend unberücksichtigt.

Um die Leistungsträger vor Ort bei einer nachfrageorientierten Wachen- und Fahrzeugplanung zu unterstützen, wurden Planungsinstrumente entwickelt, die wie folgt differenziert werden können:

a) Modelle für die Standortplanung:

- Kenngrößen auf der Grundlage von Mittelwerten aus Rettungsdienstbereichen mit unterschiedlicher Einwohnerdichte¹⁴⁷;

¹⁴⁶ Entwurf: Rettungsassistentengesetz -RettAssG, (Stand Juni 1987), a.a.O., Begründung, Allgemeiner Teil, S. 5.

¹⁴⁷ Lenhart, W., Puhan, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 39 ff.

- Berechnung der Anzahl von Rettungswachen auf der Grundlage vorgegebener Eintreffzeiten (Mittelwerte, Grenzwerte)¹⁴⁸;
 - ° Gruppierungsverfahren (Clusteranalysen)¹⁴⁹;
 - ° Standortplanungsmodelle auf Netzwerken¹⁵⁰, sowie
 - ° Simulationsmodelle¹⁵¹.
- b) Modelle zur Fahrzeugplanung:
 - Kenngrößen auf der Grundlage von Mittelwerten aus Rettungsdienstbereichen mit unterschiedlicher Einwohnerdichte zu verschiedenen Belastungszeiten;
 - Einsatzfrequenzanalysen¹⁵²;
 - Gleichzeitigkeitsbetrachtung¹⁵³;
 - Warteschlangenmodelle¹⁵⁴;
 - Planungsmodelle für veränderbare Leistungswerte¹⁵⁵;
 - Optimierende Modelle (Mischformen)¹⁵⁶, sowie
 - Simulationsmodelle.

148 Ebd., S. 65 ff.

149 Ebd., S. 73.

150 Köhler-Sagerer, U.: Optimale Standorte und Fahrzeugzahlen für den Rettungsdienst; Robert Bosch Stiftung GmbH, Fördergebiet Gesundheitspflege - Materialien und Berichte, Bd. 9, Stuttgart 1983, S. 103 ff.

151 Ebd., S. 112 f.; Lenhart, W., Puhan, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtlinien ..., a.a.O., S. 74; Ruffer, B., Schmitt, W., Siegener, W.: Simulation von Rettungssystemen; Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 6, Köln 1979; Savas, E.S.: Simulation and Cost-Effectiveness Analyses of New York's Ambulance Service, in: Management Science, Vol. 15, No.12, Aug. 1969, B 609 - B 627.

152 Schmiedel, R., Unterkofler, M.; Frequenzabhängige Fahrzeugbemessung, a.a.O.; Kossendey, L.: Hilfsfrist- und Frequenzanalyse - Hilfsmittel zur Kontrolle von Einsatzorganisation und Wirkungsweise des Rettungsdienstes, in: Rettungsdienst 6/1986, S. 395 - 400.

153 Beyerle, G., Kulahoglu, I.: Anregungen zur Organisation von Krankentransport und Rettungsdienst, in: der landkreis, 12/1980, S. 753 - 756.

154 Köhler-Sagerer, U.; Optimale Standorte ..., a.a.O., S. 114 ff; Lenhart, W., Puhan, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 75 ff.

155 Ebd., S. 63 ff.

156 Köhler-Sagerer, U.; Optimale Standorte ..., a.a.O., S. 120 ff.

- c) Methoden zur Überprüfung der Einhaltung von Zeitvorgaben
- Hilfsfristanalyse¹⁵⁷, sowie
 - Simulationsmodelle.

Von diesen sowohl in der Methodik, als auch in der Aussagefähigkeit sehr verschiedenen Planungshilfen werden nachfolgend die "Schwachstellenanalyse anhand von Orientierungsgrößen", das "Planungsmodell bei variablen Leistungswerten" und das Simulationsmodell "Rettungswesen" ausführlicher dargestellt.

Die Analyse eines Rettungsdienstbereichs unter Verwendung von Orientierungsgrößen, die das durchschnittliche Leistungsniveau des Rettungsdienstes repräsentieren, ermöglicht eine Standortbestimmung für den Planer. Entsprechende Analysen bieten eine Grundlage für gezielte Verbesserungen in Richtung auf das Durchschnittsniveau des Rettungsdienstes. Die einzelnen Kenngrößen sind nicht als Soll-Werte zu verstehen, wie sie durch politische Vorgaben festgelegt werden können, es handelt sich vielmehr um durchschnittliche Ist-Werte, die auf einer breiten Datengrundlage aus Rettungsdiensten mit unterschiedlicher Einwohnerdichte ermittelt worden sind.

Die Darstellung der Rettungsmittelvorhaltung in Tab. 7.6 macht deutlich, daß der von den Bundesländern vorgegebene Zielkorridor von 1 Krankenkraftwagen je 12.000 - 15.000 Einwohnern, sofern nur die einsatzbereiten Fahrzeuge berücksichtigt werden, bei weitem noch nicht erreicht ist. Die vorgegebene Kennzahl läßt allerdings nicht erkennen, ob nur einsatzbereite Fahrzeuge berücksichtigt werden sollen und ob die entsprechende Anzahl generell, oder nur zu bestimmten Tageszeiten vorzuhalten ist. Die offensichtliche Diskrepanz zwischen den offiziellen Statistiken¹⁵⁸ und den in Tab. 7.6 dargestellten Ergebnissen ist u.a. darauf zurückzuführen, daß in den offiziellen Statistiken Maximal- bzw. Tageswerte wiedergegeben werden, außerdem muß "... berücksichtigt werden, daß es sich Fahrzeugbestandszahlen

157 Kossendey, L.; Hilfsfrist- und Frequenzanalyse ..., a.a.O., S. 395.

158 Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.88, a.a.O., Anlage 5 und 6 (S. 154 und 155), sowie ältere Unfallverhütungsberichte des Bundesministers für Verkehr. Nach dem ausgewiesenen Fahrzeugbestand wird im Durchschnitt 1 Krankenkraftwagen je 10.000 Einwohner vorgehalten.

und nicht um die Anzahl der mit Personal besetzten Fahrzeuge handelt."¹⁵⁹

Tabelle 7.6: MAXIMALE UND MINIMALE RETTUNGSMITTELVORHALTUNG IN RETTUNGSDIENSTBEREICHEN

EINWOHNER- DICHTEKLASSE	EIN KRANKENKRAFTWAGEN JE		EINWOHNER Normalforderung (Durchschnitt)
	Minimum (bei Nacht)	Maximum (bei Tag)	
unter 200 E./qkm	26.000	14.200	12.000-15.000
200 - 1.000 E./qkm	40.500	19.000	12.000-15.000
über 1.000 E./qkm	44.800	21.400	12.000-15.000

Quelle: Lenhart, W., Puhon, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 42.

Die durch Einbeziehung von Orientierungsgrößen ermittelten Problembereiche können als Ansatzpunkte für verfeinerte Planungsmodelle dienen. Diese Planungsinstrumente¹⁶⁰ orientieren sich nicht an Mittelwerten, aus der Kombination von Werten und Informationen zur

- Einsatzfrequenz,
- Einsatzdauer,
- Einsatzverteilung im Tages- und Wochenablauf, sowie zur
- praktizierten Einsatzstrategie

wird unter Berücksichtigung der Leistungsvorgaben in Bezug auf

- maximal akzeptierte Hilfsfrist und
- zulässige Wartezeit, vor allem im Bereich der Krankentransporte,

mit Hilfe von Warteschlangenmodellen die erforderliche Anzahl einsatzbereit vorzuhaltender Rettungsfahrzeuge ermittelt¹⁶¹.

159 Lenhart, W., Puhon, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 11.

160 Die Entwicklung eines Planungsmodells wird dargestellt: ebd., S. 74 ff.

161 Vgl. hierzu einige Beispielrechnungen: ebd., S. 97 ff.

Ausgehend von einer Systemanalyse des Rettungsdienstes¹⁶² wurde im Auftrag der Bundesanstalt für Straßenwesen ein Rechenmodell zur Simulation von Rettungssystemen entwickelt¹⁶³. Mit Hilfe dieses Simulationsmodells können die Auswirkungen von geplanten Maßnahmen oder absehbaren Entwicklungen auf die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes abgeschätzt werden. Der Datenbedarf, die Rechenzeiten und damit auf die Kosten einer Simulationsanwendung sind vergleichsweise hoch¹⁶⁴, da zur Durchführung einer Modellrechnung für einen Rettungsdienstbereich Informationen zu folgenden Sachverhalten vorliegen bzw. ermittelt werden müssen (Übersicht 7.7):

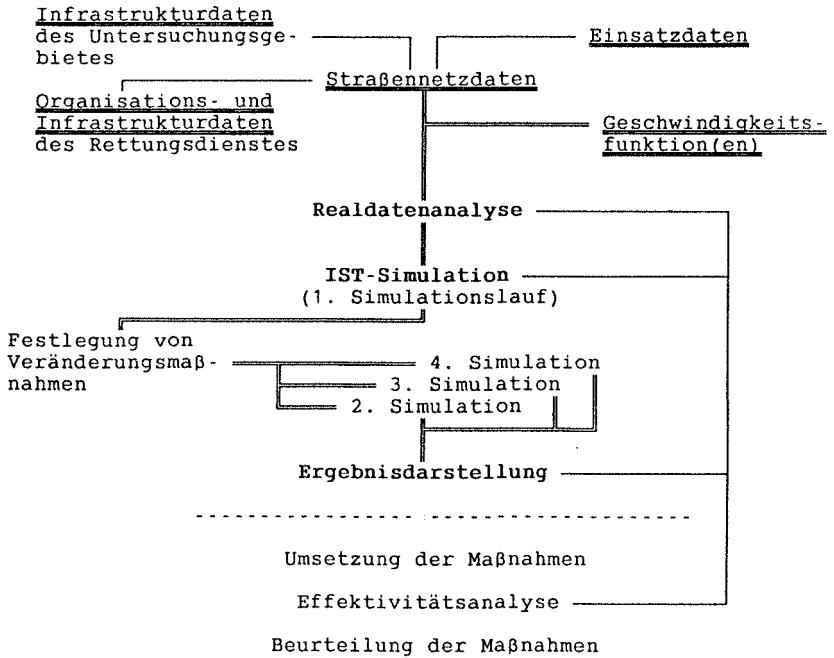
- Infrastruktur der Gesundheitseinrichtungen im Untersuchungsgebiet (Kliniken, Arztpraxen);
- Organisations- und Infrastrukturdaten des Rettungsdienstes (Rettungswachenstandorte, Rettungsmittelausstattung, Funktionen der Rettungsleitstelle, Strategieformen für die Einsatzentscheidung, etc.);
- Daten des realen Einsatzgeschehens (definierte Datensätze von ca. 3.000 - 4.000 Einsätzen);
- Straßennetzdaten des Analysebereiches, sowie
- Geschwindigkeitsfunktionen für die unterschiedlichen Einsatzarten.

162 Bonn, H.P.: Effizienz von Unfallrettungsmodellen; Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 1, Köln 1976.

163 Ruffer, B., Schmitt, W., Siegener, W.; Simulation von Rettungssystemen, a.a.O. Beispiele für die Einsatzmöglichkeiten des Modells siehe bei: Schmiedel, R., Puhan, Th., Siegener, W.; Simulationsmodell "Rettungswesen" ..., a.a.O., S. 28 ff.

164 Köhler-Sagerer, U.; Optimale Standorte ..., a.a.O., S. 112.

Übersicht 7.7: ABLAUFDIAGRAMM DES SIMULATIONSMODELLS RETTUNGSWESEN



Die Infrastruktur- und Einsatzdaten werden in das digitalisierte Straßennetz integriert, das Einsatzgeschehen kann damit in seinem räumlich-zeitlichen Ablauf dargestellt werden (Realdatenanalyse).

Nach Aufbereitung und Bereinigung der Daten erfolgt ein erster Simulationslauf (IST-Simulation), der bereits erste Informationen über Leistungsdaten und Ablaufprozesse liefert. Da beispielsweise das Rechenprogramm das zeitlich dem Notfallort am nächsten stehende Fahrzeug alarmiert, können Informationen über die Effektivität der Einsatzkoordination gewonnen werden. Die Ergebnisse der IST-Simulation stellen außerdem die Bezugsgrößen für die nachfolgenden Simulationsläufe dar.

Nur selten werden die Wirkungen von einzelnen Maßnahmen simuliert, die einzelnen Maßnahmen werden vielmehr in Abstimmung mit den Aufgaben- bzw. Leistungsträgern definiert und zu Maß-

nahmenbündel zusammengefaßt¹⁶⁵. Die vorherige Abstimmung mit den Verantwortlichen bietet u.a. den Vorteil, daß unrealistische bzw. nicht durchsetzbare Maßnahmen von vornherein aus der Analyse ausklammert werden.

Grundsätzlich können alle Eingabegrößen variiert werden. Damit ist auch die Möglichkeit gegeben, die Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen zu analysieren, sofern diese

- direkt in das Modell eingehen (Bau eines neuen Krankenhauses oder einer neuen Straße), oder
- Eingabegrößen beeinflussen und die Änderungselastizitäten abgeschätzt werden können (Auswirkungen eines Nachfrage-rückgangs auf Leistungs- und Kostengrößen des Rettungsdienstes).

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in der Form, daß die veränderten Kenngrößen der Leistungsfähigkeit und Kosten¹⁶⁶ in der geforderten Tiefenstruktur ausgewiesen werden. Diese Kenngrößen sind sowohl für die Ebene der Rettungsdienstbereiche, als auch für die einzelnen Rettungswachen und Rettungsmittel darstellbar.

Die Simulationsergebnisse werden mit der IST-Simulation verglichen, die unter Leistungs- und Kostengesichtspunkten geeignetste Lösung wird zur Umsetzung vorgeschlagen.

Das Simulationsmodell ist seit seiner Entwicklung in einer Vielzahl von Untersuchungen eingesetzt und weiterentwickelt worden¹⁶⁷. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß das Simulationsmodell, wie auch alle anderen Planungsmodellen, eine Tendenz zur einseitig quantitativen Systemanalyse fördern. Da in diesen Modellen nur quantitative bzw. quantifizierbare Aspekte aufgenommen werden können, bleiben Ge-

165 Beispiele für solche Maßnahmenbündel siehe bei: Schmiedel, R., Puhán, Th., Siegener, W.; Simulationsmodell Rettungswesen ..., a.a.O., S. 42 ff, sowie die Übersicht auf S. 60 ff.

166 Die Leistungsfähigkeit wird durch Kenngrößen wie: Eintreffzeit (für unterschiedliche Leistungsbereiche), Dispositionszeiten und Fahrleistungen dargestellt. Die Einflüsse auf die Kosten werden in erster Linie durch Veränderungen in den Dienststunden, der Infrastruktur (neue Rettungswache) und im Fahrzeugbestand deutlich.

167 Im Unfallverhütungsbericht wird jeweils eine Übersicht über alle Untersuchungen der BAST zum Rettungswesen gegeben. Vgl. hierzu: Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.1988, Anlage 14, insbes. S. 164 f.

sichtspunkte der Qualität nahezu unberücksichtigt. Es ist zwar unbestritten, daß Kenngrößen wie Bediensicherheit und Zeitminimierung wichtige Merkmale der Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes sind, mindestens ebenso wichtig ist jedoch die Forderung, daß beide Leistungselemente "... in qualitativ geeigneter Form ..." ¹⁶⁸ vorhanden sein müssen. Qualitative Aspekte der Leistung des Rettungsdienstes sind

- unter statischen Gesichtspunkten: die Aus- und Weiterbildung, sowie die Erfahrung des Einsatz- und Leitstellenpersonals; die medizinisch-technische Ausrüstung der Fahrzeuge etc.;
- unter prozessualen Gesichtspunkten: die für den jeweiligen Fall angemessene Einsatzart, die vom Patient benötigte medizinische Hilfe und psychische Betreuung, die schonende Beförderung in eine für die Weiterbehandlung geeignete medizinische Versorgungseinrichtung, etc.

Rein quantitative Analysen von Rettungssystemen können zwar zu betriebswirtschaftlich befriedigenden Ergebnissen führen, bei Vernachlässigung der qualitativen Komponenten sind solche Ergebnisse für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nur begrenzt aussagefähig.

Im Anschluß an diese Ausführungen zum Marktsystem des Rettungsdienstes, seiner Rahmenbedingungen, Planungsvorgaben und der entwickelten Planungshilfen wird Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen die Kosten- und Leistungsrechnung im Rettungsdienst sein. Ausgangspunkt ist die betriebswirtschaftliche Kosten- und Leistungsrechnung, die Praxis des Rettungsdienstes bietet jedoch eine Fülle von Besonderheiten, die durch gezielte Erweiterungen der Kostenrechnung Berücksichtigung finden müssen.

VIII. KOSTEN- UND LEISTUNGSRECHNUNG IM RETTUNGSDIENST

1. Aufgaben der Kostenrechnung aus betriebswirtschaftlicher Sicht

Die Kostenrechnung bildet einen Teil des betrieblichen Rechnungswesens¹ und hat die Aufgabe "... der unternehmensinternen Abbildung von Güterverzehr- und Gütererstellungsprozessen ..." ². Als internes Kontroll- und Planungsinstrument für die Unternehmensführung sind Aufbau und Organisation der Kostenrechnung, im Gegensatz zur Finanzbuchhaltung, in das Ermessen des Betriebes gestellt.

Die Kontrollaufgabe (kontrollierende Vergangenheitsrechnung) besteht darin, "... daß zunächst das tatsächliche Geschehen im Unternehmen ..." ³ abgebildet wird. Aus der Analyse der so gefundenen Ist-Werte und dem Vergleich mit vorab ermittelten Soll-Werten besteht für die betrieblichen Entscheidungsträger die Möglichkeit, Störbereiche und Fehllagen frühzeitig erkennen und rechtzeitig Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

Als entscheidungsorientierte Zukunftsrechnung erfüllt die Kostenrechnung auch Planungsaufgaben. Für die Zwecke der betrieblichen Dispositionen werden Informationen bereitgestellt, auf deren Grundlagen kurz- bis mittelfristige Entscheidungen getroffen werden können⁴.

Neben Kontroll- und Planungsaufgaben erfüllt die Kostenrechnung auch "extern orientierte Informations- und Dokumentationsaufgaben" ⁵. Hierunter fallen vor allem solche Informationen, die "auf Grund gesetzlicher Vorschriften, vertraglicher Vereinbarungen, akquisitorischer Bemühungen im Rahmen von Verhandlungen mit Behörden und Geschäftspartnern oder freiwilliger Publizierung

1 Das betriebliche Rechnungswesen wird in die folgenden Teilbereiche untergliedert: Finanzbuchhaltung und Bilanz, Kostenrechnung, betriebswirtschaftliche Statistik und Vergleichsrechnung, sowie Planungsrechnung. Vgl. hierzu: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 865 ff, oder: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 8 ff.

2 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 13.

3 Ebd., S. 14.

4 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 869. Längerfristige Unternehmensentscheidungen erfolgen auf der Grundlage von Investitionsrechnungen.

5 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S.17.

tätsbestrebungen ..."⁶ an Außenstehende weitergegeben werden (müssen).

Eine extern orientierte Funktion hat die Kostenrechnung beispielsweise dann zu erfüllen, wenn sich ein Unternehmen um die Vergabe öffentlicher Aufträge bewirbt. Die Preisermittlung erfolgt in diesen Fällen zwingend auf der Grundlage der "Leitsätze für die Preisermittlung aufgrund von Selbstkosten (LSP)"⁷. In diesen Leitsätzen wird u.a. festgelegt, welche Kosten in welchem Umfang in die Kalkulation der Selbstkostenpreise einbezogen werden können. Ein weiteres Beispiel für die externen Aufgaben der Kostenrechnung ist in den Anforderungen der "Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV)" in Verbindung mit der "Bundespflugesatzverordnung (BPflV)"⁸ zu sehen, nach welcher aus der Kostenrechnung die wesentlichen Informationen zur Ermittlung von Pflegesätzen auf der Grundlage von Selbstkosten zu entnehmen sind. Es ist jedoch notwendig, darauf hinzuweisen, daß sich die Selbstkostenbegriffe nach LSP und nach KHBV bzw. BPflV deutlich unterscheiden. So ist beispielsweise bei der Selbstkostenpreisermittlung nach LSP die Einbeziehung von kalkulatorischen Kosten und Gewinnen in Grenzen zulässig, dagegen können bei der Selbstkostenermittlung im Krankenhaus "weder die Zinsen für Fremdkapital noch die Abschreibungen auf die Anschaffungswerte (...) in voller Höhe angesetzt werden."⁹ Da beide Formen der Selbstkostenberechnung durch Verordnungen und Vorgaben definiert sind, entspricht keine den Selbstkosten der Kostenrechnung "... als Summe aller für ein Produkt angefallenen Kosten des Materials, der Fertigung, der Verwaltung und des Vertriebs."¹⁰

6 Riebel, P.: Grundfragen der Kostenrechnung im Gesundheitswesen und ihre Folgerungen für die Ordnungspolitik, in: Gäfgen, G., Lampert, H. (Hrsg.); Beiträge zur Gesundheitsökonomie, a.a.O., S. 43 - 99, hier: S. 63.

7 Vgl. hierzu ausführlich: Diederich, H.: Aufträge, öffentliche; in: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, Bd. I/1, 4. Aufl., Stuttgart 1974, Sp. 298 - 309; ders.: Der Kostenpreis bei öffentlichen Aufträgen, Heidelberg 1961.

8 Hübner, H.: Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 29.

9 Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. II, a.a.O., S. 251. Zur Ermittlung der Selbstkosten im Krankenhausbereich siehe auch: Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 34 f. und 125 f.

10 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 126. Vgl. hierzu auch: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O.; S. 1117 f.

2. Die Gliederung der Kostenrechnung

Die Kostenrechnung wird nach den Gesichtspunkten der Kostenverursachung und der Zuordnungsmöglichkeiten auf einzelne Betriebsobjekte gegliedert. In der Kostenartenrechnung werden die Kosten nach Produktionsfaktoren bzw. Faktorgruppen strukturiert, diese Kostenarten werden durch die Kostenstellenrechnung verursachungsgerecht auf die einzelnen Betriebsbereiche verteilt, und in der Kostenträgerrechnung sind die betrieblichen Leistungseinheiten die Zuordnungsobjekte.

2.1 Kostenartenrechnung

"Die Aufgaben der Kostenartenrechnung (...) erfordern eine vollständige Erfassung der gesamten angefallenen Kosten einer Periode und ihre zweckentsprechende Gliederung in einzelne Kostenarten, d.h. in bewertete Verbräuche einzelner Güterarten."¹¹ Dieser Interpretation liegt der "wertmäßige" Kostenbegriff zugrunde. Danach definiert man Kosten als den Grenznutzen entsprechenden "... bewerteten sachzielbezogenen Güterverzehr einer Periode ..."¹². Alternativ werden in der betriebswirtschaftliche Kostentheorie

- der pagatorische Kostenbegriff (Bewertung entsprechend den Beschaffungspreisen, ausgabenbezogen)¹³, sowie
- der entscheidungsorientierte Kostenbegriff ("... die mit einer Entscheidung für eine bestimmte Maßnahme ausgelösten Ausgaben (...) oder Auszahlungen"¹⁴

diskutiert. Im Rahmen dieser Arbeit wird vorwiegend mit dem wertmäßigen Kostenbegriff gearbeitet werden.

Für die Konzeption der Kostenrechnung ergibt sich aus der Aufgabenstellung und dem gewählten Kostenbegriff die Notwendigkeit, die folgenden Arbeitsstritte durchzuführen:

- die Gliederung der Kosten (Strukturkomponente),
- die Erfassung der Kosten (Mengenkomponente),

11 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 68.

12 Ebd., S. 27.

13 Ebd., S. 29; Heinen, E.; Betriebswirtschaftliche Kostenlehre, a.a.O., S. 55 ff.

14 Riebel, P.; Grundfragen der Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 60; vgl. auch: derselbe; Die Bereitschaftskosten ..., a.a.O., S. 372.

- die Erfassung der Kosten (Mengenkomponente),
- die Bewertung der Kosten (Bewertungskomponente), und
- die Frage der Kostenabgrenzung, und zwar sowohl in Bezug auf das Sachziel, als auch auf die Rechnungsperiode.

Eine Strukturierung der Kostenarten nach den verbrauchten Produktionsfaktoren führt zu folgender Gliederung¹⁵:

- Personal- bzw. Arbeitskosten,
- Sachkosten,
- Kapitalkosten,
- Kosten für Dienstleistungen Dritter,
- Kosten für Steuern, Gebühren, Beiträge und Umweltschutz.

Diese Grundform der Kostenartensystematik kann nach verschiedenen Kriterien tiefer gegliedert werden¹⁶:

- nach der Art der Verrechnung (Einzel-, Gemeinkosten),
- nach der Art der Bewertung (aufwandsgleiche, kalkulatorische Kosten)¹⁷,
- nach der Elastizität bei Beschäftigungsänderungen (fixe, variable Kosten),
- nach der Herkunft der Kostengüter (primäre Kosten, verursacht durch die Beschaffung von Gütern; sekundäre Kosten, verursacht durch betriebsinterne Vorleistungen), sowie
- nach den betrieblichen Funktionen (Kosten der Beschaffung, der Fertigung, des Absatzes, etc.)¹⁸.

Durch die gezielte Aufbereitung und Auswertung von Sekundärunterlagen aus der

15 Ähnlich bei: Wöhe, G.: Einführung ..., a.a.O., S. 1088.

16 Ebd., S. 1088 ff.

17 Wöhe nennt diese Form der Differenzierung "nach der Art der Kostenerfassung". Vgl.: Ebd., S. 1089.

18 In dieser Form der Differenzierung kommt die Kostenartenrechnung einer "... nach Funktionen gegliederten Kostenstellenrechnung." sehr nahe. Ebd., S. 1088.

- Lohn- und Gehaltsbuchhaltung,
- Dienstplanerstellung,
- Lagerbuchhaltung,
- Inventur,
- Finanzbuchhaltung, und der
- "sachzielnotwendigen" Vermögensrechnung¹⁹

werden die einzelnen Kostenarten mengenmäßig erfaßt. In der Regel erfolgt parallel zur Erfassung der Verbrauchslenkung auch die Bewertung, sofern die Beschaffungspreise als echte Knappheitsindikatoren angesehen werden können. Bewertungsprobleme treten stets dann auf, wenn

- den Verbrauchsmengen kein entsprechender Aufwand gegenübersteht (Erfordernis einer kalkulatorischen Bewertung),
- die relevanten Faktorpreise deutlichen Schwankungen unterliegen (Bewertung nach Verrechnungspreisen oder durchschnittlichen Anschaffungskosten),
- die Anschaffungs- bzw. Herstellkosten eines Investitionsgutes seinem aktuellen Marktwert nicht entsprechen (Wertansatz zu Wiederbeschaffungskosten),
- die Anschaffungs- bzw. Herstellkosten eines Investitionsgutes über mehrere Rechnungsperioden abgeschrieben werden müssen (Abgrenzung durch kalkulatorische Abschreibung), sowie
- Aufwandsposten nicht oder nicht in voller Höhe dem Sachziel der Unternehmung zugeordnet werden können (Bewertung als neutraler Aufwand).

Im Bewertungsverfahren müssen also neben den aufwandsgleichen (pagatorischen) Kosten Aufwandspositionen, die nicht dem Sachziel des Unternehmens dienen, reduziert bzw. ausgeklammert werden, andererseits sind solche Kostenelemente hinzuzufügen, denen kein Aufwand (Zusatzkosten) oder Aufwand in anderer Höhe (Anderskosten) gegenübersteht. Übersicht 8.1 verdeutlicht diese Zusammenhänge.

¹⁹ Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 103 f.

Übersicht 8.1: ABGRENZUNG VON KOSTEN UND AUFWAND

AUFWAND				
NEUTRALER AUFWAND			Zweckaufwand	
betriebs- fremder Aufwand	außer- ordent- licher Aufwand	bewer- tungsbe- dingter neutraler Aufwand		
			Grundkosten	
			Anders- kosten	Zusatz- kosten
			KALKULATORISCHE KOSTEN	
KOSTEN				

Quelle: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., Tab. 11 (S. 29).

2.2 Kostenstellenrechnung

Durch die Kostenstellenrechnung wird deutlich gemacht, welche Kostenarten in welchem Umfang in den Betriebsbereichen verursacht worden sind. Bei der Konzeption und Durchführung der Kostenstellenrechnung zeigen sich vor allem zwei Problemfelder:

- nach welchen Gesichtspunkten sind die Kostenstellen zu bilden, und
- nach welchem Verfahren werden die Kostenarten den einzelnen Kostenstellen verursachungsgerecht zugeordnet.

Eine Kostenstellenrechnung hat neben der Funktion, das Kostengebaren einzelner Betriebsbereiche zu kontrollieren, auch die Aufgabe, die Voraussetzungen für eine verursachungsadäquate Kostenzuordnung auf die Kostenträger zu schaffen (Kostenvermittlungsfunktion)²⁰.

Kostenstellen sollten zielbezogen gebildet werden, d.h. die Struktur der Kostenstellenrechnung muß dem Rechnungszweck angemessen sein. Als Strukturierungskriterien bieten sich an²¹:

- räumliche Gesichtspunkte (Werkstatt, Lager, Produktionshalle, etc.),

²⁰ Ebd., S. 108 f., vgl. auch Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1103.

²¹ Ebd., S. 109.

- funktionale Gesichtspunkte (Beschaffung, Fertigung, Verwaltung, Vertrieb etc.),
- Gliederung nach Verantwortungsbereiche, oder
- rechentechnische Gesichtspunkte (z.B. bei der Platzkostenrechnung²².

Im Ergebnis überschneiden sich diese Gliederungsformen häufig, so kann beispielsweise für eine Kostenstelle "Fertigung" eine eindeutige Zuständigkeit vorliegen (Fertigungsleiter), außerdem kann die Fertigung auf eine bestimmte Produktionsstätte begrenzt sein (räumlicher Aspekt).

Die einzelnen Kostenstellen werden "... nach dem Ausmaß ihrer Beteiligung an der Realisation des unternehmerischen Sachzieles ..." ²³ hierarchisch gegliedert. Hauptkostenstellen (Endkostenstellen) "... bieten die Möglichkeit zur Kostenüberwälzung auf absatzbestimmte Kostenträger ..." ²⁴. Diese Kostenstellen sind i.d.R. unmittelbar an der Leistungserstellung beteiligt, eine direkte Verrechnung auf die Kostenträger kann durchgeführt werden.

Demgegenüber sind Hilfskostenstellen dadurch gekennzeichnet, daß die erfaßten Kosten "... mit Hilfe eines Verfahrens der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung auf andere Kostenstellen umgelegt" ²⁵ werden müssen. Zur Umlage der Hilfskostenstellen auf andere (Hilfs- oder Haupt-) Kostenstellen werden unterschiedliche Verrechnungsverfahren ²⁶ angewandt mit dem Ziel, die

22 Die Platzkostenrechnung geht über die sonst übliche Aufteilung "... der Bereiche hinaus und verwendet einzelne Maschinen, Arbeitsgruppen und Arbeitsplätze als eigene Kostenstellen." Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1104.

23 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 111.

24 Dasselbst.

25 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1111.

26 Die Verfahren der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung werden erläutert von: Ebd., S. 1105 ff.; Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 114 ff.; Jost, H.: Kosten- und Leistungsrechnung, 4. Aufl., Wiesbaden 1985, S. 74 ff.

Kosten soweit wie möglich dem Verursacherprinzip entsprechend²⁷ über andere Kostenstellen den Kostenträgern zuzurechnen.

2.3 Kostenträgerrechnung

Aufgabe der Kostenträgerrechnung ist es, die Kosten, "... die bei der Erstellung von absatzfähigen oder innerbetrieblichen Leistungen entstanden sind, auf die Leistungseinheiten zu verrechnen."²⁸ Durch den Bezug auf die Leistung wird die reine Kostenrechnung in eine Kosten- und Leistungsrechnung überführt. Die Frage, welche Leistungseinheiten oder Leistungsbereiche als Kostenträger zu definieren sind, kann für Sachleistungsbetriebe als unproblematisch angesehen werden. Für Dienstleistungsbetriebe ergeben sich dagegen angesichts der Besonderheiten der Leistungserstellung²⁹ erhebliche Identifikations- und Zuordnungsprobleme.

Die Verrechnung der Kosten auf Leistungseinheiten wird nach Kostenträgerbereichen (Leistungsarten) für bestimmte Zeitperioden vorgenommen (Kostenträgerzeitrechnung), aber auch die betrieb-sinternen oder absatzbestimmten Einzelleistungen können Zuordnungsobjekte sein (Kostenträgerstückrechnung, Kalkulation, Selbstkostenrechnung)³⁰. Für die Zurechnung der Kosten auf einzelne Leistungseinheiten sind unterschiedliche Kalkulationsverfahren entwickelt worden. "In der Industrie haben sich, je nach Art der Produktion, folgende Verfahren durchgesetzt:

- Einheitliche Leistung: Divisionskalkulation.
- Gleichartige Leistung: Äquivalenzzahlenkalkulation.

27 Aus der konsequenten Anwendung des Verursacherprinzips leitet Riebel seinen "entscheidungsorientierten" Kostenbegriff ab. Nach seiner Interpretation werden Kosten nicht von Kostenstellen oder -trägern verursacht, sondern allein durch unternehmerische Entscheidungen. Vgl. hierzu: Riebel, P.; Die Bereitschaftskosten ..., a.a.O., S. 372 f., sowie: ders.; Grundfragen der Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 60.

28 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1117.

29 Vgl. hierzu u.a.: Riebel, P.; Grundfragen der Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 65 ff.; Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 68 ff.

30 Vgl. hierzu u.a.: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1117 ff., Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 62 f.

- Unterschiedliche Leistung: Zuschlagskalkulation, Maschinestundensatzkalkulation, Sonderformen.³¹

Die unterschiedlichen Formen der Zuschlagskalkulation für Unternehmen mit breitem Leistungsspektrum sind dadurch gekennzeichnet, daß, im Gegensatz zur einfachen Divisionskalkulation, zwischen

- Einzelkosten (können unmittelbar, ohne Verrechnung über Kostenstellen, auf Kostenträger verteilt werden³²) und
- Gemeinkosten (sind nur schwer oder überhaupt nicht unmittelbar zurechenbar³³)

unterschieden wird. Der Zuschlag der Gemeinkosten auf die Kostenträger erfolgt durch die Anwendung summarischer oder elektiver Kalkulationsverfahren³⁴. Grundsätzliches Ziel der Zuschlagskalkulation ist die Zuordnung der Kosten auf Leistungsbereiche und -einheiten entsprechend dem Verursacherprinzip³⁵.

Bei verbundener Produktion (Kuppelproduktion) kann keine Kostenzuordnung entsprechend dem Verursacherprinzip erfolgen. Kuppelproduktion liegt dann vor, wenn in einem Produktionsprozess "... gleichzeitig und zwangsläufig ..." ³⁶ verschiedene Produkt- bzw. Leistungsarten entstehen. Die Kosten lassen sich in solchen Fällen nicht mehr verursachungsgerecht auf einzelne Kostenträger verrechnen. Eine Kostenzuordnung erfolgt hier entweder nach dem Durchschnittsprinzip oder dem Prinzip der Kostentragfähigkeit³⁷.

31 Jost, H.; Kosten- und Leistungsrechnung, a.a.O., S. 91. Vgl. auch: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 126 ff.; Wöhe, G., Einführung ..., a.a.O., S. 1118 ff.

32 Vgl. u.a.: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 139.

33 Dasselbst. Es ist zu unterscheiden zwischen Kosten, deren unmittelbare Zurechnung zwar möglich, aber wirtschaftlich nicht vertretbar ist (unechte Gemeinkosten), und echten Gemeinkosten, die nicht direkt zugerechnet werden können.

34 Vgl. ebd., S. 140 f.; Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1120 ff., sowie: Jost, H.; Kosten- und Leistungsrechnung, a.a.O., S. 94 ff.

35 Im Einzelfall wird es nur selten gelingen, dieses Prinzip vollständig durchzusetzen. In der Literatur werden alternativ Zuordnungsprinzipien, wie das "Kosteneinwirkungsprinzip" oder das "Identitätsprinzip" diskutiert. Vgl. hierzu: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 51 f.; Riebel, P.; Grundfragen der Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 70 f.

36 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 136.

37 Dasselbst; vgl. auch: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 124.

3. Besonderheiten in der Kostenrechnung des Rettungsdienstes

3.1 Die Unterscheidung zwischen betrieblicher und aufgabenbezogener Kostenrechnung

Gegenstand der Betriebswirtschaftslehre ist der Betrieb, also "... die organisierte Gesamtheit von Produktionsfaktoren (...), welche die mit der Erzeugung und Weitergabe von Sachgütern bzw. mit der Bereitstellung von Dienstleistungen verbundenen Entscheidungs- und Ausführungsaufgaben nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit erfüllt."³⁸ Dementsprechend ist eine Kostenrechnung im Normalfall auf einen Gesamt- oder Teilbetrieb begrenzt.

Soweit in den Rechtsgrundlagen des Rettungsdienstes (Selbst-) Kostenrechnungen gefordert werden, beziehen sich diese nicht auf einen Betrieb (Leistungsträger), sondern auf die Erfüllung der gestellten Aufgabe. In Baden-Württemberg müssen die Benutzungsentgelte "... die Kosten eines sparsam wirtschaftenden, bedarfsgerechten Rettungsdienstes decken."³⁹ Nur in Ausnahmefällen kann jedoch davon ausgegangen werden, daß der Rettungsdienst in einem bestimmten Gebiet (A) von einem einzigen Leistungsträger wahrgenommen wird. Im Normalfall sind an der Aufgabenerfüllung mehrere Leistungsträger⁴⁰ beteiligt, die sich jeweils unterschiedliche Ziele für ihren Betrieb und/oder für ihre Rechnungslegung gesetzt haben können.

Für den Rettungsdienst muß deshalb, ausgehend von einer trägerbezogenen Rechnung, eine konsolidierte, aufgabenbezogene Kostenrechnung durchgeführt werden. Voraussetzung für eine derartige Konsolidierung ist die Abstimmung der betrieblichen und teilbetrieblichen Rechnungen, und zwar sowohl in Bezug auf die Rechnungsstruktur, als auch auf die Kostenerfassung, -bewertung, abgrenzung und -zuordnung.

38 Heinen, E.; Betriebswirtschaftliche Kostenlehre ..., a.a.O., S. 30.

39 § 14(1) BW-RettDG.

40 Dies können sowohl verschiedene Trägerorganisationen (ASB, DRK, Feuerwehren, JUH, MHD), als auch selbständige Teileinheiten einer Trägerorganisation sein (z. B. Orts- oder Kreisverbände). Eine vollständige Kostenrechnung sollte beispielsweise auch die Kosten des Notarzdienstes einbeziehen.

Eine aufgabenbezogene Kostenrechnung des Rettungsdienstes muß nach den folgenden Rechnungsebenen unterschieden werden: ...

- Bundesebene⁴¹,
- Bundesländer,
- Rettungswachenbereich,
- Einsatzbereich.

Die beiden letztgenannten Ebenen können im Regelfall trägerbezogen erfaßt werden, auf den übergeordneten Ebenen steht die aufgabenbezogene Rechnung im Vordergrund. Welche Rechnungsebene im konkreten Fall zu wählen ist, wird von der Fragestellung her bestimmt:

- Zur Ermittlung von Benutzungsentgelten bzw. Gebühren wird überwiegend die Ebene des Rettungsdienstbereiches gewählt. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage von aggregierten, trägerbezogenen Kostenrechnungen. Auch in Bundesländern mit landeseinheitlichen Gebühren müssen die Kosten für die einzelnen Leistungsträger ermittelt werden, um Grundlagen für die Kostenausgleichsverfahren zu schaffen⁴². In einzelnen Rettungsdienstbereichen kann auf die Aggregation der Kostenrechnungen verzichtet werden, die Benutzungsentgelte werden trägerbezogen ermittelt⁴³.
- Für die Kostenkontrolle wird "das betriebliche Rechnungswesen der auf örtlicher Ebene mitwirkenden Leistungsträger ..." ⁴⁴ herangezogen.
- Zu Vergleichszwecken sind konsolidierte Rechnungen für die jeweiligen Rettungsdienstbereiche erforderlich.

41 Eine Kostenrechnung auf Bundesebene ist derzeit nicht möglich, die vorliegenden Angaben zu den Gesamtkosten des Rettungsdienstes beruhen durchweg auf Kostenschätzungen. Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil II, S. 16 ff., sowie die Ausführungen in Abschn. IX.

42 Vgl. hierzu: "Zweite Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Gesetzes über den Rettungsdienst", a.a.O., § 6(1) - (6) (S. 4 f.).

43 Im Wetteraukreis (Hessen) gelten vier unterschiedliche Tarife für Rettungsdiensteinsätze. Vgl. hierzu: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. Hes 6682.

44 "Vorläufige Richtlinien ..." (Hessen), a.a.O., S. 14.

- Die Analyse der Verantwortlichkeitsbereiche wird i.d.R. auf Trägerebene, z.T. differenziert nach Teilfunktionen erfolgen.

3.2 Die Notwendigkeit der Aufstellung von Kostenrechnungen

Die Regelungen zur wirtschaftlichen Durchführung des Rettungsdienstes sehen z.B. in Baden-Württemberg vor, daß "... zur Ermittlung der Kosten ein Kostenblatt zugrunde (gelegt wird), dessen Inhalt und Form (...) vorgegeben wird."⁴⁵ Die Formfreiheit der Kostenrechnung ist im Rettungsdienst weitgehend aufgehoben, außerdem ist das Rechnungsziel häufig auf die Kalkulation von Preisen, Gebühren oder Entgelten eingeengt. Die übrigen Funktionen einer Kostenrechnung,

- die kontrollierende Vergangenheitsrechnung, und
- die entscheidungsorientierte Zukunftsrechnung

sind in den Rechenwerken des Rettungsdienstes nur in Teilbereichen vorgesehen⁴⁶.

Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob für die Leistungsträger im Rettungsdienst die Notwendigkeit und der Bedarf für Kontroll- und Planungsrechnungen bestehen. Eine Notwendigkeit ist umso weniger zu erkennen, als es sich bei den Leistungsträgern zu ca. 25 % um Berufs- und freiwillige Feuerwehren, sowie um kommunale Rettungsdienste handelt, also um Bereiche der öffentlichen Verwaltung. Im Spektrum der öffentlichen Betriebe sind Feuerwehren und kommunale Rettungsdienste als reine Regiebetriebe ohne eigene Rechtspersönlichkeit anzusehen, deren "... Einnahmen und Ausgaben (...) voll im Trägerhaushalt

45 § 14(3) BW-RettDG, vgl. auch: "Vorläufige Richtlinien ..." (Hessen), a.a.O., S. 14.

46 In den einschlägigen Regelungen Baden-Württembergs, Bayerns und Hessens sind zumindest Ansätze einer Kostenrechnung mit erweiterter Zielsetzung zu erkennen. Die in Hessen erlassenen Richtlinien haben in erster Linie die Sicherstellung externer Wirtschaftlichkeitsprüfungen zum Ziel, auch in Baden-Württemberg ist dies auf Antrag möglich (§ 9(2) BW-RettDG). In Bayern wird die Kostenrechnung in Form einer Soll-Ist-Rechnung durchgeführt.

ausgewiesen⁴⁷ werden. Die Trägerhaushalte sind, wie alle öffentlichen Haushalte, an Haushaltspläne gebunden, die nach dem Kameralstil⁴⁸ aufgestellt und überwacht werden. Die Ziele des Rechnungswesens öffentlicher Betriebe ähneln zwar in der Terminologie denen der Privatwirtschaft, das Rechenwerk ist jedoch "... überwiegend darauf ausgerichtet, den Zielen des Wirtschaftspolitikers zu dienen und der Verwaltung den Haushaltsvollzug zu erleichtern."⁴⁹ Zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und zur Wahrnehmung von Planungsaufgaben ist das öffentliche Rechnungswesen weniger geeignet⁵⁰.

In Bundesländern, in welchen überwiegend kommunale Einrichtungen den Rettungsdienst durchführen, wird bezüglich der Gebührenermittlung auf die Regelungen der Kommunalabgabengesetze verwiesen. Danach sind allerdings "... die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ansatzfähigen Kosten"⁵¹ in die Gebührenberechnung einzubeziehen.

Auch für die übrigen Leistungsträger, bei welchen es sich vorwiegend um gemeinnützige Betriebe in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins handelt, ist in den Rechtsgrundlagen ein Zwang zur Buchführung nicht vorgesehen⁵².

Ungeachtet dieser geringen Dringlichkeit für Kosten- und Leistungsrechnungen haben in der Vergangenheit verschiedene Trägergruppen einen hohen Bedarf nach Kostentransparenz und Wirtschaftlichkeitskontrolle reklamiert. Nicht nur die Ent-

47 Mühlhaupt, L.: Ziele und Aussagewert eines modernen öffentlichen Rechnungswesens, in: Eichhorn, P. (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse für Regierung, Verwaltung und öffentliche Unternehmen; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 85, Baden-Baden 1985, S. 75 - 96, hier: S. 77.

48 Vgl. hierzu: Oettle, K.: Gemeinsamkeiten und Verschiedenheiten von Doppik und Kameralistik, in: Ders.: Grundfragen öffentlicher Betriebe - Ausgewählte Aufsätze zur Finanzierung und Rechnung öffentlicher Betriebe, Bd. II; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 14, S. 125 - 136.

49 Mühlhaupt, L.; Ziele und Aussagewert ..., a.a.O., S. 92.

50 So werden auch Kontrollziele genannt, diese beziehen sich jedoch nicht auf die Wirtschaftlichkeit, sondern auf den Nachweis, "... ob und inwieweit der Haushaltsplan vollzogen und eingehalten wurde." Ebd., S. 80.

51 § 6(2) KAG-NW.

52 Zu den rechtlichen Grundlagen eingetragener Vereine vgl. u.a. §§ 21 und 45 BGB. Abweichend von der Mehrzahl der Leistungsträger ist das Bayerische Rote Kreuz eine Körperschaft öffentlichen Rechts. Vgl. hierzu: Oehler, H.; Das bayerische Gesetz über den Rettungsdienst, a.a.O., S. 1.

scheidungsträger und die Gebührenträger⁵³, sondern auch die Leistungsträger selbst sind um Kostentransparenz bemüht. So wurde von einer Arbeitsgruppe beim DRK-Rettungskongreß bereits 1978 "... die Auffassung vertreten, daß es erforderlich sei, die Leistungen verschiedener rettungsdienstlicher Einrichtung anhand einheitlicher Unterlagen zu vergleichen (...) Zu diesem Zweck soll das Muster eines einheitlichen Selbstkostenblattes (...) entwickelt werden."⁵⁴

Der Rettungsdienst ist ein Teil des Gesundheitswesens und der staatlichen Ordnungsaufgaben, und somit "... grundsätzlich einer gewerbsmäßigen Ausübung nicht zugänglich."⁵⁵ Aus dem weitgehenden Fehlen funktionierender Marktprozesse ergibt sich verstärkt die Notwendigkeit, das wirtschaftlichen Verhaltens der Leistungsträger durch externe Kontrollen sicherzustellen. Der Bedarf nach Kostentransparenz auf der einen, und die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen auf der anderen Seite haben angesichts fehlender Harmonisierungsbemühungen dazu geführt, daß in der Praxis eine Vielzahl von Kosten- bzw. Selbstkostenrechnungen entwickelt worden sind. Neben der begrenzten Vergleichbarkeit sind in den jeweiligen Rechenwerken in unterschiedlichem Umfang die folgenden Problemfelder zu erkennen:

- unvollständige oder nicht sachzielgerechte Kostenerfassung,
- Probleme bei der Kostenbewertung,
- Unklarheiten bei der Bildung von Kostenstellen, Kostenträgerbereichen und Kostenträgereinheiten.

53 Vgl. hierzu die Ausführungen von Heitzer, W. in: DRK (Hrsg.) 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 40 - 44, hier: S. 42, sowie: Picard, E.: Rettungsdienst aus der Sicht der Krankenversicherung - Eine Bilanz mit Soll und Haben, in: der landkreis 12/1985, S. 558 - 559, hier: S. 559.

54 DRK (Hrsg.); 4. Rettungskongreß Wiesbaden 1978, a.a.O., S. 132. Eine entsprechende Arbeitsgruppe ist vom DRK Generalsekretariat eingerichtet worden, die Beratungen wurden jedoch bereits nach wenigen Sitzungen eingestellt. Vgl. hierzu: Bouillon, B., et al.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 128, Fn. 3.

55 Klingshirn, H.: Zukunftsaspekte unseres Rettungswesens, in: DRK (Hrsg.); 5. Rettungskongreß Bremen 1982, a.a.O., S. 47 - 51, hier: S. 48.

3.3 Probleme bei der Kostenerfassung

Grundlage jeder Kostenrechnung ist die vollständige Erfassung der im Zuge der Aufgabenerfüllung verbrauchten Produktionsfaktoren in einer Periode. Die hierzu benötigten Angaben können, sofern die Lohn- und Gehaltsabrechnung keine ausreichenden Informationen bietet, durch eine Faktoranalyse⁵⁶ gewonnen werden. Für die Kostenrechnung ist dabei in erster Linie die quantitative Erfassung der Inputfaktoren von Interesse.

Im Personalbereich erfolgt die Erfassung der Arbeitsleistung unter Einbeziehung funktionaler Gesichtspunkte differenziert nach⁵⁷

- Einsatzpersonal
 - nicht-ärztliches Einsatzpersonal (Rettungssanitäter, Rettungshelfer),
 - ärztliches Einsatzpersonal (Notärzte);
- Leitstellenpersonal
- Personal für Verwaltungs- und Abrechnungszwecke
- Werkstattpersonal
- Geschäftsführeranteil.

Für jeden Funktionsbereich ist der Personaleinsatz zu dokumentieren nach

- der Anzahl der Beschäftigten,
- dem Beschäftigungsverhältnis (hauptamtliche, ehrenamtliche bzw. nebenberufliche Mitarbeiter⁵⁸, Zivildienstleistende),
- der Arbeitsleistung, beispielsweise gemessen in Mann-Monaten.

Die genaue Erfassung der Arbeitsleistung ist erforderlich, weil die Jahresarbeitsleistung des Personals in den verschiedenen

56 Die Elemente einer Faktoranalyse werden dargestellt von: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., S. 43 ff.

57 Vgl. hierzu: Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O., Teil B, S. 42 ff.

58 Zur Unterscheidung: ehrenamtliche Mitarbeiter sind in ihrer Freizeit (überwiegend nachts und an Wochenenden) im Rettungsdienst tätig, nebenberufliche Mitarbeiter stehen dagegen dem Rettungsdienst während ihrer normalen Arbeitszeit auf Abruf zur Verfügung.

Beschäftigungsverhältnissen sehr stark differiert⁵⁹. Deshalb führt die Angabe der Personalanzahl bei unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen zu irreführenden Ergebnissen (Tab. 8.1).

Tabelle 8.1: Personalstruktur im Rettungsdienst
(6 Rettungsdienstbereiche in Südbaden)

BESCHÄFTIGUNGS VERHÄLTNISS	PERSONALSTRUKTUR	
	Personalanzahl	Arbeitsleistung
	nach Mann-Monaten	
	in %	in %
hauptamtlich	16,6	40,4
ehrenamtlich	71,0	42,6
nebenamtlich	4,9	3,4
Zivildienstleistende	7,5	14,5
	100,0	100,0

Quelle: Borjans, R.: Effizienz ..., a.a.O., Tab. 3 (S. 104)

Die Gesamtarbeitsleistung einzelner Mitarbeiter des Rettungsdienstes ist häufig auf verschiedene Funktionsbereiche verteilt. So sind Rettungssanitäter zeitweilig in der Rettungsleitstelle oder im Einsatzdienst tätig⁶⁰. In solchen Fällen ist für die Kostenstellenrechnung eine Abgrenzung der Beschäftigungszeiten in den jeweiligen Funktionsbereichen notwendig. Neben einer Abgrenzung der Arbeitsleistung zwischen Kostenstellen (Leitstelle, Rettungswache) ist es notwendig, auch diejenigen Teile der Arbeitsleistung rechnerisch abzugrenzen, die externen, nicht rettungsdienstbezogenen Aktivitäten dienen. Solche Aktivitäten liegen dann vor, wenn die Rettungsleitstelle die Einsätze des kassenärztlichen Not- und Bereitschaftsdienstes⁶¹ vermittelt, oder "... die Rolle einer Telefonzentrale für den

59 Ein Hauptamtlicher ist im Durchschnitt jährlich 11,1 Mann-Monate beschäftigt, ein ZDL 8,1 Mann-Monate, ein nebenberuflicher Mitarbeiter 3,2 Mann-Monate und ein Ehrenamtlicher 2,7 Mann-Monate. Entnommen aus: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., Tab. 4 (S. 105).

60 In einer Untersuchung über die Arbeits- und Organisationsformen in Rettungsleitstellen ergab, daß ein Teil der Leitstellen-mitarbeiter mehr oder weniger regelmäßig auch im Einsatzdienst tätig sind. Vgl. hierzu: Witte, H.: Ablauforganisation in Rettungsleitstellen; Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 13; Bergisch-Gladbach 1984, S. 111

61 In Bayern übernehmen die Rettungsleitstellen (bis auf die Leitstelle in München) aufgrund einer Vereinbarung und gegen Entgelt die Vermittlung von Einsätzen des kassenärztlichen Not- und Bereitschaftsdienstes. Vgl. hierzu: "Ärztlicher Notfalldienst", in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1595, S. 1.

Kreisverband ..."⁶² übernimmt. Auch Übungen und Einsätze des Rettungsdienstes im Rahmen des Katastrophenschutzes⁶³ oder der zeitweilige Einsatz von Feuerwehrbeamten aus dem Rettungsdienst im Brandschutz machen eine möglichst eindeutige zeitliche Abgrenzung der Tätigkeiten des Personals erforderlich.

Ein Problem im Rahmen einer aufgabenbezogene Kostenrechnung stellt die Erfassung der Leistungen im Notarztbereich dar. Die Organisationsformen der Notarztssysteme unterscheiden sich vor allem in der Form der Einbindung von Ärzten in das System. In der rettungsdienstlichen Praxis können die folgenden Beteiligungsformen unterschieden werden:

- ständige Einsatzbereitschaft des Arztes auf der Rettungswache,
- ständige Rufbereitschaft des Arztes in der Klinik oder in der Praxis,
- eingeschränkte Einsatzbereitschaft, z. B. nur tagsüber, sowie
- eine Kombination zwischen Einsatz- und Rufbereitschaft, z. B. tagsüber Einsatz-, nachts Rufbereitschaft.

Bei ständiger, aber auch bei eingeschränkter Einsatzbereitschaft⁶⁴ ist die Erfassung der Dienstzeit der Notärzte weitgehend problemlos, im Rahmen der Kostenerfassung können die jeweiligen Planstellen angesetzt werden⁶⁵.

Mehr Erfassungsprobleme verursacht dagegen die Rufbereitschaft. Es stellt sich die Frage, ob über die tatsächlichen Ein-

62 Witte, H.; Ablauforganisation ..., a.a.O., S. 84.

63 Die Stellung des Rettungsdienstes im Katastrophenfall wird beschreiben von: Oehler, H.: Einsatz des Rettungsdienstes, insbesondere der Rettungsleitstellen, in Katastrophenfällen, in: DRK (Hrsg.); 5. Rettungskongreß Bremen 1982, a.a.O., S. 191 - 196. Eine Abgrenzung beider Tätigkeitsfelder ist nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen organisatorischen und finanziellen Zuständigkeiten erforderlich.

64 Typisches Beispiel für eine eingeschränkte Einsatzbereitschaft ist die Luftrettung, aber auch bodengebundene Notarztssysteme werden vereinzelt nur tagsüber und/oder nur an Wochentagen besetzt. Vgl. als Beispiel: Landtagsdrucksache (SH) 10/813 v. 25.1.1985, a.a.O., Übersicht 3.

65 Mit wievielen Planstellen ein ständig einsatzbereites Notarztssystem ausgestattet werden muß, ist allerdings strittig. Während einerseits Notarztssysteme mit drei Planstellen betrieben werden (Darmstadt), wird in Berlin "... die Aufstockung der Notarztbesetzung von vier auf sechs Ärzte pro Wagen ..." gefordert: o.V: Ist der Ausbau des NAW-Systems sinnvoll?, in: Ärzte Zeitung v. 5.6.1987.

satzzeiten hinaus dem Rettungsdienst auch reine Bereitschaftszeiten angelastet werden müssen. Dabei ist zu überprüfen, ob diese Bereitschaftszeiten durch andere Tätigkeiten des Arztes (Arbeiten auf der Krankenhausstation oder in der Praxis) ausgefüllt werden. Hier wurden in der Praxis sehr unterschiedliche Lösungen gefunden, die allerdings weniger eine exakte Erfassung der Dienst- und Bereitschaftszeiten vorsehen, vielmehr werden solche Dienste durch einsatz- oder zeitbezogene Pauschalabgeltungen abgerechnet.

Auch bezüglich der Sachkosten müssen bei der quantitativen Erfassung Korrekturen vorgenommen werden. Vor allem Sachmittel, die durch "Beschaffungsmaßnahmen"⁶⁶, Spenden oder aufgrund von Zuschüssen⁶⁷ bereitgestellt worden sind, müssen bei der Erfassung der Einsatzfaktoren berücksichtigt werden. Eine Erfassung (und Bewertung) im Rahmen der Kostenrechnung ist selbst in solchen Fällen erforderlich, in denen die entsprechenden Faktoren dauerhaft extern finanziert werden, da

- sonst die Kostenrechnung unvollständig wäre, und
- die Form der Finanzierung (vor allem im Stadium der Kostenerfassung) strikt von der Kostenrechnung zu trennen ist.

Abgrenzungsprobleme treten bei Wirtschafts- bzw. Anlagegütern mit längerer Nutzungsdauer vor allem dadurch auf, daß das entsprechende Gut bei der Erfüllung unterschiedlicher Aufgaben genutzt werden kann. Die Frage, in welchem Umfang die Kosten des Baues, der Einrichtung und des Betriebes von "integrierten Leitstellen"⁶⁸ dem Rettungsdienst anzulasten sind, wird häufig

66 Über die Formen der Beschaffung von Medikamenten und Materialien in Krankenhäusern berichten: Schäfer, B., Hilgert, K.: Selbstbedienung im Krankenhaus, legal oder illegal? - in: Rettungsdienst, 9. Jg., 4 (April)1986, S. 228 - 229.

67 Im Kostenblatt des Rettungsdienstes Baden-Württemberg müssen alle Zuschüsse, Spenden, etc. vor Ermittlung der Gesamtkosten abgezogen werden. Vgl. hierzu: Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe für eine wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes und für die Struktur der Benutzungsentgelte (Landesausschuß für den Rettungsdienst BW) v. 12.2.1985, hier: Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt für den Rettungsdienst, gem. § 14 Abs.2 RDG, S. 9.

68 Integrierte Leitstellen nehmen die Aufgaben des Brandschutzes, des Rettungsdienstes und/oder des Katastrophenschutzes wahr. Vgl. hierzu als Beispiel die Aufgabenbeschreibung der Rettungsleitstelle Darmstadt bei: Witte, H.; Ablauforganisation ..., a.a.O., S. 135.

über Quotenverfahren⁶⁹ geregelt. Eine Pauschalierung ist jedoch dann nicht zu befürworten, wenn mit vertretbarem Aufwand eine nutzungsadäquate Mengenaufteilung, beispielsweise über die genutzte Fläche oder die Nutzungszeiten, möglich ist⁷⁰.

3.4 Die Bewertung von Kosten im Rettungsdienst

3.4.1 Bewertungsverfahren für Personalkosten

3.4.1.1 Zur Notwendigkeit der kalkulatorischen Bewertung

Die Bewertung von Personalkosten ist in gängigen Kostenrechnungen wenig problematisch, die bewerteten Personaleinsätze (Löhne, Gehälter, Sozialkosten) können aus der Lohn- bzw. Gehaltsbuchhaltung übernommen werden. Zwei Sonderfälle sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen⁷¹:

- die zeitliche Abgrenzung bestimmter Sozialkosten, z. B. von Urlaubs- und Weihnachtsgeld⁷², und
- die Berechnung von kalkulatorischem Unternehmerlohn⁷³.

Die Kostenrechnung des Rettungsdienstes wird dadurch erschwert, daß einem großen Teil der Arbeitsleistungen keine adäquaten Aufwendungen gegenüberstehen, entweder entstehen Aufwendungen "in anderer Höhe" (Anderskosten), oder es entsteht überhaupt kein Aufwand (Zusatzkosten) (Übersicht 8.1). In beiden Fällen ist eine kalkulatorische Bewertung der entsprechenden Faktoreinsätze notwendig.

69 In Nordrhein-Westfalen werden die Investitionskosten der Leitstellen pauschal zu 40 % dem Rettungsdienst, zu 60 % dem Brandschutz zugeordnet. Vgl. hierzu: Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 51.

70 Eine nutzungsentsprechende Kostenaufteilung ist in Nordrhein-Westfalen für Rettungswachen, und in Niedersachsen für Rettungsleitstellen vorgesehen. Vgl.: Ebd., S. 52; sowie die "Zuweisung an Träger des Rettungsdienstes für die Ausstattung der Rettungsleitstellen mit fernmeldetechnischen Einrichtungen und für den Betrieb von Rettungsleitstellen" (Nds), RdErl. d. MS v. 9.10.1979, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nds 2202, Pkt. 2.2 (S. 1).

71 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1090.

72 Für den Rettungsdienst Baden-Württemberg siehe: "Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt für den Rettungsdienst ..., S. 3.

73 Berechnungsbeispiele bei: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 75 ff, sowie: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1099 f.

Diese Feststellung und die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich vorwiegend auf die Rettungsdienste der Sanitätsorganisationen, die Kostenrechnungen von kommunalen Rettungsdiensten sind weniger mit Bewertungs- als mit Abgrenzungsproblemen konfrontiert.

In Tab. 8.2 sind beispielhaft die Kostenstrukturen von sechs benachbarten Rettungsdienstbereichen dargestellt⁷⁴. Für die einzelnen Kostenartengruppen ist jeweils der Anteil der kalkulatorisch bewerteten Kosten ausgewiesen. Das Schwergewicht der kalkulatorischen Kosten liegt eindeutig bei den Personalkosten, nahezu drei Viertel des kalkulatorischen Kostenvolumens wird für den Personalbereich ermittelt. Bei einem Durchschnittswert von 29,3 %⁷⁵ lag der Anteil kalkulatorischer Personalkosten in den einzelnen Rettungsdienstbereichen zwischen 9,6 und 50,2 %.

Tabelle 8.2: DER ANTEIL KALKULATORISCH BEWERTETER KOSTEN IM RETTUNGSDIENST (BEISPIELE)

RETTUNGS DIENST- BEREICH	PERSONALKOSTEN		SACHKOSTEN		KAPITAL		GESAMT	
	in Mio	%	in Mio	%	in Mio	%	in Mio	%
1	2,127	9,6	0,702	26,0	0,136	13,5	2,966	13,7
2	2,909	35,0	1,010	33,0	0,062	66,9	3,981	35,0
3	4,841	35,9	1,470	27,5	0,096	39,2	6,407	34,0
4	2,678	50,2	0,978	31,9	0,037	80,3	3,505	46,4
5	6,290	19,8	2,218	21,4	0,225	74,4	8,733	21,9
6	0,934	27,1	0,411	40,4	0,017	100,0	1,392	31,9
Summen	19,809		6,601		0,574		26,984	
Durchschnitt		29,3		27,4		54,4		29,4
Struktur		73,2		22,8		4,0		100,0

Quelle: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., Tab.20 (S. 136).

In den Gesamtkosten waren kalkulatorische Kosten im Durchschnitt zu 29,4 %, in den Untersuchungsbereichen zwischen 13,7 und 46,4 % enthalten.

74 Die Zahlenbeispiele sind entnommen aus der Untersuchung von: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., S. 93 ff.

75 Nach einer Berechnung für das Jahr 1978 lag der kalkulatorisch bewertete Anteil der Personalkosten für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg bei 26,8 %. Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, Tab. 2.5 (S.25).

Die Ursache für den hohen kalkulatorischen Anteil bei den Personalkosten ist in der Personalstruktur des Rettungsdienstes zu suchen. Durch den Einsatz von ehrenamtlichen und nebenberuflichen Mitarbeitern werden im Rettungsdienst Personalleistungen erbracht, denen keine, oder keine angemessenen, Aufwendungen gegenüberstehen. Zur Vergütung ihrer Leistungen erhalten ehrenamtliche Mitarbeiter Schichtbeiträge⁷⁶ und/oder die Erstattung von entstandenen Auslagen (Fahrtkosten, Kosten für Verpflegung).

Zur kalkulatorische Bewertung der Leistung Ehrenamtlicher wird "... eine Stundenvergütung für hauptamtliches Personal von 19,50 DM ..." ⁷⁷ angesetzt. Dies entspricht einer mittleren Eingruppierung von Rettungssanitätern nach dem Bundes-Angestellten-Tarif (BAT). In den Kostenrechnungen von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz sind von den kalkulatorisch ermittelten Personalkosten "... die tatsächlichen Leistungen an die Ehrenamtlichen (...) abzuziehen." ⁷⁸ Dies ist jedoch nur insoweit gerechtfertigt, als es sich bei diesen tatsächlichen Leistungen um arbeitszeitbezogene Entschädigungen (z.B. Schichtbeträge) handelt. Aufwandsentschädigungen (Fahrtkosten) und soziale Leistungen (Essensgeld) können dagegen aus methodischen Gründen nicht mit den kalkulatorischen Kosten verrechnet werden.

Eine monetäre Bewertung der Leistung nebenberuflicher Mitarbeiter des Rettungsdienstes ist problematisch. Zwar erhalten diese Mitarbeiter für ihre Einsatzzeiten eine Verdienstausschüttung, d.h. für die Einsatzzeiten erfolgt eine angemessene Bewertung durch den Ansatz von Opportunitätskosten. Eine Bewertung von Zeiten in Rufbereitschaft ist insbesondere dann kaum möglich, wenn die Mitarbeiter in diesen Zeiten ihrer normalen Tätigkeit nachgehen. Allerdings scheint dieses Problemfeld von geringerer Bedeutung zu sein, so ist in den neuen Kostenblättern des Rettungsdienstes in Baden-Württem-

76 Vgl. hierzu die entsprechenden Regelungen in Bayern in: Ebd., Teil I, Anlage 3, S.239 f

77 "Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil I: Vorgaben für die Struktur der Benutzungsentgelte 1985, Pkt. II.1. Der Bewertungsansatz lag 1978 noch bei 12,90 DM. Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 26, Fn.1.

78 "Festlegung der allgemeinen Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt ..., S. 13, sowie: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 183.

berg, im Vergleich zum Selbstkostenblatt von 1978⁷⁹, ein spezielles Konto für nebenberufliche Mitarbeiter nicht mehr vorsehen.

3.4.1.2 Probleme bei der Bewertung der Kosten von Notarztsystemen

Vergleichbare Bewertungsprobleme treten bei Kostenrechnungen für Notarztsysteme auf, in welchen die Ärzte durch eine Rufbereitschaft eingebunden sind. Es wurde bereits dargelegt, daß an Stelle einer Erfassung und Bewertung der Dienst- und Bereitschaftsstunden von Notärzten überwiegend Pauschalentgelte bezahlt werden.

In Bayern wird die Mehrzahl der Notarztsysteme unter Beteiligung von niedergelassenen Ärzten betrieben. Die Ärzte erhalten für die Bereitschaftszeit, während der sie in ihrer Praxis tätig sind, eine Pauschalvergütung⁸⁰. Im Rahmen der Kostenbewertung wäre nun zu prüfen, ob diese Pauschale als Kostenäquivalent (=bewertete Arbeitsleistung) angesehen werden kann, oder ob nicht auch hier eine kalkulatorische Bewertung erforderlich ist. Für ihre Einsatzfähigkeit haben niedergelassene Ärzte darüberhinaus das Recht zur Einzelliquidation⁸¹. Auch die dabei vergüteten Kosten (und die zugrundeliegenden Faktoreinsätze) sind Kosten des Rettungsdienstes, allerdings ist ihre Erfassung kaum möglich, da die entsprechenden Vergütungen von den Krankenkassen nicht ausgewiesen werden.

Eine andere Vorgehensweise bei der Notarztvergütung wird in Baden-Württemberg praktiziert. Die Notärzte werden nicht für die Bereitschaftszeit entschädigt, sie erhalten vielmehr eine Pauschalvergütung je Einsatz⁸². In Baden-Württemberg sind die Notärzte überwiegend an Krankenhäusern angestellt, sie führen den Notarztendienst im Rahmen ihrer Klinikfähigkeit als

79 Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, Anlage I, S. 230.

80 Zur Vereinbarung der Vergütung des Einsatzes von Ärzten im Rettungsdienst Bayern vgl.: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1592, hier: S. 8.

81 Ebd., S. 10 f.

82 "Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt ..., S. 6. Bemerkenswerterweise werden diese Pauschalen nicht unter der Kostenartengruppe Personalkosten, sondern als Sachkosten verbucht.

Dienstaufgabe durch⁸³. Die Einsatzpauschale wird an das entsprechende Krankenhaus abgeführt, ein spezielles Liquidationsrecht haben Krankenhausärzte im Notarzdienst nicht⁸⁴.

Angesichts der vielfältigen Probleme bei der Kostenerfassung und -bewertung ist festzuhalten, daß eine Kostenrechnung für Notarztsysteme derzeit nicht möglich ist⁸⁵. Als gangbarer Weg bietet sich entweder eine generelle Ausgliederung von Notarztsystemen an, oder die Kosten des Notarztes werden weitgehend kalkulatorisch bewertet, wobei das Mengengerüst weitgehend approximiert werden muß.

3.4.1.3 Die kalkulatorische Bewertung der Arbeit von Zivildienstleistenden

Auch eine andere Gruppe von Beschäftigten wurde bislang bei Diskussionen um die Kostenbewertung im Rettungsdienst weitgehend ausgespart - die Zivildienstleistenden (ZDL). Bisher wurde erst in einer einzigen veröffentlichten Kostenrechnung der Versuch unternommen, die Leistungen von ZDL auch im Rahmen einer Kostenrechnung zu bewerten: Für den Rettungsdienst des Saarlandes wird festgestellt, daß durch den Einsatz von Zivildienstleistenden "... pro Jahr rund 3,9 Millionen DM ..." ⁸⁶ Personalkosten erspart werden.

Üblicherweise wird in den Kostenrechnungen des Rettungsdienstes so verfahren, daß "... alle Zahlungen (Brutto) an ZDL einschließlich aller Nebenleistungen ..." ⁸⁷ erfaßt und um die Zu-

83 Vgl. hierzu: Lippert, H.-D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 25 f. Zur Definition des Notarzdienstes im BAT vgl.: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. 1175.

84 Krankenhausärzte haben nur dann ein Recht auf Einzelliiquidation, wenn sie den Notarzdienst mit einer Nebentätigkeitsgenehmigung in ihrer Freizeit durchführen. Vgl. hierzu: "Rahmenvertrag - Einsatz von Ärzten im Notarzwagen", a.a.O., Anlage 2, S. 11.

85 Um die Problematik der Kostenrechnung für Notarztsysteme zu verdeutlichen, läßt die BAST ein Forschungsprojekt (FP 8727: Organisationsformen von Notarztsystemen) durchführen, das u.a. das Ziel verfolgt, die Kostenstrukturen von unterschiedlichen Notarztsystemen aufzuzeigen.

86 Rettungszweckverband Saar (Hrsg.): 10 Jahre Rettungszweckverband Saar, Homburg 1987, S. 43.

87 "Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt ..., S. 4.

wendungen des Bundesamtes für den Zivildienst⁸⁸ gekürzt werden. Die monatlichen Brutto-Aufwendungen (d.h. ohne Abzug der Zuwendungen) für ZDL liegen auf dem Niveau der Ausgaben für nebenberufliche Mitarbeiter⁸⁹. Da Zivildienstleistende jedoch quasi als Vollzeit-Beschäftigte⁹⁰ anzusehen sind, führt die Nicht- bzw. Minder-Bewertung ihrer Arbeitsleistung zu erheblichen Verzerrungen in der Kostenrechnung.

Um zu demonstrieren, welche Effekte durch eine kalkulatorische Bewertung der Leistung der ZDL in der Kostenrechnung des Rettungsdienstes auftreten, werden die in Tab. 8.2 ausgewiesenen Personalkosten im Rahmen einer Modellrechnung durch die folgenden Ergänzungen korrigiert:

- in der zugrundeliegenden Kostenrechnung sind Brutto-Ausgaben von 800.- DM je ZDL-Mann-Monat enthalten;
- 50 % dieser Ausgaben werden durch Zuschüsse gedeckt;
- für die kalkulatorische Bewertung wird ein Stundensatz von 15,- DM angesetzt; bei 160 Arbeitsstunden/Monat liegt der kalkulatorische Wert eines ZDL-Mann-Monats bei 2.400 DM.

Durch die Einbeziehung der geleisteten Mann-Monate⁹¹ ergeben sich die in Tab. 8.3 ausgewiesenen korrigierten Personalkostensätze. Im Vergleich zur ursprünglichen Kostenrechnung (Tab. 8.2) steigen die Personalkosten um ca. 2,2 Mio. DM (+ 11,1 %) an, der Anteil der kalkulatorisch bewerteten Personalkosten erhöht sich von 29,3 auf 38,5 %. In den einzelnen Rettungsdienstbereichen hat sich die Struktur der Personalkosten erwartungsgemäß verändert. In den Rettungsdienstbereichen 1 und 5 ist der Anteil kalkulatorisch bewerteter Personalkosten um

88 Vgl.: Ebd., S. 10. Der Umfang der Zuwendungen des Bundesamtes liegt nach Berechnungen aus dem Jahr 1978 bei 40 - 50 % der nachgewiesenen Ausgaben. Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil II, S. 39 f.

89 Im Rettungsdienst Baden-Württemberg (Rechnungsjahr 1978) lagen die durchschnittlichen Personalkosten je Mann-Monaten (ohne Personalnebenkosten und Erstattungen) bei 2.308 DM für Hauptamtliche, 663 DM für nebenberufliche Mitarbeiter, 645 DM für ZDL und 187 DM für ehrenamtliche Mitarbeiter. Quelle: Berechnet aus den Daten der Untersuchung: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 1, insbes.Tab. 2.5 (S. 25).

90 Durch zivildienstbedingte Ausbildungs- und Abwesenheitszeiten liegt die Jahresarbeitszeit von ZDL um ca. 30 % unter der von Hauptamtlichen. Vgl. hierzu: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., Tab. 4 (S. 105).

91 Ebd., Tab. 2 (S. 103).

15,6 bzw. 13,9 % überproportional angestiegen, dagegen ändert sich die Personalkostenstruktur des Rettungsdienstbereiches 6 wegen des geringen ZDL-Einsatzes kaum.

Tabelle 8.3: BEWERTUNG DER ARBEITSZEIT VON ZIVILDienstLEISTENDEN (MODELLRECHNUNG)

RETTUNGS- DIENST- BEREICH	PERSONALKOSTEN			KORREKTUR DER PERSONALKOSTEN			
	in Mio.	kalk.K (%)	ZDL Mann M.	Bewertung Mio	Abzüge Mio	Personalkosten Mio	(%)
1	2,127	9,6	175	0,420	0,070	2,477	25,2
2	2,909	35,0	188	0,451	0,075	3,285	44,7
3	4,841	35,9	132	0,317	0,053	5,105	40,3
4	2,678	50,2	107	0,257	0,043	2,892	55,4
5	6,290	19,8	470	1,128	0,188	7,230	33,7
6	0,964	27,1	36	0,086	0,014	1,036	33,5
Summen	19,809	29,3	1.108	2,659	0,443	22,085	38,5

Quelle: Eigene Berechnungen nach: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., Tab. 20 (S. 136) und Tab. 2 (S. 103).

Bezüglich des Aussagewertes der Modellrechnung ist darauf hinzuweisen, daß

- die genannten Prämissen auf (begründeten) Schätzwerten beruhen,
- die Kostenansätze für ZDL in den Rettungsdienstbereichen bei unterschiedlichem Aufwands- und Zuschußvolumen verschieden sein können, und
- die Frage nicht eindeutig zu beantworten ist, ob und in welchem Umfang die Arbeitsleistung angesichts des besonderen Beschäftigungsverhältnisses (zeitlich begrenzte Tätigkeit, kurze Ausbildungszeit, Fehlzeiten etc.) überhaupt mit der Arbeitsleistung des "Stammpersonals" im Rettungsdienst verglichen und entsprechend bewertet werden kann.

Insgesamt ist jedoch festzuhalten, daß in der Kostenrechnung des Rettungsdienstes auch der Einsatz von Zivildienstleistenden kalkulatorisch bewertet werden muß. Unterbleibt eine entsprechende Korrektur, besitzt die Kostenrechnung, vor allem in Bezug auf die extern orientierten Funktionen (Gesamtkostenermittlung, Kostenvergleiche etc.) nur begrenzte Aussagekraft.

Die Ausführungen haben gezeigt, daß vor allem dort, wo Sanitätsorganisationen als Leistungsträger tätig sind, im Rahmen

der Bewertung von Personalkosten z.T. erhebliche kalkulatorische Korrekturen erforderlich sind. Bezüglich der Leistung von ehrenamtlichen Mitarbeitern ist dieser Sachverhalt weitgehend bekannt, in verschiedenen Bundesländern erfolgt im Rahmen der allgemeinen Kostenerfassung auch eine kalkulatorische Bewertung dieser Leistung⁹². Noch nicht gelöst ist die Frage, wie der Notarzteeinsatz in einer Kostenrechnung des Rettungsdienstes erfaßt werden kann, die Frage einer Bewertung der Dienststunden von Zivildienstleistenden wird von der Praxis kaum aufgegriffen. Die Modellrechnung hat jedoch gezeigt, daß auf eine Einbeziehung entsprechender Bewertungsansätze im Interesse einer aussagefähigen Kostenrechnung nicht verzichtet werden sollte.

3.4.2 Die Bewertung von Sachkosten, incl. Kapitalkosten

In betriebswirtschaftlichen Kostenrechnungen liegt der Schwerpunkt der kalkulatorischen Kostenbewertung i.d.R. im Bereich der Sachkosten. Tab. 8.2 und 8.3 haben jedoch deutlich gemacht, daß sich dieser Schwerpunkt in der Kostenrechnung des Rettungsdienstes, zumindest was das Volumen anbelangt, eindeutig in den Personalkostenbereich verlagert hat. Werden jedoch die einzelnen Kostenartengruppen in Tab. 8.2 betrachtet, so zeigt sich, daß die Anteile kalkulatorisch bewerteter Kosten bei Sachkosten mit 27,4 % ähnlich hoch wie bei den Personalkosten liegen, die Kapitalkosten müssen sogar überwiegend kalkulatorisch bewertet werden.

Auch bezüglich der Sach- und Kapitalkosten ist eine Unterscheidung zwischen Anders- und Zusatzkosten vorzunehmen. Die Gruppe der Zusatzkosten umfaßt solche Kostenarten, welchen kein Aufwand gegenübersteht. Im Rettungsdienst handelt es sich hierbei vor allem um solche Fälle, in welchen Sachmittel

- zweckgebunden gespendet,
- von externen Trägern dauerhaft finanziert, oder
- durch Vereinbarung bzw. stillschweigende Duldung kostenlos "beschafft"

92 Im Rettungsdienst Bayern wird keine kalkulatorische Bewertung vorgenommen, obwohl die Leistung Ehrenamtlicher quantitativ sehr genau erfaßt wird: "Im Jahr 1986 wurden 3,121 Mio. ehrenamtliche Einsatzstunden im Rettungsdienst geleistet." Klingshirn, H.; Rettungsdienst in Bayern, a.a.O., S. 6.

werden. Zur Bewertung des Faktorverbrauches bietet sich der jeweilige Beschaffungspreis an.

Anderskosten verursachen Ausgaben in anderer Höhe. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn über zweckgebundene Spenden oder Zuschüsse extern eine Teilfinanzierung von Sachmitteln und Einrichtungen, aber auch von Personalkosten erfolgt, und die Restfinanzierung durch die Leistungsträger des Rettungsdienstes sicherzustellen ist. Auch in diesen Fällen bietet es sich an, jeweils die gesamten Beschaffungskosten in die Kostenrechnung einzustellen und die Finanzierungsquoten durch eine Finanzierungsrechnung darzulegen.

Als eine Kombination von Anders- und Zusatzkosten sind Abschreibungen und kalkulatorischen Zinsen zu sehen. Die Beschaffungs- bzw. Herstellungsausgaben für Güter mit mehrjähriger Nutzungsdauer werden entsprechend der jeweiligen Wertminderung den einzelnen Nutzungsperioden zugeordnet und als kalkulatorische Abschreibungen in die Kostenrechnung einbezogen. Im Gegensatz zur bilanziellen Abschreibung können Form und Umfang der Abschreibung im Rahmen der Kostenrechnung frei gewählt werden⁹³.

Für die Kostenrechnung des Rettungsdienstes sind im Zusammenhang mit der Abschreibung von Investitionsgütern unterschiedliche Vorgaben bezüglich

- der Abschreibungsfähigkeit von Gütern,
- der Mindestanforderungen an abschreibungsfähige Güter,
- der Form der Abschreibung, und
- der Abschreibungsfristen

festgelegt worden.

In verschiedenen Bundesländern können Güter, deren Beschaffung und Wiederbeschaffung auf Dauer extern, z.B. durch das Land, finanziert wird, nicht in die Kostenrechnung des Ret-

⁹³ Die unterschiedliche Behandlung von Abschreibungen, sowie die Abschreibungsformen werden erläutert bei: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 950 ff; Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 85 ff; Jost, H.; Kosten- und Leistungsrechnung, a.a.O., S. 69.

tungsdienstes einbezogen werden⁹⁴. Bezüglich der Mindestanforderung für abschreibungsfähige Güter ist für einige Rettungsdienste die steuerrechtlich relevante Untergrenze von 800.- DM (incl. MWSt) übernommen worden, dieser Wert dient u.a. im kommunalen Haushaltsrecht als Grenze für die Einstellung in den Vermögenshaushalt⁹⁵.

In den für Baden-Württemberg gültigen Grundsätzen zur Kostenermittlung ist festgelegt, daß nur Güter mit einem "Anschaffungswert von über 5.000 DM einschl. MWSt"⁹⁶ über mehrere Perioden abgeschrieben werden können. Güter mit geringeren Anschaffungskosten werden als "geringwertige Wirtschaftsgüter" direkt abgeschrieben⁹⁷.

Für den Rettungsdienst Bayern wurde im Hinblick auf die Kostenübernahme durch den Staat festgelegt, daß "... die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu drei Jahren"⁹⁸ direkt über die Benutzungsentgelte zu finanzieren sind.

Im Rettungsdienst wird überwiegend linear abgeschrieben, "... die Abschreibung erfolgt in gleichen Jahresbeträgen."⁹⁹ Als Basis für die Abschreibung dient der Wiederbeschaffungspreis, da "die Mittel für die Beschaffung bzw. Wiederbeschaffung (...) grundsätzlich durch Abschreibungen erwirtschaftet ..." ¹⁰⁰ werden müssen.

94 Vgl. als Beispiel die Regelung in Bayern bei: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 1, S. 52.

95 Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 53. Im Saarland wird zur Abgrenzung von Investitions- und Betriebskosten ein Wert von 800 DM ohne MWSt vorgegeben. Vgl. hierzu: Rettungszweckverband Saar: Selbstkostenblatt für den Rettungsdienst im Saarland (Stand: 1981), S. 5.

96 "Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt ..., a.a.O., S. 12.

97 Ebd., S. 8.

98 Art. 9(1) BayRDG. Diese Regelung ist aus der Krankenhausfinanzierung übernommen. Dort sind "... kurzfristig nutzbare Anlagegüter mit einer Nutzungszeit von ein bis drei Jahren (...) über den Pflegesatz ..." zu finanzieren. Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. II, a.a.O., S. 259.

99 "Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt ..., S. 11; vgl. auch § 6(2) KAG-NW.

100 Daselbst.

Die Fristen für die Abschreibung werden z.T. in Anlehnung an die aus steuerlichen Gründen in AfA-Tabellen normierte Nutzungsdauer festgelegt. Dem Kostenblatt für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg ist eine "Abschreibungsliste für Anlagegüter"¹⁰¹ beigefügt, in welcher die Nutzungsdauer und damit, als Folge der linearen Abschreibung, auch die jährlichen Abschreibungsquoten für die wichtigsten Anlagegüter im Rettungsdienst ausgewiesen sind.

Solche Abschreibungslisten sind nicht in jedem Bundesland vorgegeben, und auch in Baden-Württemberg wird die Möglichkeit eingeräumt, anstelle des zeitbezogenen Abschreibungsverfahrens für die Einsatzfahrzeuge eine leistungsbezogene Abschreibung unter Berücksichtigung der Jahreslaufleistung und des Fahrzeugtyps zu wählen¹⁰². Auch bei einer reinen Zeitabschreibung kann das unterschiedliche Leistungspotential einzelner Fahrzeugtypen berücksichtigt werden und zwar in der Form, daß die vorgegebenen Abschreibungsfristen dem Fahrzeugtyp entsprechend differieren. So werden in den Kostenrechnungsvorschriften des Rettungsdienstes Abschreibungsfristen zwischen 4 und 7 Jahren genannt¹⁰³.

Neben den Abschreibungen erfordern auch die Kapitalkosten eine kalkulatorische Bewertung. So wird gefordert, daß bei der Gebührenberechnung nach KAG "... eine angemessene Verzinsung des aufgewandten Kapitals ..." ¹⁰⁴ berücksichtigt wird. In vorliegenden Kostenrechnungen des Rettungsdienstes werden Kapitalkosten überwiegend aufwands- bzw. ausgabenbezogen erfaßt und bewertet. Bei vollständiger Erfassung der Kapitalkosten werden dagegen "... Zinsen für das gesamte beim Leistungserstellungsprozess eingesetzte Kapital (betriebsnotwendiges Kapital) angesetzt"¹⁰⁵, und zwar sowohl für das Anlage-, als auch für das Umlaufvermögen, unabhängig davon, ob die entsprechenden Vermögensteile mit Eigen- oder mit Fremdkapital finanziert worden

101 Ebd., S. 17. Zur Kalkulation der Wertminderung nach AfA (= Absetzung für Abnutzung)-Tabellen vgl. u.a.: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 248.

102 Ebd., S. 11. Eine ähnliche Wahlmöglichkeit ist in Rheinland-Pfalz gegeben. Die dort genannten Fristen und Leistungswerte sind allerdings Untergrenzen für die Ersatzbeschaffung der Fahrzeuge durch die öffentliche Hand. Siehe hierzu: Landesrettungsdienstplan(Rh-Pf), a.a.O., S. 11.

103 Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O., S. 49.

104 § 6(2) KAG-NW

105 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1097.

sind¹⁰⁶. Bei der Gebührenberechnung im Rettungsdienst wird jedoch der Ansatz von Zinsen auf Fremdkapital, soweit es aus öffentlichen Haushalten oder Spenden aufgebracht wird, ausdrücklich ausgeschlossen¹⁰⁷. Zur Berechnung der Kapitalkosten wird als kalkulatorischer Zinssatz entweder ein Durchschnittswert oder die Zinskonditionen einer optimalen Alternativanlage¹⁰⁸ herangezogen.

3.5 Überlegungen zur Bildung von Kostenstellen

Für die Abgrenzung von Kostenstellen werden, je nach Rechnungsziel, unterschiedliche Kriterien genannt. Für eine kontrollierende IST-Kostenrechnung bietet sich eine funktionale Gliederung der Kostenstellen an, räumliche Gesichtspunkte, sowie die Abgrenzung nach Zuständigkeitsbereiche können ergänzend berücksichtigt werden.

Die Anzahl der erforderlichen Kostenstellen variiert, je nachdem, auf welcher Ebene und mit welcher Ausrichtung (aufgaben- oder trägerbezogen) die Rechnung durchzuführen ist. Als unterste Rechnungsebene ist das einzelne Fahrzeug zu nennen: für jedes Einsatzfahrzeug ist eine Kostenstelle zu bilden. Auf der Ebene der Rettungswache werden die Kostenstellen "Einsatzfahrzeuge" aggregiert und durch wachenspezifischen Kosten (z.B. Mieten, Ausstattung, Kommunikation, Heizung etc.) ergänzt. Durch eine Zusammenfassung der Kostenstellen "Rettungswachen" der unterschiedlichen Leistungsträgern, wird die Ebene des Rettungsdienstbereiches erreicht. Hier treten ergänzende Kostenstellen, wie Leitstelle, Werkstatt, Abrechnung, Verwaltung und Lagerhaltung hinzu. Auch bei weiterer Aggregation auf die Ebene eines Bundeslandes sind zusätzliche Kostenstellen zu bilden, die z.B. die Administration, die zentrale Beschaffung oder die Abrechnung betreffen.

Wird zwischen Haupt- und Nebenkostenstellen differenziert, so kommen als Hauptkostenstellen in erster Linie die Fahrzeuge in Betracht, da diese Kostenstellen direkt an der Leistungserstellung beteiligt sind. Als eine weitere Hauptkostenstelle ist die

106 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 103 ff. Diese Forderung wird auch für die Kostenrechnung im Krankenhaus aufgestellt. Vgl. u.a.: Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 32 f.

107 Siehe : § 6(2) KAG-NW.

108 Ausführlich hierzu: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 105 f.

Rettungsleitstelle zu nennen, auch sie ist an der direkten Leistungserstellung beteiligt, darüberhinaus ist sie für den Leistungsbereich "Kommunikation" zuständig. Wird darüberhinaus die Betriebsbereitschaft als eigenständiger Leistungsbereich für die Optionsnachfrage akzeptiert, sind auch die Rettungswachen als Hauptkostenstellen einzustufen - hier wird die Betriebsbereitschaft "produziert". Alle anderen Kostenstellen des Rettungsdienstes, wie Werkstatt, Lagerhaltung, Beschaffung, Gebühreneinzug, Verwaltung¹⁰⁹ oder Administration, sind als Hilfskostenstellen durch entsprechende Verrechnungsverfahren direkt oder indirekt auf Hauptkostenstellen zu verrechnen.

Die vorliegenden, in der Regel aufgabenbezogenen Kostenrechnungsvorschriften für den Rettungsdienst enthalten sehr unterschiedliche Kriterien zur Bildung von Kostenstellen:

- Im Rettungsdienst Bayern erfolgt die Leistungs- und Kostenberechnung auf der Ebene der Rettungswachen¹¹⁰ und Rettungsleitstellen.
- Im Rettungsdienst Baden-Württemberg erstellt "jeder Leistungsträger (...) ein nach Kostenstellen gegliedertes und ein je Leistungsträger zusammengefaßtes Kostenblatt. (...) Kostenstellen sind:
 - Rettungsleitstellen
 - Rettungswache
 - Werkstatt
 - Verwaltung."¹¹¹
- In Hessen wird gefordert, daß "das betriebliche Rechnungswesen der (...) Leistungsträger (...) so aufgebaut sein (muß), daß zumindest eine Gliederung in Kostenstellen, Kostenarten und Kostenträger (...) gegeben ist. Die Kostenstellen sind gleichermaßen nach den Kriterien der betrieblichen Funktion, dem Verantwortungsbereich und den räumlichen Gegebenheiten zu gliedern. Die Verwaltung und Leitung

109 In der Literatur wird die Verwaltung häufig als Hauptkostenstelle behandelt, beispielsweise bei: Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 106. Dem soll hier nicht gefolgt werden, da kein direkter Bezug zur Leistung hergestellt werden kann. Ähnlich bei: Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 129.

110 Ausführlich hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 51 und Anlage 3.

111 "Festlegung allgemeiner Grundsätze und Maßstäbe ..." (BW), a.a.O., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen zum Kostenblatt ..., S. 1.

ist mindestens als eine Kostenstelle zu führen."¹¹² Für Rettungsleitstellen sind im Hinblick auf die speziellen Finanzierungsregelungen¹¹³ eigene Kostenstellen zu bilden, die allerdings nicht in die Kostenrechnung des Rettungsdienstes integriert werden.

- In Rheinland-Pfalz wird eine Kostenrechnung für Rettungswachen und -leitstellen durchgeführt. Die Rechnung ist trägerbezogen, von den Kostenstellen "Rettungswache" und "Rettungsleitstelle" werden leistungsbezogene Leitungs- und Verwaltungskosten an die Kreis- und Landesverbände abgeführt. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß die Verwaltungskosten des Kreisverbandes einsatzbezogen (1.- DM je Einsatz), die Verwaltungskosten des Landesverbandes dagegen fahrleistungsbezogen (0.16 DM je km) zugerechnet werden¹¹⁴.
- Die Leistungsträgern im Saarland sind zur Vorlage von Selbstkostenblättern für Rettungswachen und bewegliche Rettungsmittel verpflichtet¹¹⁵. Für die Rettungsleitstelle erfolgt keine Kostenrechnung, da diese als eine Einrichtung des Saarländischen Innenministeriums über den Haushalt finanziert wird.
- Eine umfassende Kostenrechnung für den Rettungsdienst wird von der Stadt Köln in Form einer Kostenarten- und Kostenträgerrechnung ausgearbeitet¹¹⁶. Kostenstellen werden nicht nach Rettungswachen und Fahrzeugen gebildet, sondern nach Leistungsbereichen (Rettungstransportdienst, Krankentransportdienst, Notarztendienst), ergänzt durch die umlagefähigen Hilfskostenstellen Verwaltung, Bühöreinezug und Leitstelle. Die Kostenrechnung ist auf die Feuerwehr bezogen, die Kosten der übrigen Leistungsträger werden zwar detailliert erfaßt, in der Gesamtkostenrechnung jedoch undifferenziert als "sonstige Betriebsausgaben/-kosten" berücksichtigt.

112 "Vorläufige Richtlinien ..." (Hessen), a.a.O., S. 14.

113 "Vereinbarung ..." (Hessen), a.a.O., S. 3.

114 Erläuterungen zum Formblatt "Aufwendungen für Rettungswachen" des DRK-LV Rheinland-Pfalz v. 1.12.1978, S. 6.

115 Rettungszweckverband Saar: Selbstkostenblatt ..., a.a.O., S. 4 f.

116 Stadt Köln (Hrsg.): Kostenrechnung Rettungsdienst 1985, Auswertungsbericht, Köln 1986, S. 14 ff.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Praxis der Kostenstellenbildung in den vorliegenden Rechnungsvorschriften des Rettungsdienstes sehr vielgestaltig ist. Eine einheitliche Ausrichtung der einzelnen Bestimmungen ist nicht zu erkennen, obwohl vorwiegend die Schaffung einer Grundlage für die Vereinbarung der Beförderungsentgelte als Rechnungsziel im Vordergrund steht. Die Möglichkeiten, durch eine sachgerechte Strukturierung der Kostenstellen auch Kontrollfunktionen wahrzunehmen, werden nur in Grenzen genutzt. Eine externe Kontrolle des Rettungsdienstes ist nur in Baden-Württemberg (§ 10(2) BW-RettDG) und in Hessen vorgesehen, wobei in Hessen für die interne Kostenrechnung der Leistungsträger vom Land Grundsätze vorgegeben worden sind¹¹⁷.

3.6 Zur Kostenträgerrechnung im Rettungsdienst

3.6.1 Die Identifikation von Kostenträgern

In der Kostenträgerrechnung wird die Frage beantwortet, wofür Kosten letztendlich entstanden sind. Ziel ist es, alle Kosten, die bei der Herstellung einer innerbetrieblichen oder absatzfähigen Leistung (=Kostenträger) entstehen, auf die Leistungsbereiche, im Endeffekt aber auf die Leistungseinheiten zu verrechnen. Bei Sachleistungsbetrieben ist die Identifikation der Kostenträger als "... materielle, für den Markt oder für innerbetriebliche Verwendung bestimmte, lagerfähige Güter ..." ¹¹⁸ vergleichsweise einfach. Die Leistungseinheiten sind eindeutig abgrenzbar und die Kosten können einer Leistungseinheit entsprechend dem Verursachungsprinzip zugewiesen werden (bei Einzelfertigung), oder in Form von Durchschnittskosten (bei Massenproduktion) zugeordnet werden.

In Kostenrechnungen für Dienstleistungsbetriebe, also auch für den Rettungsdienst, treten dagegen Schwierigkeiten auf, und zwar sowohl

- bei der Festlegung von Leistungsbereichen und -einheiten, als auch
- bei der Kostenzuordnung.

117 "Vorläufige Richtlinien ... (Hessen)", a.a.O., S. 14 ff.

118 Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 65.

Häufig ist "... schon die Outputquantität der Dienstleistungsproduktion schwierig zu messen; (...) Die bei der Erfassung von Ergebnissen der Sachgüterproduktion üblicher Verfahren wie Messen, Wiegen und Zählen sind für die Ermittlung des quantitativen Outputs vieler Arten der Dienstleistungsproduktion nicht oder nur bedingt geeignet."¹¹⁹ So läßt sich zwar die Anzahl der Kontakte des Arztes zum Patienten zählen, "... es ist aber selbst für den Produzenten nur schwer zu ermitteln, wieviel Gesundheit ..." ¹²⁰ mit der Dienstleistung tatsächlich produziert worden ist.

Im Rettungsdienst müssen die Leistungsbereiche Notarztdienst, Notfallrettung und Krankentransport unterschieden werden. Bei der Abgrenzung der einzelnen Leistungsträgerbereiche entstehen deshalb große Probleme, weil

- Infrastruktureinrichtungen (Rettungswachen) gemeinsam genutzt werden,
- im Einsatz zwischen den Leistungsbereichen nicht immer unterschieden werden kann (Tab. 5.3),
- bei bestimmten Einsatzstrategien (Mehrzweckfahrzeuge) zwischen den Bereichen nicht mehr materiell, sondern nur noch qualitativ unterschieden wird, oder
- komplementäre Beziehungen zwischen den Einsatzbereichen bestehen (Rendez-Vous-System, Luftrettung).

Angesichts des Stellenwertes der Kommunikation im Rettungsdienst ist die Überlegung gerechtfertigt, ob diese nicht auch als eigenständiger Leistungsbereich anzusehen ist. Das Schwergewicht der Kommunikationsleistung liegt ohne Zweifel in der Erfüllung innerbetrieblicher Dispositions- und Koordinierungsaufgaben. Im Rahmen der Kostenträgerrechnung sind nicht nur die Selbstkosten für absatzbestimmte Leistungen als Grundlage für preispolitische Entscheidungen zu ermitteln, sondern auch die

¹¹⁹ Maleri, R.; Grundzüge der Dienstleistungsproduktion, a.a.O., S. 41.

¹²⁰ Ebd., S. 42.

Herstellkosten für interne Betriebsleistungen¹²¹. Da zudem in verschiedenen Rettungsdienstbereiche die rettungsdienstinternen, vor allem aber die rettungsdienstexternen Leistungen detailliert abgerechnet werden¹²², ist eine spezielle Kostenrechnung für den Leistungsbereich "Rettungsleitstelle" angebracht.

Als Gliederung für eine Kostenträgerzeitrechnung werden deshalb die folgenden Kostenträgerbereiche unterschieden (Übersicht 8.2):

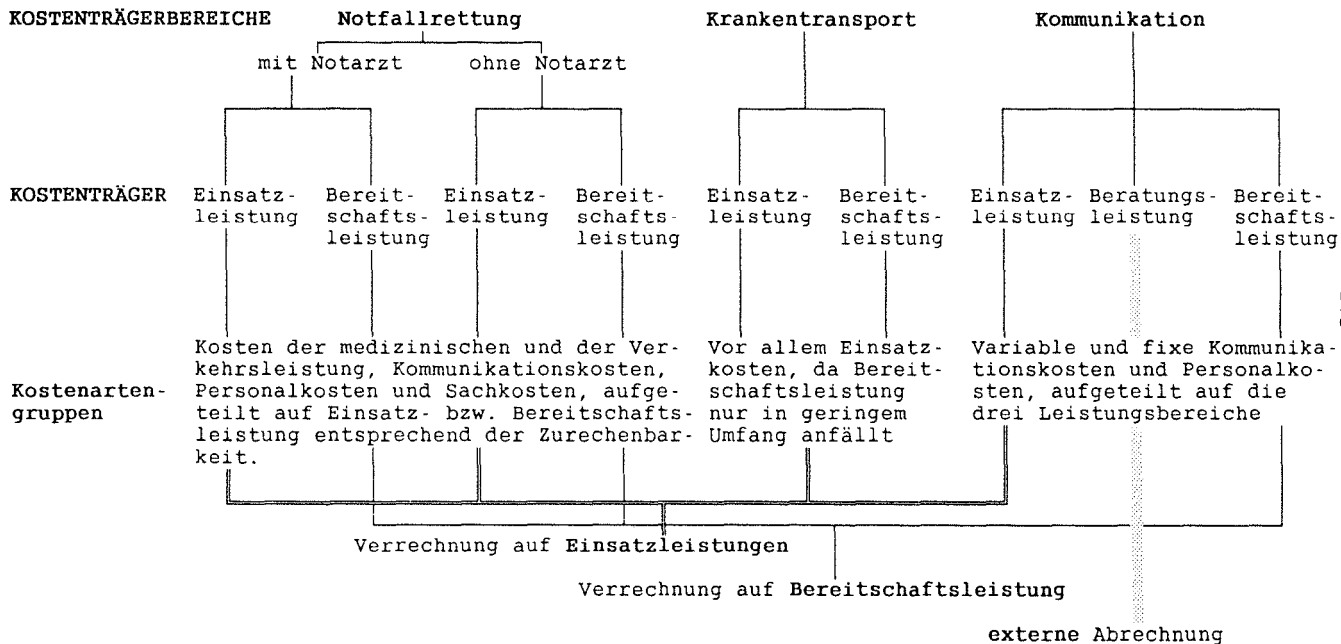
- (Luftrettung)
- Notfallrettung mit Notarzt
- Notfallrettung ohne Notarzt
- Krankentransport
- Kommunikation (Rettungsleitstelle).

Für jeden diese Leistungsbereiche ist zwischen der Betriebs- bzw. Dienstbereitschaft und der Inanspruchnahme (Einsatz, Kommunikation) zu unterscheiden. Dienstbereitschaft kann nur dann als eigenständige Leistung angesehen werden, wenn sie zur Deckung eines "existentiellen" Bedürfnisses dient. Betriebsbereitschaft, oder anders ausgedrückt, Leerkapazitäten, wie sie aufgrund von technischen oder organisatorischen Bedingungen bei jeder Produktion auftreten, sind als Leerkosten den absatzfähigen Kostenträgern zuzuordnen. Die Abgrenzung der beiden Formen von Betriebsbereitschaft ist in der Praxis allerdings schwie-

121 Diese Frage wird in der Literatur nicht einheitlich behandelt. Wöhe spricht von "absatzfähigen und innerbetrieblichen" Leistungen, bei Kloock, Sieben, Schildbach steht der Absatzbezug im Vordergrund, von Hübner wird einerseits der Marktbezug der Kostenträger hervorgehoben, an anderer Stelle ist dann von "internen" Kostenträgern die Rede. Eine Beschränkung des Leistungsbegriffes auf Faktorkombinationen, "die vom Markt anerkannt werden," ist nach Heinen "...wenig fruchtbar" und wird den Zwecken "... der Kostentheorie und Kostenrechnung nur bedingt gerecht." Vgl. hierzu: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1117; Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 125; Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 65 und 68, sowie: Heinen, E.; Betriebswirtschaftliche Kostenlehre ..., a.a.O., S. 71.

122 Bei Mitwirkung mehrerer Aufgabenträger kann der Leitstellenträger die übrigen Träger an den Kosten der Leitstelle beteiligen. Vgl. hierzu als Beispiel: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 1, S. 158. Zur Kostentragung bei der Übernahme rettungsdienstexterner Aufgaben vgl: "Ärztlicher Notfalldienst"(Bayern), in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Bay 1595, S. 1 bzw. Anlage 4 (S. 15).

Übersicht 8.2: KOSTENTRÄGERBEREICHE UND KOSTENTRÄGER IM RETTUNGSDIENST



rig, zumal die vom Staat geforderte, über die produktionsbedingte Dienstbereitschaft hinausgehende Bereitschaftsleistung, häufig nur sehr unscharf definiert wird.

Die Kosten der Inanspruchnahme (Einsatz- Kommunikationskosten) können direkt einem Einsatz zugerechnet werden. Da die Kostenstruktur des Rettungsdienstes nur einen sehr geringen Anteil an variablen Kosten¹²³ aufweist, ist eine Kostenzuordnung nach dem Verursachungsprinzip wenig hilfreich. Für die Zuweisung der Kosten auf die Kostenträger bietet sich im Rettungsdienst das Kosteneinwirkungsprinzip an, das sich auf die Vorstellung stützt, "... daß ein bestimmter Güterverzehr auf die Entstehung eines bestimmten Zurechnungsobjektes eingewirkt hat, wobei ohne die Einwirkung das Zurechnungsobjekt nicht hätte entstehen können."¹²⁴ Damit können den Kostenträgern auch solche Kosten zugerechnet werden, die zwar nicht durch die Produktion verursacht werden, deren Verbrauch bei der Produktion aber meßbar ist. Beispielsweise werden die Personalkosten nicht durch einen Rettungsdiensteinsatz "verursacht", die Zeit, in der das Personal durch den Einsatz gebunden ist, läßt sich jedoch messen und bewerten. Einsatzkosten sind demnach solche Kosten, die durch einen Einsatz verursacht werden (variable Kosten), und die einem Einsatz direkt zugerechnet werden können (zurechenbare Mischkosten).

Dementsprechend sind Bereitschaftskosten "... in erster Linie die Kosten der Fahrzeuge und Arbeitskräfte während der Zeit, in der sie einsatzbereit, aber nicht eingesetzt sind ..." ¹²⁵. Diese Kostengruppe entspricht den von Schmalenbach geprägten Kosten der "lebendigen" Betriebsbereitschaft, in welchen neben der Kosten für Maschinen, Gebäude und sonstigen Einrichtungen (tote Betriebsbereitschaft) auch die Kosten der Einsatzbereitschaft der Menschen enthalten sind¹²⁶.

In Übersicht 8.3 sind diese Zusammenhänge dargestellt. Es wird deutlich, daß bei konstanter Betriebskapazität Einsatz- und Be-

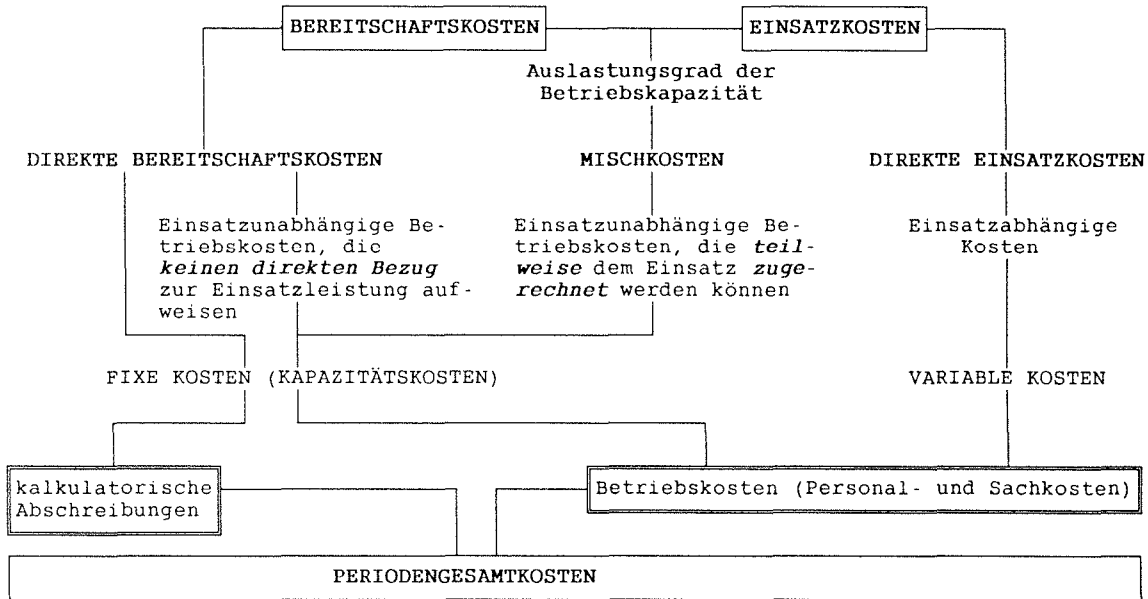
123 Der Anteil variabler Kosten im Rettungsdienst liegt unter 10 %. Vgl. hierzu: Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O., S. 3.

124 Kloock, Sieben, Schildbach; a.a.O., S. 51.

125 Diederich, H.; Verkehrsbetriebslehre, a.a.O., S. 139.

126 Schmalenbach, E.: Kostenrechnung und Preispolitik, 8. Aufl., Köln Opladen 1963, S. 57 f., zitiert nach Heinen, E.; Betriebswirtschaftliche Kostenlehre, a.a.O., S. 371.

Übersicht 8.3: UNTERSCHIEDUNG VON BEREITSCHAFTS- UND EINSATZKOSTEN



Quelle: Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O., S. 21

reitschaftskosten keine unabhängigen Größen sind. Durch die Aufteilung der Mischkosten¹²⁷ entweder über die Zeit der Inanspruchnahme (Stückkosten) oder über den Grad der Kapazitätsauslastung (Bereichskosten) erweisen sich die Bereitschaftskosten als ein Residualwert: je höher die Kapazitätsauslastung ist, umso geringer sind die Bereitschaftskosten.

3.6.2 Kostenträger in den Rechnungen des Rettungsdienstes

Der Schritt von der Kostenstellen- zur Kostenträgerrechnung wird im Rettungsdienst in der Form vollzogen, daß alle ermittelten Kosten bzw. die als tarifrelevant akzeptierten Aufwendungen auf die Gebühren- bzw. Tariftatbestände verteilt werden. Als Bezugsgrößen für Kostenträgerzeitrechnungen werden entweder

- Leistungsbereiche (Notfallrettung, Notarztsystem, Krankentransport), oder
- Fahrzeugtypen (NAW, RTW, KTW)

herangezogen. Aus der Tatsache, daß Tarife des Rettungsdienstes häufig nach Leistungsbereichen gegliedert sind, kann jedoch nicht in jedem Falle gefolgert werden, daß der Tarifbildung eine entsprechende Kostenrechnung zugrunde liegt. Häufig wird die Tariffestsetzung durch eine mehr oder weniger willkürliche Kostentenaufteilung auf die Leistungsbereiche vollzogen¹²⁸.

Um die oben beschriebenen Abgrenzungsprobleme zwischen den einzelnen Leistungsbereichen zu vermeiden, bietet sich auf den ersten Blick eine Kostenträgerrechnung an, die auf den Fahrzeugtyp abhebt. Dabei wird unterstellt, daß RTW für Notfalleinsätze, KTW für Krankentransporte und NAW für Notarzteinsätze vorgehalten werden. In Rettungsdienstbereichen, in welchen die Zuweisungsstrategie¹²⁹ praktiziert wird, ist eine fahrzeugbezo-

127 Mischkosten können unter Berücksichtigung des Kosteneinwirkungsprinzips entweder den Einsatz- oder den Bereitschaftskosten zugeordnet werden. Vgl. hierzu: Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O. S. 20 und 34.

128 So wurde in Baden-Württemberg der Tarif bis 1983 durch eine Fixierung der Krankentransportgebühren determiniert. Alle auftretenden Kostensteigerungen und Mehraufwendungen gingen zu Lasten der Gebühr für Notalleinsätze. Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 1, S. 39 f.

129 "... dringliche Einsätze (Notfälle) werden prinzipiell von RTW bzw. NAW bedient und nicht dringliche Einsätze (Krankentransporte) von KTW." Lenhart, W., Puhar, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 21.

gene Differenzierung in der Kostenträgerrechnung angebracht. Eine derart strikte Trennung der Leistungsbereiche ist in der Praxis jedoch immer weniger gegeben (Tab. 5.3), eine rein fahrzeugbezogene Rechnung würde zu erheblichen Verzerrungen führen. Aus methodischen Gründen ist deshalb, auch in Kenntnis der beschriebenen Abgrenzungsprobleme, eine Kostenträgerzeitrechnung nach Leistungsbereichen zu präferieren.

Auch beim Übergang von der Kostenträgerzeit- zur Kostenträgerstückrechnung stellt sich die Frage nach einer geeigneten Bezugsgröße - was ist eigentlich eine Leistungseinheit im Rettungsdienst?

Als geeignete Bezugsgröße zur Kalkulation der Kosten der Inanspruchnahme bietet sich der Rettungsdiensteinsatz an, der wobei eine Differenzierung entsprechend der Leistungsbereiche angebracht ist: "Kostenträger sind die jeweiligen Einsatzarten (...)." ¹³⁰

Während der Einsatz eindeutig als Einzelleistung abgegrenzt und mit entsprechenden Kosten bewertet werden kann, muß für die Kalkulation der Kosten der Bereitschaftsleistung eine Bezugsgröße (Kosten je Bereitschaftsstunde, Bereitschaftskosten je Schicht, je Woche, je Monat etc.) festgelegt werden.

Zusätzlich zu der Unterscheidung zwischen Einsatz- und Bereitschaftskosten sind für Leistungsbereich Rettungsleitstelle als dritter Kostenträgergruppe die "rettungsdienstexternen Leistungen (Beratungs- oder Informationsfunktion)" zu nennen. Eine mit vertretbarem Aufwand durchzuführende Kostenzuordnung wird, wenn nicht außergewöhnliche Gründe dagegen sprechen, über das Durchschnittsprinzip und die jeweils aufgewandte Zeit erfolgen.

Bei einer Zusammenfassung der Überlegungen zur Kostenrechnung ist festzuhalten, daß die Planung der Kosten des Rettungsdienstes bis zur Kostenträgerrechnung dem Vorgehen der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre folgen kann. Bei der Kostenträgerrechnung sind jedoch angesichts der Besonderheiten der Leistungserstellung in den einzelnen Kostenträgerbereichen die Kosten der Inanspruchnahme (Einsatz-, Koordinationskosten), die Kosten für Beratung und Information, sowie die durch die mit

130 "Vorläufige Richtlinien ..." (Hessen), a.a.O., S. 14. In Hessen werden die Kostenträgerbereiche fahrzeugbezogen nach KTW, RTW, NAW abgegrenzt. Vgl.: daselbst.

der Übernahme rettungsdienstexterner Tätigkeit verursachten Kosten einerseits, und die Kosten der Betriebsbereitschaft andererseits auszuweisen. Eine in der vorgestellten Form durchgeführte Kostenrechnung ist deutlich abzugrenzen von den Rechnungen zur Bildung von Tarifen. Ihr Ziel ist es, Grundlagen für betriebliche Entscheidungen zu schaffen, Kostenentwicklungen und mögliche Fehllagen aufzuzeigen, aber auch, und das ist für die Leistungsträger des Rettungsdienstes von besonderem Wert, die monetären Auswirkungen darstellen zu können, die im Rettungsdienst durch die von den Entscheidungsträgern vorgegebenen Rahmenbedingungen (Zeitvorgaben, Bestandswerte, Mindestanforderungen etc.) entstehen.

Die Höhe der Tarife kann, unter Beachtung der Ziele der Tarifpolitik, ebenfalls aus dieser Kostenrechnung abgeleitet werden, allerdings müssen dabei die Beiträge der übrigen Finanzierungsträger einbezogen werden. Die Tarifbildung ist als ein Element der Finanzierung des Rettungsdienstes anzusehen, und die unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten bilden den Schwerpunkt des nachfolgenden Untersuchungsabschnittes.

IX. SYSTEME ZUR FINANZIERUNG DES RETTUNGSDIENSTES

1. Aspekte der Finanzierung öffentlicher Aufgaben

1.1 Der Finanzierungsbegriff und Arten der Finanzierung

In der Betriebswirtschaftslehre werden mit dem Finanzierungsbegriff sehr unterschiedliche Sachverhalte angesprochen. Traditionell "... wird mit Finanzierung die Beschaffung von langfristigem Kapital ... " ¹ verstanden. Die Einbeziehung der kurzfristigen Kapitalbeschaffung führt zum "klassischen Finanzierungsbegriff", der "... alle Vorgänge der Kapitalbeschaffung ... " ² umfaßt. Mit dem "erweiterten" oder "modernen" Finanzierungsbegriff ³ wird die Finanzierung über die reine Beschaffung hinaus auf alle Kapitaldispositionen bezogen, die zur Sicherung der Betriebsprozesse und zur Durchführung einzelner betrieblicher Maßnahmen notwendig sind. Die Verwendung dieses erweiterten Finanzierungsbegriffes erweist sich bei der Diskussion öffentlicher Aufgaben "... insofern als fruchtbar, als seine Verwendung dazu zwingt, Preisbildungsprozesse (Preise, Tarife, Gebühren, Beiträge, Kostensteuern) umfassender mit einzubeziehen, als es der klassische Finanzierungsbegriff erfordern würde." ⁴

Das Finanzierungssystem eines Betriebes kann durch die Ausprägungen der Kriterien ⁵

- Eigenschaften des Kapitalbedarfes (Größe, Dauer und Struktur des Kapitalbedarfes),
- Eigenschaften der Finanzierungsmöglichkeiten (Möglichkeiten der Kapitalzuführung, Einhaltung von Richtlinien, externe Ansprüche an Rechnungslegung und Information, etc.), sowie
- finanzwirtschaftlich relevante Ziele

1 Thiemyer, Th., Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 115.

2 Dasselbst; Wöhe bezeichnet diesen Terminus als "engen" Finanzierungsbegriff. Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 660.

3 Dasselbst; Wöhe spricht in diesem Zusammenhang vom "weiten" Finanzierungsbegriff.

4 Thiemyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 116

5 Vgl. hierzu: Oettle, K.: Kriterien der Finanzierung öffentlicher Betriebe, in: ders.(Hrsg.): Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. II, a.a.O., S. 59 - 80, hier: S. 63 ff.

dargestellt werden. Gerade im letztgenannten Kriterium liegen "die wichtigsten Unterschiede zwischen öffentlichen Betrieben und privaten Unternehmen ..." ⁶. Ein gewinnorientierter Unternehmer "... wird nur insoweit Kapitalbedarf empfinden, als er von dessen Deckung erwartet, daß sie seinen Rentabilitäts- und seinen Sicherheitsansprüchen genügt." ⁷ Dagegen verfolgen öffentliche Betriebe Sachziele, die auch solche Investitionen erfordern, die ein privates Unternehmen wegen fehlender Rentabilität nicht tätigen würde.

Auch bezüglich der Kapitalbeschaffung zeigen sich zwischen öffentlichen Betrieben und privaten Unternehmen deutliche Unterschiede. Während bei privaten Unternehmen zwischen Außen- und Innenfinanzierung, sowie zwischen Eigen- und Fremdfinanzierung unterschieden wird ⁸, "... kann die Finanzierung öffentlicher Betriebe erfolgen

- (a) über einen oder mehrere öffentliche Haushalte,
- (b) über ein spezielles Entgelt (Preis, Tarifentgelt, Gebühr, Maut, Zins, Pfllegesatz, Beitrag, Umlage usw.) oder
- (c) über Zuschüsse Dritter (Kapitalzuschüsse oder Betriebszuschüsse)."⁹

In der Praxis sind zahlreiche Kombinationen dieser drei Finanzierungselemente zu finden.

Für den Rettungsdienst wurde, darauf ist bereits hingewiesen worden, dem Vorbild des Krankenhausbereiches entsprechend, das duale Finanzierungssystem ¹⁰ mit all seinen Vor- und Nachteilen übernommen. Diese Adaption erscheint schon deshalb problematisch, weil in beiden Aufgabenbereichen

- die Aufgabenstellung und -präzisierung,

6 ebd., S. 65.

7 ebd., S. 65, Fn. 19.

8 Einen Überblick über die Finanzierungsarten gibt: Wöhe, G.: Einführung ..., a.a.O., S. 670 ff.

9 Thiemeyer, Th.; Betriebswirtschaftslehre der öffentlichen Betriebe, Teil 2, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Heft 9 September 1981, S. 417 - 423, hier: S. 419.

10 Das System der dualen Finanzierung wird im Überblick dargestellt von: Heuwing, M.: Krankenhausfinanzierung: Daten, Fakten und Meinungen, in: der arzt im Krankenhaus, 3/1984, S. 129 - 136, hier: S. 134.

- die rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen,
- die Organisationsformen, vor allem aber
- die Formen und Konsequenzen der betrieblichen Leistungserstellung

erheblich voneinander abweichen. Um zum letzten Punkt zwei Beispiele zu geben: Im Krankenhausbereich liegt der Anteil variabler Kosten bei 20 %, für den Rettungsdienst wird ein Anteil von weniger als 10 % angegeben¹¹. Außerdem liegt der Auslastungsgrad von Krankenhäusern im Durchschnitt bei 83,5 %, im Rettungsdienst werden dagegen die Kapazitäten höchstens zu 25 - 50 %, in ländlichen Einsatzbereichen nur zu 10 % in Anspruch genommen¹².

Bereits bei der Begründung für die Übernahme des dualen Finanzierungssystems wurde der Grundsatz der Finanzierung aus zwei Quellen mißachtet. Wenn erläutert wird, daß die "... Finanzierung teilweise über die Entgelte, teilweise über Steuermittel bzw. über Spenden"¹³ erfolgt, so ist bereits im Ansatz ein polygenes Finanzierungssystem zu erkennen¹⁴. Die Verteilung der Finanzierungslasten auf mehr als zwei Finanzierungsträger wird zwar in verschiedenen Rettungsdienstgesetzen ausdrücklich festgeschrieben¹⁵, trotzdem wird auch in aktuellen Kommentaren noch an der Fiktion einer dualen Finanzierung des Rettungsdienstes festgehalten¹⁶.

11 Vgl. hierzu: Hübner, H.; Kostenrechnung ..., a.a.O., S. 46; Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O., S. 4.

12 Bundesminister für Jugend, Familien, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) Daten des Gesundheitswesens - Ausgaben 1985 - Schriftenreihe des BMJFFG, Bd. 154, Stuttgart 1985, S. 285; Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O., S. 6, Fn 2; Schmiedel, R., Puhon, Th., Siegener, W.; Simulationsmodell "Rettungswesen" ..., a.a.O., S. 15 f., sowie Tafel 3 (S. 25).

13 Arnold, J.; Rechtsfragen des Rettungsdienstes ..., a.a.O., S. 4.

14 Die Nachteile von polygenen, aber auch von dualen Finanzierungssystemen werden beschreiben bei: Thiemeyer, Th.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. II., a.a.O., S. 253 (Fn. 10).

15 Siehe hierzu: § 8(4) RDG-Saar; § 14(2) BW-RettDG, eindeutig in: Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 15.

16 Vgl. u.a.: Hommel, O.: Gesetzlicher Rahmen verbesserte Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz, in: der landkreis, 12/1985, S. 566 - 567, hier: S. 567; Klingshirn, H.; Rettungsdienst in Bayern, a.a.O., S. 5.

In Anlehnung an die oben dargestellten Finanzierungsquellen für öffentliche Betriebe können für den Rettungsdienst vier Finanzierungsbereiche unterschieden werden (Übersicht 9.1):

- Tariffinanzierung: (Teil-)Finanzierung über den Preis, Benutzungsentgelte, Gebühren, etc.;
- Externe Finanzierung: Zuschüsse bzw. Kostenübernahmen aus öffentlichen Haushalten oder durch Parafisci;
- Finanzierungsbeiträge Dritter: zweckgebundene Zuschüsse von Stiftungen und gemeinnützigen Vereinen;
- interne Finanzierung: Eigenleistungen, Eigenmittel, Spenden.

Der Umfang, in welchem die einzelnen Bereiche zur Finanzierung einer konkreten Aufgabe herangezogen werden (sollten), orientiert sich am Umfang und der Intensität der Nachfrage des jeweiligen Bedarfsträgers nach den Leistungen des entsprechenden Aufgabenbereiches.

1.2 Die Festlegung von Quoten für einzelne Finanzierungsträger

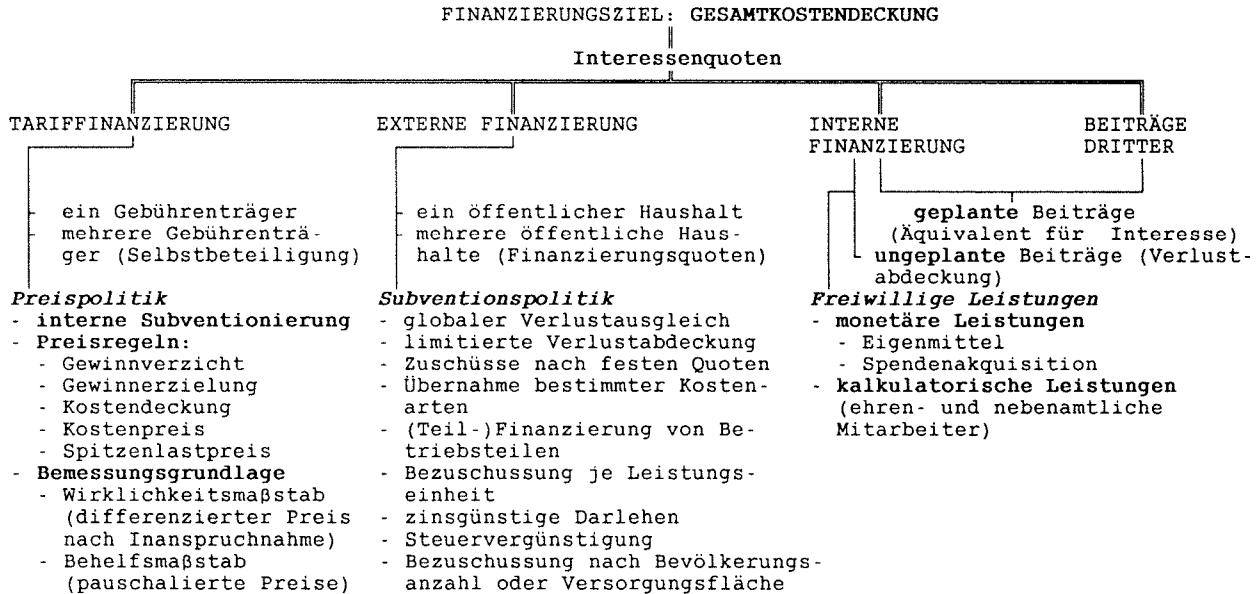
Ist der Nutzen aus der Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe überwiegend auf eine homogene Bedarfsträgergruppe begrenzt, empfiehlt sich aus finanztechnischen Gründen die Beschränkung auf einen Finanzierungsträger (monistische Finanzierung)¹⁷. Auch bei heterogenen Bedarfsträgerstrukturen können beispielsweise durch sozialpolitische Entscheidungen monistische Finanzierungssysteme begründet werden, wobei vorwiegend die Preis- bzw. Tariffinanzierung als Finanzierungsquelle angesehen wird¹⁸. Aber auch für die Finanzierung von öffentlichen Aufgaben ausschließlich aus Haushaltsmitteln lassen sich vielfältige Beispiele finden¹⁹.

17 Die Vorteile dieses Finanzierungssystems werden erläutert bei: Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. II, a.a.O., S. 253, Fn 11.

18 Dasselbst. Ein derartiges Finanzierungssystem kann bei Vorliegen von öffentlichem Interesse durch eine direkte, zweckgebundene Subventionierung ergänzt werden.

19 In diesem Zusammenhang wird auf Angebote zum "Null-Tarif" oder gar auf die Prämierung der Inanspruchnahme einer öffentlichen Leistung hingewiesen. Vgl. hierzu: Thiemeyer, Th.: Möglichkeiten und Grenzen der Kostendeckung im Bereich der Infrastruktur, in: Archiv für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen, Bd. 11 (1979), S. 209 - 221, hier: S. 211; Oettle, K.: Ziele, Mittel und Orientierungshilfen der Gebührenpolitik, in: Oettle, K. (Hrsg.); Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. II., a.a.O., S. 91 - 125, hier: S. 102 f.

Übersicht 9.1: ELEMENTE DER FINANZIERUNG VON MISCHGÜTERN



Bei polygenen Finanzierungssystemen werden die einzelnen Träger entsprechend der Intensität ihrer Nachfrage an der Finanzierung beteiligt. Die Zuordnung der Finanzierungslasten erfolgt auf der Grundlage von Interessenquotienten, "... die einen wenigstens einigermaßen begründeten Teilungsmaßstab abgeben."²⁰ Die Ermittlung solcher Quotienten ist jedoch kaum möglich, da

- nicht nur die Interessen der direkten und indirekten Bedarfsträger identifiziert und gewichtet werden müssen, sondern auch
- innerhalb einzelner Bedarfsträgergruppen eine Quotenbildung erfolgen muß.

Der letztgenannte Problembereich zeigt sich deutlich für die Gruppe der indirekten Bedarfsträger. Da das öffentliche Interesse weder nach Umfang noch in der Intensität den einzelnen Gebietskörperschaften zugewiesen werden kann, gibt es "... kein allgemeines Prinzip zur Bestimmung der jeweiligen Interessenquoten. Die Kostenteilung wird hier ausgehandelt werden müssen."²¹

Als besonders schwierig gestaltet sich die Identifizierung von Interessenquoten für Leistungsträger. Es wurde bereits dargelegt, daß ihr Interesse weniger den Leistungen des Rettungsdienstes gilt, sondern die Teilnahme an der Erfüllung der Aufgabe im Vordergrund steht. Ob und in welchem Umfang sich Leistungsträger überhaupt an der Finanzierung des Rettungsdienstes beteiligen (interne Finanzierung), wird normalerweise durch Verhandlungen geklärt, in Einzelfällen werden aber auch Finanzierungsquoten in Gesetzen festgelegt²². Potentiellen Leistungsträgern ist es, soweit es sich nicht um kommunale Einrichtungen handelt, grundsätzlich freigestellt, sich an der Aufgabenerfüllung zu beteiligen. Damit übernehmen sie die mit der Aufgabenerfüllung verbundenen Pflichten freiwillig.

Da die einzelnen Finanzierungsquoten komplementäre Größen darstellen, kann auch für den Bereich der Tariffinanzierung objektiv kein Anteilswert abgeleitet werden. Die Benutzungsentgelte

20 Oettle, K.; Ziele, Mittel ..., a.a.O., S. 119.

21 ebd., S. 120.

22 In § 8(4) RDG-Saar wird die Finanzierungsquote für Leistungsträger bei der Fahrzeugbeschaffung auf 20 % festgeschrieben, § 12(1) BW-RettDG sieht eine 10 %ige Eigenbeteiligung der Leistungsträger bei den "förderfähigen Kosten" vor.

sind so zu bemessen, daß sie "... zusammen mit der Förderung nach § 12 und der dort vorgesehenen Eigenleistung die Kosten (...) (des) Rettungsdienstes decken."²³ Das aus Gebühren zu deckende Finanzvolumen ergibt sich als Restbetrag nach Abzug der internen und externen Finanzierungsanteile, eine ausgehandelte Quotierung oder gar die Ableitung von Interessenquotienten kann im Bereich der Tariffinanzierung nicht festgestellt werden.

Bezüglich der Zuwendungen durch Dritte lassen sich a priori keine Finanzierungsquoten festlegen. Art, Umfang und Zeitpunkt der Zuwendungen (zweckgebundene Spenden, z.T. auch Sachspenden) ist von den Leistungsträgern kaum steuerbar, die Quote der Finanzierung durch Dritte ist deshalb auch nicht planbar.

2. Finanzierungsbereiche

2.1 Externe Finanzierung (Subventionen)

2.1.1 Begründungen für Subventionszahlungen

Eine Grundfrage der Systeme zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben ist die Entscheidung, ob, in welchem Umfang und in welcher Form sich der Staat an der Finanzierung beteiligt. Die Politik der Subventionierung einer konkreten Aufgabe beeinflusst direkt den Belastungsumfang und die -struktur der übrigen Finanzierungsträger.

Subventionen sind Geldzahlungen (Transfers) der öffentlichen Hand an (öffentliche oder private) Unternehmen, "...von denen an Stelle einer marktwirtschaftliche Gegenleistung bestimmte Verhaltensweisen gefordert oder doch erwartet werden."²⁴ Je nachdem, wie eng der Gesetzgeber den Subventionsgegenstand²⁵ definiert hat und das Vorhandensein dieser Leistung bzw. des

23 § 14(1) BW-RettDG.

24 Schmolders, G.: Finanzpolitik, 3.Aufl., Berlin - Heidelberg - New York 1970, S. 232; zum Subventionsbegriff vgl. auch: Hansmeyer, K.H.: Subventionen als wirtschaftspolitisches Instrument, in: Recktenwald, H.C.(Hrsg.): Finanzpolitik; Köln - Berlin 1969, S. 319 - 323; ders.: Transferzahlungen an Unternehmen (Subventionen), in: Handbuch der Finanzwissenschaft, Bd. 1 (3.Aufl.), Tübingen 1977, S. 959 - 996.

25 "Subventionsgegenstand oder Subventionsobjekt ist die Person oder Handlung, an die der Gesetzgeber die Zahlung einer Subvention knüpft." Hansmeyer, K.H.; Transferzahlungen ..., a.a.O., S. 972.

gewünschten Verhaltens überwacht, wird zwischen Subventionen ohne bzw. mit Verwendungsaufgaben unterschieden. "Während bei den Transfers ohne Verwendungsaufgaben das öffentliche Interesse meist nur auf Umwegen erschlossen werden kann, repräsentiert die Transferzahlung mit Verwendungsaufgaben (...) direkt den Gegenwert des öffentlichen Interesses, das der Empfänger mit seiner primär privatwirtschaftlich motivierten Tätigkeit ..."²⁶ befriedigt. Je verbindlicher die Verwendungsaufgaben, je dichter die Überwachung ihrer Einhaltung und je geringer die beim Unternehmen verbleibenden Freiheitsgrade bei der Disposition der Subventionsmittel, umso näher rückt die Subvention an einen Kaufakt, "... die Unterscheidung beider Gruppen wird zu einer "matter of accounting convention"."²⁷

Im Zusammenhang mit der Finanzierung öffentlicher Unternehmen wird Wert auf die Unterscheidung zwischen Abgeltungen und Subventionen gelegt. Abgeltungen sind demnach "... nicht als Subventionen (...) zu qualifizieren, sondern beinhalten einen rechtlich gesicherten Anspruch für die im Gemeinschaftsinteresse erbrachten Leistungen Privater."²⁸ Diese Unterscheidung wird hier nicht übernommen, da Abgeltungen im Prinzip als Subvention mit besonders strengen Verwendungsaufgaben anzusehen sind²⁹.

Die Erörterung der Optionsgüter hat gezeigt, daß diese Güter neben dem individuellen Nutzen der Inanspruchnahme auch öffentlichen Optionsnutzen befriedigen. Wenn nun der Staat sein Interesse an der Sicherstellung dieses Optionsnutzen in der Form äußert, daß er das entsprechende Gut zum Subventionsgegenstand macht, kann die Höhe der Subvention als Äquivalent für die Einschätzung des öffentlichen Nutzens durch den Staat angesehen werden. Mit der Theorie der Mischgüter in Verbindung mit dem Konzept der Meritorisierung kann damit ex post die Subventionspolitik zumindest teilweise begründet werden. "Der Ansatz (...) gibt jedoch keine Informationen zur ex-ante-Begründung oder gar Einschränkung bestimmter Subventionen."³⁰

26 ebd., S. 968.

27 ebd., S. 970 mit Verweis auf Musgrave (The Theory of Public Finance).

28 Urteil des VG Oldenburg zum "Ausgleich gemeinwirtschaftlicher Leistungen im öPNV" (§ 45a PBefG) v. 23.6.1983, in: Der Städtetag, Heft 1/1984, S. 51 - 52, hier: S. 51.

29 Vgl. hierzu: Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 125.

30 Hansmeyer, K.H.; Transferzahlungen ..., a.a.O., S. 985.

Die Unterscheidung zwischen Subventionen mit bzw. ohne Verwendungsaufgaben kann im Zusammenhang mit den Ausführungen zu öffentlichen bzw. meritorischen Gütern wie folgt interpretiert werden:

- Subventionen ohne Verwendungsaufgaben werden für Güter, Leistungen oder Verhaltensweisen gewährt, die aus rein privaten Nutzenerwägungen produziert bzw. praktiziert werden, für welche allerdings auch öffentliche Nutzenbestandteile erkennbar sind (Aspekt der Mischgüter).
- Werden Auflagen für die Verwendung einer Subvention erlassen, so werden "... dem Empfänger bestimmte Verhaltensweisen vorgeschrieben, die er nach dem Empfang einhalten muß."³¹ Der Subventionsempfänger ist also durch das Faktum und die Ausgestaltung der Subvention gehalten, sich anders zu verhalten, als dies unter ausschließlich individueller Nutzenabwägung der Fall gewesen wäre (meritorischer Aspekt).

2.1.2 Formen und Umfang der Subventionierung

Ausschlaggebend für das Verhalten des Subventionsempfängers ist sowohl die Höhe der Subvention, als auch die Subventionsform.

In der Subventionspolitik werden u.a. die folgenden Formen praktiziert³²

- globaler Verlustausgleich (ex post),
- limitierte Verlustabdeckung (ex post),
- Zuweisungen nach ex ante festgelegten Quoten,
- Übernahme der Finanzierung bestimmter Betriebsteile (im Rettungsdienst: Rettungsleitstellen),
- Übernahme der Finanzierung bestimmter Kostenarten bzw. Kostenartengruppen (z.B. Investitionskosten),
- Bezuschussung nach produzierten oder abgesetzten Leistungseinheiten,

31 ebd., S. 968.

32 Thiemeyer, Th.; Möglichkeiten und Grenzen der Kostendeckung ..., a.a.O., S. 218 f.; vgl. auch: ders.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 129 f.

- Zuweisungen aufgrund leistungsunabhängiger Kriterien, z.B. nach der Einwohnerzahl oder der Fläche eines Versorgungsgebietes³³,
- Gewährung von (zinsgünstigen) Darlehen,
- Steuerermäßigung oder Steuerbefreiung, sowie
- Subventionierung der direkten Bedarfsträger oder -gruppen.

Ziel jeder Subvention muß sein, daß sie "... für den Empfänger der Subvention Anreize zum zieladäquaten Handeln schafft."³⁴ Demnach ist die Frage, ob eine Subvention ihrer Höhe nach der entsprechenden Interessenquote des Staates entspricht, von nachrangiger Bedeutung. Wenn bereits mit einer geringen Subvention das aus der Sicht des Staates anzustrebende Verhalten erreicht wird, besteht auch bei intensivstem öffentlichen Interesse kein Anlaß für eine höhere Subventionierung. Damit ist zumindest eine Begründung gegeben, warum alle Ansätze, Interessenquoten nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu abzuleiten und zu fixieren, bislang gescheitert sind³⁵. So wird festgestellt, "... daß in allen Fällen, in denen Kostenrechnungen als Basis für Preisfixierungen durch Aufsichtsbehörden oder als Basis für Erstattungs- oder Abgeltungsforderungen dienen, die "richtigen" Kosten zwischen den Parteien ausgehandelt werden."³⁶ Eine Gleichsetzung von Subventionshöhe und volkswirtschaftlichem Nutzen ist deshalb unzulässig, weil "... die quasi "freiwillig" geleisteten Ausgleichszahlungen eher eine Untergrenze des tatsächlich gestifteten öffentlichen Nutzens widerspiegeln, da der Staat seine wahren Präferenzen (...) kaum offenbaren wird."³⁷

Im Krankenhausbereich wird beispielsweise der Status quo im Finanzierungssystem als Ausdruck öffentlichen Interesses bzw.

33 Vgl. als Beispiel die Bemessung der Zuweisungen zu den Betriebskosten des Rettungsdienstes in Nordrhein-Westfalen, in: Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 58 f.

34 Thiemeyer, Th.; Möglichkeiten und Grenzen der Kostendeckung ..., a.a.O., S. 218.

35 Vgl. als Beispiel: Zebisch, K.D.: Der soziale Nutzen des öffentlichen Personennahverkehrs als Grundlage für die Tarif- und Subventionspolitik; Buchreihe des Instituts für Verkehrswissenschaft an der Universität zu Köln, Bd. 39, Düsseldorf 1979, S. 247 ff.

36 ebd., S. 217.

37 ebd., S. 72.

Nutzens interpretiert: "... unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des bundesdeutschen Krankenhausmarktes (...) läßt sich die Vorhaltung von Krankenhäusern durchaus als eine öffentliche und damit vom Staat zu finanzierende Aufgabe erklären, nicht dagegen die Aufrechterhaltung der Betriebsbereitschaft ..."38. Hierzu ist folgendes festzustellen:

- nicht die materielle Vorhaltung von Krankenhäusern ist eine öffentliche Aufgabe, sondern die Sicherstellung eines ausreichenden, jederzeit verfügbaren Angebotes an Krankenhausleistungen, also die Vorhaltung der "lebendigen" Betriebsbereitschaft in ausreichendem Umfang³⁹;
- die Tatsache, daß eine Aufgabe als öffentlich oder staatlich qualifiziert wird, bedeutet nicht, daß der Staat die Sicherstellung dieser Aufgabe auch zu finanzieren habe. Dies wird deutlich, wenn in anderem Zusammenhang geklagt wird, daß "... der Gesetzgeber oder die Verwaltung dazu (neigt), Aufgaben zu übertragen, ohne die Finanzierung gleichzeitig zu regeln."⁴⁰

Interessante Ansätze zur Festlegung nutzenadäquater Interessenquoten bietet die Diskussion um die Finanzierung des öPNV. Neben der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Lasten durch

- den Ausgleich von Minderentgelten⁴¹,
- die Übernahme von Investitionskosten⁴² oder

38 Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. II, a.a.O., S. 262. Abshoff vertritt die Auffassung, daß diese Schlußfolgerung nicht unbedingt zwingend sei. Vgl. hierzu: Abshoff, J.; Überlegungen für eine Neuordnung ..., a.a.O., S. 367.

39 Eichhorn stellt selbst an anderer Stelle fest, daß ein öffentliches Interesse auch dafür bestehe, "... die notwendigen Krankenhausleistungen jederzeit sicherzustellen." ebd., S. 247.

40 Thiemeyer, Th.; Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung ..., a.a.O., S. 216.

41 Dies ist die "traditionelle Form" der Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Lasten. Vgl. hierzu: Zebisch, K.D.; Der soziale Nutzen des öPNV ..., a.a.O., S. 56 f.

42 ebd., S. 63 f. Dieses Finanzierungssystem ist mit dem dualen Finanzierungssystem des Krankenhausbereiches vergleichbar.

- die Ermittlung von "leistungsgerechten Daseinsvorsorgepreisen" für die öffentliche Hand⁴³

wird auch eine explizite Festlegung von Quoten für einzelne Finanzierungsträgergruppen diskutiert⁴⁴. Dieses Finanzierungsmodell sieht vor, daß - ausgehend von den Gesamtkosten und den antizipierten Beförderungsfällen - ein Eckwert gebildet wird, der durch die Summe aller Erlöse zu decken ist. Da die Leistungen des ÖPNV nicht nur den direkten Nutzern (Fahrgäste) zugute kommt, sondern indirekt auch der Allgemeinheit (Umwelteffekte, Staukosten, Verkehrssicherheit, Regelmäßigkeit der Verkehrsverbindungen, Reservefunktion beim Ausfall anderer Verkehrsmittel) ist es nicht zu rechtfertigen, "... den Verkehrskunden über gesamtkostendeckende Tarife die Vorteile bezahlen zu lassen, die der Gesamtheit aller Bewohner eines Gebietes bzw. der öffentlichen Hand zugute kommen."⁴⁵ Dieser, über den privaten Nutzenbereich hinausgehende Effekt der Bereithaltung eines ÖPNV-Angebotes, ist durch die öffentliche Hand zu finanzieren. Da jedoch praktikable Ansätze zur Quantifizierung des öffentlichen Bereithaltungsnutzens weitgehend fehlen, "... werden pragmatisch je nach Grad der gemeinwirtschaftlichen Anforderungen an das Leistungsangebot der Nahverkehrsunternehmen bis zu 20 % der Gesamtkosten je Beförderungsfall abgezogen."⁴⁶ Abweichungen vom Kalkulationseckwert sind über die normale Fahrpreisdifferenzierung hinaus dann möglich, wenn aus betriebswirtschaftlichen Gründen (Tages-, Wochen-, Monats-, Jahresfahrausweise, Sonderangebote), aber auch aus bildungs-, sozial- oder strukturpolitischen Gründen zusätzliche Rabatte gewährt werden. Die letztgenannte Gruppe der Fahrpreismäßigungen bildet zusammen mit dem volkswirtschaftlichen Nutzen die "gemeinwirtschaftlichen Belastungen des öffentlichen Personan-

43 ebd., S. 69 ff. Das Konzept basiert auf der Offenlegung der Zahlungsbereitschaft durch die Bedarfsträger, diese können jedoch durch taktisches Verhalten (free-rider-Position) ihren eigenen Aufwand minimieren. Die Verwendung von Umfrageergebnissen ist nur bedingt ein geeignetes Mittel zur Abschätzung der tatsächlichen Zahlungsbereitschaft. Vgl. hierzu: ebd., S. 74.

44 Deutscher Städtetag (Hrsg.): Verkehrspolitisches Konzept der deutschen Städte; Reihe F: DST-Beiträge zur Wirtschafts- und Verkehrspolitik, Heft 5, Köln 1984 - Anhang: Fahrpreise im ÖPNV - Empfehlungen des Deutschen Städtetags und des Verbandes öffentlicher Verkehrsbetriebe (VöV) von 1976, insbes. S. 43 ff.. Vgl. auch: Zebisch, K.D.; Der soziale Nutzen des ÖPNV ..., a.a.O., S. 75 ff.

45 Zebisch, K.D.; Der soziale Nutzen des ÖPNV ..., a.a.O., S. 76.

46 ebd., S. 77.

nahverkehrs", die vom jeweiligen Politikbereich abzugelten ist.⁴⁷ Der noch verbleibende Teilkostensockel ist dann vom direkten Nutzer (Fahrgast) über den Fahrpreis abzudecken.

Selbst dann, wenn über Interessenquoten der Subventionsumfang bedarfsgerecht begründet (oder ausgehandelt) werden könnte, bleibt die Frage nach der Form der Subventionierung. "Es kommt (...) darauf an, Subventionsformen zu finden, die

1. für die Unternehmen Anreize zum zieladäquaten Handeln bieten und
2. gleichzeitig die Liquidität der Unternehmen sichern."⁴⁸

Dort, wo durch Subventionen ein Ausgleich zwischen Normal- und politisch begründeten Sondertarifen geschaffen werden soll, sind die Form und die Bemessung der Subvention weitgehend unproblematisch, die Differenz zwischen Normal- und Sozialtarifen wird ausgeglichen⁴⁹.

Übernehmen externe Träger die Finanzierung bestimmter Kostenartengruppen (z.B. die Investitionskosten), geraten die Leistungsträger in die Abhängigkeit von

- haushaltswirtschaftlichen Zwängen des/der Finanzierungsträger⁵⁰, und/oder

47 Deutscher Städtetag (Hrs.); Verkehrspolitisches Konzept ..., a.a.O., Anhang: Fahrpreise im öPNV ..., S. 47 f.; vgl. auch: Zebisch, K.D.; Der soziale Nutzen des öPNV ..., a.a.O., S. 77 f.

48 Thiemeyer, Th.; Möglichkeiten und Grenzen der Kostendeckung ..., a.a.O., S. 218 f.

49 Obwohl auch hier Unterschiede in den Wirkungen von z.B. Einzelabgeltungen, Monatsabgeltungen auf der Grundlage von durchschnittlichen bzw. tatsächlichen Beförderungsfällen, Finanzierungsformen etc. zu sehen sind.

50 Vgl. hierzu beispielsweise: Art. 9(1) Bay RDG, § 12(2) und (3) RettDG-NW, sowie § 5(2) RDG-SH. Zu welchen Konsequenzen diese Abhängigkeit führen kann, zeigt das Beispiel der Krankenhausfinanzierung: Angesichts der schlechten Finanzlage der öffentlichen Haushalte hatte sich bis 1984 allein bei den Bundesländern ein Investitionsstau mit einem Volumen von 12 - 15 Mrd. DM angesammelt. Vgl. hierzu: Abshoff, J.; Überlegungen für eine Neuordnung ..., a.a.O., S. 369, sowie: Heuwing, M.; Krankenhausfinanzierung ..., a.a.O., S. 129.

- externen Einflüssen bei der Bedarfsplanung⁵¹.

Hinzu kommt, daß die Abgrenzung der Finanzierungstatbestände für einzelne Träger häufig unscharf und interpretationsbedürftig ist. So führt beispielsweise die Tatsache, daß zwischen kurz- und mittelfristigen Investitionen, Abschreibungen und Instandhaltungskosten Substitutionsbereiche liegen, bei der Zuordnung von Finanzierungslasten in aller Regel zu Schwierigkeiten⁵².

Ein globaler oder limitierter Verlustausgleich sichert zwar die Liquidität der Leistungsträger, bietet jedoch im Hinblick auf das Formalziel (Wirtschaftlichkeit) keinerlei Anreize zum zieladäquaten Handeln. Als Konsequenz muß bei genereller Zusage der Verlustübernahme das wirtschaftliche Verhalten der Subventionsempfänger durch die Einführung von Kontroll- und Überwachungsmechanismen sichergestellt werden.

Soll die Nachfrage nach bestimmten Gütern unterstützt werden und reagiert die Nachfrage nach diesen Gütern preiselastisch, so sind Transferzahlungen an die direkten Bedarfsträger der Subventionierung vorzuziehen. Durch diese Finanzierungsform werden Überwälzungs- und Inzidenzprobleme weitgehend vermieden, darüberhinaus können durch Transferzahlungen ungewollte Mitnahmeeffekte minimiert werden. Wird beispielsweise die Nachfragesteigerung einer bestimmten sozialen Gruppe nach einem bestimmten Gut angestrebt, so kann der Übergang von der Objektförderung (Subventionierung von Betrieben oder Leistungen) zur Subjektförderung (Transferzahlungen an die direkte Nachfragergruppen) in vielen Fällen zu besseren Ergebnissen führen⁵³.

51 Durch die Abtrennung der Planungsfunktion vom Kompetenzbereich des Leistungsträgers entstehen z.T. Verantwortlichkeiten mit gegenläufigen Interessen. Betriebsrelevante Entscheidungen werden extern getroffen, darüberhinaus werden "... bei Entscheidungen über Investitionen (...) Folgekosten bezüglich des Personal- und Sachmittelsinsatzes oftmals außer acht gelassen." Metzke, I.; Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 116.

52 Vgl. hierzu: Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. II, a.a.O., S. 260, Fn 13.

53 Mit der Unterstützung der direkten Bedarfsträger wird der Bereich der Subventionen verlassen, da "Transferdestinatär" in der Regel private Haushalte sind. Vgl. hierzu: Schmolders, G.; Finanzpolitik, a.a.O., S. 225; Hansmeyer, K.H., Transferzahlungen ..., a.a.O., S. 321; Thiemeyer, Th.; Betriebswirtschaftslehre öffentlicher Betriebe, Teil 2, a.a.O., 419 f., sowie: ders.: Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 134 ff.

2.2 Tarif- bzw. Preisfinanzierung

2.2.1 Preispolitik für private und öffentliche Güter

In der ökonomischen Markttheorie erfüllt der (Gleichgewichts-) Preis bei Marktverhältnissen, die annähernd den Bedingungen der vollständigen Konkurrenz entsprechen, die folgenden Funktionen⁵⁴:

- er schafft einen Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage (Markträumungsfunktion),
- er zeigt die relative Knappheit von Gütern an (Indikatorfunktion),
- er lenkt die Produktionsmittel an der Ort der effektivsten Verwendung (Allokationsfunktion),
- über den Preis werden nicht-wettbewerbsfähige Anbieter und Nachfrager vom Markt verdrängt (Selektionsfunktion), außerdem wird
- durch die Bewertung von Produktionsfaktoren über den Preis die primäre Einkommensverteilung determiniert (Distributionsfunktion).

Für den Einzelbetrieb ist der Preis, je nach Marktsituation, entweder ein Datum (Polypol), an das er sich mit seiner Absatzmenge anpassen muß, oder es bestehen, aufgrund von Marktunvollkommenheiten bzw. Monopolisierungstendenzen, Gestaltungsspielräume für eine aktive betriebliche Preispolitik. Aufgabe der Preispolitik von erwerbswirtschaftlichen Unternehmen ist es, die Unternehmensziele, i.d.R. eine langfristige Gewinnmaximierung⁵⁵, zu erreichen. Charakteristisch für eine betriebsindividuelle Preispolitik ist, daß "... die außerbetrieblichen produktionspolitischen Wirkungen und vor allem die verteilungspolitischen Wirkungen nicht ins Bewußtsein treten."⁵⁶

54 Vgl. hierzu u.a.: Wilhelm, H., Corsten, H., Meier, B.: Staatliche Preisfixierung - Formen, Instrumente, Probleme; in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSu), Heft 1/1982, S. 29 - 34, hier: S. 29 f.

55 Das System betriebliche Ziele wird u.a. beschrieben von: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 110 ff.

56 Thiemeyer, Th.: Probleme und Besonderheiten der Preispolitik gemeinwirtschaftlicher Betriebe, in: Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung (zfbf), Sonderheft 5: Gemeinwirtschaftliche Betriebe und öffentliche Verwaltungen, Opladen 1976, S. 27 - 40, hier: S. 36.

Bei der Bereitstellung öffentlicher Güter stehen dagegen gerade diese außerbetrieblichen, vom Markt, vom Einzelbetrieb und von den Nachfragern nur unzureichend erfaßten Wirkungen im Mittelpunkt des Interesses. Die Ziele von öffentlichen Unternehmen liegen in der Sache begründet, d.h. in der Darbietung von Leistungen bzw. und der Deckung von Bedarf (Sachziele), wobei Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit (Formalziel) ergänzend hinzutreten⁵⁷. "Erstere betreffen die besonderen öffentlichen Aufgaben, derentwegen der Betrieb tätig ist, letztere das generelle Gebot, alle öffentlichen Aufgaben so wirtschaftlich wie möglich zu erfüllen. (...) Kollidieren Bedarfsdeckungs- und Wirtschaftlichkeitsziele miteinander, so gehen die ersteren vor, weil sie die Existenz des Betriebes begründen und weil das Wirtschaftlichkeitsstreben (...) nur Mittel zum Zweck ist."⁵⁸

Angesichts dieser unterschiedlichen Zielstellung muß auch die Preispolitik bei der Bereitstellung öffentlicher Güter anders ausgerichtet werden, als dies bei erwerbswirtschaftlicher Güter- und Leistungsproduktion der Fall ist. Da den Betrieben, die öffentliche Aufgaben wahrnehmen, eine Vielzahl unterschiedlicher Ziele, Zielhierarchien und Rahmenbedingungen vorgegeben ist, existiert keine "... in sich geschlossene, einheitliche Preistheorie ..."⁵⁹ für öffentliche Unternehmen.

Ansatzpunkt für eine Preispolitik öffentlicher Unternehmen sind die Ziele, die mit der Bereitstellung der jeweiligen Güter erreicht werden sollen. "Die Instrumentalfunktion der öffentlichen Betriebe (verlangt) vielgestaltige und elastische Preisbildungsverfahren, die zieladäquat (...) sein müssen."⁶⁰ Durch diese Zielbezogenheit besteht u.a. die Möglichkeit, das Ausmaß der Preisbeeinflussung bzw. -administration abzuschätzen. Ent-

57 Die Zielsysteme öffentlicher Unternehmen werden u.a. erl. von: Oettle K.: Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzung, in: ders. (Hrsg.) Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. I, a.a.O., S. 2 - 35; Thiemeyer, Th.: Öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen als Erkenntnisobjekt der Betriebswirtschaftslehre und als wirtschaftspolitisches Instrument, in: Eichhorn, P.(Hrsg); Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse ..., a.a.O., S. 125 - 144, hier: S. 131 f.; ders.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 25 ff.

58 Oettle, K.; Ziele, Mittel ..., a.a.O., S. 101 f.

59 Thiemeyer, Th.; Öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen ..., a.a.O., S. 137.

60 ders.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 166.

sprechend der Intensität der staatlichen Preisbeeinflussung wird unterschieden zwischen⁶¹

- staatlich-administrierten Preisen,
- teil- (staatlich) administrierten Preisen, und
- privat administrierten Preisen.

Während bei staatlich-administrierten Preisen (z.B. Gebühren, Höchst- Mindestpreise, Richtpreise) der preispolitische Handlungsspielraum der jeweiligen Leistungsträger aufgehoben oder doch weitgehend eingeschränkt ist, bleiben bei teil-administrierten Preisen den Betrieben Möglichkeiten zu einer eigenständigen Preispolitik. Die Administration beschränkt sich auf die Beeinflussung der Preise "... durch Verbrauchsteuern oder Preisregulierungen auf vorgelagerten Produktions- und Handelsstufen ..."⁶².

"Unter privat-administrierten Preisen werden solche verstanden, die aufgrund eingeschränkter oder sogar fehlender Wettbewerbs durch die Anbieter allein unter Kosten- und Gewinnesichtspunkten festgesetzt werden (können)."⁶³ Um Preise privat administrieren zu können, muß der entsprechende Anbieter die Position eines Preisführers (bei abgestimmtem bzw. parallelem Verhalten der übrigen Marktteilnehmer) oder eines Monopolisten einnehmen. Eine hohe Preis- oder Substitutionselastizität der Nachfrage verhindert allerdings häufig die Durchsetzung überhöhter privat-administrierter Preise auf dem Markt.

Für die Diskussion im Rahmen dieser Arbeit ist ausschließlich die erstgenannte Gruppe administrierter Preise von Interesse, also Preise, die sich durch folgende Eigenschaften auszeichnen⁶⁴:

61 Zum Begriff und zur Bedeutung administrierter Preise vgl. u.a.: Baum, H.: Staatlich-administrierte Preise als Mittel der Wirtschaftspolitik; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 46, Baden-Baden 1980, insbes. S. 23 ff.; ders.: Grundsätze für eine wirtschaftspolitische Neuorientierung, in: Wirtschaftsdienst, Oktober 1980, S. 486 - 492; Aberle, G.: Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik; Schaeffers Grundriß des Rechts und der Wirtschaft, Abt. III, Bd. 65, Berlin, Köln, Mainz 1980, S. 143 ff.

62 Baum, H.; Grundsätze ..., a.a.O., S. 486.

63 Aberle, G.; Wettbewerbstheorie und -politik, a.a.O., S. 144. Ausführlich hierzu: Baum, H.; Staatlich-administrierte Preise ..., a.a.O., S. 23 f.

64 Baum, H.; Staatlich-administrierte Preise ..., a.a.O., S. 24 f.

- die Preisfreiheit der Marktpartner ist eingeschränkt,
- die Einhaltung der Preisbildungsvorschriften wird überwacht,
- die Preise sind i.d.R. politische Preise, und
- die verfolgten Ziele sind nicht mehr rein ökonomisch, sondern eine Kombination von ökonomischen, sozialen und gesellschaftlichen Zielsetzungen.

2.2.2 Preisdifferenzierung und interne Subventionierung

Ein Grundelement der Preispolitik für öffentliche Güter stellt die Preisdifferenzierung bzw. die interne Finanzierung dar. "Die interne Subventionierung gehört in den Bereich monopolistischer Marktpaltung und Preisdifferenzierung."⁶⁵ Diese Form der Preispolitik ist nicht auf öffentliche Güter begrenzt, auch im erwerbswirtschaftlichen Bereich wird sie in der Form praktiziert, daß "... ein Unternehmen Güter gleicher Art zu unterschiedlichen Preisen verkauft. (...) Das Ziel der Preisdifferenzierung besteht darin, durch Bildung von Teilmärkten den Gewinn zu vergrößern."⁶⁶

Bei der Preisbildung für öffentliche Güter wird häufig auf das Mittel der internen Subventionierung zurückgegriffen. Der Unterschied zwischen Preisdifferenzierung und interner Subvention ist vor allem in der jeweiligen Motivation zu sehen. Während die Preisdifferenzierung in der Erwerbswirtschaft in erster Linie der Verfolgung der Unternehmensziele Gewinn-, Umsatz- oder Marktanteilsmaximierung dient, vollzieht sich der Vorgang der internen Subventionierung "... durch Überschüßerzielung auf bestimmten Teilmärkten und Bezuschussung anderer Teilmärkte. Es handelt sich um einen steuerungsähnlichen Vorgang zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben."⁶⁷

Eine Unterscheidung beider preispolitischen Mittel ist im Einzelfall deshalb schwierig, weil die Instrumente der internen

65 Thiemeyer, Th.; Besonderheiten und Probleme der Preispolitik ..., a.a.O., S. 36.

66 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 591. In wettbewerbspolitischem Zusammenhang ist für den Vorgang der Preisdifferenzierung auch der Begriff Preisdiskriminierung geläufig.

67 Thiemeyer, Th.; Besonderheiten und Probleme der Preispolitik ..., a.a.O., S. 36; vgl. auch: Kneips, G.: Zur Problematik der internen Subventionierung in öffentlichen Unternehmen, in: Finanzarchiv, N.F. Bd. 45, Heft 2 (1987), S. 268 - 283, hier: S. 269.

Subventionierung weitgehend denen der Preisdifferenzierung entsprechen⁶⁸:

- räumliche Preisdifferenzierung (regionale Marktaufspaltung),
- zeitliche Preisdifferenzierung (Bildung von Teilmärkten je nach Nachfragezeitpunkt),
- materielle Preisdifferenzierung (Differenzierung der Preise nach Verwendungszweck bei unterschiedlichen Nachfrageelastizitäten (z.B. bei Speise- und Industriesalz, Trink- und Industriealkohol), sowie
- Mengenrabatte, soweit diese nicht auf Kosteneinsparungen infolge von Massenproduktion (economies of scale) zurückzuführen sind.

Neben einer Preisdifferenzierung besteht auch die Möglichkeit, über eine Leistungsdifferenzierung eine interne Subventionierung herbeizuführen. Eine Leistungsdifferenzierung liegt dann vor, wenn "... gleiche Gebühren für ungleichartige Leistungen ..." ⁶⁹ erhoben werden.

Die Durchsetzbarkeit von preispolitischen Maßnahmen zur internen Subventionierung hängt von der Marktsituation und von der Preis- bzw. Substitutionselastizität der Nachfrage auf den betroffenen Teilmärkten ab (Abb. 9.1). Monopolistische oder monopolähnliche Marktstrukturen und eine preisunelastische Nachfrage begünstigen eine Preissetzung mit dem Ziel der internen Subventionierung. Allerdings kann eine zu starke Belastung des "besteuerten" Teilmarktes dazu führen, daß marktexterne Entwicklungen einen erheblichen Nachfragerückgang verursachen und das gesamte Finanzierungssystem gefährdet wird (Abb. 9.2).

68 Vgl. hierzu: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 593 f.; Oettle, K.; Ziele, Mittel ..., a.a.O., S. 112; Aberle, G.; Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik, a.a.O., S. 56 f.

69 Oettle, K.; Ziele, Mittel und Orientierungshilfen ..., a.a.O., S. 112.

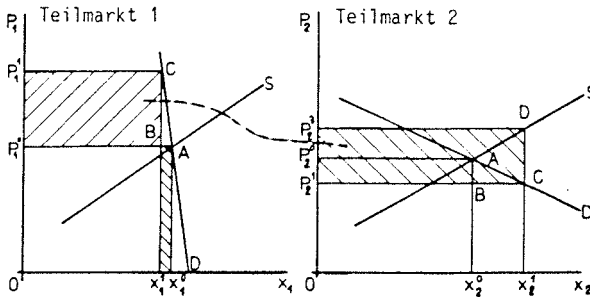


Abb. 9.1: Funktionsweise der internen Subventionierung

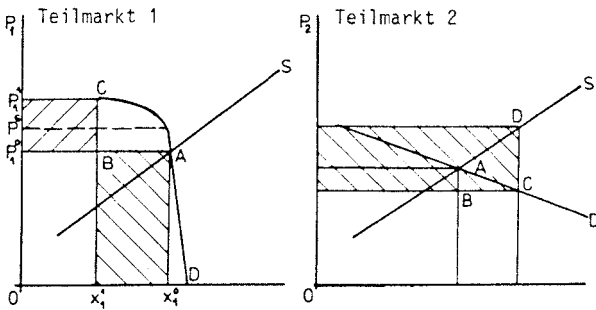


Abb. 9.2: Schwellenpreise als Störfaktoren der internen Subventionierung

Solche Entwicklungen können beispielsweise durch eine Änderung der öffentlichen Meinung bezüglich der Nützlichkeit des besteuerten Gutes ausgelöst werden, der gleiche Effekt kann aber auch durch eine Verhaltensänderung bei Nachfragedeterminierern (z.B. Verschreibungspraxis der Ärzte) verursacht werden.

Der Widerstand der Nachfrager gegen einen "besteuerten" Preis wird umso größer sein, je höher der "Steuer-"Anteil zur internen Subventionierung ist, und je geringer der Bezug des Preises zur gebotenen Leistung wird⁷⁰. Besonders der fehlende Leistungsbezug der Preise kann, auch bei an sich unelastischer Nachfrage, zur Suche nach Alternativen bzw. Vermeidungsmöglichkeiten führen. Für nahezu jedes Gut mit unelastischer Nachfrage existiert ein Schwellenpreis, ab welchem die Nachfrage auf

70 Die Problematik des von der Leistung losgelösten Pflegesatzes wird erörtert von: Abshoff, J.; Überlegungen für eine Neuordnung ..., a.a.O., S. 369 f.

Preisänderungen zunehmend flexibel reagiert. Ein Ziel der Preispolitik für öffentliche Güter muß daher sein, die Preise bzw. die Tarife so zu gestalten, daß der Leistungsbezug für direkte, aber auch für indirekte Bedarfs- und Finanzierungsträger erkennbar bleibt und vorhandene Schwellenwerte für elastische Nachfragerreaktionen nicht überschritten werden.

2.2.3 Überlegungen zur Preisbildung von Mischgütern

Angesichts der Existenz von Schwellenpreisen kommt der Tarifgestaltung große Bedeutung für die Durchsetzbarkeit von Preisen zu. In diesem Zusammenhang sind Rezepturen nicht zu empfehlen, die a priori "... bestimmte Preise (oder Gebühren usw.) an bestimmte Kosten oder bestimmte Preisteile an bestimmte Kostenteile (...) binden wollen (...). Die Preisstruktur dient - und das gilt bei privatwirtschaftlich-erwerbswirtschaftlicher Orientierung ebenso wie bei öffentlich-wirtschaftlichen Zielen - als wichtiges absatzpolitisches Instrument, dessen man sich durch (...) Bindungen an Kostengrößen nicht voreilig begeben sollte."⁷¹

Die Preise (Gebühren) für öffentliche Güter werden entweder auf der Grundlage von Wirklichkeitsmaßstäben oder unter Verwendung von Behelfsmaßstäben kalkuliert. "Im ersten Fall werden die jeweils in Anspruch genommenen Leistungsmengen und bei Gebühren-differenzierung auch die etwaigen anderen Differenzierungsmerkmale genau oder wenigstens stufengenau erfaßt."⁷² Bei der Gebührenberechnung nach Behelfsmaßstäben wird "... auf Zurechnungsschlüssel zurückgegriffen und unterstellt, es bestehe zwischen ihm und dem tatsächlichen Verbrauch (...) ein mehr oder weniger enger Zusammenhang."⁷³ Welcher Maßstab im konkreten Fall der Gebührenermittlung zugrundegelegt ist, wird neben Praktikabilitätsgesichtspunkten auch durch externe Preisbildungsrichtlinien vorgegeben. So ließen sich beispielsweise im Krankenhaus die Mehrzahl der Einzelleistungen je Pflege- bzw. Krankheitsfall erfassen und einzeln abrechnen, statt dessen wird jedoch mit dem pauschalierten Behelfsmaßstab "Pflegetag" operiert.

71 Thiemeyer, Th.; Öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen ..., a.a.O., S. 137.

72 Oettle, K.; Ziele, Mittel ..., a.a.O., S. 114.

73 Dasselbst.

In der Praxis der Gebührenermittlung wird mehr und mehr versucht, durch eine Kombination von Wirklichkeits- und Behelfsmaßstäben die Tarifstruktur einerseits zieladäquat, andererseits aber noch praktikabel zu gestalten. Konsequenz solcher Bemühungen sind häufig gespaltene Tarife mit einer Grundgebühr als mehr oder weniger exakt ermittelte Kostengebühren für die Inanspruchnahme⁷⁴, häufig noch ergänzt durch vielfältige Tarifzuschläge.

Bei bestimmten Zielkonstellationen bzw. Vorgaben kann allerdings ein gespaltener Tarif, soweit durch seine Struktur die Inanspruchnahme eines Gutes gefördert wird, zu unerwünschten Resultaten führen. So werden zunehmend Bedenken geäußert, ob ein "werbender" Tarif im Energiebereich oder in der Wasserwirtschaft "... noch als "gemeinwirtschaftlich", als "im öffentlichen Interesse" erscheinen kann ..."⁷⁵.

Mit diesen Ausführungen wird deutlich, daß es eine generelle, in sich geschlossene Preistheorie für öffentliche Betriebe nicht geben kann. Die Aufgaben, die Zielvorstellungen, die strukturellen und organisatorischen Eigenschaften der Betriebe, die herrschenden Marktbedingungen und die mit der Preisbildung angestrebten Verhaltensänderungen der Nachfrager bzw. Bedarfsträger sind zu vielgestaltig, als daß "aprioristische" Preissysteme eine zielbezogene Preisgestaltung zuließen. Da der Preis auf den Märkten der öffentlichen Unternehmen in erster Linie eine Instrumentalfunktion für die Erreichung der Sachziele der Unternehmen erfüllt, wird empfohlen, daß die Preisbildungs- und Tarifierungstechniken auf die Aufgaben des jeweiligen Einzelfalles abgestellt werden (kasuistische Preistheorie)⁷⁶.

2.2.4 Zur Frage der Eigenbeteiligung der direkten Bedarfsträger

Gesundheitsgüter sind überwiegend dadurch gekennzeichnet, daß für den direkten Bedarfsträger Experten den Bedarf festlegen und die Solidargemeinschaft den Preis für die Bedarfsdeckung

74 Beispiele: Kanalisationsgebühr, Telefongebühr, Strompreis, etc.

75 Thiemeyer, Th.; Besonderheiten und Probleme der Preispolitik ..., a.a.O., S. 39.

76 Daselbst. Vgl. auch: ders.; Betriebswirtschaftslehre der öffentlichen Betriebe, Teil 2, a.a.O., S. 421; ders.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 167.

trägt. Angesichts der besonderen Rahmenbedingungen⁷⁷ und der Entwicklungen im Gesundheitswesen, die durch die Stichworte "Kostenexplosion" und "Ineffizienz" beschrieben werden können, wird immer wieder gefordert, die direkten Bedarfsträger durch eine Selbstbeteiligung in die Finanzierung des Gesundheitswesens einzubinden. Vom Einsatz dieses Instrumentes "... zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Nachfrage ..." ⁷⁸ werden u.a. die folgenden Wirkungen erwartet⁷⁹:

- eine bewußtere Nachfrage nach Gesundheitsgütern (kein "krankfeiern", kein "Kurlaub", etc.),
- sparsamer Umgang mit Gesundheitsgütern (z. B. mit Medikamenten),
- Kontrolle der Nachfragedeterminierer (Ärzte) durch die direkten Bedarfsträger (Patienten),
- wirtschaftliche Verschreibungspraxis der Ärzte,
- Änderung des Nachfrageverhaltens, z.B. durch Substitution von teuren durch billigere Medikamente, sowie
- Erhöhung des Bewußtseins für die eigene Verantwortlichkeit beim direkten Nachfrager.

Mit der Einführung einer Selbstbeteiligung wird im Grundsatz auf der einen Seite eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen, auf der anderen Seite eine Begrenzung der Nachfrage auf das "Angemessene"⁸⁰ angestrebt.

Eine Entlastung der Krankenkassen wird, unabhängig von der Form der Selbstbeteiligung und der Nachfragereaktion, nur dann erreicht, wenn die Summe der Mehreinnahmen bzw. Kostenentlastungen größer ist, als die Kosten des Erhebungsverfahrens der Selbstbeteiligung. So wurde beispielsweise von

77 Vollständige finanzielle Absicherung der Patienten im Krankheitsfall, verbunden mit der unterstellten Dysfunktion des "moral hazard" (Ausdehnung der medizinischen Nachfrage über das Notwendige hinaus). Siehe hierzu ausführlich: Schaper, K.: Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Frankfurt 1978, S. 90 ff. Eine entsprechende Analyse bieten auch: Gröske, K.D., Heinzmann, W.: Ineffizienz im Gesundheitswesen: Ursachen und Reformmöglichkeiten, in: Wirtschaftsdienst, Heft 2 / 1987, S. 76 - 82, hier: S. 76 f.

78 Metzke, I.; Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 78.

79 Vgl.: ebd., S. 78 f.

80 Schaper, K., Kollektivgutprobleme ..., a.a.O., S. 214.

den Krankenkassen in Bayern auf die bereits eingeführte Erhebung einer Selbstbeteiligung im Rettungsdienst verzichtet, weil "... Aufwand und Erlös in krassem Mißverhältnis zueinander stehen."⁸¹

Ausschlaggebend für die Wirksamkeit einer Selbstbeteiligung in Hinblick auf eine Nachfragedämpfung sind

- die Höhe der Beteiligung (nicht nur der Erhebungsaufwand muß gedeckt sein, die Beteiligung muß für den direkten Bedarfsträger "merklich" sein⁸²),
- die gewählte Form der Selbstbeteiligung⁸³, sowie
- der Preiselastizität der Nachfrage nach den entsprechenden Gesundheitsgütern.

Wird durch eine zu hohe Selbstbeteiligung das Ziel der Nachfragedämpfung erreicht oder gar übertroffen, kann die Kostendämpfung im Gesundheitswesen in Konflikt mit dem sozialpolitischen Ziel einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kommen, darüberhinaus sind unerwünschte Verteilungswirkungen nicht auszuschließen⁸⁴.

Bei preisunelastischer Nachfrage erweist sich die Selbstbeteiligung als untaugliches Mittel zur Beeinflussung der Nachfrage, übrig bliebe allenfalls ein Entlastungseffekt für die

81 Sitzmann, H.; Finanzierbarkeit des Rettungsdienstes ..., a.a.O., S. 68.

82 Vgl. hierzu: Schaper, K.; Kollektivgutprobleme ..., a.a.O., S. 236 f., sowie Metzke, I.; Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 79.

83 Die Grundformen der Selbstbeteiligung sind der prozentuale und der absolute Selbstbehalt, sowie kombinierte Beteiligungsmodelle. Die unterschiedlichen Beteiligungsformen und ihre Auswirkungen werden erläutert von: Schapers, K.; Kollektivgutprobleme ..., a.a.O., S. 215 ff. Vgl. auch: Scheil, X.B.: Die Selbstbeteiligung als Steuerinstrument der Kostenentwicklung in der GKV, in: Wirtschaftsdienst, Heft 7 / 1980, S. 397 - 400.

84 Zu diesen Punkten wurde von sozialwissenschaftlicher Seite in den vergangenen Jahren eine intensive Diskussion geführt. Vgl. u.a.: Pfaff, M.: Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein? in: Sozialer Fortschritt, 34. Jg. 1985, Heft 12, S. 272 - 276; Schneider, M.: Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung, in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg. 1986, Heft 1, 2, S. 29 - 34; Hoffmann, J.: Selbstbeteiligung in der GKV - Eine Analyse vom Standpunkt der ökonomischen Theorie der Politik, in: Sozialer Fortschritt, 36. Jg. 1987, Heft 4, S. 83 - 85.

Krankenkassen und eine partielle Umverteilung der Gesundheitskosten von der Solidargemeinschaft auf die Kranken⁸⁵.

Verschiedene Untersuchungen zur Beeinflussung der Nachfrage über den Preis zeigen, daß ein Entlastungseffekt für die Kassen auf Dauer nicht unbedingt erwartet werden kann. Zwar wurde beispielsweise nach der Einführung einer Prämie für nicht genutzte Krankenscheine kurzfristig ein Rückgang der Primärnachfrage beobachtet, dieser Effekt wurde jedoch überkompensiert durch einen "... überproportionalen Anstieg des Leistungsbedarfes pro Behandlungsfall, d.h. (...) (durch die) von den Ärzten autonom festgesetzte Sekundärnachfrageausweitung."⁸⁶

Als Konsequenz aus diesen Erfahrungen stellen einige Autoren fest, daß sich eine Selbstbeteiligung "... meist an die falschen Adressaten"⁸⁷ wendet. Nicht die Patienten, sondern die Experten, im Gesundheitswesen in erster Linie die Ärzte, definierten den Umfang der Nachfrage. Wenn durch die Selbstbeteiligung die Nachfrage beeinflusst werden soll, so wird vorgeschlagen, die Selbstbeteiligung auf die Nachfragedeterminierer zu verlagern, beispielsweise in Form einer Globalvergütung der Rezepte. Dies könnte allerdings nicht direkt, sondern nur über die ärztlichen Standesorganisationen erfolgen. "Die Kassenärztlichen Vereinigungen bräuchten diese finanzielle Belastung zunächst nicht an den einzelnen Arzt weiterzureichen. Lediglich das Gesamthonoraraufkommen würde entsprechend reduziert."⁸⁸

Dieser Vorschlag besitzt derzeit wohl kaum eine Realisierungschance. Wird die Einführung einer Selbstbeteiligung diskutiert, so ist ausschließlich von der finanziellen Beteiligung der direkten Bedarfsträger die Rede. Bewirkt sie unter günstigen Bedingungen eine Nachfragedämpfung, "... so ist die "Überlegenheit des Marktes" erwiesen, wirkt sie nicht, so ist ge-

85 Vgl. hierzu u.a.: Saekel, R.: Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen? in: Wirtschaftsdienst, Heft 4 / 1985, S. 176 - 183, hier: S. 181.

86 Schapers, K.; Kollektivgutprobleme ..., a.a.O., S. 295. Auch andere Autoren weisen auf die Erfahrungen mit "perversen Steuerungseffekten" einer Selbstbeteiligung hin; vgl. u.a.: Pfaff, M.; Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig ..., a.a.O., S. 273; Hofmann, J.; Selbstbeteiligung in der GKV ..., a.a.O., S. 85.

87 Herder-Dorneich, Ph.; Wachstum und Gleichgewicht ... a.a.O., S. 201.

88 ebd., S. 185; ähnlich auch bei: Lampert, H.: Verfassung und Struktur ..., a.a.O., S. 289 f.

zeigt, daß die Konsumenten die realisierte Leistungsmenge wünschen ..."⁸⁹. Nach dieser Sichtweise "... kann Selbstbeteiligung in der Praxis nie scheitern."⁹⁰ Der Effekt ist in jedem Fall die Einbindung eines zusätzlichen Finanzierungsträgers.

2.3 Finanzbeiträge Dritter

Ein weiteres Element der Finanzierung öffentlicher Aufgaben ist in der finanziellen Beteiligung Dritter zu sehen. Aus der Bereitstellung öffentlicher Güter ziehen neben den direkten Bedarfsträgern und den bereits genannten indirekten Bedarfsträgern auch andere Trägergruppen Nutzen. Wenn diese Gruppen identifiziert und die ihnen zufließenden Nutzenpotentiale zumindest annähernd erfaßt werden können, bietet sich die Möglichkeit, soweit politisch erwünscht und wirtschaftlich durchführbar, eine "... nutzenorientierte Reinternalisierung durch eine finanzielle Mitbelastung der jeweiligen Drittnutzer zu schaffen."⁹¹ Eine nutzenorientierte Finanzierungsbeitragung Dritter kann über Marktprozesse kaum erfolgen, da diese Nutzergruppen häufig weder abgrenzt, noch die Nutzenpotentiale abgeschätzt werden können. Als eine Möglichkeit zur Einbeziehung Dritter wird die Erhebung von Sonderabgaben empfohlen⁹². Sind die entsprechenden Nutzergruppen abgrenzbar und klein genug, ist, bei Gültigkeit entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen (Eigentumsrechte), einer Finanzierungsbeitragung auf der Grundlage von Verhandlungen der Vorzug einzuräumen. Dieser, als "Coase-Theorem" bekannten Empfehlung kann allerdings nicht grundsätzlich gefolgt werden⁹³. Auch freiwillige Finanzierungsbeiträge, z.B. in Form von Spenden, sind denkbar und werden praktiziert, allerdings haben diese für die Finanzplanung den Nachteil, da sie ex ante kaum kalkulierbar sind.

89 Hofmann, J.; Selbstbeteiligung in der GKV ..., a.a.O., S. 85.

90 Dasselbst.

91 Zebisch, K.D.; Der soziale Nutzen des öPNV ..., a.a.O., S. 103; ähnlich auch bei: Thiemeyer, Th.; Besonderheiten und Probleme ..., a.a.O., S. 28.

92 ebd., S. 337 ff.

93 Vgl. hierzu: Musgrave, Musgrave, Kullmer; Die öffentlichen Finanzen ..., Bd. 1, a.a.O., S. 74.

2.4 Interne Finanzierung

Das Element der internen Finanzierung wird in Veröffentlichungen und Stellungnahme zur Finanzierung öffentlicher Unternehmen häufig vernachlässigt. Ursache hierfür ist, daß bei der Erfüllung von öffentlichen Aufgaben dieses Finanzierungselement nicht vorgesehen ist. Im Rahmen einer Untersuchung über den Rettungsdienst kann jedoch auf diesen Finanzierungsbereich nicht verzichtet werden, da sich hier die Leistungsträger freiwillig in nennenswertem Umfang an der Finanzierung der Aufgabe beteiligen. Diese Beteiligung wird, darauf wurde bereits hingewiesen, in einigen landesrechtlichen Regelungen ausdrücklich festgeschrieben.

Ein Abgrenzungsproblem ergibt sich in diesem Zusammenhang bezüglich der kommunalen Rettungsdienste. Wenn die Investitionen und Betriebskosten dieser Rettungsdienste aus den Haushalten der kommunalen Träger finanziert werden, könnte auch hier von einer internen Finanzierung gesprochen werden. Da die Finanzierung aus öffentlichen Haushalten jedoch generell der externen Finanzierung zugeordnet wurde, können als interne Finanzierungselemente nur die Beiträge der Sanitätsorganisationen in ihrer Funktion als Leistungsträger im Rettungsdienst angesehen werden.

Die interne Finanzierung ist dadurch gekennzeichnet, daß der Leistungsträger mit eigenen bzw. nur ihm zugänglichen Mitteln (z.B. zweckgebundene Spenden für den Rettungsdienst des Leistungsträgers) zur Aufgabenerfüllung beiträgt. Die Übernahme von Finanzierungsteilen ist für die Leistungsträger entweder eine planbare Größe, oder ein entsprechender Finanzierungsbedarf tritt ungeplant auf und muß kurzfristig gedeckt werden.

Geplante bzw. planbare Finanzierungsbeiträge liegen beispielsweise vor, wenn

- die Übernahme der Aufgabe mit einer Finanzierungsverpflichtung in definiertem Umfang verbunden ist,
- der Leistungsträger akquirierte Spenden zur Kostendeckung einbringen muß, und/oder
- durch den Einsatz von nicht oder nur symbolisch entlohnten Mitgliedern der Leistungsträger der Aufwand für die Leistungserstellung reduziert wird.

Eine ungeplante Mitfinanzierung liegt immer dann vor, wenn Leistungsträger unvorhergesehene Einnahmeausfälle, die u.a. durch einen Rückgang oder eine Verlagerung der Nachfrage verursacht werden können, absichern muß. Häufig ist nicht geregelt, ob und in welcher Form solche Finanzierungsdefizite bei anderen Finanzierungsträgern abgefordert werden können. Ist eine entsprechende Überwälzung nicht möglich, bleibt die Aufbringung der Mittel ein Problem der Leistungsträger⁹⁴.

3. Finanzierungssysteme im Rettungsdienst

3.1 Rechtsgrundlagen der Finanzierung

Der Rahmen für die Durchführung des Rettungsdienstes wird durch die einschlägigen Rechtsgrundlagen in den Bundesländern gesetzt. Diese Grundlagen, die überwiegend in speziellen Rettungsdienstgesetzen fixiert sind (Anlage 1), enthalten mehr oder weniger präzise Vorgaben zur

- Aufgabenstellung,
- Trägerschaft,
- Organisation,
- Kontrolle und
- Finanzierung

des Rettungsdienstes. Die Aussagen zur Finanzierung legen in unterschiedlicher Form und Eindeutigkeit die Vorgehensweise fest für:

- die Aufteilung der Finanzierungslast auf einzelne Finanzierungsträger,
- die Ermittlung und Ausgestaltung der Tarife bzw. Gebühren,
- die Durchführung eines Finanzausgleiches zwischen einzelnen Leistungsträgern (horizontaler Finanzausgleich), sowie

⁹⁴ Auf entsprechende Beispiele wird hingewiesen bei: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., S. 191 f., Frank, E.: Finanzierungsprobleme, in: DRK (Hrsg.); 4. Rettungskongreß Wiesbaden 1978, a.a.O., S. 114 - 118, hier: S. 117; Rettungszweckverband Saar (Hrsg.); 10 Jahre Rettungszweckverband, a.a.O., S. 49 und 51.

- die Verrechnung von Überschüssen bzw. Unterdeckungen (temporärer Finanzausgleich).

Da diese Regelungen nur selten umfassend und in der erforderlichen Eindeutigkeit dargelegt worden sind, mußten in- zwischen in einigen Bundesländern die landesrechtlichen Rege- lungen vor allem in Hinblick auf die Finanzierungskonzeptionen "nachgebessert" werden⁹⁵.

Die Finanzierung des Rettungsdienstes wird zwar im Grundsatz durch die entsprechenden Gesetze der Bundesländer geregelt, aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Kompetenz- bereiche sind jedoch andere Regelwerke zu beachten (Übersicht 9.2):

Übersicht 9.2: RECHTSGRUNDLAGEN DER FINANZIERUNG DES RETTUNGSDIENSTES

	PBefG	RettdG	KAG
externe Finanzierung		X	
Tarif- finanzierung	X	X	X
interne Finanzierung		X	
Zuwendungen Dritter		(X)	

PBefG: Personenbeförderungsgesetz
RettdG: Rettungsdienstgesetze der Länder
KAG: Kommunalabgabengesetze der Länder

- das Personenbeförderungsgesetz (PBefG) regelt bundesein- heitlich jede entgeltliche oder gewerbsmäßige Personenbe- förderung, also auch den "Gelegenheitsverkehr zum Zwecke des Krankentransports". Nach § 51(6) PBefG in Verbindung mit § 39 PBefG ist die Landesregierung oder eine beauftragte Ge-

⁹⁵ Für Baden-Württemberg vgl.: Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 2; in Nordrhein-Westfalen wurden 1982 durch eine Änderung von § 12(3) RettdG NW die Betriebskostenzuschüsse des Landes auf maximal 20 % begrenzt.

Gebühren und Beiträge"¹⁰¹ abgerechnet. Für die übrigen Leistungsträger im Rettungsdienst (Sanitätsorganisationen, private Unternehmen) wurde eine Höchstpreisverordnung auf der Grundlage des PBefG erlassen¹⁰².

3.2 Elemente der externen Finanzierung

3.2.1 Finanzierungsregeln der Rettungsdienstgesetze

Die landesrechtlichen Regelungen des Rettungsdienstes unterscheiden in ihren Aussagen zur Finanzierung überwiegend zwischen Investitions- und Betriebskosten¹⁰³, wobei die Grenze zwischen beiden Kostenartengruppen allerdings uneinheitlich gezogen worden wird. Bezüglich der Finanzierung der Investitionskosten werden konkrete Investitionstatbestände (Fahrzeugbeschaffung, Errichtung von baulichen Anlagen, Errichtung und Ausstattung von Rettungsleitstellen usw.) benannt, die in Verbindung mit Höchstförderbeträgen entweder vollständig oder zu einem festgelegten Anteilssatz aus öffentlichen Haushalten finanziert werden. Voraussetzung für eine Subventionierung von Investitionen ist überwiegend die Inventarisierung in einem Landes- oder Bereichsrettungsdienstplan. Einige Subventionszusagen werden unter Haushaltsvorbehalt¹⁰⁴ gestellt, sodaß bei knappen Haushaltsmitteln durchaus auch Investitionsstaus entstehen können.

3.2.2 Umfang der externen Finanzierung (Übersicht 9.3)

Die Finanzierungsbeiträge der Bundesländer zum Rettungsdienst liegen auf sehr unterschiedlichem Niveau. Die Skala reicht von einem Jahresaufwand von über 40 Mio. DM (Nordrhein-Westfalen) bis zur weitgehenden finanziellen Enthaltbarkeit (Niedersachsen). Die Angaben der Bundesländer zu ihrem jährlichen Finanzierungsaufwand sind nicht in jedem Fall direkt vergleichbar,

101 Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, BIn 1620.

102 ebd., BIn 1625.

103 Zur Unterscheidung dieses Begriffspaares vgl.: Kühner, R.; Zu Kostenbegriffen ..., a.a.O., S. 30f.

104 Vgl. als Beispiel: § 5(2) RDG-SH.

Übersicht 9.3: UMFANG DER EXTERNEN FINANZIERUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN

BUNDESLAND	SUBVENTIONS- GEGENSTAND		AUFWENDUNGEN (1986) in Tsd. DM		
	Investitionen	Betriebskosten	Investitionen	Betriebskosten	sonstige Kosten
Baden-Württemberg	Land: 90 % der baulichen Anlagen (incl. Berg-, Luft- u. Wasserrettung)	keine	9.000	keine	1.900 (Ausbildung ReSan)
Bayern	Land: 100 % der notwendigen Einrichtungen, insbes. Fahrzeuge (incl. Berg- und Wasserrettung)	keine	20.000	keine	keine
Berlin Bremen Hamburg	Berufsfeuerwehr: Finanzierung über Trägerhaushalt, soweit nicht durch Gebühren gedeckt		keine Angabe		Ausbildung der Feuerwehr
Hessen	Land: Zuschüsse für die Erst- und Wiederbeschaffung von Fahrzeugen, Ausstattung von Leitstellen Kommunen: keine	1 Personalstelle; Rettungsleitstelle; Betriebskosten der Leitstellen 2 Personalstellen Leitstelle.	1.700	1.700 3.400	1.200 (Ausbildung ReSan) Zuschüsse für Berg- und Wasserrettung
Niedersachsen	Land: keine (seit 1981 ausgesetzt)	keine	keine	keine	ca. 1.000 (Ausbildung ReSan, Deckung von Defiziten der Luftr.)

(Fortsetzung nächste Seite)

Übersicht 9.3: (Fortsetzung)

Nordrhein-Westfalen	Land: An- und Wiederbeschaffung der Anlagegüter Kommunen: keine	Max. 20 % der zuwendungs-fähigen Betr.k Übernahme der nicht gedeckten Kosten	18.000 ca. 1.000	23.200 incl. RTH-Betr.k. zuschüssen 56.800	Ausbildung der Feuerwehr
Rheinland-Pfalz	Land: 75 % der An- und Wiederbeschaffung (Fahrzeuge und Ausrüstung der Leitstellen nach Pauschalbeträgen) Kommunen: 25 % der An- und Wiederbeschaffung, soweit nicht durch Leistungsträger	Unterhaltung der Leitstellen (incl. Personalkosten)	3.007 ca. 1.000	6.456	870 (Ausbildung ReSan, Luftrettung)
Saarland	Land: Rettungsmittel: 50 % Rettungswachen: 50 % Leitstelle: 100 % Kommunen : (Rettungszweckverband): Rettungsmittel: 30 % Rettungswachen: 50 %	Unterhaltung der Leitstelle (incl. Personalkosten Ausgleich von Kostenunterdeckungen	800 164 255 240	1.128 1.300	172 Defizit Luftrettung, 89 Leistungsträger
Schleswig-Holstein	Land: Zuschüsse an Kommunen zum Bau von Rettungswachen		600		200 Luftrettung 204 Ausbildung ReSan

Quellen: - Landesrechtliche Regelungen, abgedruckt bei:
 Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1
 - Anfrage bei den zuständigen Länderministerien (Frühj.1988)

die Ausgabentitel umfassen z.T. sehr unterschiedliche Finanzierungstatbestände¹⁰⁵.

Für die unterschiedlichen Investitionsbereiche werden in Übersicht 9.4 die Finanzierungsquoten einzelner Bundesländer ausgewiesen.

Übersicht 9.4: FINANZIERUNGSQUOTEN IM INVESTITIONSBEREICH

BUNDESLAND	LEITSTELLEN	RETTUNGSWACHEN	FAHRZEUGE
Baden-Württemberg	90 %	90 %	--
Bayern	100 % fernmeldemäßige Ausstattung	100 %	100 %
Hessen	100 %	--	Zuschüsse
Niedersachsen	--	--	--
Nordrhein-Westfalen	100 %	100 %	100 %
Rheinland-Pfalz	100 %	--	75 %
Saarland	100 %	50 % Land 50 % Zweckverb.	50 % Land 30 % Zweckverb.
Schleswig-Holstein		Zuschüsse	

Für die Stadtstaaten lassen sich keine entsprechenden Quoten angeben, da dort die Kosten des Rettungsdienstes, soweit die Berufsfeuerwehren betroffen sind, durch den allgemeinen Feuerwehrhaushalt abgedeckt werden. In Berlin und Hamburg erhalten die beteiligten Sanitätsorganisationen und privaten Unternehmen für ihre Tätigkeit im Rettungsdienst keine Zuschüsse aus öffentlichen Haushalten. In Bremen sind die Sanitätsorganisatio-

¹⁰⁵ Die Investitionsbeiträge des Saarlandes, von Rheinland-Pfalz und von Nordrhein-Westfalen betreffen ausschließlich den bodengebundenen Rettungsdienst, in Bayern sind auch Leistungen für die Berg- und Wasserrettung, in Baden-Württemberg für die Berg-, Luft- und Wasserrettung enthalten. Die Zuschüsse des Landes Baden-Württemberg in Höhe von 6,755 Mio. DM wurden im Rechnungsjahr 1985 wie folgt verteilt: bodengebundener Rettungsdienst 63,4 %, Luftrettung 18,4 %, Wasserrettung 12 % und Bergwacht 5,9 %. Vgl. hierzu: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.): Rettungsdienst in Baden-Württemberg - Organisation, Leistung und Finanzierung, Stuttgart 1987, S. 12 ff.

nen gemeinsam mit der Berufsfeuerwehr in die Sicherstellung des Rettungsdienstes eingebunden, sie bekommen dafür "... die nachgewiesenen notwendigen Aufwendungen, die nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ansatzfähig sind, (...) durch die Feuerwehr Bremen erstattet ..."106.

Die Bundesländer Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland subventionieren auch Betriebskosten des Rettungsdienstes. Bis auf Nordrhein-Westfalen beschränken die Länder jedoch ihre Zuschüsse auf die Rettungsleitstellen. In erster Linie werden die Kosten des Leitstellenpersonals, teilweise aber auch Kommunikations- und Leitungskosten ganz oder teilweise von den jeweiligen Ländern getragen. In Hessen sind auch die Kommunen an der Finanzierung des Leitstellenpersonals beteiligt¹⁰⁷.

In Nordrhein-Westfalen erhalten die Aufgabenträger des Rettungsdienstes vom Land Zuweisungen zu den Betriebskosten, die, nach Abzug eines Festbetrages für den Rettungshubschrauberbetrieb¹⁰⁸

- nach Einwohnerzahl und Versorgungsfläche bemessen werden¹⁰⁹,
- auf maximal 20 % der zuwendungsfähigen Betriebskosten begrenzt sind¹¹⁰, und
- einen Anteil von 10 % für den Betrieb der Rettungsleitstelle enthalten¹¹¹.

Die in Übersicht 9.3 ausgewiesenen "sonstigen Ausgaben" der Bundesländer beziehen sich vorwiegend auf Zuschüsse für die

106 "Vereinbarung über die Mitwirkung im Rettungsdienst"(Bre) v. 11.10. 1978, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bre 1721, Pkt. 8 (S. 3).

107 "Vereinbarung über den Ausbau und die Durchführung ..." (Hessen) v. 10.2. 1978, a.a.O., Anlage, Pkt II. (S. 3).

108 Vom bewilligten Gesamtzuschuß erhalten die Träger bei Beteiligung am "...gemeinschaftlichen Betrieb von Rettungshubschraubern (...)" als Zuweisung zu den zuwendungsfähigen Betriebskosten (§ 2) einen Festbetrag von je 5.000 DM jährlich. "Verordnung über die Gewährung von Zuweisungen zu den Betriebskosten (Betriebskosten VORettG)" v. 13.7.1976, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, NW 2120, § 6(1).

109 Beispiele zum Berechnungsverfahren sind dargestellt bei: Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 58 ff.

110 § 12(3) RettDG NW.

111 § 4(2) Betriebskosten VORettG, vgl. auch: Biese, A., Jocks, H., Runde, H.; a.a.O., S. 61.

Ausbildung von Rettungssanitäter, sowie die Einrichtung und den Betrieb von Luftrettungsstützpunkten.

Soweit die Feuerwehren den Rettungsdienst durchführen, erfolgt die rettungsdienstspezifische Ausbildung des Personals im Rahmen der Laufbahnordnung, spezielle Zuschüsse werden nicht ausgewiesen. Übernehmen die Sanitätsorganisation die Sicherstellung des Rettungsdienstes, wird die Ausbildung des Rettungsdienstpersonals von den Bundesländern im Rahmen von pauschalen Zuweisungen¹¹², durch fallbezogene Zuschüsse¹¹³ oder durch die vollständige Übernahme der Ausbildungskosten¹¹⁴ gefördert.

Für den Aufbau und die Durchführung der Luftrettung geben die Bundesländer entweder Investitionsbeihilfen für die Beschaffung von Rettungshubschraubern¹¹⁵ oder die Einrichtung von Hubschrauberlandeplätzen¹¹⁶, oder sie geben, wie in Nordrhein-Westfalen, allgemeine Betriebskostenzuschüsse.

Einen Überblick über Fördermittel, die vom Land Nordrhein-Westfalen zwischen 1975 und 1988 für den Rettungsdienst bereitgestellt worden sind, gibt Abb. 9.3. Zwischen 1976 und 1980, also in der Phase des Auf- und Ausbaus des Rettungsdienstes, wurden die bereitgestellten Finanzmittel von jährlich 30 auf 60 Mio. DM verdoppelt, seit 1983 liegt der Beitrag des Landes relativ stabil bei 40 Mio. DM. Auffällig sind die strukturellen Änderungen der Zuschüsse im Zeitablauf. Lagen ursprünglich die Investitionsmittel über den Betriebskostenzuschüssen, wurden nach 1976, in einer Phase der "personellen Nachrüstung", deutlich mehr Mittel für Betriebskostenzuweisungen aufgewandt. Zu Beginn der 80-er Jahre wird, bei erheblicher Reduzierung der Betriebskostenzuweisungen, eine

112 Vgl. die Zuschüsse des Saarlandes bei: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 1, Tab. 11.3 (S. 205).

113 In Niedersachsen werden zu den Kosten der Ausbildung zum Rettungssanitäter Zuwendungen "... bis zur Höhe von 50 % der Gesamtkosten bewilligt." RdErl d. Ministers für Soziales von 16.11.1978, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Nds 2021, Pkt. 4.1.

114 "Vereinbarung über den Ausbau und die Durchführung ..." (Hessen), a.a.O., Anlage, Pkt. I.1.a.

115 In Baden-Württemberg ist sind die Kosten der Beschaffung von Rettungshubschraubern, im Gegensatz zu bodengebundenen Rettungsmitteln, als förderfähig anerkannt (§ 15(2) BW-RettDG).

116 Vgl. hierzu: "Luftrettung in Bayern ...", a.a.O., S. 23.

zweite Investitionspphase deutlich. Seit 1982 wurde das Investitionsvolumen wieder deutlich zurückgenommen, die Zuweisungen für Betriebskosten wurden weitgehend konstant gehalten.

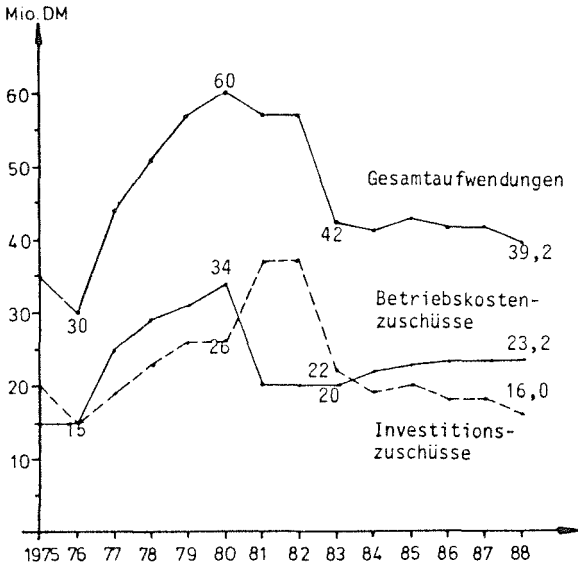


Abb. 9.3: Zuschüsse des Landes Nordrhein-Westfalen zum Rettungsdienst (1975 - 1988)

Einen völlig anderen Verlauf zeigt die strukturelle Entwicklung der Haushaltsmittel, die in Rheinland-Pfalz für den Rettungsdienst bereitgestellt worden sind (Abb. 9.4). Für die beiden Finanzierungsbereiche Betriebskosten und sonstige Zuwendungen sind die bereitgestellten Mittel relativ konstant geblieben, allerdings steigen die Investitionsmittel in den vergangenen Jahren deutlich an. Auch in den kommenden Jahren ist mit einer Steigerung der Investitionsmittel zu rechnen, da die Rettungsleitstellen in Rheinland-Pfalz modernisiert werden müssen. Auffällig ist die Entwicklung der Betriebskosten, die bis 1981 im Zuge des Ausbaus der Rettungsleitstellen kontinuierlich angestiegen sind. Nach einer Überprüfung des notwendigen Personalbestandes wurden die entsprechenden Aufwendungen deutlich reduziert, seit 1984 steigt der erforderliche Mittelbedarf entsprechend den allgemeinen Personal-kostensteigerungen.

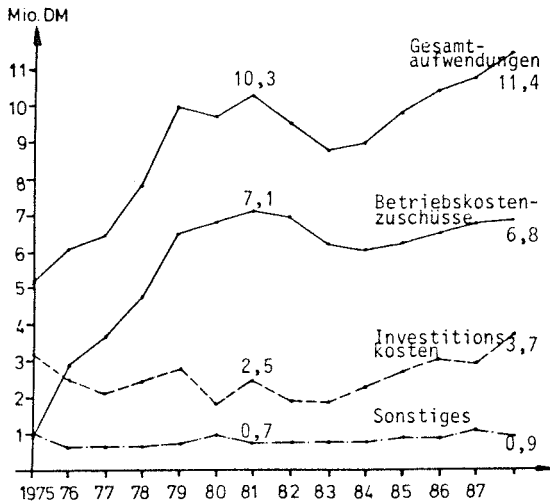


Abb. 9.4: Zuschüsse des Landes Rheinland-Pfalz zum Rettungsdienst (1975 - 1988)

3.2.3 Die Mitfinanzierung durch die Kommunen

Die Abschätzung der finanziellen Beteiligung der Kommunen wird dadurch erschwert, daß nur ausnahmsweise eine Finanzierungsverpflichtung in den landesrechtlichen Regelungen direkt verankert ist. So sind beispielsweise im Saarland die Kommunen nicht direkt in die Finanzierung des Rettungsdienstes eingebunden. Da jedoch der Rettungszweckverband, eine Einrichtung der Landkreise und des Stadtverbandes Saarbrücken (§ 2(2) RDG Saar), den Rettungsdienst mit finanziert (§8(3) und (4) RDG Saar), besteht indirekt eine Finanzierungspflicht für die Kommunen¹¹⁷.

Vor allem dort, wo der Rettungsdienst durch kommunale Einrichtungen sichergestellt wird, besteht für die Kommunen eine Finanzierungspflicht, soweit die Kosten nicht durch sonstige Einnahmen oder spezielle Gebühren abgedeckt werden. Auch in Bereichen, in welchen der Rettungsdienst nicht durch kommunale

117 Über den Umfang dieser Mitfinanzierung informiert: "Bekanntmachung der Haushaltssatzung des Rettungszweckverbandes für das Haushaltsjahr 1986", in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Saarl 2343.

Einrichtungen durchgeführt wird, werden die Kommunen in einigen Bundesländern zur Mitfinanzierung herangezogen¹¹⁸.

Welches Ausmaß die finanzielle Belastung der Kommunen erreichen kann, zeigt eine Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben aus den Rettungsdienstbereichen in Schleswig-Holstein (Tab. 9.1). In 11 von 15 Rettungsdienstbereichen konnten im Jahr 1983 die Ausgaben nicht durch entsprechende Einnahmen gedeckt werden. Die Defizite, die zwischen 1 und 34 % der Gesamtkosten lagen, waren entsprechend § 5(1) RDG-SH aus kommunalen Haushaltsmitteln zu decken. "Von den Gesamtaufwendungen von rd. 50 Mio. DM für den Rettungsdienst im Jahre 1983 hatten die (Aufgaben-) Träger rd. 5 Mio. DM aus Haushaltsmitteln beizusteuern."¹¹⁹ Dieser Zuschußbedarf ist für die Kommunen in Schleswig-Holstein keine Ausnahme, "seit vielen Jahren leisten die (Aufgaben-) Träger des Rettungsdienstes Zuschüsse zu den Gebührenhaushalten. Sie schwanken in den vergangenen Jahren zwischen 3 und 7 Mio. DM."¹²⁰

3.2.4 Der Bund als Finanzierungsträger im Rettungsdienst

Angesichts der Zuständigkeitsverteilung sind die Einflußmöglichkeiten und das finanzielle Engagement des Bundes im Rettungsdienst begrenzt. In zwei wichtigen Bereichen schaffen Maßnahmen des Bundes jedoch Entlastung für die übrigen Finanzierungsträger im Rettungsdienst:

- im Personalbereich durch die Möglichkeit des Einsatzes von Zivildienstleistenden (ZDL), und
- in der Luftrettung durch die Bereitstellung und Wartung von Rettungshubschraubern, den Einsatz entsprechend ausgebildet Piloten und durch die Übernahme eines Teils der Betriebskosten¹²¹.

118 Nach der Übersicht 9.3 sind zumindest in Hessen und im Saarland die Kommunen in die Finanzierung eingebunden, obwohl sie selbst keine, oder nur sehr begrenzt Leistungen im Rettungsdienst produzieren.

119 Conrad, C.A.: Anforderungen an ein leistungsfähiges Rettungssystem, in: Erster Schleswig-Holsteinischer Rettungsdienstkongreß, Kongreßbericht, Kiel 1984, S. 68 - 71, hier: S. 69.

120 Ders.; Gerechte Bemessung der Kosten ..., a.a.O., S. 571.

121 Vgl. hierzu u.a.: Ötting, E.; Aufbauphase, Organisation und Kosten ..., a.a.O., S. 39, sowie "Schreiben des Bundesamtes für Zivilschutz" (1985) an die zuständigen Länderministerien, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Nr. 1315.

Tabelle 9.1: AUSGABENDECKUNG IM RETTUNGSDIENST SCHLESWIG-HOLSTEIN (1983)

RETTUNGSSDIENST- BEREICHE	AUSGABEN in Mio.DM	EINNAHMEN in Mio.DM	SALDO in Tsd.DM	%
Kreisfreie Städte				
- Flensburg	2,107	1,846	-171	-8,1
- Kiel	4,716	3,612	-1.104	-23,4
- Lübeck	4,351	3,930	-431	-9,7
- Neumünster	0,904	0,597	-307	-34,0
Kreise mit eigenem Rettungsdienst				
- Dithmarschen	3,039	2,621	-418	-13,8
- Nordfriesland	4,635	5,229	594	12,9
- Pinneberg	3,014	3,456	441	14,6
- Plön	1,798	1,774	-24	-1,3
- Rendsburg- Eckernförde	3,580	3,590	10	0,3
- Stormarn	2,892	2.751	-141	-4,9
Kreise, die den Rettungsdienst übertragen haben				
- Hzgt. Lauenburg	3,524	3,337	-187	-5,3
- Ostholstein	3,548	3,460	-88	-2,5
- Schleswig- Flensburg	2.544	2.337	-207	-8,1
- Seegeberg	2,980	2,976	-4	-0,x
- Steinburg	2,322	2,480	158	6,8
Schleswig- Holstein:	45,867	43,996	-1.871	-4,1

Quelle: Landtagsdrucksache (SH) 10/813 v. 25.1.1985, a.a.O.,
Übersicht 18.

Die Einsatzmöglichkeiten für Zivildienstleistende sind durch das Zivildienstgesetz¹²² geregelt. Die Leistungsträger im Rettungsdienst sind als Beschäftigungsstellen für Zivildienstleistende anerkannt, allerdings kann diese Anerkennung unter bestimmten Bedingungen auch aberkannt werden¹²³.

Die Beschäftigung von ZDL wird in der Form entgolten, daß das Bundesamt für Zivilschutz der Beschäftigungsstelle die Geldbezüge und teilweise die Kosten der Ausbildung des ZDL erstattet, dagegen sind die Kosten für Unterbringung, Spezialausbildung,

122 "Gesetz über den Zivildienst der Kriegsdienstverweigerer (Zivildienstgesetz - ZDG)", i.d.F. der Bekanntmachung vo 9.8.1973 (BGBl.I S. 1015), sowie ergänzende Ausführungsverordnungen.

123 So wurde ein DRK-Kreisverband in Hessen "... für die weitere Zuweisung von Zivildienstpflichtigen" gesperrt, weil mehrfach nicht ausgebildete ZDL auf RTW und KTW eingesetzt worden sind. Schreiben des Bundesamt für den Zivildienst v. 8.10.1987, Az.: II 3.102 - ZDS 1793/01.

Verpflegung und Dienstbekleidung von der Beschäftigungsstelle zu tragen. Der Umfang der Erstattungen des Bundesamtes für Zivilschutz liegt im Durchschnitt bei ca. 45 - 50 % der Gesamtaufwendungen für ZDL¹²⁴.

Im Rahmen der Kostenbewertung im Rettungsdienst ist es notwendig, die Leistungen der ZDL über die Komponente der Brutto-Ausgaben hinaus kalkulatorisch zu bewerten (Tab. 8.3). In einer Finanzierungsrechnung schlägt sich der Einsatz von ZDL deshalb in dreifacher Weise nieder:

- in eine tarifrelevante Teilmenge (Aufwendungen der Leistungsträger, Netto-Aufwendungen);
- in eine erstattungsrelevante Teilmenge (Erstattungen des Bundesamtes für Zivilschutz), und
- in eine kalkulatorisch bewertete Teilmenge.

Welche Entlastungseffekte durch den Einsatz von ZDL im Rettungsdienst erreicht werden, wird durch eine Modellrechnung mit folgenden Grundannahmen deutlich¹²⁵:

- Brutto-Aufwand der Leistungsträger je ZDL-Mann-Monat: 800 DM;
- tarif- und erstattungsrelevanter Teil jeweils 400 DM je ZDL-Mann-Monat (Erstattungsquote: 50 %);
- kalkulatorischer Wert der ZDL-Arbeitsleistung je Mann-Monat: 2.400 DM¹²⁶;
- im Jahr 1987 waren 6.264 Zivildienstplätze im Rettungsdienst besetzt¹²⁷.

Auf der Grundlage dieses Mengen- und Wertgerüsts lassen sich die folgenden Kostengrößen ermitteln:

124 Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, Tab. 2.5 i.V. mit Tab. 2.6 (S. 26 und 32).

125 Zu den Kalkulationsansätze siehe Tab. 8.3.

126 Dieser Wert ist als eine untere Grenze anzusehen. Für den Rettungsdienst des Saarlandes wird angeführt, daß "Zivildienstleistende (...) pro Jahr rund 3,9 Millionen DM ..." ersparen: Rettungszweckverband Saar (Hrsg.), 10 Jahre Rettungszweckverband Saar, a.a.O., S. 43. Bei 110 ZDL-Stellen und 12 Einsatzmonaten/Jahr ergibt sich ein (kalkulatorischer) Wert von ca. 3.000 DM je ZDL-Mann-Monat.

127 Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.1988, a.a.O., Anlage 12 (S. 161).

- kalkulatorischer Gesamtwert der jährlichen Arbeitsleistung von ZDL: $2.400 \times 6.264 \times 12 = 180.403.200$ DM;
- tarifrelevante Aufwendungen der Leistungsträger: $400 \times 6.264 \times 12 = 30.067.200$ DM;
- erstatteter Teilbetrag: $400 \times 6.264 \times 12 = 30.067.200$ DM;
- kalkulatorische Entlastung der Finanzierungsträger durch den Einsatz von ZDL: $1.600 \times 6.264 \times 12 = 120.268.800$ DM.

Die beiden letztgenannten Kostengrößen, insgesamt ca. 150 Mio. DM, sind als Beiträge des Bundes zur Entlastung der übrigen Finanzierungsträger im Rettungsdienst zu werten.

In der Luftrettung führt der Einsatz von Rettungshubschraubern des Katastrophenschutzes (18 Stationen) und der Bundeswehr (6 Stationen) zu unterschiedlichen Entlastungseffekten. Einerseits trägt das Bundesamt für Zivilschutz 25,7 % der Betriebskosten "... als Vorhaltekosten für den Katastrophenschutz im Verteidigungsfall ..." ¹²⁸, außerdem werden die Kosten der Beschaffung und Wartung des Fluggerätes, die Vorhaltung der Reservemaschinen sowie die Kosten der Ausbildung und Besoldung der Piloten vom Bund getragen ¹²⁹.

Für die 18 Katastrophenschutzhubschrauber summiert sich der Betriebskostenanteil des Bundes (363 DM je Flugstunde ¹³⁰) bei einer jährlichen Flugleistung von ca. 8.500 Flugstunden ¹³¹ auf einen Gesamtbetrag von 3.08 Mio. DM. Die Beschaffungskosten eines für die Luftrettung ausgestatteten Hubschraubers beläuft sich auf mindestens 2.6 Mio. DM je Systemeinheit ¹³², über die Personalkosten der Piloten liegen keine Angaben vor. Zu kalkulatorischen Zwecken wird der Durchschnittswert der Kosten für das übrige fliegende Personal (Ärzte, Rettungssanitäter) übernommen ¹³³.

128 "Schreiben des Bundesamtes für Zivilschutz"(1985), a.a.O.

129 Ötting, E.: Aufbauphase, Organisation und Kosten ..., a.a.O., S. 39.

130 Im Durchschnitt betragen die Betriebskosten für eine RTH-Flugstunde 1.411 DM. Vgl.: "Schreiben des Bundesamtes für Zivilschutz"(1985), a.a.O.

131 Baum, H.: Kosten-Nutzen-Relation in der Luftrettung, in: DRK (Hrsg.) 6. Rettungskongreß 1986, a.a.O., S. 229 - 242, hier: Tab. 2 (S.235).

132 ebd., S. 236.

133 ebd., Tab. 2 (S. 235). Die Kosten für die Piloten (incl. Reservebesatzung) betragen demnach ca. 100.000 DM je Station und Jahr.

Über die Kosten des Einsatzes von Bundeswehrehubschraubern liegen keine näheren Informationen vor, für eine Gesamtkalkulation der Kosten der Luftrettung (Anlage 3) werden, mit Ausnahme des Betriebskostenanteils, die Finanzierungsstrukturen der Katastrophenschutzstationen auch auf die RTH-Stationen der Bundeswehr übertragen.

3.3 Tariffinanzierung

3.3.1 Unterschiedliche Grundlagen der Tarifbildung bzw. der Gebührenberechnung

Die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für die Finanzierung des Rettungsdienstes sind vor allem im Bereich der Tariffinanzierung von Bedeutung. Als grundlegendes Regelwerk für die Tarifbildung ist das Personenbeförderungsgesetz zu nennen, alle anderen Formen der Tarifbildung sind als Ausnahmen von diesem Gesetz zu sehen.

Wird der Rettungsdienst als hoheitliche Aufgabe durchgeführt ist er nach der Freistellungs-Verordnung von den Vorschriften des PBefG freigestellt. Die Tarifbildung erfolgt dann entsprechend spezieller Rettungsgesetze auf der Grundlage der jeweiligen Kommunal-Abgabengesetze. Werden die Kommunal-Abgabengesetze der Bundesländer zugrundegelegt, bedeutet dies nicht, daß dadurch in den entsprechenden Bundesländern ein materiell vergleichbares Tarifbildungsverfahren praktiziert wird. Deutlich wird dies bei der Behandlung der "Vorhaltekosten". In Nordrhein-Westfalen sind "die Vorhaltekosten (...) ebenfalls Betriebskosten des Rettungsdienstes (...) Die Umlegung der Vorhaltekosten auf die Benutzer des Rettungsdienstes verstößt nicht gegen das Äquivalenzprinzip."¹³⁴ In Schleswig-Holstein ist es dagegen "... nicht gerechtfertigt, die hohen Vorhaltekosten den wenigen Benutzern aufzubürden. Vielmehr müssen diese - wegen des öffentlichen Interesses am Rettungsdienst - der Allgemeinheit zur Last fallen."¹³⁵

Ist in den landesrechtlichen Bestimmungen der Bereich der Tarifbildung nicht ausdrücklich geregelt, greifen zwangsläufig die Vorschriften von § 51(6) i. Verb. m. § 39 PBefG. Danach

134 "Gebührenkalkulation für Krankentransporte", VG Arnsberg, Urteil v. 18. 3.1983, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. 8413, S. 4.

135 "Berücksichtigung von Vorhaltekosten bei Benutzungszwang", OVG Lüneburg, Urt.v. 14.11.1985, in: ebd., Nr. 8418, S. 6.

setzt die Landesregierung oder eine beauftragte Behörde (i.d.R. der Landkreis) die Tarife nach Anhörung der Betroffenen fest. Die beauftragte Behörde kann allerdings von einer Gebührenfestsetzung absehen und die Tarife von den Betroffenen aushandeln lassen.

Bei nicht-hoheitlicher Durchführung bedeutet eine ausdrückliche Regelung der Tariffinanzierung in den Rettungsdienstgesetzen nicht, daß die Vorgaben des PBefG außer Kraft gesetzt seien. Kommt beispielsweise keine Einigung über Benutzungsentgelte nach den Regelungen des Rettungsdienstgesetzes zustande, ist das Land mit Verweis auf § 51(6) PBefG automatisch bevollmächtigt, Benutzungsentgelte festzusetzen¹³⁶.

Die Regelungen zur Tariffinanzierung können demnach die folgenden Rechtsgrundlagen haben:

- Entgeltfestsetzung auf der Grundlage von § 51(6) in Verb. mit § 39 PBefG;
- Gebührenfestsetzung nach den Kommunalabgabengesetzen der Länder bei hoheitlicher Aufgabenerfüllung, sowie
- Ermittlung von Benutzungsentgelten nach den Vorgaben der Landesrettungsdienstgesetze mit der Möglichkeit des Rückgriffs auf die Regelungen des PBefG.

3.3.2 Die Ausgestaltung von Tarifen¹³⁷

Bei der Konzeption von Tarifen ist grundsätzlich zwischen der formalen und materiellen Tarifgestaltung¹³⁸ zu unterscheiden. Aufgabe der formalen Tarifgestaltung ist es, die betrieblichen Leistungseinheiten in Tarifpositionen zu transformieren. Es ist festzulegen, ob und in welchem Umfang eine Tariffdifferenzierung erfolgen soll, und nach welchen Kriterien die Differenzierung vorzunehmen ist.

136 Zum Verhältnis des BW-RettDG zu den entsprechenden Regelungen des PBefG vgl.: Arnold, J.: Das baden-württembergische Gesetz über den Rettungsdienst, a.a.O., S. 9. Vgl. auch: Art. 10(4) BayRDG.

137 Vgl. hierzu ausführlich: Kühner, R.; Tarife und Tarifsysteme ..., a.a.O., S. 27 ff.

138 Diederich, H.; Verkehrsbetriebslehre, a.a.O., S. 299. Im öPNV sind für den selben Sachverhalt die Begriffe "Fahrpreissystem" und "Fahrpreisbildung" gebräuchlich. Vgl. hierzu: Deutscher Städtetag (DST): Verkehrspolitisches Konzept ..., a.a.O., S. 39.

Nicht oder nur wenig differenzierte Tarife (Einheitstarife) bieten den Vorteil, daß sie einfach zu berechnen und zu erheben sind. Allerdings werden ungleiche Einzelleistungen gleich tarifiert (Leistungsdifferenzierung), bei großen Leistungsunterschieden kann der Bezug zwischen Leistung und Preis verloren gehen. Eine möglicherweise vorhandene individuelle Zahlungsbereitschaft wird bei dieser Form der Tarifierung nicht berücksichtigt¹³⁹.

Differenzierte Tarife (Leistungsstarife) führen, sofern sie sich an der individuellen Zahlungsbereitschaft orientieren, eher zu einem nachfragegerechten Leistungsangebot. Die Ermittlung und die Erhebung von differenzierten Tarifen erfordert allerdings einen weit höheren Aufwand, als dies bei Einheitstarifen der Fall ist. Speziell im Zusammenhang mit den Kosten der Erhebung wird deutlich, daß die Tarife nicht zu stark differenziert werden sollten. Mit zunehmender Differenzierung steigen die Informationskosten für die Nachfrager, häufig führen unübersichtliche Tarife zu Unverständnis und Resignation.

Die Kriterien zur Differenzierung der Tarife sind je nach Aufgabenstellung und Leistungsbereich verschieden¹⁴⁰. Im Rettungsdienst sind u.a. die folgenden Gliederungskriterien geläufig¹⁴¹:

- nach Leistungsarten:
 - ° Luftrettung
 - ° Notarztdienst
 - ° Notfallrettung
 - ° Krankentransport
- nach Leistungsart und -umfang:
 - ° Verkehrsleistung
 - ° medizinische Leistung
 - ° Personaleinsatz

139 Diederich, H.; Verkehrsbetriebslehre, a.a.O., S. 302 ff. Zur Beurteilung von Einheitstarifen im öPNV vgl.: Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 102f.

140 Einen Überblick über Differenzierungskriterien aus unterschiedlichen Leistungsbereichen gibt: Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 209 f. (Versorgungswirtschaft), S. 213 f. (Krankenhausbereich) und S. 215 ff. (öPNV).

141 Ausführlich hierzu: Kühner, R.; Tarife und Tarifsysteme ..., a.a.O., S. 51 ff und Übersicht S. 52.

- ° Betriebsbereitschaft
- ° Einsatzzeit
- Zusatzleistungen (Tarifzuschläge)
- Nachfragergruppen bzw. Gebührenträger.

Diese Einzelkriterien werden bei der Ausgestaltung von konkreten Tarifen häufig kombiniert, sodaß sich im Rettungsdienst eine kaum noch überschaubare Vielfalt an Tarifformen und -strukturen gebildet hat¹⁴². Um das sich bietende Bild zu strukturieren, wurden die folgenden Grundformen für Tarife im Rettungsdienst abgeleitet:

- Einheitstarife: Undifferenzierte Pauschalen, unabhängig von Leistungsart, -umfang und Zusatzleistungen;
- Einsatzpauschalen: Pauschalentgelte entsprechend der Leistungsart, jedoch unabhängig vom Leistungsumfang;
- gespaltene Tarife: Tarife, die sowohl nach Leistungsart, als auch nach Leistungsumfang differenziert sind, und
- Mischtarife: Differenzierungskriterium ist der Leistungsumfang, in erster Linie die Verkehrsleistung.

Diese Grundformen werden, mit Ausnahme der Einheitstarife, entweder mit oder ohne Tarifzuschläge für Zusatzleistungen berechnet, sodaß die Tarife im Rettungsdienst insgesamt sieben Grundformen zugeordnet werden können¹⁴³.

Der materielle Aspekt der Tarifgestaltung umfaßt alle Überlegungen, die auf die Höhe der Preisforderungen in den einzelnen Tarifpositionen Einfluß nehmen. Ausgangspunkt jeder Tarifkalkulation ist eine Analyse der Zielvorgaben für die Preis- bzw. Tarifpolitik. Je nachdem, ob das Formalziel für die jeweilige Aufgabenerfüllung¹⁴⁴

- Gewinnverzicht,
- Eigenwirtschaftlichkeit,

142 Eine Sammlung von Tarifen im Rettungsdienst ist zusammengestellt in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., insbesondere Bd. 2.

143 Einen Überblick über die Häufigkeit der einzelnen Tarifformen gibt: Kühner, R.; Tarife und Tarifsysteme ..., a.a.O., Tab. 3 (S. 54).

144 Ausführlich werden diese Preisregeln diskutiert u.a. von: Thiemeyer, Th., Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 167 f.

- Durchschnitts-, Grenz- oder Gesamtkostendeckung, oder
- Teilkostendeckung

vorgibt und welches Gewicht dem Formalziel gegenüber den Sachzielen beizumessen ist, ist das Tarifniveau, unabhängig von der formalen Tarifgestaltung, unterschiedlich hoch anzusetzen.

Zur Festlegung des Niveaus einzelner Tarifpositionen werden Bemessungskriterien wie

- Kostenorientierung,
- Zahlungsbereitschaft,
- Preisdifferenzierung, und/oder
- interne Subventionierung

herangezogen. Welches dieser Kriterien Berücksichtigung findet, orientiert sich nicht zuletzt an den Überlegungen zur formalen Tarifgestaltung. Zwischen formaler und materieller Tarifgestaltung ist zwar von der Methodik her zu unterscheiden, bei der Ausgestaltung von konkreten Tarifen müssen sich beide Bereiche jedoch ergänzen.

3.3.3 Tarifsysteme in einzelnen Bundesländern

3.3.3.1 Vorbemerkungen

Die Tarife der Rettungsdienste weisen innerhalb der und zwischen den Bundesländern in der formalen und materiellen Ausgestaltung bemerkenswerte Unterschiede auf. Ursachen für das breite Tarifspektrum sind u.a.:

- die zugrundeliegenden Rechts- und Finanzierungsnormen,
- die Organisationsformen im Rettungsdienst (zentrale vs. dezentrale Organisation),
- mangelndes Verständnis für die "Markt-"Situation des Rettungsdienstes,
- konkurrierende Krankentransportunternehmen außerhalb des organisierten Rettungsdienstes, sowie
- unterschiedliche Verhandlungsmacht der Leistungs-, Gebühren- und Aufgabenträger.

Nachfolgend werden die Tarifsysteme einiger Bundesländer in ihrer formalen und materiellen Ausgestaltung und - soweit aussagefähige Daten verfügbar sind - auch in zeitlichen Entwicklung dargestellt. Für Bundesländer, aus welchen keine landesweiten Daten zur Analyse der Tarife vorliegen, werden Tarifgestaltung und -niveau anhand von Einzelbeispielen dargestellt.

3.3.3.2 Baden-Württemberg

Die landesrechtlichen Regelungen zur Tariffinanzierung wurden seit 1974 bereits zweimal grundlegend überarbeitet. Mit der Einführung des Rettungsdienstgesetzes 1974 wurde landeseinheitlich ein gespaltener Tarif¹⁴⁵ eingeführt. Da diese Regelung jedoch zu erheblichen Finanzierungsproblemen geführt hat, wurde 1981 das gesamte Finanzierungssystem modifiziert¹⁴⁶, das Tarifsysteem wurde auf Einsatzpauschalen mit Anschlußtarif umgestellt. Mit der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes 1983 wurde das Tarifsysteem erneut geändert. "An die Stelle landeseinheitlicher Benutzungsentgelte treten Entgelte, die zwischen den Leistungs- und Kostenträgern auf Bereichsebene vereinbart oder durch Schiedsspruch festgesetzt werden."¹⁴⁷ Neben dem Verzicht auf landeseinheitliche Tarife wurde auch die formale Tarifgestaltung geändert:

- Für die Einsätze von Notarzt- und Rettungswagen werden jeweils Einsatzpauschalen berechnet.
- Für KTW-Einsätze wird neben einer leistungsunabhängigen Grundpauschale für die Betriebsbereitschaft ein linearer Streckentarif abgerechnet.
- Die Tarifunterschiede zwischen den Leistungsbereichen werden durch vorgegebene Relationen begrenzt¹⁴⁸.

145 Vgl. hierzu: Kühner, R.; Tarife und Tarifsysteme ..., a.a.O., S. 31 und Abb. I (S. 37).

146 "Verordnung über Benutzungsentgelte im Rettungsdienst"(BW) v. 24.11. 1981, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, BW 6403.

147 Rettungsdienstplan '85 (BW), a.a.O., S. 3.

148 "Festlegung allgemeiner Grundsätze ..." (BW) a.a.O., Teil 1: Vorgaben für die Struktur der Benutzungsentgelte. Die Spanne zwischen den Einzeltarifen liegt entweder bei 1 (=KTW) : 2 (=RTW) : 5 (=NAW), bei 1 : 3 : 6 oder bei 1 : 4 : 7. Die Gewichtungsfaktoren werden für einen Rettungsdienstbereich von den Vertragspartnern festgelegt. Vgl.: ebd., Teil 2: Grundsätze und Erläuterungen ..., S. 15.

In Tab. 9.2 ist das Tarifniveau für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg für das Jahr 1987 ausgewiesen. Grundlage ist eine Übersicht über die mit den Rettungsdienstorganisationen vereinbarten Benutzungsentgelte¹⁴⁹. Demnach wurde im Durchschnitt für einen KTW-Einsatz eine Grundpauschale von 62 DM berechnet, ergänzt durch einen durchschnittlichen Kilometerpreis von 2,08 DM. Die Fahrleistung bei KTW-Einsätzen beträgt 27,17 km¹⁵⁰, sodaß ein KTW-Einsatz in Baden-Württemberg im Mittel 118,50 DM kostet. Die Entgelte für RTW-Einsätze weichen vom errechneten Mittelwert von 445,70 DM sehr stark ab, die Extremwerte liegen bei 212,40 DM (Minimum), bzw. bei 1.161,92 DM (Maximum). Zur NAW-Pauschale von durchschnittlich 830,70 DM ist eine Notarztpauschale in Höhe von 170 DM zu addieren, sodaß ein Notarzteinsatz in Baden-Württemberg im Durchschnitt 1.000 DM kostet.

Tabelle 9.2: TARIFNIVEAU IM RETTUNGSDIENST BADEN-WÜRTTEMBERG (1987, n = 36 Tarife)

	DURCHSCHNITTS- WERT (DM)	EXTREMWERTE		
		hoch(1)	niedrig(2)	1:2
KRANKENTRANSPORT- WAGEN Grundpauschale km-Satz	62,01 2,08	145,24 3,36	37,51 1,27	3,87 2,64
RETTUNGSWAGEN Einsatzpauschale	445,70	1.161,92	212,40	5,47
NOTARZTWAGEN Einsatzpauschale	830,75 +170,00 Notarztpausch.	2.033,36	525,70	3,87

Quelle: Berechnet nach: "Übersicht Beförderungsentgelte", in: Gerdemann, Korbmann, Kutter, a.a.O., Bd. 2, BW 6442.

149 "Übersicht über die mit den Rettungsdienstorganisationen vereinbarten Benutzungsentgelte", in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, BW 6442.

150 Berechnet nach: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.); Rettungsdienst in Baden Württemberg, a.a.O., S. 8.

Die Auswertung der Tarife zeigt, daß in 35 von 37 Rettungsdienstbereichen in Baden-Württemberg Tarifrelationen entsprechend den Vorgaben gewählt worden sind:

- Relation 1:2:5 in 3 Rettungsdienstbereichen,
- Relation 1:3:6 in 2 Rettungsdienstbereichen, und
- Relation 1:4:7 in 30 Rettungsdienstbereichen.

In einem Rettungsdienstbereich lag die Tarifrelation bei 1:1:4, aus einem Rettungsdienstbereich wurden keine Tarife veröffentlicht.

Über die temporäre Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungsdienst Baden-Württemberg gibt Abb. 9.3 Auskunft. Im Zusammenhang mit der Tarifentwicklung müssen die Veränderungen in Einsatzumfang und -struktur gesehen werden (Tab. 9.3). Die Umstellung der Tarifstruktur führte zu einer völlig veränderten Einsatzstruktur:

- die Klasse der qualifizierten Krankentransporte wurde aufgelöst, der größte Teil dieser Einsätze wird nun als KTW-Einsatz durchgeführt;
- aus der Klasse der (einfachen) Krankentransporte wurde ein Großteil der "Patientenfahren" herausgenommen, diese werden nun vom privaten Personenbeförderungsgewerbe oder von Sanitätsorganisationen außerhalb des organisierten Rettungsdienstes durchgeführt;
- die Anzahl der Notarzt-Einsätze ist um das 3,5-fache gestiegen, eine Entwicklung, die einerseits auf eine verstärkte Nachfrage nach Notarzdiensten hinweist, zum Großteil jedoch durch den forcierten Ausbau der Notarztssysteme in Baden-Württemberg zu begründen ist¹⁵¹.

Diese Veränderungen in der formalen Tarifgestaltung und im Einsatzgeschehen brachten die Notwendigkeit mit sich, das Niveau in den einzelnen Tarifpositionen deutlich anzuheben (Abb. 9.5). Insgesamt ist das Volumen der Tariffinanzierung im Rettungsdienst Baden-Württemberg zwischen 1978 und 1985 von

151 Die Anzahl von Notarztssysteme stieg von 47 (1979) auf 107 (1987) an. Vgl. hierzu: Bundestagsdrucksache 8/3548 v. 7.1.1980. a.a.O., Anlage 5 (S. 122), sowie Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.1988, a.a.O., Anlage 5 (S. 154).

Tabelle 9.3: EINSATZUMFANG UND -STRUKTUR IM RETTUNGSDIENST
BADEN-WÜRTTEMBERG (1978 und 1985)

	1978		1985	
	Einsätze	in %	Einsätze	in %
Krankentransporte (1985: KTW-Einsätze)	482.991	47,0	560.954	78,2
qualifizierter Krankentransport (1985: RTW-Einsätze)	527.864	51.4	97.001	13,5
Notarzteinsätze (1985: NAW-Einsätze)	16.959	1,6	59.748	8,3
Einsätze des Rettungsdienstes	1.027.814	100	717.694	100

Quelle: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ...,
a.a.O., Bd. 1, Tab. 2.4 (S. 21).
Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (Hrsg.);
Rettungsdienst Baden-Württemberg ..., a.a.O., S. 8.

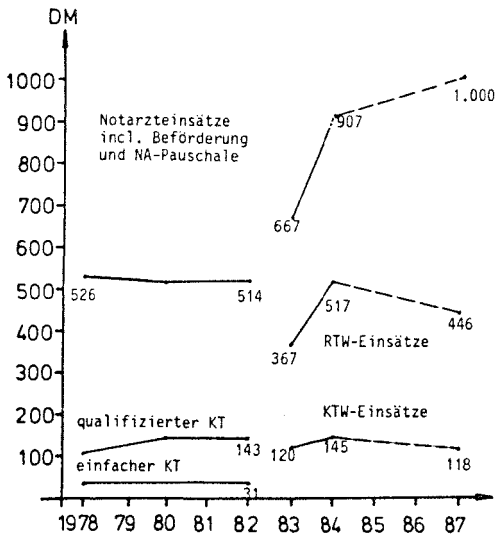


Abb. 9.5: Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungsdienst
Baden-Württembergs (1978 - 1987)

90.214 Mio. DM auf 156.731 Mio. DM angewachsen, eine Steigerung
um insgesamt 74 %¹⁵², das sind durchschnittlich 10,5 % im Jahr.

¹⁵² Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ...,
a.a.O., Teil I, Tab. 2.8 (S. 36), sowie: Ministerium für Arbeit, Gesund-

3.3.3.3 Freistaat Bayern

Die landesrechtlichen Regelungen zum Rettungsdienst Bayerns sind seit 1974 nahezu unverändert geblieben. Die Benutzungsentgelte werden zwischen Leistungs- und Gebührenträgern ausgehandelt und landesweit einheitlich vereinbart¹⁵³.

Bemerkenswert ist, daß in Bayern für die Gebührenträgergruppen

- Sozialversicherungsträger,
- Selbstzahler bzw. private Krankenkassen, und
- Krankenhäuser

jeweils unterschiedliche Tarife berechnet werden¹⁵⁴. Die einzelnen Tarife unterscheiden sich sowohl in ihrer formalen, als auch in ihrer materiellen Ausgestaltung. Die Benutzungsentgelte für Sozialversicherungsträger werden in Form von Einsatzpauschalen für

- Krankentransporte (KTW- und RTW-Einsätze), und
- Notarzteinsätze (incl. Bereitschaftsvergütung für Notärzte)

erhoben. Ein fahrleistungsabhängiger Anschlußtarif kommt nur bei Fahrten außerhalb Bayerns zum tragen.

Die Benutzungsentgelte für Selbstzahler und Krankenhäuser werden dagegen nach "Teilstreckentarifen mit linearem Verlauf im Langstreckenbereich"¹⁵⁵ berechnet, allerdings ist die Festlegung der Teilstrecken und die Höhe der jeweiligen Pauschalen unterschiedlich. Die im Vergleich mit den Sozialversicherungsträgern unterschiedliche Tarifierung für Krankenhäuser kann zum Teil mit der abweichenden Einsatzstruktur begründet werden. So zeichnen sich die Einsätze für Krankenhäuser entweder durch

152 Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, Tab. 2.8 (S. 36), sowie: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.); Rettungsdienst in Baden-Württemberg, a.a.O., S. 12.

153 Zum Verfahren der Tarifbildung und zur Durchführung des horizontalen Finanzausgleichs vgl.: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 57 ff. Zur aktuelle Vereinbarung vgl.: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Bay 6456, Anlage 2 (S. 5 f.).

154 Rettungsdienst Bayern: Benutzungsentgelte für den Rettungsdienst und Krankentransport, gültig ab 1.8.1987, München 1987.

155 Vgl. hierzu: Kühner, R.; Tarife und Tarifsysteme, a.a.O., S. 35 f.

sehr geringe (klinikinterne Einsätze) oder durch große (Verlegungsfahrten) Einsatzentfernungen aus. Der Grund, warum die Rettungsdiensttarife an die Nachfragestruktur der Krankenhäuser angepaßt wurden, ist einerseits im Auftragsvolumen der Krankenhäuser¹⁵⁶ zu sehen, andererseits in der Tatsache, daß Krankenhäuser die Möglichkeit haben, ihren internen Beförderungsbedarf auch außerhalb des organisierten Rettungsdienstes durch die Vergabe von Aufträgen an private Krankentransportunternehmen¹⁵⁷ oder mit eigenen Fahrzeugen¹⁵⁸ zu decken.

Das Tarifniveau im Rettungsdienst Bayern (Tarif für Sozialversicherungsträger) wurde zwischen 1978 und 1980 zwar deutlich angehoben, seit 1980 sind die Tarife jedoch ausgesprochen stabil (Abb. 9.6).

Auch die Einsatzstatistik (Tab. 9.4) zeigt relativ stabile Werte, zwischen 1978 und 1986 ist die Gesamtzahl der Einsätze um insgesamt 13,1 % angestiegen, wobei sich allerdings die Anzahl der Notarzteinsätze mehr als verdoppelt hat. Das Gebührenvolumen des Rettungsdienstes Bayern erhöhte sich von 89.0 Mio. DM (1978) auf 144.100 Mio. DM (1987)¹⁵⁹, mit 61,9 % (= 6,87 % pro Jahr) eine vergleichsweise moderate Steigerungsrate.

156 Bundesweit sind ca. 10 % der Rettungsdiensteinsätze entweder krankenhausinterne Einsätze oder Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus. Außerdem beginnen ca. 30 % aller Rettungsdiensteinsätze am Krankenhaus (Entlaßfahrten). Vgl. hierzu: Lenhart, W., Puhon, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 57f.

157 Bestrebungen, die Krankenhäuser anzuweisen, die Beförderungsaufträge auf den organisierten Rettungsdienst zu konzentrieren, wurden vom LG München für unzulässig erklärt. Vgl. hierzu: "Durchführung privater Krankentransporte über Rettungsleitstelle", LG München, Urt.v.13.8.1986, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd.2, Nr. 8227, S. 5 ff.

158 Krankentransporte der Krankenhäuser sind nach § 1 (4.e) Freistellungs-VO von den Bestimmungen des PBefG befreit. Vgl.: ebd., Bd. 1, Nr. 1170.

159 Für 1978: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Bd. 1, Tab. 3.5 (S. 61); für 1987: "Vereinbarung über die Benutzungsentgelte im Krankentransport und Rettungsdienst" für die Zeit vom 1.8.1987 bis 31.7.1988, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Bay 6456, Protokollarische Erklärung (S. 8). Die Kosten von 148.6 Mio. DM wurden um den erzielten Überschuß von 4.5 Mio. DM reduziert.

Tabelle 9.4: EINSATZUMFANG UND -STRUKTUR IM RETTUNGSDIENST BAYERN (1978 - 1986)

	1978 Einsätze in %	1984 Einsätze in %	1986 Einsätze in %
Kranken-transport	705.468 93,8	508.144 66,0	562.518 66,1
Notfall-einsätze		171.596 22,3	175.476 20,6
Notarzt-einsätze	46.484 6,2	89.770 11,7	112.662 13,3
Rettungsdienst-einsätze	751.952 100	769.510 100	850.656 100

Quellen: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Bd. 1, Tab. 3.2 (S. 50); Rettungsdienst Bayern (Hrsg.): Jahresabschlußrechnung 1986, S. 5.

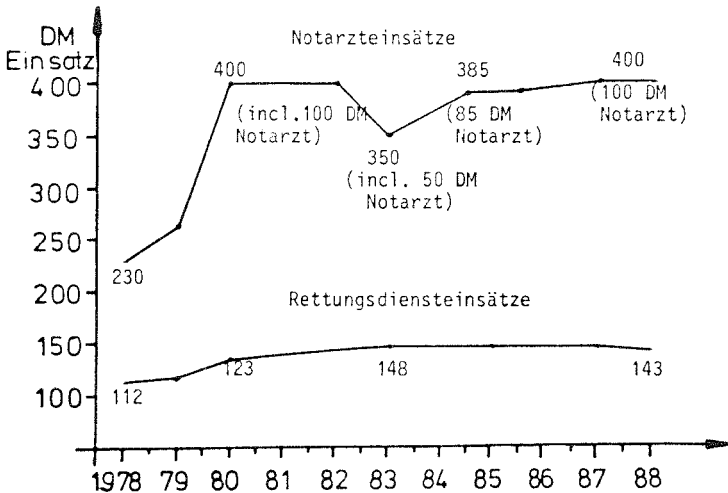


Abb. 9.6: Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungsdienst Bayern

3.3.3.4 Nordrhein-Westfalen

Die Tariffinanzierung des Rettungsdienstes in Nordrhein-Westfalen unterscheidet sich deutlich von den Finanzierungssystemen der Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern. Die Tarife werden nicht zwischen Leistungs- bzw. Aufgabenträgern und Gebührenträgern ausgehandelt, sie werden vielmehr als kommunale Gebührensatzung erlassen. Eine Mitspracherecht für die Gebührenträger ist nicht vorgesehen, allerdings wurde eine Übereinkunft getroffen, nach welcher die Aufgaben- und Gebührenträger enger zusammenarbeiten wollen, insbesondere sollen die Gebührenträger über Änderungen der Bedarfspläne und der Gebührenbedarfskalkulation rechtzeitig informiert werden¹⁶⁰.

Bedingt durch die Aufgabenzuweisung des Rettungsdienstgesetzes wurden in Nordrhein-Westfalen 54 Rettungsdienstbereiche festgelegt. In jedem dieser Bereiche werden eigene Gebührensatzungen erlassen, falls mehrere Aufgabenträger in einem Rettungsdienstbereich zuständig sind, werden auch mehrere Gebührensatzungen für einen Rettungsdienstbereich erlassen¹⁶¹.

Um einen Eindruck über die formale und materielle Ausgestaltung der Tarife zu gewinnen, wurden die Gebührensatzungen aus 26 Rettungsdienstbereichen analysiert (Tab. 9.5)¹⁶².

Die Tarife sind überwiegend gekennzeichnet durch:

- differenzierte Einsatzpauschalen in den Stadtgebieten,
- ergänzende Streckentarife außerhalb der Stadtgebiete, wobei die innerörtlichen Einsatzpauschalen häufig als Mindest- oder Grundgebühr¹⁶³ hinzugerechnet werden, sowie durch
- eine Vielzahl von Tarifzuschlägen.

160 "Übereinkunft der Verbände der Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbände ..." (NW), a.a.O., S. 1.

161 Beispielsweise werden im Ennepe-Ruhr-Kreis weniger als acht unterschiedliche Gebührentarife für den Rettungsdienst erlassen. Vgl. hierzu: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, NW 6764, S. 3 ff.

162 Die einzelnen Gebührensatzungen sind widergegeben bei: ebd., NW 6761, 6762 und 6764; ausgewertet wurde der Stand: 35. Lfg. V/1987.

163 Eine Mindestgebühr wird dann berechnet, wenn die Gebührensumme nach dem Streckentarif unter dem Betrag der Mindestgebühr bleibt, die Grundgebühr wird dagegen immer zusätzlich zum Streckentarif berechnet.

Tabelle 9.5: TARIFELEMENTE IM RETTUNGSDIENST NORDRHEIN-WESTFALEN (26 ausgewertete Tarife)

	ANZAHL DER NENNUNGEN	MITTELWERT DES MERKMALS	EXTREMWERTE		ABWEICHUNGEN DER EXTREMWERTE (2) : (1)
			min. (1)	max. (2)	
Tarife mit Zuschlägen	26	3,61 Zuschl.	1	6	
1. Desinfektions- pauschale	20	54,40 DM	19,00 DM	110,00 DM	5,79
2. Inkubator - ohne Arzt - mit Arzt	7 2	50,85 DM	18,00 DM 130,00 DM	105,00 DM 248,00 DM	5,83
3. Fahrzeug- reinigung	14	42,30 DM	18,00 DM	76,00 DM	4,22
4. Wartezeiten je 30 Min. RTW	21	37,23 DM	17,50 DM	90,00 DM	5,14
5. Mehrpersonen- transport		Zuschläge sind z.T. im Tarif eingearbeitet, das Berechnungs- spektrum reicht von der Aufteilung der Normalgebühr auf alle Beförderten, bis hin zur vollen Gebührenberechnung für jeden einzelnen Beförderten			
6. Zuschläge für Wochenend- bzw. Nachteinsätze	3	Als "normale" Arbeitszeiten gelten: Mo. - Fr. von 8.00 - 16.00, Mo. - Fr. von 7.00 - 19.00 oder Mo. - Fr. von 7.30 - 18.00 Uhr			
NOTFALLPAUSCHALE BZW. MINIMUM	26	237,60 DM	80,00 DM	496,00 DM	6,19
KRANKENTRANSPORTPAU- SCHALE BZW. MINIMU M	26	109,33 DM	35,00 DM	203,00 DM	5,80

Im Durchschnitt werden je Gebührensatzung 3,61 Tarifizuschläge berechnet, das Maximum liegt bei 6 Einzelzuschlägen. Diese Zuschläge werden für die folgenden Sonderleistungen berechnet:

- Wartezeiten (21 Nennungen): Nach einer gebührenfreien Wartezeit (i.d.R. 30 Min., in einzelnen Fällen aber auch nur 15 Min.) wird für jede angefangene halbe Stunde (in einigen Fällen je angefangenen 15 Min.) der entsprechende Zuschlag berechnet.
- Desinfektionspauschalen (20 Nennungen);
- Fahrzeugreinigung (14 Nennungen);
- Inkubatortransport (9 Nennungen), sowie
- Wochenend- bzw. Nachtzuschläge (3 Nennungen): Die Frage, welches die "normale" Arbeitszeit ist, wird in allen drei Gebührensatzungen unterschiedlich beantwortet¹⁶⁴.

Neben den genannten Tarifizuschlägen wird in zwei Gebührensatzungen der Einsatz eines Wiederbelebungsgertes seperat in Rechnung gestellt, in einem Tarif ist darüberhinaus eine spezielle Gebühr bei Benutzung eines Sauerstoff-Inhalationsgerätes vorgesehen.

In den Tarifen des Rettungsdienstes Nordrhein-Westfalens sind darüberhinaus in Einzelfällen Besonderheiten wie die folgenden zu finden:

- die Berechnung von Reisekosten bzw. Tagegeldern für das Rettungsdienstpersonal bei längerdauernden Einsätzen,
- die Staffelung der Einsatzentfernung nach den Regelungen des Güterkraftverkehrsgesetzes (GüKG) zur Festlegung des Nahbereiches, sowie
- die simultane Berechnung von zwei "Anschlußgebühren" bei Transportzeiten von mehr als 30 Minuten, und bei Rückfahrten von mehr als 20 km außerhalb des Stadtgebietes.

Insgesamt sind die Gebührensatzungen der Rettungsdienste in Nordrhein Westfalen sehr stark gegliedert, in einem Fall ent-

¹⁶⁴ Als "normale" Dienstzeiten gelten: Montag - Freitag jeweils 7.00 - 19.00 Uhr, Mo. - Fr., 7.30 - 18.00 Uhr oder Mo. - Fr., 8.00 - 16.00 Uhr.

hält die Satzung nicht weniger als 60 einzelne Tarifpositionen¹⁶⁵.

Die zusammenfassende Darstellung von Tarifelementen in den Gebührensatzungen Nordrhein-Westfalens in Tab. 9.5 gibt noch keinen Aufschluß über das Niveau der einzelnen Tarife. Um zu einer Aussage über das durchschnittliche Tarifniveau zu kommen, wären Informationen über die Struktur der Einsätze, die Fahrstrecke, die Einsatzzeit u.ä. erforderlich. Auffällig sind jedoch die extremen Unterschiede im Niveau der einzelnen Tarifelemente. Die genannten Höchstwerte liegen z.T. um das 5 bis 6-fache über den Mindestwerten. Selbst wenn berücksichtigt wird, daß die ausgewerteten Gebührensatzungen aus unterschiedlichen Jahren¹⁶⁶ stammen, ist ein derartiges Preisspektrum für vergleichbare Leistungen bzw. Zusatzleistungen bemerkenswert.

Als Beispiel für die Entwicklung der Tarife im Rettungsdienst Nordrhein-Westfalens sind in Abb. 9.7 die Veränderungen des Tarifniveaus im Rettungsdienst der Stadt Köln zwischen 1978 und 1986 dargestellt. Nach einem Ratsbeschluß aus dem Jahre 1977 waren im Rettungsdienst ab 1982 kostendeckende Tarife zu erheben¹⁶⁷. Dieses Ziel ist weitgehend erreicht worden, allerdings verändern sich die Kostendeckungsgrade in den Jahresrechnungen für die einzelnen Leistungsbereiche¹⁶⁸.

165 Vgl. hier die Gebührensatzung der Stadt Duisburg in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, NW 6761, S. 28b ff.

166 Für die Analyse wurden Satzungen aus den Jahren 1984 - 1987 ausgewertet.

167 Vgl. hierzu: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 167 f.

168 Im Rechnungsjahr 1985 lagen die Kostendeckungsgrade beispielsweise zwischen 88 % (Krankentransport) und 114 % (Notfallrettung). Stadt Köln (Hrsg.); Kostenrechnung Rettungsdienst ..., a.a.O., S. 26.

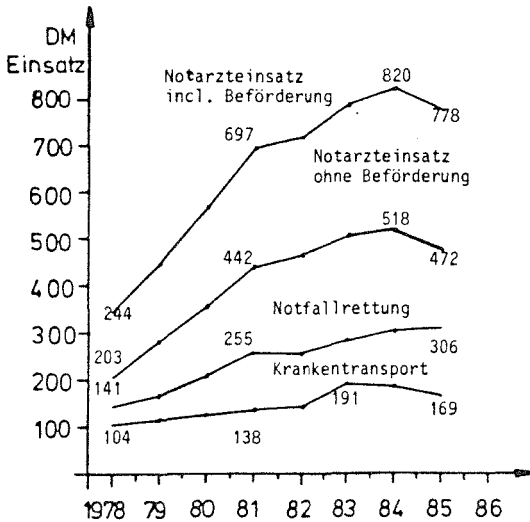


Abb. 9.7: Entwicklung des Tarifniveaus im Rettungsdienst der Stadt Köln

Abb. 9.7 läßt erkennen, daß nach einer Phase deutlicher Tarifierhöhungen nach 1981 nur noch moderate Tarifanpassungen vorgenommen worden sind, teilweise konnten die Tarife sogar gesenkt werden. Für 1986 wurde empfohlen, "... die zur Zeit geltenden Gebühren für ein weiteres Jahr beizubehalten."¹⁶⁹

3.3.3.5 Niedersachsen

Der Rettungsdienst des Landes Niedersachsen wird u.a. durch die folgenden Faktoren geprägt:

- es fehlen landeseinheitliche Rahmenbedingungen bezüglich der Organisation, Durchführung und Finanzierung des Rettungsdienstes;
- der Rettungsdienst wird traditionell von Sanitätsorganisationen, kommunalen Rettungsdiensten, in nennenswertem Umfang aber auch von privaten Krankentransportunternehmen durchgeführt¹⁷⁰,
- durch die kommunale Gebietsreform wurde die Organisation des Rettungsdienstes zusätzlich zergliedert¹⁷¹,
- die Tariffinanzierung des Rettungsdienstes erfolgt einerseits auf der Grundlage des Kommunalabgabengesetzes Niedersachsen (Feuerwehren und kommunale Rettungsdienste), andererseits gelten die einschlägigen Bestimmungen des PBefG.

In Tab. 9.6 sind die wesentlichen Parameter für ausgewählte Tarife von Rettungsdiensten in Niedersachsen wiedergegeben. Grundlage der Analyse sind Tarife aus 32 von 50 Rettungsdienstbereichen¹⁷². Von diesen Tarifen waren

- 23 Verordnungen nach § 51(2) PBefG,
- 5 Gebührensatzungen nach §§ 4 und 5 des Niedersächsischen Kommunalabgabengesetzes (NKAG), sowie
- 4 Vereinbarungen zwischen Leistungs- und Gebührenträgern in Rettungsdienstbereichen, in welchen die Verordnungsgeber ausdrücklich auf die Kompetenz zur Gebührenfestsetzung verzichtet haben¹⁷³.

Da leitende Vorgaben weitgehend fehlen, zeichnen sich die Tarife in Niedersachsen u.a. durch eine schillernde Begriffsvielfalt aus. Häufig werden Leistungsbereiche nach der

170 Beispiels hierzu bei: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil I, S. 114 f.

171 ebd., S. 106.

172 Zu den einzelnen Tarife siehe: Gerdemann, Korbmann, Kutter, a.a.O., Bd. 2, Nds 6704 - 6748, ausgewertet wurde der Stand 35.Lfg. V/1987.

173 Vgl. als Beispiel: Verordnung zur Aufhebung der Verordnung des Landkreises Göttingen ..." in: ebd., Nds 6713.

Tabelle 9.6: TARIFELEMENTE IM RETTUNGSDIENST NIEDERSACHSENS (32 ausgewertete Tarife)

	ANZAHL DER NENNUNGEN	MITTELWERT DES MERKMALS	EXTREMWERTE		ABWEICHUNGEN DER EXTREME (b) : (a)
			(a) min.	(b) max.	
Tarife mit Zuschlägen	32	5,03 Zuschl.	1	8	
1. Unfall-/Notfall- pauschale	19	83,00 DM	15,00 DM	210,00 DM	14,0
2. Desinfektions- pauschale	22 (davon 1 x Kosten in tatsächlicher Höhe)	64,50 DM	25,00 DM	154,00 DM	6,2
3. Inkubator/Frühgeb.	13	34,70 DM	20,00 DM	60,00 DM	3,0
4. Fahrzeugreinigung	8	64,75 DM	40,00 DM	100,00 DM	2,5
5. Wartegelder je 30 Min	24	25,26 DM	5,00 DM	69,50 DM	13,9
6. Nachtzuschläge (1) - als Pauschale	7	73,85 DM	20,00 DM	180,00 DM	9,0
- in % des Grund- betrages	20	28,4 %	10 %	100 %	10,0
7. Sonn-/Feier- tagszuschläge (2) - als Pauschale	7	73,85 DM	20,00 DM	180,00 DM	9,0
- in % des Grund- betrages	14	24,3 %	10 %	50 %	5,0
8. Mehrpersonentransp. - als Pauschale	3		20,00 DM	60,00 DM	3,0
- in % des Grund- betrages	20	38,9%	17,5 %	100 %	5,7
RTW-Pauschale oder Minimum	31	135,65 DM	55,00 DM	348,00 DM	6,3
KTW-Pauschale oder Minimum	30	75,00 DM	16,50 DM	194,00 DM	11,8

Anmerkungen: (1) Nachtzuschläge werden in der Zeit von 21.00 - 6.00 Uhr berechnet.

Abweichungen: 18.00 - 7.00, 19.00 - 7.30, 19.00, 20.00 und 22.00 - 6.00 Uhr.

(2) Zuschläge werden für Einsätze an Sonn- und Feiertagen berechnet.

Abweichungen: Freitag 19.00 - Montag 6.00, Samstag 6.00 - Sonntag 21.00,

Samstag 13.00 - Montag 7.30, Samstag 14.00 - Montag 7.00 Uhr.

Quelle: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. Nds 6704-6748 (Stand: 36. Lfg., X 87)

Transportposition der Patienten (sitzend-liegend) abgegrenzt, die Patienten werden in Behelfs-, Leicht-, Sonder- oder Spezialkrankswagen, in Unfallrettungswagen oder Sonderpersonenkraftwagen befördert. Eine Angleichung der Begriffe an die DIN-Norm oder an die Regelungen anderer Bundesländer würde die Kommunikation erleichtern und das Tarifwesen durchschaubarer machen.

Bereits in einer früheren Untersuchung wurde deutlich, daß bei der Berechnung der Benutzungsentgelte in Niedersachsen umfangreiche, z.T. sehr weitgehend differenzierte Tarifzuschläge zu berücksichtigen sind¹⁷⁴. Die Analyse der vorliegenden 32 Tarife zeigt, daß

- die Einsatzpauschalen bzw. Mindestgebühren vergleichsweise niedrig sind. Daraus kann jedoch nicht auf ein moderates Tarifniveau rückgeschlossen werden, da die Mindestgebühren z.T. bei sehr niedrigen Leistungswerten (z.B. bei einer Fahrleistung von 9 km) ansetzen und durch umfangreiche Zuschläge ergänzt werden.
- je Tarif im Durchschnitt 5, in Extremfällen bis zu 8 Zuschläge zu berechnen sind;
- die Mittelwerte der einzelnen Zuschläge gegenüber der Auswertung für 1980 z.T. um weit mehr als das Doppelte angestiegen sind (Beispiel: Fahrzeugreinigung 1980: 26.70 DM; 1987: 63.75 DM);
- die Unterschiede zwischen den unteren und oberen Extremwerten bei allen Zuschlägen außerordentlich groß sind, in zwei Fällen liegt der obere Extremwert um den Faktor 14 über dem niedrigsten Wert.

Insgesamt bieten die Tarife des Rettungsdienstes in Niedersachsen ein sehr heterogenes Bild, und zwar sowohl im Hinblick auf die formale als auch auf die materielle Tarifgestaltung. Als Beispiel für die Veränderungen im Tarifniveau wird in Abb. 9.8 die Entwicklung der Einsatzentgelte für Krankentransporte und einen Notfall (Verkehrsunfall bei Nacht) im Landkreis Cloppenburg¹⁷⁵ zwischen 1978 und 1986 dargestellt. Das ursprünglich sehr niedrige Tarifniveau wurde um den Faktor 5

174 Kühner, R.; Tarife und Tarifsysteme ..., a.a.O., Tab. 2 (S. 47).

175 Der aktuelle Tarif ist abgedruckt bei: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nds 6707, S. 2 ff.

(Notfallrettung) bzw. 2,5 (Krankentransporte) angehoben. Solche Entwicklungen waren absehbar, da in verschiedenen Rettungsdienstbereichen Niedersachsens 1978 eine Kostenorientierung der Tarife noch nicht zu erkennen war. Mit der stärkeren Beachtung von Formalzielen ist i.d.R. eine Anpassung der Tarife in der Form verbunden, daß das Tarifniveau erheblich angehoben wird¹⁷⁶.

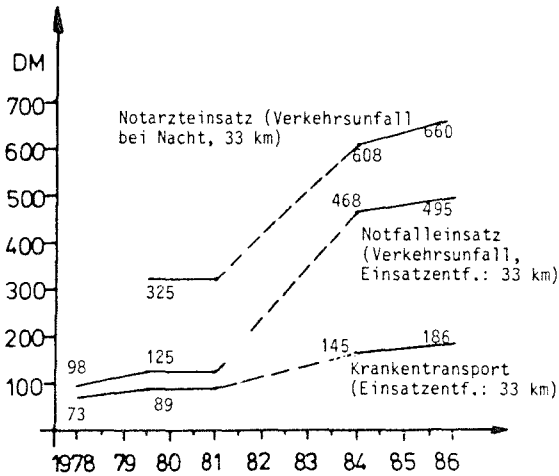


Abb. 9.8: Entwicklung des Tarifniveaus im Landkreis Cloppenburg

176 Vor allem in Zeiten knapper Haushaltsmittel treten die Formalziele (Gesamt- oder Teilkostendeckung, Überschüßerzielung zur internen Subventionierung) mehr und mehr in den Vordergrund. Vgl. in diesem Zusammenhang die Ausführungen bei: Kühner, R.; Tarife und Tarifsysteme ..., a.a.O., S.62 f.

3.3.4 Gesamtumfang der Tariffinanzierung

Hauptträger der Tariffinanzierung sind die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), über die ca. 90 % der Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland abgesichert sind. Seit 1982 werden die Ausgaben der GKV für den Rettungsdienst in speziellen Konten verbucht und ausgewiesen, sodaß der Umfang der Tariffinanzierung durch die Sozialversicherungsträger dargestellt werden kann¹⁷⁷.

Danach haben die gesetzlichen Krankenversicherungen im Rechnungsjahr 1987 für den Rettungsdienst (incl. Luftrettung) ca. 887 Mio. DM aufgewandt¹⁷⁸. Im Jahr 1986, das als Basis für die nachfolgenden Berechnungen dient, entfielen auf den Rettungsdienst ca. 0,7 % der Gesamtausgaben der GKV (119,867 Mrd. DM).

Die Luftrettung verursachte für die GKV Ausgaben in Höhe von 30,4 Mio. DM, also einem Anteil von 3,6 % der Gesamtausgaben für den Rettungsdienst.

Einen Überblick über die Entwicklung der Ausgaben, die von den GKV für den Rettungsdienst von 1982 bis 1987 geleistet worden sind, gibt Tab. 9.7. Danach sind die Gesamtausgaben innerhalb von 5 Jahren um ca. 56 % angestiegen, für die Luftrettung waren die Ausgabenzuwächse mit insgesamt 89 % überproportional hoch.

Diese erheblichen Steigerungsraten sind auf sehr unterschiedliche Ursachen und Entwicklungen zurückzuführen:

177 Damit konnte jedoch (noch) nicht verhindert werden, daß über das Ausgabenvolumen der GKV für den Rettungsdienst irreführende Angaben gemacht werden. Wenn argumentiert wird, daß "... die gesetzliche Krankenversicherung allein im Jahre 1984 einen Betrag von 1,3 Milliarden DM ..." für den Rettungsdienst aufgewendet hat, so wird übersehen, daß in diesem Betrag ca. 580 Mio. DM für Taxen und "sonstige Reisekosten" enthalten sind. Picard, E.: Rettungsdienst aus der Sicht der Krankenversicherung, a.a.O., S. 558; ähnlich auch die Ausführungen von W. Heitzer, in: DRK (Hrsg.); 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 42.

178 Die entsprechenden Zahlen sind veröffentlicht in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die Gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1987, Bonn 1988, Tab. 32 B.

Tabelle 9.7: AUSGABEN DER KRANKENKASSEN FÜR DEN RETTUNGSDIENST
(1982 - 1986, in Mio. DM)

	LUFTRETTUNG		BODENGEBUNDENER RETTUNGSDIENST		RETTUNGSDIENST	
	Mio. DM	Index ¹	Mio. DM	Index ¹	Mio. DM	Index ¹
1982	17,1	100	549,9	100	567,0	100
1983	19,8	115,8	636,9	115,8	656,7	115,8
1984	23,3	136,3	695,1	126,4	718,4	126,7
1985	25,5	149,1	750,8	136,5	776,3	136,9
1986	30,4	177,8	814,6	148,1	845,0	149,0
1987	32,3	188,9	854,3	155,4	886,6	156,4

¹⁾ Indexwert 1982 = 100

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahre 1987, Bonn 1988, Tab. 32 B.

- die Infrastruktur des Rettungsdienstes ist in diesem Zeitraum weiter ausgebaut worden, und zwar vor allem im Bereich der sehr kostenintensiven Notarztversorgung¹⁷⁹;
- als Folge des besseren Angebotes wurden verstärkt höher qualifizierte, damit aber auch teure Leistungen des Rettungsdienstes nachgefragt¹⁸⁰;
- die kommunalen Träger der externen Finanzierung sind mehr und mehr bestrebt, Kostenunterdeckungen durch Tarifierpassung, also zu Lasten der Gebührenträger, auszugleichen;
- die Bundesländer haben ihren Finanzierungsbeitrag zum Rettungsdienst teilweise reduziert¹⁸¹;

179 Zwischen 1981 und 1985 ist die Anzahl der Notarztssysteme von 457 auf 579 angewachsen, ein Anstieg um 26,7 %. Im selben Zeitraum wurde das Luftrettungssystem von 31 auf 35 Stationen (+ 13 %) ausgebaut. Vgl. hierzu u.a.: Bouillon, B., et al.; Ansatzpunkte ..., S. 78 ff.

180 Von 1981 bis 1985 stieg der Anteil der Einsätze mit notarztbesetzten Rettungsmitteln (NAW, NEF und RTH) von 5 auf 9,1 %. Bundestagsdrucksache 10/5030 v. 14.2.1986, a.a.O., Anlage 1, Tab. 8 (S. 129).

181 Für Baden-Württemberg wird ausdrücklich festgestellt: "Die Gesamtfinanzierung des Rettungsdienstes nach dem RDG 1983 verursacht eine stärkere Belastung der Benutzer (Versicherungen) und eine Entlastung der öffentlichen Hand (Land)." Trumpp, E.: Konkurrenzdruck geht zu Lasten der rettungsdienstlichen Versorgung in Baden-Württemberg, in: der landkreis, 12/1985, S. 550 - 551, hier: S. 551.

- im Bereich der Luftrettung entstehen allein durch die Anpassung der Einsatzpauschalen jährliche Mehrausgaben für die Gebührenträger in einem Umfang von 1,258 Mio. DM¹⁸².

Von Interesse ist eine Darstellung der Ausgaben der Kassen für den Rettungsdienst in den einzelnen Bundesländern. Dies ist nicht möglich, da nicht alle Sozialversicherungsträger ihre Ausgaben länderspezifisch ausweisen. Vor allem die Angestellten-Ersatzkassen, die 22,2 % der Gesamtausgaben der GKV für den Rettungsdienst tragen, differenzieren ihre Ausgaben nicht nach Bundesländern. In Tab. 9.8 ist die Ausgabenstruktur der GKV für die Bundesländer als Hochrechnung ausgewiesen. Grundlage sind ca. 70 % der Ausgaben der Kassen für den Rettungsdienst (bodengebundener Rettungsdienst: 72,02 %; Luftrettung: 66,92 %), die Bundesländern zugeordnet werden konnten.

Eine derartige Zuordnung ist nicht unproblematisch, da die Ausgaben der GKV nur auf Bundesebene den Einnahmen des Rettungsdienstes entsprechen können, bei einer disaggregierten Auswertung entstehen Überschneidungen. Wenn beispielsweise ein Mitglied einer Hamburger Krankenkasse in Bayern die Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch nimmt, werden die Ausgaben in Hamburg verbucht, die Leistung und die Einnahmen werden jedoch in Bayern registriert. Auch in aggregierter Form können die Ausgaben der GKV für den Rettungsdienst nicht ohne Bedenken als Einnahmen für den organisierten Rettungsdienst angesehen werden. Einerseits bieten mehr und mehr private Unternehmen am Boden und in der Luft Krankentransportleistungen an, die entsprechenden Ausgaben werden in den Konten der GKV nicht separat ausgewiesen. Da auch über den Umfang der entsprechenden Einsätze keine Informationen vorliegen, können die GKV-Daten unter diesem Gesichtspunkt nicht bereinigt werden, die Angaben der GKV über die Aufwendungen für den Rettungsdienst liegen über den tatsächlichen Einnahmen des organisierten Rettungsdienstes. Andererseits spiegeln, wie bereits erwähnt, die GKV-Daten nur die Ausgaben für ca. 90 % der Bevölkerung wider, die fehlenden 10 % sind entweder privat versichert, Sozialhilfeempfänger oder nicht versichert. Für die privat Versicherten tritt eine private Krankenkasse, für die Sozialhilfeempfänger die Sozial-

182 Die Pauschale wurde 1985 von 900 auf 1.048 DM je Flugstunde angehoben. Bei 8.500 Flugstunden summieren sich die Mehrausgaben für die Gebührenträger auf 1,258 Mio. DM jährlich. Zur Erhöhung der Pauschale vgl.: "Schreiben des Bundesamtes für Zivilschutz ..." a. a. O., S. 2.

Tabelle 9.8: AUSGABENSTRUKTUR DER KRANKENKASSEN IN DEN BUNDESLÄNDERN (1986)

BUNDESLAND	LUFTRETTUNG			BODENGEBUNDENER RETTUNGSDIENST			RETTUNGSDIENST	
	Ausg. in Mio. DM	Hochr.	%	Ausg. in Mio. DM	Hochr.	%	Ausg. in Mio. DM	%
Baden- Württemberg	3,332	5,515	16,4	100,385	154,872	17,1	160,387	17,2
Bayern	4,157	6,902	20,5	87,809	135,470	15,0	142,372	15,3
Berlin	198	327	1,0	20,731	31,983	3,5	32,265	3,5
Bremen	336	673*	2,0	8,586	13,213	1,5	13,886	1,5
Hamburg	799	1,327	3,9	21,665	33,424	3,7	34,751	3,7
Hessen	1,362	2,265	6,7	49,892	76,972	8,5	79,223	8,5
Nieder- sachsen	3,751	6,228	18,5	71,523	110,334	12,2	116,562	12,5
Nordrhein- Westfalen	3,719	6,174	18,3	165,996	256,096	28,3	250,000*	26,8
Rheinland- Pfalz	975	1,619	4,8	28,904	44,593	4,9	46,212	5,0
Saarland	330	548	1,6	6,893	10,634	1,2	11,840*	1,3
Schleswig- Holstein	1,352	2,244	6,7	24,313	37,510	4,1	44,000*	4,7
Insgesamt	20,301	33,819	100	586,697	905,145	100	931,508	100

*) korrigiert nach Angaben der Bundesländer (keine Hochrechnungen)
 Anmerkung: Die nach Ländern differenzierbaren Ausgaben betragen
 - 66.92 % der Gesamtausgaben für die Luftrettung, und
 - 72.02 % der Gesamtausgaben für den bodengeb. Rett.D.
 Daraus ergaben sich Hochrechnungsfaktoren von
 - 1,66 für die Luftrettung (1:0.6692:0.9) und
 - 1,54278 für den bodengeb. RD ((1:0.7202:0.9)

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahre 1986, Bonn 1987, Tab. 32 B.

fürsorge, also die Kommunen, als Gebührenträger in Erscheinung. Da keine Daten über Umfang und Struktur der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes durch diese Bevölkerungsschichten vorliegen, werden die GKV-Daten in Tab. 9.8 mit dem Faktor 0.9 linear hochgerechnet.

Für einige Bundesländer liegen Angaben zum Gebührenaufkommen im Rettungsdienst vor, die entsprechenden Zahlen basieren jedoch z.T. auf unterschiedlichen Rechnungsjahren. Deshalb wurden die Werte für die Bundesländer nur dann korrigiert, wenn zwischen dem hochgerechneten und den angegebenen Volumen der Tariffinanzierung größere Unterschiede erkennbar waren. Die korrigierten Werte sind in Tab. 9.8 jeweils gekennzeichnet.

Der Vergleich der Struktur des Gebührenaufkommens von Luftrettung und bodengebundenem Rettungsdienst zeigt einige bemerkenswerte Sachverhalte: In Hessen und in Nordrhein-Westfalen liegt der Strukturanteil der Gebühren im bodengebundenen Rettungsdienst deutlich über dem in der Luftrettung - ein Indiz dafür, daß entweder die Ausgaben für Luftrettungseinsätze unterdurchschnittlich sind¹⁸³, oder daß die Tariffinanzierung für den bodengebundenen Rettungsdienst überdurchschnittlich hoch ist. Andererseits liegen die Strukturanteile der Ausgaben für die Luftrettung in Bayern und Niedersachsen über den entsprechenden Quoten des bodengebundenen Rettungsdienstes. In beiden Bundesländern ist das Luftrettungssystem entweder besser ausgebaut oder es wird intensiver genutzt¹⁸⁴. Allein für Bayern werden über 20 % des Gebührenaufkommens der Luftrettung ausgewiesen, Nordrhein-Westfalen ist Ausgabenschwerpunkt für den bodengebundenen Rettungsdienst, deutlich mehr als ein Viertel der gesamten Tariffinanzierung wird hier bezahlt.

3.3.5 Interne Finanzierung

Die interne Finanzierung ist ein Finanzierungsfeld, das von den Sanitätsorganisationen, soweit sie als Leistungsträger tätig sind, übernommen wird. Dabei sind zwei Aspekte zu unterscheiden:

- die (aus der Sicht der Leistungsträger) ausgabenbezogene Seite, z.B. Mitgliedsbeiträge, allgemeine Spenden etc., und
- der kalkulatorische Aspekt, vor allem im Zusammenhang mit ehrenamtlicher Tätigkeit und zweckgebundenen Spenden.

183 Bundesweit betrug 1986 der Umfang der Tariffinanzierung für die Luftrettung 0,55 DM je Einwohner, in Hessen lediglich 0,40 DM je Einwohner.

184 Gegenüber dem Durchschnitt von 0,55 DM wurde in Niedersachsen 0,86 DM je Einwohner für die Luftrettung aufgewandt.

Eine vollständige Erfassung und Bewertung dieser beiden Finanzierungsbereiche ist kaum möglich, da die Leistungsträger entsprechende Informationen nicht oder nur unvollständig veröffentlichten. Es zeigt sich allerdings in zunehmenden Maße, daß von einzelnen Bundesländern oder von Leistungsträgern ausdrücklich auf den Umfang ehrenamtlicher Tätigkeit und die dadurch erzielte Aufwandsreduzierung hinweisen. In den fünf Bundesländern, aus welchen auswertbare Daten vorliegen (Tab. 9.9), haben ehrenamtliche Mitarbeiter der Leistungsträger in den entsprechenden Jahren über 5,3 Mio. Einsatzstunden im Rettungsdienst geleistet. Über die Hälfte dieser Arbeitsleistung werden aus Bayern gemeldet, in Baden-Württemberg ist der Umfang der ehrenamtlich geleisteten Arbeitsstunden gegenüber 1978 erheblich zurückgegangen¹⁸⁵. Kalkulatorisch bewertet¹⁸⁶ ergibt sich durch den Einsatz ehrenamtlicher Helfer ein monetärer Entlastungseffekt von mindestens 70 Mio. DM.

Der in Tab. 9.9 ausgewiesene Umfang der ehrenamtlichen Tätigkeit ist als eine Untergrenze anzusehen, da aus verschiedenen Bundesländern keine entsprechenden Angaben vorliegen. Vor allem in Niedersachsen und Hessen ist ebenfalls mit einem erheblichen Anteil ehrenamtlicher Leistung zu rechnen. Im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsanalysen in Hessen ist beispielsweise zu prüfen, "... inwieweit an ehrenamtliche Helfer Zahlungen geleistet (...) und "kalkulatorische Kosten" angesetzt wurden."¹⁸⁷

Eine kalkulatorische Bewertung von ehrenamtlicher Arbeitsleistung ist nicht unumstritten, doch auch für andere staatliche und halbstaatliche Aufgabenbereichen werden entsprechende Rechnungen durchgeführt, und sei es nur, um zu demonstrieren, in welchem Umfang der Staat in dem entsprechenden Bereich entlastet wird. So wurde bereits Mitte der 70-er Jahre der durch ehrenamtliche Mitarbeit erzielte Entlastungseffekt allein im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens auf 2,8 Mrd. DM jähr-

185 1978 wurden im Rettungsdienst Baden-Württemberg noch ca. 2,1 Mio. ehrenamtliche Arbeitsstunden geleistet. Berechnet nach: Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 1, Tab. 2.5 (S.25).

186 Ein Stundensatz von 13 DM entspricht ca. 2/3 des vollen Stundensatzes von 19.50 DM. Damit wird berücksichtigt, daß die ehrenamtliche Leistungen z.T. bereits im Rahmen der Tariffinanzierung erfaßt worden sind. Vgl. hierzu: ebd., S. 35 und 54.

187 "Vorläufige Richtlinien ..." (Hessen), a.a.O., S. 12.

Tabelle 9.9: EHRENAMTLICHE ARBEITSLEISTUNG IM RETTUNGSDIENST

Bundesland	Arbeitsstunden	DM/Std.	kalk. Wert
Baden-Württemberg (1985)	1,564 Mio.	13.--	20,3 Mio. DM
Bayern (1986)	3,121 Mio.	13.--	40,6 Mio. DM
Rheinland-Pfalz (1984)	0,459 Mio.	13.--	6,0 Mio. DM
Saarland (1986)	0.182 Mio.	13.--	2,4 Mio. DM
Schleswig-Holstein (1983)	0,032 Mio.	13.--	0,5 Mio. DM

Anmerkung: Der Stundensatz von 13.-- entspricht zwei Drittel eines vollen Stundensatzes von 19.50 DM.
Quellen: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.); Rettungsdienst in Baden-Württemberg ..., a.a.O., S. 9; Klingshirn, H.; Rettungsdienst in Bayern, a.a.O., S. 6; Schreiben des DRK, LV Rheinland-Pfalz von 1986; Rettungszweckverband Saar (Hrsg.); 10 Jahre Rettungszweckverband, a.a.O., S. 53; Landtagsdrucksache (SH) 10/813 v. 25.1.1985, a.a.O., Übersicht 4.

lich geschätzt¹⁸⁸. Von der Deutschen Verkehrswacht wird der Wert des ehrenamtlichen Engagements mit ca. 6 Mio. DM pro Jahr angegeben¹⁸⁹, durch den Einsatz von Schülerlotsen wird jährlich ein kalkulatorischer Wert in Höhe von 50 Mio. DM geschaffen¹⁹⁰.

Das kalkulatorische Element der internen Finanzierung ist zu ergänzen durch ausgabewirksame Elemente. Für den bodengebundenen Rettungsdienst liegen lediglich aus zwei Bundesländern nähere Informationen vor:

188 Kirberger, W.; Staatsentlastung ..., a.a.O., S. 282 f. Der Berechnung liegen 200 Mio. Std. mit einem Stundensatz von 14 DM zugrunde.

189 Mottl, F.: Verkehrssicherheitsarbeit - Verknüpfung von staatlicher Vorsorge und privatem Engagement, in: Daimler Benz AG (Hrsg.): Perspektiven der Verkehrssicherheitsarbeit; Report 8, Schriftenreihe der Daimler Benz AG, Düsseldorf 1987, S. 7 - 11, hier: S. 9. Für die Kalkulation wurde ein Stundensatz von 20 DM zugrunde gelegt.

190 Daselbst; jede Stunde wurde mit 10 DM bewertet.

- in Baden-Württemberg wird für "Eigenleistungen und Spenden der Rettungsdienstorganisationen" für das Jahr 1985 ein Betrag von 1,95 Mio. DM angegeben¹⁹¹;
- im Saarland übernehmen die Leistungsträger 20 % der Anschaffungskosten der Fahrzeuge. Nach den Berechnungen in Anlage 3 ergibt sich dadurch für die Leistungsträger ein jährlicher Finanzierungsbetrag von 732.000 DM.

Als absoluter Mindestwert für den ausgabenwirksamen Teil der internen Finanzierung im bodengebundenen Rettungsdienst wird ein Betrag von 2.7 Mio. DM angesetzt, die gesamte interne Finanzierung beläuft sich auf mindestens 72.7 Mio. DM.

Ein deutlich höherer Anteil der internen Finanzierung ist im System der Luftrettung zu erkennen, und zwar in solche Stationen, die von den gemeinnützigen Luftrettungsunternehmen ADAC Luftrettung-GmbH und Deutsche Rettungs-flugwacht e.V. (DRF) betrieben werden. Die DRF ist seit 1973 am Aufbau und der Sicherstellung eines Luftrettungssystems beteiligt und betreibt 5 RTH-Stationen. Neben der administrativen Betreuung des Luftrettungssystems ist die ADAC-Luftrettung GmbH seit 1980 (vorübergehend) bzw. 1981 (ständig) Betreiber von Luftrettungstützpunkten. Nach einer aktuellen Übersicht¹⁹² betreibt der ADAC im Luftrettungssystem 6 RTH-Stationen, darüberhinaus wird der Flugbetrieb der Standorte München (gemeinsam mit dem Katastrophenschutz) und Berlin (in Zusammenarbeit mit einer amerikanischen Luftfahrtgesellschaft) vom ADAC maßgeblich sichergestellt. Bei der Tariffinanzierung orientieren sich diese Stationen an den vom Bund subventionierten Hubschrauberstationen mit der Folge, daß bereits im Bereich der Betriebskosten Defizite entstehen, "... meist in der Größenordnung um 300.000 DM pro Station. Die Investitionskosten, die pro Hubschrauber derzeit 2,3 Mio. DM betragen, fließen in die Einsatzvergütung nicht ein. Abschreibungs- bzw. Wiederbeschaffungskosten sind somit den Betriebskostendefiziten noch hinzuzurechnen."¹⁹³ Bei 1,5 Maschinen pro Station und einer 12-jährigen Abschreibungsfrist ergibt sich ein Volumen der internen Finanzierung von ca. 600.000 DM je RTH-Station (Anlage 2).

191 Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.): Rettungsdienst in Baden-Württemberg, a.a.O., S. 12.

192 Bundestagsdrucksache 11/2364 v.25.5.1988, a.a.O., Anlage 7 (S. 156).

193 ADAC-Luftrettung GmbH (Hrsg.): Rettungshubschrauber-Informationen, Nr. 1, München 1986, S. 4.

3.3.6 Die finanzielle Beteiligung Dritter

Eine Einbeziehung Dritter ist in den landesrechtlichen Regelungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes nicht ausdrücklich vorgesehen, allerdings ist in verschiedenen Landesgesetzen festgelegt, ob durch die Beiträge von Dritten die Träger der externen Finanzierung¹⁹⁴ oder die Träger der Tariffinanzierung¹⁹⁵ entlastet werden.

Zur Unterscheidung von allgemeinen oder auch zweckgebundenen Spenden an Sanitätsorganisationen liegt eine finanzielle Beteiligung Dritter dann vor, wenn die Finanzierungsbeiträge, unabhängig vom Leistungsträger, allein mit dem Ziel der Förderung des Rettungsdienstes zur Verfügung gestellt werden.

Häufig werden entsprechende Mittel über gemeinnützige Stiftungen gesammelt und verwaltet¹⁹⁶. Die von diesen Stiftungen bereitgestellten Gelder werden im Sinne der jeweiligen Stiftungszwecke verausgabt, wobei Ziele wie¹⁹⁷

- die Ausstattung der Straßen mit Notrufsäulen,
- die Beschaffung von Hausnotrufstationen,
- die Beschaffung und Ausstattung von Rettungsfahrzeugen, oder ganz allgemein
- die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung des Rettungsdienstes oder die Unterstützung der Leistungsträger

genannt werden. Die Träger dieses Finanzierungsbereiches sehen ihre eigene Rolle weniger in einer permanenten Teilfinanzierung, vielmehr sehen sie sich in der Funktion einer

- Fördereinrichtung für Innovationen im Rettungsdienst, oder/und

194 "Der Staat erstattet (...) die durch Zuwendungen Dritter nicht gedeckten notwendigen Kosten" Art. 9 (1) BayRDG.

195 Bei der Zinsberechnung im Rahmen der Gebührenermittlung nach dem KAG-NW bleibt "... der aus Beiträgen und Zuschüssen Dritter aufgebrauchte Eigenkapitalanteil außer Betracht." § 6(2) KAG-NW.

196 Beispiele: Björn-Steiger-Stiftung e.V., Winnenden; Rettungsstiftung Jürgen Pegeler e.V., Offenau; Rettungsstiftung Saar, Saarbrücken; Verein zur Förderung des Rettungswesens e.V., Dortmund.

197 Für die Rettungsstiftung Saar vgl.: Bekanntmachung der Rettungsstiftung Saar, a.a.O., § 2.

- unbürokratische Unterstützungs- bzw. Überbrückungsstelle bei kurzfristig auftretendem Finanzbedarf¹⁹⁸.

Der Umfang des finanziellen Engagements solcher Stiftungen ist nur sehr schwer abzuschätzen. Im Einzelfall sind zwar detaillierte Informationen über den Aufwand einzelner Stiftungen zu erhalten, einen Gesamtüberblick kann aus solchen Einzelangaben nicht gewonnen werden, da neben überregional oder regionalen Rettungsdienststiftungen inzwischen auch auf kommunaler Ebene Vereine zur Unterstützung des Rettungsdienstes tätig sind.

Um eine Vorstellung über den Umfang der bereitgestellten Finanzmittel zu geben: Die Rettungsdienst Stiftung Björn-Steiger e.V. hat neben ihren vielfältigen sonstigen Aktivitäten¹⁹⁹ zwischen 1970 und 1987 insgesamt 5 Mio. DM für die Beschaffung von Fahrzeugen im Rettungsdienst zur Verfügung gestellt. Für die Jahre 1987 und 1988 waren für diesen Zweck jeweils ca. 135.000 DM vorgesehen²⁰⁰.

Im Bereich der Luftrettung hat sich der ADAC auf zwei Ebenen engagiert. Neben der Übernahme von RTH-Stationen nimmt er aufgrund einer Vereinbarung mit dem Bundesminister des Innern²⁰¹ unentgeltlich administrative Aufgaben in der Luftrettung wahr: "Die Abrechnung der Einsätze mit den Krankenkassen und die Öffentlichkeitsarbeit werden vom ADAC durchgeführt."²⁰² Der Wert dieser Aktivitäten, die unabhängig vom Betrieb der RTH-Stationen zu sehen ist, wird pro Jahr mit 1,7 Mio. DM angegeben²⁰³. Dieses Engagement des ADAC in der Luftrettung hat eine lange Tradition²⁰⁴, ein Engagement, das in der Öffentlichkeit zuwei-

198 Vgl.: Rettungszweckverband Saar (Hrsg.); 10 Jahre ..., a.a.O., S. 57.

199 Einen Überblick gibt: Kirberger, W.; Staatsentlastung ..., a.a.O., S. 208 f. und 250 f.

200 Auskunft von Herrn S. Steiger (Gespräch v. 8.2.1988).

201 Vereinbarung vom Mai 1974, i.d.F.v. 1.7.1975; vgl. hierzu: Stindt, J.; Luftrettung ..., a.a.O., S. 31.

202 Ötting, E.; Aufbauphase, Organisation und Kosten ..., a.a.O., S. 42.

203 ADAC Luftrettung GmbH (Hrsg.): Rettungshubschrauber-Informationen, a.a.O., S. 5.

204 Die Entwicklung von ersten Modellversuchen bis zum Aufbau eines Luftrettungssystems wird beschrieben von: Teuber, W.; Historische Entwicklung ..., a.a.O., S. 5 ff.

len den Eindruck einer Identität von Luftrettungssystem und ADAC entstehen ließ²⁰⁵.

4. Umfang und Struktur der Gesamtfinanzierung des Rettungsdienstes

4.1 Abschätzung des Finanzierungsvolumens

Jeder Versuch, das Kosten- bzw. Finanzierungsvolumen des Rettungsdienstes abzuschätzen, ist mit vielfältigen Schwierigkeiten bei der Datenerfassung, -bewertung und -zuordnung verbunden. Zwar liegen inzwischen für den Bereich der Tariffinanzierung aggregierte Daten vor, die, mit Einschränkungen, eine Vorstellung über die Dimension dieses Finanzierungsbereiches vermitteln. Diese Daten können jedoch, wie gezeigt wurde, nicht ohne weiteres auf die Ebene der Bundesländer disaggregiert werden. Andererseits liegen aus Bundesländern oder aus Rettungsdienstbereichen mehr oder weniger vollständige Kosten- und Finanzierungsdaten vor, hier bestehen Probleme bei der Datenaggregation und -integration. Darüber hinaus ist das Mengengerüst für eine Kostenabschätzung z.T. unvollständig und die vorliegenden Daten beziehen sich auf unterschiedliche Rechenperioden.

Um trotzdem zu einer Annäherung an das Kosten- und Finanzierungsvolumen des Rettungsdienstes zu kommen, sind umfangreiche kalkulatorische Kostenansätze erforderlich²⁰⁶:

- die Investitionen müssen erfaßt, bewertet und einzelnen Rechnungsperioden zugeordnet werden;
- die Arbeitsleistung von ehrenamtlichen Mitarbeitern und Zivildienstleistenden ist zu erfassen und kalkulatorisch zu bewerten.

Ergänzend sind die verschiedenen Kostenelemente entsprechend der Finanzierungsregeln den Finanzierungsträgern zuzuordnen, um auch einen Überblick über die Finanzierungsstruktur des Rettungsdienstes zu gewinnen.

205 "So konnte z.B. der Allgemeine Deutsche Automobil-Club (ADAC) durch den Einsatz von Rettungshubschraubern im Jahre 1973 im Bundesgebiet 1973 7942 Verunglückten Hilfe leisten; dabei wurde über 500 Personen das Leben gerettet." Kirberger, W.; Staatsentlastung ..., a.a.O., S. 208.

206 Bewertungsansätze und Rechenschritte sind in Anlage 2 und 3 erläutert.

Auf der Grundlage der Berechnungen in Anhang 2 und 3 sind in Tab. 9.10 Finanzierungsvolumen und -struktur des Rettungsdienstes für das Jahr 1986 dargestellt. Bei einem Gesamtvolumen (incl. Luftrettung) von 1.342 Mrd. DM werden ca. 70 % der Kosten über Benutzungsentgelte und Gebühren finanziert, mit ca. 845 Mio. DM tragen die gesetzlichen Krankenkassen den überwiegenden Teil der Tariffinanzierung. Durch die externen Finanzierungsträger (öffentliche Haushalte) wird ca. ein Viertel der Kosten des Rettungsdienstes gedeckt, wobei dem Bund durch die kalkulatorische Einbeziehung der Leistung von ZDL alleine 11 % der Gesamtkosten zugeordnet werden müssen. Die finanzielle Beteiligung der Leistungsträger entspricht einem Anteil von ca. 6 %, es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß speziell die im Bereich der internen Finanzierung ausgewiesenen Werte eindeutig als Untergrenzen anzusehen sind.

Die finanzielle Beteiligung Dritter ist nur schwer abzuschätzen, sie dürfte aber insgesamt nur einen geringen am gesamten Finanzierungsvolumen des Rettungsdienstes ausmachen, lediglich für die Luftrettung ist ein nennenswerter Finanzierungsbeitrag Dritter zu erkennen²⁰⁷.

Die Struktur der Finanzierung des Rettungsdienstes weicht in den Bundesländern deutlich von der Gesamtstruktur ab. In Tab. 9.11 sind die Strukturwerte der Finanzierung des bodengebundenen Rettungsdienstes in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, im Saarland und in Schleswig-Holstein einander gegenübergestellt. In Baden-Württemberg und Bayern erreicht die Quote der internen Finanzierung 10 bzw. 20 % der Gesamtkosten, wodurch die Träger der Tariffinanzierung erheblich entlastet werden. In Nordrhein-Westfalen wird ein duales Finanzierungssystem praktiziert, d.h. die Kosten werden auf öffentliche Haushalte und Krankenkassen verteilt, wobei der Anteil der externen Finanzierung überdurchschnittlich hoch ist.

Für das Saarland ist zu erkennen, daß der Anteil der Tariffinanzierung deutlich unter 50 % liegt. Durch überdurchschnittlich hohe Anteile der externen, aber auch der internen Finanzierung, wird über die Hälfte der Gesamtkosten gedeckt. Ein völlig anders ausgerichtetes Finanzierungssystem wird in

207 Damit wird nicht ausgeschlossen, daß auf regionaler oder lokaler Ebene das finanzielle Engagement Dritter erhebliche Ausmaße annehmen kann.

Tabelle 9.10: FINANZIERUNGSVOLUMEN DES RETTUNGSDIENSTES (1986)

FINANZIERUNGS- TRÄGER	LUFTRETTUNG		BODENGEBUNDENER RETTUNGSDIENST		RETTUNGSDIENST	
	Mio.DM	%	Mio.DM	%	Mio.DM	%
Bund	12,775	22,0	140,928	11,0	153,703	11,5
Länder	4,908	8,5	103,570	8,1	108,478	8,1
Kommunen			67,514	5,2	67,514	5,0
EXTERNE FINANZIERUNG	17,683	30,5	313,012	24,4	329,695	24,6
TARIF- FINANZIERUNG (Krankenkassen)	33,491 (30,366)	57,8 (52,4)	898,017 (814,555)	70,0 (63,4)	931,508 (844,921)	69,4 (63,0)
INTERNE FINANZIERUNG	5,100	8,8	73,666	5,7	78,766	5,9
BETEILIGUNG DRITTER	1,700	2,9	0,200	0,0	1,900	0,1
Insgesamt	57,974	100	1,283,895	100	1,341,869	100

Quellen: Anhang 2 und 3

Schleswig-Holstein deutlich. Abgesehen von einem geringen Anteil der internen Finanzierung und der Verlustabdeckung der Kommunen wird mit 86 % der weitaus größte Teil der Kosten des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein über Tarifeinnahmen finanziert. Ähnlich hohe Anteile der Tariffinanzierung werden für die Stadtstaaten und Niedersachsen ausgewiesen, allerdings bestehen bezüglich der externen (Stadtstaaten) und internen (Hessen, Niedersachsen) Finanzierung Informationsdefizite. Nach einer älteren Untersuchung ist jedoch in den entsprechenden Bundesländern mit erheblichen Eigenleistungen der Bundesländer bzw. Leistungsträger zu rechnen²⁰⁸.

Werden die Kosten des bodengebundenen Rettungsdienstes auf die Einwohner des jeweiligen Bundeslandes bezogen (Tab. 9.12), so zeigen sich, auch bei Berücksichtigung der o. a. Einschränkungen, bei den Gesamtkosten relativ stabile Werte. Bei einem Mittelwert von 20 DM je Einwohner variieren die Gesamtkosten des

208 Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Bd. 1, vor allem aber Bd. 2, Tab. 4 (S. 38).

Tabelle 9.11: FINANZIERUNGSSTRUKTUREN IN EINZELNEN BUNDESLÄNDERN
(ohne Luftrettung, in %)

FINANZIERUNGS TRÄGER	Baden- Württem- berg	Bayern	Nordrhein- Westfalen	Saar- land	Schleswig- Holstein
Bund	13,9	7,8	7,9	10,8	5,9
Länder	1,5	8,4	14,6	19,9	--
Kommunen	--	--	14,6	9,8	6,7
EXTERNE FINANZIERUNG	14,5	16,1	37,1	40,4	12,6
TARIF- FINANZIERUNG	74,0	64,6	62,8	46,1	86,4
INTERNE FINANZIERUNG	10,6	19,2	--	13,5	1,1
100 %=Mio.DM	209,289	209,600	387,994	24,490	48,352

Quelle: Anhang 2.

Rettungsdienst zwischen + 20 % und - 10 %. In der Finanzierungsstruktur ergeben sich allerdings, wie Tab. 9.12 zeigt, erhebliche Unterschiede. So liegt das Volumen der Tariffinanzierung zwischen 10 DM und 20 DM je Einwohner, der Beitrag des Bundes variiert zwischen 0 und 4.88 DM²⁰⁹, die Länder unterstützen den Rettungsdienst mit Beträgen zwischen 0 und 4.60 DM je Einwohner, der Finanzierungsbeitrag der Kommunen erreicht 3.35 DM. Der Beitrag der Leistungsträger erreicht in Bayern den Höchstwert von 3.67 DM je Einwohner.

4.2 Veränderungen in der Finanzierungsstruktur des Rettungsdienstes (1978 und 1986)

Ein Vergleich der Finanzierungsstrukturen des Rettungsdienstes für die Jahre 1978 und 1986 deutet auf interessante Entwicklungen hin. Um die Vergleichbarkeit der Strukturwerte herzustellen, wurden in Tab. 9.13 die kalkulatorische Bewertung der Arbeit von Zivildienstleistenden herausgerechnet, der ausgabenwirksame Teil (Zahlungen an ZDL, Zahlungen des Bundesamtes für Zivilschutz) ist in der Rechnung jedoch enthalten.

Die Veränderungen in der Finanzierungsstruktur weisen auf eindeutige Tendenzen hin:

²⁰⁹ Für den Rettungsdienst Berlin wird kein Bundesanteil ausgewiesen, da in Berlin keine Zivildienstleistenden eingesetzt werden können.

Tabelle 9.12: KENNGRÖSSEN DER FINANZIERUNG DES BODENGEBUNDENEN
RETTUNGSDIENSTES

BUNDESLAND	Einwohner in Mio.	Gesamt- kosten Mio.DM	Gesamt- kosten jeweils in DM je	externe Finanz. in DM je	interne Finanz. Einwohner	Tarif- finanz.
Baden- Württemberg.	9,35	209,3	22,38	a) 3,11 b) 0,33	2,38	16,56
Bayern	11,043	209,6	18,98	a) 1,47 b) 1,59	3,65	12,27
Berlin	1,884	33,9	18,00	b) 0,88	-	17,12
Bremen	0,654	16,6	25,32	a) 3,16 b) 1,96	-	20,20
Hamburg	1,567	36,3	23,15	a) 0,67 b) 1,15	-	21,33
Hessen	5.552	112,2	20,20	a) 4,93 b) 0,80 c) 0,61	?	13,86
Nieder- sachsen	7,189	133,0	18,50	a) 3,15 c) ?	?	15,35
Nordrhein- Westfalen	16,672	388,0	23,27	a) 1,84 b) 3,40 c) 3,41	-	14,62
Rheinland- Pfalz	3,606	72,0	19,96	a) 1,73 b) 3,37 c) 0,46	2,03	12,37
Saarland	1,041	24,5	23,52	a) 2,54 b) 4,68 c) 2,30	3,16	10,84
Schleswig- Holstein	2,612	48,4	18,51	a) 1,08 c) 1,24	0,20	15,99
Bundes- republik Deutschland	61,170	1,283,7	20,98	a) 2,30 b) 1,69 c) 1,10	1,20	14,68

Erläuterung: a) Anteil des Bundes
b) Anteil der Länder
c) Anteil der Kommunen

Quellen: Statistisches Jahrbuch 1988, Tab. 2.2 (S. 40 f.),
Berechnungen aus Anlage 3.

- durch den zunehmenden Einsatz von Zivildienstleistenden²¹⁰ ist der ausgabenwirksame Finanzierungsanteil des Bundes erheblich angestiegen;
- die finanzielle Beteiligung der Länder und der Kommunen ist spürbar zurückgegangen;
- auch die Eigenleistung der Leistungsträger wurde z.T. deutlich reduziert;
- das Volumen der Gesamtkosten des Rettungsdienstes (ohne die Bewertung der Arbeit von ZDL) ist um über 50 % angestiegen.

Für die Träger der Tariffinanzierung führen diese Entwicklungen zu einem doppelten Belastungseffekt: einerseits müssen die durch den Ausbau des Rettungsdienstes entstehenden Kostensteigerungen übernommen werden; andererseits müssen die durch die Veränderung der Finanzierungsstrukturen auftretenden Überwälzungseffekte aufgefangen werden.

Diese Entwicklungen verlaufen, wie Tab. 9.13 ebenfalls zeigt, in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Für Baden-Württemberg sind die Anteile sowohl der internen, wie auch der externen Finanzierung deutlich zurückgegangen, der Anteil der Tariffinanzierung erhöhte sich um über 20 %. Neben dem Effekt der Kostensteigerung wurden auf die Tariffinanzierung Anteile der übrigen Finanzierungsträger im Umfang von 20 % überwältzt. Im Gegensatz dazu traten in Bayern nur sehr geringe Überwälzungseffekte auf. Der Strukturanteil der externen Finanzierung ging zwar zurück, allerdings nahm die interne Finanzierungsanteil leicht zu, so daß der Überwälzungseffekt zu Lasten der Tariffinanzierung nur sehr gering war. Neben der vergleichsweise stabilen Finanzierungsstruktur ist zu erkennen, daß die Kostensteigerungen in Bayern unter dem Durchschnitt lagen.

²¹⁰ Zwischen 1979 und 1985 hat sich die Anzahl der im Rettungsdienst beschäftigten Zivildienstleistenden um 53 % von 4.095 auf 6.256 erhöht. Vgl. hierzu: Bundestagsdrucksache 8/3548 v. 7.10.80, a.a.O., S. 115; Bundestagsdrucksache 10/5030 v. 14.2.1986, a.a.O., Anlage 10 (S. 137).

Tabelle 9.13: FINANZIERUNGSSTRUKTUREN IM RETTUNGSDIENST
(1978 UND 1986)

FINANZIERUNGS- TRÄGER	BADEN- WÜRTTEMBERG			BAYERN			NORDRHEIN- WESTFALEN			SCHLESWIG- HOLSTEIN			RETTUNGS- DIENST		
	1978	1986	Diff.	1978	1986	Diff.	1978	1986	Diff.	1978	1986	Diff.	1978	1986	Diff.
Bund	2,0	3,1	+59	1,7	1,6	-1	--	1,7	--	--	1,2	--	1,2	2,4	+100
Länder	5,0	1,7	-66	10,5	8,9	-15	22,6	15,6	-31	1,6	--	-100	26,6	114,61	-45
Kommunen	4,6	--	-100	1,0	--	-100	32,1	15,6	-51	14,1	7,1	-50			
EXTERNE FINANZIERUNG	11,6	4,8	-59	13,2	10,5	-20	54,7	32,9	-40	15,7	8,3	-47	27,8	17,0	-39
TARIF- FINANZIERUNG	68,9	83,2	+21	67,1	69,9	+3	45,1	67,1	+49	84,4	90,6	+7	63,7	76,7	+21
INTERNE FINANZIERUNG	19,5	12,0	-38	19,8	20,5	+4	--	--	--	--	1,1	--	8,5	6,3	-26
KOSTENVOLUMEN in Mio. DM	121	186	+54	153	197	+ 46	204	363	+ 78	30	46	+53	766	1171	+53

1) keine Unterscheidung zwischen Ländern und Kommunen

Quellen: (1978): Kühner, R., Walter, N.; Organisation und Kosten ..., a.a.O., Teil 2, Tab. 4 (S.38);
(1986): Berechnet aus Anhang 3 (ohne kalk. Bewertung der Arbeitsleistung von ZDL).

Eine völlig andere Tendenz in der Struktur der Finanzierung des Rettungsdienstes zeichnet sich für Nordrhein-Westfalen ab. Parallel zur Verminderung der Quote der externen Finanzierung²¹¹ erhöht sich in einem dualen Finanzierungssystem zwangsläufig der Anteil der Tariffinanzierung. Da für den Rettungsdienst Nordrhein-Westfalen darüberhinaus mit 78 % eine überproportionale Steigerung der Gesamtkosten zu verzeichnen ist, haben sich die Ausgaben der Gebührenträger in Nordrhein-Westfalen von 92 Mio. DM (1978) auf 244 Mio. DM (1986), also um den Faktor 2,65, erhöht.

Auch in Schleswig-Holstein ist ein Rückzug der öffentlichen Haushalte zu erkennen. Der resultierende Überwälzungseffekt ist allerdings gering, da der Anteil der Tariffinanzierung bereits 1978 sehr hoch war²¹². Die Steigerungsrate der Gesamtkosten entspricht mit 52 % dem Durchschnittswert.

4.3 Überlegungen zur Modifizierung der Finanzierungssysteme des Rettungsdienstes

Die Ausführungen zum Wesen und zur Strukturierung von öffentlichen bzw. staatlichen Aufgaben, zur Daseinsvorsorge und zum Bereich der öffentlichen Güter bzw. Mischgüter haben gezeigt, daß sich aus der Tatsache, daß der Staat der Bereitstellung oder dem Konsum eines Gutes einen über die individuelle Wertschätzung hinausreichenden Nutzen beimißt, keine objektiv nachvollziehbare Finanzierungsregel ableiten läßt. Weder der Grad des öffentlichen Interesses, noch der Umfang des öffentlichen Bereitstellungsnutzens (option demand) oder die Entscheidung zwischen öffentlicher oder privater Bereitstellung einer Leistung haben sich für eine rationale Ableitung von Finanzierungsquoten und -systemen als tragfähig erwiesen.

An ein System zur Finanzierung von öffentlichen Gütern bzw. Mischgütern sind folgende Grundanforderungen zu stellen:

- die Interessenlage der direkten und indirekten Bedarfsträger bzw. -gruppen muß deutlich gemacht werden;

211 Vgl. hierzu Tab. 9.1. Der Eigenbeitrag der Kommunen reduzierte sich von ca. 66 Mio. DM (1978) auf 56,8 Mio. DM (1986).

212 Nach einer Einnahmen-Ausgabenrechnung für die Jahre 1978 und 1983 stieg der Gebührenanteil an den Gesamteinnahmen des Rettungsdienstes Schleswig-Holstein von 88,9 % (1978) auf 91,6 % (1983) an. Vgl. hierzu: Landtagsdrucksache (SH) 10/813 v. 25.1.1985, a.a.O., Übersicht 17 und 19.

- durch das Finanzierungssystem müssen Bedarfs- und Leistungsträger zu zieladäquatem Verhalten veranlaßt werden;
- die Finanzierung der Leistung muß zuverlässig und dauerhaft gesichert werden, wobei auch kurzfristige Veränderungen von Kosten- und Leistungsgrößen kompensierbar sein müssen.

Da ein objektiv "richtiges" Finanzierungsverfahren für den Rettungsdienst nicht abgeleitet werden kann²¹³, wird zur Festlegung von Interessen- bzw. Finanzierungsquoten ein pragmatisches Finanzierungssystem vorgeschlagen, wie es in ähnlicher Form auch für den Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs beschreiben worden ist²¹⁴. Die Quoten für die Finanzierungsträgergruppen sind in einer Form festzulegen, daß sie jeweils fühlbar, d.h. der jeweiligen Interessenquote angemessen, zumindest kurz- bis mittelfristig verbindlich und damit kalkulierbar sind.

Die Forderung nach fühlbaren Finanzierungsquoten basiert auf folgenden Überlegungen: Die Interessen der indirekten Bedarfsträger sind keinesfalls marginale Größen. So sind beispielsweise die Bundesländer für die Organisation eines funktionsfähigen Rettungsdienstes in ihrem Zuständigkeitsbereich verantwortlich. Sie arbeiten die rechtlichen Grundlagen aus, setzen den Planungsrahmen und schaffen in bundesweiten Koordinierungsgremien die Voraussetzungen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Systems. Die rechtlichen Zuständigkeiten und die im Endeffekt kostenbegründenden Vorgaben zur Systemausgestaltung und -verbesserung rechtfertigen die Forderung nach einer spürbaren finanziellen Beteiligung. Die Frage, ob und in welchem Umfang der Beitrag zur externen Finanzierung aus Landes- oder Kommunalhaushalten zu tragen ist, wird je nach Zuständigkeitsverteilung, unterschiedliche beantwortet werden. Auch bei einer Aufgabenzuweisung ist jedoch vom jeweiligen Bundesland angesichts seiner finalen Zuständigkeit ein nennenswerter Finanzierungsbeitrag zu leisten.

Um die Finanzierungsbeitrag verbindlich und kalkulierbar zu gestalten, wird angeregt, für die öffentlichen Finanzierungsträger in den jeweiligen Rechtsgrundlagen konkrete Finanzierungsstatbestände zu benennen. Dies wird, in unter-

213 Allgemein hierzu: Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 154.

214 Zebisch, H.D.; Der soziale Nutzen des ÖPNV ..., a.a.O., S. 75 ff.

schiedlichem Umfang, bereits praktiziert (Übersicht 9.3). Um das Interesse und die Verantwortlichkeit von Land und Kommunen zu untermauern, bieten sich die folgenden Kostenarten und -gruppen für eine Finanzierung aus öffentlichen Haushalten an:

- Die Investitionskosten, insbesondere die Kosten für die Beschaffung von Fahrzeugen für den Rettungsdienst. Durch planmäßiges Subventionsverhalten können die öffentlichen Finanzierungsträger damit die Einhaltung der Planungsrichtlinien sicherstellen, bei weitgehend limitationalen Produktionsprozessen wird darüberhinaus in hohem Maße Einfluß auf die Kostenentwicklung genommen.
- Die Finanzierung der Einrichtung und des Betriebes von Rettungsleitstellen gibt dem jeweiligen Finanzierungsträger die Möglichkeit, die Disposition des Rettungsdienstes sicherzustellen, zu beeinflussen und im Bedarfsfalle zu überwachen. Die Übernahme der Leitstellenkosten bietet darüberhinaus den Vorteil, daß diese Kostenstelle bezüglich der Investitions- und Betriebskosten eindeutig abgegrenzt werden kann.

In beiden Kostenbereichen können die Entscheidungs- und Aufgabenträger ihre Einflußmöglichkeiten auch auf andere Weise, z.B. durch den Erlaß von Rechtsvorschriften, sicherstellen. Zur Demonstration der eigenen Mitverantwortung und zur Verdeutlichung des Stellenwertes der Aufgabe erscheint jedoch eine dauerhafte Vollfinanzierung der entsprechenden Kosten aus öffentlichen Haushalten zweckmäßig. Der Jahresaufwand einer so gestalteten Finanzierung beläuft sich auf ca. 15 - 20 % der Gesamtkosten des Rettungsdienstes. Daß dies kein unrealistischer Aufwand ist, zeigt der Vergleich mit dem Brandschutz. Die Bundesländer tragen alle Investitionslasten und die Kosten der Feuerwehroleitstellen. Im Ergebnis bedeutet dies, daß den Feuerwehren beispielsweise in Baden-Württemberg "... ein wesentlich höherer Betrag (ca. 200 Mio. DM jährlich) als dem Rettungsdienst (ca. 8 Mio. DM jährlich) ..."²¹⁵ zufließen.

215 Trumpp, E.; Konkurrenzdruck ..., a.a.O., S. 551. Diese unterschiedliche Gewichtung ist vor dem Hintergrund der volkswirtschaftlichen Folgeschäden bemerkenswert. In anderem Zusammenhang wird beispielsweise festgestellt: "Der volkswirtschaftliche Schaden, der jährlich durch Brände in der Bundesrepublik Deutschland entsteht, beläuft sich auf 3,5 Mrd. DM. Der volkswirtschaftliche Schaden, der durch Verkehrsunfälle verursacht wird, beträgt dagegen 42 Mrd. DM." Kommentar in: Partner-Report des DVR, 15. Jg., Nr. 3, Juni 1985, S. 2.

Neben einer klar umrissenen Subventionierung des Rettungsdiensten ist auch weiterhin die Entlastung der übrigen Finanzierungsträger durch den Einsatz von Zivildienstleistenden sinnvoll. Allerdings ist darauf zu achten, daß das Einsatz- und Leitstellenpersonal in den Rettungsdienstbereichen angemessen qualifiziert und erfahren ist. Aus dieser Sicht ist für den Umfang des Einsatzes von Zivildienstleistenden eine Grenze zu ziehen, die je nach Aufgabenstellung, Anforderung und Personalstruktur unterschiedlich anzusetzen ist.

Eine Quotenfestlegung der finanziellen Beteiligung von Leistungsträgern kann in allgemeiner Form nicht erfolgen. In allen Fällen, in welchen Sanitätsorganisationen in Erfüllung ihrer satzungsmäßigen Aufgaben an der Durchführung des Rettungsdienstes beteiligt sind, ist jedoch eine Einbindung in das Finanzierungssystem anzustreben. Dies nicht zuletzt deshalb, weil die Leistungsträger über ihre Beteiligung am Rettungsdienst andere, i.d.R. organisationspezifische Ziele verfolgen. Es erscheint zweckmäßig, die Form und den Umfang der internen Finanzierung im Rahmen von öffentlich-rechtlichen Vereinbarungen verbindlich zu regeln. Der Umfang der Beteiligung der Ehrenamtlichen kann nicht vorgegeben werden, es sind hier Zielbereiche mit Ober- und Untergrenzen festzulegen²¹⁶. Eine finanzielle Beteiligung der Leistungsträger im Investitionsbereich ist vor allem dann anzustreben, wenn die vom Land oder den Kommunen finanzierten Fahrzeuge in das Eigentum der Leistungsträger übergehen. Eine Quote von 20 %, wie im Saarland praktiziert, ist allerdings als eine Obergrenze anzusehen²¹⁷.

Für die Gebührenträger bleibt nach diesem Finanzierungssystem die Deckung der Kosten des Rettungsdienstbetriebes, mit Ausnahme der Betriebskosten der Leitstellen. Das Volumen dieser tarifrelevanten Kosten wird durch die Planung und Umsetzung der investiven Maßnahmen, insbesondere im Fahrzeugbereich, weitgehend determiniert. Deshalb ist eine Beteiligung und Mitverantwortung der Träger der Tariffinanzierung bei der Investitions- und Ausbauplanung des Rettungsdienstes vorzusehen. Die Forderung, "die Krankenkassen als hauptsächliche Kostenträger soll-

216 Als Alternative zur Festsetzung von Höchstquoten für Ehrenamtliche bzw. Zivildienstleistende bietet sich die Vorgabe von Mindestquoten für hauptamtliche Kräfte an. Vgl. hierzu: "Allgemeine Grundsätze ..." (BW), a.a.O., Pkt. 4.2 (S. 3).

217 Vgl.: Landtagsdrucksache (Saar) 6/1633, v. 10.9.1974, a.a.O., S. 25.

ten (...) beim Zustandekommen der Beförderungsentgelte angemessen beteiligt werden ..."218, ist einleuchtend, greift aber zu kurz. Das zu finanzierende Tarifvolumen wird bei der Gebührenermittlung lediglich zusammengestellt, verursacht wird das Finanzierungsvolumen durch die Aktivitäten in den Bereichen Investitions-, Ausbau- und Personalplanung. Aus diesem Grunde ist eine Beteiligung der Gebührenträger allein in der Phase der Tarifbildung kaum zielführend. Wenn die Krankenkassen im Interesse ihrer Mitglieder eine wirksame Kontrolle über die Kostenentwicklung im Rettungsdienst anstreben, muß die Möglichkeit zur verantwortlichen Mitgestaltung bereits in der Phase der Planung angestrebt werden. "Durch gemeinsame Entscheidungen von Leistungs- und Kostenträgern soll nicht nur ein wirtschaftlicher Rettungsdienst, sondern auch dessen Finanzierung gesichert werden."219

Im Überblick besteht das hier konzipierte Finanzierungssystem aus den folgenden Elementen:

- externe Finanzierung:

Bund: Reduzierung des Aufwandes der übrigen Finanzierungsträger durch die Zuweisung von Zivildienstplätzen, evtl. Begrenzung des Einsatzes durch die Vereinbarung von Zielgrößen in der Personalstruktur.

Länder und Kommunen (mit eindeutig abgegrenzten Finanzierungsanteilen entsprechend der jeweiligen Kompetenzzuweisung):

- Investitionskosten für mobile Rettungsmittel, evtl. Mitfinanzierung durch beteiligte Sanitätsorganisationen;
- Kosten des Aufbaus und der Einrichtung von Rettungsleitstellen;
- Kosten des Betriebes von Rettungsleitstellen, einschl. Personalkosten.

- interne Finanzierung:

- ausgabenwirksamer Bereich: Teilfinanzierung der Beschaffungskosten von Rettungsmitteln, Akquisition von zweckgebundenen Spenden;

218 "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen", Sitzung v. 7.10 1981, in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. 9408, Nr. 2.

219 Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.); Rettungsdienst in Baden-Württemberg, a.a.O., S. 7.

- kalkulatorischer Bereich: Aufwandreduzierung für die übrigen Finanzierungsträger durch die Beteiligung von ehrenamtlichen Mitarbeitern (Begrenzung des Einsatzes durch entsprechende Zielgrößen).
- Tariffinanzierung: Finanzierung der verbleibenden Betriebskosten über Benutzungsentgelte bei gleichzeitiger Beteiligung der Gebührenträger an der Planung und Tarifbildung im Rettungsdienst.

Es ist sicher nicht möglich, ein derartiges Finanzierungssystem in allen Bundesländern einzuführen, da sich die bestehenden Systeme nach entsprechenden Anpassungsprozessen gefestigt haben und zunehmend finanzielle Engpässe in den öffentlichen Haushalten eine Erweiterung der externen Finanzierung in nennenswertem Umfang zumindest kurzfristig als wenig realistisch erscheinen lassen. Die Vorteile einer entsprechenden Finanzierungsregelung sind jedoch nicht zu übersehen. Es werden eindeutige Finanzierungszuständigkeiten festgeschrieben, die Möglichkeiten, bei eigenen Finanzierungsproblemen Teile der übernommenen Verpflichtungen auf andere Träger zu überwälzen, wird begrenzt. Darüberhinaus wird den Gebührenträgern die Möglichkeit eingeräumt, über die Beteiligung an der Planung und der Tarifbildung Mitverantwortung für die finanzielle Sicherung, aber auch für die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes zu tragen. In Anbetracht der auch in dieser Untersuchung dargelegten erheblichen Kostensteigerungen für die Gebührenträger im Rettungsdienst und der Schwierigkeit, die mit einem gut ausgebauten Rettungsdienst erzielbaren Wirkungen für Patienten, Versicherungen und Volkswirtschaft zu dokumentieren, besteht allerdings die Gefahr, daß Krankenkassen ihre Einflußmöglichkeiten in erster Linie dazu nutzen, die eigenen Aufwendungen zu minimieren und die Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit des Systems zu übersehen. Deshalb werden im abschließenden Kapitel dieser Untersuchung Möglichkeiten zur Beurteilung des Rettungsdienstes dargestellt und analysiert werden.

X. KONZEPTE ZUR BEURTEILUNG DES RETTUNGSDIENSTES

1. Methoden zur Evaluation von Systemen

Die Beurteilung der Leistungserstellung, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Systemen oder Maßnahmen bereitet dann Probleme, wenn der entsprechende Leistungsbereich einer Bewertung durch Marktprozesse mehr oder weniger weit entzogen ist. Zur Überwindung dieser Probleme wurden verschiedenen Evaluationsmethoden entwickelt. Mit ihrer Anwendung werden die nicht existenten oder nicht funktionsfähigen Marktprozesse simuliert¹, aus dem Vergleich der Simulationsergebnisse mit den realen Systemausprägungen lassen sich ineffektive bzw. ineffiziente Zustände aufdecken und Veränderungsbedarfe und -richtungen benennen.

Im Vorfeld der Beurteilung eines Systems ist eine Klärung der folgenden Fragen erforderlich:

- welches System ist zu analysieren, welche Ziele sind dem System vorgegeben und wie (inter- und intra-)agiert dieses System (Systemanalyse);
- mit welchem Ziel erfolgt die Beurteilung und, damit zusammenhängend, welche Analysemethode ist anzuwenden (Methodenanalyse);
- welche Input- bzw. Output-Phase ist Grundlage der Beurteilung;
- auf welcher Aggregationsstufe ist die Analyse vorzunehmen (Einzelbetrieb, regionale Versorgung, Versorgung der Bevölkerung eines Landes oder der Gesamtbevölkerung), und
- welche institutionellen Interessen sind mit der Systembeurteilung verbunden.

¹ Vgl. u.a.: Margolis, J.: Ökonomische Wertung durch Schattenpreise, in: Recktenwald, H.C.: Kosten-Nutzen-Analyse und Programmbudget - Grundlage staatlicher Entscheidung und Planung; Tübingen 1970, S. 127 - 142, hier: S. 134.

Diese einzelnen Gesichtspunkte sind nicht voneinander unabhängig. So orientiert sich beispielsweise die Beurteilungsmethode stark an institutionellen Interessen, ebenso beeinflussen die Systemziele die Analysemethode².

2. Beschreibung des Analyseobjektes

In der Systemforschung wird nach dem Beurteilungsgegenstand und dessen Zielvorgaben gefragt. "Ziel der Systemforschung ist es, die Strukturen und das Funktionieren (Verhalten) komplexer technischer, wirtschaftlicher oder sozialer Systeme zu beschreiben, zu analysieren und Problemlösungen zur optimalen Entwicklung, Gestaltung und Steuerung der Systeme zu finden."³ Ausgehend von einer Darlegung der Zielstellung und einer Abgrenzung des Systems werden die Beziehungen der Systemelemente zueinander beschrieben. Über die internen Systemfunktionen hinaus ist bei der Systemdarstellung zu verdeutlichen, in welchem Ausmaß das Beurteilungsobjekt seine Umwelt beeinflusst bzw. von dieser beeinflusst wird (offene bzw. geschlossene Systeme)⁴ und inwieweit die systemrelevanten Entscheidungen selbständig getroffen werden können bzw. extern vorgegeben sind (autonome bzw. determinierte Systeme). Vor allem die offenen, determinierten Systeme werden in ihrer Ausprägung, Funktionsweise und Wirksamkeit in hohem Maße durch die existierenden und gesetzten Rahmenbedingungen beeinflusst. Die Kombination von gesetzten Rahmenbedingungen und Einwirkungen der Umweltfaktoren ist bei Systemvergleichen, aber auch bei absoluten Evaluationsstudien in die Analyse mit einzubeziehen. Systemanalysen werden deshalb häufig durch Umfeldanalysen, Analysen der gesetzten Rahmenbedingungen und die Darstellung der Leistungsvorgaben⁵ ergänzt.

Der Zielanalyse, der Ableitung von Zielhierarchien und der Bildung von möglichst operationalen Zielkenngrößen wird im Rahmen der Systemforschung hohes Gewicht beigemessen, da die Systembeurteilung überwiegend zielbezogen erfolgt. Daß eine Beurteilung

2 Ist einem System beispielsweise die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben mit bedarfswirtschaftlicher Zielstellung vorgegeben, so ist eine Analyse ausschließlich nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten wenig zielführend.

3 Beske, F.; Systemforschung ..., a.a.O., S. 16; ähnlich auch bei: Schicke, R.; Ökonomie des Gesundheitswesens ..., a.a.O., S. 28.

4 Vgl.: Gantner, M.; Messprobleme ..., a.a.O., S. 266.

5 Vgl. u.a.: Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., Abb. 6 (S. 42).

nicht notwendigerweise die Systemziele bzw. die gesamte Zielhierarchie im Auge haben muß, wurde im Rahmen dieser Arbeit immer dann deutlich, wenn institutionelle Aspekte angesprochen wurden.

Gegenstand einer Systembeurteilung muß nicht notwendigerweise das Gesamtsystem sein, auch einzelne Systemelemente können einer Analyse unterzogen werden. Wird dies angestrebt, ist neben der Beschreibung dieses Subsystems auch dessen Einordnung im Gesamtsystem darzulegen. "Die isolierte, von den Gesamtzusammenhängen abstrahierende Betrachtung von Teilbereichen kann nicht zur richtigen Erkenntnis von Struktur und Verhalten des Systems führen."⁶

3. Evaluationskriterien

Da es eine für alle Fragestellungen geeignete Evaluationsmethode nicht gibt, sind verschiedene Kriterien zu berücksichtigen, die Einfluß auf die Auswahl der Untersuchungsmethode nehmen.

3.1 Ziele der Systembeurteilung

Bevor die Evaluationsmethode festgelegt werden kann, ist die Frage zu beantworten, mit welchem Ziel die Beurteilung durchzuführen ist. Je nachdem, ob Kosten-, Leistungs-, Wirksamkeits- oder Wirtschaftlichkeitsaspekte im Vordergrund des Interesse stehen, sind unterschiedliche Methoden anzuwenden. Diese Methoden unterscheiden sich u.a. dadurch, daß sie entweder den Input, den Prozess oder den Output der Leistungserstellung⁷ in die Beurteilung einbeziehen. Die beiden erstgenannten Evaluationsrichtungen analysieren die Aufbau- und Ablauforganisation der Leistungserstellung, wobei sowohl quantitative als auch

6 Beske, F.; Systemforschung ..., a.a.O., S. 17.

7 Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., S. 40 f., sowie: Eichhorn, S.: Qualitäts- und Effizienzbeurteilung in der Krankenhausversorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 42 v. 20. 10. 1977, S. 2529 - 2533, hier: S. 2529; ders.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. 3, a.a.O., S. 43 ff; Kriedel, Th.: Effizienzanalysen von Gesundheitsprojekten - Diskussion und Anwendung auf Epilepsieambulanzen, Berlin, Heidelberg, New York 1980. S. 47 f. Die von Eichhorn und Kriedel angeführten Indikatoren zur strukturellen Beurteilung können weitgehend den Input-Indikatoren zugeordnet werden.

qualitative Kriterien berücksichtigt werden⁸. Ergebnisorientierte Beurteilungen haben das Ziel, entweder

- die Leistungen (Sekundärleistungen)⁹, oder
- die Wirkungen der Leistungen (Primärleistung) eines Systems/einer Maßnahme im Hinblick auf die Zielvorgaben (Effektivität) zu analysieren.

Aus ökonomischer Sicht sind vor allem solche Analyseverfahren zielführend, die eine Verbindung zwischen Input und Output herstellen, also Verfahren, die Aussagen über die Effizienz einer Maßnahme/eines Systems zulassen¹⁰.

Im Grundsatz wird zwischen der technischen und der finanziellen Effizienz unterschieden. "Mit technischer Effizienz ist die Produktivität der Leistungserstellung gemeint. Statt von der Produktivität spricht man bei nichttechnisch geprägter Produktion - wie im Falle des Rettungsdienstes - auch von der Effizienz."¹¹ Dieser mengenorientierten Kenngröße steht mit dem Begriff der finanziellen oder ökonomischen Effizienz eine Kenngröße gegenüber, in welcher die Wertansätze für Input- und Outputfaktoren berücksichtigt sind.

3.2 Formen der Beurteilung von Systemen

Im Zusammenhang mit der Auswahl der Evaluationsmethoden sind auch Überlegungen darüber anzustellen,

- in welcher Handlungsphase ein System beurteilt wird,
- welche Daten bzw. Indikatoren zu berücksichtigen sind und mit vertretbarem Aufwand gewonnen werden können, und

8 Für den Krankenhausbereich vgl. hierzu: Eichhorn, S.; Qualitäts- und Effizienzbeurteilung ..., a.a.O., S. 2529; Eichhorn, S., Plücker, W., Swertz, P.: Effektivitätsmessung und Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen, in: Arzt und Krankenhaus 4/1982, S. 142 - 145, hier: S. 142.

9 Zu den Begriffen Primär- und Sekundärleistung vgl.: Eichhorn, S.; Qualitäts- und Effizienzbeurteilung ..., a.a.O., S. 2530, insbes. Abb. 1.

10 Einen Überblick über die Diskussion des Effizienzbegriffes gibt: Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., S. 5 ff.; vgl. auch: Leu, R.: Ansätze zur empirischen Messung der relativen Effizienz von Gesundheitssystemen, in: Schweiz. Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, Heft 3/1978, S. 479 - 508, hier: S.480; Kreidel, Th.; Effizienzanalysen von Gesundheitsprojekten, a.a.O., S. 11 ff.

11 Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., S. 7.

- welche Referenzmodelle bzw. Vergleichsmaßstäbe bei der Beurteilung anzulegen sind.

Im Handlungszyklus¹² einer Maßnahme/eines Systems kann eine Evaluation bereits in der Planungsphase (planning function)¹³ vorgenommen werden, sie kann sich jedoch ebenso auf laufende oder abgeschlossene Projekte beziehen (control function).

Die zur Beurteilung notwendigen Daten werden je nach Untersuchungsmethode, Handlungsphase und Datenverfügbarkeit

- prospektiv (vor Projektdurchführung),
- simultan (während der Projektdurchführung) oder
- retropektiv (nach Handlungsabschluß)

erhoben¹⁴. Häufig werden Beurteilungen auf der Grundlage von unterschiedlich ermittelten Datenpools vorgenommen, ein Vorgehen, das angesichts der differierenden Zuverlässigkeit der entsprechenden Daten nicht unproblematisch ist.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt für die Beurteilung von Systemen ist die Ableitung von zielrelevanten Kenngrößen. Sie sind als "... Maßeinheiten für die Erträge ..." ¹⁵ eines Projektes anzusehen, wobei zu unterscheiden ist, ob sie die Zielerreichung direkt (final) oder indirekt (intermediär) anzeigen. Unterschiedliche Evaluationsmethoden arbeiten mit unterschiedlichen

12 Hellstern, G.M.; Wollmann, H.: Evaluierung auf kommunaler Ebene, in: dieselben (Hrsg.): Handbuch zur Evaluierungsforschung, Bd.1, Opladen 1984, S. 491 - 523, hier: S. 493.

13 Myrick, J.A.: An Evaluation of Emergency Medical Services Based on Patient Outcome, Dissertation, University of Missouri - Columbia (USA), December 1974, S. 5 ff.; Hellstern, G.M., Wollmann, H.; Evaluierung auf kommunaler Ebene, a.a.O., S. 493 f. In diesem Zusammenhang wird auf Evaluationsstudien hingewiesen, die allein zur Rechtfertigung bereits getroffener Entscheidungen dienen (apologetische Analysen). Diese sind für die "... Entscheidung selbst funktionslos und insofern ökonomisch nicht vertretbar." Andel, N.: Kosten-Nutzen-Analysen, in: Handbuch der Finanzwissenschaft, Bd. I, 3. Aufl., Tübingen 1977, S. 475 - 518, hier: S. 479.

14 Eichhorn, S., Plücker, W., Swertz, P.; Effektivitätsmessung und Qualitätsbeurteilung ..., a.a.O., S. 144.

15 Kriedel, Th.: Effizienzanalysen ..., a.a.O., S. 45.

Kenngrößen bzw. -systemen, wobei jeder Indikator oder Index seine eigenen Erfassungs- und Aussageprobleme hat¹⁶.

Eng verbunden mit der Auswahl von Kenngrößen ist die Vorgabe von Referenzmodellen bzw. Vergleichsmaßstäben. Solche Maßstäbe werden üblicherweise durch die Evaluationsziele determiniert, wobei zwischen

- absoluten Beurteilungskriterien (z.B. Wohlfahrtsmaximierung, Allokationseffizienz)¹⁷ und
- relativen Beurteilungskriterien (z.B. Leistungs- und Kostenentwicklung im Zeit- oder Querschnittsvergleich)¹⁸

zu unterscheiden sind. Auch hier trifft die Aussage zu, daß jedes Kriterium seine eigenen Erfassungs- und Aussageprobleme in sich birgt¹⁹.

3.3 Festlegung von Beurteilungsebenen

Vor einer Entscheidung über das Analyseverfahren ist Klarheit darüber zu gewinnen, auf welcher Ebene die Beurteilung eines Systems zu erfolgen hat. Vor allem bei der Erfüllung öffentlicher und staatlicher Aufgaben kann sich das Beurteilungsinteresse auf alle Ebenen von der Einzelleistung bis hin zu gesamtstaatlich-administrativen und volkswirtschaftlichen Analysen²⁰ erstrecken.

16 Indikatoren sind eindimensionale Meßgrößen, in Indizees werden dagegen mehrere Aspekte der Zielerreichung zusammengefaßt. Vgl. hierzu und zu den jeweiligen Aussageproblemen: Ebenda, S. 45 f. und S. 48 ff.

17 Vgl. u.a.: Leu, R.; Ansätze zur empirischen Messung ..., a.a.O., S. 480 f.; Recktenwald, H.C.: Die ökonomische Analyse: Hilfe für rationale Entscheidung in der Staatswissenschaft, in: ders.(Hrsg.); Nutzen-Kosten-Analyse und Programmbudget ..., a.a.O., S. 1 - 21, hier: S. 3.

18 Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., S. 65 ff.

19 Vgl. u.a.: Weissenböck, H.; Studien zur ökonomischen Effizienz ..., a.a.O., S. 13 ff, Leu, R.; Ansätze zur empirischen Messung ..., a.a.O., S. 480 f., Andel, N.: Kosten-Nutzen-Analysen, a.a.O., S.515 ff. (für absolute Kriterien); Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1186 ff., Borjans, R.; Effizienz der Rettungsorganisation, a.a.O., S. 66 (für relative Kriterien).

20 Die Beurteilung aus der Sicht der Administration (Entscheidungsträger) muß nicht notwendigerweise mit den Ergebnissen einer volkswirtschaftlichen Effizienzanalyse übereinstimmen. Vgl. u.a. Andel, N.; Kosten-Nutzen-Analyse, a.a.O., S. 478 f.; auf die zunehmende "Politisierung" der Evaluierung wird hingewiesen von: Hellstern, G.M., Wollmann, H.; Evaluierung auf kommunaler Ebene, a.a.O., S. 492.

Im Rettungsdienst müssen beispielsweise für die aufgabenbezogene Maßnahmen- und Systembeurteilung mindestens die folgenden Stufen unterschieden werden:

- Einzelleistungen
 - ° Einsatzleistung,
 - ° Dienstbereitschaft,
- Leistungsbereiche (Notfall-, Notarzt-, Krankentransport-, Luftrettungssystem),
- Rettungswachen,
- Rettungsdienstbereiche,
- Bundesland,
- Gesamtstaat und
- volkswirtschaftliche Betrachtung.

Daneben sind auch betriebsbezogene Analysen von Interesse, beispielsweise für einzelne Leistungsträger auf unterschiedlichen Ebenen (Orts-, Kreis-, Landesverband).

Die Notwendigkeit, Analysen auf unterschiedlichem Niveau zu erarbeiten und die jeweiligen Ebenen jeweils deutlich zu trennen, ist gegeben, weil

- auf unterschiedlichen Ebenen jeweils zusätzliche Kosten- aber auch Wirksamkeitselemente hinzukommen,
- die Auswahl der Beurteilungsmethode u.a. durch die Ebene der Analyse determiniert wird und
- die Vernachlässigung dieses Stufenprinzips zu Fehlinterpretationen führen kann.

Wenn beispielsweise beklagt wird, daß "... ein alltäglicher Einsatz des Rettungsdienstes mit 1.000.-- DM etwa viermal so teuer wie ein eintägiger Aufenthalt im Krankenhaus ist,"²¹ wird übersehen, daß die Kosten auf der Ebene eines Rettungsdienstbereiches, z.T. sogar für ein Bundesland ermittelt worden sind und der Bezug auf den Einsatz lediglich aus abrechnungstechnischen Gründen erfolgt.

²¹ Picard, E.; Rettungsdienst aus der Sicht der Krankenkassen ..., a.a.O., S. 558.

3.4 Institutionelle Aspekte der Systembeurteilung

Jede Systemanalyse kann als eine Form der Kontrolle von Systemfunktionen angesehen werden. Aus diesem Grunde ist die Frage, wer die Analyse vornimmt bzw. vornehmen läßt, ein wesentlicher Aspekt sowohl für die Methodenauswahl, als auch bei der Interpretation der Ergebnisse²². Jede mögliche Beurteilungsinstanz verfolgt eigene, "natürliche" Interessen, die einerseits die Richtung der Datenerfassung (input-, output- oder prozessbezogene Analyse) festlegen, andererseits aber auch in der "Reichweite der Wirkungskette"²³ ihren Niederschlag finden. Im Endeffekt wird durch diese interessengeleitete Selektion die Frage nach dem relevanten Beurteilungskriterium beantwortet.

Der institutionelle Gesichtspunkt der Systembeurteilung wird dadurch beeinflusst, ob eine interne oder externe Beurteilung vorgenommen wird²⁴. Die interne Analyse durch Leistungs- oder Aufgabenträger hat andere Schwerpunkte und Beurteilungskriterien als eine externe Untersuchung, die im Auftrag eines oder mehrerer Träger²⁵ durch externe Dritte vorgenommen wird.

Entsprechend der entwickelten Trägersystematik kommen für den Rettungsdienst in erster Linie die folgenden Beurteilungsinstitutionen in Betracht:

- Der Patient als direkter Leistungsempfänger beurteilt vor allem die Qualität der Einsatzleistung, und zwar nicht (nur) nach medizinischen, sondern vor allem nach emotionalen, subjektiven Gesichtspunkten. Dieser Gesichtspunkt hat bislang

22 Auf den institutionellen Aspekt der Systembeurteilung verweisen u.a.: Hellstern, G.M., Wollmann, H.; Evaluierung auf kommunaler Ebene, a.a.O., S. 495 f, sowie: Gantner, M.; Meßprobleme öffentlicher Aktivitäten, a.a.O., S. 241 ff.

23 Hellstern, G.M., Wollmann, H.; Evaluierung auf kommunaler Ebene, a.a.O., S. 494 f.

24 Vgl.: Gottschalk, W.: Der Betriebsvergleich - Instrument der Entscheidungsvorgereitung und Betriebsführung, in: Der Städtetag, 2/1985, S. 151 - 153, hier: S. 151. Für den Rettungsdienst: "Vorläufige Richtlinien ... (Hessen)", a.a.O., S. 5 ff.

25 Vgl. u.a.: § 9(2) BW-RettDG.

in den Überlegungen zum Rettungsdienst nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt²⁶.

- Die Leistungsträger beurteilen den Rettungsdienst vornehmlich aus dem Blickwinkel ihrer Organisationsaufgaben, wobei wirtschaftliche Aspekte (Kosten- oder Aufwandsdeckung) mehr und mehr in den Vordergrund rücken²⁷.
- Für die Gebührenträger stehen die Entwicklung des Ausgabenniveaus und die Abweichungen eines Leistungsbereiches von der gesamten Ausgabenentwicklung im Vordergrund des Interesses. Die Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes werden u.a. damit begründet, daß "... die Aufwendungen der Krankenkassen für Rettungsdienstleistungen (...) weit überproportional gestiegen"²⁸ sind.
- Aufgabenträger sind bestrebt, die ihnen zugewiesenen Aufgaben im Rahmen der Leistungsvorgaben sicherzustellen bzw. sicherstellen zu lassen, wobei sie angesichts zunehmender Haushaltsengpässe ihren eigenen Finanzierungsanteil zu minimieren suchen.
- Entscheidungsträger sind vor allem daran interessiert, daß die definierten Aufgaben unter Berücksichtigung der vorgegebenen Rahmenbedingungen erfüllt werden. Dabei findet, soweit es sich um politische Instanzen handelt, eine wählerwirksame Aufgabenerfüllung erhöhte Beachtung, wodurch häufig zusätzliche Kosten verursacht werden. "Im politischen Wettbewerb sind die Politiker bestrebt, möglichst immer noch etwas zusätzliches anzubieten. Alle politisch bedingten Kampagnen des Gesundheitswesens laufen deswegen darauf hinaus, die Nachfrage schubartig anzufeuern."²⁹

Diese unterschiedlichen Interessenlagen machen deutlich, daß es eine Beurteilungsmethode, die allen Interessen gerecht wird,

26 Einen ersten Überblick über Bedürfnisse von Patienten im Rettungsdienst vermittelt: Stauffert, B.: Gedanken zur Patientenbetreuung, in: Rettungsdienst.10(1987), S. 622 - 628; vgl. auch: Heimer, P.: Umgang mit Patienten, Angehörigen und Dritten, in: Leben retten, Nr. 1/1988, S. 22 - 28. Es ist bemerkenswert, daß gerade private Krankentransportanbieter "... den Grundgedanken von mehr Menschlichkeit im Krankentransport" in ihrer Selbstdarstellung deutlich in den Vordergrund stellen. Vgl. als Beispiel: o.V.; Unternehmer oder "Rosinenpicker"?, a.a.O., S. 36.

27 Vgl. als Beispiel die Stellungnahme des DRK: "Rotes Kreuz fordert Zukunftssicherung des Rettungsdienstes", in: Der Notarzt 2(1986, S. 153.

28 Picard, E.; Rettungsdienst aus der Sicht der Krankenversicherung, a.a.O., S. 558.

29 Herder-Dorneich, Ph.; Wachstum und Gleichgewicht ..., a.a.O., S. 131.

nicht geben kann. Deshalb besteht die Aufgabe von Ökonomen darin, auf der Grundlage von interessenungebundenen, objektiv nachvollziehbaren Analyseverfahren der Politik oder anderen Interessenträgern Entscheidungshilfen zu geben.

4. Analysemethoden und Datenprobleme

Die zentralen Fragen der Systembeurteilung lauten³⁰:

- welcher Bereich der Leistungserstellung bzw. Aufgabenerfüllung ist Gegenstand der Analyse;
- welches Entscheidungskriterium liegt der Analyse zugrunde und anhand welcher Meßkriterien soll beurteilt werden;
- welche Veränderungen in der Zielerreichung sind zu beobachten (Effektivität);
- sind Veränderungen der Meßkriterien zuverlässige Indikatoren für eine Verbesserung des Zielerreichungsgrades;
- wie ist das Verhältnis von aufgewandten Ressourcen und den erzielten Wirkungen (absolute bzw. relative Effizienz).

Zur Beurteilung von Systemen sind im Grundsatz volks- und betriebswirtschaftliche Methoden zu unterscheiden. Diese beiden Basismethoden werden ergänzt durch eine Vielzahl von "erweiterten" betriebswirtschaftlichen Analysemodellen³¹, die entweder durch eine erweiterte innerbetriebliche Zielfunktion oder durch die zusätzliche Berücksichtigung "außerbetrieblicher" Ziele gekennzeichnet sind³². In zunehmendem Umfang werden solche Erweiterungen auch für volkswirtschaftliche Evaluationsmethoden eingeführt, so werden beispielsweise die rein allokativ ausgerich-

30 Ähnlich bei: Hellstern, G.H., Wollmann, H.: Evaluierung ..., a.a.O., S. 507 f.

31 Zur "erweiterten" Erfolgsrechnung öffentlicher Betriebe vgl. u.a. Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 260 ff. Einen Überblick über "erweiterte" Wirtschaftlichkeitsrechnungen gibt: Thiehoff, R.: Wirtschaftlichkeit entdeckt, in: Bundesarbeitsblatt, 4/1987, S. 25 - 29; Neubauer, G.: Ziel und Anspruch erweiterter Wirtschaftlichkeitsverfahren, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.): Arbeitsschutz, Humanisierung des Arbeitslebens, Wirtschaftlichkeit, Schriftenreihe der BAU, Tagungsbericht Tb 41, Dortmund 1985, S. 111 - 122.

32 Bei Wöhe werden solche Ziele den "nicht-monetären Zielvorstellungen" zugeordnet, obwohl beispielsweise das Ziel "Verminderung von Umweltbelastungen" sehr wohl monetäre Konsequenzen für den Einzelbetrieb hat. Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 111.

tete Kosten-Nutzen-Analyse zunehmend distributive Bewertungselemente eingeführt³³.

Die Anwendungsbreite der verschiedenen Beurteilungsmethoden wird u.a. begrenzt durch die Verfügbarkeit von Daten. Der Mangel an zuverlässigem Datenmaterial behindert gerade im Gesundheitswesen häufig die Anwendung aussagefähiger Analysemethoden. "Ökonomische Analysen empirischer Art sind kaum möglich, da die amtliche Statistik die notwendigen Daten nicht erhebt und die Verbände ihre Daten kaum verbandsunabhängigen Personen zur Verfügung stellen."³⁴ Im Zusammenhang mit gezielten Datenerhebungen, vor allem für die outputbezogene Analyse, ergeben sich zusätzliche Probleme aus der Tatsache, daß Gesundheitsleistungen immaterieller Natur sind und an ein Trägermedium (Patient) gebunden sind. Die Wirksamkeit von Leistungen kann häufig nur über Zustandsveränderungen des Trägermediums selbst erfaßt werden, die Erhebung entsprechender Daten wird jedoch mehr und mehr durch die Belange des Datenschutzes behindert³⁵.

5. Ein Phasenmodell zur Analyse von Dienstleistungen

Während sich die Überlegungen zur Handlungsphase auf das Implementierungsstadium eines Maßnahme/eines Systems bezogen haben und bei der Festlegung von Beurteilungsebenen eine hierarchisch vertikale Unterteilung der Aufgabenerfüllung erfolgt ist, wird zur Beurteilung von Dienstleistungen ein Phasenmodell der Leistungserstellung³⁶ herangezogen.

Dieser Modellbildung liegt die Überlegung zugrunde, daß die Dienstleistungsproduktion, vor allem wenn es sich um Mischgüter

33 Vgl. u.a.: Andel, N.; Kosten-Nutzen-Analysen, a.a.O., S. 510 ff.; Hoffmann, J.: Erweiterte Kosten-Nutzen-Analyse zur Bewertung und Auswahl öffentlicher Projekte, Göttingen 1981, S. 117 ff.

34 Rosenberg, P.: Unzureichende Effizienz im System der Gesundheitsversicherung, in: Simmert, D.B., Markmann, H.(Hrsg.): Krise der Wirtschaftspolitik, Köln 1978, S. 556 - 566, hier: S. 565. Für den Bereich des Rettungswesens vgl. u.a.: Riediger, G.: Bundeseinheitliche Dokumentation - notwendig oder entbehrlich, in: Engelhardt, G.H.(Hrsg.): Praktische Notfallmedizin 1: Rettungsdienst - Konzepte, Kontroversen, Berlin New York 1983, S. 43 - 48; Bouillon, B., et al; Ansätze ..., a.a.O., S. 108, 127.

35 Das Problem "Datenschutz im Rettungsdienst" wird u.a. erörtert von: Lippert, H.D., Weissauer, W.; Das Rettungswesen, a.a.O., S. 148 ff.

36 Dieses Modell wird entwickelt von: Gantner, M.; Messprobleme öffentlicher Aktivitäten, a.a.O., S. 269 ff. Eine verkürzte Form verwendet: Eichhorn, S.; Qualitäts- und Effizienzbeurteilung ..., a.a.O., S. 2530.

oder öffentliche Güter handelt, nicht als einfache Input-Output-Relation angesehen werden kann. Input- bzw. Output-Begriffe sind bei öffentlicher Sicherstellung und unterschiedlichen Nutzenkategorien mehrdeutig, weil

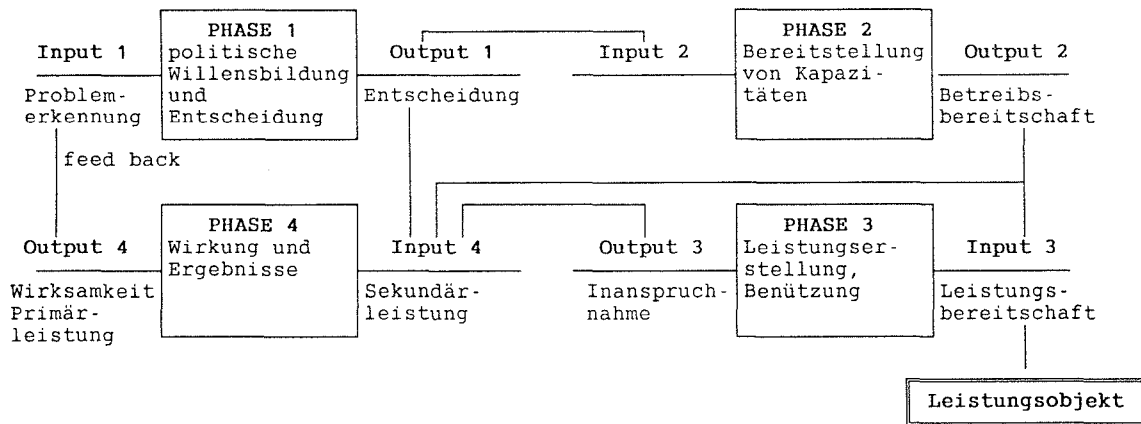
- verschiedene Anknüpfungspunkte zur Erfassung und Messung von Input- und Outputgrößen erkennbar sind,
- der Output einer Phase gleichzeitig Inputfaktor der folgenden Leistungsphase ist, und
- die Beurteilung von Bedarfsträgergruppen in unterschiedlichen Phasen der Leistungserstellung ansetzt.

Das Phasenmodell (Übersicht 10.1) unterteilt den Leistungserstellungsprozess in vier Grundphasen, die jeweils durch eigene Input-Output-Relationen gekennzeichnet sind:

- Die Phase 1 ist das System der politischen Willensbildung. Als Input stehen allgemeine politische Ziele, die Verdeutlichung des politischen Interesses an der Sicherstellung einer Leistung und die Beschaffung von Informationen als Grundlage zur Entscheidung. Diese Inputs werden im Prozess der politischen Entscheidungsfindung in konkrete Sachziele, Vorgaben zu Bereitstellungs- und Organisationsformen und Finanzierungsstrukturen umgesetzt.
- In Phase 2 erfolgt die Aufbauorganisation und Ablaufplanung der Leistungserstellung. Dabei wird unter Bezug auf die Ergebnisse der Phase 1 die Finanzierung sichergestellt, der institutionelle und rechtliche Rahmen geschaffen und die erforderlichen Produktionsfaktoren beschafft. Durch die Bereitstellung der internen Produktionsfaktoren innerhalb der geschaffenen Organisationsstruktur wird die Betriebskapazität aufgebaut. Der Output dieser Phase stellt sich als Betriebsbereitschaft auf einem vorgegebenen Erreichbarkeitsniveau³⁷ dar.
- Die Umsetzung dieser Betriebsbereitschaft in einzelne Leistungsprozesse ist Gegenstand der Phase 3. Erst durch die Einbeziehung eines externen Leistungsobjektes kann - typisch für Dienstleistungen - der Leistungsprozess vollzogen werden. Umfang und die Qualität der konkreten Leistung werden maßgeblich durch das definierte Leistungsziel und den Zu-

³⁷ Das Erreichbarkeitsniveau setzt sich zusammen aus den objektiven Zugangsmöglichkeiten räumlicher, zeitlicher, ökonomischer und formeller/informeller Art. Vgl. hierzu: ebd., S. 282.

Übersicht 10.1: EIN PHASENMODELL FÜR DIE BEURTEILUNG ÖFFENTLICHER AUFGABEN



Quelle: Gantner, M.; Meßprobleme öffentlicher Aktivitäten, a.a.O., Schaubild 8 (S. 275)

stand bzw. den Bedarf des Leistungsobjektes beeinflusst. Am Ende des Leistungsprozesses stehen zähl- bzw. meßbare Einzelleistungen, die sich in ihrer Ausprägung unterscheiden.

- Als vierte Phase ist die Wirksamkeit der Leistung zu sehen. Die Ergebnisse aller vorgelagerten Phasen führen in Verbindung mit der individuellen bzw. allgemeinen Bedingungskonstellation des Leistungsobjektes Veränderungen in Richtung auf einen individuell oder gesellschaftliche erwünschten Zustand herbei. Diese vierte Phase ist für die Beurteilung eines Systems von zentraler Bedeutung, weil mit ihr die finale Zielerreichung der Leistungserstellung dokumentiert wird. Es zeigt sich, daß besonders bei personenbezogenen Dienstleistungen die Leistungserstellung allein das gewünschte Ergebnis nicht herbeiführen kann, sondern daß die Konstellation des Leistungsobjektes und seine Reaktion auf die Situation während des Leistungsprozesses die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen maßgeblich beeinflussen.

Dieses Phasenmodell macht deutlich, daß einer Beurteilung von Dienstleistungen allein durch eindimensionale Outputmaße bzw. Input-Output-Relationen nur eine sehr begrenzte Aussagefähigkeit beigemessen werden kann. Es zeigt sich vielmehr, daß "... der Versuch, eindimensionale und einzig richtige Output-Input-Indikatoren abzuleiten, eine Komplexitätseeliminierung, ja eine Realitätsverkürzung darstellt."³⁸

6. Beurteilungsformen auf betriebswirtschaftlicher Ebene

6.1 Input- und outputbezogene Analysen

Betriebswirtschaftliche Methoden der Systembeurteilung sind in erster Linie

- Kosten- Leistungsrechnungen zur Analyse der Wirtschaftlichkeit,
- Finanzierungsanalysen und
- Analysen der Leistungsfähigkeit.

Im Rahmen des Phasenmodells sind betriebswirtschaftliche Analysen auf die Phasen 2 und 3 begrenzt. Für Leistungsbereiche, die keine Optionsnachfrage erfüllen und für deren Produktion kein

³⁸ Ebenda, S. 272; ähnlich auch bei: Klaus, P.G.; Auf dem Weg zu einer Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungen ..., a.a.O., S. 472 und Eichhorn, S.; Krankenhausbetriebslehre, Bd. 3, a.a.O., S. 12.

externes Leistungsobjekt erforderlich ist, kann der Zwischenschritt zwischen Phase 2 und 3 vernachlässigt werden. Dies trifft vor allem auf die Produktion von Sachgütern zu. Dagegen ist eine deutliche Unterscheidung der beiden Phasen vor allem für Dienstleistungen und Optionsgüter zu treffen, es handelt sich jeweils um unterschiedliche Input-Output-Relationen.

Die Analyseformen können u.a. danach unterschieden werden, ob die Beurteilung input-, prozess- oder outputbezogen erfolgt, oder ob Input- und Outputmaße aufeinander bezogen werden (Wirtschaftlichkeitsanalysen). Der Übergang von Input- und Prozessfaktoren, vor allem im Verlauf der Phase 3, ist in den Grenzbereichen fließend³⁹, deshalb werden häufig input- und prozessbezogene Analyseverfahren zusammengefaßt⁴⁰.

Gilt die Analyse der Sicherstellung einer öffentlichen Aufgabe bzw. der Bereitstellung eines öffentlichen Gutes (offene, determinierte Systeme), so sind die rein betriebswirtschaftlichen Rechnungen durch die Analyse des Leistungsumfeldes⁴¹ und der Leistungsvorgaben durch die Entscheidungsträger (Output Phase 1) zu ergänzen.

Input- bzw. prozessorientierte Beurteilungsverfahren sind vorwiegend quantitativ ausgelegt sein, wobei ergänzend qualitative Elemente Hinweise auf den Leistungsprozess geben. Dieser Methodengruppe sind u.a. Faktor- und Organisationsanalysen zugeordnet, wobei die Faktoranalyse⁴²

- den Personalbereich (Personalumfang und -struktur, Qualifikationsprofil),
- die Infrastruktur des Rettungsdienstes (Dichte der Rettungswachen, Besetzung der Leistungsbereiche etc.),

39 "Es ist zu vermuten, daß qualifiziertes Personal sowie eine hochwertige und leistungsfähige technische Einrichtung und Ausstattung in Verbindung mit einer guten Organisation eine gute medizinische Versorgung bewirken." Eichhorn, S.; Qualitäts- und Effizienzbeurteilung ..., a.a.O., S. 2530.

40 Vgl. als Beispiel: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., S. 43 ff. Dieses Vorgehen entspricht dem "black-box-approach" der Systemanalyse. Gantner, W.; Meßprobleme ..., a.a.O., S. 267.

41 Siehe hierzu die Ausführungen bei: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., S. 86 ff.

42 Ebenda, S. 43 ff.

- die Rettungsmittel sowie
- sonstige Inputfaktoren

umfaßt. Um im Bild des Phasenmodells zu bleiben handelt es sich hierbei um den Output der Phase 2, der als Input in die Leistungserstellung (Phase 3) überführt wird. Zusätzliche Inputfaktoren für die Leistungserstellung sind die Leistungsobjekte, im Falle von Gesundheitsleistungen also die Patienten. "Ohne Klient, Patient oder Gast, ohne Transportgut ... (ist der Dienstleistungsbetrieb) zur Untätigkeit gezwungen, weil der für den Produktionsprozess notwendige Katalysator fehlt."⁴³ Die Analyse der externen Objekte ist erforderlich für die Beurteilung der Leistungserstellung, da das Ergebnis eine Kombination von Einflüssen aus

- subjektiven Erfahrung des Leistungsobjektes,
- situativen Bedingungen während der Leistungserstellung,
- dem Zustand und den notwendigen bzw. nachgefragten Zustandsveränderungen des Leistungsobjektes, und
- der eigentlichen Leistungserstellung (Dienstleistungs-Interaktion)

anzusehen ist. Nur in Kenntnis dessen, was der Patient in der jeweils konkreten Nachfragesituation objektiv, aber auch subjektiv, benötigt, kann die Angemessenheit einer Leistung beurteilt werden.

Mit outputorientierten Verfahren werden die Leistungen eines Systems im Hinblick auf ein Ziel analysiert. Auf der betrieblichen bzw. betriebswirtschaftlichen Ebene stellen sich die Leistungen normalerweise als zähl- bzw. meßbare Einheiten dar. Für die Phase 3 wird der Output als Häufigkeit und Struktur der Inanspruchnahme des Leistungsangebotes (Sekundärleistungen) er-

43 Berekoven, L.; Der Dienstleistungsbetrieb, a.a.O., S. 59; vgl. auch: Gantner, W.; Meßprobleme ..., a.a.O., S. 276. Demgegenüber wird von Borjans die Analyse der Leistungsobjekte im Rahmen der Umfeldanalyse durchgeführt, weil eine Qualifizierung als Inputfaktor dazu führen würde, daß "... eine derart formulierte Produktionsfunktion nicht in eine Kostenfunktion (...) überführt werden kann" mit der Konsequenz, daß keine Effizienzaussagen möglich seien. Borjans, R.; Effizienz ..., S. 10. Demgegenüber wird festgestellt, daß "... die Beschränkung der Analyse auf positive, objektivierbare Merkmale das Wesentliche ..." ausläßt. Klaus, P.G.; Auf dem Weg ..., a.a.O., S. 472.

faßt. Handelt es sich um Optionsgüter, muß darüberhinaus auch die Einsatzbereitschaft (Output Phase 2) berücksichtigt werden.

Im Zusammenhang mit der Marktstruktur des Rettungsdienstes ist bereits dargelegt worden, daß der Umfang und die Struktur der Einsatzleistung eine abgeleitete Größe aus Leistungsdeterminanten, wie

- rechtliche Rahmenbedingungen und Aufgabenstellung,
- epidemiologische Faktoren des Versorgungsgebietes,
- Mobilitätsverhalten der Bevölkerung,
- Infrastrukturausstattung (Kliniken, Arztpraxen, Industriebesatz, etc.) und
- wettbewerblichen Rahmenbedingungen

angesehen werden muß. Das Leistungsvolumen ist für die Leistungsträger weitgehend ein Datum, ihr Ziel ist es, die entsprechenden Leistungen im Rahmen der gesetzten Vorgaben zu wirtschaftlich vertretbaren Konditionen zu erstellen. Kenngrößen zum Umfang und zur Struktur der Einsätze des Rettungsdienstes können deshalb nicht als alleiniges Kriterium zur Beurteilung herangezogen werden, diese Ergebniskennzahlen sind weitgehend das Resultat der vorherrschenden Leistungsdeterminanten. Deshalb ergeben undifferenzierte Kostenkenngrößen (z.B. Durchschnittskosten je Einsatz) nur wenig Aufschluß über die Effizienz der Leistungserstellung.

6.2 Überlegungen zur Leistungsfähigkeit von Systemen

Beurteilungskonzepte, die sich allein auf eine Erfassung von bewerteten Input-Output-Relationen abstützen, vernachlässigen die Tatsache, daß z.B. bei personenbezogenen Dienstleistungen qualitative Elemente der Leistungserstellung häufig im Vordergrund stehen. Deshalb sind im Rahmen der Faktoranalyse qualitative Aspekte ebenso zu erfassen, wie bei der Bildung von Kenngrößen zur Beurteilung der Leistungsergebnisse. So ist beispielsweise der Zeitfaktor nicht nur ein Planungswert (Tab. 7.5), sondern auch eine Leistungskenngröße des Rettungsdienstes. War jedoch für die Planung von Rettungswachen die Fahrzeit als relevante Größe angesehen worden, ist zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Systems die Hilfsfrist (Zeit zwischen Notfallmeldung und Eintreffen am Notfallort) heranzu-

ziehen, da sie Auskunft über den gesamten Zeitbedarf des Rettungsdienstes bis zum Beginn der Versorgung gibt. Deshalb werden zur Darstellung der Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes speziell im Bereich der Notfallrettung die Eintreffzeiten⁴⁴ ausgewiesen. Für den Krankentransportbereich empfiehlt es sich, als Indikator für die Leistungsfähigkeit u.a. die Durchschnitts- und Extremwerte der Wartezeiten zu erfassen.

Ergänzend zur Analyse der Zeitaspekte werden mehr und mehr Untersuchungen veröffentlicht, welche die Angemessenheit der Maßnahmen im Einsatz dokumentieren und beurteilen⁴⁵. Diese Studien können aufgrund der z.T. sehr geringen Fallzahlen nicht als Grundlage für allgemeine Aussagen dienen, außerdem sind sie weitgehend auf die Dokumentation von Notarzteinsätzen⁴⁶ begrenzt. Instrumente zur Erfassung, Auswertung und Beurteilung von medizinischen Maßnahmen, die bei Notfalleinsätzen ohne Notarztbeteiligung und bei Krankentransporten durchgeführt werden, fehlen dagegen weitgehend⁴⁷, überwiegend beschränkt sich die Dokumentation im Rettungsdienst auf die Erfassung von abrechnungstechnischen Daten. Um zumindest in der Tendenz einen Eindruck über den erforderlichen Umfang und, möglicherweise in einem nachfolgenden Schritt, auch die Angemessenheit medizinischer Leistungen im Rettungsdienst zu erhalten, ist die Konzeption einer Einsatzdokumentation erforderlich, mit welcher die wesentlichen Parameter der Patientenversorgung vergleichbar erfaßt werden.

Ergänzend zu den Aussagen über qualitative Elemente der Leistungen (Zeitaspekte, Angemessenheit der Leistung) ist im Rahmen der Prüfung der Leistungsfähigkeit auch darzulegen, ob und

44 Bundestagsdrucksache 11/2364 v. 25.5.1988, a.a.O., Anhang 1, Tab. 4 und 5 (S. 149). Zur Unterscheidung der Zeitsequenzen vgl. Abb. 7.1.

45 Vgl. u.a.: Singbartl, G.: Die Akutversorgung von neurotraumatisierten Patienten durch den Notarzt, in: Der Notarzt 3(1987), S. 112 - 119, hier: S. 116 f.; Schepers, J.: Literaturanalyse "Wirksamkeit des Rettungswesens", Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 16, Teilbericht I, S. 17 ff.

46 Daß diese Dokumentationen für die Beurteilung der Einsatzqualität nur einen begrenzten Aussagewert haben, wird erläutert von: Garms-Homolová, V.; Hütter, U.: Die Evaluation des Notarztdienstes - Bedeutung, Voraussetzung und Probleme, in: Öff.Gesundh.Wes. 47(1985), S. 182 - 185, hier: S. 184.

47 Um in Tab. 5.1 und 5.2 Aussagen über das Ausmaß medizinischer Probleme bei Krankentransporten machen zu können, mußte auf Statistiken von 1979 und 1981 zurückgegriffen werden - aktuellere Daten liegen nicht vor.

inwieweit die externen Vorgaben eingehalten werden. Es fällt auf, daß dieser Gesichtspunkt bei der Darstellung von Leistungen des Rettungsdienstes eher beiläufig behandelt wird. Weder die Vorgaben zur Personalplanung, noch das Volumen und die Struktur der Fahrzeugvorhaltung oder die Einhaltung von Zeitrichtwerten werden als Mindestindikator für die Leistungsfähigkeit überprüft. Ursache dürfte vor allem die Tatsache sein, daß die entsprechenden Vorgaben häufig sehr unpräzise und mit geringer Verbindlichkeit erlassen werden. Um dem Rettungsdienst bessere Grundlagen zur Planung und zur Erfolgskontrollen zu geben, sollte es auch im Interesse der Entscheidungsträger liegen, für die Aufgabenerfüllung bessere, d.h. vor allem präzisere Leistungsvorgaben zu erlassen.

6.3 Analysen der Wirtschaftlichkeit eines Systems

Undifferenzierte Kenngrößen, beispielsweise Durchschnittswerte oder einfache Input-Output-Relationen, lassen keine Aussagen über die Wirtschaftlichkeit eines Systems zu, vor allem dann nicht, wenn die Leistungserstellung als eine Abfolge mehrerer Phasen angesehen werden muß.

Ausgangspunkt ist eine Trennung von Einsatz- und Bereitschaftskosten für jeden Leistungsbereich (Übersicht 8.3). Für diese Kostengrößen sind jeweils geeignete Bezugsgrößen zu finden, die durch den Vergleich mit Soll-Kenngrößen⁴⁸ Aussagen zur Effizienz der Leistungserstellung zulassen. Geeignete Kenngrößen für die einzelnen Leistungsbereiche sind u.a.:

1) zur Beurteilung der Einsätze:

- Gesamtkosten je Einsatz (ohne Kosten der Betriebsbereitschaft),
- Personalkosten je Einsatz und/oder Einsatzstunde,
- Sachkosten je Einsatz und/oder Einsatzstunde
- med. Materialverbrauch je Einsatz.

⁴⁸ Soll-Kenngrößen können extern vorgegeben (Leistungswerte), intern kalkuliert, aus Vorperioden extrapoliert oder aus vergleichbar strukturierten Systemen mit gleicher Aufgabenstellung ermittelt werden.

2) zur Beurteilung der Bereitschaftsleistung:

- Bereitschaftskosten insgesamt,
- Bereitschaftskosten je Schicht, differenziert nach Tages- und Nachtschicht,
- Kosten je Bereitschaftsstunde.

In ähnlicher Weise kann bei der Bildung von Kenngrößen für den Kommunikationsbereich vorgegangen werden, wobei sowohl für die interne wie auch für die externe Kommunikationsleistung jeweils eigene Kenngrößen zu bilden sind.

6.4 Erweiterte Wirtschaftlichkeitsverfahren

Beschränkte sich die oben dargestellte Ableitung von differenzierten Wirtschaftlichkeitskenngrößen noch auf meß- und bewertbare Kosten- und Leistungsgrößen, so ist das Ziel von erweiterten Wirtschaftlichkeitsverfahren, "... möglichst vollständig - also monetär, quantitativ und qualitativ - alle bedeutsamen Kosten- und Leistungswirkungen zu erfassen."⁴⁹ Derartige Verfahren werden in Verbindung mit öffentlichen Betrieben schon seit längerem diskutiert⁵⁰, und zwar in Form von Sozialbilanzen oder gesellschaftsbezogenen Unternehmensrechnungen.

Die Auswirkungen von geplanten Maßnahmen oder die Wirksamkeit von Unternehmensleistungen werden beispielsweise über verschiedene Ebenen hinweg "von der isolierten arbeitsplatzbezogenen Maßnahme bis hin zu gesellschaftlichen Effekten"⁵¹ systematisch und vollständig erfaßt. In einem Modellbeispiel wird gezeigt, daß die Maßnahmenanalyse mit dem erweiterten Beurteilungsverfahren "... zu - im Vergleich mit herkömmlichen (isolierten)

49 Neubauer, G.; Ziele und Anspruch ..., a.a.O., S. 116.

50 Vgl. u.a. Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 260 ff., ders.; Öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen ..., a.a.O., S. 141 ff.

51 Picot, A., Reichwald, R., Behrbohm, P.: Das Vier-Ebenen-Modell der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung, in: BAU (Hrsg.); Arbeitsschutz ..., a.a.O., S. 171 - 181, hier: S. 172.

Verfahren - ganz entgegengesetzten Wirtschaftlichkeitsempfehlungen gelangt."⁵²

Für den Rettungsdienst gehen die Überlegungen nun dahin, daß durch die Konzeption und Verwendung eines erweiterten Bewertungsverfahrens neben monetären und quantitativen Größen auch qualitative Gesichtspunkte in die Bewertung auf den unterschiedlichen Ebenen einbezogen werden. Im Zuge der Entwicklung eines entsprechenden Verfahrens ist zu prüfen, ob die Zahl der Beurteilungsebenen⁵³ entsprechend der oben beschriebenen Beurteilungsebenen des Rettungsdienstes zu erweitern ist und ob nicht die Beurteilungsformen angesichts unterschiedlicher Zielstellungen für die einzelnen Ebenen zu differenzieren sind. Grundsätzlich ist es auf jeder Ebene der Analyse personenbezogener Dienstleistungen erforderlich, Indikatoren über die Angemessenheit oder Wirksamkeit der Leistung aus Sicht der Leistungsobjekte in den Beurteilungsrahmen einzubeziehen. Die Entwicklung und Überprüfung eines derartigen Verfahrens muß weiterführenden Untersuchungen vorbehalten bleiben, da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit bei weitem übersteigen würde.

7. Formen der gesamtwirtschaftlichen Systembeurteilung

Mit der Erweiterung der betriebswirtschaftlich ausgerichteten Beurteilungsverfahren wurden bereits Schritte in Richtung einer gesellschaftlichen oder gesamtwirtschaftlichen Analyse angedeutet. Die Impulse für diese Weiterentwicklungen sind im wesentlichen mit der Unzufriedenheit darüber zu erklären, daß die herkömmlichen Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsbeurteilung im wesentlichen die Mengen- und Wertkomponenten des Marktes berücksichtigen. Ereignisse, die jenseits des Marktes liegen, oder die auf begrenzt funktionsfähigen Märkten stattfinden, können nicht oder nur unvollständig in die Analyse einbezogen werden. Gesamtwirtschaftliche Kosten-Nutzen-Untersuchungen gehen deshalb "... über die finanzwirtschaftlichen oder betriebs-

52 Ebd., S. 173. Die Bewertungsschritte werden im Zusammenhang mit der Beurteilung der Schreibdienstorganisation in Bundesbehörden ausführlich dargestellt in: dieselben: Dokumentation erweiterter Wirtschaftlichkeitsverfahren - Vier-Ebenen-Modell der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung, Bonn 1985.

53 Im Vier-Ebenen Modell werden die folgenden Ebenen unterschieden: Isolierte Wirtschaftlichkeit des Arbeitsbereiches; Erweiterte Wirtschaftlichkeit des Arbeitsbereiches; Gesamtorganisatorische Wirtschaftlichkeit; Gesellschaftliche Wirtschaftlichkeit. Vgl.: ebd.; S. 174.

wirtschaftlichen Kosten- und Nutzenvergleiche (...) hinaus, indem sie auch gesellschaftliche Nutzen und Kosten einbeziehen."⁵⁴ Für alle drei entwickelten Verfahren, also die Nutzen-Kosten-Analyse (NKA), die Kostenwirksamkeitsanalyse (KWA) und die Nutzwertanalyse (NWA), ist die Erfassung und Bewertung sowohl der Wirksamkeit wie auch aller mit der Maßnahmenumsetzung bzw. Leistungserstellung verbundenen Kosten erforderlich. Die Bewertung erfolgt dabei nicht durchgängig in monetären Einheiten, Kostenwirksamkeitsanalysen und Nutzwertanalysen lassen auch nicht-monetäre Bewertungen unter Einbeziehung von mehrdimensionalen Zielsystemen zu.

7.1 Zur Effektivitätsmessung von Systemen

Der Darstellung des Phasenmodells in Übersicht 10.1 entsprechend erfolgt die Messung der Effektivität in erster Linie durch die Messung des Outputs der Phase 4. Angesichts der unterschiedlichen Beurteilungsebenen wird im Zusammenhang mit der gesamtwirtschaftlichen Analyse als Ergebnis der Phase 4 die Änderung/Herbeiführung von individuell oder gesellschaftlich erwünschten/unerwünschten Zuständen⁵⁵ definiert. Die Erfassung dieses Wirksamkeitsbereiches ist zwar ein wesentlicher, aber nicht der einzige Bereich der Gesamtwirksamkeit einer Leistung. Das Ergebnis der Phase 4 ist eine Aggregation der direkten Wirkungen als Folge der Inanspruchnahme einer Leistung "Beispiele: Gesundheitswesen: Senkung der Säuglingssterblichkeit; Bildungswesen: leistungsfähiger akademischer Nachwuchs; öffentliche Sicherheit: niedrige Verbrechensraten eines bestimmten Typs"⁵⁶. Ergänzend sind für Optionsgüter die Wirkungen der Bereithaltung zu berücksichtigen, die Wirksamkeitserfassung muß also sowohl am Output der Phase 2 (Betriebsbereitschaft), als auch der Phase 4 (individuelle, gesellschaftliche Zustandsveränderung) anzusetzen.

Die Frage, wie Messung der Wirksamkeit erfolgen kann, hängt u.a. davon ab, wie die vorgegebenen Ziele und gesellschaftlich erwünschten Zustandsveränderungen definiert sind. Wenn bei-

54 § 7(2) Bundeshaushaltsordnung (BHO). Vgl. auch: Rothengatter, W.: Methoden der Nutzen-Kosten-Untersuchung, in: DVWG (Hrsg.): Nutzen-Kosten-Untersuchungen im Verkehrswesen, Bd. 1: Methoden der Nutzen-Kosten-Untersuchung; Schriftenreihe der DVWG, B 49/1, Köln 1980, S. 8 - 34.

55 Gantner, W.; Meßprobleme ..., a.a.O., S. 277.

56 Ebd.; S. 280 f.

spielsweise die Verkehrspolitik als Ziel für die Verkehrssicherheitsarbeit vorgibt: 10 % weniger Verkehrstote jährlich⁵⁷, so kann die Wirksamkeit der hierfür umgesetzten Maßnahmen an der Unfallstatistik abgelesen werden. Ist dagegen das angestrebte Ziel beschrieben als Erhöhung der "Verkehrssicherheit durch Erfahrung und Bewährung"⁵⁸, so ist die Ableitung von Wirkungsindikatoren schwierig, da

- die Verkehrssicherheit keine definierte und meßbare Größe darstellt,
- eine Erhöhung der Verkehrssicherheit angesichts z.T. gegenläufiger Entwicklungen nur schwer faßbar ist, und
- der Einfluß von Einzelmaßnahmen zur Erweiterung der Erfahrung und Bewährung auf die Veränderung der Gesamtsituation kaum meßbar

ist.

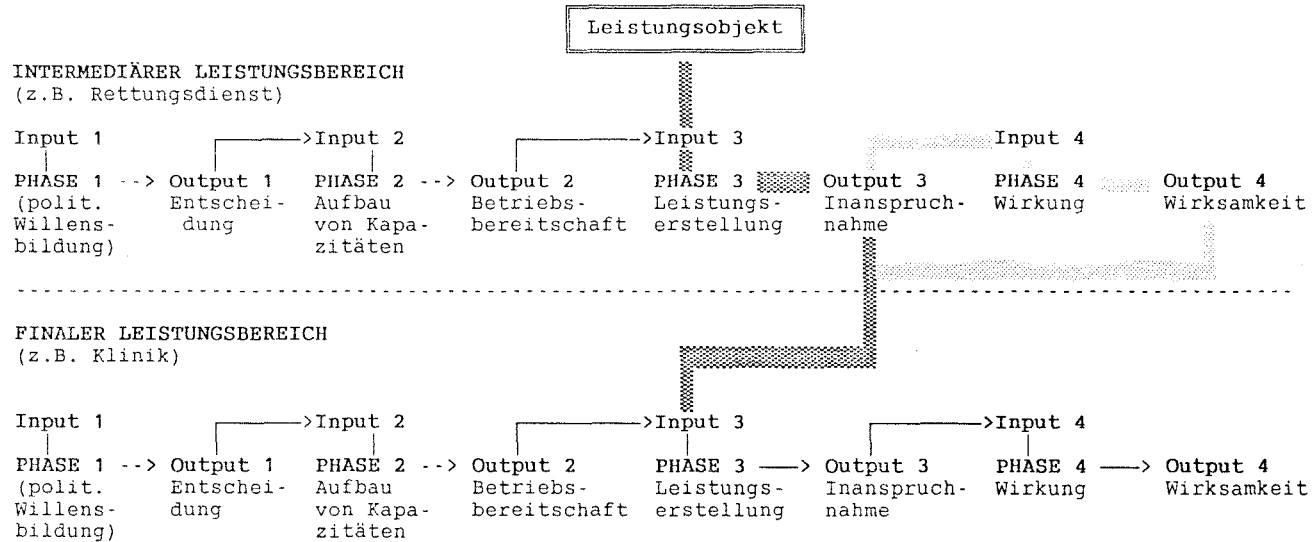
Die Erfassung von Wirkungen wird darüberhinaus dann erschwert, wenn Leistungen oder Systeme intermediären Charakter haben und die Wirksamkeit erst nach Abschluß nachfolgender Maßnahmen beurteilt werden kann. Diese Situation ist im Übersicht 10.2 dargestellt. Der veränderte Zustand des Leistungsobjektes aus dem intermediären Leistungsbereiches Rettungsdienst geht als Input in den Leistungserstellungsprozess des finalen Leistungsbereiches Krankenhaus ein. Die finale Wirksamkeit der Maßnahme kann erst nach Abschluß der Krankenhausbehandlung erfaßt werden. Bei derartigen Funktionalverkettungen stellt sich zwangsläufig die Frage der Kausalität: In welchem Umfang kann die Wirkung, die als Output eines Finalsystems gemessen wird, den vorgelagerten Systeminputs überhaupt noch zugeordnet werden? Die Beantwortung dieser Frage wird zudem durch die Tatsache erschwert, daß die Wirkungen in den einzelnen Leistungsphasen nicht immer gleichgerichtet sind. So wird beispielsweise festgestellt, daß mit dem Übergang vom Rettungsdienst in die Klinik "... Vorteile, die in der präklinischen Phase errungen worden sind, bei der Patientenübergabe in Frage gestellt"⁵⁹ werden.

57 Vgl. als Beispiel: Brühning, E.: Beim Nachbarn gesehen: Neue Wege der Verkehrssicherheitspolitik in Frankreich, in: Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 31 (1985), S. 30 - 33, hier: S. 32 f.

58 Bundestagsdrucksache 10/1479 v. 22.5.1984: Verkehrssicherheitsprogramm 1984 der Bundesregierung, hier: S. 5.

59 Bouillon, B., et al.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 95.

Übersicht 10.2: PHASENMODELL FÜR UNTERSCHIEDLICHE LEISTUNGSSTUFEN



7.1.1 Wirkungen der Systembereithaltung

Die Beurteilung eines Systems kann sich, sofern auch Optionsnachfrage befriedigt wird, nicht auf die Wirkungen der Inanspruchnahme beschränken, auch die aus der Bereithaltung des Systems resultierenden positiven und negativen Effekte müssen Berücksichtigung finden. Wesentliche Komponente dieses Wirkungsfeldes ist die Realisierung des Optionsnutzens. Eine Abschätzung dieser Nutzengrößen über den Umfang und die Struktur der Kapazitätsvorhaltung (Output 2) kann nur mit Einschränkungen akzeptiert werden, da die Beurteilung dessen, was als ausreichende Kapazität anzusehen sei, stark durch institutionellen Aspekte und situative Faktoren beeinflusst wird. Bei Versicherungsgütern kann die Zahlungsbereitschaft für die Realisierung des Optionsnutzen durch Marktprozesse ermittelt werden⁶⁰. Dies ist im Falle von Optionsgütern mit dem Charakter eines öffentlichen oder meritorischen Gutes nicht möglich. Häufig wird als akzeptable Alternative zur Nutzenabschätzung die Durchführung repräsentativer Befragungen angeregt und z.T. auch praktiziert⁶¹. Auf die noch ungelösten Probleme, die mit einer Akzeptanzabschätzung über Befragungen verbunden sind, soll hier nicht näher eingegangen werden⁶². Als Hilfsgröße für eine Abschätzung des Nutzens aus der Systembereithaltung muß deshalb, trotz der oben geäußerten Bedenken, der Umfang der Systembereithaltung in Verbindung mit den Leistungsvorgaben der Entscheidungsträger herangezogen werden. Diese Vorgaben wurden als Nachfrage der indirekten Bedarfsträger interpretiert, mit der die Realisierung des Bereithaltungsnutzens in einem vertretbaren Umfang erreicht werden soll. Aus dem Umfang, in dem die Vorgaben zum Kapazitätsausbau, eingehalten werden, kann auf den Umfang des realisierten Bereithaltungsnutzens geschlossen werden.

Mit der Präsenz eines Systems sind jedoch nicht nur positiv zu beurteilende Wirkungen verbunden. Dies wird am Beispiel des Rettungsdienstes deutlich: Im Zusammenhang mit der Hilfelei-

60 Gantner, W.; Meßprobleme ..., a.a.O., S. 259.

61 Vgl. vor allem: Pflügner, W.: Nutzen-Analysen im Umweltschutz, Göttingen 1988, S. 328 ff.; Dilling, J., et al.: Autonotfunk - Nichttechnische Begleitforschung - Abschlußbericht; Projektgruppenberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Nr. 16, Berg.-Gladb. 1985, S. 73 ff.

62 Vgl. u.a.: Pflügner, W.; Nutzen-Analysen ..., S. 334 f.; Dilling, J., et al.; Autonotfunk ..., a.a.O., S. 73 ff und 116 ff.

stung von Individuen ist aus der Psychologie das Phänomen der "Diffusion der Verantwortung" bekannt. Je größer die Gruppe der Anwesenden am Ort einer Hilfeleistung ist, umso eher glaubt der einzelne, "... daß er nicht mehr die ganze Verantwortung trägt und die Hilfsbereitschaft wird reduziert."⁶³ Ein vergleichbarer Effekt wird offensichtlich auch durch die Präsenz eines gut ausgebauten Rettungssystems hervorgerufen. In einer repräsentativen Umfrage zur Ersten Hilfe vertraten immerhin 20 % der Befragten die Auffassung, daß Rettungsfahrzeuge heutzutage so schnell kommen würden, daß eine Hilfeleistung durch Laien überflüssig sei⁶⁴. In ähnlicher Weise hat die Deutsche Bundespost die Aussetzung der regelmäßigen Nachschulung ihrer Führerscheinbesitzer in Erster Hilfe u.a. mit der Feststellung begründet, daß "mit der verstärkten Präsenz der offiziellen Unfallrettungsdienste (...) die Voraussetzungen (für eine regelmäßige Nachschulung in Erster Hilfe; d.Verf.) heute nicht mehr gegeben sei."⁶⁵ Derartige Auffassungen lassen offensichtlich die Tatsache unberücksichtigt, daß Erste Hilfe und organisierter Rettungsdienst nicht in substitutionalem, sondern in komplementärem Verhältnis zueinander stehen.

7.1.2 Wirkungen der Inanspruchnahme einer Leistung

Die Wirksamkeit der Inanspruchnahme einer Dienstleistung resultiert aus einer geplanten oder ungeplanten Zustandsveränderung bei einem Leistungsobjekt. Je nach Zielvorgabe und Art der Leistungserstellung manifestiert sich diese Zustandsveränderung in unterschiedlicher Weise, beispielsweise

- in einer Ortsveränderung (Verkehrsleistungen),
- in einer Veränderung des Gesundheitszustandes (medizinische Leistungen),
- in einer Verbesserung des Wissens und Könnens (Information, Ausbildung), oder

63 Bierhoff, H.W.: Hilfreiches Verhalten, Uni-Taschenbücher 962, Darmstadt 1980, S. 149 ff. und die dort angegebene Literatur.

64 Kuschinsky, B., et al.: Erste Hilfe in der Bundesrepublik Deutschland, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 18, Berg.-Glab. 1986, Tab. 11 (S. 62).

65 Schreiben des Bundesministers für das Post- und Fernmeldewesen v. 5.9.1988 (AZ 117-4B 8219).

- in einer Stabilisierung des psychischen Zustandes (psychologische Leistung).

Jeder dieser Leistungs- und Zielbereiche hat seine eigenen Meßgrößen für den Sekundäroutput⁶⁶, vor allem aber für die Wirksamkeit (Primäroutput). Für personenbezogene Dienstleistungen zudem ist festzustellen, daß sich die Leistungserstellung nicht auf einen, sondern auf mehrere Leistungsbereiche gleichzeitig erstreckt. So wurde für den Rettungsdienst dargelegt, daß das Leistungsspektrum zumindest Verkehrs- und medizinische Leistungen umfaßt, darüberhinaus hat die Hilfeleistung jedoch auch Auswirkungen auf die psychische Stabilität von Patienten, Angehörigen und Dritten⁶⁷. Selbst wenn dieser Aspekt vernachlässigt wird⁶⁸, bleibt das Problem, daß die Indikatoren unterschiedlicher Leistungsbereiche zusammengefaßt werden müssen. Die jeweiligen Kenngrößen werden nach verschiedenen Methoden erfaßt und in unterschiedlichen Dimensionen dargestellt. Die Schwierigkeit liegt nun darin, diese unterschiedlichen Indikatoren in einen Beurteilungsrahmen zu integrieren um damit Grundlagen für eine Wirksamkeitsabschätzung zu schaffen.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Wirksamkeit der einzelnen Leistungsbereiche durch unterschiedliche Indikatoren gemessen wird. Beispiele für derartige Meßgrößen sind

- für den Verkehrsbereich⁶⁹:

- ° Zeitersparnis
- ° Kostenersparnis
- ° Unfallbelastung
- ° Umwelteffekte, etc.

66 Beispiele: Verkehrsleistung: Personenkilometer, Zeitersparnis, qualitative Leistungs-komponenten; medizinische Leistung: Anzahl der Arztkontakte, Medikamentenverbrauch etc.

67 Stauffert, B.: Gedanken zur Patientenbetreuung, a.a.O.; vgl. auch: Heimer, P.: Umgang mit Patienten ..., a.a.O.

68 Welchen Einfluß psychische Faktoren auf die Genesung von Patienten haben können wird u.a. beschrieben bei: o.V.: Unvermeidbare Unfälle heilen am besten, in: Münch. med. Wschr. 126(1984), Nr. 50, S. 100 - 103.

69 Vgl. hierzu: Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (Hrsg.): Richtlinien für die Anlage von Straßen, Teil: Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen (RAS-W), Köln 1986, S. 10, sowie: dieselbe: RAS-W Kommentar, Köln 1987, S. 28 ff.

- für die medizinische Leistung⁷⁰:

- ° Mortalitätsraten
- ° Morbiditätsraten
- ° Dauer des Krankenhausaufenthalts,
- ° Dauer der Behandlung auf Intensivstation, etc.

In die Beurteilung der Wirksamkeit des Rettungsdienstes sind zumindest die oben genannten Leistungsbereiche einzubeziehen. Deshalb ist anzustreben, durch die Abschätzung des funktionalen Zusammenhangs von Indikatoren aus beiden Bereichen einen übergreifenden Wirksamkeitsindikator zu gewinnen. Konsequenz dieser Überlegungen sind Versuche, über eine Kombination von Leistungszeiten und Mortalitätsraten zeitbezogene Überlebensfunktionen abzuleiten.

7.1.3 Zeitaspekte der Leistungserstellung

Die Ableitung von Überlebensfunktionen basiert auf der Überlegung, daß bei dringlichem Bedarf nach medizinischer Hilfe die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen umso höher ist, je eher diese durchgeführt werden. Überlebensfunktionen bilden also den Zusammenhang zwischen dem Zeitaspekt der Verkehrsleistung und der Veränderung der Überlebensquote ab. Als eigentlich relevante Zeitgröße in diesem Zusammenhang ist jedoch nicht die Leistungszeit des Rettungsdienstes, sondern die gesamte Rettungszeit (Tab. 7.1) anzusehen, eine Zeitspanne, die nur teilweise durch die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes beeinflusst werden kann. So wird beispielsweise versucht, die Vorlaufzeit bei Verkehrsunfällen und bei häuslichen Notfällen durch die Bereitstellung spezieller Meldesysteme⁷¹ zu reduzieren.

Die notwendige Unterscheidung zwischen der Leistungszeit des Rettungsdienstes und Rettungszeit wird in vielen Untersuchun-

70 Vgl. hierzu u.a.: Kriedel, Th.; Effizienzanalysen ..., a.a.O., S. 52 ff., Weissenböck, H.; Studien zur ökonomischen Effizienz ..., a.a.O., S. 36 ff.; vgl. für den Rettungsdienst: Riediger, G.; Zu den Wirkungen ..., a.a.O., S. 2.

71 Vgl.: Dilling, J., et al.; Autonotfunk ..., a.a.O., S. 27 ff. Für häusliche Notfälle werden "Hausnotrufsysteme" angeboten.

gen⁷² nicht oder unzureichend berücksichtigt. So wird beispielsweise von einem direkten Zusammenhang zwischen der "Anfahrtszeit der professionellen Retter" und Reanimationserfolg berichtet⁷³, oder der Wert für die Vorlaufzeit wird erheblich unterschätzt⁷⁴.

Durch die scheinbare Objektivität solcher Wirksamkeitsfunktionen wird darüberhinaus übersehen, daß

- die Erfassung der erforderlichen Daten durch die Vielzahl intervenierender Faktoren mit großen Unsicherheiten verbunden ist (intermediäre und finale Leistungsbereiche),
- angesichts der Erfassungsprobleme häufig auf Schätzwerte zurückgegriffen werden muß⁷⁵,
- die vorliegenden Funktionen deutliche Unterschiede aufweisen, und zwar in Bezug auf
 - ° das jeweilige Erfassungskollektiv,
 - ° das maximal erreichbare Rettungspotential⁷⁶,
 - ° den Funktionsverlauf (linear vs. nicht-linear).

Bei einer Beschränkung der Wirksamkeitsanalyse des Rettungsdienstes auf entsprechende Funktionen ist zu bedenken, daß

72 Einen Überblick über entsprechende Untersuchungen gibt: Pugell, B.: Wirtschaftlichkeitsuntersuchung ..., a.a.O., S. 140 ff.; ders.: Zur Wirkungsbeurteilung im Rettungswesen, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, Heft 4(1985), S. 237 - 251, hier: S. 241 ff.

73 Schöneich, A.: Welchen Einfluß hat das Rettungssystem auf den Reanimationserfolg? in: Rettungsdienst 10(1987), S. 493 - 496, hier: S. 494 f.; o.V.: die Schnelligkeit der Profis: eine Alternative zur Laienreanimation, in: Notfallmedizin 13(1987), S. 912 - 192, hier: S. 912.

74 Klein setzt beispielsweise "... einen Wert von 3 Minuten für das externe Meldeintervall ..." an, während nach neueren Untersuchungen zur Vorlaufzeit im Durchschnitt mit 6 - 10 Minuten zu rechnen ist. Klein, H.B.: Makroökonomisch effiziente Rettungssysteme als raumwirtschaftliche orientierte Sicherheitsinstrumentarien der Verkehrspolitik, Dissertation, Würzburg 1979, S. 248; Dilling, J., et al.; Autonotfunk, a.a.O., S. 28 f.; BMFT (Hrsg.): SAVE-Rettungs- und Notarztwagen, Phase 3 - Konstruktion und Erprobung, Forschungsbericht für den BMFT (KT 7715), Dezember 1981, S. 87; Bonn, H.P.; Dokumentationsstudie ..., a.a.O., S. 80.

75 Vgl. in diesem Zusammenhang die Ableitung einer entsprechenden Funktion bei: Klein, H.B.; Makroökonomisch effiziente Rettungssysteme ..., a.a.O., S. 241 ff.

76 Die Extremwerte reichen von 8,5 % bis 46 %, wobei auffällig viele Untersuchungen von einem maximalen Rettungspotential von 21 - 23 % ausgehen. Vgl.: Pugell, B.; Wirtschaftlichkeitsuntersuchung ..., a.a.O., S. 141 f.

- der zeitliche Aspekt nur eine Komponente der Leistung des Rettungsdienstes im Hinblick auf die Überlebenschancen von Notfallpatienten ist und andere Einflußfaktoren, vor allem die Qualität der medizinischen Leistung, ebenfalls einen starken Einfluß auf die Wirksamkeit der Leistung haben;
- die Abwendung lebensbedrohlicher Situationen zwar eine wichtige, bei weitem aber nicht die einzige Leistungsaufgabe des Rettungsdienstes ist,
- zeitbezogene Wirksamkeitsabschätzungen beispielsweise für die Reduzierung der Krankenhausaufenthaltsdauer bisher kaum abgeleitet worden sind⁷⁷,
- die Wirksamkeit in Fällen, die weder zeitlicher Dringlichkeit unterliegen, noch lebensrettender Maßnahmen bedürfen (Krankentransporte), mit diesen Funktionen nicht darstellbar ist.

Es zeigt sich also, daß eine Beurteilung der Wirksamkeit des Rettungsdienstes, die sich vorwiegend auf Überlebensfunktionen abstützt, weite Teile des Leistungsspektrums aus dem Beurteilungsrahmen ausblendet. Es kann sicherlich davon ausgegangen werden, daß für einen Teil der Rettungsdiensteinsätze ein funktionaler Zusammenhang zwischen Rettungszeit und Überlebensrate besteht. Im Rahmen einer Wirksamkeitsanalyse muß jedoch hervorgehoben werden, daß dies nur ein Indikator unter vielen ist.

7.2 Methoden zur Erfassung der gesamtwirtschaftlichen Effizienz

Die Methoden zur Effizienzanalyse unterscheiden sich vor allem in ihren Zielstellungen und den zugelassenen Bewertungsverfahren. Während die Kostenwirksamkeitsanalyse und die Nutzwertanalyse offen für beliebige Zielsysteme sind, sieht die Nutzen-Kosten-Analyse eine Beurteilung von Maßnahmen aus wohlfahrtsökonomischer Sicht vor. Als Zielkriterium ist das paretianische Wohlfahrtsoptimum⁷⁸ unter Einbeziehung des Kaldor-Hicks-Kriteriums⁷⁹ vorgegeben. Nutzen-Kosten-Analysen werden ihrem Grundverständnis nach zur Beurteilung staatlicher Aktivitäten bzw.

77 Vgl. die Überlegungen bei: Dilling, J., et al.; Autonotfunk ..., a.a.O., insbes. Anhang 6 (S. 139 ff).

78 Vgl. u.a.: Rothengatter, W.; Methoden der Kosten-Nutzen-Untersuchung, a.a.O., S. 10 f., Hofmann, J.; Erweiterte Nutzen-Kosten-Analysen, a.a.O., S. 15. Ein breiteres Zielspektrum für Nutzen-Kosten-Analysen sieht: Andel, N.; Nutzen-Kosten-Analysen, a.a.O., S. 477.

79 Ebd., S. 12.

öffentlicher Mittelverwendung⁸⁰ durchgeführt, allerdings findet die Analyse mehr und mehr auch in Bereichen teilstaatlicher bzw. privater Aktivitäten Anwendung⁸¹. Vor allem in Fällen, in welchen private Aktivitäten öffentliches Interesse hervorrufen (externe Effekte) oder öffentliche und private Aktivitäten komplementär auftreten (Mischgüter) wird der Anwendungsbereich von Nutzen-Kosten-Analysen gegenüber der ursprünglich vorgesehenen Beurteilung des laufenden und des künftigen Staatsverbrauches erheblich ausgedehnt.

Neben der Zielvorgabe ist als weiteres Charakteristikum von Nutzen-Kosten-Analysen die Transformation von Kosten und Wirksamkeiten in monetäre Einheiten zu sehen. Durch diese Vorgehensweise wird eine einheitliche Beurteilungsgrundlage geschaffen, das Ergebnis der Analyse wird durch eindeutige Relationen entweder als Differenz- oder Quotientenkriterium dargestellt.

Im Zusammenhang mit Überlegungen zur Wirksamkeit wurde deutlich, daß verschiedene Ausprägungen weder in ihrer Quantität erfaßt, noch in eine monetäre Rechengröße transformiert werden können. "Weiche Faktoren, die nicht als Zahlenwerte erfaßt und mit Geld bewertet werden können, aber ebenfalls durch die zu beurteilende Maßnahme beeinflußt werden, können (in Nutzen-Kosten-Analysen, d. Verf.) nur als "Zusatzwirkungen" angeführt werden. Im Entscheidungsprozeß finden diese Wirkungskomponenten dann häufig keine oder nur eingeschränkte Berücksichtigung."⁸² Dies führt vor allem in solchen Fällen zu fragwürdigen Ergebnissen, in welchen die nicht-quantifizierbaren, i.d.R. qualitativen Faktoren erkennbar einen nennenswerten Umfang des gesamten Wirksamkeitsspektrums abdecken⁸³.

Daß die Nutzen-Kosten-Analyse in ihrer Grundanlage "monofinal" auf ein einzelnes Zielkriterium (Wohlfahrtssteigerungen) ausgerichtet ist, wurde "... schon lange kritisiert. Heute besteht eine Tendenz, nach Möglichkeit alle relevanten Ziele in die Analyse einzubeziehen, was für die Kostenwirksamkeitsanalyse

80 Vgl. u.a.: Hofmann, J.; *Erweiterte Nutzen-Kosten-Analysen*, a.a.O., S. 12 f.; Margolis, J.; *Ökonomische Wertung ...*, a.a.O., S. 130 f.

81 Vgl. hierzu: Andel, N.; *Kosten-Nutzen-Untersuchungen*, a.a.O., S. 477, Hofmann, J.; *Erweiterte Kosten-Nutzen-Analyse*, a.a.O., S. 12, Fn 3.

82 Bouillon, B.; *Ansatzpunkte ...*, a.a.O., S. 124.

83 Vgl. hierzu als Beispiel: Dilling, J., et al.; *Autonotfunk ...*, a.a.O., S. 100 ff.

(KWA) in besonderem Maße kennzeichnend ist."⁸⁴ Die Erweiterung der Zielfunktion bedeutet nicht notwendigerweise ein Abrücken von der Methodik der Nutzen-Kosten-Analyse, vielmehr kann in die Analyse auch eine mehrdimensionale staatliche Zielfunktion eingeführt werden, "... das heißt eine Zielfunktion, die neben der ökonomischen Effizienz wenigstens ein zusätzliches Argument enthält."⁸⁵ Es wird jedoch deutlich, daß mit der Zulassung zusätzlicher Ziele⁸⁶ und, damit verbunden, der expliziten oder impliziten Einführung von Zielgewichten⁸⁷, in der praktischen Anwendung eine Konvergenz zwischen Nutzen-Kosten-Analysen und Kostenwirksamkeitsanalysen stattfindet.

8. Ansätze zur Beurteilung des Rettungsdienstes

Die Ausführungen zur Leistungserstellung, zur Marktsituation und zur Bewertung haben deutlich gemacht, daß es im Rettungsdienst ein für alle Beurteilungsebenen geeignetes, einheitliches Bewertungsverfahren nicht geben kann. Je nach Untersuchungsziel, -ebene und -institution sind in Anbetracht der unterschiedlichen Fragestellungen und Kosten- bzw. Nutzenarten differenzierte Bewertungsverfahren anzuwenden.

8.1 Betriebswirtschaftliche Bewertungsansätze

Kleinste Untersuchungseinheit im Rettungsdienst ist der Einsatz. Aus der Darstellung der einzelnen Aspekte des Einsatzablaufes (Zeitsequenzen, Diagnosen- und Maßnahmenanalyse, Faktoraufwand) lassen sich Erkenntnisse über die Angemessenheit des Einsatzes und der durchgeführten Maßnahmen ableiten. Eine derartige, insbesondere in der medizinischen Literatur häufig praktizierte Einzelfallbeschreibung (Kasuistik) gibt wenig Aufschluß über die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes über den Einzelfall hinaus. Durch die systematische Durchführung und

84 Andel, N.; Nutzen-Kosten-Analyse, a.a.O., S. 477.

85 Hofmann, J.; Erweiterte Nutzen-Kosten-Analyse, a.a.O., S. 61.

86 Die Erweiterung der Kriterien zur Beurteilung von Verkehrsinvestitionen beschreibt: Fischer, L.: Entscheidungskriterien für Verkehrsinvestitionen im Wandel der Zeit, in: Internationales Verkehrswesen 37 (1985), 6. Heft, S. 410 - 416.

87 Für die Verkehrsinvestitionen der EG wurde ein mehrdimensionales Beurteilungsverfahren entwickelt, in welchem gewichtete qualitative und monetäre Zielerreichungsbeiträge miteinander zu einem Entscheidungsfeld verknüpft werden. Crowley, J.A.: Use of Multi-Criteria Decision Analysis in Infrastructure Investment Appraisal, in: Australian Road Research 17(3), Sept. 1987, S. 169 - 174.

Auswertung von retropektiven Prozeßkontrollen (medical audit)⁸⁸ können allerdings Erkenntnisse zur Steigerung der Effektivität des Behandlungs- und Versorgungsprozesses gewonnen werden. Innerhalb des Phasenmodells entspricht dieses Vorgehen einer Analyse der Phase 3, allerdings nicht in Form einer einfachen Input-Output-Relation, sondern durch die Dokumentation und Beurteilung der jeweiligen Leistungserstellungsprozesse. Diese Form der Prozessbeurteilung kann auch auf pflegerische Leistungen angewandt werden (nursing audit)⁸⁹, sodaß im Zuge der Aus- und Weiterbildung des Personals im Rettungsdienst die Einzelfallbeschreibung und -analyse eine wesentliche Funktion einnehmen kann⁹⁰.

Für eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes ist es angebracht, auf einer höheren Aggregatstufe anzusetzen, beispielsweise durch die Analyse aller Notfälle oder Krankentransporte in einem definierten Versorgungsgebiet. Beurteilungsrelevante Kenngrößen, die auf dieser Ebene ermittelt werden können, sind u.a.:

- Zeitaspekte (Leistungszeiten, Wartezeiten, Einsatzdauer);
- Leistungsinformationen (Leistungs- und Patientenstruktur, Personalstruktur, durchgeführte Maßnahmen, Angemessenheit der Einsätze oder der durchgeführten Maßnahmen);
- Mengenkomponten (Arbeitszeit im Einsatz, Materialverbrauch, Fahrleistung).

Diese einsatzbezogenen Daten können, obwohl Interdependenzen bestehen, weitgehend unabhängig von der Bereitschaftsleistung erhoben werden. Um Informationen über die Betriebsbereitschaft ableiten zu können, ist die Analyse auf die Ebene der entsprechenden betrieblichen (Teil-)Einheiten (Rettungswache, Rettungsdienstbereich, jeweils für die Leistungsträger) zu verlagern. Die hier ermittelten Größen zur Kapazität, Auslastung, Mindestkapazität und zur Einhaltung von Kapazitätsvorgaben ge-

88 Eichhorn, S.; Qualitäts- und Effizienzbeurteilung ..., a.a.O., S. 2531; zu den Problemen vgl. Schicke, R.; Ökonomie des Gesundheitswesens, a.a.O., S., 24 f.

89 Ebd.; S. 2531, Fn 9.

90 In Fachzeitschriften werden derartige Einzelfallbeschreibungen veröffentlicht und diskutiert, allerdings werden vorwiegend Notarzteinsätze beschrieben - eine Erweiterung der Darstellungen auf das gesamte Einsatzspektrum des Rettungsdienstes erscheint sinnvoll.

ben Auskunft über die Einsatzbereitschaft, sind andererseits aber auch Ansatzpunkte für mögliche Schwachstellenanalysen. So können durch einen Vergleich von Einsatzgeschehen (Abb. 7.2) und jeweils vorgehaltener Kapazität, zumindest in der Tendenz, Engpässe oder Überkapazitäten verdeutlicht werden.

Eine Interpretation des Kapazitäts- und Leistungsvolumens ist ohne Kenntnis der konkreten Rahmenbedingungen und der Nachfrage der direkten und indirekten Bedarfsträger nicht möglich⁹¹, da beide Outputbereiche auf diese Determinanten zurückgeführt werden können.

Die mengen- bzw. leistungsorientiert ermittelten Beschreibungsgrößen sind spätestens auf der betrieblichen Ebene Kosten zu bewerten. Aus den gewonnenen Kosten- und Leistungsgrößen können Indizes und Indexsysteme⁹² gebildet werden, welche, bei vorliegenden bestimmter Voraussetzungen, eine Beurteilung des Betriebes oder Betriebsteiles zulassen.

Welche konkreten Anforderungen an die Indexsysteme zu stellen sind, orientiert sich an Form der Beurteilung⁹³. Beim betrieb-sinternen Zeitvergleich wird die Veränderung bestimmter Kenngrößen zwischen verschiedenen Zeitpunkten oder während festgelegter Zeitspannen erfaßt und analysiert. "Das Vergleichsobjekt ist also immer dasselbe, jedoch wird die Zeit variiert."⁹⁴ Da die Erfassung und Bewertung der Analysedaten weitgehend nach denselben Kriterien erfolgt, ist ein Kenngrößenvergleich relativ unproblematisch. Allerdings ist der Aussagewert eines derartigen Vergleiches begrenzt, es können lediglich Veränderungstendenzen dargestellt werden. Für eine Standortbestimmung in Richtung Wirtschaftlichkeit ist ein reiner Zeitvergleich ungeeignet.

Anders stellt sich die Problematik bei Soll-Ist-Vergleichen. Soll-Werte können einerseits aus der Kalkulation optimaler Be-

91 Dieser Sachverhalt wird auch mit dem Terminus "Situationsproblematik" umschrieben. Picot, A., Reichwald, R., Behrbohm, P.; Dokumentation: Vier-Ebenen-Modell, a.a.O., S. 4.

92 Ein Kennzahlensystem für den Rettungsdienst wird abgeleitet bei: Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., S. 90 f.

93 Ausführlich hierzu: Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1186 ff.; vgl. auch: Gottschalk, W.: Der Betriebsvergleich ..., a.a.O., S. 152 und Thiemeyer, Th.; Wirtschaftslehre ..., a.a.O., S. 279.

94 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1186.

triebsabläufe (Verrechnungspreise, Plan- oder Normalkosten), andererseits aus zwischenbetrieblichen Vergleichen (Durchschnittszahlen⁹⁵, vergleichbare Leistungseinheiten) gewonnen werden. Vor allem die letztgenannte Beurteilungsform stellt hohe Anforderungen an das Datenmaterial. So müssen "... die Mengen- und Wertgrößen hinsichtlich Begriffsbestimmung, Dimensionierung und Ermittlung ..." ⁹⁶ aufeinander abgestimmt sein, "... oberste Voraussetzung ist ein geordnetes Rechnungswesen ..." ⁹⁷. Ein Betriebsvergleich im Rettungsdienst kann sich jedoch nicht auf einen Vergleich von Elementen der Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung beschränken, angesichts der spezifischen Leistungsmerkmale ist einer erweiterten betrieblichen Statistik besondere Aufmerksamkeit zu widmen. In Ergänzung zur Einsatz(struktur)analyse wird vor allem eine Dokumentation der Patientenstrukturen und der Aktivitäten bei Notfall- und Krankentransporteinsätzen für notwendig erachtet. Eine derartige Dokumentation kann, im Vergleich zur Dokumentation von Notarzteinsätzen, auf wenige, den Einsatz charakterisierende Parameter (Tab. 5.1 und 5.2) begrenzt werden. Um zwischenbetriebliche Vergleiche durchführen zu können sind die entsprechenden Parameter möglichst inhalts- und dimensionsgleich zu definieren.

Durch die Auswertung entsprechender Dokumentationen besteht die Möglichkeit, die im Rahmen von zwischenbetrieblichen Vergleichen auftretenden Kosten- oder Leistungsunterschiede zu interpretieren und zu gewichten. Gleichzeitig werden jedoch auch Voraussetzungen dafür geschaffen, daß dokumentiert werden kann, daß der Rettungsdienst in allen Leistungsbereichen nicht nur als eine Verkehrsleistung, sondern auch als eine medizinische und/oder pflegerische Leistung angesehen werden muß.

8.2 Beurteilungsansätze auf der Ebene von Rettungsdienstbereichen

Die Aggregation der (teil-)betrieblichen Daten auf der Ebene eines Rettungsdienstbereiches wird wiederum die betriebsbezogene Analyse verlassen, im Vordergrund steht die aufgabenbezogene Beurteilung der Aufgabenerfüllung in einem konkreten Be-

95 Für den Rettungsdienst werden derartige Durchschnittswerte abgeleitet bei: Lenhart, W., Puhán, Th., Siegener, W.; Ermittlung abgestufter Richtwerte ..., a.a.O., S. 27 ff.

96 Gottschalk, W.; Der Betriebsvergleich ..., a.a.O., S. 152.

97 Wöhe, G.; Einführung ..., a.a.O., S. 1188.

reich. Voraussetzung für eine derartige Aggregation ist, in Ergänzung zu einer konsolidierten Kostenrechnung, eine zwischen allen Beteiligten abgestimmte Betriebsstatistik. Aufbauend auf diesen Grundlagen kann überprüft werden, ob die Nachfrage der direkten und indirekten Bedarfsträger in ausreichendem Umfang erfüllt wird, und ob dies zu wirtschaftlichen Bedingungen geschieht. Die Analyse der Leistungserstellung auf der Ebene eines Rettungsdienstbereiches bietet die Möglichkeit, bei teilweise gleichartigen Rahmenbedingungen durch den Vergleich von Kosten- und Leistungsstrukturen zwischen den Teilbetrieben (Rettungswachen) Problembereiche und Veränderungsbedarfe kenntlich zu machen. Die Analyse auf der Ebene von Rettungsdienstbereichen gibt jedoch, soweit es sich um interne Betriebsvergleiche handelt, wiederum nur unzureichend Aufschluß über die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Systems. Hierzu sind externe Kontrollgrößen heranzuziehen, die entweder aus dem Vergleich mit anderen Rettungsdienstbereichen, durch die Ermittlung von Durchschnittswerten oder aus vorgegebenen Richtwerten abgeleitet werden müssen.

Wesentliche Kenngrößen für die Darstellung des Leistungsniveaus eines Rettungsdienstbereiches werden aus

- Kostenstrukturdaten
- Daten der Rettungsdienstinfrastruktur,
- Daten zur Betriebskapazität (Bereitschaftszeiten),
- Personalstrukturdaten, sowie
- Leistungsstrukturdaten

abgeleitet, welche teilweise auf relativierende Größen, wie Einwohner und -struktur, Fläche, Einwohnerdichte, Einsätze, oder Zeitgrößen bezogen werden⁹⁸. Die Entwicklung derartiger Kenngrößensysteme ist sehr aufwendig, allerdings kann nicht darauf verzichtet werden, da sonst vor allem leicht quantifizierbare, z. T. unvollständige Kostenkriterien in Verbindung mit Einsatz- oder Einwohnerzahlen als Merkmale für die Effizienz des Rettungsdienstes herangezogen werden. "Die Höhe der Kosten sagt allein, auch unter Berücksichtigung der Einwohnerdichte, noch nichts über die Effizienz des Rettungsdienstes

98 Borjans, R.; Effizienz ..., a.a.O., Tab., 32 (S. 165).

aus, wenn nicht auch die Versorgungsqualität in die Betrachtung mit einbezogen wird."⁹⁹

8.3 Gesamtwirtschaftliche Beurteilung des Rettungsdienstes

Innerhalb des Phasenmodells sind die bisher diskutierte Beurteilungsansätze auf verschiedene Aspekte der Phasen 2 und 3 begrenzt geblieben. Durch die Einbeziehung von Wirksamkeitsgesichtspunkten (Phase 4), oder von politischen Entscheidungsprozessen (Phase 1)¹⁰⁰ wird das Feld der betriebswirtschaftlichen Analysen verlassen, betriebsexterne Faktoren treten in den Mittelpunkt des Interesses. Das bedeutet nicht, daß die nach betriebswirtschaftlichen Verfahren ermittelten Ergebnisse überflüssig seien, bei einer gesamtwirtschaftlichen Analyse werden die entsprechenden Mengengerüste, teilweise auch die Bewertungsansätze einbezogen. Betriebsexterne, soziale Faktoren treten bei einer Beurteilung des Rettungsdienstes sowohl auf der Kosten- wie auch auf der Nutzenseite auf.

Auf der Kostenseite sind in erster Linie Inputfaktoren, die vom Leistungsträger nicht oder nicht vollständig finanziert werden und (kalkulatorisch) zu bewerten. Darüberhinaus sind offensichtlich verzerrte Aufwandspositionen (Leistung ehrenamtlicher Mitarbeiter) zu korrigieren. Zu ergänzen ist die Kostenseite durch eine Bewertung externer Wirkungen, wie Lärmbelästigungen, Verkehrsstörungen und einsatzbedingte Unfallrisiken. Die zu erfassenden Nutzen betreffen die aus der Systembereithaltung und der Inanspruchnahme resultierenden Komponenten. Weder die Optionsnutzen, noch die Nutzen der Inanspruchnahme lassen sich durch einfache Indikatoren messen. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß beispielsweise der Optionsnutzen nicht problemlos über das Ergebnis von entsprechenden Befragungen abgeschätzt werden kann, zudem sind gegenläufige Effekte, wie nachlassende Bereitschaft zur Hilfeleistung, ebenfalls zu berücksichtigen. Auch die direkten Wirkungen der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes (Output 4) können nicht als alleinige Grundlage für die Nutzenabschätzung herangezogen werden, die intermediären Leistungen des Rettungsdienstes bedürfen der Bestätigung durch die Messung des (finalen) Krankenhausoutputs. Auch hier können,

99 Ebd., S. 161.

100 Diese Phase bleibt in entsprechenden Analysen häufig unberücksichtigt. Vgl. hierzu: Gantner, W.; Meßprobleme ..., a.a.O., S. 278, insbes. Fn. 60.

wie gezeigt wurde, gegenläufige Effekte auftreten. Im übrigen stellt sich die Frage der Kausalität - kann das Ergebnis des Behandlungsprozesses in der Klinik in vollem Umfang den Leistungsinputs oder -prozessen des Rettungsdienstes zugerechnet werden?

Angesichts dieser grundsätzlichen Problematik kann es nicht verwundern, daß es bisher noch nicht gelungen ist, einen umfassenden Ansatz zur gesamtwirtschaftlichen Bewertung des Rettungsdienstes zu entwickeln. Neben den oben beschriebenen methodischen Schwierigkeiten einer Beurteilung ergeben sich zusätzlich Probleme aus der Notwendigkeit einer exakten Systemabgrenzung, sowie aus der Erfassung und Bewertung vor allem von Nutzen- aber auch von Kostengrößen¹⁰¹.

Ungeachtet dieser ungelösten Fragen liegen inzwischen verschiedene Kosten-Nutzen-Analysen zum Rettungsdienst vor. Übereinstimmendes Ergebnis dieser Untersuchungen¹⁰² ist ein eindeutig positiver Nutzen-Kosten-Quotient, der zwischen 1,5 und 10 liegt¹⁰³. Diese Ergebnisse haben offenbar den Zwang zur Konzeption eines vollständigen, damit aber auch aufwendigen Beurteilungsverfahrens nicht entstehen lassen¹⁰⁴. Gegenstand der abschließenden Ausführungen sind deshalb Anregungen, wie die existierenden Beurteilungsverfahren modifiziert werden können. Es ist nicht vorgesehen, ein vollständiges Bewertungsverfahren zu entwickeln, vielmehr werden Bereiche diskutiert, die sich für eine Weiterentwicklung der bestehenden Konzepte anbieten.

8.4 Vorschläge zur Ergänzung von Bewertungsverfahren

8.4.1 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes

Als eine Voraussetzung für die Beurteilung eines Systems war die trennscharfe Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes und die Darstellung seiner inneren und äußeren Verflechtungen genannt worden. Ein Blick auf die vorliegenden Beurteilungsan-

101 Bouillon, B., et al.; Ansätze ..., a.a.O., S. 124.

102 Ebd., Übersicht 3 (S. 126).

103 Ein deutlich schlechterer Nutzen-Kosten-Quotient wurde für das Notfallmeldesystem Autonotfunk ermittelt. Dieses Ergebnis ist im diskutierten Zusammenhang jedoch ohne Belang, da Autonotfunk zwar ein Element des Rettungswesens (Meldesysteme) ist, nicht jedoch des hier interessierenden Rettungsdienstes.

104 Bouillon, B., et al.; Ansatzpunkte ..., a.a.O., S. 125.

sätze zeigt, daß diesem Arbeitsschritt bei künftigen Untersuchungen besondere Aufmerksamkeit zu widmen sein wird.

Im Rahmen einer Nutzen-Kosten-Analyse für den Rettungsdienst der Region Unterfranken¹⁰⁵ wurden die Gesamtkosten der Rettungsdienstorganisation den erfaß- und bewertbaren Nutzen gegenübergestellt. Eine nähere Betrachtung der berücksichtigeten Nutzelemente zeigt jedoch, daß ausschließlich Konsequenzen von Notfallrettungseinsätze berücksichtigt worden sind¹⁰⁶. Keine der beschriebenen Nutzenkomponenten kann direkte mit den durchgeführten Krankentransporten in Verbindung gebracht werden. Da zudem, wie bereits festgestellt worden ist, die Bereiche Notfallrettung und Krankentransport nicht als funktional verbundene Leistungsbereiche zu kennzeichnen sind, besteht kein zwingender Grund, beide Bereiche im Rahmen einer Beurteilung zusammenzufassen. Dies gilt vor allem dann, wenn der Gegenstand der Beurteilung, wie im Falle Unterfranken, die Notfallrettung ist.

Die Probleme, die mit einer Abgrenzung von Notfallrettung und Krankentransport verbunden sind, wurden bereits angesprochen, beispielsweise im Zusammenhang mit der Konzeption einer Kostenrechnung für den Rettungsdienst. Vor allem bezüglich der Rettungsleitstellen und Hintergrunddienste entstehen Kostenabgrenzungsprobleme, bei verschiedenen Dispositionsstrategien trifft dies auch auf die Kosten des Einsatzpersonals zu. Die Trennung der Kosten der beiden Leistungsbereiche kann vor allem durch den Aufbau einer zielgerichteten Kostenrechnung vereinfacht werden.

Die Konsequenzen aus der Umsetzung dieser Vorgehensweise sind erheblich. Unter der Annahme, daß alle übrigen Faktoren konstant bleiben, zeigt sich gegenüber der ursprünglichen Berechnung eine erheblich verbesserte Nutzen-Kosten-Relation. Durch eine einfache Überschlagsrechnung kann das mögliche Ausmaß der Veränderungen abgeschätzt werden. Unter der Voraussetzung, daß die Durchschnittskosten eines Krankentransportes im Analysezeitraum 1978/1980 ca. 100.-- DM betragen haben, ergibt sich

105 Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V.; Bayerisches Staatsministerium des Innern (Hrsg.): Modellversuch Notfallrettung Unterfranken, Bd. I, Bonn 1980; Bd. II, Bonn 1985; hier: Bd. II, S. 34 ff.

106 Vgl. hierzu die Wirksamkeitsabschätzung in: Ebd., Bd. II, S. 38 ff.

bei ca. 60.000 Krankentransporteinsätzen¹⁰⁷ ein Kostenvolumen von ca. 6 Mio. DM. Die Nutzen-Kosten-Relation für die Notfallrettung beträgt nach diesem Rechenbeispiel nicht mehr 5,3, sondern 8,9¹⁰⁸.

Ein anderer Problembereich der Abgrenzung zeigt sich bei Analysen zu Teilsystemen des Rettungsdienstes. Zwar scheint eine Abgrenzung beispielsweise des Luftrettungssystems prima facie einfach, für eine Beurteilung ist es jedoch erforderlich, auch die Systemverflechtungen zu erfassen und zu gewichten. In Analysen des Luftrettungssystems¹⁰⁹ werden die Systemzusammenhänge häufig nicht ausreichend berücksichtigt und beispielsweise die Kostenerfassung auf die spezifischen Kosten der RTH-Stationen beschränkt. Dabei wird in der Fachliteratur stets darauf hingewiesen, daß das Luftrettungssystem als Ergänzung des Rettungsdienstes anzusehen sei. Aus dieser Ergänzungsfunktion ergeben sich verschiedene, durchaus kostenwirksame Verbindungen:

- die Einsatzkoordination für Rettungshubschrauber erfolgt über die Leitstellen des Rettungsdienstes;
- RTH-Einsätze werden überwiegend gemeinsam mit dem bodengebundenen Rettungsdienst durchgeführt, d.h. der RTH wird zu einem Einsatz des Rettungsdienstes nachalarmiert, oder parallel zum RTH-Einsatz werden bodengebundene Rettungsmittel alarmiert. Mit welchem Einsatzmittel der Patient befördert wird, entscheidet sich erst am Notfallort.

Um die gestellte Aufgaben sachgerecht erfüllen zu können, ist das Rettungssystem so zu organisieren, daß eine ständige Einsatzbereitschaft sichergestellt ist (Bediensicherheit)¹¹⁰. Ein Teilsystem, das nur zeitweise im Einsatz ist, kann die Aufgaben auch nur begrenzt durchführen, andere Teilsysteme müssen die Bediensicherung übernehmen. Da Rettungshubschrauber für Not-

107 Ebd., Bd. I, Tafel 23 (S. 33).

108 Die wesentlichen Elemente der Nutzen-Kosten-Analyse sind zusammengefaßt in: Ebd., Bd. II, S. 42 f.

109 Klein, H.B.; Makroökonomisch effiziente Rettungssysteme ..., a.a.O., S. 271 f.; Baum, H.; Kosten-Nutzen-Relation ..., a.a.O., S. 236 f.

110 Leitvorstellungen für den Rettungsdienst werden abgeleitet in: Notfallrettung Unterfranken, a.a.O., Bd. II, S. 4. Vgl. auch: Riediger, G.: Was leistet eine schnelle und qualifizierte Notfallhilfe? in: Notfallmedizin 9 (1983), S. 198 - 220, hier: S. 198.

fälle mit Außenlandung nur tagsüber einsatztauglich sind¹¹¹, müssen in den übrigen Zeiten bodengebundene Notarztsysteme ergänzend vorgehalten werden. Auch dieser Effekt muß im Rahmen einer gesamtwirtschaftlichen Beurteilung des Luftrettungssystems deutlich werden.

Vergleichbare Abgrenzungs- und Verflechtungsprobleme sind, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung, bei einer Beurteilung von Notarztsystemen¹¹² zu berücksichtigen. Zudem treten die bereits erläuterten Erfassungs- und Bewertungsprobleme in Bezug auf die Kosten der Notärzte (Bereitschaft in Praxis oder Klinik, Pauschalentgelte, Ausübung des Liquidationsrechtes etc.) auf.

8.4.2 Wirksamkeitsindikatoren

Ein wesentlicher Mangel der Beurteilungsansätze des Rettungsdienstes ist der Mangel an zuverlässigen Wirksamkeitsindikatoren. Aus der Aufgabenstellung heraus können zwar eine Vielzahl von Wirksamkeitsfeldern abgeleitet werden¹¹³, im Endeffekt stützen sich die vorliegenden Untersuchungen dann ausschließlich¹¹⁴ oder doch zum größten Teil¹¹⁵ auf das Kriterium "Rettung von Menschenleben". Dieser Wirkungsbereich ist mit Sicherheit ein wesentliches Element bei der Beurteilung eines Notfallrettungssystems, allerdings ist festzuhalten, daß die berechneten Werte auf z.T. nicht nachvollziehbaren Schätzwerten beruhen, die für jeweils spezielle Patientenkollektive ermittelt worden sind und deren Ergebnisse angesichts der vielfältigen Einflüsse des Umfeldes kaum übertragbar sind.

111 Vgl. u.a.: Puhán, Th.: Einsatzbedingungen der Luftrettung, in: BAST (Hrsg.); Luftrettung ..., a.a.O., S. 43 - 55, hier: 46 f.

112 Klein, H.B.; Makroökonomisch effiziente Rettungssysteme ..., a.a.O., S. 273 f.; Bergmann, H., Blauhut, B.: Kosten und Wirtschaftlichkeit des RK Notarztwagens Linz, in: Öst. Ärztezg. 41/10(1986), S. 36 - 43.

113 Vgl. z.B.: Riediger, G.; Was leistet ..., a.a.O., S. 208 ff.

114 Klein, H.B.; Markoökonomisch effiziente ..., a.a.O., S. 270 ff.; Baum, H.; Kosten-Nutzen-Relation ..., a.a.O., S. 236, Bergmann, H., Blauhut, B.; Kosten und Wirtschaftlichkeit, a.a.O., S. 43.

115 Notfallrettung Unterfranken, a.a.O., Bd. II, S. 42 f.

Aus diesen Gründen ist anzustreben, das Problem von Überlebensfunktionen auf zwei unterschiedlichen Ebenen weiterzuverfolgen:

- Durch vergleichende medizinische Studien, die sowohl qualitative Gesichtspunkte (Notarzt-, Notfalleinsatz, Maßnahmen), als auch Zeitaspekte berücksichtigen, sind für eine genügend große Fallzahl die Behandlungserfolge unterschiedlicher Rettungssysteme zu ermitteln.
- Durch Expertengespräche ist zu prüfen, ob und inwieweit qualifizierte Mediziner (Notärzte, Krankenhausärzte) in der Lage sind, den Einfluß unterschiedlicher medizinischer Interventionen im präklinischen Bereich für definierte Notfälle abzuschätzen¹¹⁶.

Beide Untersuchungsebenen sind aufeinander abzustimmen, wobei im Endeffekt anzustreben ist, die Beurteilung der Experten durch medizinische Studien zu überprüfen.

Die Wirksamkeit eines Rettungssystems resultiert jedoch nicht nur aus der Anzahl geretteter Menschenleben, jeder Einsatz, auch ein Krankentransport, hat seine eigene Wirksamkeit. Die Unmöglichkeit, dieses weite Wirkungsfeld auch nur annähernd zu erfassen, ergibt sich aus der Tatsache, daß den intermediären Leistungen bei mehrstufigen Leistungserstellungsprozessen der finale Erfolg nicht zugeordnet werden kann. Da Ansätze für eine direkte Erfassung der Wirksamkeit nicht existieren, sind die Möglichkeiten, über indirekte Kenngrößen die Angemessenheit der Leistung abzuschätzen, verstärkt zu nutzen. Initiativen in diese Richtung sind:

- Einführung von Scoring-Systemen, die einfach zu erfassen sind, prognostische Aussagen zulassen und geeignet sind, Veränderungen im Zustand des Patienten (z.B. als Folge der Durchführung von Maßnahmen) anzuzeigen¹¹⁷;
- Definition von zuverlässigen Kriterien zur Messung von Erfolgsquoten, beispielsweise im Bereich der Reanimationen¹¹⁸;

116 Ein entsprechendes Untersuchungskonzept wurde entwickelt und getestet von: Myrick, J.A.; An Evaluation ..., a.a.O., S. 79 ff.

117 Vgl. u.a.: Champion, H.R., et al.: Trunum score, in: Critical Care Medicine, Vol. 9, No. 9 (1981), S. 672 - 676.

118 Einen Überblick über die hier bestehenden Probleme geben: Eberle, B., Kynast, M., Dick, W.: Reanimation in der Prähospitalphase, in: Notfallmedizin 12 (1986), S. 928 - 944, hier: S. 930.

- Entwicklung und Erprobung von einfachen Dokumentationsverfahren zur Erfassung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen auch bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung.

Die Leistungserstellung und der Erfolg des Rettungsdienstes als einer personenbezogenen Dienstleistung wird durch die Einbeziehung und teilweise auch Mitwirkung der Patienten geprägt. Es ist deshalb anzustreben, durch eine Befragung der Betroffenen Auskunft über deren Einschätzung der erfahrenen Leistung zu erfragen. Die so gewonnenen Ergebnisse geben Hinweise auf die (subjektive) Wirksamkeit der Dienstleistung, darüberhinaus werden Ansätze aufgezeigt, wo und in welcher Form der Leistungserstellungsprozess verbessert werden kann.

In Ergänzung zu den Vorschlägen der Inanspruchnahme sind auch Vorstellungen darüber zu entwickeln, welche Wirkungen von der Bereithaltung des Systems ausgehen. Für eine direkte Ermittlung der Zahlungsbereitschaft für die Realisation des Optionsnutzens z.B. durch die Einführung spezieller Versicherungen bietet der bestehende rechtliche Rahmen keine Grundlagen. Eine indirekte Abschätzung des Optionsnutzens kann, zumindest als Annäherung, durch eine Repräsentativbefragung zur Einstellung der Bevölkerung zum Rettungsdienst ermittelt werden. Derartige Befragungen sind, darauf muß hingewiesen werden, von situativen Eindrücken bestimmt und mit großen Unsicherheiten behaftet, trotzdem geben sie zumindest ein Meinungsbild und zeigen möglicherweise Wege zur Veränderung bzw. Verbesserung der Akzeptanz des Systems.

XI. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, am Beispiel des Rettungsdienstes die Sicherstellung einer öffentlichen Aufgabe darzustellen. Besonderes Gewicht wurde auf die Erfassung und Strukturierung derjenigen Tatbestände gelegt, die sich aus der Qualifikation als öffentliche bzw. staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge und aus produktionspezifischen Besonderheiten von Dienstleistungsbetrieben für die Planung, Durchführung und Finanzierung ergeben.

Es wurde deutlich, daß der Rettungsdienst als zentrales Element des Rettungswesens nach den landesrechtlichen Regelungen überwiegend als eine staatliche Aufgabe qualifiziert ist, welche den Kommunen zur Sicherstellung übertragen worden ist. Lediglich in Baden-Württemberg und in Hessen ist eine Zuordnung zum Bereich staatlicher Aufgaben nicht zu erkennen, der Rettungsdienst ist hier als eine öffentliche Aufgabe anzusehen, die nach staatlichen Rahmenbedingungen zu erfüllen ist. Dem Bereich der Daseinsvorsorge kann der Rettungsdienst nur dort zugeordnet werden, wo er als eine staatliche Aufgabe sichergestellt wird. Durch die Zuordnung zum öffentlichen bzw. staatlichen Bereich werden Verantwortlichkeiten verteilt und Kompetenzen übertragen, Konsequenzen für die institutionelle Durchführung, vor allem aber für die Struktur der Finanzierung der Aufgabe können aus dieser Zuordnung nicht abgeleitet werden.

Im ökonomischen System der öffentlichen Güter erweist sich der Rettungsdienst als ein Beispiel für Mischgüter. Angesichts der Nutzenstiftung durch die Systembereithaltung (öffentlicher Nutzen) einerseits und Inanspruchnahme der Leistung (privater Nutzen) andererseits erfolgt eine Zuordnung zu der Gruppe der Optionsgüter. Da von der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes niemand ausgeschlossen werden darf, obwohl dies technisch möglich wäre, ist zudem von einem meritorisierten Gut zu sprechen. Aus den unterschiedlichen Wirkungsrichtungen als privates, meritorisiertes Gut einerseits und als öffentliches Gut andererseits ergeben sich für eine Nutzenerfassung, -zuordnung und -bewertung erhebliche Schwierigkeiten. Durch die Sicherstellung der Aufgabenerfüllung auf der Grundlage von Rahmenbedingungen, die von Entscheidungsträgern gesetzt werden, wird der Um-

fang Kapazitätsvorhaltung und damit auch das Kostenvolumen aus der Sicht der Leistungsträger weitgehend extern vorgegeben, eine Tatsache, die u.a. Konsequenzen für die Wirtschaftlichkeit der Aufgabenerfüllung (Formalziel) und die Finanzierung hat.

In einer Systematik der betrieblichen Leistungserstellung ist der Rettungsdienst als eine personenbezogene Dienstleistung einzustufen. Dieser Zuordnung folgt, daß die Planung der Produktion, des Absatzes von Betriebsleistungen und der Leistungserstellung nach anderen Kriterien zu erfolgen hat, als bei Sachleistungsbetrieben. So ist es erforderlich, daß der Absatzzeitpunkt vor der Produktion liegt, die Leistungserstellung wird durch die Anforderungen eines externen Leistungsobjektes (Patient) geprägt. Während in der betriebswirtschaftlichen Produktions- und Kostentheorie überwiegend davon ausgegangen wird, daß die Produktionsprozesse weitgehend geplant und die Kosten vom Betrieb kontrolliert werden können, werden diese Elemente vor allem bei personenbezogenen Dienstleistungen weitgehend durch das Leistungsobjekt determiniert.

Die Leistungen, die bei einem Rettungsdiensteinsatz zu erbringen sind, stellen sich als eine Kombination von medizinischen und Verkehrsleistungskomponenten dar, evtl. ergänzt durch die dispositive Leistung der Leitstelle. Je nach Einsatzart und konkretem Zustand des Patienten sind die einzelnen Leistungselemente in unterschiedlicher Gewichtung gefordert - bei Notfällen tritt die medizinische Leistung in den Vordergrund, Krankentransporte erfüllen in erster Linie eine Beförderungsfunktion, verbunden mit vorwiegend pflegerischen Maßnahmen.

Angesichts der unterschiedlichen Leistungsschwerpunkte stellt sich die Frage, ob Notfallrettung und Krankentransport überhaupt als eine gemeinsam zu erfüllende Aufgabe anzusehen sind. Eine Analyse der Leistungserstellung und des organisatorischen Rahmens zeigt, daß ein funktionaler Zusammenhang zwischen beiden Leistungsbereichen nicht besteht, eine Zusammenfassung beider Aufgaben ist nach dieser Sichtweise nicht zwingend erforderlich. Andererseits bietet eine organisatorisch abgestimmte Aufgabenerfüllung medizinische und wirtschaftliche Vorteile, vor allem wirtschaftliche Vorteile können unter bestimmten Voraussetzungen

(Dispositionsstrategien, ländlicher Raum mit geringer Nachfragefrequenz) einen erheblichen Umfang annehmen. Ob das Argument wirtschaftlicher Vorteile allerdings so stark wiegt, daß Krankentransporte, obwohl von der Intensität des öffentlichen Interesses her nicht begründbar, ebenfalls als staatliche Aufgaben eingestuft werden können, muß bezweifelt werden.

Das "Markt"-System des Rettungsdienstes wird auf der Nachfragerseite durch unterschiedliche Bedarfsträgergruppen geprägt. Der individuelle, subjektiv empfundene Bedarf der Patienten muß, wie nahezu in jedem Bereich der Gesundheitsleistungen, von Experten (Ärzten, Rettungsdienstpersonal) zum objektiven Bedarf und damit zur Nachfrage konkretisiert werden. Zur Befriedigung von Beförderungsbedarf stehen verschiedene private und öffentliche Verkehrsmittel zur Verfügung. Der Rettungsdienst ist dabei nur eines von mehreren Systemen, allerdings ist seine Aufgabenstellung auf bestimmte Beförderungsfälle und Notsituationen begrenzt. Neben der Nachfrage der direkten Bedarfsträger lassen sich Gruppen von indirekten Bedarfsträgern identifizieren. Dies ist zum einen der Staat, der durch die Definition der Aufgabe und die Setzung spezieller Rahmenbedingungen für die Systemvorhaltung und Leistungserstellung seinen Bedarf durch rechtsverbindliche Regelungen artikuliert. Auch die Krankenkassen sind als Interessenvertreter ihrer Mitglieder an einem funktionsfähigen Rettungssystem interessiert, durch ihre Einbindung in die Planung der Aufbau- und Ablauforganisation gewinnen sie zunehmend Einfluß auf die Weiterentwicklung des Rettungsdienstes.

Der Umfang der Leistungsbereitschaft wird in hohem Maße durch die Vorgaben der Entscheidungsträger determiniert, demgegenüber wird der Umfang und Struktur der Inanspruchnahme durch epidemiologische Faktoren (Alter, Geschlecht), spezielle Risikofaktoren im Versorgungsgebiet, die Verschreibungspraxis der Ärzte und durch die Aufnahme- und Entlassungspraxis der Krankenhäuser geprägt. Der Preis für die Leistung ist nur im Krankentransportbereich als Nachfragedeterminante anzusehen, bei Notfalleinsätzen reagiert die Nachfrage - verständlicherweise - nicht auf Preisvariationen.

Für die Analyse des Rettungsdienstes ist als wesentlicher Mangel die geringe Verbreitung von zielbezogenen, vollständigen Kostenrechnungen zu nennen. Die vorliegenden Rechenwerke sind in erster Linie auf die Ermittlung von Benutzungsentgelten ausgerichtet, Kostengrößen, die nicht tarifrelevant sind, werden nicht erfaßt oder aus der Rechnung ausgegrenzt. Durch die Konzeption und Umsetzung einer vollständigen Kosten- und Leistungsrechnung können Grundlagen nicht nur für die Tarifbildung, sondern auch für unternehmerische Entscheidungen und zur internen und externen Kontrolle geschaffen werden. Im Rahmen der Kostenträgerrechnung ist zwischen Bereitschafts- und Einsatzkosten zu differenzieren.

Ein spezielles Problem der Kostenrechnung des Rettungsdienstes ist der hohe Anteil an kalkulatorischen Kosten, vor allem im Personalbereich. Sinn einer Bewertung der Arbeitsleistung von ehrenamtlichen Mitarbeitern und Zivildienstleistenden ist nicht, daß die entsprechenden Beträge monetarisiert und von einem Finanzierungsträger, z.B. den Krankenkassen, abgefordert werden. Durch die Einbeziehung der entsprechenden Werte werden vielmehr die Kosten unterschiedlicher Leistungsträger und -einheiten vergleichbar gemacht, außerdem werden Voraussetzungen dafür geschaffen, daß der Nachweis des Ausgabendämpfungseffektes durch den Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern der Leistungsträgern und Zivildienstleistende geführt werden kann.

Die landesrechtlichen Regelungen lassen in ihren Ausführungen zur Finanzierung des Rettungsdienstes deutliche Unterschiede erkennen. Das Spektrum des Engagements der Bundesländer und Kommunen reicht von weitgehender finanzieller Abstinenz bis hin zur Übernahme erheblicher Finanzierungsbeiträge. Auch bezüglich der internen Finanzierung sind die Differenzen erheblich, u.a. ist dies eine Folge der unterschiedlichen Strukturen der Leistungsträger. Als Konsequenz der unterschiedlichen Quoten in der externen und internen Finanzierung ist auch die Quote der Tariffinanzierung uneinheitlich.

Ausgehend von verschiedenen Finanzierungselementen und Angaben zu Faktoreinsätzen wurde eine Hochrechnung für das Finanzierungsvolumen des Rettungsdienstes im Jahre 1986 vorgenommen. Die Kosten des Luftrettungssystems betragen

ca. 58 Mio. DM, der bodengebundene Rettungsdienst verursachte Kosten in Höhe von 1,284 Mrd. DM. Die Quoten der Finanzierungsträger lagen bei 70 % (Tariffinanzierung), 24,4 % (externe Finanzierung) und 5,6 % interne Finanzierung. In geringerem Umfang, allerdings kaum abschätzbar, sind auch Dritte an der Finanzierung des Rettungsdienstes beteiligt.

Als Konsequenz der jeweiligen Finanzierungsregelungen weichen die Finanzierungsstrukturen in den einzelnen Bundesländern deutlich von den Durchschnittswerten ab. Es lassen sich Tendenzen erkennen, die eine "Finanzierung aus einem Topf" anstreben, in einigen Bundesländern wird ein duales Finanzierungssystem praktiziert, andere Länder verteilen die Finanzierungslasten auf mehrere Schultern.

Ein Vergleich des Finanzierungsumfangs und der -strukturen der Jahre 1978 und 1986 zeigt deutliche Veränderungen. Das Kostenvolumen ist als Folge der Weiterentwicklung und des Ausbaus des Rettungssystems um über 50 % angestiegen. Da sowohl die Träger der externen, wie auch der internen Finanzierung ihr Engagement z.T. erheblich reduziert haben, wurden auf die Träger der Tariffinanzierung über die allgemeine Kostensteigerung hinaus weitere 20 % der Kosten überwältzt.

Angesichts der Vielzahl und der Heterogenität intervenierender Faktoren entstehen bei der Konzeption eines Beurteilungsverfahrens für den Rettungsdienst kaum lösbare Probleme. Auf der Grundlage eines erweiterten Phasenmodells wird gezeigt, daß eine Beurteilung auf der Grundlage einfacher Input-Output-Relationen zu kurz greift. Bei Berücksichtigung der Besonderheiten der Leistungserstellung (Optionsnachfrage, Meritorisierung, Inanspruchnahme, Einfluß des Leistungsobjektes, intermediärer Leistungsbereich) ist die Abgrenzung verschiedener, miteinander verwobener Input-Output-Beziehungen erforderlich, die, je nach Zielsetzung isoliert oder in Kombination, Gegenstand der Beurteilung sein können. Personenbezogene Dienstleistungen sind zudem stark prozessorientiert, sodaß für verschiedene Fragestellungen nur durch eine Analyse des Leistungserstellungsprozesses beantwortet werden können. Hierzu reichen jedoch die im Rettungsdienst praktizierten Dokumentationsformen nicht aus.

In Fortführung der gewonnenen Erkenntnisse werden auf den folgenden Gebieten Initiativen zur Weiterentwicklung des Rettungssystems angeregt:

- Einführung von aussagefähigen Kostenrechnungssystemen auf der Grundlage einer vergleichbaren Rechnungsstruktur und Terminologie.
- Abstimmung der Modalitäten zur Erfassung und kalkulatorischen Bewertung der Arbeitsleistung von ehrenamtlichen Mitarbeitern der Leistungsträger und von Zivildienstleistenden.
- Konzeption eines einfachen Systems zur Dokumentation der medizinischen Leistungen des Rettungsdienstes auch bei solchen Einsätzen, die nicht von Ärzten begleitet werden. Ziel ist es, die über die reine Beförderung hinausgehenden medizinischen und pflegerischen Leistungen im Rettungsdienstesinsatz besser darstellen zu können.
- Überprüfung der Finanzierungsstrukturen mit dem Ziel, die Quoten vor allem der Träger der externen Finanzierung über mehr oder weniger symbolische Beiträge hinaus anzuheben und zu stabilisieren.
- Berechnung und Systematisierung von Tarifen und Gebühren in der Form, daß der Bezug zur jeweiligen Leistung erkennbar bleibt. Aus den Tarifen sollte auch deutlich werden, daß ein Teil der geforderten Beträge nicht für die Inanspruchnahme, sondern für die Bereithaltung des Systems erhoben wird.
- Erweiterung der Beurteilungsgrundlagen durch die Ermittlung von Wirksamkeitsindikatoren für die Einsatzleistung durch gezielte Datenerhebungen, Einbeziehung der Einschätzung von Experten und der Betroffenen. Darüberhinaus sind durch entsprechend konzipierte Repräsentativbefragungen Vorstellungen über die Dimension der Optionsnachfrage zu entwickeln.

LITERATUR

- Aberle, G.: Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik; Schaeffers Grundriß des Rechts und der Wirtschaft, Abt. III, Bd. 65, Berlin, Köln, Mainz 1980.
- Abshoff, J.: Überlegungen für eine Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems, in: das Krankenhaus, 9/1982, S. 366 - 674.
- ADAC Luftrettung GmbH.(Hrsg.): RTH-Intern, Ausgabe 1/87.
- ADAC-Luftrettung GmbH (Hrsg.): Rettungshubschrauber-Informationen, Nr. 1, München 1986.
- Ahnefeld, F.W., et al.: Der Notarzt im Rettungsdienst, Teil 1 und 2, in: Notfallmedizin, 8(1982), S. 931 - 944 und 1062 - 1071.
- Ahnefeld, F.W., et al.: Notarzt-Einsatz-Fahrzeug, in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 3, E 1.2.
- Aldrich, C.A., Hisserich, J.C., Lave, L.B.: An Analysis of the Demand for Emergency Ambulance Service in an Urban Area, in: Am.J.Public Health, Vol. 61, No.6 (June 1971), S. 1156 - 1169.
- Andel, N.: Nutzen-Kosten-Analysen, in: Handbuch der Finanzwissenschaft, Bd. 1, a.a.O., S. 475 - 518.
- Andel, N.: Zum Konzept der meritorischen Güter, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 3, 1984, S. 630 - 648.
- Arnold, J.: Das baden-württembergische Gesetz über den Rettungsdienst; Sonderdruck aus: Baden-Württembergische Verwaltungspraxis, Heft 10 und 11, 1975.
- Arnold, J.: Rechtsfragen des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 1, Nr. B 4.1.3.
- Badura, P.: Daseinsvorsorge als Verwaltungszweck der Leistungsverwaltung, in: Die Öffentliche Verwaltung, September 1966, Heft 17 - 18, S. 624 - 633.
- Bailey, E. E.; White, L.J: Reversals in Peak and Off-Peak Prices, in: The Bell Journal of Economics and Management Science, Vol. 5, Nr. 1, Spring 1974, S. 75 - 92.
- BAST (Hrsg.): Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, Bergisch Gladbach 1986.
- BAST (Hrsg.): Verkehrssicherheit international, ausgewählte Beiträge zum Presseseminar des Bundesministers für Verkehr, Bergisch-Gladbach 1988.
- Bauer, K. M.: Vorratsakquisition von Transportaufträgen, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, 52. Jg.(1981), S. 106 - 116.
- Baum, H.: Grundsätze für eine wirtschaftspolitische Neuorientierung, in: Wirtschaftsdienst, Heft 10, Oktober 1980, S. 486 - 492.
- Baum, H.: Kosten-Nutzen-Relation in der Luftrettung, in: DRK (Hrsg.) 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 229 - 242.
- Baum, H.: Staatlich-administrierte Preise als Mittel der Wirtschaftspolitik; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 46, Baden-Baden 1980.
- Berekoven, L.: Der Dienstleistungsbetrieb, Wiesbaden 1974.
- Berekoven, L.: Der Dienstleistungsmarkt in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 1, Göttingen 1983.
- Bergmann, H., Blauhut, B.: Kosten und Wirtschaftlichkeit des RK Notarztwagens Linz, in: Öst. Ärzteztg. 41/10(1986), S. 36 - 43.
- Beske, F.: Systemforschung im Gesundheitswesen, in: Institut für Gesundheits-Systemforschung (Hrsg.): Ziele und Aufgaben des Instituts für Gesundheits-Systemforschung (GfS), Kiel 1978, S. 12 - 30.
- Beyeler, G., Kulahoglu, I.: Anregungen zur Organisation von Krankentransport und Rettungsdienst, in: der Landkreis, 12/1980, S. 753 - 756.
- Bierhoff, H.W.: Hilfreiches Verhalten, Uni-Taschenbücher 962, Darmstadt 1980.
- Biese, A.: Das Rettungswesen als Systembegriff, in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 1, A 1.1.
- Biese, A.: Das öffentliche Rettungswesen, in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 1, A 1.2.
- Biese, A.; Jocks, H.; Runde, H.: Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen - Kommentar mit ergänzenden Rechtsvorschriften, Köln 1979.
- Blankart, Ch. B.: Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen, in: Blankart, Ch. B.; Faber, M. (Hrsg.): Regulierung öffentlicher Unternehmen, Königstein/Ts. 1982, S. 171 - 180.
- Bonn, H.P.: Dokumentationsstudie Rettungsdienst und Krankentransport, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 12, Köln 1982.

- Bonn, H.P.: Effizienz von Unfallrettungsmodellen; Forschungsberichte der BASt, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 1, Köln 1976.
- Borjans, R.: Effizienz der Rettungsorganisation, Forschungsberichte der BASt, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 19, Bergisch Gladbach 1986.
- Bosserhoff, D., et al.: Beeinflussung von Lichtsignalanlagen durch Rettungsfahrzeuge im Einsatz, Forschungsberichte der BASt, Bereich Unfallforschung, Nr. 94, Bergisch Gladbach 1983.
- Bouillon, B., et al.: Ansatzpunkte für Forschungsarbeiten zum Rettungswesen, Projektgruppenberichte der BASt, Bereich Unfallforschung, Nr. 19, Bergisch Gladbach 1987.
- Brennan, G.; Lomasky, L.: Institutional Aspects of "Merit Goods" Analyses, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 41, 1983, S. 183 - 206.
- Brühning, E.: Beim Nachbarn gesehen: Neue Wege der Verkehrssicherheitspolitik in Frankreich, in: Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 31 (1985), S. 30 - 33.
- Buchberger, D.: Die Auswirkungen des Wetters auf die Häufigkeit der Rettungseinsätze der Berliner Feuerwehr, in: brandschutz/Deutsche Feuerwehrzeitung 4/1986, S. 127 - 132.
- Bull, H.P.: Die Staatsaufgaben nach dem Grundgesetz, 2. Aufl., Kronberg 1977.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.): Arbeitsschutz, Humanisierung des Arbeitslebens, Wirtschaftlichkeit, Schriftenreihe der BAU, Tagungsbericht Tb 41, Dortmund 1985.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Die Gesetzlichen Krankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1987, Bonn 1988.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Die Daten des Gesundheitswesens - Ausgaben 1985 - Schriftenreihe des BMJFFG, Bd. 154, Stuttgart 1985.
- Bundesverband des Deutschen Personenbeförderungsgewerbes (BDP) e.V.(Hrsg.): Dokumentation zur Krankenbeförderung, Frankfurt 1984.
- Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Beschluß vom 19.6.1985 über die "Genehmigung zur Beförderung von Notfallpatienten durch private Mietwagenunternehmer", in: Gerdemann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. 8417.
- Butler, J.R.G.: Factors Affecting the Demand for Ambulance Services, in: International Journal of Transport Economics, Vol. VIII, No. 2, Aug. 1981, S. 225 - 238.
- Bühlmann, R.: Die Fragen der "Besonderheiten des Verkehrs", Dissertation, Universität Bern, Bern 1969.
- Cicchetti, Ch.J.; Freeman III, A.M.: Option Demand and Consumer Surplus: Further Comment, in: Quarterly Journal of Economics, LXXXV, 1971, S. 528 - 539;
- Clausen, Th.: Zur Diskussion des "Verkehrsleistungs"-Begriffes, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, 50. Jg. (1979), S. 245 - 257.
- Coase, R.H.: The Problem of Social Cost, in: Journal of Law and Economics, Bd. 3 (1960), S. 1 - 44.
- Conrad, C.A.: Anforderungen an ein leistungsfähiges Rettungssystem, in: Erster Schleswig-Holsteinischer Rettungsdienstkongreß, Kongreßbericht, Kiel 1984, S. 68 - 71.
- Conrad, C.A.: Gerechte Bemessung der Kosten im Rettungsdienst durch eine duale Gebührenstruktur, in: der landkreis, 12/1985, S. 570 - 571.
- Crowley, J.A.: Use of Multi-Criteria Decision Analysis in Infrastructure Investment Appraisal, in: Australian Road Research 17(3), Sept. 1987, S. 169 - 174.
- Decker, F.: Dienstleistungsbetriebe, in: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft I/1, 4. Aufl. 1974, Sp. 1164 - 1175.
- Der Neue Brockhaus, 5. Aufl., Wiesbaden 1973, Bd. 1.
- Deutscher Bundestag - Drucksache 6/2846 v. Nov. 1971: Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Verkehr zur Verbesserung der Unfallrettung.
- Deutscher Bundestag - Drucksache 7/489 v. 27.4.1973: Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag über Maßnahmen zur Verbesserung des Rettungswesens.
- Deutscher Bundestag - Drucksache 7/3815 v. 24.6.1975 Unfallverhütungsbericht 1975, Übersicht Rettungswesen, Anhang 1.
- Deutscher Bundestag - Drucksache 10/5030 v. 14.2.1986: Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1985, Übersicht Rettungswesen, Anlage 1.
- Deutscher Bundestag - Drucksache 11/2364 v. 25.5.88: Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1987, Übersicht Rettungswesen, Anlage 1.

- Deutscher Städtetag (Hrsg.): Verkehrspolitisches Konzept der deutschen Städte; Reihe F: DST-Beiträge zur Wirtschafts- und Verkehrspolitik, Heft 5, Köln 1984 - Anhang: Fahrpreise im öPNV - Empfehlungen des Deutschen Städtetags und des Verbandes öffentlicher Verkehrsbetriebe (VöV) von 1976.
- Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V.; Bayerisches Staatsministerium des Innern (Hrsg.): Modellversuch Notfallrettung Unterfranken, Bd. I, Bonn 1980; Bd. II, Bonn 1985.
- Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): 4. Rettungskongress - Analysen, Berichte, Ergebnisse -, Schriftenreihe des DRK, Nr. 55, Bonn 1978.
- Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): 5. Rettungskongress - Analysen, Berichte, Ergebnisse -, Schriftenreihe des DRK, Nr. 59, Bonn 1983.
- Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): 6. Rettungskongress - Analysen, Berichte, Ergebnisse -, Schriftenreihe des DRK, Nr. 66, Bonn 1986.
- Diederich, H.: Aufträge, öffentliche; in: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft, Bd. I/1, 4. Aufl., Stuttgart 1974, Sp. 298 - 309.
- Diederich, H.: Verkehrsbetriebslehre, Wiesbaden 1977.
- Dilling, J., et al.: Autonotfunk - Nichttechnische Begleitforschung - Abschlußbericht; Projektgruppenberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Nr. 16, Berg.-Gladb. 1985.
- DRK Rheinland-Pfalz: "Ist der Rettungsdienst beim DRK wirklich teuer?", unveröffentlichtes Arbeitspapier v. 20.10.1980, Anlage.
- DVR (Hrsg.): Partner-Report, 15. Jg., Nr. 3, Juni 1985.
- Eichhorn, P.(Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse für Regierung, Verwaltung und öffentliche Unternehmen; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 85, Baden-Baden 1985.
- Eichhorn, S., Plücker, W., Swertz, P.: Effektivitätsmessung und Qualitätsbeurteilung im Gesundheitswesen, in: Arzt und Krankenhaus 4/1982, S. 142 - 145
- Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre - Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Bd.I (2. Aufl., Stuttgart 1974), Bd.II (3. Aufl., Stuttgart 1976), Bd. III (1.Aufl., Stuttgart 1987).
- Eichhorn, S.: Qualitäts- und Effizienzbeurteilung in der Krankenhausversorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 42 v. 20.10.1977, S. 2529 - 2533.
- Engelhardt, H.W.; Schwab, W.: Die Beschaffung von investiven Dienstleistungen, in: Die Betriebswirtschaft 42 (1982) 4, S. 503 - 513.
- Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 8. Aufl., Bd. 81, Hamburg 1959, S. 115 f.
- Fischer, L.: Entscheidungskriterien für Verkehrsinvestitionen im Wandel der Zeit, in: Internationales Verkehrswesen 37 (1985), 6. Heft, S. 410 - 416.
- Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (Hrsg.): Richtlinien für die Anlage von Straßen, Teil: Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen (RAS-W), Köln 1986.
- Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (Hrsg.): RAS-W Kommentar, Köln 1987.
- Forsthoff, E.: Die Daseinsvorsorge und die Kommunen, Köln-Marienburg, 1958.
- Forsthoff, E.: Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 1. Bd.: Allgemeiner Teil, 8. Aufl., München, Berlin 1961, S. 322.
- Forsthoff, E.: Rechtsfragen der leistenden Verwaltung, (res publica - Beiträge zum öffentlichen Recht), Stuttgart 1959.
- Fourastié, J.: Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts, Köln-Deutz 1954.
- Frank, E.: Finanzierungsprobleme, in: DRK (Hrsg.); 4. Rettungskongress Wiesbaden 1978, a.a.O., S. 114 - 118.
- Gantner, M.: Meßprobleme öffentlicher Aktivitäten, Schriften zur monetären Ökonomie, Bd. 20, Baden Baden 1984.
- Garms-Homolová, V.: Analyse der Notfallrettung in Berlin, Teil 1: Die Notfallmeldung, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 21, Bergisch-Gladbach 1987.
- Garms-Homolová, V.; Hütter, U.: Die Evaluation des Notarztendienstes - Bedeutung, Voraussetzung und Probleme, in: Öff.Gesundh.Wes. 47(1985), S. 182 - 185.
- Gäfigen, G., Lampert, H.(Hrsg.): Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 3, Gerlingen 1982.

- Gerdelmann, W.; Korbmann, H.; Kutter, S.: Krankentransport und Rettungswesen, Ergänzbare Handbuch der Rechtsvorschriften, Gebührenregelungen, Rechtsprechung und organisatorischen Bestimmungen, 2 Bd., Grundwerk: Berlin 1978.
- Gerlach, W.: Versicherungsleistungen bei Krankentransporten, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), a.a.O., Bd. 1, Nr. B 6.1.
- Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG) (Entwurf), in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 3, Nr. D IV.2.5. (Stand: Juni 1987).
- Gorgaß, B.: Notarztwagen, in: Rettungsdienst-Journal, 3/1984, S. 15 - 19.
- Gottschalk, W.: Der Betriebsvergleich - Instrument der Entscheidungsvorbereitung und Betriebsführung, in: Der Städtetag 2/1985, S. 251 - 253.
- Graf-Baumann, T., Metreveli, S. (Hrsg.): Unfall- und Katastrophenforschung - aktuelle sozialwissenschaftl. u. med. Aspekte; (Notfallmedizin, Bd. 4), Erlangen 1980.
- Gretschmann, K.; Mackscheidt, K.: Bürgerpräferenzen und Staatshaushalt, in: Wirtschaftsdienst Heft 3, März 1984, S. 145 - 152.
- Grossekettler, H.: Options- und Grenzkostenpreise für Kollektivgüter unterschiedlicher Art und Ordnung, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 2 1985, S. 211 - 252.
- Gröttrup, H.: Daseinsvorsorge (DVS), in: Voigt, R. (Hrsg.): Handwörterbuch zur Kommunalpolitik, S. 94 - 97.
- Grüske, K.D., Heinzmann, W.: Ineffizienz im Gesundheitswesen: Ursachen und Reformmöglichkeiten, in: Wirtschaftsdienst, Heft 2, Februar 1987, S. 76 - 82.
- Hansmeyer, K.H.: Subventionen als wirtschaftspolitisches Instrument, in: Recktenwald, H.C.(Hrsg.): Finanzpolitik; Köln - Berlin 1969, S. 319 - 323.
- Hansmeyer, K.H.: Transferzahlungen an Unternehmen (Subventionen), in: Handbuch der Finanzwissenschaft, Bd. 1 (3.Aufl.), Tübingen 1977, S. 959 - 996.
- Hanusch, H.: Die Erfüllung von Staatsaufgaben im Föderalismus, in: Bohley, P.; Tolkemitt, G. (Hrsg.): Wirtschaftswissenschaft als Grundlage staatlichen Handelns (Heinz Haller zum 65. Geburtstag), Tübingen 1979, S. 259 - 381.
- Hanusch, H.: Theorie des öffentlichen Gutes, Göttingen 1972.
- Head, J.G.: On Merit Goods, in: Finanzarchiv, N.F., Heft 25, 1966, S. 1 - 29; überarbeitete Fassung: Über meritatorische Güter, in: Recktenwald, H.C.(Hrsg.): Finanztheorie, Köln, Berlin 1969, S. 46 - 74.
- Heimer, P.: Umgang mit Patienten, Angehörigen und Dritten, in: Leben retten, Nr. 1/1988, S. 22 - 28.
- Heinen, E.: Betriebswirtschaftliche Kostenlehre - Kostentheorie und Kostenentscheidungen, 5. Aufl., Wiesbaden 1978.
- Hellstern, G.M.; Wollmann, H.: Evaluierung auf kommunaler Ebene, in: dieselben (Hrsg.): Handbuch ..., a.a.O., S. 491 - 523
- Hellstern, G.M.; Wollmann, H.(Hrsg.): Handbuch zur Evaluierungsforschung, Bd.1, Opladen 1984.
- Herder-Dorneich, Ph.: Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen - Einführung in die Gesundheitsökonomik, Opladen 1976.
- Hessischen Sozialminister: "Vorläufige Richtlinien für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen der am Krankentransport- und Rettungsdienst Beteiligten", Schreiben v. 7. 10. 1986; in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 1, Hes 1912.
- Heuwing, M.: Krankenhausfinanzierung: Daten, Fakten und Meinungen, in: der arzt im krankenhaus, 3/1984, S. 129 - 136.
- Hoffmann, J.: Erweiterte Kosten-Nutzen-Analyse zur Bewertung und Auswahl öffentlicher Projekte, Göttingen 1981.
- Hoffmann, J.: Selbstbeteiligung in der GKV - Eine Analyse vom Standpunkt der ökonomischen Theorie der Politik, in: Sozialer Fortschritt, 36. Jg. 1987, Heft 4, S. 83 - 85.
- Holterman, S.E.: Externalities and Public Goods, in: Economica, Vol. XXXIX (1972), S. 78 - 87.
- Hommel, O.: Gesetzlicher Rahmen verbesserte Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz, in: der landkreis, 12/1985, S. 566 - 567.
- Hübner, H.: Kostenrechnung im Krankenhaus, 2. Aufl., Stuttgart, 1980.
- Illitschko, L.L.: Transport-Betriebswirtschaftslehre, Wien - New York 1966 (2. Auflage von "Transportwirtschaft im Grundriß", Wien 1957).

- Johann, H.: Theorie der Nachfrage nach öffentlichen Gütern, Europäische Hochschulschriften, Reihe V, Bd. 177; Frankfurt, Bern, Las Vegas 1977.
- Jost, H.: Kosten- und Leistungsrechnung, 4. Aufl., Wiesbaden 1985.
- Kalbe, P., Lobenhoffer, P., Neumann, C.: Probleme der Koordination und Effektivität beim Einsatz von RTH und NAW aus medizinischer Sicht, in: BAST (Hrsg.) Luftrettung ..., a.a.O., S. 56 - 70.
- Kamenetzky, R.D., Shuman, L.J., Wolfe, H.: Estimating Need and Demand for Prehospital Care, in: Operations Research 4/1982, S. 1148 - 1167.
- Kirberger, W.: Staatsentlastung durch private Verbände; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 30, Baden-Baden 1978.
- Klaus, P.G.: Auf dem Weg zu einer Betriebswirtschaftslehre der Dienstleistungen: Der Interaktionsansatz; in: Die Betriebswirtschaft 44 (1984), S. 467 - 475.
- Klein, H.B.: Makroökonomisch effiziente Rettungssysteme als raumwirtschaftliche orientierte Sicherheitsinstrumentarien der Verkehrspolitik, Dissertation, Würzburg 1979.
- Klein, H.H.: Zum Begriff der öffentlichen Aufgabe, in: Die Öffentliche Verwaltung (DÖV), November 1965 - Heft 21 - 22, S. 755 - 759.
- Klingshirn, H.: Das Bayerische Rettungsdienstgesetz, in: Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Zivilverteidigung - Sonderdruck aus: Der Bayerische Bürgermeister (1978), S. 1 - 3.
- Klingshirn, H.: Ehrenamt und Rettungsdienst, in: DRK (Hrsg.): 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 130 - 134.
- Klingshirn, H.: Zukunftspunkte unseres Rettungswesens, in: DRK (Hrsg.): 5. Rettungskongreß Bremen 1982, a.a.O., S. 47 - 51.
- Klingshirn, H.; Rettungsdienst in Bayern, in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 1, B III.2.2.
- Kloock, J., Sieben, G., Schildbach, Th.: Kosten- und Leistungsrechnung, 2. Aufl., wisu-texte, Düsseldorf 1981.
- Klüber, H.: Das Gemeinderecht in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- Kneips, G.: Zur Problematik der internen Subventionierung in öffentlichen Unternehmen, in: Finanzarchiv, N.F. Bd. 45, Heft 2 (1987), S. 268 - 283.
- Knobbe, W.: Planungsmodell für die Einrichtung eines NAW-Systems am Beispiel der Stadt Kiel, in: Graf-Baumann, T., Metreveli, S.; Unfall- und Katastrophenforschung, a.a.O., S. 94 - 111.
- Kossendey, L.: Hilfsfrist- und Frequenzanalyse - Hilfsmittel zur Kontrolle von Einsatzorganisation und Wirkungsweise des Rettungsdienstes, in: Rettungsdienst 6/1986, S. 395 - 400.
- Köhler, A.F.: Primäre Luftrettung mit Rettungshubschraubern in der Bundesrepublik Deutschland, in: DRF (Hrsg.): "10 Jahre Deutsche Rettungsflugwacht - 10 Jahre Luftrettung"; Schriftenreihe der DRF, Bd. 3, Winnenden 1983, S. 76 - 84.
- Köhler-Sagerer, U.: Optimale Standorte und Fahrzeugzahlen für den Rettungsdienst; Robert Bosch Stiftung GmbH, Fördergebiet Gesundheitspflege - Materialien und Berichte, Bd. 9, Stuttgart 1983.
- Krause-Junk, G.: Abriß der Theorie von den öffentlichen Gütern, in: Neumark, F.(Hrsg.): Handbuch der Finanzwissenschaft, 3. Aufl., Bd. 1, S. 687 - 711.
- Krauther, H.: Private als Träger von öffentlichen Einrichtungen mit Anschluß- und Benutzungszwang, Dissertation, Bochum 1975, S. 31.
- Krautzberger, M.: Die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch Private - Zum Begriff des staatlichen Bereichs; (Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 150), Berlin 1971, S. 106.
- Krebs, A.: Die Bedeutung der "Verordnung über die Sicherheit medizinisch-technischer Geräte" für den Rettungsdienst, in: DRK (Hrsg.); 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, a.a.O., S. 277 - 281.
- Kriedel, Th.: Effizienzanalysen von Gesundheitsprojekten - Diskussion und Anwendung auf Epilepsieambulanzen, Berlin, Heidelberg, New York 1980.
- Krüger, R.: Amtliches Unterrichtsbuch über Erste Hilfe (Hrsg.: DRK-Präsidium), Berlin 1938.
- Kuschinsky, B., et al.: Erste Hilfe in der Bundesrepublik Deutschland, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 18, Berg.-Gladb. 1986.
- Kühner, R., Walter, N.: Organisation und Kosten des Rettungsdienstes, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 7, Köln 1982.
- Kühner, R.: Die Stellung der Feuerwehren im Rettungsdienst, in: Zivilschutzmagazin, 10/1984, S. 54 - 56.
- Kühner, R.: Einsatzentwicklung der Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, in: BAST (Hrsg.): Luftrettung ..., a.a.O., Bergisch-Gladbach 1986, S. 12 - 26.

- Kühner, R.: Organisationsformen im Rettungsdienst, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 11, Köln 1983.
- Kühner, R.: Tarife und Tarifsysteme im Rettungsdienst, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 9, Köln 1982.
- Kühner, R.: Zu Kostenbegriffen im Rettungswesen; Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 8, Köln 1982.
- Lampert, H.: Verfassung und Struktur der Märkte für Gesundheitsgüter als Problem und Aufgabenbereich der Gesundheitsökonomik, in: Gäfgen, G., Lampert, H.(Hrsg.); Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 267 - 310.
- Landtag des Saarlandes - Drucksache 6/1633 v. 10.9.1974: Gesetz über den Rettungsdienst (Entwurf und Begründung).
- Lankau, I.E.: Zivilschutz, Katastrophenschutz, Brandschutz, Rettungsdienst; in: Püttner, G.(Hrsg.): Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis, Bd. 4: Die Fachaufgaben, 2. Aufl., Berlin 1983, S. 121 - 144.
- Lauer, H.: Systeme öffentlicher Aufgaben, in: Handbuch des öffentlichen Dienstes: Das Personalwesen, Berlin 1976, Sp. 1592 - 1602.
- Laux, P.S.: Zusammenfassender Erfahrungsbericht über 5 Jahre Notarztwageneinsatz, in: Graf-Baumann, T., Metreveli, S.(Hrsg.): Unfall- und Katastrophenforschung, a.a.O., S. 87 - 93.
- Lenhart, W., Puhon, Th., Siegener, W.: Ermittlung abgestufter Richtwerte für die Bereitstellung von Fahrzeugen im Rettungsdienst, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 20, Bergisch Gladbach 1987.
- Lepelmeier, D.; Theurl, E.: Zur Problematik meritorischer Güter, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Heft 12, Dezember 1981, S. 553 - 556.
- Leu, R.: Ansätze zur empirischen Messung der relativen Effizienz von Gesundheitssystemen, in: Schweiz. Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, Heft 3/1978, S. 479 - 508
- Leuzzi, L.; Pollock, R.: Option Demand: A Mixed Good Case, in: Public Finance, Vol. XXXI, 1976, S. 396 - 405.
- Leven, J.: Öffentliche und private Nutzen bei der Bewertung von Verkehrssicherheitsmaßnahmen, Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung, Nr. 178, Bergisch-Gladbach 1988.
- Lick, R., Schäfer, H.: Unfallrettung, 2.Auflage, München 1985.
- Lippert, H.D.; Weissauer, W.: Das Rettungswesen; Berlin, Heidelberg, New York, Tokio 1983.
- Lüttgen, R., et al.(Hrsg.): Handbuch des Rettungswesens (HdR), Loseblattausgabe in 4 Bänden., Grundwerk: Hagen 1974.
- Lüttgen, R.: Bilanz des Rettungsdienstes, in: DRK (Hrsg.); 4. Rettungskongreß Wiesbaden 1978, a.a.O., S. 31 - 35.
- Mackscheidt, K.: Entfaltung von privater und kollektiver Initiative durch meritorische Güter, in: Archiv für öffentliche und freigemeinnützige Unternehmen, Bd. 13, Göttingen 1981, S.257 - 267.
- Mackscheidt, K.; Steinhausen, J.: Finanzpolitik II - Grundfragen versorgungspolitischer Eingriffe, 1. Aufl., Tübingen, Düsseldorf 1977.
- Maleri, R.: Grundzüge der Dienstleistungsproduktion, Berlin, Heidelberg, New York 1973.
- Margolis, J.: Ökonomische Wertung durch Schattenpreise, in: Recktenwald, H.C.: Kosten-Nutzen-Analyse und Programmbudget - Grundlage staatlicher Entscheidung und Planung; Tübingen 1970, S. 127 - 142
- Martens, W.: Öffentlich als Rechtsbegriff, Bad Homburg v.d.H. 1969.
- Maunz, Th. et al.: Grundgesetz - Kommentar. Ergänzbare Loseblattausgabe, Grundwerk: München 1959.
- Mändle, E.(Hrsg.): Praktische Wirtschaftspolitik, Wiesbaden 1977.
- Mändle, E.: Träger der Wirtschaftspolitik, in: Handwörterbuch der Volkswirtschaft, Wiesbaden 1978, Sp. 1288 - 1299.
- Meißner, H.: Fahr-, Transport- und Reisekosten im Rahmen der Krankenhilfe; in: Die Sozialversicherung, Oktober 1979, S. 257 - 261.
- Merk, B.: Durchführung des Rettungsdienstes durch die Hilfsorganisationen, in: DRK (Hrsg.); 5. Rettungskongreß Bremen 1982, a.a.O., S. 42 - 46.
- Metze, I.: Gesundheitspolitik - Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1982.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.): Rettungsdienstplan '85 Baden-Württemberg, Stuttgart 1985.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.): Rettungsdienst in Baden-Württemberg - Organisation, Leistung und Finanzierung, Stuttgart 1987.
- Most, O.; Staatliche und private Unternehmung im Verkehr, in: Berkenkopf, P.(Hrsg.): Der Verkehr in der wirtschaftlichen Entwicklung dem Industriezeitalters; Festschrift zum 40-jährigen Jubiläum des Instituts für Verkehrswissenschaft an der Universität zu Köln, Köln 1961, S. 31 - 40.
- Mottl, F.: Verkehrssicherheitsarbeit - Verknüpfung von staatlicher Vorsorge und privatem Engagement, in: Daimler Benz AG (Hrsg.): Perspektiven der Verkehrssicherheitsarbeit; Report 8, Schriftenreihe der Daimler Benz AG, Düsseldorf 1987, S. 7 - 11.
- Murk, M.: Sicherheitsbedürfnisse und Politik, in: Schulte, W.(Hrsg.): Soziologie in der Gesellschaft; Bremen 1981, S. 135 - 139.
- Musgrave, R.A.: Finanztheorie, 1. Aufl., Tübingen 1966.
- Musgrave, R.A.; Musgrave, P.B.; Kullmer, L.: Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis, Bd. 1; 1. Aufl., Union-Taschenbücher 449, Tübingen 1975.
- Mühlhaupt, L.: Ziele und Aussagewert eines modernen öffentlichen Rechnungswesens, in: Eichhorn, P.(Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse ..., a.a.O., S. 75 - 96.
- Myrick, J.A.: An Evaluation of Emergency Medical Services Based on Patient Outcome, Dissertation, University of Missouri - Columbia (USA), December 1974
- Neubauer, G.: Nachfrage nach Gesundheitsleistungen - Versuch der sozial empirischen Überprüfung einiger zentralen Themen, in: Gäfgen, G., Lampert, H.(Hrsg.); Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen, a.a.O., S. 155 - 265.
- Neubauer, G.: Reform der Krankenhausfinanzierung - ein dringendes Problem, in: Wirtschaftsdienst 1984 II, S. 83 - 86.
- Neubauer, G.: Ziel und Anspruch erweiterter Wirtschaftlichkeitsverfahren, in: BAU (Hrsg.); Arbeitsschutz ..., a.a.O., S. 111 - 122.
- o.V.: Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Band 1, Neuwied, Darmstadt 1984.
- o.V.: Unternehmer oder "Rosinenpicker"?, in: Rettungsdienst-Journal, 01/1985, S. 36 - 37.
- o.V.: Ist der Ausbau des NAW-Systems sinnvoller?, in: Ärzte Zeitung v. 5.6.1987.
- o.V.: die Schnelligkeit der Profis: eine Alternative zur Laienreanimation, in: Notfallmedizin 13(1987), S. 912 - 192.
- o.V.: Unvermeidbare Unfälle heilen am besten, in: Münch. med. Wschr. 126(1984), Nr. 50, S. 100 - 103.
- Oehler, H.: Das Bayerische Gesetz über den Rettungsdienst - Kommentar, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), a.a.O., Bd. 1, Nr. B 4.2.2.
- Oehler, H.: Einsatz des Rettungsdienstes, insbesondere der Rettungsleitstellen, in Katastrophenfällen, in: DRK (Hrsg.); 5. Rettungskongreß Bremen 1982, a.a.O., S. 191 - 196.
- Ossenbühl, F.: Daseinsvorsorge und Verwaltungsprivatrecht, in: Die Öffentliche Verwaltung, August 1971, Heft 15 - 16, S. 513 - 523.
- Ossenbühl, F.: Rettungsdienst und Berufsfreiheit; Rechtsgutachten für das Deutsche Rote Kreuz, Bonn, Oktober 1985.
- OVG Lüneburg: "Berücksichtigung von Vorhaltekosten bei Benutzungszwang", Urt.v. 14.11.1985, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. 8418.
- Ötting, E.; Aufbauphase, Organisation und Kosten einer RTH-Station, in: BASt (Hrsg.); Luftrettung ..., a.a.O., S. 34 - 42.
- Oettle, K. (Hrsg.): Grundfragen öffentlicher Betriebe - Ausgewählte Aufsätze zur Finanzierung und Rechnung öffentlicher Betriebe, Bd. I; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 14, Baden Baden 1976.
- Oettle, K. (Hrsg.): Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. II; Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 14, Baden-Baden 1976.
- Oettle, K.: Dienstbereitschaft in einzelwirtschaftlicher und gesamtwirtschaftlicher Sicht, in: Linhardt, H.; Penzkofer, P.: Dienstleistungen in Theorie und Praxis; Otto Hinterer zum 70. Geburtstag, Stuttgart 1970, S. 16 - 36.
- Oettle, K.: Gemeinsamkeiten und Verschiedenheiten von Doppik und Kameralistik, in: ders.(Hrsg.); Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. II, a.a.O., S. 125 - 136.

- Oettle, K.: Kriterien der Finanzierung öffentlicher Betriebe, in: ders.(Hrsg.): Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. II, a.a.O., S. 59 - 80.
- Oettle, K.: Über den Charakter öffentlich-wirtschaftlicher Zielsetzung, in: ders.(Hrsg.) Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. I a.a.O., S. 2 - 35.
- Oettle, K.: Ziele, Mittel und Orientierungshilfen der Gebührenpolitik, in: ders.(Hrsg.); Grundfragen öffentlicher Betriebe, Bd. II., a.a.O., S. 91 - 125.
- Peters, H.: Öffentliche und staatliche Aufgaben, in: Dietz, R., Hübner, H.(Hrsg): Festschrift für Hans Carl Nipperdey zum 70. Geburtstag, Bd. II, München Berlin 1965, S. 877 - 895.
- Peters, S.: Die Leistungen des Verkehrsbetriebes - Bemerkungen zu einer Untersuchung von Thies Clausen, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, 52. Jg. (1981), S. 35 - 48.
- Pfaff, M.: Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein? in: Sozialer Fortschritt, 34. Jg. 1985, Heft 12, S. 272 - 276.
- Pflügener, W.: Nutzen-Analysen im Umweltschutz, Göttingen 1988.
- Picard, E.: Rettungsdienst aus der Sicht der Krankenversicherung - Eine Bilanz mit Soll und Haben, in: der Landkreis 12/1985, S. 558 - 559.
- Picot, A., Reichwald, R., Behrbohm, P.: Das Vier-Ebenen-Modell der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz(Hrsg.); Arbeitsschutz ..., a.a.O., S. 171 - 181.
- Picot, A., Reichwald, R., Behrbohm, P.: Dokumentation erweiterter Wirtschaftlichkeitsverfahren - Vier-Ebenen-Modell der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung, Bonn 1985.
- Pugell, B.: Wirtschaftlichkeitsuntersuchung des Meldesystems "Autonotfunk" als Beitrag zur Planung des Rettungswesens, Dissertation, Universität zu Köln 1984.
- Pugell, B.: Zur Wirkungsbeurteilung im Rettungswesen, in: Zeitschrift für Verkehrswissenschaft, Heft 4(1985), S. 237 - 251.
- Puhan, Th.: Einsatzbedingungen der Luftrettung, in: BAST (Hrsg); Luftrettung ..., a.a.O., S. 43 - 55.
- Puhan, Th., Siegener, W.: Leistungsanalyse des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht zum Forschungsprojekt 8339 der BAST, Karlsruhe 1986.
- Püttner, G.: Allgemeines Verwaltungsrecht, 6. Aufl., Düsseldorf 1983
- Recktenwald, H.C.: Die ökonomische Analyse: Hilfe für rationale Entscheidung in der Staatswissenschaft, in: ders.(Hrsg.); Nutzen-Kosten-Analyse und Programmbudget ..., a.a.O., S. 1 - 21
- Recktenwald, H.C: Effizienz und innere Sicherheit, in: Recktenwald, H.C.(Hrsg.): Kosten- Nutzen-Analyse und Programmbudget, Tübingen 1970, S. 249 - 266.
- Rettungsdienst Bayern: Benutzungsentgelte für den Rettungsdienst und Krankentransport, gültig ab 1.8.1987, München 1987.
- Rettungszweckverband Saar (Hrsg.): 10 Jahre Rettungszweckverband Saar, Homburg 1987.
- Rettungszweckverband Saar: Selbstkostenblatt für den Rettungsdienst im Saarland (Stand: 1981).
- Riebel, P.: Die Bereitschaftskosten in der entscheidungsorientierten Unternehmensrechnung, in: ZfbF 22 (1970), S. 372 - 386.
- Riebel, P.: Die Elastizität des Betriebes, Köln/Opladen 1954.
- Riebel, P.: Grundfragen der Kostenrechnung im Gesundheitswesen und ihre Folgerungen für die Ordnungspolitik, in: Gäfgen, G., Lampert, H.(Hrsg.); Beiträge zur Gesundheitsökonomie, a.a.O., S. 43 - 99.
- Riediger, G.: Bundeseinheitliche Dokumentation - notwendig oder entbehrlich? in: Engelhardt, G.H.(Hrsg.): Praktische Notfallmedizin 1: Rettungsdienst - Konzepte, Kontroversen; Berlin, New York, 1983, S. 43 - 48.
- Riediger, G.: Probleme und Möglichkeiten von Effizienzuntersuchungen im Rettungswesen, in: Graf-Baumann, T., Metreveli, S.: Unfall und Katastrophenforschung, a.a.O., S. 52 - 86.
- Riediger, G.: Was leistet eine schnelle und qualifizierte Notfallhilfe? in: Notfallmedizin 9 (1983), S. 198 - 220.
- Riediger, G.: Zu den Wirkungen des Rettungsdienstes; Arbeitspapier der BAST, Köln 1982, abgedruckt in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 4, G 3.1.3.
- Rosenberg, P.: Unzureichende Effizienz im System der Gesundheitssicherung, in: Simmert, D.B., Markmann, H.(Hrsg.): Krise der Wirtschaftspolitik, Köln 1978, S. 556 - 566.
- Rothengatter, W.: Methoden der Nutzen-Kosten-Untersuchung, in: DVWG (Hrsg.): Nutzen-Kosten-Untersuchungen im Verkehrswesen, Bd. 1: Methoden der Nutzen-Kosten-Untersuchung; Schriftenreihe der DVWG, B 49/1, Köln 1980, S. 8 - 34.

- Röber, B.: Zur Frage nach den Trägern der Wirtschaftspolitik, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 124. Bd. Tübingen 1968, S. 741 ff.
- Rupp, H.H.: Der Rettungsdienst als öffentliche Aufgabe, in: DRK (Hrsg.): 4. Rettungskongreß Wiesbaden 1978, a.a.O., S. 110 - 114.
- Rüffer, B., Schmitt, W., Siegener, W.: Simulation von Rettungssystemen; Forschungsberichte der BAsT, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 6, Köln 1979.
- Sackel, R.: Ordnungspolitische Reformen im Gesundheitswesen? in: Wirtschaftsdienst, Heft 4 / 1985, S. 176 - 183.
- Savas, E.S.: Simulation and Cost-Effectiveness Analyses of New York's Ambulance Service, in: Management Science, Vol. 15, No.12, Aug. 1969, B 609 - B 627.
- Schaper, K.: Kollektivgutprobleme einer bedarfsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Frankfurt 1978.
- Schäfer, B., Hilgert, K.: Selbstbedienung im Krankenhaus, legal oder illegal? - in: Rettungsdienst, 9. Jg., 4 (April)1986, S. 228 - 229.
- Scheil, X.B.: Die Selbstbeteiligung als Steuerinstrument der Kostenentwicklung in der GKV, in: Wirtschaftsdienst, Heft 7 / 1980, S. 397 - 400.
- Schepers, J.: Literaturanalyse "Wirksamkeit des Rettungswesens", Forschungsberichte der BAsT, Bereich Unfallforschung, Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 16, Teilbericht I, Berg.-Gladbach 1986.
- Schicke, R.: Ökonomie des Gesundheitswesens (= Grundriß der Sozialwissenschaft, Bd. 29), Göttingen 1981.
- Schleswig-Holsteinischer Landtag - Drucksache 10/813 v. 25.1.1985; Bericht der Landesregierung: Rettungsdienst und Krankentransportdienst.
- Schmalenbach, E.: Kostenrechnung und Preispolitik, 8. Aufl., Köln, Opladen 1963.
- Schmidt, K.: Kollektivbedürfnisse und Staatstätigkeit, in: Haller, H. u.a.(Hrsg.): Theorie und Praxis des finanzpolitischen Interventionismus, Friz Neumark zum 70. Geburtstag, Tübingen 1970, S. 3 - 27.
- Schmidt-Bleibtreu, B., Klein, F.: Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 5.Aufl., Neuwied, Darmstadt 1980.
- Schmiedel, R., Unterkofler, M.: Frequenzabhängige Fahrzeugbemessung, in: Handbuch des Rettungswesens (HdR), Bd. 1, B I.2.2.
- Schmiedel, R.; Puhon, Th.; Siegener, W.: Simulationsmodell Rettungswesen - Anwendung in Karlsruhe, Forschungsberichte der BAsT, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 10, Köln 1981.
- Schmiedel, R.; Unterkofler, M.: Unfallursachen bei Unfällen von Rettungsfahrzeugen im Einsatz, Forschungsberichte der BAsT, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 17, Bergisch Gladbach 1986.
- Schmölders, G.: Finanzpolitik, 3.Aufl., Berlin - Heidelberg - New York 1970.
- Schneider, M.: Sozial tragbare und kostendämpfende Selbstbeteiligung, in : Sozialer Fortschritt, 35. Jg. 1986, Heft 1, 2, S. 29 - 34
- Schöneich, A.: Welchen Einfluß hat das Rettungssystem auf den Reanimationserfolg? in: Rettungsdienst 10(1987), S. 493 - 496.
- Schulz, W., Ederer, F., Rühl, A.: Selbstbeteiligungsmodelle im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Februar 1985, S. 63 - 68.
- Schumann, L.J.; Wolfe, H.; Sepulveda, J.: Estimating Demand for Emergency Transportation, in: Medical Care, Sept. 1977, Vol. XV. No. 9; S. 738 - 749.
- Sefrin, P.: Der Notarzt als obligater Bestandteil des modernen Rettungsdienstes, in: DRK (Hrsg.); 6. Rettungskongreß Nürnberg 1986, S.162 - 167.
- Siler, F.K.: Predicting Demand for Publicly Dispatched Ambulances in a Metropolitan Area, in: Health Serv. Res., Fall 1975, S. 254 - 263.
- Singbartl, G.: Die Akutversorgung von neurotraumatisierten Patienten durch den Notarzt, in: Der Notarzt 3(1987), S. 112 - 119.
- Sitzmann, H.; Finanzierbarkeit des Rettungsdienstes, in: DRK (Hrsg.); 5. Rettungskongreß Bremen 1982, a.a.O., S. 67 - 70.
- Skorski, F.: Rettungswachen, in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 2, C I. 3.2.

- Sohmen, E.: Allokationstheorie und Wirtschaftspolitik, Tübingen 1976.
- Stadt Köln (Hrsg.): Kostenrechnung Rettungsdienst 1985, Auswertungsbericht, Köln 1986.
- Stauffert, B.: Gedanken zur Patientenbetreuung, in: Rettungsdienst 10(1987), S. 622 - 628.
- Stiglitz, J.E.: The theory of local public goods, in: Feldstein, M.; Inman, R.P.(Hrsg.): The economics of public services, London, Basingstoke; Reprint 1978.
- Stindt, J.: Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, (Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 432), Berlin 1983.
- Stobbe, A.: Volkswirtschaftliches Rechnungswesen, 3. Aufl., Heidelberger Taschenbücher Bd. 14, Berlin, Heidelberg, New York 1972.
- Streit, M. E.: Theorie der Wirtschaftspolitik, 1. Aufl., wisu-texte, Düsseldorf 1979.
- Teuber, W.: Historische Entwicklung der Luftrettung in der Bundesrepublik Deutschland, in: BAST (Hrsg.): Luftrettung ..., a.a.O., S. 2 - 11.
- Thiehoff, R.: Wirtschaftlichkeit entdeckt, in: Bundesarbeitsblatt, 4/1987, S. 25 - 29.
- Thiemeyer, Th.: Gesundheitspolitik (Gesundheitswesen I), in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW), 34./35. Lfg. 1981, Sp. 576 - 591.
- Thiemeyer, Th.: Möglichkeiten und Grenzen der Kostendeckung im Bereich der Infrastruktur, in: Archiv für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen, Bd. 11 (1979), S. 209 - 221.
- Thiemeyer, Th.: Öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen als Erkenntnisobjekt der Betriebswirtschaftslehre und als wirtschaftspolitisches Instrument, in: Eichhorn, P.(Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse ..., a.a.O., S. 125 - 144.
- Thiemeyer, Th.: Probleme und Besonderheiten der Preispolitik gemeinwirtschaftlicher Betriebe, in: Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung (zbf), Sonderheft 5: Gemeinwirtschaftliche Betriebe und öffentliche Verwaltungen, Opladen 1976, S. 27 - 40.
- Thiemeyer, Th.: Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe, rororo-studium 82, Reinbek 1975.
- Thiemeyer, Th.: Betriebswirtschaftslehre der öffentlichen Betriebe, Teil 2, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Heft 9, September 1981, S. 417 - 423.
- Thome, H.: Das Saarländische Rettungsdienstgesetz, in: Saarländische Kommunal-Zeitschrift, 25. Jg. (1975), S. 81 - 92.
- Tibut, C.M.: A pure Theory of local expenditures, in Journal of Political Economy, LXIV (Oct. 1956), S. 416 - 424.
- Trumpp, E.: Konkurrenzdruck geht zu Lasten der rettungsdienstlichen Versorgung in Baden-Württemberg, in: der landkreis, 12/1985, S. 550 - 551.
- v. Münch, I.: Verwaltung und Verwaltungsrecht im demokratischen und sozialen Rechtsstaat, in: Erichsen, H.U.; Martens, W.(Hrsg.): Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., Berlin, New York 1981, Teil 1, S. 1 - 59.
- VG Arnsberg, Urteil v. 18.3.1983, in: Gerdelmann, Korbmann, Kutter; a.a.O., Bd. 2, Nr. 8413.
- VG Oldenburg: Urteil zum "Ausgleich gemeinwirtschaftlicher Leistungen im öPNV" (§ 45a PBefG) v. 23.6.1983, in: Der Städtetag, Heft 1/1984, S. 51 - 52.
- von Viebahn, G.: Über die allgemeine Bedeutung der deutschen Vereins-Organisation vom Roten Kreuz für das Rettungswesen, Sonderdruck aus den Verhandlungen des I. Internationalen Kongresses für Rettungswesen, Frankfurt a. M. 1908; Nachdruck anlässlich des 4. Rettungskongresses des DRK, Wiesbaden 1978.
- Vöbel, W.: Das Gummersbacher Modell: Rettungsdienst im Oberbergischen Land, in: der landkreis, 12/1985, S. 562 - 563.
- Walthert, A.: Einführung in die Wirtschaftslehre der Unternehmung, Bd.1, Zürich 1947.
- Weisbrod, B.A.: Collective Consumption Services of Individual Consumption Goods, in: Quarterly Journal of Economics, 78, 1964, S. 471 - 477;
- Weiss, A.: Krankenkraftwagen nach DIN 75 080, in: Handbuch des Rettungswesens, Bd. 3, E 1.1.
- Weissenböck, H.: Studien zur ökonomischen Effizienz von Gesundheitssystemen, Schriften aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 36; Stuttgart 1974.
- Wellenreuther, H.: Die Wirkungen öffentlicher Güter, untersucht am Beispiel von Fußgängerbereichen, Schriften zum Marketing, Bd. 14, Berlin 1982, S. 6 f.
- Wilhelm, H., Corsten, H., Meier, B.: Staatliche Preisfixierung - Formen, Instrumente, Probleme; in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSu), Heft 1/1982, S. 29 - 34.

- Willeke, R.: Soziale Kosten und Nutzen der Siedlungsballung und des Ballungsverkehrs, Schriftenreihe des VDA Nr. 41, Frankfurt 1984, S. 19 ff.
- Willeke, R.: Produktion der Verkehrsbetriebe, in: Kern, W.(Hrsg.): Handwörterbuch der Produktionswirtschaft, ungekürzte Sonderausgabe, Stuttgart 1984, Sp. 2109 - 2119.
- Willms, M.: Strukturpolitik, in: Vahlens Kompendium der Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik, Bd. 2, München 1981, S. 331 - 368.
- Witte, H.: Ablauforganisation in Rettungsleitstellen; Forschungsberichte der BAST, Bereich Unfallforschung; Untersuchungen zum Rettungswesen, Bericht 13; Bergisch-Gladbach 1984.
- Wittern, A.: Grundriß des Verwaltungsrechts, 11. Aufl., Stuttgart 1977
- Wolff, H.J.; Bachof, O.: Verwaltungsrecht I, 9. Aufl., München 1974.
- Wolff, H.J.; Bachof, O.: Verwaltungsrecht II, 4. Auflage, München 1976.
- Wöhe, G.: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 14. Aufl., München 1981.
- Zebisch, K.D.: Der soziale Nutzen des öffentlichen Personennahverkehrs als Grundlage für die Tarif- und Subventionspolitik; Buchreihe des Instituts für Verkehrswissenschaft an der Universität zu Köln, Bd. 39, Düsseldorf 1979.
- Zimmermann, H.; Henke, K.D.: Finanzwissenschaft: Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwissenschaft, 3. Aufl., München 1982.

ANHANG 1: Rettungsdienstgesetze der Bundesländer

Baden-Württemberg:

Gesetz über den Rettungsdienst, i.d.F. v. 1. 9. 1983 (BW-RettDG);

Bayern:

Bayerisches Gesetz über den Rettungsdienst (BayRDG), zul. geändert am 21.7.1983;

Berlin:

Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistung bei Notlagen (FwG Bln), i.d.F. v. 3. 5. 1984;

Bremen:

Gesetz über den Feuerschutz im Lande Bremen, v. 18.7.1950;

Hamburg:

Feuerwehrgesetz, v. 23.6.1986;

Hessen:

Vereinbarung über den Ausbau und die Durchführung des Krankentransport- und Rettungsdienstes in Hessen, v. 10.2.1978 (Öffentlich-rechtliche Vereinbarung zwischen Land, kommunalen Spitzenverbänden und Leistungsträgern);

Niedersachsen:

Rettungsdienstgesetz in Vorbereitung

Nordrhein-Westfalen:

Gesetz über den Rettungsdienst, i.d.F. v. 24.11.1982 (RettDG-NW);

Rheinland-Pfalz:

Rettungsdienstgesetz, i.d.F. v. 17.2.1986 (Rh-Pf RettDG);

Saarland:

Gesetz über den Rettungsdienst, i.d.F. v. 1.12.1975 (RDG-Saar);

Schleswig-Holstein:

Rettungsdienstgesetz, v. 24.3.1975 (RDG-SH).

ANHANG 2: STRUKTUR DER FINANZIERUNG IN DER LUFTRETTUNG (1986)
(alle Angaben in Tsd. DM)

BUNDESLAND		EXTERNE FINANZIERUNG		INTERNE	TARIF-	BETEILIGUNG	GESAMT-	GESAMT-	
		BUND	LAND	FINANZIERUNG	FINANZIERUNG	DRITTER	FINANZ.	KOSTEN	
Baden- Württemberg	a	650	500	975			2.125		
	b	200		300	5.515		6.015	8.140	
Bayern	a	1.625	700	650			2.975		
	b	500		200	6.902		7.602	10.577	
Berlin		Luftrettungsstützpunkt erst seit 1987 in Betrieb							
Bremen	a	325	083				408		
	b	100			637		737	1.145	
Hamburg	a	325	100				425		
	b	100			1.327		1.427	1.852	
Hessen	a	650	300	325			1.275		
	b	200		100	2.261		2.561	3.836	
Nieder- sachsen	a	325	500	1.300			2.125		
	b	100	400	400	6.228		7.128	9.253	
Nordrhein- westfalen	a	1.950	700	325			2.975		
	b	600		100	6.210		6.910	9.885	
Rheinland- Pfalz	a	975	300				1.275		
	b	300	667		1.619		2.586	3.861	
Saarland	a	325	086				411		
	b	100	172		548		820	1.231	
Schleswig- Holstein	a	325	200	325			850		
	b	100	200	100	2.244		2.644	3.494	
Sonstiges	b	3.000				1.700	4.700	4.700	
BUNDES- REPUBLIK DEUTSCHLAND	a	7.475	3.469	3.900			16.544		
	b	5.300	1.439	1.200	33.491	1.700	41.430	57.974	
STRUKTUR (%)		22.0	8.5	8.8	57.8	2.9		100	

Anmerkungen: Kostenartengruppen: a = kalkulatorische Abschreibungen, b = Betriebskosten;
Soweit keine anderen Angaben zur Verfügung standen, wurde auf folgender Grundlage
kalkuliert: Je RTH-Station 1,5 Maschinen zum Stückpreis von 2,6 Mio. DM;
Investitionskosten je Standort: 1,2 Mio. DM; Abschreibungsfrist für Maschinen und
Standortinvestitionen: 12 Jahre; Personalkosten (Pilot) je Station und Jahr: 100.000 DM.

Anhang 3: STRUKTUR DER FINANZIERUNG DES BODENGEBUNDENEN RETTUNGSDIENSTES (1986)
 (alle Angaben in Mio. DM)

BUNDESLAND	EXTERNE FINANZIERUNG			INTERNE FINANZIERUNG	TARIF- FINANZIERUNG	BETEILIGUNG DRITTER	GESAMT- FINANZ.	GESAMT- KOSTEN
	BUND	LAND	KOMMUNEN					
Baden- Württemberg	a	3.080			10.952		14.032	209.289
	b	5.817		1.950	143.920		151.687	
	c	23.270		20.300			43.570	
Bayern	a	17.560					17.560	209.600
	b	3.250			135.470		138.720	
	c	13.020		40.300			53.230	
Berlin	a	1.663			1.200		2.860	33.928
	b				31.065		31.060	
Bremen	a	1.283					1.283	16.560
	b	413			13.213		13.626	
	c	1.651					1.651	
Hamburg	a	1.803					1.803	36.283
	b	211			33.424		33.635	
	c	845					845	
Hessen	a	2.750			7.248		9.998	112.182
	b	5.421	3.400	??	69.724		80.296	
	c	21.888		??			21.888	
Nieder- sachsen	a			??	15.460		15.460	133.038
	b	4.541		??	94.874		99.415	
	c	18.163					18.163	
Nordrhein Westfalen	a	33.496					33.496	387.994
	b	6.134	56.800		243.826		329.960	
	c	24.538	23.200				24.538	

(Fortsetzung nächste Seite)

Anhang 3: (Fortsetzung)

BUNDESLAND	EXTERNE BUND	FINANZIERUNG LAND	KOMMUNEN	INTERNE FINANZIERUNG	TARIF- FINANZIERUNG	BETEILIGUNG DRITTER	GESAMT- FINANZ.	GESAMT- KOSTEN
Rheinland- Pfalz	a	5.445	1.666	1.310			8.421	
	b	1.248	6.722		44.593		52.563	
	c	4.992		6.000			10.99	71.971
Saarland	a	3.740	1.098	732			5.570	
	b	528	1.128	1.300	11.292		14.248	
	c	2.112		2.560			4.672	24.490
Schleswig- Holstein	a		1.250		1.500		2.750	
	b	566	2.000		40.256		42.822	
	c	2.266		514			2.780	48.352
Sonstige	a					200	200	200
BUNDES- REPUBLIK DEUTSCHLAND	a	70.820	4.014	2.042	36.360	200	113.436	
	b	28.186	32.750	63.500	1.950	861.657	988.043	
	c	112.742		69.674			182.416	1.283.895
STRUKTUR %	11.0	8.1	5.2	5.7	69.9	0.0		100

Anmerkungen: Kostenartengruppen: a = kalkulatorische Abschreibungen; b = Betriebskosten;
c = kalkulatorische Personalkosten (ehrenamtliche Mitarbeiter, ZDL).

Folgende Grundannahmen liegen den Berechnungen zugrunde:

- 1) Investitionskosten: je Rettungsleitstelle: 1 Mio. DM; Nutzungsdauer: 12 Jahre.
Fahrzeuge: KTW: 60.000 DM; Nutzungsdauer: 5 Jahre;
RTW: 100.000 DM; Nutzungsdauer: 5 Jahre;
NAW: 120.000 DM; Nutzungsdauer: 5 Jahre;
NEF: 60.000 DM; Nutzungsdauer: 5 Jahre.

2) Die Berechnung der kalkulatorischen Personalkosten entspricht den Beispielen im Text.

- Quellen: - Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung(Hrsg.): Die gesetzlichen Krankenversicherungen
..., a.a.O., Tab. 32B;
- Bundestagsdrucksache 10/5030 v. 14.2.1986, a.a.O, Anhang 4 - 6 und 10 (S. 131f.);
- ergänzende Angaben aus den Bundesländern.

ÜBERSICHT DER BISHER IN DIESER REIHE ERSCHEINENEN BERICHTE

Nr. Thema

- | | | | |
|--|-------------------|--|-------------------|
| <p>1 Kurse für auffällige Kraftfahrer
 Statistische Grundlagen für die Zuweisung alkoholauffälliger Kraftfahrer
 Jacobshagen
 1977</p> | <p>vergriffen</p> | <p>11 Der Einfluß des Rauchens auf das Fahrverhalten und die Verkehrssicherheit
 Pupka V.
 1977</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>2 Örtliche Unfallerberhebungen
 Echrens, Gotzen, Richter, Stürtz, Suren, Wanderer, Weber
 1978</p> | <p>vergriffen</p> | <p>12 Innerstädtische Planung als Einflußgröße der Verkehrssicherheit
 Band 2
 Stengel, Fahnberg, Märschalk
 1978</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>3 Möglichkeiten zur Verbesserung der Fahrer-ausbildung
 Graf, Keller
 1976</p> | <p>vergriffen</p> | <p>12a Innerstädtische Planung als Einflußgröße der Verkehrssicherheit
 Band 2
 Anlage 1
 Stengel, Fahnberg, Märschalk
 1978</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>4 Beseitigung von Unfallstellen
 Band 2
 Bewertung von Maßnahmen zur Beseitigung von Unfallstellen
 Klöckner
 1977</p> | <p>vergriffen</p> | <p>13 Einbau- und Anlegeverhalten Sicherheitsgurte
 Volks
 1978</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>5 Beeinflussung und Behandlung alkohol-auffälliger Kraftfahrer
 PG ALK
 1978</p> | <p>vergriffen</p> | <p>14 Beseitigung von Unfallstellen
 Band 3
 Identifikation von Unfallstellen
 Benner, Bock, Brühning, Klöckner, Riediger, Siegener
 1978</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>6 Innerstädtische Planung als Einflußgröße der Verkehrssicherheit
 Band 1
 Strack, Streich
 1978</p> | <p>vergriffen</p> | <p>15 Untersuchungen zum Rettungswesen
 Bericht 4
 Kontrolle des Ausbildungserfolges in "Sofortmaßnahmen am Unfallort"
 Jungchen
 1978</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>7 Gesamtwirkung von unfallinduzierten Schäden auf den volkswirtschaftlichen Produktionsprozeß
 Jäger
 1977</p> | <p>vergriffen</p> | <p>16 Nachtunfälle
 Eine Analyse auf der Grundlage der Daten der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik
 Brühning, Hippchen, Weißbrodt
 1978</p> | <p></p> |
| <p>8 Einführung in den motorisierten Straßenverkehr
 Band IV
 Teil 6
 Edelmann
 1978</p> | <p></p> | <p>17 Belastung und Beanspruchung am Steuer eines Kraftfahrzeuges
 Untersuchungen mit Meßfahrzeugen
 IAAP - Kongreß
 1979</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>9 Leistungsmöglichkeiten von Kindern im Straßenverkehr
 Fischer, Cohen
 1978</p> | <p>vergriffen</p> | <p>18 Schutzwirkung von Sicherheitsgurten
 Band 2
 Literaturanalyse
 Rüter
 1978</p> | <p>vergriffen</p> |
| <p>10 Kriterien für Gestaltung, Einsatz und Wirksamkeit von Verkehrssicherheitsplakaten
 Graf, Keller
 1977</p> | <p>vergriffen</p> | <p>19 Untersuchungen von Einzelementen zur Erhöhung der Wirksamkeit von Sicherheitsgurten
 Rüter, Hontschik, Schicker
 1977</p> | <p>vergriffen</p> |

- 20 Analyse des Entwicklungsstandes des passiven Unfallschutzes für motorisierte Zweiradfahrer**
Jessl, Rüter
1978
vergriffen
- 21 Fahrversuche mit Beta-Rezeptorenblockern**
Braun, Reker, Friedel, Kockelke
1978
vergriffen
- 22 Beseitigung von Unfallstellen**
Band 4
Typologie von Verkehrssicherheitsmaßnahmen
Büschges
1978
vergriffen
- 23 Beseitigung von Unfallstellen**
Band 5
Nutzwertanalytische Bewertung von Unfallstellen mit Linksabbiegeverkehr
Segner, Zangemeister
1978
vergriffen
- 24 Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 1
Forschungsstand, Erklärungsansätze und Modellentwicklung
Karstedt-Henke
1979
vergriffen
- 25 Schutzwirkung von Sicherheitsgurten**
Band 3
Auswertung von Gurtunfällen
Appel, Vu-Han
1979
vergriffen
- 26 Einführung in den motorisierten Straßenverkehr**
Band V
Teil 7
Edelmann, Pfafferott
1979
vergriffen
- 27 Mitführen von Feuerlöschern in Personenkraftwagen**
Nicklisch, Krupp
1979
- 28 Einfluß auf die Verkehrssicherheit infolge nachts ausgeschalteter Signalanlagen**
Kockelke, Haas
1979
vergriffen
- 29 Einfluß der psychophysischen Leistungsfähigkeit der Verkehrsteilnehmer auf das Unfallgeschehen**
Lewrenz
1979
- 30 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 5
Beobachtung des Verhaltens am Unfallort
Metreveli
1979
vergriffen
- 31 Einführung in den motorisierten Straßenverkehr**
Band VI
Teil 8
Koch
1979
vergriffen
- 32 Räumliches Orientierungsverhalten von Kraftfahrern**
Ellinghaus
1979
vergriffen
- 33 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 6
Simulation von Rettungssystemen
Rüffer, Schmitt, Siegener
1979
- 34 Schutzwirkung von Sicherheitsgurten**
Band 1
Gurtunfälle
Herzog, Spann
1980
- 35 Experimentelle Evaluation des Tübinger Elterntrainingsprogramms für die Verkehrserziehung von Kindern im Vorschulalter**
Limbourg, Gerber
1979
- 36 Sicht aus Kraftfahrzeugen**
Literaturstudie
Einfluß eingefärbter Scheiben auf die Sicht bei Dunkelheit
Albrecht, Burrow, Tupowa, Engel
1979
- 37 Nutzungskonkurrenz in Verkehrsräumen**
Baier, Switaiski, Westenberger, Zündorf
1979
vergriffen
- 38 Psychologische Erprobungsstudie mit dem Fahrerleistungsmeßfahrzeug**
Echterhoff
1980
- 39 Sammlung und Bewertung ausländischer Maßnahmen zur Erhöhung der innerörtlichen Verkehrssicherheit**
Ruwenstroh, Fleischhauer, Kuller
1979
- 40 Erprobung des Kinder-Verkehrs-Clubs**
Briefs, Lennertz
1978
vergriffen
- 41 Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 2
Einfluß der Trinkgewohnheiten bestimmter Fahrergruppen auf die Verkehrssicherheit
Gebauer, Büschges
1976
vergriffen

- 42 **Innerstädtische Planung als Einflußgröße der Verkehrssicherheit**
Band 3
Einfluß der Siedlungsentwicklung auf die Verkehrssicherheit
Henning, Uhlenbrock
1980
vergriffen
- 43 **Wirksamkeit von Lichtsignalanlagen zur Sicherung von Bahnübergängen**
Erke, Wimber
1980
vergriffen
- 44 **Kriterien für Gestaltung, Einsatz und Wirksamkeit von Verkehrssicherheitsplakaten**
Teil 1 - 3
Graf, Keller
1980
- 45 **Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 3
Analyse der Unfalldaten
Theoretische Konzeption
Bomsdorf, Schmidt, Schwabl
1980
- 46 **Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 4
Analyse der Unfalldaten
Untersuchungsjahr 1977
Bomsdorf, Schmidt, Schwabl
1980
- 47 **Zahl und Struktur der Führerscheininhaber in der Bundesrepublik Deutschland**
Hautzinger, Hunger, Frey
1980
vergriffen
- 48 **Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 5
Literaturauswertung über Ursachen der Alkoholdelinquenz im Straßenverkehr
Gebauer
1980
vergriffen
- 49 **Einfluß von Radwegen auf die Verkehrssicherheit**
Band 1
Untersuchungen von Außerortsunfällen im Landkreis Karlsruhe und im Rhein-Neckarkreis
Köhler, Leutwein
1981
vergriffen
- 50 **Innerstädtische Planung als Einflußgröße der Verkehrssicherheit**
Band 4
Sicherheit und Verhalten in verkehrsberuhigten Zonen
Eichenaier, Streichert, von Winning
1980
- 51 **Repräsentativbefragung zur präklinischen Notfallversorgung**
Sorgatz, Riegel
1980
- 52 **Lehrziele in der schulischen Verkehrserziehung**
Bestandsaufnahme und Klassifikation
Erläuterungen und Anhang A
Heinrich, Hohenadel
1981
vergriffen
- 52a **Lehrziele in der schulischen Verkehrserziehung**
Bestandsaufnahme und Klassifikation
Anhang B
Heinrich, Hohenadel
1981
vergriffen
- 53 **Informelle Zeichengebung im Straßenverkehr**
Merten
1981
- 54 **Informationsverarbeitung und Einstellung im Straßenverkehr**
Bliersbach, Dellen
1981
- 55 **Frage der Ausdehnung der Schutzhelmtreuepflicht**
Krupp, Löffelholz, Marburger
1980
vergriffen
- 56 **Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 6
Beobachtung am Beispiel von Trinkmusterstudien
Schanz
1981
- 57 **Maßnahmen zur Sicherung des innerörtlichen Fahrradverkehrs**
Henning, Schmitz, Faludi
1981
vergriffen
- 57a **Maßnahmen zur Sicherung des innerörtlichen Fahrradverkehrs**
- Anlagen
Henning, Schmitz, Faludi
1981
vergriffen
- 58 **Vier-Länder-Vergleich von Kenngrößen der Straßenverkehrssicherheit**
Japan, Großbritannien, Niederlande, Bundesrepublik Deutschland
1981
vergriffen
- 59 **Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 7
Medienanalyse
Schanz, Kutteroff, Groß
1981
- 60 **Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 8
Analyse der Unfalldaten
Untersuchungsjahr 1978
Bomsdorf, Schmidt, Schwabl
1980

61 Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"

Band 9
Analyse der Unfalldaten
Untersuchungsjahr 1979
Bomsdorf, Schmidt, Schwabl
1981

62 Einfluß von Radwegen auf die Verkehrssicherheit

Band 2
Radfahrerunfälle auf Stadtstraßen
Knoche
1980

vergriffen

63 Untersuchungen zum Rettungswesen

Bericht 7
Organisation und Kosten des Rettungsdienstes
Teil 1 und 2
Kühner
1981

64 Untersuchungen zum Rettungswesen

Bericht 8
Zu Kostenbegriffen im Rettungswesen
Kühner
1981

65 Untersuchungen zum Rettungswesen

Tarife und Tarifsysteime im Rettungsdienst
Kühner
1981

66 Untersuchungen zum Rettungswesen

Bericht 10
Zur Anwendung des Simulationsmodells Rettungswesen
Anwendung in Karlsruhe
Schmiedel, Puhan, Siegener
1981

67 Internationale Erfahrungen mit der Gurtanlegepflicht

Marburger, Krupp, Löffelholz
1982

68 Verkehrsbewährung in Abhängigkeit von Leistungsmotivation, Zielsetzungsverhalten und Urteilsfähigkeit

Sömen
1982

69 Methoden und Kriterien zur Überprüfung des Erfolges von Aufklärungskampagnen

Pfaff
1982

70 Ältere Menschen und Verkehrsaufklärung

Huber
1982

vergriffen

71 Kriterien für Gestaltung und Einsatz der Anlagen des Fußgängerquerverkehrs

Rose, Schönharting, Uschkamp
1982

vergriffen

72 Führung des Radverkehrs im Innerortsbereich

Teil 1
Einbahnstraßen
Ruwenstroth, Habermeier
1982

73 Möglichkeiten zu einer Neugestaltung des Fahrerausbildungssystems

Heinrich, Hundhausen
1982

74 Fahrverhalten von Kraftfahrern bei der Begegnung mit Kindern nach der SIVO-Änderung

Kockelke, Ahrens
1982

vergriffen

75 Wirkungszusammenhang Fahrer - Fahrzeug

Eilinghaus
1982

76 Interaktion von Kraftfahrzeuginsassen

Färber, Pulwit, Cichos
1982

vergriffen

77 Umfang und Schwere dauerhafter Personenschäden im Straßenverkehr

Krupp, Joo
1982

vergriffen

78 Ermittlung der an Fahr-Prüfungsorte zu stellenden Anforderungen

Hampel, Küppers
1982

vergriffen

79 Untersuchungen zum Rettungswesen

Bericht 11
Organisationsformen im Rettungsdienst
Kühner
1983

80 Untersuchungen zum Rettungswesen

Bericht 12
Dokumentationsstudie Rettungsdienst und Krankentransport
Bonn
1982

81 Sicherheitsorientierte Ausbildung von Berufskraftfahrern

Rüter
1983

- 82 Verhaltensorientierte Verkehrserziehung im Vorschulalter**
Limbourg
1983
- 83 Einflüsse von Fahrer- und Straßenmerkmalen auf die Fahrgeschwindigkeit in Ortschaften**
Haas, Herberg
1983
- 84 Medienangebote und Mediennutzung durch Kinder
Orientierungsrahmen für Verkehrsaufklärung**
Hagen, Beike, Biothner, Kellner
1983
- 85 Funktion und Wirkung von Aufklebern an Personenkraftwagen**
Haas
1983
- vergriffen
- 86 Streuung von Schutzkriterien in kontrollierten Aufprallversuchen gegen die starre 30-Grad-Barriere**
Färber
1983
- vergriffen
- 87 Wirksamkeitsuntersuchung zum ADAC-Motorradsicherheitstraining**
Große-Bernd, Niesen
1983
- vergriffen
- 88 Einfluß von Verkehrssicherheitsinformationen auf unfallbeteiligte Kraftfahrer**
Echterhoff
1983
- vergriffen
- 89 Klassifikation und Gefährlichkeit von Straßenverkehrssituationen**
v. Benda, Graf Hoyos, Schaible-Rapp
1983
- 90 Untersuchung der Vorfahrtregelung "Rechts vor Links" unter dem Aspekt der Verkehrssicherheit**
Kockelke, Steinbrecher
1983
- 91 Schutzhelme für motorisierte Zweiradfahrer**
Band 1
Jessi, Flögl, Hontschik, Rüter
1983
- 92 Junge Kraftfahrer in Japan**
Renge
1983
- 93 Führung des Radverkehrs im Innerortsbereich**
Teil 2:
Fußgängerzonen
Harder
1983
- 94 Beeinflussung von Lichtsignalanlagen durch Rettungsfahrzeuge im Einsatz**
Bossert, Hubschneider, Leutzbach, Mott, Swiderski, Zmeck
1983
- 95 Förderung des sozialen Verständnisses von Grundschulern im Straßenverkehr**
Baumgardt-Elms, Küting, Müller
1984
- 96 Führung des Radverkehrs im Innerortsbereich**
Teil 3:
Knotenpunkt
Angenendt
1984
- 97 Verkehrserziehung in der Sekundarstufe I**
Jensch, Schippers, Spoerer
1984
- 98 Führung des Radverkehrs im Innerortsbereich**
Teil 4:
Sicherung in verkehrsberuhigten Straßen
Adelt, Hoffmanns, Kaulen, Richter-Richard
1984
- 99 Verkehrssicherheit in Wohngebieten**
Einflußgrößen, Bewertung und Planungshinweise
Cerwenka, Henning-Hager
1984
- 100 Einflußgrößen auf das nutzbare Sehfeld**
Cohen
1984
- 101 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 13
Ablauforganisation in Rettungsleitstellen
Witte
1984
- 102 Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 10
Analyse der Unfalldaten
Untersuchungsjahr 1980
Bomsdorf, Schwabl
1984
- 103 Akzeptanz flächenhafter Verkehrsberuhigungsmaßnahmen**
Bechmann, Hofmann
1984
- 104 Fahrzeugwerbung und Verkehrssicherheit**
Inhaltsanalyse und Folgerungen
Pflafferott
1984

- 105 Untersuchungen zu Medikamenten und Verkehrssicherheit**
Norpoth
1984
- 106 Führung des Radverkehrs im Innerortsbereich**
Teil 5:
Radwegtrassen
Ruwenstroth
1984
- 107 Schutzkleidung für motorisierte Zweiradfahrer**
Danner, Langwieder, Polauke, Sporer
1984
- 108 Zum Einfluß zusätzlicher hochgesetzter Bremsleuchten auf das Unfallgeschehen**
Marburger
1984
- 109 Typisierung von Straßen im Innerortsbereich nach dem Nutzerverhalten**
Golle, Molt, Patscha
1985
- 110 Überprüfung des Unfallursachenverzeichnisses**
Erke
1985
- 111 Genauigkeit der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik**
Barg, Hautzinger, Ottmann, Polderin, Stenger
1985
- 112 Verkehrssicherheit von städtischen Altbaugebieten**
Müller, Stete, Topp
1985
- 113 Schutzhelme für motorisierte Zweiradfahrer**
Band 2
Otte, Suren
1985
- 114 Schutzhelme für motorisierte Zweiradfahrer**
Band 3
Unfallanalyse
Beier, Heibling, Mattern, Schmidt, Schüler, Schuller, Spann
1985
- 115 Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 11
Gesetzgebung, Polizeiliche Überwachung und Strafgerichtsbarkeit in der Bundesrepublik Deutschland
Kerner
1985
- 116 Die Häufigkeit von Verkehrssituationen**
von Benda
1985
- 117 Stichproben- und Hochrechnungsverfahren für Verkehrssicherheitsuntersuchungen**
Hautzinger
1985
- 118 Sicherheitsrelevante Ausstattung von Fahrrädern**
von der Osten-Sacken, Schuchard
1935
- 119 Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 12
Die Entwicklung des Alkoholkonsums in der Bundesrepublik Deutschland
Persy
1985
- 120 Fußgängersicherheit an Haltestellen**
Rainer R. Hamann
1984
- 121 Sicherung liegendegebliebener Kraftfahrzeuge**
Willing
1985
- 122 Verletzung durch einen Kraftfahrzeugunfall als Ausgangspunkt für die Sicherheitswerbung**
Echterhoff
1985
- 123 Sichere Gestaltung markierter Wege für Fahrradfahrer**
Band 1
Angenendt, Hausen, Jansen, Wutschka
1985
- 124 Der Einfluß der Anpassungsfähigkeit des Auges auf die visuelle Wahrnehmung**
Hesse, Krueger, Zülch
1985
- 125 Flächenhafte Verkehrsberuhigung Unfallanalyse Berlin - Charlottenburg**
Brilon, Kahrmann, Senk, Thiel, Werner
1985
- 126 Unfälle beim Transport gefährlicher Güter auf der Straße 1982-1984**
Bressin
1985
- 127 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 14
Effektivität der Erste-Hilfe-Ausbildung
Sefrin, Schäfer, Zenk
1986

- 128 Untersuchungen zu "Alkohol und Fahren"**
Band 13
Orientierungs- und Verhaltensmuster der Kraftfahrer
Kretschmer-Bäumel, Karstedt-Henke
1986
- 129 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 15
Überprüfung von Erste-Hilfe-Kästen in Kraftfahrzeugen
Wobben
1986
- 130 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 16
Literaturanalyse "Wirksamkeit des Rettungswesens"
Garms-Homolová, Schaeffer, Schepers
1986
- 131 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 17
Unfallursachen bei Unfällen von Rettungsfahrzeugen im Einsatz
Schmiedel, Unterkotler
1986
- 132 Bestandsaufnahme von Art und Dauer der Fahrerschulerausbildung. Für die Fahrerlaubnisklassen 3, 1 und 1b**
Haas
1986
- 133 Verbrauch psychotroper Medikamente durch Studenten
Ergebnis einer Befragung**
Joß
1986
- 134 Analyse von Unfalldunkelziffern**
Lenhart, Siegner
1986
- 135 Flächenhafte Verkehrsberuhigung
Methodenstudie zur Gefahrenbewertung für verkehrsberuhigte Bereiche**
Fechtel, Ruske
1986
- 136 Geschwindigkeitsverhalten auf Mischflächen**
Ahrens, Kockelke
1986
- 137 Prüfverfahren zur Seitenkollision
Versuche mit der Krebsgangbarriere**
Püllwitt, Sievert
1986
- 138 Führung des Radverkehrs im Innerortsbereich**
Teil 6:
Gemeinsame Verkehrsflächen für Fußgänger und Radfahrer
Eger, Retzko
1986
- 139 Bewertung der Lichtsignalsteuerung mit Hilfe der Verkehrskonflikttechnik**
Hofmann, Slapa
1986
- 140 Unfallsituationen und -folgen von Fahrradfahrern**
Alrut, Otte
1986
- 141 Verbesserung der Sichtbedingungen aus Nutzfahrzeugen**
Henseler, Heuser, Krüger
1986
- 142 Regelabweichendes Verhalten von Fahrradfahrern**
Kuller, Gersemann, Ruwenstroth
1986
- 143 Untersuchung zur Auswirkung der vorübergehenden Anordnung von Tempo 100 auf Bundesautobahnstrecken im Rahmen des Abgas-Großversuchs auf das Unfallgeschehen**
Marburger, Meyer, Ernst
1986
- 144 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 18
Erste Hilfe in der Bundesrepublik Deutschland
-Situationsanalyse-
Kuschinsky, Schmiedel, Unterkotler
1986
- 145 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 19
Effizienz der Rettungsorganisation
Borjans
1986
- 146 Verkehrserziehung in der Primarstufe: Sozial-kognitive Anforderungen und Konzeption**
Kütting
1986
- 147 Statistische Verfahren zur Analyse qualitativer Variablen**
Arminger, Küster
1986
- 148 Einführung in das Arbeiten mit GLIM zur Analyse mehrdimensionaler Kontingenztafeln mittels loglinearer und Logit-Modelle**
Ernst, Brühning
1987

- 149 **Analyse und Beseitigung von Unfallstellen im außerörtlichen Straßennetz**
Kraus, Trapp
1986
- 150 **Schutzhelme für motorisierte Zweiradfahrer**
Band 4
Helmvisiere
Buser, Christ, Jessl, Stangl
1987
- 151 **Wirkung von Neuroleptika auf relevante Aspekte der Fahrtüchtigkeit bei schizophrenen Patienten**
Grübel-Mathyl
1987
- 152 **Datenbank internationaler Verkehrs- und Unfalldaten**
Brühning, von Fintel, Nußbaum
1987
- 153 **Fahrerverhaltensuntersuchungen zur Verkehrssicherheit im Bereich von Ortseinfahrten**
Kockelke, Steinbrecher
1987
- 154 **Bedeutung, Besonderheiten und Rekonstruktionen der Mehrfachkollisionen von Personenkraftwagen**
Appel, Otte, Schlichting
1987
- 155 **Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 20
Ermittlung abgestufter Richtwerte für die Bereitstellung von Fahrzeugen im Rettungsdienst
Lenhart, Puhán, Siegener
1987
- 156 **Sicherheitswidrige und sicherheitsgemäße Reaktionen auf den eigenen Kraftfahrzeugunfall**
Echterhoff
1987
- 157 **Fahrversuche und Labortests unter Einfluß von Diazepam**
Recker
1987
- 158 **Untersuchungen zu Determinanten der Geschwindigkeitswahl**
Band 1
Auswertung von Geschwindigkeitsprofilen auf Außerortsstraßen
Bald
1987
- 159 **Aktion "Minus 10 Prozent" in Österreich**
Risser, Michalk
1987
- 160 **Technikwissen und Fahrverhalten junger Fahrer**
Küster, Reiter
1987
- 161 **Straßenverkehrsbeteiligung von Kindern und Jugendlichen**
Wittenberg, Wintergerst, Passenberger, Büschges
1987
- 162 **Bedeutung der Fahrstundenzahl für die Gefährdung von Fahranfängern - Methodenentwicklung und Ergebnisse -**
Haas
1987
- 163 **Einsatzkriterien für Anlagen des Fußgängerquerverkehrs - Ergänzungsuntersuchung -**
Neumann
1987
- 164 **Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 21
Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin
Garms-Homolová
1987
- 165 **Ein Beitrag zur Beschreibung des Sicherheitsempfindens von Fußgängern auf innerstädtischen Straßen**
Ahrens
1987
- 166 **Vorher/Nachher-Untersuchungen zu Umbaumaßnahmen an Ortseinfahrten im Kreisgebiet Neuss**
Kockelke, Rossbander, Steinbrecher
1987
- 167 **Methodik und Analyse von (simultanen) Wirksamkeitsuntersuchungen**
Brühning, Ernst, Arminger
1987
- 168 **Blickverhalten und Informationsaufnahme von Kraftfahrern**
Cohen
1987
- 169 **Untersuchungen zu Determinanten der Geschwindigkeitswahl**
Bericht 2
Streckencharakteristik und Geschwindigkeitswahl
Otten, Schroiff
1988

vergriffen

vergriffen

- 170 Wirksamkeit der Nachschulungskurse bei erstmals alkoholauffälligen Kraftfahrern**
- Bestandsaufnahme nach drei Jahren -
Stephan
1988
- 171 Verantwortliches Handeln im Straßenverkehr**
- Literaturstudie -
Schmidt
1988
- 172 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 22
Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin
Stellenwert des NAW -Dienstes im Einsatzspektrum des Notfallrettungsdienstes
Hüner
1988
- 173 Biomechanische Belastungsgrenzen**
Aktualisierte Literaturstudie zur Belastbarkeit des Menschen beim Aufprall
Gülich
1988
- 174 Testverfahren zur Überprüfung des Einflusses von Arzneimitteln auf die Verkehrssicherheit**
Psychologischer Schwerpunkt
Brückner, Peters, Sömen
1988
- 174a Testverfahren zur Überprüfung des Einflusses von Arzneimitteln auf die Verkehrssicherheit**
Medizinischer Schwerpunkt
Staak, Hobi, Berghaus
1988
- 175 Maßnahmen zur Verminderung von außerörtlichen Nachtunfällen**
Rüth
1988
- 176 Wahrnehmungsbedingungen und sicheres Verhalten im Straßenverkehr: Situationsübergreifende Aspekte**
Grimm
1988
- 177 Wahrnehmungsbedingungen und sicheres Verhalten im Straßenverkehr: Wahrnehmung in konkreten Verkehrssituationen**
Leutzbach, Papavasiliou
1988
- 178 Die Berücksichtigung privater Nutzen und Kosten bei der Bewertung von Verkehrssicherheitsmaßnahmen**
Willeke, Lewen
1988
- 179 Abschätzung der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens im Straßenverkehr**
Cerwenka, Matthes, Rommerskirchen
1988
- 180 Zur Bedeutung von Verkehrsraumkategorien für Verkehrssicherheitsempfehlungen zum Radfahren von Kindern**
Günther
1988
- 181 Sicherheitsbeurteilung kleiner Stadt - PKW**
Gaßmann, Klippert
1988
- 182 Quantifizierung der passiven Sicherheit**
Teil 1:
Pilotstudie
Kramer, Glatz, Lutter
1988
- 183 Vergleich der Verkehrssicherheit in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien**
Leutzbach und andere
1988
- 184 Medikamente, Drogen und Alkohol bei verkehrsunfallverletzten Fahrern**
Hausmann, Möller, Otte
1988
- 185 Curriculum zur Ausbildung motorisierter Zweiradfahrer**
Flügel, Reiter
1988
- 186 Untersuchungen zum Verkehrsverhalten und zur Verkehrssicherheit an Autobahnbaustellen**
Kockelke, Rossbänder
1988
- 187 Das Unfallgeschehen bei Nacht - Unfallhäufigkeit, Unfallrisiko und Unfallstruktur -**
Brühning, Ernst, Schmid
1988
- 188 Schutzhelme für motorisierte Zweiradfahrer**
Band 5
Theoretische Simulation zur Verbesserung der Schutzwirkung
Öry, Köstner
1988
- 189 INVUD - Datenbank internationaler Verkehrs- und Unfalldaten**
Entwicklungsstand Frühjahr 1989
Brühning, Dreissus, von Fintel
1989

- 190 Radfahren - aber sicher!**
Symposion der Deutschen Verkehrswacht
in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Straßenwesen
am 16./17. November 1987
1989
- 191 Sehvermögen von Pkw-Fahrern**
Eine empirische Untersuchung über die Tagessehschärfe und
die Dämmerungsehschärfe von Pkw-Fahrern aus dem
Kölner Stadtgebiet
Joö Röhrig
1989
- 192 Schutz von Kindern in Pkw**
Krüger
1989
- 193 Untersuchungen zu Determinanten
der Geschwindigkeitswahl**
Bericht 3
Situationsangemessene Geschwindigkeitswahl auf
Außerortsstraßen
Ruwenstroth, Kuller, Radder
1989
- 194 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 23
Analyse und Beurteilung der Notfallrettung in Berlin
Strukturelle Aspekte der Notfallversorgung durch Notarztwagen
1989
- 195 Verkehrsmobilität und Unfallrisiko
in der Bundesrepublik Deutschland**
Ergebnisbericht
Hautzinger, Tassaux
1989
- 195a Verkehrsmobilität und Unfallrisiko
in der Bundesrepublik Deutschland**
Tabellenanhang - Teil 1 -
Hautzinger, Tassaux
1989
- 195b Verkehrsmobilität und Unfallrisiko
in der Bundesrepublik Deutschland**
Tabellenanhang - Teil 2 -
Hautzinger, Tassaux
1989
- 196 Vergleich der Ergebnisse von
Feld- und Simulatorexperimenten
zum Überholverhalten von Kraftfahrern**
Otten, Habermehl
1989
- 197 Zur Sicherheitswirkung von Fahrradkellen**
Angenendt, Hausen
1989
- 198 Disco - Unfälle**
Marthiens, Schulze, Fiedler, Berninghaus, Csernak, Hoppe
1989
- 199 Fahrzeugtechnische Hilfen zur Einhaltung
von Sicherheitsabständen**
Nicklisch, Löffelholz
1989
- 200 Einfluß von Informationen
zur Verkehrssicherheit
auf unfallbeteiligte Kraftfahrer**
Spoerer
1989
- 201 Psychologische Formen des Umgangs
mit den neuen Fahrerlaubnisregelungen**
Vierboom
1989
- 202 Sichere Gestaltung markierter Wege
für Fahrradfahrer**
Band 2
Angenendt
1989
- 203 Verkehrsgerechte Lage von
Haltestellen im Straßenraum
unter dem Aspekt der Verkehrssicherheit**
Linnenberg
1989
- 204 The Pedestrian and City Traffic**
Hass - Klau
1989
- 205 Erfahrungen mit Tempo 30 - Regelungen
aus dem Betrieb von Bussen im ÖPNV**
Bruder, Fahl, Krämer, Luda, Leicher, Schünemann, Voss,
Wewers
1989
- 206 Flächenhafte Verkehrsberuhigung**
Band 1
Maßnahmendokumentation Teil Buxtehude
Krause
1989
- 207 Untersuchungen zum Rettungswesen**
Bericht 24
Die Versorgung von Notfallpatienten durch den Rettungsdienst
der Region Franken
Schmiedel, Unterkolfer
1989
- 208 Kriterien für Gestaltung, Einsatz und Sicher-
heit von alternativen Fußgängerüberwegen**
Wiebusch - Wothge
1989

Ab der laufenden Nr. 93 werden die Forschungsberichte des Bereiches Unfallforschung der Bundesanstalt für Straßenwesen zum Preis von DM 10,- (sehr umfangreiche Berichte DM 15,-) verkauft.

Vorherige Hefte werden, soweit nicht vergriffen, zum Stückpreis von DM 5,- abgegeben. Die vergriffenen Veröffentlichungen können in der BAST eingesehen werden.

Bei Interesse am Dauerbezug besteht die Möglichkeit des Abonnements. Gegen Vorauszahlung eines Betrages von DM 100,- jährlich werden alle im betreffenden Jahr erscheinenden Hefte beider Reihen kostenfrei zugesandt. Einzelhefte und Abonnements sind zu beziehen durch:

Verlag G. Mainz, Neupforte 13, 5100 Aachen, Telefon 0241/27305.

