Nächste Ausfahrt: Zukunft. Doch wohin genau führt die Reise im Rettungswesen dann? *(Bild: «The Nonprofit Quarterly»)*

Vor enormen Herausforderungen

Die Schweizer Rettungsszene im Jahr 2030: ein Blick in die Zukunft

Von Oliver Lanter, dipl. Rettungssanitäter HF, Winterthur

«Prognosen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen.»
Robert Lembke

Die Rettungsszene ist neu. Noch vor 20 bis 30 Jahren war das Legen eines intravenösen Zugangs als Massnahme mit möglicherweise tödlichen Folgen verteufelt worden, noch vor 10 Jahren war das EKG-Display nicht grösser als jenes heutiger Mobiltelefone, noch vor 5 Jahren galt der Einsatz des Rettungsbretts als revolutionär, und noch gestern glaubten wir vielleicht, unser Rettungsdienst würde weiterhin sowohl Primär- als auch Sekundäreinsätze ausführen.

Vom Nebenzweig zur eigenständigen Branche

In unserer Branche läuft im Moment eine Vielzahl kleiner und grösserer Entwicklungen. Daran merken wir, wie die moderne Rettungsszene immer noch sehr jung und im Wachsen begriffen ist. Seit das erste Mal ein Patient zu Hause von einer intravenösen Therapie profitieren durfte, hat sich viel getan, und die präklinische Notfallversorgung hat sich professionalisiert. Die Rettungsszene wuchs so schnell, dass innert kürzester Zeit aus einem Nebenzweig des Gesundheitswesens eine eigenständige Branche entstanden ist.

Rasanter Wachstumsprozess

Mit dieser rasanten Entwicklung vermochten nicht alle Betriebe Schritt zu halten. Sie bewirkte ein grosses Ausmass an verschiedensten Konsequenzen, sei dies in der Personalpolitik, sei dies im betrieblich-organisatorischen, im technischen, im medizinischen oder im infrastrukturellen Bereich. All diese Anpassungen veränderten die tägliche Arbeit in den Rettungsdiensten. Und noch immer ist dieser Wachstumsprozess keinesfalls abgeschlossen; im Gegenteil, er wächst im Moment so rasant wie selten zuvor. In verschiedenen Bereichen laufen zurzeit diverse Entwicklungen, welche die Rettungsszene nachhaltig prägen werden. Produzenten technologischer Neuerungen – Medizinaltechnik, Fahrzeugbau, Pharmakologie usw. – überbieten sich gegenseitig im Anpreisen ihrer Neuerungen.

Mit den steigenden Kosten im Gesundheitswesen steigen auch die Erwartungen und Ansprüche an die Rettungsdienste. Die Messlatte wird immer höher gehängt, und die qualitativen Standards werden fast jährlich neu definiert. Wer nicht Schritt hält, könnte schnell aus

55052_SOL_4_11.indd 14 19.03.12 09:07

dem Kreis jener Begünstigten fallen, die Anrecht auf Subventionen haben, deren Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden und deren juristische Rückendeckung gewährleistet ist. Um es auf den Punkt zu bringen: die Rettungsdienste haben in den meisten Fällen keine andere Wahl, als den Tanz der «Aufrüstung» mitzutanzen.

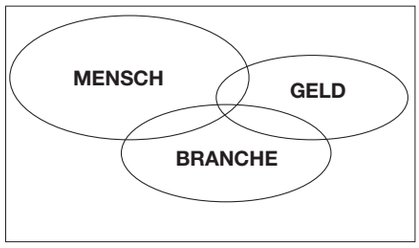
Veränderungen kennen, um richtig reagieren zu können

Der vorliegende Text trägt dieser Entwicklung Rechnung. Er soll dazu dienen, uns einen Eindruck zu vermitteln, wohin die Reise der Rettungsszene geht und welche Veränderungen und Entwicklungen tatsächlich ernst zu nehmen sind, damit wir uns auf zukünftige Herausforderungen in unserem Beruf einstellen können. Denn für den Umgang mit den Konsequenzen des anstehenden Wandels ist ein Vorgehen, das sich am Status quo orientiert, nicht auf die Anforderungen der Zukunft vorbereitet. Wir müssen somit die sich anbahnenden Veränderungen kennen, wollen wir künftig aktiv gestalten und nicht bloss reaktiv wirken.

Machen wir mit diesem Artikel also bewusst einen Schritt zurück, treten aus den lärmigen Messehallen hinaus und verschaffen uns gleichsam aus der Vogelperspektive einen Überblick über den unsere Branche einbettenden Kontext und die grösseren Zusammenhänge der bevorstehenden mittel- und langfristigen Entwicklungen. Der Leitgedanke soll das Öffnen unseres Betrachtungshorizontes sein. Es sollen hier, im Gegensatz zu den Entwicklungen, die auf der Hand liegen und für jeden ersichtlich sind, auch Trends gezeigt werden, die branchenextern entstehen, aber massiven Einfluss auf die Rettungsszene haben.

Drei Haupttrends

Die Scorpions singen und pfeifen vom «Wind Of Change», doch was an Veränderungen auf die Rettungsszene wie auch auf jeden anderen Wirtschaftsbereich bis ins Jahr 2030 zukommen wird, ist weniger dazu angetan, uns beschwingt zu stimmen. Bei der Ermittlung von Prognosen ist es eminent wichtig, die Vergangenheit und damit die Ursachen und Gründe gewisser Entwicklungen zu kennen. Nur wer versteht, wie ein Problem entstanden ist, wird schliesslich in der Lage sein, es zu lösen. Zudem kann keine Branche nur für sich alleine betrachtet werden, denn sie unterliegt gewissen allgemeinen Entwicklungen, welche die ganze Wirtschaft beeinflussen. So ist natürlich auch das Rettungswesen Veränderungen der *Gesellschaft* (Trend «Mensch») und der *Finanzlage* (Trend «Geld») unterworfen. Selbstverständlich dürfen *branchenspezifische Tendenzen* (Trend «Branche») nicht gänzlich ausser Acht gelassen werden.



Die drei zusammenhängenden Haupttrends, welche die Entwicklung des Rettungswesens bestimmen werden. (ol)

Sozioökonomische Analyse

Die *Analyse von Demografie, Volksgesundheit, Gesundheitsfinanzierung und Branchenentwicklungen* basiert auf einem grossen Fundament an statistischen Daten. Ist dieses erst einmal gelegt, können wir nicht nur Rückschlüsse auf die Vergangenheit ziehen, sondern sind auch in der Lage, daraus zukünftige Entwicklungen abzuleiten. Beleuchten wir also die drei erwähnten, unsere Branche hauptsächlich beeinflussenden Trends – stark zusammengefasst – vor dem *statistischen Hintergrund*.

Trend «Mensch»

Demografische Entwicklungen und die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung weisen eine starke Korrelation auf, weshalb Ursache und Wirkung nur schwer unterschieden werden können. Wir dürfen aber festhalten, dass die Schweiz im internationalen Vergleich zur Gesundheits- und Lebenserwartung seit vielen Jahren eine führende Stellung einnimmt. Als Grundlage dafür verfügt sie über die wichtigsten sozialen Determinanten: Entwicklung, Bildung und Gesundheit.

Der auf diesem Fundament fussende demografische Wandel lässt sich am Bild der Bevölkerungspyramide erklären, welche sich in der Form zunehmend zu einer Urne verwandelt. Dies bedeutet Folgendes: Erstens herrscht ein Geburtendefizit. Jede nachfolgende Generation ist um einen Drittel kleiner als die Generation der Eltern. Zweitens hat die Schweiz ein anhaltendes, aber zunehmend abflachendes Bevölkerungswachstum. Das merken vor allem die städtischen Agglomerationen und ist primär durch die Immigration begründet. Drittens steigt die Lebenserwartung, was wir vor allem den verbesserten sozialen Determinanten und dem medizintechnischen Fortschritt zu verdanken haben.

Bezeichnend für die kommenden Dekaden wird dabei die starke Beschleunigung der demografischen Alterung unserer Gesellschaft sein. So verändert sich das Verhältnis der Personen im erwerbsfähigen Alter zu den Personen im Rentenalter von heute 4:1 auf gegen 2:1. Die demografische Entwicklung bewirkt also kurz gesagt, dass es immer schneller immer mehr immer ältere Menschen geben wird.

Die Volksgesundheit und ihre Entwicklung zeigen sich in einem paradoxen Bild. Während die Lebenserwartung dank der verbesserten Gesundheitsversorgung steigt, nehmen auch die chronisch degenerativen Erkrankungen zu. Bei einer älter werdenden Bevölkerung nimmt gegen den Lebensabend hin auch die Altersmorbidität zu. Viel bedenklicher ist aber die tendenzielle Zunahme hausgemachter Zivilisationskrankheiten wie psychische Erkrankungen oder Adipositas, welche wiederum Ursache verschiedener systemischer Folgeerkrankungen sind. Vor diesem Hintergrund werden wir im Einsatz zukünftig ein sehr viel komplexeres Patientenprofil antreffen.

Ein Blick auf die Trend- und Zukunftsforschung bestätigt uns diese Entwicklungen; es ist eine starke Kongruenz von Megatrends – «Silberne Revolution», «aktive Gesundheitsvorsorge» usw. – und statistischen Prognosen auszumachen.

55052_SOL_4_11.indd 15 19.03.12 09:07

Trend «Geld»

Das Mittel gegen die steigenden Kosten im Gesundheitswesen ist noch nicht gefunden, weshalb diese auch in Zukunft weiter steigen und sich bis ins Jahr 2030 mindestens verdoppeln werden. Dabei spielen die wachsende Zahl der Patienten genauso eine Rolle wie die zunehmende durchschnittliche medizinische Leistung pro Patient oder die steigenden Kosten pro Leistungseinheit. Eine Prognose ist indessen aber sowieso schwierig oder gar unmöglich, weil im Jahr 2012 die schweizweite Einführung der neuen Spitalfinanzierung für den stationären Bereich (*DRG-System* oder Fallpauschalen) erfolgen und damit einen regelrechten Paradigmenwechsel auslösen wird – pekuniäre Konsequenzen nicht antizipierbar.

Trend «Branche»

Die noch relativ junge Rettungsszene hat das flächenmässige Wachstum abgeschlossen und befindet sich momentan in der Konsolidierungsphase, bevor sie sich über die Standardisierung endgültig professionalisieren wird. Dieser Entwicklungsprozess muss erschwerenderweise in Zeiten des Umbruchs vollzogen werden. Sowohl die Demografie wie auch die Gesundheitspolitik und die Finanzsituation rechnen mit einer Zunahme der Patientenzahl und haben erste regulierende Massnahmen in die Wege geleitet, welche für unsere Branche tiefgreifende strukturelle Veränderungen nach sich ziehen werden. Darauf muss sich das Schweizer Rettungswesen vorausschauend und aktiv einstellen.

Allerdings betrifft dieser Strukturwandel nicht nur die Rettungsdienste, sondern es werden alle Partner, welche in die medizinische Akutversorgung involviert sind, grosse Herausforderungen zu bestehen haben. Für die Hauptakteure bedeutet dies Folgendes: Die *Einsatzleitzentralen* werden noch differenzierter mit den zur Verfügung stehenden Rettungsmitteln haushalten müssen. Zudem werden sich hier weitere Fusionen anbahnen. Die Rettungsdienste werden primär das Problem der Angebotslücke zu lösen haben. Nebst dem Fehlen qualifizierter Rettungssanitäter werden sie sich ebenso auf die zunehmende Wichtigkeit von Interhospitaltransfers einstellen, aber auch vermehrt mit Fusionen auseinandersetzen müssen. Die *Spitäler* kennen den Personalmangel gleich in zweifacher Hinsicht und müssen nach Lösungen für das fehlende Ärzte- und Pflegepersonal suchen. Die Zentrumsspitäler hingegen müssen ihre Akutversorgung mit baulichen und organisatorischen Massnahmen auf Vordermann bringen. Professionelle Triagestellen sind nicht mehr diskutabel, sondern zum Funktionieren einer modernen Notfallstation schlicht unabdingbar. Die *Rettungsschulen* schliesslich werden konzeptionell näher zusammenrücken und sich vereinheitlichen. Hier wird die Realisation struktureller Anpassungen der Rettungsszene ihren Anfang nehmen.

Einfluss der Swiss DRGs auf die Rettungsszene

Die Analyse eröffnet uns einige Ergebnisse, die uns hellhörig werden lassen. In diesem Artikel können wir nicht auf alle Aspekte eingehen. Einer jedoch lohnt die genauere Betrachtung. Denn im Trend «Geld» haben wir einen ebenso aktuellen wie brisanten Hebel, der bei den Gesundheitskosten ansetzen soll, angesprochen. Gehen wir etwas näher auf dieses Finanzierungsmodell und seine Konsequenzen auf unsere Branche ein.

Das im Jahre 2012 schweizweit in Kraft tretende DRG-System wird vieles verändern und gilt in der Spitalfinanzierung gar als Paradigmenwechsel. Dass diese Veränderungen ausschliesslich positiven Charakters sein werden, scheint mehr als fraglich. Trotz der immer noch anhaltenden Debatte (jüngst ist der Spitalverband *H+* von der gemeinsamen Vereinbarung mit dem Verband der Schweizer Krankenkassen *santésuisse* über die Begleitmassnahmen zur Einführung von Fallpauschalen zurückgetreten, weshalb nun der Ball beim Bund liegt) sieht es im Moment danach aus, dass die Fallpauschalen tatsächlich implementiert werden.

Auf uns in der Rettungsszene hat diese kostenregulierende Massnahme enormen Einfluss. Der Einfluss dieses primär nur die Spitäler betreffenden Mittels wird Ausmasse annehmen, dass sogar eine in unserer Branche längst fällige Entwicklung nicht mehr weiter wird hinausgezögert werden können. Ökonomisch, personell und logistisch machte die operative Trennung von Primäreinsätzen (D1, D2) und Sekundäreinsätzen (D3) schon lange Sinn. Interhospitaltransfers werden zukünftig als eigenes Marktsegment stark an Wichtigkeit gewinnen.

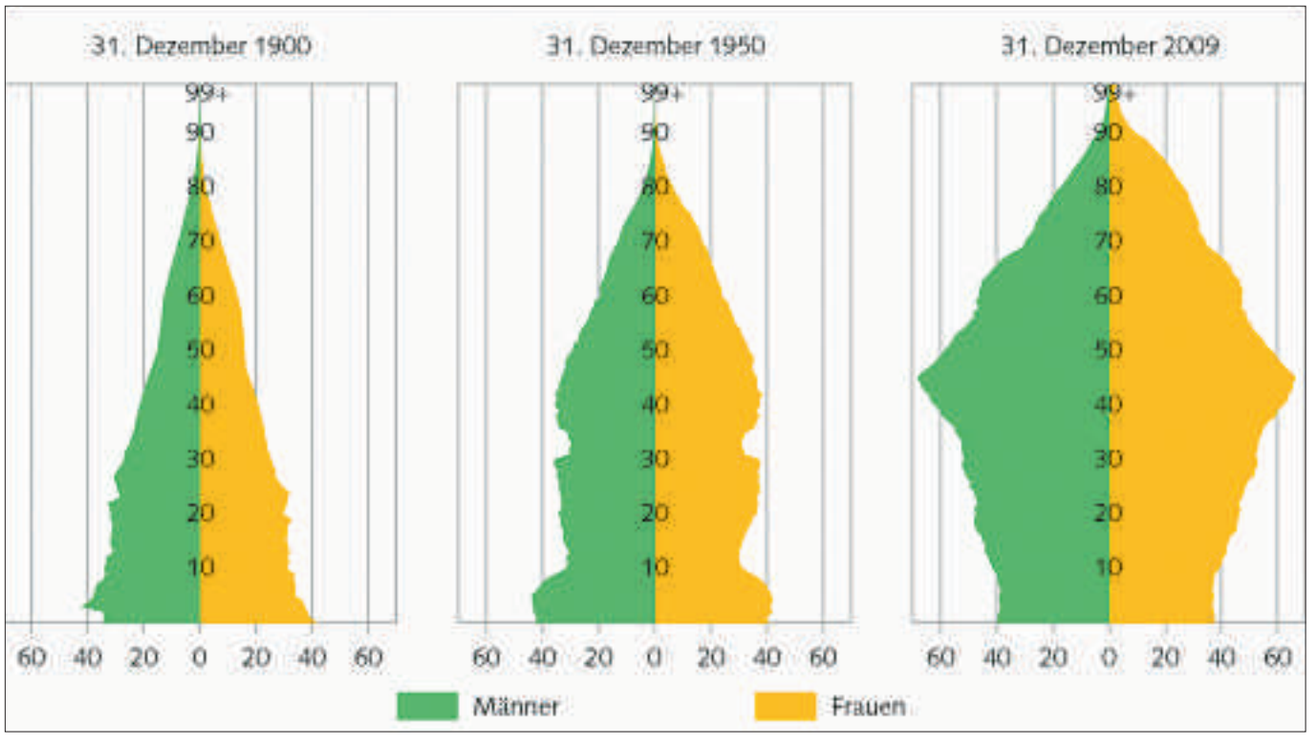
Was genau ist darunter zu verstehen? Als Interhospitaltransfer (Sekundärtransport, D3) wird per definitionem jeder Patiententransport zwischen Krankenhäusern beziehungsweise diagnostisch-therapeutischen Versorgungseinheiten bezeichnet. «Eine Indikation besteht, sobald Therapie- und Diagnostikoptionen in den verlegenden Krankenhäusern für eine adäquate Patientenversorgung nicht ausreichen oder Spezialbehandlungsverfahren erforderlich sind. Auch Rückverlegungen zur Wiederherstellung der Aufnahmekapazität von Behandlungszentren sind Gründe für eine Interhospitalverlegung.»

So viel zur Definition. In welchem Zusammenhang stehen nun aber die Sekundärtransporte mit der neuen Spitalfinanzierung? Im Folgenden betrachten wir uns drei der wahrscheinlichsten Kausalitäten.

1. Steigende Anzahl von Interhospitaltransfers

Die flächendeckende Einführung der Fallpauschalen wird auf dem Markt medizinischer Dienstleistungen zwangsläufig zu Spezialisierungen und Schwerpunktbildungen führen, welche weit über die aktuelle Diskussion um die Zahl und Standorte der Schweizer Herztransplantationskliniken gehen wird. Diese Heterogenisierung hat zur Folge, dass jeder nur noch das macht, was er am besten, ergo am effizientesten kann, und er wird alle weiteren Leistungen anderen überlassen, sprich den Patienten verlegen. Der Rettungsdienst nun ist im Rahmen der Patientenverlegungen das logistische Bindeglied zwischen den Schnittstellen von Akutkliniken beziehungsweise weiteren Einrichtungen zur Krankenversorgung – im weitesten Sinne ist hier in zunehmendem Masse das eigene Bett zu Hause mitzuzählen. Räumlich getrennte Behandlungsein-

55052_SOL_4_11.indd 16 19.03.12 09:07



Ein Blick auf die demografische Entwicklung in der Schweiz zeigt klar, dass es immer mehr ältere Menschen geben wird (Vertikalachse: Alter. Horizontalachse: Anzahl Menschen in 1000 pro Altersjahr). *(Bild: Bundesamt für Statistik)*

heiten werden selbst über weite Strecken verbunden und entsprechend umfassende Therapieabläufe und Prozesse werden möglich.

In *Deutschland* wurde das DRG-System bereits vor mehreren Jahren eingeführt, wodurch erste empirische Betrachtungen möglich sind. Diese zeigen Bemerkenswertes: Obwohl die Interhospitaltransfers für die Rettungsdienste kein Novum mehr gewesen sind, hat sich jedoch ein überproportionaler Bedarf an qualifizierten Patientenverlegungen erst seit Einführung der Fallpauschalen und parallel zu den strukturellen Veränderungen im Krankenhausbereich entwickelt. Deutschland schätzt die Anstiegsrate als Folge der DRG-Einführung auf 20 Porzent – Tendenz steigend.

Wieso also führt diese neue Spitalfinanzierung zu einem erhöhten Einsatzaufkommen von Sekundärtransporten? Der Wurm steckt in den budgettechnischen Anreizen. Die zukünftige Zunahme chronisch kranker und multimorbider Patienten steht mit den naturgemäss ebenfalls steigenden Kosten pauschalisierten Erlösen gegenüber. Als Folge droht die Einnahme- und Ausgabesituation auseinanderzuklaffen. Somit bergen die Abrechnungsbestimmungen des neuen Entgeltsystems die latente Gefahr, dass besonders kostenintensiv zu behandelnde Patienten aus rein ökonomischen Überlegungen in andere Spitäler verlegt werden.

Noch etwas zugespitzter ist folgendes Szenario. Wir alle haben auf unsere zur Anamnese gehörende Frage nach dem Grund der Verlegung schon einmal die Antwort erhalten: «Wir haben keinen Platz mehr.» Im neuen System könnten nun Anreize entstehen, unter dem ökonomischen Zwang ein wirtschaftlich ausgewogenes Patientenkollektiv zu bilden, Patienten unmittelbar nach der Aufnahme unter Berufung auf Versorgungsengpässe in andere Spitäler weiterzuverlegen. Laut einer Interhospitaltransfer-Studie seien deshalb in den USA entsprechende Flankierungen notwendig geworden, und die Patientenverlegung aus ökonomischen Motiven sei sogar gesetzlich verboten worden. Auch in der Schweiz dürfen die budgettechnischen Anreize für Interhospitaltransfers nicht unterschätzt werden. Wenn das Schweizer System diesbezüglich dieselben Bestimmungen wie das deutsche vorsieht, dann rechnen im Rahmen einer Verlegung beide beteiligten Krankenhäuser eine eigenständige DRG-Fallpauschale ab. Der für Spitäler bestehende Anreiz – entweder zur Verlegung oder zur Aufnahme – wird deshalb auch «Push-Pull-Effekt» genannt.

2. Zunehmend kurzfristige Disposition

In der Folge dieser unmittelbar nach Aufnahme initiierten Verlegungen steigt nicht nur die Zahl der Transfers, sondern auch ihre Kurzfristigkeit. Rettungsdienste müssen in Zukunft sozusagen auch im Sekundärbereich auf Abruf sein. Diesem Umstand leistet ferner der Akutversorgungsauftrag Vorschub. Spitäler, welche dieser gesetzlichen Verpflichtung unterliegen – was die meisten sein dürften –, müssen ausreichende Kapazitäten für Notfallpatienten vorhalten. Allerdings ist es eine Gratwanderung zwischen ökonomisch vertretbaren Reservekapazitäten einerseits und wirtschaftlicher Bettenauslastung andererseits, weshalb der Rettungsdienst auch aus diesem Grund vermehrt kurzfristig wird Patientenverlegungen zwischen den Spitälern ausfüh-

55052_SOL_4_11.indd 17 19.03.12 09:07

ren müssen, damit diese ihr Versorgungspotenzial aufrecht erhalten können.

3. Zunehmend ressourcenintensive Verlegungen

Es ist nicht nur die Kurzfristigkeit, welche in Zukunft der Disziplin der Patientenverlegungen Zusätzliches abverlangen wird. Eine wachsende Herausforderung werden auch die Sekundäreinsätze mit akut gefährdeten Patienten darstellen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Spitalspezialisierungen und des grösser werdenden Mangels an qualifiziertem Personal, könnten sich IPS-Verlegungen bald zu einem ernstzunehmenden Problem auswachsen. Wenn wir wieder die Situation in Deutschland betrachten, sehen wir, dass in der vergangenen Dekade die Anzahl der Transporte von Intensivpatienten stark zugenommen hat und wegen der Neustrukturierung der Spitallandschaft weiter zunehmen wird. In der Bundesrepublik hat sich aus dieser Tatsache bereits heute ein neuer Zweig des Rettungsdienstes entwickelt.

Die Intensivverlegung als Spezialdisziplin macht nicht nur wegen der wachsenden Nachfrage Sinn, sondern stellt auch aus Sicht der Ressourcen ein eigenes Fachgebiet dar. Um eine lückenlose intensivmedizinische Betreuung sicherstellen zu können – wobei wir dabei noch nicht einmal vom «transfer stress» oder dem «translocation syndrome» gesprochen haben –, werden sowohl an das Fahrzeug und dessen Inventar wie auch an die fachliche Qualifikation des Personals besondere Anforderungen gestellt.

Ein weiterer Grund ist der Umstand, dass IPS-Verlegungen oft – sei dies aus fachlicher Sicht oder aus Gründen von Kompetenzbeschränkungen des Rettungsdienstpersonals, oder schlicht aus dem Wunsch des Spitals heraus – von Ärzten begleitet werden. Der sich zunehmend verschärfende Mangel an ärztlichem Personal jedoch wird dessen Freistellung für eine solche Begleitung je länger, je schwieriger werden lassen. Dasselbe gilt für das Aufgebot eines Notarztes; dieser würde im regulären Notfalldienst ausfallen.

Ferner spricht auch die Begrenztheit logistischer Mittel für die regulierte Vorhaltung eines spezialisierten Intensivtransportsystems. Denn meistens ist eine Einsatzambulanz (EA) für derlei Bedürfnisse zu klein, weshalb ein Rettungstransportwagen (RTW) aufgeboten wird. Und schon haben wir das gleiche Problem wie beim Aufgebot eines Notarztes: Durch derlei Verlegungen gebundene Rettungsmittel können zu Engpässen in der primären Notfallrettung führen. Die beträchtlichen Auswirkungen in Form zusätzlicher Belastung einer Arbeitsschicht durch das Fehlen eines Fahrzeugs bekommen wir ja schon heute bei längeren Verlegungen oder einem krankheitsbedingten Ausfall eines Teams zu spüren.

Fassen wir zusammen, was in Zukunft verändernde Wirkung auf Interhospitaltransfers haben könnte. Erstens wird der Rettungsszene aufgrund des demografischen, aber auch des spitallandschaftlichen Wandels eine steigende Anzahl sowohl «normaler» als auch spezieller Verlegungen ins Haus stehen. Zweitens werden diese in zunehmendem Masse kurzfristig disponiert werden – meistens aus ökonomischen Gründen. Und drittens werden ressourcenintensive Verlegungen die primäre Notfallrettung empfindlich schwächen. Aus diesen Gründen sind flächendeckende Anpassungen der rettungsdienstlichen Infrastruktur notwendig.

Operative Trennung der Versorgungsstruktur – ein Gedankenspiel

Wenn wir diese Entwicklung betrachten und uns unseren Arbeitsalltag vor Augen halten, drängt sich die Frage auf, wie der eigene Rettungsdienst diesen kommenden Anforderungen im Sekundärbereich gewachsen sein soll. Stellen wir diese Frage also ins Zentrum eines kleinen Gedankenspiels.

Angenommen, die Versorgungsstruktur würde operativ getrennt, sprich Primär- und Sekundäreinsätze würden nicht mehr von denselben Unternehmen aus-

Schweizer Institut für Rettungsmedizin

Unsere Bildungsprogramme
Jetzt Programm 2012 bestellen

Berufsausbildungen

Dipl. Rettungssanitäter HF	Start: Juni 2012
Dipl. Rettungssanitäter HF für Pflegende	Start: Juni 2012

Fortbildungen
Offizielle AHA-Kurse: ACLS und PALS
Offizielle PHTLS- und AMLS-Kurse
Team Resource Management

Vorteile für Seminarteilnehmer
- Verpflegung im Seminarpreis enthalten
- Vergünstigte Parkgebühr
- Hotel und Restaurant vor Ort

SIRMED AG – Schweizer Institut für Rettungsmedizin | Postfach | CH-6207 Nottwil
T +41 41 939 50 50 | F +41 41 939 50 51 | info@sirmed.ch | www.sirmed.ch

55052_SOL_4_11.indd 18 19.03.12 09:07

geführt; dann könnte sich jedes Unternehmen auf sein Spezialgebiet konzentrieren und seine Ressourcen ganz danach ausrichten. Missqualifikationen – ob über- oder unterqualifiziert – technischer Mittel und des Personals würden auf ein Minimum reduziert, das Angebot entspräche genau der Nachfrage, und sowohl auf Leistungsempfänger- wie auf Leistungserbringerseite würde die Zufriedenheit steigen. Durch die Konzentration auf ein Kerngebiet erlangte die gesamte Rettungsszene einen neuen Grad an Professionalität.

Die Aufspaltung der Versorgungsstruktur bedürfte allerdings einer Korrektur des Finanzierungssystems. Jeder Rettungsdienstleiter kann bestätigen, dass reine Notfallrettungen selten selbsttragend sind. Die Vorhaltekosten gegenüber Sekundäreinsätzen stehen in keinem Verhältnis. Während zum Beispiel das Personal im Primärbereich eines hohen Aus- und Weiterbildungsstandards bedarf, aber vergleichsweise wenig im Einsatz ist, also lange Wartezeiten hat, ergo unproduktiv ist, können «normale» Patientenverlegungen in den meisten Fällen von weniger bzw. adäquat qualifiziertem Personal ausgeführt werden, welches durch die Planbarkeit der Verlegungen zudem noch meistens ausgelastet, also produktiv tätig ist.

Beide Tätigkeitsfelder, die Notfallrettung und die Verlegungen, sind Aufgaben der öffentlichen Hand. Trotzdem könnte der Staat nur die Unternehmen primärer Einsätze halten. Der Steuerzahler investierte so im Rahmen des «Service public» in seine Sicherheit, ohne noch Zusatzleistungen tragen zu müssen, erführe aber Restriktionen seinerseits in direkter Weise. Auf Seiten der Verlegungsunternehmen jedoch, welche sich wie jedes Taxiunternehmen finanziell selber tragen können, könnte der privatwirtschaftliche Markt zu spielen beginnen. In Form einer «Public Private Partnership», also einer Partnerschaft zwischen der öffentlichen Hand und der Privatwirtschaft, wie sie zum Beispiel auch mit Postauto-Fuhrhaltern gepflegt wird, gäbe der Staat durch ein Vergabeverfahren seine öffentlichen Aufgaben mit gewissen Vorgaben an die Privatwirtschaft ab. Diese erhielten wiederum ein interessantes und lukratives, ehemals staatliches Marktseg-ment hinzu – eine Win-win-Situation. Diese Finanzierungsstruktur ermöglichte es, einerseits die Notfallrettung ganz der Nachfrage anzupassen, andererseits spielte bei den zukünftig stark zunehmenden Interhospitaltransfers ein gewisser, die Vorgaben einhaltender Wettbewerb, was sich für die Patienten positiv auf die Preise auswirkte.

Wenn wir dieses Gedankenspiel im Lichte unserer bisherigen sozioökonomischen Studie betrachten, gefielen uns zwar die positiven Konsequenzen des Trends «Geld», wir könnten aber dem Trend «Mensch» und dem sich darin abzeichnenden Personalmangel im medizinischen Bereich monieren. Handkehrum täten sich auch neue, interessante Berufsbilder auf, welche den Stellenmarkt wiederum anfachten. Nichtsdestoweniger wird sich die Öffentlichkeit, und durch sie die Politik, früher oder später ähnliche Überlegungen machen und solche Gedankenspiele ernsthaft in Betracht ziehen müssen.

Wie weiter?
– Die Zukunft der Rettungsszene

Das Betrachten der sozioökonomischen Entwicklungen ist eine Analyse; das heisst, es ist per se keine Handlungsanweisung und dient in erster Linie der *Sensibilisierung* und *Bewusstmachung* der auf uns zukommenden Umstände. Um aber von der Konzeption auf die Strategie und schliesslich auf die operative Ebene zu gelangen, sind ganz andere Schritte notwendig. Wie gesagt, scheint die Rettungsszene im Moment genug damit zu tun zu haben, die aktuellen Probleme zu lösen – sie reagiert auf Missstände. Mit diesem Vorgehen wird sie allerdings laufend einen Schritt hinter der Entwicklung herhinken; sie lässt sich vom Tagesgeschäft beschäftigen und stellt niemanden zur Seite, der vorausdenken und sich nur mit anbahnenden Entwicklungen befassen kann. Unsere Branche braucht einen «Think-Tank» à la Avenir Suisse.

Als nächste Schritte auf dem Weg zu einer «erwachsenen» Rettungsszene sehe ich deshalb als Erstes eine Überprüfung und einen Abgleich des Bewusstseins in den Branchenverbänden über den sich abzeichnenden Strukturwandel und die dadurch entstehenden Herausforderungen; sind sich alle bewusst, worum es geht? Im Weiteren ist es unabdingbar – gemäss der Einsicht, dass den zukünftigen Anforderungen nur gemeinsam begegnet werden kann und muss –, dass alle Hauptakteure sich zusammenfinden. Wir dürfen uns über die Realisierbarkeit alleine dieses Schrittes keine Illusionen machen; nur schon das Schaffen des richtigen Rahmens und das Finden und Engagieren der dafür geeigneten Personen hat seine Tücken.

Damit die grosse Idee nicht gleich wieder im Sand verläuft, muss die Problematik in Form eines professionell aufgegleisten, im privatwirtschaftlichen Sinne organisierten Projektes angegangen werden. Dieses Projekt soll die Konstituierung einer Plattform zum interdisziplinären Zusammenwirken aller Hauptakteure, das Detektieren der Herausforderungen und das Einleiten adäquater Massnahmen zum Ziel haben; wobei es sich aufgrund seiner Grössenordnung und Langfristigkeit bald einmal wird institutionalisieren müssen.

Mit der Analyse ist also erst ein Instrument für die initiale Phase geschaffen worden. Das Weitere kann nun nicht mehr nur auf schriftlichem Weg erfolgen. Gehen wir es an!

«Die Zukunft soll man nicht vorausahnen wollen, sondern möglich machen.»
Antoine de Saint-Exupéry

Oliver Lanter ist dipl. Rettungssanitäter HF und arbeitet bei Schutz & Rettung Zürich. Er schrieb seine Diplomarbeit zum Thema «2030 – Die Rettungsszene vor dem Hintergrund sozioökonomischer Trends». Quellenangaben beim Autor.

55052_SOL_4_11.indd 19 19.03.12 09:07