

**Bachelorarbeit
für den Bachelor-Studiengang Politikwissenschaft**

Der lange Weg zur Lebensrettung

Pfadabhängigkeit in der Entwicklung von
Rettungsdienst-Systemen in Deutschland und den USA

Zusammenfassung

Der Rettungsdienst in Deutschland und den USA hat seine Wurzeln im Militärsanitätsdienst des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Bis heute hat sich das Rettungswesen in beiden Staaten stark gewandelt und ist zu einem modernen, organisierten und professionalisierten Teil der öffentlichen Gesundheitsfürsorge geworden. Bis dahin mussten jedoch einige Schwierigkeiten überwunden werden. Es stellt sich die Frage, ob die Entwicklung dieser Systeme, insbesondere aufgrund ihrer grundlegenden Unterschiede, einem pfadabhängigen Muster folgt. Diese Arbeit zeichnet die Entwicklung des Rettungsdienstes in Deutschland und den USA nach, erarbeitet wichtige Punkte in dieser Entwicklung und prüft anschließend, ob diese eine Pfadabhängigkeit in der Entwicklung der Rettungsdienste ausgelöst haben.

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit an einigen Stellen darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Historische Einordnung des Rettungswesens.....	6
2.1.	Definitionen und Begriffsbestimmungen	6
2.2.	Anfänge der präklinischen Notfallversorgung	8
3.	Rettungsdienst-Systeme in Deutschland und den USA	11
3.1.	Rettungsdienst in Deutschland	11
3.2.	„Emergency Medical Services“ (EMS) in den USA.....	13
4.	Theoretischer Hintergrund: Pfadabhängigkeit	16
4.1.	Grundlagen der Pfadabhängigkeit	16
4.2.	Critical Junctures	18
4.3.	Pfadabhängigkeit und Critical Junctures in der Forschung.....	19
4.4.	Herleitung der Forschungsfrage	21
5.	Untersuchungsdesign	22
6.	Historische Entwicklung des Rettungswesens in Deutschland und den USA	24
6.1.	Entwicklung des organisierten Rettungswesens in Deutschland	24
6.2.	Entwicklung des organisierten Rettungswesens in den USA.....	31
7.	Auswertung	38
7.1.	Deutschland	38
7.1.1	„Führererlass“ vom 30. November 1942.....	38
7.1.2	Björn Steigers Tod am 03. Mai 1969	39
7.2.	USA.....	40
7.2.1	Der NAS-NRC-Bericht vom September 1966	40
7.2.2	Der Emergency Medical Services Systems Act vom 16. November 1973	40
8.	Diskussion der Ergebnisse und Limitationen.....	42
9.	Fazit.....	44
	Literaturverzeichnis.....	45

1. Einleitung

Wer in einem europäischen Land die 112 wählt, der erhält in Notfällen in kürzester Zeit medizinische Hilfe. Während wir in unserem Leben oft zum Arzt gehen und hin und wieder auch im Krankenhaus liegen, brauchen nur die Wenigsten medizinische Hilfe in einer Notsituation. Entsprechend ist uns das Innere eines Krankenhauses deutlich vertrauter, als das eines Rettungswagens. Und noch weniger öffentlich bekannt und diskutiert sind die Organisationsstrukturen des Rettungswesens. In modernen westlichen Industrieländern bestehen im Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zwar natürlich deutliche Unterschiede, dennoch unterscheidet sich ein Krankenhaus in Chicago nur unwesentlich von einem in Hannover. Dort arbeiten Ärzte verschiedener Fachrichtungen und betreuen Patienten auf den jeweiligen Fachstationen, führen Operationen durch und verabreichen Medikamente, unterstützt vom Pflegepersonal. Wechselt man den Blick von der Klinik in die Präklinik, so fallen auch in den Grundzügen des Rettungswesens auf den ersten Blick nur wenige Unterschiede auf: Transportfahrzeuge, oft ausgestattet mit Sondersignaleinrichtungen, transportieren im Laderaum verletzte und erkrankte Menschen vom Notfallort ins Krankenhaus. Genauer betrachtet fällt auf, dass im deutschen Rettungsdienst oft vom Notarzt die Rede ist, der vor Ort an der Unfallstelle medizinische Maßnahmen durchführt, während in den USA meist nur Sanitäter (Paramedics) im Einsatz sind.

Es steht außer Frage, dass die Rettungsdienste in Deutschland und den USA aus vollkommen unterschiedlichen Bedingungen unter jeweils anderen Umständen gewachsen sind. Dennoch eint sie die Notwendigkeit einer schnellen und qualifizierten Versorgung der Bevölkerung in Notfällen, die heutzutage kaum ein Staat mehr ignorieren kann. So unterschiedlich diese Staaten auch sein mögen, die medizinischen Notfälle ihrer Bevölkerung sind es nicht: Auf der ganzen Welt haben Menschen Herzinfarkte, Autounfälle oder erleiden sogar einen Herzstillstand. Aus rein medizinisch-funktionaler Sicht, müssten sich eigentlich sehr ähnliche Systeme des Rettungsdienstes aus diesen Bedingungen ergeben.

In dieser Arbeit soll die Entwicklung der Rettungsdienste in Deutschland und den USA nachgezeichnet und analysiert werden. Die Arbeit wird von der zentralen Fragestellung geleitet: Welche sind die jeweils wichtigsten Entwicklungspunkte in der Geschichte des Rettungswesens in

Deutschland und den USA und sind diese zudem als „Critical Junctures“ zu verstehen, die eine Pfadabhängigkeit auslösen können?

Die Rettungsdienst-Systeme in Deutschland und den USA sind Vertreter zweier unterschiedlicher System-Modelle. Die notfallmedizinische Forschung identifiziert einerseits das Franko-Germanische und andererseits das Anglo-Amerikanische Modell. Während in Ersterem der Arzt zum Patienten gebracht wird (in Form eines Notarztes), liegt bei Letzterem der Fokus auf einem schnellen Transport zu einem Arzt, konkret also in die Notaufnahme eines Krankenhauses (Al-Shaqsi 2010, S. 320). Die beiden Systeme stehen exemplarisch für eine geographische Spaltung der rettungsdienstlichen Welt. Während das Franko-Germanische System vorrangig in Europa anzutreffen ist (ausgenommen dem namensgebenden Großbritannien), hat das Anglo-Amerikanische System seine Heimat neben den britischen Inseln in Nordamerika.

In der Forschung wird das Thema Rettungsdienst, wie auch in der breiten Öffentlichkeit, eher stiefmütterlich behandelt. Meist nehmen wissenschaftliche Arbeiten Missstände zum Anlass, um Veränderungen zu fordern, manche wagen auch den Vergleich (Bossaert 1993; Fischer et al. 2003). Entsprechend korreliert die Datierung wissenschaftlicher Arbeiten über den Rettungsdienst oft mit der öffentlichen Debatte zu diesem Thema. Für Deutschland trifft dies vor allem auf die 1970er zu, die Zeit in der wegweisende Veränderungen stattfanden, wie die ersten Rettungsdienstgesetze oder die Professionalisierung des Personals (Moecke 2007, S. 517–518). Aber auch in den 90ern und 2000ern, als die einheitliche Notrufnummer 112 entstand (Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2018) und sich der Rettungsdienst weiter professionalisierte entstanden wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema. In den USA waren vor allem (ähnlich wie in Deutschland) die 1970er Zeit der großen Umbrüche, entsprechend entstanden hier viele Arbeiten.

Im Folgenden wird nun zunächst die Bedeutung des Rettungswesens historisch eingeordnet, wichtige Begriffe in diesem Zusammenhang definiert und die Anfänge der präklinischen Notfallversorgung kurz beleuchtet. Anschließend wird der derzeitige Stand des Rettungswesens in Deutschland und den USA beschrieben, bevor die Pfadabhängigkeit als theoretische Grundlage der Arbeit vorgestellt wird. Zuletzt wird, nach der Beschreibung des Untersuchungsdesigns, die Entwicklung der Rettungsdienst-Systeme in Deutschland und den USA getrennt voneinander analysiert und die wichtigsten Entwicklungspunkte auf Eigenschaften von Critical Junctures untersucht.

Diese Arbeit soll keinen funktionalen oder normativen Vergleich der Systeme in den USA und Deutschland darstellen. Ein solcher Vergleich wäre allein in Europa schon sehr komplex (Bossaert 1993; Fischer et al. 2003) und ist bei der Unterschiedlichkeit der beiden benannten Systeme auch nicht sinnvoll (Al-Shaqsi 2010, S. 321).

2. Historische Einordnung des Rettungswesens

2.1. Definitionen und Begriffsbestimmungen

Um die Entwicklung des Rettungswesens nachzeichnen zu können, müssen zunächst die wesentlichen Begriffe geklärt und voneinander abgegrenzt werden. Dies ist umso wichtiger, da dem Rettungsdienst in der öffentlichen Wahrnehmung nur eine bedingte Aufmerksamkeit geschenkt wird. Im Volksmund wird zudem oft von „Notdienst“, „Sanka“, „Krankenwagen“ oder „Not(fall)-arzt“¹ gesprochen. Daher ist die folgende Begriffsbestimmung obligat, insbesondere um auch den Bezug zwischen dem US-amerikanischen und dem deutschen System herstellen zu können.

„Rettungsdienst“ ist unterteilt in die Bereiche „Notfallrettung“ und „Krankentransport“. Bei ersterem steht die Versorgung von Notfallpatienten im Vordergrund. Diese definieren sich über eine bestehende oder drohende Lebensgefahr oder das potentielle Vorhandensein schwerer gesundheitlicher Schäden. Die Versorgung ist hierbei auf Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens (notfalls auch Wiederbelebung) konzentriert, sowie die Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden. Das primäre Ziel für das Rettungsdienst-Personal ist hier die Transportfähigkeit des Patienten herzustellen und ihn schnellst möglichst einer fachgerechten Betreuung in einer geeigneten Einrichtung zuzuführen. (Dussap et al. 2018, S. 9)

Der Krankentransport ist die Versorgung von Patienten, die keine Notfallpatienten sind (siehe Bedingungen oben), die aber dennoch einer medizinisch-fachlichen Betreuung während des Transports bedürfen, oder die spezielle medizinische Ausrüstung eines Krankenkraftwagens benötigen. In diesem Fall ist auch vom qualifizierten Krankentransport die Rede. Der Fokus für das Personal liegt hier auf der Betreuung und dem schonenden Transport in geeignete Einrichtungen. (Dussap et al. 2018, S. 9) Zum Krankentransport zählen Verlegungen zwischen

¹ Mangelnde Information in der Gesellschaft führt oft zu einigen Missverständnissen oder falschen Begriffsbezeichnungen. So wird unter dem „Notdienst“ allgemein eher der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst verstanden, der „Sanka“ (eigentlich SanK) ist die Abkürzung für den Sanitätskraftwagen, dem Vorgänger des heutigen Rettungstransportwagens (RTW). Die Besatzung letzterer wird im Volksmund auch teilweise als „Notarzt“ betitelt, obwohl es sich zumeist um Rettungssanitäter, -assistenten und Notfallsanitäter handelt. Der Notarzt selbst wird nur bei lebensbedrohlichen Notfällen hinzugezogen (siehe Kapitel 3).

Krankenhäusern, Einweisungen durch Bereitschafts- oder Hausärzte, regelmäßige Ambulanzfahrten (z.B. Dialyse) oder Heimfahrten nach Krankenhausaufenthalten.

Nicht zum Rettungsdienst gehören Krankenfahrten, die keiner medizinisch-fachlichen Betreuung bedürfen (Dussap et al. 2018, S. 9). Diese zählen dann als unqualifizierter Krankentransport.

Zur historischen Einordnung des Rettungsdienstes wird gerne das Bild des biblischen guten Samariters herangezogen, dass sich auch heute noch im Selbstverständnis aller, sowie im Namen einiger (beispielsweise Arbeiter-Samariter-Bund) widerspiegelt. Der Medizin-Historiker Nils Kessel widerspricht dieser Verklärung des Rettungsdienstes als „naturegegebene Instinkthandlung oder religiöser Opferdienst“ (Kessel 2008, S. 17), da dies die Betrachtung des Rettungsdienstes als ein Gewerbe unmöglich mache. In diesem Selbstverständnis der Hilfsorganisationen und Feuerwehren sieht Kessel den Alleinvertretungsanspruch im Rettungswesen begründet, der bis heute für Konfliktlinien sorgt. Tatsächlich unterscheide sich der Rettungsdienst von einer barmherzigen Hilfeleistung durch seinen Organisationsgrad. Entsprechend ist laut Kessel auch erst von Rettungsdienst zu sprechen, wenn die Menschenrettung einer gewissen Organisationsstruktur unterliegt. (Kessel 2008, S. 14) Auf die Frage, ab wann von einem organisierten Rettungsdienst gesprochen werden kann, wird im folgenden Kapitel genauer eingegangen.

Diese Definition des Rettungsdienstes ist zwar die Deutschlands, jedoch lässt sich dies auf nahezu jedes andere organisierte Rettungswesen weltweit übertragen, auch auf die USA. Hier ist der Rettungsdienst ebenfalls in Krankentransport und Notfallrettung unterteilt, wenn auch teilweise nicht so deutlich, wie in Deutschland. In den USA wird die Unterscheidung mehr mit einer Dringlichkeitsstufe der Hilfeleistung geschaffen und somit ist der Krankentransport teilweise stärker mit der Notfallrettung verwachsen. Die genaue Ausprägung ist jedoch je nach Bundesstaat unterschiedlich. (Koppenberg et al. 2002; Hellmich 2010, S. 6)

Einigung herrscht dennoch über die primäre Transportfunktion des Rettungsdienstes. Diese, auch rechtliche Situierung, des Rettungsdienstes im Bereich Verkehrswesen anstatt allgemeiner Gesundheitsfürsorge wurde im Zuge der Entwicklung des Rettungswesens oft kritisiert. (Ahnefeld und Brandt 2002; Ahnefeld 2003) Für den Kontext ist es deshalb wichtig zu beleuchten, dass insbesondere in Deutschland der Rettungsdienst zum Teil noch eher unter das Personenbeförderungsgesetz fällt, als unter die Gesundheitspolitik. (Kessel 2008, S. 48, 2008, S. 111–112) Fest steht jedoch, dass sich das System Rettungswesen in den letzten 60 bis 70 Jahren

gewandelt hat, von einem reinen Kranken- und Verletztentransport, zu einer umfangreichen präklinischen Versorgung.

2.2. Anfänge der präklinischen Notfallversorgung

In dieser Arbeit soll vorrangig die Entwicklung im 20. und beginnenden 21. Jahrhundert betrachtet werden. Nichtsdestotrotz liegen die Wurzeln des organisierten Rettungswesens im 19. Jahrhundert, sodass eine Betrachtung der historischen Entwicklung unabdingbar ist, um die wichtigen Entwicklungsschritte des 20. Jahrhunderts nachvollziehen zu können.

Der Rettungsdienst nimmt hierbei in der öffentlichen Gefahrenabwehr eine Sonderrolle ein. Während bereits aus dem Mittelalter die frühen Vorgänger der heutigen Feuerwehren bekannt sind, war ein Rettungswesen (gleich ob organisiert oder nicht) nicht vorhanden (Neudörfer 2007, S. 8). Die Wiederbelebung galt zu diesen Zeiten noch als Hexenwerk (Ahnefeld und Brandt 2002, S. 607). Die gegen Ende des Mittelalters entstehenden Hospitäler dienten nur der Unterbringung von Kranken und Alten, fernab der Öffentlichkeit. Erst mit den massiven Fortschritten der Medizin im 18. und 19. Jahrhundert wurden aus den Hospitälern Orte der Heilkunde. (Neudörfer 2007, S. 9; Kessel 2008, S. 16) Im Jahre 1500 wurde durch Kaiser Maximilian ein Heeressanitätswesen geschaffen mit dem Ziel, Verwundete so schnell wie möglich vom Schlachtfeld zu bringen und einer Versorgung zuzuführen (Sefrin 2003, S. 624).

Einer der wichtigsten Notfallmediziner des 20. Jahrhunderts und der Vater der Rettungskette (Ahnefeld 2003), Friedrich Wilhelm Ahnefeld führt die Anfänge der Notfallmedizin auf die Rettung Ertrunkener zurück, eine einst häufige Todesursache, da seit Beginn der Sesshaftigkeit des Menschen Siedlungen am Wasser gebaut wurden (Ahnefeld und Brandt 2002, S. 607). Entsprechend wurde 1767 in Amsterdam mit der Rettungsgesellschaft zur Rettung Ertrunkener ein erstes organisiertes Rettungswesen geschaffen, das bereits erfolgreich Reanimationen durchführte. 1769 folgte die Deutsche Rettungsgesellschaft (Sefrin 2003, S. 624; Ahnefeld und Brandt 2002, S. 608).

Als Vater des organisierten Rettungswesens kann Jean-Dominique Larrey gelten, der Chef des Feldsanitätsdienstes Napoleons. Er entwickelte 1803 aufgrund seiner Erfahrungen im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg Vierspanner mit geschlossenen Wagen zum Liegendtransport von mehreren Verwundeten, die sogenannten „Ambulances volantes“ (dt.: fliegende Ambulanzen). (Ahnefeld 2003, S. 520; Krieter 2009, S. 57; Sefrin 2003; Trunkey 2000,

S. 37; Ahnefeld und Brandt 2002, S. 611; Shah 2006, S. 414). Larrey gilt auch in den USA als wichtiger Begründer des organisierten Rettungswesens, auch wenn die Entwicklung seiner Ambulanzen in diesen Quellen auf 1797 datiert wird (Bass 2015, S. 1; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 1). Ebenfalls zur Schaffung eines militärischen Sanitätsdienstes wurde 1863 das Internationale Rote Kreuz gegründet (Krieter 2009, S. 57), worauf in den deutschen Kleinstaaten, getrieben von den preußischen Kriegen um die deutsche Einigung, eigene Rotkreuz-Vereine entstanden (Neudörfer 2007, S. 15).

Ein wichtiger, wenn auch tragischer Meilenstein, war der Brand des Wiener Ringtheaters 1881. Aufgrund erheblicher Mängel in der Menschenrettung forderte das Feuer mehr als 400 Tote und hunderte Verletzte. Bereits einen Tag darauf schufen die Grafen Wilczek, Lamezan und der Baron von Mundy mit der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“ den ersten organisierten zivilen Rettungsdienst der Welt. (Kessel 2008, S. 18; Krieter 2009, S. 57; Ahnefeld 2003, S. 520; Deutsches Rotes Kreuz e.V. 2018; Sefrin 2003, S. 624) In der Folge wurde 1881 in Kiel vom dortigen Chirurgen Friedrich von Esmarch ein bürgerlicher Samariterverein gegründet, der später zum Deutschen Samariterbund wurde (Kessel 2008, S. 18; Krieter 2009, S. 57). Er stand bereits damals unter ärztlicher Aufsicht und bot Erste-Hilfe-Kurse und Ausbildungen für Freiwillige im Rettungsdienst an (Sefrin 2003, S. 624).

Die an mehreren Orten in Deutschland entstehenden Rettungsgesellschaften und Samariterbunde waren oft bürgerlich, teils sogar adelig geprägt. Als Gegenentwurf dazu gründeten sechs Berliner Zimmerleute nach einem schweren Unfall auf einer Baustelle 1888 den damaligen Vorläufer des bis heute aktiven Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) (Krieter 2009, S. 57; Kessel 2008, S. 18). Auf dem Ärztetag 1900 betrachteten die Mediziner des Landes diese Entwicklung der Rettungsdienste kritisch und betonten, dass die Erste Hilfe den Ärzten zustehe und nur bei nicht sofortigem Vorhandensein eines Arztes, Laien hinzugezogen werden dürfen (Krieter 2009, S. 58; Sefrin 2003, S. 625).

Wie oben erwähnt, war auch in den USA Napoleons Feldarzt Larrey ein wichtiger Vorreiter der dortigen „Emergency Medical Services“ (EMS) (Bass 2015, S. 1; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 1; Trunkey 2000, S. 37; Shah 2006, S. 414). Anlass für den Aufbau eines organisierten Rettungswesens gab der amerikanische Bürgerkrieg 1861 bis 1865 (Bass 2015, S. 1; Shah 2006, S. 414). Die Ärzte Joseph Barnes und Jonathan Letterman waren hier wichtige Pioniere (Bass 2015, S. 1; Trunkey 2000, S. 39). Sie schufen ein Rettungswesen, dass die verwundeten

Soldaten auf dem Feld erstversorgte und dann per Kutsche oder Eisenbahn in Krankenhäuser brachte (Bass 2015, S. 1).

Die ersten städtischen Krankenwagen sind aus Cincinnati (1865) und New York City (1869) bekannt (Bass 2015, S. 1; Bucher und Zaidi 2018; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 1; West Virginia Department of Education 2018). Letzterer war sogar mit dem Chirurgen Edward Dalton ärztlich besetzt und umfangreich medizinisch ausgestattet, darunter auch mit dem heute unüblichen Betäubungsmittel einer Flasche Brandy (Bass 2015, S. 1; Bucher und Zaidi 2018; West Virginia Department of Education 2018). Zur Jahrhundertwende war mit Emily Barringer auch erstmals eine weibliche Chirurgin auf dem New Yorker Krankenwagen im Einsatz (Bass 2015, S. 1).

3. Rettungsdienst-Systeme in Deutschland und den USA

3.1. Rettungsdienst in Deutschland

Wie bereits in Kapitel 2.1 angekündigt, soll nun die aktuelle Situation in Deutschland betrachtet werden. Dies kann in diesem Rahmen nur als grobe Übersicht geschehen, da der Rettungsdienst als föderale Struktur von Bundesland zu Bundesland leicht unterschiedlich aufgebaut ist. Deshalb wird sich hier auf die grundlegenden Gemeinsamkeiten wie Rettungsmittel, Personalausbildung und Einsatzorganisation beschränkt.

Fahrzeuge und Besatzungen des deutschen Rettungsdienstes

Der Rettungsdienst kennt in seiner Gesamtheit eine Vielzahl an Fahrzeugen von First Respondern zur schnellen Ersten Hilfe, teilweise auch durch die örtlichen Feuerwehren besetzt, über Krankentransport- und Rettungswagen bis hin zu Intensivtransporthubschraubern. In ihrer Gesamtheit werden sie als Rettungsmittel bezeichnet. (Krieter 2009, S. 62) Die wichtigsten sollen hier kurz vorgestellt werden. Für den qualifizierten Krankentransport werden in Deutschland in der Regel Krankentransportwagen (KTW) verwendet. Sie sind in der Regel etwas kleiner als Rettungswagen, aber ebenso mit einer Sondersignalanlage ausgestattet. Sie enthalten, wie alle sogenannten Krankenkraftwagen, gemäß einer EU-Norm (DIN EN 1789) alle notwendigen Materialien zum liegenden und sitzenden Transport von Patienten, die keine Notfallpatienten sind. Solche werden in Rettungstransportwagen (RTW, auch als Rettungswagen bezeichnet) transportiert und versorgt. Ist ein RTW neben dem nichtärztlichen Personal bereits mit einem Notarzt besetzt, so spricht man von einem Notarztwagen (NAW). Ein Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) dagegen ist ein PKW, der von einem Mitarbeiter des Rettungsdienstes und einem Notarzt besetzt wird und als Zubringer dient. (Krieter 2009, S. 62) In der Luftrettung wird zwischen dem Rettungstransporthubschrauber (RTH) und dem Intensivtransporthubschrauber (ITH) unterschieden. In der Praxis werden aber beide zu Primäreinsätzen alarmiert, letzterer führt zusätzlich Langstrecken-Intensivtransporte durch. (Hellmich 2010, S. 9) Die Besatzung besteht aus einem Piloten, einem Notarzt und einem Notfallsanitäter mit Qualifizierung für die Luftrettung (HEMS) (Dussap et al. 2018, S. 14).

Berufsbilder im deutschen Rettungsdienst

Der erste Rettungsdienstberuf war der 1977 geschaffene Rettungssanitäter (RettSan oder RS) (Kessel 2008, S. 104). Eingesetzt wird er meist als transportverantwortlicher Beifahrer auf KTW, sowie als Fahrer auf RTW. Die nächsthöhere Qualifikation der Rettungsassistent (RettAss oder RA) ist zum Zeitpunkt dieser Arbeit noch in Kraft, ist aber bereits ersetzt durch den Notfallsanitäter (NotSan oder NFS) von 2014. Beide werden als transportverantwortliche Beifahrer in der Notfallrettung (RTW), sowie als Fahrer eines NEF eingesetzt. Der Unterschied liegt in der ein Jahr längeren Ausbildung (drei statt zwei Jahre) und umfangreicheren Kompetenzen. Der Notfallsanitäter soll den Rettungsassistenten, den ersten staatlich anerkannten Ausbildungsberuf im Rettungsdienst (geschaffen 1989) ersetzen. Sie führen bei Notfalleinsätzen die medizinische Behandlung im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Kompetenzen bis zum Eintreffen des Notarztes eigenständig durch. (Dussap et al. 2018, S. 17) Die höchste Qualifikation im deutschen Rettungsdienst (exklusive der Führungskräfte) ist der Notarzt. Sie müssen über zusätzliche Qualifikationen im Bereich der Notfallmedizin verfügen. Dies ist jedoch je nach Bundesland unterschiedlich bezeichnet (z.B. „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ in Bayern) (Dussap et al. 2018, S. 16; Krieter 2009, S. 61). Sie behandeln eigenständig und eigenverantwortlich Notfallpatienten, unterstützt vom nichtärztlichen Personal (RS, RA, NFS).

Koordination der Einsätze

Der Rettungsdienst in Deutschland wird durch Leitstellen koordiniert. Teilweise sind dies reine Rettungsleitstellen (RLS) für die Koordination des Rettungsdienstes, meist aber (auch durch die einheitliche Notrufnummer mit der Feuerwehr) Integrierte Leitstellen (ILS), die sowohl Einheiten der Feuerwehr, als auch des Rettungsdienstes (Oberbegriff: Nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr) disponieren. Hier werden Notrufe über die europaweit einheitliche Notrufnummern 112 entgegengenommen und entsprechend die nächstgelegenen geeigneten Rettungsmittel zum Patienten entsandt. (Dussap et al. 2018, S. 12) Gemäß dem Subsidiaritätsprinzip ist in Deutschland der Rettungsdienst Sache der Bundesländer, die die Durchführung an Landkreise und kreisfreie Städte weitergeben. Diese sind verpflichtet Rettungsdienstbereiche (RDB) zu schaffen (meist zwei bis drei Landkreise groß), die von jeweils einer ILS bedient werden. Außerdem müssen sie den Betrieb der ILS (meist durch Berufsfeuerwehren oder Hilfsorganisationen) sicherstellen, sowie die

Vorhaltung der Rettungsmittel bestimmen (meist anhand Gutachten) und Stellplätze entsprechend ausschreiben. (Krieter 2009, S. 59; Dussap et al. 2018, S. 12)

Im Bereich der Notarzteinsätze haben sich zwei Systeme herausgebildet: Zum einen das Stations- oder Kompaktsystem und zum anderen das Rendezvous-System. Ersteres ist vor allem in Städten entstanden und beinhaltet den Einsatz von NAW, also notarztbesetzten RTW. Hierbei sind Notarzt und Rettungswagen eine Einheit und meistens an einem Krankenhaus stationiert, in dem der Notarzt während der einsatzfreien Zeit tätig ist. Im Rendezvous-System (zunächst vor allem auf dem Land) wird der Notarzt von einem NEF an den Einsatzort gebracht, parallel dazu wird ein RTW alarmiert, der den Patiententransport übernimmt. Dieses System hat den Vorteil, dass der Notarzt schneller wieder für neue Einsätze verfügbar ist, wenn er bei einem Einsatz doch nicht gebraucht wird. Es hat sich inzwischen größtenteils durchgesetzt. Lediglich in einigen Großstädten sind noch NAW im Einsatz. (Dussap et al. 2018, S. 12–13)

3.2. „Emergency Medical Services“ (EMS) in den USA

Auch für die Beschreibung des Rettungsdienstes in den USA, „Emergency Medical Services“ (EMS) genannt, ist die Beschränkung auf die wesentlichsten Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen EMS-Systeme in den Vereinigten Staaten notwendig, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen.

Der größte Unterschied zum deutschen System ist das nahezu völlige Fehlen eines (Not-)Arztes in der präklinischen Versorgung (Koppenberg et al. 2002, S. 2). Wenn überhaupt überwachen Ärzte mittels Telemedizin die Arbeit des nichtärztlichen Personals und führen die Organisationsstruktur des Rettungsdienstes. Dabei wird vor allem auf die Einhaltung detaillierter Standards geachtet, die ein solches System, ohne Beteiligung eines Arztes, möglich machen (National Highway Traffic Safety Administration 2017).

Fahrzeuge und Berufsbilder im US-amerikanischen Rettungsdienst

Im Bereich der Fahrzeuge wird in den USA meist wenig Unterschied gemacht. Je nach Region sind teilweise Mehrzweckfahrzeuge, die sowohl Notfalleinsätze, als auch Krankentransporte durchführen im Einsatz. Auch die Unterscheidung zwischen Krankentransport und Notfallrettung findet nicht so explizit statt, wie in Deutschland: So wird beispielsweise in Boston nur eine Priorität für den Einsatz vergeben und an ein entsprechendes Rettungsmittel weitergeleitet (Koppenberg et

al. 2002, S. 2). Hier sind sogenannte BLS-Ambulances und ALS-Ambulances im Einsatz. Erstere dienen dem Basic-Life-Support (BLS) und kommen bei nicht lebensbedrohlichen Notfällen, sowie bei Krankentransporten zum Einsatz. ALS-Ambulanzen (ALS = Advanced Life Support) sind umfangreicher medizinisch ausgestattet und führen erweiterte lebensrettende Maßnahmen bei lebensbedrohlich verletzten oder erkrankten Notfallpatienten durch. (Koppenberg et al. 2002, S. 3) Zudem dienen oft Fahrzeuge der Feuerwehr oder der Polizei als First Responder (Koppenberg et al. 2002, S. 2).

Die Ausbildung des Personals ist seit 1970 bundesweiteinheitlich und wurde mehrfach neu geregelt, zuletzt 2009 (Bass 2015, S. 13; Rockwood Jr. et al. 1976, S. 302). Als zentrale Aufsichtsbehörde dient die National Registry of Emergency Medical Technicians (NREMT) (West Virginia Department of Education 2018). Die niedrigste Qualifikation ist der Emergency Medical Responder (EMR). Er dient hauptsächlich als schnelle erste Hilfe in Notfällen und stellt nur eine geringe Qualifizierung dar und dient der Überbrückung, bis ein entsprechendes Rettungsmittel eintrifft. (National Highway Traffic Safety Administration 2017, S. 22) Der Emergency Medical Technician (EMT) ist meist die niedrigste Qualifikation, um Teil eines Ambulance-Teams zu sein. (National Highway Traffic Safety Administration 2017, S. 24) Als nächsthöhere Stufe existiert der Advanced Emergency Medical Technician (AEMT oder EMT-A). In vielen, vor allem ländlichen Regionen, ist ein AEMT das höchstqualifizierte EMS-Personal. Neben grundlegenden Kenntnissen in der Notfallversorgung, hat der AEMT auch begrenzte Kenntnisse in der erweiterten Notfallversorgung, dazu zählt vor allem die Medikamentengabe. (National Highway Traffic Safety Administration 2017, S. 25) Der Paramedic (auch als EMT-P bezeichnet) ist die höchste EMS-Qualifikation in den USA. Er beherrscht grundlegende und erweiterte Kenntnisse der Notfallversorgung, vor allem auch invasive Maßnahmen und erweiterte Medikamentengabe. Die Tätigkeiten des Paramedic sind risikobehafteter, wenn sie nicht richtig oder an falscher Stelle angewendet werden. (National Highway Traffic Safety Administration 2017, S. 27)

Koordination der Einsätze

Die Organisation der Einsätze erfolgt durch zentrale Leitstellen, die sämtliche Arten der zivilen Gefahrenabwehr (Feuerwehr, Polizei und Rettungsdienst) bündeln. Sie sind über die bundesweit einheitliche Notrufnummer 911 erreichbar. Der Rettungsdienst wird teilweise von öffentlicher Seite durch Feuerwehren oder durch private Anbieter in Partnerschaft mit der öffentlichen Hand

durchgeführt (Page et al. 2013, S. 43). Insbesondere die staatliche Förderung des Rettungsdienstes hat in den USA seit den 1980er Jahren stark abgenommen. Die Koordination findet durch die National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) statt. (Shah 2006, S. 420)

4. Theoretischer Hintergrund: Pfadabhängigkeit

Im Folgenden wird nun der theoretischen Rahmen, auf den sich diese Analyse stützt vorgestellt. Es wird konkretisiert, welche Teilaspekte der umfangreichen Theorie der Pfadabhängigkeit für diese Arbeit relevant sind und entsprechend Verwendung finden sollen. Außerdem wird in einem kurzen Forschungsstand auf mögliche Anwendungen dieser Theorie auf andere Forschungsbereiche eingegangen und es wird konkretisiert welche Anwendung die Pfadabhängigkeit in dieser Arbeit in Bezug auf die Untersuchung des Rettungswesens finden kann.

4.1. Grundlagen der Pfadabhängigkeit

Die Pfadabhängigkeit wurde als eine Theorie der Wirtschaftswissenschaften entwickelt und diente hauptsächlich der Erklärung, warum potentiell ineffiziente Zustände und / oder Technologien aufrechterhalten werden oder Verwendung finden (Beyer 2015, S. 150). Paul Pierson adaptierte schließlich das Konzept in die Politikwissenschaft. Der Fokus blieb weiterhin auf dem Konzept der „Increasing Returns“ (Pierson 2000). Demnach erhöht sich der Nutzen einer bestimmten Technologie durch eine verstärkte Anwendung. Pierson (2000) beschreibt diesen Prozess als einen Pfad der Selbstverstärkung, in der jeder Schritt auf diesem Pfad die Wahrscheinlichkeit erhöht, wieder einen Schritt auf exakt diesem Pfad zu machen (Pierson 2000, S. 252). Diese Vorstellung wurde von Page (2006) mathematisiert und mit dem wirtschaftswissenschaftlichen Polya-Urnen-Modell dargestellt. In diesem Modell wird aus einer Urne eine von zwei verschiedenfarbigen Kugeln gezogen und anschließend gemeinsam mit einer weiteren Kugel derselben Farbe wieder zurückgelegt (Page 2006, S. 93). Somit erhöht bei den angenommenen Farben rot und grün, jeder Zug einer grünen Kugel die Wahrscheinlichkeit, im folgenden Zug erneut grün zu ziehen. Dementsprechend sind in diesem Modell vor allem die Züge am Anfang relevant, da die Wahrscheinlichkeit für das Ziehen einer bestimmten Farbe durch das hinzufügen weiterer Kugeln erhöht wird. Dieses von Page (2006) ausgeführte Konzept stellt einen mathematischen Ansatz für die Pfadabhängigkeit dar, der zwar anschaulich, aber für eine gesellschaftswissenschaftliche Betrachtung ungeeignet ist. Ein anderer Erklärungsansatz ist der der „Critical Junctures“, unter anderem ausgeführt von Capoccia und Kelemen (2007) und Pierson und Skocpol (2002). Dieser Ansatz wurde von Sydow et al. (2009) auf den organisationswissenschaftlichen Kontext übertragen und die Entstehung einer Pfadabhängigkeit dargelegt.

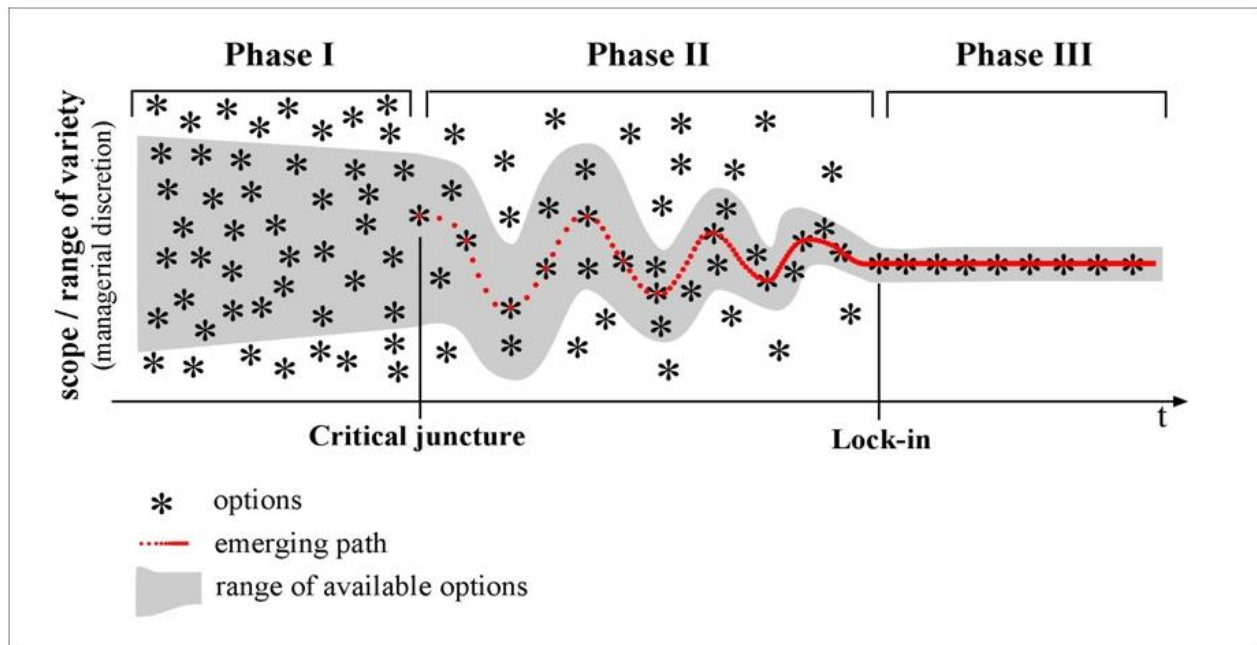


Abbildung 1, Quelle: (Sydow et al. 2009, S. 692)

Sydow et al. betonen die Breite möglicher Handlungsalternativen vor Eintritt in eine Pfadabhängigkeit:

„The notion of path dependence does not refer to a state of determinacy from the beginning; it sheds light on a tapering process that possibly ends in a lock-in. Increasing path dependence implies an initial scope of choice. Otherwise, the theory would lose its very point: to make tapering processes in organizational reality better understood.“

(Sydow et al. 2009, S. 692)

Sie identifizieren drei Phasen (siehe Abb. 1), die Preformation-Phase, die Formation-Phase und die Lock-In-Phase. Zunächst ist für den/die Akteur/e eine große Bandbreite an Optionen möglich. Eine Entscheidung oder Handlung in Phase 1 kann ein Auslöser für die künftige Entwicklung des Systems in Richtung einer Pfadabhängigkeit sein. Die folgenden Schritte sind geprägt von einem Selbstverstärkungseffekt, den „Increasing Returns“ oder auch positive Selbstverstärkung genannt. So bildet sich in Phase 2 ein Pfad heraus, der am Übergang zu Phase 3 einen kritischen Punkt passiert, den Lock-In. Ab diesem Moment ist ein Verlassen des Pfades nicht mehr möglich.

Sydow et al. (2009) beschreiben Critical Junctures als eine zentrale Ursache von Pfadabhängigkeit, ebenso wie Pierson und Skocpol (2002). Entsprechend werden diese im folgenden Abschnitt genauer dargestellt.

4.2. Critical Junctures

Hierzu muss zunächst genau bestimmt werden, was eine Critical Juncture ist. W. Brian Arthur bezeichnete solche „Initial Choices“, die eine Pfadabhängigkeit in Gang bringen als „small events“ (Beyer 2015, S. 151; Sydow et al. 2009, S. 693). Auch Pierson (2011) bleibt bei der Theorie des Butterfly-Effekts (kleines Ereignis – große Wirkung). Er kritisiert die Forschung, die sich auf große, dramatische Ereignisse konzentriert (Pierson 2011, S. 51). Sydow et al. (2009) legen jedoch anhand mehrerer Studien dar, dass auch durchaus große, geplante, wegweisende Entscheidungen solche „initial choices“ und damit Critical Junctures sein können (Sydow et al. 2009, S. 693). Auch Pierson (2011) führt aus, dass die Klassifizierung einer Juncture als „kritisch“, nur durch die darauffolgende Auslösung eines Prozesses der positiven Rückkopplung korrekt ist (Pierson 2011, S. 51)².

Eine sehr klare Definition von Critical Juncures liefern Capoccia und Kelemen (2007):

„[...] we define critical junctures as *relatively* short periods of time during which there is a *substantially* heightened probability that agents' choices will affect the outcome of interest. By '*relatively* short periods of time,' we mean that the duration of the juncture must be brief relative to the duration of the path-dependent process it instigates (which leads eventually to the outcome of interest). By '*substantially* heightened probability,' we mean that the probability that agents' choices will affect the outcome of interest must be high

² Vollständig schreibt Paul Pierson: „'Critical junctures' generate persistent paths of political development. Although analyses invoking the language of "critical junctures" sometimes focus on large-scale, dramatic events, those qualities are neither necessary nor sufficient to generate path-dependent dynamics. In fact, the point in path-dependent analyses is that "causes" may often seem relatively small compared with their effects. What makes a particular juncture "critical" is that it triggers a process of positive feedback.“ Pierson (2011, S. 51)

relative to that probability before and after the juncture.“

(Capoccia und Kelemen 2007, S. 348, 2007)

Sie schließen jedoch bewusst Zeitpunkte in der Geschichte aus, in denen sich lange kumulativ ein Entscheidungsdruck aufgebaut hat, der an diesem Punkt ein letztes Hindernis passiert und die Veränderung in Gang setzt. Ein solcher „Tipping Point“ ist keine Critical Juncture (Capoccia und Kelemen 2007, S. 351).

Die Definition von Critical Junctures, die dieser Arbeit zugrunde liegen soll, liegt sehr nahe an Capoccia und Kelemen (2007):

Critical Junctures sind zeitlich relativ kurze Zeiträume (im Vergleich zur darauffolgenden pfadabhängigen Periode), in denen Akteure verstärkt (im Vergleich zu Zeitpunkten davor oder danach) das Potential haben, mit ihren Entscheidungen relevant das Ergebnis eines Prozesses zu verändern und die verbleibenden Handlungsoptionen einzuschränken oder massiv zu erschweren. Diese Definition ist vor allem aus einem Grund so gewählt: In einem komplexen historischen Zusammenhang, der viele Akteure und Entscheidungsträger beinhaltet dürfte eine perfekte Muster-Pfadabhängigkeit unwahrscheinlich sein, da zu viele Faktoren den Outcome von Prozessen von außen beeinflussen. Daher wird mit dieser Definition nicht nur nach Critical Junctures gesucht, die eine relevante Zahl an möglichen Handlungsoptionen tatsächlich unmöglich machen, sondern diese nur erschweren, da in der Critical Juncture entsprechende Entscheidungen getroffen wurden. Somit werden die Voraussetzungen für Pfadabhängigkeit etwas herabgesetzt, um auch in komplexen, mehrfachabhängigen historischen Kontexten, die Ansätze von möglicherweise bestehender Pfadabhängigkeit sichtbar zu machen.

4.3. Pfadabhängigkeit und Critical Junctures in der Forschung

In der Vergangenheit wurden bereits einige interessante Studien zur Pfadabhängigkeit, insbesondere mit Augenmerk auf den Critical Junctures durchgeführt. Zwei davon sollen zur Verdeutlichung der vielfältigen Anwendbarkeit der Theorie hier kurz dargestellt werden.

Ein exemplarisches Werk ist das von Henry Ashby Turner (1996): In „Hitlers Weg zur Macht“ (im englischen Original: „Hitler’s Thirty Days to Power“) analysiert Turner die Geschehnisse im Januar 1933, die schließlich zur Ernennung Adolf Hitlers zum deutschen Reichskanzler, und damit zum Ende der Weimarer Republik und zum Aufstieg der NS-Diktatur führten. Er stellt dar, dass

zwar bereits zu Beginn dieses Monats die Rückkehr zu einem demokratischen System nicht mehr möglich war, aber der Aufstieg der Nationalsozialisten nicht alternativlos. Turner (1996) nutzt zwar nie den Begriff Critical Juncture, allerdings analysiert er genau diese entscheidenden Momente der Geschichte. Er identifiziert die wenigen Schlüsselfiguren, die mit ihren Handlungen und Entscheidungen, prägend auf die deutsche Geschichte einwirkten (Turner 1996, S. 166). Er beschreibt detailliert, dass einige andere Entscheidungen zu einer durchaus wahrscheinlichen Militärdiktatur geführt hätten und damit die Geschichte völlig anders verlaufen wäre (Turner 1996, S. 168).

Einen ähnlichen Weg beschreitet die neuere Arbeit von Merkel und Gerschewski (2011). Sie wollen auf der Ebene der Regimeforschung einen Untersuchungsansatz für die Analyse der Stabilität bzw. Instabilität von Autokratien schaffen (Merkel und Gerschewski 2011, S. 21). Sie beschreiben zwar explizit Critical Junctures und deren Wirkung, verändern jedoch die Reihenfolge: Etablierte Institutionen entwickeln demnach Selbstverstärkungstendenzen und bilden institutionelle Pfade aus, die auch bei der Existenz effizienterer Alternativen Bestand haben können (Merkel und Gerschewski 2011, S. 22). Critical Junctures sind nun das verändernde Moment bei bereits bestehender Pfadabhängigkeit. Merkel und Gerschewski deuten diese als einschneidende Situationen akkumulierter Krisen:

„In solchen Phasen verflüssigt sich die normierende Verhaltensprägung der Institutionen, Akteure bekommen einen größeren Handlungsspielraum. Die Konsequenzen dann getroffener Entscheidungen sind meist sehr weitreichend und können wiederum neue Pfadabhängigkeiten auslösen. An critical junctures steht das Regime selbst auf dem Spiel. Der Ausgang ist keineswegs voraussehbar. Er hängt in hohem Maße vom Verhalten und Entscheiden der relevanten Eliten ab.“

(Merkel und Gerschewski 2011, S. 22–23)

Merkel und Gerschewski wollen damit einen Forschungsansatz für die Regimeforschung schaffen. Ihre theoretische Grundlage weicht jedoch in ihrer Reihenfolge erheblich von den von Pierson (2011) und Sydow et al. (2009) getroffenen Annahmen ab. Dennoch kann dies ein treffender Ansatz zur Erklärung der In-/ Stabilität von Autokratien sein.

4.4. Herleitung der Forschungsfrage

Critical Junctures sind, wie oben gezeigt, eine zentrale Ursache von Pfadabhängigkeit. Die Prozesse, die in dieser Arbeit untersucht werden befinden sich im Wandel und werden es wohl auch immer bleiben. Es geht entsprechend nicht darum eine Kausalität für einen bereits abgeschlossenen Prozess der Pfadabhängigkeit dazustellen, wie der der QWERTY-, bzw. QWERTZ-Tastatur, welcher von einem der Pioniere der Pfadabhängigkeit, Paul A. David untersucht wurde (Page 2006, S. 109; Beyer 2015, S. 151). Stattdessen geht es darum, Hinweise auf eine möglicherweise bestehende, bestandene oder in der Entstehung befindliche Pfadabhängigkeit zu finden. Wie Sydow et al. (2009) darlegen, kann eine mögliche Ursache im organisationswissenschaftlichen Kontext die „Critical Juncture“ sein. Entsprechend wird sich diese Arbeit auf das Auffinden solche Critical Junctures in der Entstehungsgeschichte von Rettungsdienst-Systemen fokussieren.

Die zentrale Forschungsfrage lautet:

Welche geschichtlichen Ereignisse ließen in Deutschland und den USA das aktuelle Rettungswesen entstehen und welche waren darunter die besonders relevanten Entwicklungspunkte? Lassen sich diese wiederum als Critical Junctures verstehen, die eine Pfadabhängigkeit in der Entwicklung dieser Systeme auslösen können?

Die Fragestellung ist demnach in zwei Teile geteilt, wobei die Abfolge keine Rangordnung darstellt, da als notwendiger Schritt zunächst die historische Entwicklung der jeweiligen Strukturen dargestellt und die wichtigsten Entwicklungspunkte herausgearbeitet werden müssen. Anschließend werden diese auf die Charakteristika von Critical Junctures überprüft.

5. Untersuchungsdesign

Um die Forschungsfrage zu beantworten bedarf es einer systematischen Analyse. Im Folgenden wird nun das Untersuchungsdesign, das dieser Arbeit zugrunde liegt vorgestellt.

Die historische Entwicklung zweier Rettungsdienstsysteime ist ein äußerst komplexer und vielseitiger Untersuchungsgegenstand, der bislang noch wenig politik- oder überhaupt sozialwissenschaftlich erforscht wurde. Entsprechend sind die Kriterien für eine qualitative Fallstudie gegeben (Brosius et al. 2016, S. 5; Blatter et al. 2018, S. 9):

"Nur qualitative Forschung mache es möglich, Fälle als holistische Einheiten zu begreifen, Forschungsdesigns zu akzeptieren, bei denen die abhängige „Variable“ nicht variiert, negative Fälle nicht nur als das Gegenteil eines positiven Falles anzusehen, sondern eigens zu definieren, mit komplexen Vorstellungen von Kausalität umzugehen und abweichende Fälle nicht als unwillkommene 'Ausreißer' anzusehen, sondern als Startpunkte nachfolgender Forschungsaktivitäten zu begrüßen."

(Blatter et al. 2018, S. 5)

Die Fragestellung ist daher explorativ und die Arbeit dient in ihrer Gesamtheit der Erkenntnisgewinnung zu einem Themenfeld, zu welchem bislang wenig empirische Kenntnisse vorliegen (Blatter et al. 2018, S. 9).

Um eine mögliche Pfadabhängigkeit in der Entwicklung des Rettungswesens leichter herausarbeiten zu können, wurden als Untersuchungsobjekte auf die Eigenschaften einer „Critical Juncture“ bedeutende historische Zeitpunkte mit wegweisenden Entscheidungen gewählt. Hier ist selbst eine Pfadabhängigkeit im geringen Maße deutlicher zu erkennen, als bei kleineren, scheinbar unwichtigeren „small events“, da schlichtweg die historischen Darstellungen für große Entscheidungspunkte deutlich umfangreicher und vielseitiger sind.

Somit werden in der folgenden empirischen Analyse zunächst jeweils zwei bedeutende historische Punkte in der Entwicklung der Rettungsdienst-Systeme in Deutschland und den USA herausgearbeitet und ihre Auswahl empirisch begründet. Anschließend werden diese Punkte exemplarisch, anhand der vorigen Definition, auf Merkmale von Critical Junctures getestet. Die Beschränkung auf lediglich zwei wichtige Entwicklungspunkte pro Land geschah zum einen

aufgrund des vorgegebenen Umfangs der Arbeit und zum anderen aufgrund der Wegbereiter-Rolle, die diese Arbeit in der Pfadabhängigkeits-Forschung in diesem Kontext einnimmt. Zur Entwicklung in Deutschland wird in der folgenden Analyse die Geschichte des Rettungsdienstes der Bundesrepublik analysiert, da das System der DDR sich zwar in großen Teilen von dem West-Deutschlands unterscheidet, allerdings nach der Wiedervereinigung zur Gänze verschwunden ist und somit keinen Einfluss mehr auf die heutige Struktur des Rettungswesens hat.

Für die USA wurde der Untersuchungszeitraum zwischen dem Beginn des 20. Jahrhunderts und der staatlichen Vereinheitlichung der Berufsstandards 2009 gewählt. Der Untersuchungszeitraum für Deutschland ist etwas weniger umfassend, da hier die Quellenlage deutlich umfangreicher ist. Hier wird der Zeitraum zwischen dem Beginn des 20. Jahrhunderts und der Wiedervereinigung betrachtet. Eine Betrachtung der durchaus umfangreichen Entwicklungen der 90er und 2000er ist zwar sehr interessant, würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Diese unterschiedlich großen Untersuchungszeiträume, die eine mögliche Vergleichbarkeit einschränken, lassen sich durch die großen Unterschiede beider Rettungsdienstsysteme erklären. Entsprechend wird kein Vergleich, sondern allenfalls eine Gegenüberstellung angestrebt.

6. Historische Entwicklung des Rettungswesens in Deutschland und den USA

Nacheinander werden jetzt die Grundzüge der Entwicklung des deutschen und des US-amerikanischen Rettungswesens vorgestellt und dabei jeweils zwei der wichtigsten Entwicklungspunkte, die Critical Junctures besonders herausgestellt. In einem zweiten Teil der Analyse werden diese Punkte erneut aufgegriffen und einzeln auf eine mögliche Pfadabhängigkeit hin geprüft.

6.1. Entwicklung des organisierten Rettungswesens in Deutschland

Wie bereits in Kapitel 2.2 angeschnitten, entstand der Rettungsdienst im beginnenden 20. Jahrhundert vorrangig in den Städten, da dort die entsprechenden Bedürfnisse aufgrund der Bevölkerungsdichte herrschten. Vor dem ersten Weltkrieg gab es mehrere, teils unabhängige Versuche einer Institutionalisierung und Koordinierung des Krankentransportwesens³. (Kessel 2008, S. 20) Im Jahr 1908 fand in Frankfurt der erste Internationale Rettungskongress statt. Seine Ergebnisse waren damals schon modern und blieben lange aktuell. So forderte man ein staatlich organisiertes Rettungswesen unter ärztlicher Führung, die Einrichtung von Notaufnahmen in Krankenhäusern und Verbesserungen im Fernmeldewesen. (Ahnefeld und Brandt 2002, S. 608; Ahnefeld 2003, S. 520–521) Der Notfallmediziner Friedrich-Wilhelm Ahnefeld sieht in den Ergebnissen von 1908 immer noch aktuelle Themen:

„Mit diesen Aussagen und Forderungen treffen wir viele nunmehr fast hundertjährige Bekannte wieder, die unverändert aktuell geblieben sind.“

(Ahnefeld und Brandt 2002, S. 608)

Der erste Weltkrieg unterbrach jedoch die Entwicklung eines zivilen Rettungswesens und militarisierte den Sanitätsdienst wieder. Der Krieg bringt ein komplexes Verletztentransportsystem hervor, dass auf einem schnellen Abtransport und einer schnellen Erstversorgung basiert. Im ersten

³ Zunächst blieb der Rettungsdienst auf den Transport von Kranken und Verletzten fokussiert. Hier wurde kaum ein Unterschied zwischen den Patienten gemacht, weshalb bis in die 1960er Jahre von einem Krankentransportwesen die Rede ist. Der Unfallrettungsdienst entstand erst zu diesem Zeitpunkt.

Weltkrieg und im Anschluss daran automobilisiert sich der Rettungsdienst zusehends. (Kessel 2008, S. 20)

Die Vielfalt der rettungsdienstlichen Strukturen in Deutschland findet 1933 mit den Nationalsozialisten ein jähes Ende. Der Rettungsdienst wird in Vorbereitung auf den Krieg erneut militarisiert und gleichgeschaltet. Das zu einiger Größe gelangte Deutsche Rote Kreuz (DRK) wird am 30. November 1942 durch einen „Führererlass“ zum alleinigen Durchführenden im Krankentransport, alle anderen Organisationen werden verboten. (Kessel 2008, S. 22; Krieter 2009, S. 58; Sefrin 2003, S. 625; Neudörfer 2007, S. 28)

Im Folgenden wird deutlich, dass diese Entscheidung, von elementarer Bedeutung für die Entwicklung des deutschen Rettungsdienstes, insbesondere in der Nachkriegszeit, ist. Entsprechend ist dies der erste wichtige Entwicklungsschritt, der im folgenden Kapitel einer Prüfung auf die Eigenschaften von Critical Junctures unterzogen wird. Denn in dieser Gleichschaltung des DRK wird ein Monopol geschaffen, das nahezu bis heute andauert.

1943 erreicht das Krankentransportwesen im Deutschen Reich einen vorläufigen Höhepunkt, als das DRK ein bisher nie dagewesenes Ausmaß erreicht. Der Krieg im eigenen Land zerstört jedoch auch einen großen Teil des Rettungswesens, ein anderer Teil wird beschlagnahmt. (Kessel 2008, S. 22)

Der bundesdeutsche Rettungsdienst in der Nachkriegszeit

Die vier Besatzungsmächte in Deutschland haben zunächst keine Alternative und bedienen sich den Strukturen des Roten Kreuzes, da sich mit Kriegsende Krankheiten und Seuchen in der deutschen Bevölkerung ausbreiten, die auch die Besatzer bedrohen. (Kessel 2008, S. 23–24) Diese sehen jedoch im Deutschen Roten Kreuz eine Struktur der Nationalsozialisten, die nicht nur personell mit dem NS-Regime eng verwoben, sondern auch Träger ihrer Ideologie war. (Kessel 2008, S. 25) Im Rahmen der Neuordnung verbietet die Sowjetunion in ihrer Zone das DRK vollständig bereits im Oktober 1945. Die USA wollen den Krankentransport dezentralisieren, aber die Durchführung in den Händen der lokalen Rotkreuz-Gruppierungen belassen. Ihr Ziel ist ein dezentralisiertes und demokratisches Rotes Kreuz ohne nationalen Überbau. In der französischen Zone werden zunächst alle Organisationen des DRK verboten und freiwillige Sanitätsdienste gegründet, die jedoch identisch mit den zuvor verbotenen DRK Gruppen waren. 1947 wird das DRK wieder zugelassen und ein ähnliches System, wie in der amerikanischen Zone geschaffen.

Die Briten verbieten das Rote Kreuz nicht, untersagen aber die Einbringung in den Krankentransport und übertragen diese Verantwortung auf die Städte und Kommunen, die die Aufgabe den Feuerwehren übergeben. (Kessel 2008, S. 25–26) Vor allem ländliche Feuerwehren sind jedoch dieser Aufgabe nicht gewachsen. In den Städten waren die Feuerwehren bereits zuvor im Rettungswesen beteiligt. (Kessel 2008, S. 27) Der medizingeschichtliche Historiker Nils Kessel sieht jedoch 1945 im Rettungsdienst nicht die oft benannte „Stunde Null“. Es sei zwar eine stärkere Zäsur als 1918, de facto sei aber der Vorkriegszustand wiederhergestellt worden. (Kessel 2008, S. 28) Die heutige Struktur des Roten Kreuzes bedingt sich durch seine Zwangsauflösung (welche wiederum im „Führererlass“ von 1942 ihre Gründe findet) und seiner dezentralisierten Wiedergründung. (Kessel 2008, S. 29)

Die Atombomben von Hiroshima und Nagasaki, sowie der aufziehende Kalte Krieg prägen auch den Rettungsdienst: Er wird in der Nachkriegszeit vor allem auf den Katastrophenfall mit vielen Verletzten ausgerichtet. Durch diese Aufgaben erfuhren die Hilfsorganisationen eine starke Aufwertung. Die erneute Unterordnung des Zivilen unter das Militärische verhindert jedoch weiterhin eine Weiterentwicklung im zivilen Krankentransport. Der Fokus bleibt zunächst auf dem Katastrophenfall. (Kessel 2008, S. 33–36) Entsprechend ist auch das Selbstverständnis der Hilfsorganisationen⁴ in den 1950er Jahren: In ihrer Arbeit sehen diese einen „Opferdienst“, wodurch beispielsweise auch Minderbezahlung gerechtfertigt wurde. Außerdem weigern sie sich, ihre Tätigkeit Rettungsdienst als Gewerbe anzuerkennen. Die Organisationsstruktur der Hilfsorganisationen bleibt ebenfalls militaristisch mit Begriffen wie Zügen, Trupps und Gruppen. Das Deutsche Rote Kreuz versucht in den 1950ern ihr Monopol weiter auszubauen. Teilweise nehmen Verantwortliche auch Bezug auf den „Führererlass“ von 1942 und bezeichnen diesen als rechtlich noch gültig oder zumindest inhaltlich sinnvoll. (Kessel 2008, S. 44) Im Selbstverständnis des DRK ist es selbst die einzig legitime Krankentransport- und Rettungsorganisation und sieht den Krankentransport als öffentlich-rechtliche Aufgabe mit karitativen Grundgedanken. Auch die an die Feuerwehren in Norddeutschland verlorenen Gebiete versuchte das DRK zurückzugewinnen. (Kessel 2008, S. 45)

⁴ Neben dem dezentralisierten, aber immer noch mächtigen Roten Kreuz sind das vor allem der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) und der Malteser-Hilfsdienst (MHD)

Die 50er Jahre brachten wirtschaftlichen Aufschwung und damit Geld, um bessere Fahrzeuge anzuschaffen und deren Vorhaltung zu erhöhen. Das Beförderungsentgelt galt zu diesem Zeitpunkt pro Person, daher wurden bis zu vier Liegendpatienten in den Krankenwägen transportiert. 1955 wurde für Krankenfahrzeuge für bis zu vier Patienten die erste DIN-Norm geschaffen. (Kessel 2008, S. 48–49)

In den 1960ern nahm der Verkehr in der jungen Bundesrepublik rapide zu und sorgte damit für mehr Unfälle mit immer mehr Verletzten und Toten (Sefrin 2003, S. 625; Krieter 2009, S. 58). Der Unfallrettungsdienst wird damit wichtiger. Das Netz der Rettungswachen konzentriert sich jedoch auf Unfallschwerpunkte und gefährdete Streckenabschnitte und dies auch meist nur zur Hauptreisezeit. Die Autobahnwachen und ihre Fahrzeuge werden zum Zwecke der Alarmierung auch erstmals mit Sprechfunk ausgerüstet. (Kessel 2008, S. 52–54) Vor allem das DRK richtete bereits in den 50ern ein großes Netz an Unfallhilfsstellen ein, um auch ohne Fahrzeuge eine große Flächenabdeckung zu erreichen. Diese dienten als Anlauf- und Meldestelle, sowie als Ort der Erstversorgung und waren in ihrer Ausstattung vor allem auf den Großschadensfall eingestellt. Damit waren diese autarken und dezentralen Stellen vor allem ein Teil des groß ausgebauten Katastrophenschutzes zur Zeit des Kalten Krieges. (Kessel 2008, S. 54–57) Die Katastrophe blieb jedoch bis Ende der 60er aus und so sank die Begeisterung für Unfallhilfsstellen. Sie waren Orte der Laienhilfe und darin lag laut Nils Kessel ihr großes Manko:

„Die Hinwendung zur Laienhilfe, bei der wesentliche Aufgaben im Bereich des Sozialen, der Gesundheit und der inneren Ordnung auf ehrenamtliche Kräfte in der Bevölkerung übertragen worden waren, hatte nur Raum zum quantitativen Ausbau des Rettungswesens, zur Effizienzsteigerung gelassen. Für eine qualitative Weiterentwicklung im Sinne einer Effektivitätssteigerung war das System nicht geeignet. Die stationäre Erstversorgung durch Laien, für den Kriegsfall erdacht, wich nun endgültig der ärztlichen und rettungsdienstlichen Erstversorgung am Unfallort.“ (Kessel 2008, 58 f.)

In den 50ern und 60ern erfüllte der Krankentransport wortwörtlich nur eine reine Transportfunktion.

Entsprechend traten die Mediziner auf den Plan, die sich besonders für die Zeit zwischen dem Unfall und dem Eintreten des Todes interessierte, da dies vom Krankenhausarzt nicht erforscht

werden konnte. Als Grund für den Tod vieler Patienten auf dem Transport wurde das therapiefreie Intervall identifiziert und so wurde die alte Forderung (die bereits 1908 auf dem Internationalen Rettungskongress formuliert worden war) nach einer ärztlichen Versorgung am Notfallort wieder aufgegriffen. Techniken der Wiederbelebung wurden nach dem Krieg teilweise wiederentdeckt und neue Methoden der 1950er Jahre, wie die Schocktherapie und die Intubation machten den Arzt an der Unfallstelle sinnvoll. Damit war der Grundstein gelegt für einen Wandel von einem System des „load and go“ zu einer professionellen Erstversorgung vor Ort. (Kessel 2008, S. 62–64) All diese Maßnahmen waren allerdings ärztliche Tätigkeiten, daher musste der Arzt zum Patienten kommen, wie es bereits der Heidelberger Professor Dr. Martin Kirschner 1938 formuliert hatte:

„Nicht der Patient muss so schnell wie möglich zum Arzt, sondern der Arzt zum Patienten, da die Lebensgefahr in unmittelbarer Nähe zum Notfallereignis am größten ist.“ (Ahnefeld und Brandt 2002, S. 611)

Kirschner bezog sich damals allerdings noch auf Kriegsverwundete.

1957 entstanden zwei verschiedene Systeme für die ärztliche Beteiligung im Rettungsdienst. Zum einen das „Klinomobil“ in Kirschner Heimatstadt Heidelberg, als Weiterentwicklung seiner Idee von einer Maximalversorgung am Notfallort. Dies war ein zu einem mobilen Operationssaal umgebauter Bus mit sieben Besatzungsmitgliedern. Er war aber medizinisch nur selten indiziert und wurde daher kaum nachgeahmt. Erfolgsversprechender war dagegen das Konzept des „Notfall-Arztwagens“ aus Köln, der sich auf die Stabilisierung und die Herstellung der Transportfähigkeit der Patienten konzentrierte. Der „Notfall-Arztwagen“ aus Köln sah den heutigen RTW/NAW schon sehr ähnlich und wurde aufgrund des großen Erfolges auch nach Ende des Pilotprojektes weiterbetrieben. 1959 wurde ein zweites Fahrzeug in Dienst gestellt (Krieter 2009, S. 59). In mehreren deutschen Großstädten entstanden ähnliche Systeme, darunter in Frankfurt und München (1965/66). (Kessel 2008, S. 64–69)

Ein Kind der 60er ist ebenso die heute noch bekannte Rettungskette, entwickelt von Friedrich-Wilhelm Ahnefeld als erstes Grundsatzprogramm zur Abgrenzung von Laienhilfe, ärztlicher und nicht-ärztlicher Tätigkeit im Rettungsdienst (Ahnefeld 2003, S. 522). 1964 wurde ebenfalls in Heidelberg mit dem „Heidelberger Modell“ das erste Notarzteinsatzfahrzeug (NEF) auf Basis eines VW Käfer eingeführt und damit das Rendezvous-System begründet. (Krieter 2009, S. 58; Sikinger et al. 2005, S. 133) Ebenfalls stellte sich heraus, dass ein Großteil der Einsätze gar nicht die bislang

im Rettungsdienst dominanten Chirurgen erforderte, sondern internistischer Natur war (vor allem Herzinfarkte und Schlaganfälle). Daraufhin entstanden die ersten Notarzt-Systeme mit Internisten. (Kessel 2008, S. 69–71) Trotz der notfallmedizinischen Experimente blieb die Zahl der Verkehrstoten jedoch unverändert hoch, was vor allem an dem fehlenden Organisationsgrad des Rettungsdienstes lag. Die Situation auf den deutschen Straßen wurde mit plakativen Schlagzeilen immer öfter medial angeprangert. (Kessel 2008, S. 82–83)

Ein totes Kind bringt die Wende – der 3. Mai 1969 und seine weitreichende Bedeutung

Den 3. Mai 1969 betitelt Kessel (2008) nicht umsonst als „Wendepunkt“. An diesem Tag wurde in Winnenden bei Stuttgart der achtjährige Björn Steiger von einem Auto überrollt. Passanten alarmierten sofort die Polizei und den Krankenwagen. Letzterer erschien jedoch erst nach 56 Minuten, sodass Björn Steiger auf dem Transport verstarb. (Kessel 2008, S. 84) Bereits im Juli gründen seine Eltern die „Rettungsdienst-Stiftung Björn Steiger e.V.“ und erreichen schnell regionale Aufmerksamkeit. Unter anderem mit Altkleider-Sammlungen wollen sie die Anschaffung von Funkgeräten (damals noch teurer als ein Krankenwagen) für die Hilfsorganisationen finanzieren. Diese betrachten die Stiftung jedoch kritisch. Da die Björn-Steiger-Stiftung Logos der Hilfsorganisation für ihre Sammlungen verwendet gehen sie sogar gerichtlich gegen die Steigers vor, was zu einem medialen Aufschrei führt und der Stiftung noch mehr Aufmerksamkeit bringt. Björn Steigers Eltern schaffen es jedoch, mehrere mächtige Unterstützer in Politik, Medizin und den Hilfsorganisationen um sich zu scharen und fordern gemeinsam eine Reform des Rettungswesens. Sich selbst sehen sie als eine Bürgerinitiative, die Missstände ankreidet, wo sie den Staat in der Verantwortung sieht. Damit steht sie exemplarisch für ein entstehendes Anspruchsdenken in der Bevölkerung, wobei in diesem Zuge ein Grundrecht auf Gesundheit gefordert wird. (Kessel 2008, S. 84–87)

Die Arbeit dieser Stiftung sollte die Entwicklung des deutschen Rettungsdienstes entscheidend prägen. Dies wird im Folgenden genauer dargestellt. Auch Kessel (2008) bezeichnet den 3. Mai 1969 als einen Wendepunkt in der Entwicklung des Rettungswesens und als den Beginn von dessen Professionalisierung. Dies ist damit der zweite im folgenden Kapitel zu analysierende Entwicklungspunkt.

Im November 1969 legt Björns Vater Siegfried Steiger ein 15-Punkte-Programm zu Reformierung des Rettungsdienstes vor. Jedoch müssen zunächst die Zuständigkeiten geklärt werden. Da der Rettungsdienst im Grundgesetz keine Erwähnung findet, setzt sich bald die Länder-Zuständigkeit durch. Der Bund ist damit lediglich koordinierend tätig und für die Schaffung eines bundesweit einheitlichen Berufsbildes zuständig. Trotz gemeinsamer Ausschüsse zeigen die Bundesländer 1970 jedoch keine Bereitschaft zur Aufgabe bereits bestehender, individueller Lösungen zugunsten der Einheitlichkeit. (Kessel 2008, S. 87–89) Anfang der 1970er beginnen die Planungen für Länder-Rettungsdienstgesetze und mit dem Bericht der Bundesregierung über konkrete Maßnahmen zur Reorganisation des Rettungsdienstes ist die Reform desselbigen auf dem Höhepunkt. (Kessel 2008, S. 89–91) Bundesweit werden Rettungsdienstbereiche geschaffen, die von jeweils einer Leitstelle koordiniert werden. Außerdem sind bis Ende der 1970er für knapp 99% der Bundesbürger die Notrufnummern 110 und 112 aufgeschaltet, werden aber erst Ende der 80er gebührenfrei. (Kessel 2008, S. 92–93) Nach den Erfahrungen mit dem Patienten-Lufttransport im Korea- und Vietnamkrieg beginnt auch in Deutschland 1967 ein Modellversuch mit einem Rettungshubschrauber. 1970 wird in München mit „Christoph 1“ der erste Rettungshubschrauber in Dienst gestellt. Die Björn-Steiger-Stiftung gründet zum Ausbau der Luftrettung die Deutsche Rettungsflugwacht (DRF), die bis heute Rettungshubschrauber betreibt. Die Entwicklung lief schneller als die Arbeit der Behörden: 1974 wird in Bayern das erste Rettungsdienstgesetz verabschiedet, welches de facto nur noch den Status quo festschreibt. (Kessel 2008, S. 96)

Auffallend ist, dass diese Entwicklung zu Beginn der 1970er erstaunlich konfliktfrei abgelaufen ist. Nils Kessel identifiziert die zu Rate gezogenen Experten als Grund dafür: Demnach war den Politikern das Thema Rettungswesen nicht geläufig, weshalb sie auf den Rat mehrerer Experten Vertrauten, darunter Notfallmediziner, Vertreter der Hilfsorganisationen und Feuerwehren, Vertreter der Kranken- und Unfallkassen, der Kommunen, Länder und des Bundes. Aufgrund dieser funktionalen Differenzierung mit Durchführenden, Kostenträgern und Beauftragenden gab es kaum entgegengesetzte politische Positionen. Den Ärzten und den Hilfsorganisationen kam eine besonders exklusive Rolle zu, sodass diese weitestgehend das „Design“ des Rettungsdienst-Systems prägten und dafür sorgten, dass alternative Systeme, wie das Paramedic-System, keine Beachtung fanden. Ebenso wurde eine Öffnung für Privatunternehmer abgelehnt. (Kessel 2008, S. 99–100)

Jedoch war immer noch kein Berufsbild geschaffen. 1977 entstand schließlich mit dem heute noch bestehenden Rettungssanitäter durch die nur 520 Stunden dauernde Ausbildung eine staatlich normierte Kompromisslösung zwischen der Professionalisierung und dem Ehrenamt. Auch dies war aber noch kein Berufsbild. (Kessel 2008, S. 104)

Der Aufbau des Rettungsdienstes geschah in einer Phase wirtschaftlichen Aufschwungs, sodass die Ölkrise finanzielle Probleme mit sich brachte. Das neue System bedeutete für die Länder hohe Folgekosten, die daraufhin die Finanzierung zurückfuhren. Einsparpotential sah man vor allem bei der ärztlichen Tätigkeit, sodass zunehmend vom Stations-/Kompaktsystem auf das Rendezvous-System gewechselt wurde, um den Notarzt noch effizienter einsetzen zu können. (Kessel 2008, S. 107–110) Die 80er Jahre waren geprägt von einer Weigerung der Hilfsorganisationen, Privatanbieter im Rettungsdienst zuzulassen. Diesen Streit verloren die Hilfsorganisationen schließlich, nicht zuletzt aufgrund einiger Finanzskandale in den eigenen Reihen. (Kessel 2008, S. 111–114) Währenddessen hatten jedoch die Rettungsdienstgesetze und der damit vorgeschriebene 24-Stunden Dienst das Ehrenamt vom Hauptamt verdrängen lassen, sodass dies schon bald einen Großteil der Last trug. Damit stellte ein Berufsbild mit mehrjähriger Ausbildung keine wesentliche Kostensteigerung mehr da und das Argument der Ehrenamtlichen war weggefallen. Am 10. Juli 1989 wurde schließlich das „Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten“ (RettAssG) verabschiedet, wenn auch nur mit zweijähriger, statt dreijähriger Ausbildung. Dem wurde mit der Schaffung des Berufsbildes „Notfallsanitäter“ 2014 abgeholfen, sodass der „RettAss“ auch bereits wieder der Vergangenheit angehört.

6.2. Entwicklung des organisierten Rettungswesens in den USA

In den Vereinigten Staaten waren bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts Krankenwagen in den Straßen der Großstädte unterwegs. Diese waren teils elektrisch, mit Dampf oder Verbrennungsmotoren betrieben. (West Virginia Departement of Education 2018) Die Disposition erfolgte allerdings noch vom jeweils zugehörigen Krankenhaus einzeln, obwohl es in Städten wie New York bereits vor dem ersten Weltkrieg Telefonie und Telegraphie gab. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde die Disposition der Fahrzeuge mit Sprechfunk eingeführt. (Bass 2015, S. 1) In Virginia entstand in den 1920er Jahren die erste freiwillige Rettungsgesellschaft, die die damals in der Branche noch dominanten Bestattungsunternehmen zu verdrängen versuchte. Teilweise führten

auch Feuerwehren Krankentransporte durch. (Bucher und Zaidi 2018; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 1; Bass 2015, S. 1)⁵

Die wenigen Ärzte, die vor dem zweiten Weltkrieg noch die Krankenwagen besetzt hatten wurden vom Militär eingezogen und kehrten auch nicht mehr in die Krankenwagen zurück, was zur Folge hatte, dass auch nach dem Krieg unzureichend qualifiziertes Personal die Fahrzeuge besetzte (Bass 2015, S. 2).

In den 50ern und 60ern bilden sich zwei unterschiedliche Systeme, je nach geographischer Lage heraus: In den Städten verschmelzen die an Krankenhäusern stationierten Ambulanzen zu einem zentral organisierten und disponierten System, welches meist durch das städtische Krankenhaus oder die Feuerwehr besetzt wird. Auf dem Land werden die Leichenwägen der Bestatter nur langsam durch Krankenwagen der örtlichen Feuerwehren oder der entstehenden Rettungsgesellschaften ersetzt. In beiden Gebieten sind es aber wenige, profitorientierte Dienstleister, die im Auftrag der örtlichen Behörden den Krankentransport übernehmen. (Bass 2015, S. 2) So war bis 1960 ein Flickwerk an Systemen entstanden, welches ohne staatliche Kontrolle unter verschiedenster Aufsicht (Krankenhäuser, Feuerwehren, Freiwillige,...) stand (Shah 2006, S. 414). Den Betreibern wurde dank fehlender rechtlicher Vorgaben, fast freie Hand gelassen. Auch Ärzte waren kaum in den Rettungsdienst involviert. (Bass 2015, S. 2)

In den 1960ern wurde in der amerikanischen Öffentlichkeit das Thema Herzkrankheit, Schlaganfall und Krebs vermehrt bekannt und es entstand ein kritisches Bewusstsein dafür, was 1964 die Entwicklung der „Regional Medical Programs“ (RMP) bedingte. Diese staatlichen Programme zur Gesundheitsfürsorge hatten einen starken Einfluss auf die Entwicklung des Rettungswesens und legten diesbezüglich wichtige Grundsteine.

"RMP funding helped create a number of EMS systems and train emergency medical technicians. Without the RMPs, it is unlikely that sufficient funds would have been available in an organized manner to advance EMS."

(Shah 2006, S. 415)

⁵ Eine interessante Darstellung des Rettungswesens der USA in den 1920er Jahren, welche hier aus Übersichtlichkeitsgründen keinen Platz mehr findet, ist der Aufsatz des Direktor des Berliner Rettungsamtes Paul Frank aus dem Jahr 1926: Frank (1926)

So war der Gedanke einer notfallmedizinischen Erstversorgung Teil der Philosophie, die den RMPs zugrunde lag. (Shah 2006, S. 415; National Highway Traffic Safety Administration 1996)

Mitte der 1960er gab es zudem in der Medizin große Fortschritte, darunter die Herz-Lungen-Wiederbelebung (CPR) mit Defibrillation, die schnell neuer Standard bei Herzstillständen wird (Bass 2015, S. 2; Bucher und Zaidi 2018). Zum medizinischen Fortschritt kommt die Rückkehr vieler Ärzte aus dem Vietnamkrieg, welche die medizinische Notfallversorgung anstoßen. Die Fortschritte der militärischen Traumaversorgung wurden hier auf das Zivile übertragen und führten zu einer Betrachtung von traumatischen Toden als vermeidbarer Umstand. (Shah 2006, S. 417; National Association Of Emergency Medical Technicians 2006; Trunkey 2000, S. 42) Zudem rückte der Fokus auf die auch in den USA zunehmende Zahl an Verkehrsunfällen und -toten. 1965 ruft Präsident Johnson die „President’s Commission on Highway Safety“ ins Leben, deren viel beachteter Bericht ein nationales Verkehrssicherheits-Programm fordert. (Shah 2006, S. 416)

Der erste Schritt zu einem modernen Rettungsdienst – Der NAS-NRC-Bericht 1966

Die politische Bereitschaft zu handeln war also bereits da, als im September 1966 die National Academy of Sciences – National Research Council (NAS-NRC) ihren Bericht „Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society“ veröffentlicht, der ungewohnt deutlich auf die Missstände im Rettungswesen hinweist und das Versagen des amerikanischen Gesundheitssystems darlegt. Gefordert werden unter anderem Erste-Hilfe-Kurse für Laien, eine bundesstaatliche Kontrolle des Rettungsdienstes, eine einheitliche Notrufnummer, sowie Vorsorge für den Katastrophenfall. Der Bericht zeigt diverse unhaltbare Zustände auf, wie die enorme Diskrepanz zwischen wissenschaftlichen Fakten der Medizin und Handlungsweisen in der Praxis, sowie unzureichend ausgestattete Notaufnahmen mit unerfahrenem Personal. Der Bericht von Präsident Johnsons Kommission wurde durch das NAS-NRC verstärkt und erweitert. Er gilt oft bis heute als der Beginn des modernen amerikanischen Rettungswesens. (Bass 2015, S. 2; Shah 2006, S. 416; Bucher und Zaidi 2018; National Association Of Emergency Medical Technicians 2006; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 2; Rockwood Jr. et al. 1976, S. 300)

Bass (2015) sieht in dem NAS-NRC-Bericht von 1966 den Beginn der Entwicklung eines professionalisierten Rettungswesens in den USA. Insbesondere die daraus hervorgegangene Gesetzgebung zum Rettungsdienst war wegweisend für dessen weitere Entwicklung. Entsprechend

ist der NAS-NRC-Bericht von 1966 der erste Punkt in der Entwicklung des amerikanischen Rettungswesens, der im folgenden Kapitel auf Eigenschaften einer Critical Juncture geprüft wird. Beide Berichte finden ihre Entsprechung im „Highway Safety Act“ von 1966, der mit dem „Department of Transportation“ das Verkehrsministerium gründet, welchem der Auftrag gegeben wird den Rettungsdienst weiterzuentwickeln. Außerdem sieht das Gesetz vor, dass jeder Bundesstaat eigene, regionale Rettungsdienst-Systeme entwickeln soll, die an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst sind. Als Dachorganisation soll das Gesundheitsministerium den Aufbau überwachen. (Bass 2015, S. 3; Bucher und Zaidi 2018; National Association Of Emergency Medical Technicians 2006; National Highway Traffic Safety Administration 1996; Rockwood Jr. et al. 1976, S. 301; Shah 2006, S. 416; West Virginia Department of Education 2018) Die Verantwortung wird gleichzeitig den Bundesstaaten geben, sodass keine dauerhafte Finanzierung durch den Bund nötig ist (Shah 2006, S. 416). Diese Art der regionalen Finanzierung, statt auf größerer Ebene ist in vielen Bereichen der Gesundheitsgesetzgebung der 1960er in den USA zu erkennen (Bass 2015, S. 3). Im Zuge dessen werden auch die ersten anfänglichen Standards für die Ausbildung von Emergency Medical Technicians (EMT) gesetzt (Bucher und Zaidi 2018).

Allerdings zeigt die primäre Zuständigkeit des Verkehrsministeriums, dass der Rettungsdienst vor allem als Transportdienstleistung gesehen wurde. Die medizinische Ausstattung und die Qualifikation des Personals standen hinter der Kommunikations- und Transportausstattung. (Shah 2006, S. 417)

1969 wird in Columbus, Ohio ein erster Feldversuch mit einem Arzt und zwei EMTs gestartet. Innerhalb von zwei Jahren wächst das Team auf 22 ausgebildete, praxiserfahrene Paramedics an und die ärztliche Rolle dient nurmehr der Aufsicht. (Bass 2015, S. 3) Ein ähnliches System entsteht mit dem „Medic 1“ in Seattle, wobei hier auf First Responder durch die Feuerwehr gesetzt wird und eine moderne telemedizinische Überwachung begonnen wird, wobei am Patienten gemessene Werte direkt drahtlos zum Arzt ins Krankenhaus übertragen werden (Bass 2015, S. 3). Die dort eingesetzten Paramedics sind befähigt zu Intubieren, intravenöse Zugänge zu legen und Herzrhythmen am EKG zu interpretieren, auch wenn es noch keinen national standardisierten Lehrplan gab (Shah 2006, S. 417).

1970 werden mit der „National Registry of Emergency Medical Technicians“ einheitliche Ausbildungsstandards geschaffen (Rockwood Jr. et al. 1976, S. 302; West Virginia Department of Education 2018).

Die US-Regierung sieht im Rettungsdienst jedoch weiterhin einen Transportdienstleister, welcher lediglich grundlegende Erste Hilfe durchführt. Daraus entsteht in den frühen 70ern eine Spannungssituation und der Ruf nach weiterer staatlicher Steuerung. Zugleich wird der Regierung vorgeworfen, nicht von ihrem Recht aus dem „Highway Safety Act“ Gebrauch gemacht zu haben, Bundesstaaten, welche nicht die dort beschriebenen Anforderung erfüllen, zu bestrafen. (Shah 2006, S. 418)

Weitere Professionalisierung durch den „EMS Systems Act“ 1973

1972 veröffentlicht das NAS-NRC einen weiteren Bericht, der der US-Regierung vorwirft, nicht mit dem Wunsch nach Veränderung und Verbesserung durch die jeweiligen Expertengruppen mitzuhalten. Außerdem bemängelt der Bericht eine uneinheitliche Politik in dieser Frage. (Bass 2015, S. 4; Shah 2006, S. 418) Mehrere Kongress-Abgeordnete und Experten kritisieren das Rettungswesen und die Regierung und fordern die Verabschiedung des geplanten „Emergency Medical Services Systems Act“ (Shah 2006, S. 418). Die Nixon Regierung kämpft jedoch in den Anhörungen gegen das Gesetz und Nixon legt schließlich auch ein Veto ein. Erst ein modifiziertes Gesetz (Grund für die Ablehnung war eine Klausel, die den Betrieb von Krankenhäusern regelte und mit dem Rettungsdienst nichts zu tun hatte) wurde angenommen, der „Emergency Medical Services Systems Act“ vom 16. November 1973. Dieser wurde zwar in den Jahren danach mehrfach angepasst, das Ziel bleibt aber das Gleiche: Die Entwicklung umfassender regionaler Rettungsdienst-Systeme in den gesamten Vereinigten Staaten. (Bass 2015, S. 4; Bucher und Zaidi 2018; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 3; Rockwood Jr. et al. 1976, S. 304; Shah 2006, S. 419; West Virginia Department of Education 2018) Aufgrund der Fortschritte in der Notfallmedizin wurde die staatliche Aufsicht vom Verkehrs- auf das Gesundheitsministerium übertragen (Shah 2006, S. 419) und es wurden 15 essentielle Bestandteile des Rettungswesens festgelegt, wobei eine ärztliche Aufsicht nicht darunter war, wobei anschließende Richtlinien dies inzwischen anregen (Bass 2015, S. 4; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 3; Shah 2006, S. 419). Im Zuge des „EMS Systems Act“, sollte jeder Bundesstaat eine koordinierende Behörde für den Rettungsdienst einrichten und es wurden 304 Rettungsdienstbereiche gebildet, von denen bis 1979 bereits 17 voll funktionsfähig und von Geldern des Bundes unabhängig waren, sich allerdings noch 96 erst im Aufbau befanden und in 22 sogar noch gar keine Aktivität herrschte. (Bass 2015, S. 5; West Virginia Department of Education

2018) Für die Bereiche gab es einen straffen Zeitplan: Jeder erhält maximal fünf Einzelzuwendungen vom Bund und für jedes durch die Regierung finanzierte Jahr müssen Fortschritte zu immer mehr fortgeschrittenen Handlungsalgorithmen durch die EMTs zu sehen sein. So wurde nach drei Jahren die Kapazität für BLS (Basic Life Support) erwartet, bei welchem noch keine ärztliche Aufsicht notwendig war, nach fünf Jahren sollte ALS (Advanced Life Support) möglich sein. (Bass 2015, S. 5)

Der „EMS Systems Act“ verstärkte die 1966 für den Rettungsdienst geschaffenen Strukturen und wandelte die „Emergency Medical Services“ in den USA zu ihrem heutigen Erscheinungsbild, wie es an der Zahl und dem Detailgrad der Anforderungen an die Rettungsdienstbereiche deutlich wird. Deshalb wird dieser Punkt als Zweiter im folgenden Kapitel auf Eigenschaften einer Critical Juncture geprüft.

Im September 1979 wurde die Notfallmedizin offiziell als Facharzt-Spezialisierung anerkannt, obwohl sie bereits in der Nachkriegszeit entstanden war (Bass 2015, S. 5; Bucher und Zaidi 2018). 1982 wurde der EMT-A (EMT-Advanced, auch: AEMT) von 1969 zum EMT-P (auch: Paramedic) erweitert, die Ausbildung reicht jedoch je nach Staat von mehreren hundert Stunden, bis über 2000 Stunden. 1985 wird zur Überbrückung der Lücke zwischen dem AEMT und dem Paramedic der EMT-Intermediate (EMT-I) geschaffen. (Bass 2015, S. 6) 1973 wurde die 911 zur landesweit einheitlichen Notrufnummer für Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst (Bass 2015, S. 7).

Im Oktober 1978 wurde versucht, die Zuständigkeiten in der Entwicklung von Rettungsdienst-Systemen zwischen dem Verkehrs- und dem Gesundheitsministerium mit einem Vertrag zu regeln und die staatlichen Tätigkeiten zu koordinieren. Das Verkehrsministerium sollte hierzu einheitliche Standards für den Transport entwickeln, das Gesundheitsministerium einheitliche medizinische Standards und Algorithmen. Das Ziel war, dass beide Behörden Hand in Hand arbeiten, was jedoch aufgrund vielerlei Differenzen nicht funktionierte. Die Koordinationsprobleme hielten bis 1982 an. (Bass 2015, S. 8)

Bereits 1976 wurde angekündigt, dass die einzelnen Rettungsdienstbereiche ab 1982 keine Unterstützung mehr vom Staat erhalten sollten, dieser sollte dann nur noch eine koordinierende Rolle einnehmen. Die Finanzierung wurde 1981 mit dem „Omnibus Budget Reconciliation Act“ angepasst: Die dauerhafte Finanzierung wurde von einem sogenannten „Block Grant“ einer hohen Einzelzuwendung abgelöst. Das gab den Bereichen große Handlungsfreiheit, da sie nun das Geld selbst verwalten konnten. (Bass 2015, S. 9; Bucher und Zaidi 2018; National Association Of

Emergency Medical Technicians 2006; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 4; West Virginia Departement of Education 2018)

1984 wurde erfolgreich ein Programm zur präklinischen Notfallversorgung von Kindern eingeführt, was ein Beispiel von guter Zusammenarbeit zwischen Regierung und Forschung darstellt (Bass 2015, S. 10; National Highway Traffic Safety Administration 1996, S. 4).

1996 veröffentlichen die „National Highway Traffic Safety Administration“ (NHTSA) und die „Health Resources and Services Administration“ (HRSA) die „EMS Agenda für die Future“ zum Zweck der Policy-Creation für das Rettungswesen. Der im selben Jahr erschienene Bericht „EMS Education für the Future: A Systems Approach“ stellte ein ganzheitliches Rettungsdienst-Ausbildungskonzept vor mit einheitlichem Kerninhalt, Praxisumfang, nationalen Ausbildungsstandards, einheitlicher Zulassung zur Ausbildung und einheitlicher Abschlusszertifizierung. (Bass 2015, S. 11; Bucher und Zaidi 2018; West Virginia Departement of Education 2018)

2009 wurden neue, einheitliche Standards für die Ausbildung geschaffen. Grundlage dafür war der „EMS Education for the Future: A Systems Approach“-Bericht. Ab diesem Zeitpunkt gab es nur noch den Emergency Medical Responder (EMR), den Emergency Medical Technician (EMT), den Emergency Medical Technician-Advanced (AEMT) und dem EMT-Paramedic. Der EMT-I, der zuletzt 1999 erneuert worden war, wurde gestrichen.

7. Auswertung

Es wurden die wichtigsten geschichtlichen Ereignisse für die Entwicklung des Rettungswesens in Deutschland und den USA vorgestellt, sowie je zwei zentrale Punkte herausgearbeitet. Nun werden diese Punkte einzeln auf Eigenschaften einer Critical Juncture, gemäß der obigen Definition⁶ geprüft. Zunächst geschieht dies für Deutschland, anschließend für die USA.

7.1. Deutschland

7.1.1 „Führererlass“ vom 30. November 1942

Als der autoritäre Diktator Adolf Hitler 1942 verfügte, dass ausschließlich das Deutsche Rote Kreuz den Krankentransport durchführen sollte (um im Zuge der Gleichschaltung ein schlagkräftiges Militärsanitätswesen zur Verfügung zu haben), stellte er die Weichen für die zukünftige Entwicklung des Roten Kreuzes und damit des gesamten deutschen Rettungswesens. Der „Führererlass“ schränkte damit die Handlungsoptionen der künftigen Akteure drastisch ein: Durch die Vereinnahmung des DRK durch die Nationalsozialisten, waren die Besatzungsmächte nach dem Krieg gezwungen, sich mit der Zukunft des Roten Kreuzes auseinanderzusetzen. Als Optionen blieben ihnen entweder die vollständige Auflösung des DRK (was durch die Monopolstellung des DRK chaotische Zustände im Rettungswesen ausgelöst hätte) oder die Dezentralisierung, wie schlussendlich geschehen. Dadurch das größtenteils das Monopol des Roten Kreuzes belassen wurde, nahmen die Besatzungsmächte starken Einfluss auf das deutsche Rettungswesen bis heute. Demnach kann der „Führererlass“ vom 30. November 1942 als eine Critical Juncture, ein auslösendes Element, beschrieben werden, welches die Handlungsoptionen der Akteure in der folgenden Zeitspanne einschränkte. Einzig gegen eine Critical Juncture spricht die Tatsache, dass die meisten zukunftssträchtigen Entscheidungen erst deutlich danach, nämlich zu Kriegsende, gefällt wurden. Dies schließt laut Sydow et al. (2009) jedoch nicht aus, dass ein solcher Punkt dennoch als Critical Juncture begriffen werden kann (siehe auch Abbildung S.18).

⁶ Definition für diese Arbeit: Critical Junctures sind zeitlich relativ kurze Zeiträume (im Vergleich zur darauffolgenden pfadabhängigen Periode), in denen Akteure verstärkt (im Vergleich zu Zeitpunkten davor oder danach) das Potential haben, mit ihren Entscheidungen relevant das Ergebnis eines Prozesses zu verändern und die verbleibenden Handlungsoptionen einzuschränken oder massiv zu erschweren.

7.1.2 Björn Steigers Tod am 03. Mai 1969

Als der achtjährige Björn Steiger stirbt, weil der alarmierte Krankenwagen erst eine Stunde nach seinem Unfall eintraf, sorgte das für einen medialen Aufschrei in ganz Deutschland. Die Eltern nutzen den Tod ihres Sohnes bereits vier Monate später, um mit der Gründung einer Stiftung auf die Missstände im deutschen Rettungswesen aufmerksam zu machen. Wie oben gezeigt führt unter anderem die Arbeit dieser Stiftung zur Entwicklung der ersten Rettungsdienstgesetze der Bundesländer und einer zentralen Koordinierung des Rettungsdienstes. Betrachtet man als Akteur hier die politisch Verantwortlichen, so sahen sie sich nach dem tragischen Tod des Jungen mit einer aufgebrachten Bevölkerung konfrontiert, die ein Grundrecht auf Gesundheit einforderte, wozu die umgehende Versorgung in Notfällen zählte. Insofern wurden die Handlungsoptionen der Politiker massiv eingeschränkt. Im Hinblick auf Wahlergebnisse konnte es sich vor allem die sozialdemokratisch-liberale Regierung unter Willy Brandt (1969-1976) nicht leisten, sich in Gesundheitsfragen gegen das Volk zu stellen. Daraus entspann sich die schnelle Entwicklung des organisierten Rettungsdienstes in Deutschland und die Verabschiedung der verschiedenen Rettungsdienstgesetze in den Ländern. Damit sind per se alle Voraussetzungen einer Critical Juncture erfüllt, jedoch kann der Tod des jungen Björn Steiger historisch gesehen auch als „tipping point“ gemäß Capoccia und Kelemen (2007, S. 351) betrachtet werden. Die Debatte über die zunehmende Zahl an Verkehrstoten nahm in der öffentlichen Wahrnehmung der 1960er Jahre eine große Rolle ein und erfuhr auch viel mediale Aufmerksamkeit. Damit baute sich kumulativ ein Handlungsdruck bei den politisch Verantwortlichen auf, welcher von Capoccia und Kelemen (2007) als typisches Beispiel eines „tipping point“ bezeichnet wird. Jedoch impliziert dies, dass die geschilderten Veränderungen theoretisch auch ohne den Tod Björn Steigers geschehen wären, der als sprichwörtlicher Tropfen das Fass zum Überlaufen brachte. Dies kann offenkundig niemals erforscht werden. Betrachtet man jedoch den Einfluss der Björn-Steiger-Stiftung auf die Entwicklung des deutschen Rettungsdienstes, so kann der tragische Tod des Jungen dennoch als auslösendes Element gesehen werden, da nur durch ihn die Stiftung gegründet wurde, die viele Veränderungen erst anstieß. Insofern ist die Klassifizierung des 03. Mai 1969 als eine Critical Juncture gemäß der Definition nicht falsch, obgleich dieser Zeitpunkt durchaus viele Eigenschaften eines „tipping point“ besitzt.

7.2. USA

7.2.1 Der NAS-NRC-Bericht vom September 1966

Der Bericht „Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society“ zeigte deutlich wie selten die Misstände im US-amerikanischen Rettungswesen der 50er und 60er Jahre auf. Zusammen mit der stark öffentlich wahrgenommenen Zunahme an Verkehrsunfällen zwang dieser Bericht die US-Regierung zum Handeln. Der „Highway Safety Act“, welcher kurze Zeit später verabschiedet wurde, begegnete der Essenz der Forderungen im Bericht des NAS-NRC. So wurden auch hier die Handlungsoptionen der Akteure (erneut die politisch Verantwortlichen) eingeschränkt, wenn auch ohne den Aufbau von großem öffentlichem Druck. Diskussionswürdig ist allerdings die genaue Bedeutung des NAS-NRC-Berichts für die Entwicklung des Rettungswesens, wo doch zuvor die „President’s Commission on Highway Safety“ von US-Präsident Lyndon B. Johnson einen ähnlichen Bericht vorgelegt hatte, der zwar insbesondere die Verkehrsunfälle betrachtete, jedoch auch eine Reform des Rettungswesens forderte. Betrachtet aus der Sicht der für den Rettungsdienst verantwortlichen Bundesstaaten und Regionen ist nicht klar herausstellbar, dass es exakt dieser Bericht war, der zum „Highway Safety Act“ geführt hat. Da entsprechend nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden kann, dass der NAS-NRC Bericht „Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society“ den „Highway Safety Act“ als ein einzelnes Element stark beeinflusst hat und den politisch Verantwortlichen kaum eine andere Wahl gelassen hat, kann dieser Punkt gemäß der Definition nicht als Critical Juncture gewertet werden, wenngleich er ein wesentlicher Meilenstein in der Entwicklung des US-Rettungswesens ist.

7.2.2 Der Emergency Medical Services Systems Act vom 16. November 1973

Die Rettungsdienst-Gesetzgebung in den USA fand ihren Höhepunkt im „EMS Systems Act“ von 1973, welcher den US-Rettungsdienst strengen Regeln und Strukturen unterwarf und die verschiedenen Strukturen des Rettungsdienstes in den gesamten Vereinigten Staaten bündeln sollte. Damit war der „EMS Systems Act“ der Nixon-Regierung wegweisend für die Entwicklung des amerikanischen Rettungswesens bis heute. In Bezug auf die Definition einer Critical Juncture ist schnell festzustellen, dass sämtliche Merkmale auf dieses Ereignis zutreffen. Insofern muss der „EMS Systems Act“ als eine Critical Juncture gesehen werden, die die Handlungsoptionen der 304

geschaffenen Rettungsdienstbereiche stark einschränkte und alternative Handlungsoptionen erschwerte. Jedoch trifft dies im weiteren Sinne auf nahezu jedes Gesetz zu, da dies Eigenschaft und Gegenstand der Gesetzgebung ist. Demnach bleibt es zu diskutieren, ob ein Gesetz als Critical Juncture betrachtet werden kann. Gemäß der hier gewählten Definition ist der „EMS Systems Act“ aber als Critical Juncture zu sehen.

8. Diskussion der Ergebnisse und Limitationen

In dieser Arbeit wurden zunächst die Grundzüge der historischen Entwicklung des Rettungsdienstes in Deutschland und den USA dargestellt und daraus jeweils zwei wichtige Entwicklungspunkte herausgearbeitet, die in einem folgenden Schritt einer Prüfung auf Eigenschaften von Critical Junctures unterzogen wurden. In Deutschland war diese Entwicklung vor allem durch den zweiten Weltkrieg und die Besatzungszeit geprägt, sowie die daran anschließende Häufung von Verkehrsunfällen, welche eine Professionalisierung des Rettungsdienstes in den 1970ern notwendig machten. Die USA entwickelten zwar früher einen moderneren Rettungsdienst, schufen jedoch auch erst in den 1960er Jahren ebenfalls durch eine hohe Zahl an Verkehrsunfällen geprägt, ein organisiertes Rettungswesen, welches mit entsprechenden Gesetzen in den 1970ern weiter professionalisiert wurde. In Deutschland konnten bei beiden gewählten Punkten Eigenschaften einer Critical Juncture festgestellt werden, auch wenn der Tod Björn Steigers 1969 Eigenschaften eines „Tipping Point“ aufweist. In den USA wurde nur der „EMS-Systems Act“ von 1973 als Critical Juncture erkannt, obwohl dies durch seine Eigenschaft als Gesetz begründet ist.

Entsprechend zeigt sich, dass insbesondere in Deutschland die Entwicklung einen zumindest teilweise pfadabhängigen Verlauf genommen hat. Mit dem „Führererlass“ 1942, sowie im Zuge des Todes von Björn Steiger 1969 wurden Entscheidungen getroffen, die die Entwicklung des deutschen Rettungsdienstes auf einen bestimmten Pfad gelenkt hat und andere Handlungsoptionen ausgeschlossen, beziehungsweise erschwert hat. In den USA konnte dieses Bild nicht bestätigt werden, insbesondere weil hier oft viele Akteure Entscheidungsmacht hatten und durch die regionale, bzw. föderale Struktur ein zentraler Pfad schwierig einzuschlagen und zu halten gewesen wäre. Dennoch wurde durch die Bundesgesetzgebung in den USA ein Rahmen geschaffen, in welchem sich der Rettungsdienst dort bewegt. Dieser ist jedoch nicht als Pfadabhängigkeit zu bezeichnen.

Mögliche Limitationen dieser Ergebnisse können durch die Beschränkung auf Critical Junctures anstatt einer umfassenden Pfadabhängigkeitsanalyse entstanden sein. Auch wurde für die Critical Junctures eine breite Definition gewählt, um sie in einem komplexen historischen Kontext besser erkennbar zu machen. Diese erwies sich jedoch im weiteren Verlauf der Forschung als zu ungenau für die Betrachtung eines Gesetzes als potentielle Critical Juncture. Hier konnte nicht eindeutig

festgestellt werden, ob ein Gesetz grundsätzlich als Critical Juncture bezeichnet werden kann. Durch die Wahl einer qualitativen Herangehensweise wurde zudem Zahl an Untersuchungsobjekten eingegrenzt, ebenso wie durch die Tatsache, dass sich in dieser Arbeit auf zwei Punkte je Land beschränkt wurde. In der Wahl der Quellen wurde sich hauptsächlich auf umfangreiche Sekundärliteratur gestützt, wodurch die Ergebnisse ebenfalls limitiert sein könnten. Für den Rahmen dieser Arbeit war dieses Thema sehr breit, insbesondere durch die Betrachtung von zwei Ländern. Durch einen Fokus auf ein einziges Land hätten mehr Entwicklungspunkte geprüft und die Historie genauer beleuchtet werden können. Ebenso hätte die Fokussierung auf einen kleineren Untersuchungszeitraum eine umfangreichere Analyse ermöglicht. Die grundlegende Herausforderung dieser Arbeit besteht in ihrem Versuch, einen Grundstein in einem in der politikwissenschaftlichen Forschung unterrepräsentierten Themenbereich zu legen. Somit musste zunächst umfangreich die historische Entwicklung dargestellt werden, um die Wahl der Entwicklungspunkte begründen zu können und erst im Anschluss konnte die Analyse der Critical Junctures stattfinden. Trotz dieser möglichen Limitationen konnte die Untersuchung gemäß dem zuvor festgelegten Untersuchungsdesign umgesetzt und Ergebnisse für die weitere Forschung generiert werden.

Ebenfalls muss bemerkt werden, dass in einer qualitativen Studie der Forscher immer einen gewissen Einfluss auf die Ergebnisse hat. In diesem Fall besteht die Möglichkeit einer Verzerrung, da der Forscher als Rettungssanitäter in Ausbildung selbst Teil untersuchten Systems ist. Dies bietet zwar den Vorteil eines tiefergehenden Einblicks in die Thematik, kann aber jedoch auch Einfluss auf die Darstellung und die Ergebnisse genommen haben.

9. Fazit

Die zu Beginn gestellte Forschungsfrage „Welche sind die jeweils wichtigsten Entwicklungspunkte in der Geschichte des Rettungswesens in Deutschland und den USA und sind diese zudem als „Critical Junctures“ zu verstehen, die eine Pfadabhängigkeit auslösen können?“ konnte mit der zuvor diskutierten Methode beantwortet werden:

Die vier Entwicklungsschritte, der „Führererlass“ 1942, der Tod Björn Steigers 1969, der NAS-NRC Bericht 1966, sowie der „Emergency Medical Services Systems Act“ 1973, wurden aus der empirischen Literatur herausgearbeitet und auf Grundlage der Theorie auf Eigenschaften einer Critical Juncture überprüft. Demnach kann der „Führererlass“ 1942 als Critical Juncture bezeichnet werden, der Tod Björn Steigers 1969 jedoch nur unter dem Vorbehalt, dass wesentliche Einflüsse durch die nach seinem Tod gegründete Stiftung gegeben wurden. Andernfalls wäre dieser Punkt als „tipping point“, nicht jedoch als Critical Juncture zu bezeichnen. In den USA konnten beim NAS-NRC Bericht 1966 keine Eigenschaften einer Critical Juncture gefunden werden. Der „EMS Systems Act“ 1973 dagegen erfüllt zwar formell alle Anforderungen an eine Critical Juncture, jedoch wurde oben bereits diskutiert, dass dies an sich für sämtliche Gesetze gilt.

Trotz der geringen Zahl und der möglichen Limitationen der Ergebnisse kann die Arbeit als Grundlage für die Pfadabhängigkeitsforschung im Kontext der historischen Entwicklung von Rettungsdienstsystemen dienen. Weitere Forschungen zu diesem Thema können von den Limitationen dieser Arbeit profitieren und das unterschiedliche Teilaspekte beleuchten.

So bietet eine umfangreichere Einzelbetrachtung der Länder großes Erkenntnispotential, da in dieser Struktur besser auf Details eingegangen werden kann. Auch die Betrachtung der Thematik mit einer anderen theoretischen Basis kann für künftige Forschungen interessant sein. Ebenso könnte eine Verkleinerung des Untersuchungszeitraumes eine umfangreichere Untersuchung möglich machen. Auch der Fokus auf die Zeit vor dem 20. Jahrhundert, in dem die Basis für die späteren Entwicklungen des Rettungswesens geschaffen wurde, könnte sich als relevant erweisen. Allgemein befindet sich das Rettungswesen weltweit ständig im Wandel und im Zwiespalt zwischen medizinischem Fortschritt, juristischen Kompetenzstreits und Finanzierungsstrukturen. Damit ergibt sich ein vielfach erforschbares Themenfeld, welches jedoch vor allem in der Politikwissenschaft bislang unterrepräsentiert ist. Dies zu ändern, dazu soll diese Arbeit einen Anstoß geben.

Literaturverzeichnis

- Ahnefeld, F. W. (2003). Die Rettungskette. Eine Idee wurde Wirklichkeit. *Notfall & Rettungsmedizin*, 6 (7), 520–525.
- Ahnefeld, F. W. & Brandt, L. (2002). Die historischen Fundamente der Notfallmedizin. *Notfall & Rettungsmedizin*, 5 (8), 607–612.
- Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman medical journal*, 25 (4), 320–323.
- Bass, R. R. (2015). History of EMS. In D. C. Cone, J. H. Brice, J. B. Myers & T. R. Delbridge (Hrsg.), *Emergency Medical Services. Clinical Practice and Systems Oversight* (S. 1–16). Chichester, West Sussex, Hoboken: John Wiley & Sons Inc, 1–16.
- Beyer, J. (2015). Pfadabhängigkeit. In G. Wenzelburger & R. Zohlnhöfer (Hrsg.), *Handbuch Policy-Forschung* (S. 149–171). Wiesbaden: Springer VS, 149–171.
- Blatter, J., Langer, P. C. & Wagemann, C. (2018). *Qualitative Methoden in der Politikwissenschaft. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bossaert, L. L. (1993). The complexity of comparing different EMS systems. A survey of EMS systems in Europe. *Annals of Emergency Medicine*, 22 (1), 99–102.
- Brosius, H.-B., Haas, A. & Koschel, F. (2016). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bucher, J. & Zaidi, H. (2018). *A Brief History of Emergency Medical Services in the United States*. <https://www.emra.org/about-emra/history/ems-history/>. Zugegriffen: 22. Nov. 2018.
- Capoccia, G. & Kelemen, R. D. (2007). The Study of Critical Junctures. Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism. *World Politics*, 59 (03), 341–369.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (2018). *112 – die Nummer für den Ernstfall. Eine kurze Geschichte des Rettungsdienstes zum Europäischen Tag des Notrufs am 11. Februar*. <https://www.drk.de/das-drk/geschichte/112-die-nummer-fuer-den-ernstfall-eine-kurze-geschichte-des-rettungsdienstes-zum-europaeischen-tag-des-notrufs/>.
- Dussap, A., Kassa, L., Pradier, E. & Schleich, E. (2018). Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Kehl: TRISAN.
- Fischer, M., Krep, H., Wierich, D., Heister, U., Hoeft, A., Edwards, S., Castrillo-Riesgo, L. G. & Krafft, T. (2003). Effektivitäts- und Effizienzvergleich der Rettungsdienstsyste in

- Birmingham (UK) und Bonn (D). *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 2003 (38), 630–642.
- Frank, P. (1926). Öffentliches Gesundheitswesen. Amerikanisches Rettungswesen. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1926 (48), 2040–2041.
- Hellmich, C. (2010). Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst. Grundlagen - Techniken - Modelle - Umsetzung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Kessel, N. (2008). Geschichte des Rettungsdienstes 1945 - 1990. Vom "Volk von Lebensrettern" zum Berufsbild "Rettungsassistent/in". Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Koppenberg, J., Briggs, S. M., Wedel, S. K. & Conn, A. K. (2002). Das amerikanische Notfallwesen - "emergency medical service" und "emergency room". *Notfall & Rettungsmedizin*, 5 (7), 1–8.
- Krieter, H. (2009). Der Rettungsdienst - Basis der präklinischen Akutmedizin. In C. Madler (Hrsg.), *Akutmedizin - Die ersten 24 Stunden. Das NAW-Buch* (S. 57–67). München: Urban & Fischer in Elsevier, 57–67.
- Merkel, W. & Gerschewski, J. (2011). Autokratien am Scheideweg. Ein Modell zur Erforschung diktatorischer Regime. *WZB-Mitteilungen*, 2011 (133), 21–24.
- Moecke, H. (2007). 50 Jahre Notarzteinsatz in Deutschland. *Notfall & Rettungsmedizin*, 10 (7), 515–522.
- National Association Of Emergency Medical Technicians. (2006). *History of EMS. Where We've Been and Where We're Going*. http://www.naemt.org/docs/default-source/about-ems/history-of-ems/History_of_EMS.pdf?sfvrsn=49dd51f8_0. Zugriffen: 23. Nov. 2018.
- National Highway Traffic Safety Administration. (1996). *EMS. A Historical Perspective*. http://www.naemt.org/docs/default-source/about-ems/history-of-ems/EMS_Historical_Perspective.pdf?sfvrsn=84c38a29_0. Zugriffen: 23. Nov. 2018.
- National Highway Traffic Safety Administration. (2017). *National EMS Scope of Practice Model*. Washington, DC.
- Neudörfer, T. (2007). Ein Netzwerk für die Sicherheit. Zur Geschichte von Feuerwehr und Rettungsdienst in Frankfurt am Main, 1840-1970. *TG Technikgeschichte*, 74 (1), 3–42.
- Page, C., Sbat, M., Vazquez, K. & Yalcin, Z. D. (2013). *Analysis of Emergency Medical Systems Across the World*. Interactive Qualifying Project. Worcester.

- Page, S. E. (2006). Path Dependence. *Quarterly Journal of Political Science*, 1 (1), 87–115.
- Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *American Political Science Review*, 94 (02), 251–267.
- Pierson, P. (2011). Politics in Time, History. History, Institutions, and Social Analysis. Princeton, Oxford: Princeton University Press.
- Pierson, P. & Skocpol, T. (2002). Historical Institutionalism in Contemporary Political Science. *POLITICAL SCIENCE*, 693–721.
- Rockwood Jr., C. A., Mann, C. M., Farrington, J. D., Hampton Jr., O. P. & Motley, R. E. (1976). History of Emergency Medical Services in the United States. *The Journal Of Trauma*, 16 (4), 299–308.
- Sefrin, P. (2003). Geschichte der Notfallmedizin in Deutschland - unter besonderer Berücksichtigung des Notarztdienstes. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 38 (10), 623–629.
- Shah, M. N. (2006). The Formation of the Emergency Medical Services System. *American journal of public health*, 96 (3), 414–423.
- Sikinger, M., Bernhard, M., Bujard, M., Serf, C., Sacconi, T., Hillger, K. & Gries, A. (2005). Notfallmedizin gestern, heute und morgen. *Notfall & Rettungsmedizin*, 8 (2), 133–138.
- Sydow, J., Schreyögg, G. & Koch, J. (2009). Organizational Path Dependence. Opening the Black Box. *The Academy of Management Review*, 34 (4), 689–709.
- Trunkey, D. D. (2000). History and Development of Trauma Care in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2000 (Vol. 374), 36–46.
- Turner, H. A. (1996). *Hitlers Weg zur Macht. Der Januar 1933*. München: Luchterhand.
- West Virginia Departement of Education. (2018). *A Brief History of Emergency Medical Services*. <http://wvde.state.wv.us/abe/Public%20Service%20Personnel/HistoryofEMS.html>. Zugegriffen: 22. Nov. 2018.