

Bürgerinitiative Rettungsdienst

Schutz und Rettung

**Plädoyer
für
ein integratives Hilfeleistungsgesetz
in
Baden-Württemberg**

September 2008

Inhalt

Vorwort

Kritische Betrachtung der baden-württembergischen Gesetzgebung zum Rettungsdienst

	Seite
1. Fehlendes Bekenntnis zur öffentlichen Aufgabe	5
2. Trägerschaft und Aufsicht	5
3. Konstrukt Bereichsausschuss	5
4. Leitstelle	6
5. Notrufoommunikation	7
6. Qualitätssicherung/Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	8
7. Hilfsfrist	9
8. Mangelnde Vernetzung und Koordination der Gesetzgebung für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz	10

Grundzüge einer Neukonzeption

A	Ordnungspolitische Parameter	12
B	Infrastruktur der Gefahrenabwehr	13
C	Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung	14

Schlusswort	16
--------------------	-----------

Vorwort

In Baden-Württemberg (BW) gelten zum jetzigen Zeitpunkt 3 verschiedene Landesgesetze im Bereich der Nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (NGA). Es handelt sich im Einzelnen um das Feuerwehrgesetz, das Rettungsdienstgesetz und das Katastrophenschutzgesetz. Die genannten Gesetze sind vor Jahren formuliert und auf der Basis spezifischer Aufgabenstellungen erarbeitet worden. Zum Zeitpunkt ihrer Entwicklung und Verabschiedung herrschte in BW eine Sicherheitsphilosophie, die von der Aufteilung der NGA in getrennte Hilfeleistungsstrukturen ausging. Dies widerspiegelt sich ganz deutlich bei der administrativen Zuständigkeit.

Während die Gesetzgebung und die Angelegenheiten von Feuerwehr und Katastrophenschutz dem Innenministerium (IM) übertragen sind, ist dies im Falle des Rettungsdienstes das Sozialministerium (SM).

Die Geschehnisse der vergangenen Jahre auf dem Feld der öffentlichen Sicherheit haben bei vielen Verantwortlichen, die auf neue Herausforderungen nach adäquaten Lösungen suchen mussten, zu einem Umdenken geführt. Natur- und Umweltkatastrophen wie z.B. das Elbe-Hochwasser 2002 sowie anthropogene und technogene Unfälle und Katastrophen wie die bekannten Terroranschläge erfordern in der Sicherheitspolitik ein vorausschauendes, integratives Denken und Handeln.

In der BRD ist der Bereich der NGA Ländersache. Seit einiger Zeit ist klar zu erkennen, dass die Länder auf die neuen Herausforderungen reagieren. So trat im Jahre 2002 im Bundesland Bremen das 1. Integrative Hilfeleistungsgesetz in Kraft, das den Brandschutz, die technische Hilfeleistung, den Rettungsdienst sowie den Katastrophenschutz unter dem Dach des Senators für Inneres, Kultur und Sport ansiedelte. Das Land Sachsen folgte im Jahre 2004 mit einem weiteren integrativen Hilfeleistungsgesetz für Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz. Die Zuständigkeit liegt beim sächsischen Staatsministerium des Innern. Der Freistaat Sachsen ist damit das erste Flächenland, das bereits vor 4 Jahren den Schritt hin zu einer neuen, zukunftsorientierten Sicherheitskonzeption wagte. Doch auch andere Bundesländer verstärkten die integrativen Elemente der Hilfeleistungsstrukturen. In Bayern und im Saarland z.B. wurden Gesetze zur Einführung integrierter Leitstellen verabschiedet und neue Rettungszweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung gegründet. Die Zahl der bereichsübergreifenden Regionalleitstellen nimmt ständig zu. In Rheinland-Pfalz wird es statt bislang 18 nur noch 8 Leitstellenbereiche geben. Das Land Brandenburg wird künftig nur noch mit 5, Mecklenburg-Vorpommern mit 6 Leitstellen ausgestattet sein.

Wirft man einen Blick nach BW, so fällt einem schlagartig auf, dass die den Baden-Württembergern attestierte Innovationsfreude den Bereich der nichtpolizeilichen Sicherheitskonzeption noch nicht erfasst hat. Der Gedanke, dass die für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz zuständigen Behörden den Sicherheitsinteressen der Bürger gebündelt besser und schlagkräftiger Geltung verschaffen könnten, ist noch wenig verbreitet. Der kleinste gemeinsame Nenner zwischen SM und IM sind Hinweise und Empfehlungen zu bestimmten Themen, deren Rechtsverbindlichkeit und deren konkrete Umsetzungen auf einer unverbindlichen Freiwilligkeit beruhen. Mit 43 Leitstellen der NGA, davon knapp 1/3 in nächtlicher Ein-Mann-Besetzung, nimmt BW unter den Bundesländern einen Spitzenplatz ein. Für diese hohe Zahl an Notrufzentralen scheinen nicht apodiktische Gründe zu sprechen. Ein ernst zu nehmendes Gutachten der Krankenkassen zeigt auf, dass 2 Leitstellen pro Regierungsbezirk, also 8 für ganz BW, effektiver und wirtschaftlicher arbeiten könnten als die heutigen 43. Nun partizipieren die

Krankenkassen gleichberechtigt mit den Hilfsorganisationen (HiOrg) an der Entscheidungsfindung und Beschlussfassung der Bereichsausschüsse (BA) der jeweiligen Rettungsdienstbereiche. Dennoch verharren die Strukturen. Beobachter der Szene und Beteiligte, die sich aus der Deckung wagen, berichten davon, dass trotz erheblicher Fortschritte bei Technologie und Ausbildung die Vertretung organisationszentrierter Partikularinteressen – also Vereinsmeierei – die Rettungsdienstpolitik im Wesentlichen mit bestimmt. Die Erfahrungen und Fakten im Zusammenhang mit der Implementierung des EuroNotrufs, mit der Leitstellenintegration, mit der Qualitätssicherung und mit der Rechtsaufsicht über die Hilfsfrist bestätigen diesen Vorwurf. Eine Gesetzgebung, die die Durchsetzung von organisationsbezogenen Partikularinteressen zulässt und diese gar über die Sicherheitspolitischen und wirtschaftlichen Anliegen der Bürger stellt, dient nicht dem Schutzbedürfnis der Bevölkerung.

Es kann nicht angehen, dass in den 37 Rettungsdienstbereichen des Landes die jeweiligen Vorstände und Geschäftsführer der Vereine der HiOrg mehr zu sagen haben als die Landräte und Bürgermeister, die die Bewohner ihrer Städte und Kreise vertreten. Offensichtlich ist die bw Gesetzgebung im Bereich Rettungsdienst darauf ausgelegt, die öffentliche Hand von der staatlichen Fürsorgepflicht zu befreien und den Schutz der Bevölkerung ausschließlich in die Hände eingetragener Vereine zu legen, die sich ihrerseits der Rechtsform einer gGmbH bedienen.

In einem bemerkenswerten Gegensatz hierzu steht die Haltung der Landesregierung zur Tierrettung: laut § 2, Abs. 1 und 2 des Landesfeuerwehrgesetzes ist sowohl die Hilfeleistung für Tiere als auch die Rettung von Tieren eine hoheitliche Aufgabe der Feuerwehr. Auch die technische Rettung von Menschen gehört zu den hoheitlichen Aufgaben des Staates. Der medizinische Rettungsdienst liegt, einmalig in ganz Deutschland, im rechtlichen Verantwortungsbereich privater Organisationen. Vor dem Hintergrund einer Haftungsfrage hat das OLG Stuttgart am 2. Feb. 2004 festgestellt, dass in BW der Rettungsdienst nicht öffentlich-rechtlich sondern eindeutig privatrechtlich organisiert ist. An einem konkreten Beispiel lässt sich aufzeigen, was dies bedeutet: Eine verletzte, in einem Autowrack eingeklemmte Person wird auf hoheitlicher Basis technisch gerettet, aber anschließend privatrechtlich medizinisch versorgt. Der Unterschied z.B. bei der Haftung ist bemerkenswert! Da das Rettungsdienstgesetz BW die medizinische Notfallrettung nicht als öffentliche, hoheitliche Aufgabe des Staates in der Gesundheits- und Daseinsvorsorge bestimmt und auch die Trägerschaft des Rettungsdienstes nicht der öffentlichen Hand, sondern den privaten HiOrg zuordnet, ist die Übertragungsmöglichkeit hoheitlicher Aufgaben bei der Durchführung des Rettungsdienstes in Frage zu stellen. Die durch die bw Gesetzgebung entstandene Grauzone ist – man denke z.B. nur an die EU-weite Ausschreibungspflicht nach den europäischen Vergaberichtlinien beim so genannten Konzessionsmodell – äußerst problematisch und keine hinreichende Basis für eine zukunftsorientierte Sicherheitspolitik. Es muss die Frage erlaubt sein, welche Aufgabe im eigentlichen Sinne der Staat hat, wenn nicht die, in erster Linie für den Schutz und die Sicherheit der Bürger aufzukommen.

Kritische Betrachtung der baden-württembergischen Gesetzgebung zum Rettungsdienst

1. Fehlendes Bekenntnis zur öffentlichen Aufgabe

Im Gegensatz zu den übrigen 15 Landesgesetzen zum Rettungsdienst findet sich im bw Text nicht ein Wort darüber, dass der Rettungsdienst als eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr aufgefasst werden würde. BW nimmt mit dieser Bekenntnisverweigerung unter den Bundesländern eine Sonderstellung ein. In den anderen Ländern wird die Verantwortung der Städte und Landkreise in der Notfallrettung deutlich hervorgehoben.

Auch der dem Rettungsdienstgesetz nach geordnete Rettungsdienst-Plan vermeidet eine klare Aussage zur einer öffentlichen Aufgabe der Daseinsvorsorge. Unbeachtet einer formaljuristischen Bewertung dieses Aspektes ist das fehlende Bekenntnis zur hoheitlichen Vorsorgepflicht in der Gefahrenabwehr ein Indiz dafür, welchen Stellenwert das Rettungswesen in der Balance zwischen wirtschaftlichen Interessen einerseits und Belangen des Bevölkerungsschutzes andererseits einnimmt. Der Rückzug des Staates an dieser sensiblen Stelle der öffentlichen Sicherheit bleibt nicht ohne Folgen. Die Diskussion um die Qualität des bw Rettungswesens in Medien und Fachkreisen hat in weiten Teilen der Bevölkerung zu einem erheblichen Vertrauensverlust geführt. Sogar Rechtsaufsichtsbehörden sind in die Schusslinie der Kritik geraten. Die Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe Rettungsdienst wird in einem Reigen gegenseitiger Zuständigkeits-Zuweisungen zerrieben.

2. Trägerschaft und Aufsicht

Mit Ausnahme von BW liegt die Trägerschaft des Rettungsdienstes ausschließlich bei der öffentlichen Hand. Überall ist den Land- bzw. Stadt-Kreisen die hoheitliche Aufgabe Rettungsdienst übertragen. Einzig und allein in BW ist der Aufgabenträger auch gleichzeitig der Leistungserbringer. Während üblicherweise die Stadt- und Landkreise zur Durchführung des Rettungsdienstes öffentlich-rechtliche Verträge mit den Leistungserbringern – in der Regel mit den privaten HiOrg – schließen und damit eine wesentliche Kontrollfunktion über Struktur und Qualität des Rettungsdienstes ausüben können, haben in BW die HiOrg in der Notfallrettung hinsichtlich ihrer Monopolstellung freie Hand. Die in den anderen Bundesländern fest verankerte Aufsicht über die Leistungserbringer, die in der Regel den fachlich kompetenten Ordnungsämtern übertragen ist, findet in BW nicht statt. Da hierzulande Leistungserbringer und Aufgabenträger eins sind, würde man sich quasi selbst beaufsichtigen. BW verzichtet hier auf ein wesentliches Steuerungselement innerhalb des Hilfeleistungssystems.

3. Konstrukt Bereichsausschuss

Die BA, in denen sich paritätisch die stimmberechtigten Kostenträger und Leistungserbringer gegenüber sitzen, haben die Aufgabe, einen Bereichsplan zu erstellen und beratend in Angelegenheiten des Rettungsdienstes tätig zu werden. Die Vertreter der Stadt- und Landkreise, der Feuerwehren, der Leitenden Notärzte und der Kassenärztlichen Vereinigung haben kein Stimmrecht!

Das bedeutet, dass der Vertreter der Kommune oder des Landkreises zwar an einer BA-Sitzung teilnehmen, womöglich erhebliche Finanzbeiträge der Steuerzahler zu Investitionen oder Betrieb von Leitstellen beisteuern darf. Eine Mitsprache in Form von Stimmrecht wird ihm aber versagt. Auch an dieser Stelle wird auf ein Steuerungsinstrument der öffentlichen Hand verzichtet.

Rechtsaufsicht über den BA, nicht aber über den Rettungsdienst, hat nach § 30 a das Landratsamt oder das Bürgermeisteramt. Bei der Ausübung der Rechtsaufsicht müssen die Landräte bzw. die Bürgermeister unabhängig und neutral agieren können. Doch gerade Landräte und Bürgermeister sind nicht selten die Vorsitzenden der Kreisvereine der HiOrg, die als stimmberechtigte Vertreter der Leistungserbringer so zu sagen gleichzeitig in den BA sitzen. Wie soll eine ordentliche rechtskonforme Kontrolle stattfinden, wenn die betroffenen Personen sich in einem Interessenskonflikt befinden? Wann ist man Landrat, wann ist man Kreisvereinsvorsitzender?

Diese Konstruktion ist der Qualität des Rettungswesens nicht dienlich und gehört umgehend abgeschafft.

4. Leitstelle

Die Trägerschaft der Integrierten Leitstellen (ILS) liegt, abgesehen von Rheinland-Pfalz und BW üblicherweise beim Träger des Rettungsdienstes, also bei den Stadt- und Landkreisen. Das einzige Rettungsdienstgesetz, das noch die Möglichkeit von getrennten Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst vorsieht, ist das baden-württembergische. Durch die Kleingliedrigkeit der Bereichsstruktur leistet sich BW die enorm hohe Zahl von 43 Leitstellen in der NGA. Entsprechend groß ist die strukturelle Vielfalt: es gibt getrennte Leitstellen (Karlsruhe, Freiburg, Pforzheim...), es gibt integrierte Leitstellen (Stuttgart, Reutlingen ...), es gibt virtuell vernetzte Leitstellen (Hohenlohe-Kreis/Neckar-Odenwaldkreis...), es gibt eine bereichsübergreifende integrierte Leitstelle (Ostalb-Kreis), es gibt eine bereichsübergreifende teilintegrierte Leitstelle (Rhein-Neckar-Kreis) und es gibt gemeinsame Leitstellen (Esslingen, Ulm ..).

Diese Leitstellenmischung ist einmalig in der gesamten Republik. Über 1/3 der Leitstellen ist nachts mit nur einem Disponenten besetzt. Abgesehen von wenigen Ausnahmen ist eine Kontrolle der Leitstellentätigkeit von außen nicht möglich. Was den rettungsdienstlichen Teil der ILS sowie alle reinen Rettungsleitstellen betrifft, so wurde einer HiOrg eine Monopolstellung zugesprochen. Das damit verbundene Vermittlungsmonopol ist, gerade auch hinsichtlich der Tätigkeiten anderer HiOrg und Privatunternehmer, äußerst fragwürdig. Wer das Vermittlungsmonopol bei Transportaufträgen hat, ist im Konkurrenzkampf unter den gGmbH's gut aufgestellt.

Ob dies mit den Regeln eines fairen Wettbewerbs übereinstimmt und den "Kunden" immer dienlich ist, mag dahingestellt sein. Wartezeiten von bis zu 6 Stunden im Krankentransport sprechen für sich.

In 8 Rettungsdienstbereichen von Großstädten bzw. von größeren Städten werden noch getrennte Leitstellen für Feuerwehr und Rettungsdienst betrieben. Dass ausgerechnet dort, wo der Professionalisierungsgrad am höchsten ist, bislang noch keine Integration erreicht werden konnte, dokumentiert auf wenig rühmliche Art und Weise die Kraft von vereinszentrierten Partikularinteressen. Der Gesetzgeber zeigt sich machtlos und beschränkt sich auf die Rolle des Moderators. Im Saarland, in Bayern und in Rheinland-Pfalz, wo vergleichbare Strukturen im Rettungswesen anzutreffen sind, wurde von Seiten der Regierungen gehandelt. ILS sind dort verbindlich vorgeschrieben. In Städten, in denen Berufsfeuerwehren bestehen, wurde die professionelle Kompetenz genutzt, um klare Strukturen in der Trägerschaft der Leitstellen herzustellen. Dass ein Geschäftsführer einer HiOrg, wie in BW geschehen, über Jahre hinweg erfolgreich die Leitstellenintegration in einer Großstadt verhindern kann, wäre in den anderen Bundesländern aus-

geschlossen. Das bw Rettungsdienstgesetz lässt es zu, dass Partikularinteressen über das Gemeinwohl gestellt werden können. Am Themenkomplex Leitstellen offenbart sich die gesamte Schwäche des bw Gesetzes. Folgendes Beispiel möge dies in aller Deutlichkeit veranschaulichen: laut Rettungsdienstgesetz und Rettungsdienstplan BW sind die Träger der Leitstellen verpflichtet, monatlich den Leistungsträgern, den privaten Rettungsdienstunternehmen sowie den Kostenträgern u.a. den Beginn und das Ende der Einsätze offen zu legen, um z.B. die Einhaltung der Hilfsfrist überprüfen zu können. Nach der Landtagsdrucksache 14/2178 hat die Rettungsleitstelle Stuttgart über 4 Jahre hinweg keine Angaben zur Hilfsfrist abgegeben.

Wie ist so etwas möglich, wenn die Daten monatlich im BA, in dem der verantwortliche Rettungsdienstleiter mitwirkt, von der Rettungsleitstelle vorgelegt werden müssen? Wie soll ein Landrat oder ein Bürgermeister in Wahrnehmung seiner Rechtsaufsicht die Kontrolle ausüben, wenn zum einen die Daten nicht vorgelegt werden und zum anderen die Datenerhebung nicht nachvollziehbar ist? Durch die Tatsache, dass in BW die privaten Leistungserbringer gleichzeitig die Träger der Leitstelle sind, ist eine Transparenz an dieser Stelle nicht anzunehmen.

5. Notrufkommunikation

Dem Meldevorgang innerhalb der Rettungskette wird von Fachleuten eine immer größere Bedeutung zuerkannt. Die einzelnen Bundesländer haben deshalb entweder per Gesetz oder per Verordnung den europaweiten Notruf 112 als einzige Notrufnummer der NGA verankert und so die europäische wie die nationale Gesetzgebung zur Notrufkommunikation berücksichtigt. Das Land BW mag sich mit seiner geltenden Gesetzgebung und dem dazugehörigen Rettungsdienstplan dieser Faktenlage nicht anschließen. Nach wie vor ist die landesrechtliche Ausführung so, dass eine so genannte „Rettungsdienstliche Notrufnummer 19222“ definiert ist. Nun ist mittlerweile hinlänglich bekannt, dass diese Nummer vom Bund, der für die Belange der Telekommunikation gesetzlich zuständig ist, nicht als Notrufnummer bestimmt ist, weil sie unter anderem die Leistungsmerkmale einer echten Notrufnummer nicht erfüllt. Das bw SM hat diesen Missstand zwischenzeitlich erkannt, umgesteuert und die HiOrg angewiesen, unverzüglich die Notrufnummer 112 zu propagieren. Doch ein Schreiben des Ministeriums kann die Schieflage des Gesetzes nicht außer Kraft setzen.

Die Umstellung auf den EuroNotruf 112 erfolgte bzw. erfolgt sehr schleppend und ist alles andere als zufrieden stellend. Sie trägt nämlich nur in Bereichen mit ILS, obwohl auch in den anderen Rettungsdienstbereichen selbstverständlich der gesetzliche Notruf 112 gilt und sie nimmt Rettungsdienstfahrzeuge aus, die bereits mit der Nummer 19222 beschriftet waren. Das SM begründet dies mit Bestandsschutz und Wirtschaftlichkeit. In Wahrheit jedoch haben sich wieder einmal die Partikularinteressen von Verbänden durchgesetzt. Denn Bestandsschutz wäre vielleicht gerechtfertigt, wenn die Nummer 19222 eine gesetzliche Notrufnummer gewesen wäre und der Gesetzgeber dann auf eine andere Notrufnummer, nämlich die 112, umgestellt hätte. Dem ist aber nicht so. Seit 1973 ist vom Bund die Notrufnummer 112 für Feuerwehr und Rettungsdienst festgelegt. Dass viele Kreisvereine der HiOrg nicht den gesetzlichen Notruf 112, sondern eine 5-stellige Servicenummer auf den Fahrzeugen bewerben, ist schlimm genug und hätte eigentlich schon längst von den Aufsichtsbehörden beanstandet werden müssen. Doch diesem Verstoß auch noch Bestandsschutz zu gewähren, zeigt, wessen Interessen hier Vorrang haben.

Die Umbeschriftung der Rettungsdienstfahrzeuge von 19222 auf 112 ist auch aus wirtschaftlicher Sicht zumutbar, und wenn man nur will (siehe Stuttgart), auch machbar. Viel schlimmer wäre es, wenn durch die untaugliche Nummer 19222 – wer sie am Handy wählt, läuft ins Leere! – ein Anrufer entweder auf Umwege geschickt werden würde oder

nicht lokalisierbar wäre. Das kann im Notfall gravierende Folgen haben. Ob sich der Notfallpatient und seine Angehörigen dann mit dem Hinweis auf Wirtschaftlichkeit beruhigen lassen, möge dahingestellt sein. Die für die Notfallrettung völlig ungeeignete Servicenummer 19222 wird über viele Jahre hinweg weiter für Verwirrung bei der Bevölkerung sorgen. Die Beschriftung von Krankentransportwagen mit der Nummer 19222, meist deutlich größer als die Nummer 112 auf Rettungswagen, ist in diesem Zusammenhang kontraproduktiv. Die allermeisten Bürger können äußerlich einen Krankentransportwagen nicht von einem Notarzteinsetzfahrzeug oder einem Rettungswagen unterscheiden. Ein Fahrzeug mit Sonderlackierung und Sondersignalanlage ist für den Bürger ein Rettungsfahrzeug. Da die Anforderung eines Krankentransportwagens aber in aller Regel von einer Arztpraxis oder von einem Krankenhaus aus geschieht, ist eine derartige Bewerbung der Servicenummer 19222, die stets ohne jegliche Zuordnung zum Begriff „Krankentransport“ geschieht, völlig überflüssig. Im Gegenteil: diese Art der öffentlichen Propagierung muss zwangsläufig dazu führen, dass sie als Notrufnummer aufgefasst wird. Das Ziel, dem Bürger eine einheitliche Notrufnummer nahe zu bringen, wird auf diese Weise nicht erreicht. Die nachteiligen Konsequenzen sind hinlänglich bekannt.

In diesen Zusammenhang hinein gehört auch die für den Bürger entstehende Missverständlichkeit der notfallmedizinischen Terminologie. Notfalldienst, ärztlicher Notdienst, Notarztdienst und ärztlicher Bereitschaftsdienst sind nur einige Begriffsbeispiele für die verwirrende Sprachregelung. Es wäre sicherlich nicht verkehrt, in diesem Bereich für mehr Klarheit und Eindeutigkeit zu sorgen.

Eine konsequente und durchdachte Aufklärung der Bevölkerung über das Verhalten in Notfällen findet von Seiten der Landesregierung de facto nicht statt. Wer die Aktivitäten z.B. des bayrischen Staatsministerium des Innern diesbezüglich kennt, der kann sich nur verwundert fragen, warum hierzulande derart elementare und eigentlich selbstverständliche Bemühungen unterbleiben.

6. Qualitätssicherung/Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

In allen Landesrettungsdienstgesetzen bzw. deren Novellierungsentwürfen sowie in den entsprechenden Landesverordnungen ist zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst die Einrichtung der Funktion eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) auf Bereichs- bzw. bereichsübergreifender Ebene festgeschrieben. Diese Funktion muss überall aus Gründen der organisationsübergreifenden Akzeptanz und der Neutralität auf einer unabhängigen Ebene angesiedelt sein. Sie hat zum Ziel, die Qualitätssicherung und –verbesserung der rettungsdienstlichen Versorgung zu gewährleisten. Der ÄLRD übt in der Regel die medizinische Kontrolle über den Rettungsdienst aus und ist für die Effektivität und Effizienz der präklinischen Notfallversorgung verantwortlich. Er wertet Rettungsdiensteinsätze aus, trifft Festlegungen zur Sicherung der Qualität der Notfallversorgung und überwacht deren Umsetzung. In medizinischen Fragen und Belangen ist er gegenüber dem ärztlichen wie auch dem nichtärztlichen Personal sowie gegenüber den Leistungserbringern weisungsbefugt.

Die Funktion ÄLRD ist ein wesentliches Element bei der Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität des Rettungsdienstes. Die einheitliche Dokumentation der Notfalleinsätze, die dem ÄLRD von den Leistungserbringern zu ermitteln ist, bildet eine entscheidende Grundlage bei der Evaluierung der Strukturen und Abläufe im Rettungsdienst.

Das bayerische Rettungsdienstgesetz kennt die Funktion des ÄLRD zur Qualitätssicherung im Rettungsdienst nicht. In §10, Abs. 2 findet sich lediglich der Satz: „Der Leitende Notarzt wirkt bei der Qualitätssicherung im Rettungsdienst mit“. Dass auf dieser Basis keine angemessene, verlässliche Qualitätssicherung gewährleistet werden kann, ist wohl unumstritten. Wenn man verfolgt, welche enorme Bedeutung die anderen Bundesländer der

Funktion ÄLRD zuerkennen, ist kaum nachvollziehbar, warum man in BW auf dieses effektive Instrument zur Überprüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes verzichtet.

7. Hilfsfrist

Die Definition der Hilfsfrist und deren in der rettungsdienstlichen Praxis üblichen Interpretation stehen in BW in einem krassen Widerspruch. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass die Hilfsfrist mit Eingang der Notfallmeldung in der Leitstelle beginnt und mit dem Eintreffen des Rettungsmittels am Notfallort (an einer Straße) endet. Dies ist eigentlich eine klare Vorgabe.

Der Fachausschuss „Gesundheitswesen und Rettungsdienst“ des DRK führt hierzu aus: „Die Hilfsfrist beginnt mit dem Eingang der Notfallmeldung in der Leitstelle gemäß Datenprotokoll (z.B. ISDN-Telefonanlage). Hierbei wird davon ausgegangen, dass in 95 % der Fälle vom Eingang der Meldung bis zur Abnahme eine Zeitspanne von 5 Sekunden nicht überschritten wird ... Der Beginn der Hilfsfrist darf – da und wenn auf den Eingang der Notfallmeldung abgestellt wird - keinesfalls von irgendwelchen Tätigkeiten oder Vorgängen in der Leitstelle abhängig gemacht werden (z.B. Beginn des Dispositionsvorganges).“

In BW aber wird in der rettungsdienstlichen Praxis genau auf die beschriebene Art und Weise der gesetzlich festgelegte Beginn der Hilfsfrist verschleiert. Unter Bezugnahme auf ein Protokoll zur 39. Sitzung des Landesausschusses für den Rettungsdienst (LARD) vom 17. Juni 1999 wird von den Rettungsdiensten nicht der Eingang der Notfallmeldung als Beginn gewertet, sondern der Beginn des Dispositionsvorganges. Nicht das technisch unbestechliche Datenprotokoll wird zur Dokumentation des Beginns der Hilfsfrist herangezogen, sondern eine vom Disponenten abhängige Entscheidungsfindung. Legt man die von der Bundesanstalt für Straßenverkehrswesen erfassten Mittelwerte zugrunde, so geht in BW bei der Aufzeichnung des Beginns der Hilfsfrist im Schnitt eine gute Minute verloren, d.h. sie wird nicht mitgerechnet.

Die Dauer der Hilfsfrist wird von bw Gesetzgeber wie folgt festgelegt: „Die Hilfsfrist soll aus notfallmedizinischen Gründen möglichst nicht mehr als 10, höchstens 15 Minuten betragen“. Diese Vorgabe wird in der Regel so interpretiert, dass als Planungsgröße immer der Zeitraum von 15 Minuten zugrunde gelegt wird. Da der Gesetzgeber aber ausdrücklich darauf hinweist, dass nach Möglichkeit der Notfallpatient in nicht mehr als 10 Minuten erreicht werden soll, ist eine Verkürzung des Gesetzestextes auf den 2. Halbsatz unzulässig. Hätte der Gesetzgeber gewollt, dass die Planungsgröße 15 Minuten betragen soll, wäre der primäre Verweis auf die 10-Minuten-Größe absurd. Aus notfallmedizinischen Gründen geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Regel-Planungsgröße (d.h. 95 %) bei 10 Minuten liegt, in Ausnahmefällen (5%) bei 15 Minuten liegen kann.

Sowohl die Dokumentation des Beginns der Hilfsfrist als auch die Bemessung der Dauer der Hilfsfrist werden nicht in der Korrektheit angesetzt, wie dies der Gesetzestext vorschreibt. Man nutzt das Mittel der Interpretation – natürlich völlig uneigennützig - , um nach außen hin gerade noch eine Einhaltung der Hilfsfrist vermitteln zu können. Das Zustandekommen des Zahlen- und Datenmaterials, das die Leitstellen den Aufsichtsbehörden vorlegen, ist durch keine unabhängige neutrale Instanz nachprüfbar. Wieder einmal macht sich das Fehlen einer staatlichen Aufsichtsebene zur kontinuierlichen Kontrolle vor Ort negativ bemerkbar.

In einer Pressemitteilung vom 10. April 2008 beklagt sich der Vorsitzende des Landkreistages öffentlich über diesen Zustand: „Vor allem der fehlende Einfluss der Landkreise in den für die Einhaltung der Hilfsfristen zuständigen Bereichsausschüssen für

den Rettungsdienst wird von den Landräten bemängelt. Die BA sind paritätisch mit Leistungs- und Kostenträgern besetzt und die Landräte haben dort kein Stimmrecht.“

8. Mangelnde Vernetzung und Koordination der Gesetzgebung für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz

Zu der kleingliederigen Struktur des Rettungsdienstes in BW – wohlgemerkt es gibt 37 Rettungsdienstbereiche, 37 BA, 37 Kreisgeschäftsführer, 37 Kreisvereinsvorsitzende, etc., die alle mitbestimmen wollen, und es gibt vor allen Dingen 37 Grenzlinien, die ein sinnvolles Wirtschaften verhindern – kommt auf der politischen und organisatorischen Entscheidungsebene der NGA eine ebenso kaum zu überschauende Zahl an Gremien hinzu.

Die Bandbreite dieser Zirkel reicht von den Beiräten der Rettungsleitstellen, den BA des Rettungsdienstes über den Landesausschuss Rettungsdienst, den Landesfeuerwehrbeirat, den Landesbeirat für Katastrophenschutz, den Expertenkommissionen, dem Landeskrankenhausausschuss über zahllose Arbeitsgruppen bis hin zu den unteren Katastrophenschutzbehörden der Landrats- und Bürgermeisterämter. Diese Gremien produzieren eine nicht mehr zu überschauende Flut an Merkblättern, Konzeptionen, Empfehlungen, Beschlussfassungen, Erläuterungen, Maßnahmepaketen und Hinweisen. Eine Einrichtung, die all diese Aktivitäten, Vorschläge, Zielsetzungen etc. für die NGA bündeln könnte, fehlt. Zu groß ist die Diffusion der gesetzlichen und organisatorischen Zuständigkeiten. Drei konkrete Beispiele mögen diese Beobachtung untermauern:

a) Massenansturm von Verletzten MANV

Am 7. Juli 2008 wurden von IM und SM die „Gemeinsamen Hinweise MANV“ verabschiedet. Am selben Tag stellte das IM ein MANV-Konzept vor. In den Hinweisen heißt es auf Seite 4: „Die Hinweise konkretisieren die sich aus dem Feuerwehrgesetz, Polizeigesetz, Rettungsdienstgesetz und Landeskatastrophenschutzgesetz ergebenden Bestimmungen. Die Zuständigkeiten nach diesen Gesetzen bleiben unberührt.“

Hätte man wie andernorts üblich den MANV dem Aufgabenbereich des Trägers des Rettungsdienstes, also den Stadt- bzw. Landkreisen zugewiesen, würden nicht wie in BW 4 Zuständigkeiten nach 4 verschiedenen Gesetzen zum Tragen kommen. In BW ist dies auf Grund der Gesetzeslage nicht möglich, da der Rettungsdienst nicht als öffentliche Aufgabe der Kommunen und Landkreise verstanden wird, sondern als eine Leistungserbringung privater HiOrg. Abgesehen davon, dass die Effizienz der bw Lösung stark bezweifelt werden darf, sind die „Gemeinsamen Hinweise MANV“ nichts anderes als Empfehlungen und Hilfestellungen. Eine gesetzliche Durchführungspflicht lässt sich diesem Papier nicht entnehmen.

b) Leitstellenstruktur

Die von einer Arbeitsgruppe „Sicherheit im Leitstellenbetrieb“ unter Beteiligung von IM und SM erstellten „Hinweise zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr“ stellen eine inhaltlich durchaus bemerkenswerte Schrift dar. Der entscheidende Punkt dabei ist aber, dass auch diese Hinweise keinerlei Pflicht zur Umsetzung nach sich ziehen.

Wie schon erwähnt gibt es in BW momentan 43 Leitstellen für die NGA. Wer die Situation der Leitstellenstruktur einigermaßen kennt, der weiß, dass die in den Hinweisen formulierten Qualitätsmerkmale nicht in einem einzigen Leitstellenbereich BWs umgesetzt sind. Das Papier ist zwar gut gemeint, aber letztlich hat es doch nur kosmetischen Charakter. Solange sich die Intentionen dieser Ausfüh-

rungen nicht in gesetzgeberische Konsequenz umwandeln, können die Verantwortlichen in den einzelnen Rettungsdienstbereichen geruhsam ihre organisationszentrierte Interessenspolitik fortführen.

c) Hilfsfrist

Ein krasses Beispiel für die destruktive Auswirkung der oben angesprochenen Aufspaltung in zahllose Entscheidungsgremien ist der Umgang mit der Definition der Hilfsfrist. Der Beginn der Hilfsfrist wird im bw Rettungsdienstgesetz bekanntlich mit dem Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle definiert. Dieser an sich für jedermann verständliche Sachverhalt wird jedoch auf einer unteren Ebene „neu“ geordnet. Der LARD verkündet in einem weiteren Papier am 11.07.2008: „In BW beginnt die Hilfsfrist nicht mit der Annahme des Hilfeersuchens in der Leitstelle, sondern zu dem Zeitpunkt, zu dem der Disponent die Erkenntnis gewinnt, dass ein Notfalleinsatz vorliegt und er mit der Disposition eines Rettungsmittels beginnen kann.“ (Erläuterungen des LARD zu den Berechnungsschemata zur Erfüllung der Hilfsfristen)

Der beschriebene Eingriff des LARD in die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zeigt auf, wie in BW nachgeordnete Ausschüsse, Gremien und Zirkel auf die Qualität und Durchführung des Rettungsdienstes Einfluss nehmen können. Nicht nur in diesem Falle ist der Schutz der Bevölkerung zweitrangig. Für den Bürger ist eine derartige dem Gesetzestext widersprechende Verfahrensweise von Nachteil, weil sie das therapiefreie Intervall weiter vergrößert. Den wirtschaftlichen Interessen der Kostenträger und Leistungserbringer kommt sie allerdings entgegen.

Die drei angeführten Beispiele markieren die Grundproblematik der gesetzlichen Vielfalt im Bereich der NGA BWs. Das Aufeinandertreffen öffentlich-rechtlicher Strukturen und Belangen des Bevölkerungsschutzes auf privatrechtlich organisierte Dienstleistungsunternehmen und deren Interessen erzeugt enorme Friktionen, die einer effizienten Sicherheitspolitik im Wege stehen.

Die Reibungsverluste, die durch die Anwendung der unterschiedlichen Gesetze, durch die Aufteilung der administrativen Zuständigkeiten und durch die Diffusion der nachgeordneten Stellen und Gremien entstehen, haben ein Ausmaß erreicht, das nicht länger akzeptabel ist. Ob bei den Themen MANV, Leitstelle, Schnelleinsatz-Gruppen (SEG), First-Responder oder anderen wie Aufklärung und Pflichten der Bevölkerung, die Reihe der zu lösenden Aufgaben ist lang. Der Zeitpunkt, in dem intensiv über eine Neuordnung des Hilfeleistungssystems nachgedacht und gehandelt werden muss, ist gekommen. Der Weg hin zu einer integrativen Gesetzgebung zeichnet sich ab.

Grundzüge einer Neukonzeption

Die Bürgerinitiative Rettungsdienst ist ein Zusammenschluss von Bürgern, die allesamt negative Erfahrungen mit dem bestehenden Hilfeleistungssystem machen mussten. Sie ist keine Vereinigung von Fachleuten oder gar Juristen, die in der Lage wären, einen neuen Gesetzestext für eine künftige Sicherheitskonzeption zu formulieren. Unser Ziel ist, mit zu helfen, die Sicherheit und den Schutz der Bürger im System der NGA zu erhöhen. Die Bürgerinitiative Rettungsdienst hat über viele Jahre hinweg intensive Kontakte zu Fachleuten und Kennern der Szene aufgebaut, gepflegt und weiterentwickelt. Aus diesem enormen Informations- und Erfahrungsaustausch heraus erlauben wir uns, im Folgenden die Grundzüge einer möglichen neuen Sicherheitskonzeption im Bereich der integrativen Hilfeleistung aufzuskizzieren.

A Ordnungspolitische Parameter

1. Die gesamte NGA wird gesetzlich als öffentliche Aufgabe der Daseins- und Gesundheitsvorsorge definiert, als integratives Hilfeleistungssystem strukturiert und durch eine übergreifende Gesetzgebung für Brandschutz, technische Hilfeleistung, Rettungsdienst und Katastrophenschutz sichergestellt.
2. Die Aufgabenträger sind das Land, die Landkreise und die Kommunen.
3. Die Zuständigkeiten werden durch den Behördenaufbau reguliert.
4. An die Stelle der bisherigen drei Landesbeiräte tritt ein Landesbeirat für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz.
5. Organisatorische und wirtschaftliche Synergieeffekte sind durch eine bereichsübergreifende Planung, interkommunale Zusammenarbeit und regionalisierte Strukturen zu erzielen.
6. Mit der Übertragung der Trägerschaft des Rettungsdienstes auf die Stadt- und Landkreise sind bei der Durchführung des Rettungsdienstes öffentlich-rechtliche Verträge mit den HiOrg und anderen Leistungserbringern zu schließen.
7. Als Leitstellenstruktur wird die bereichsübergreifende integrierte Regionalleitstelle in der Trägerschaft der Stadt- und Landkreise gesetzlich verankert. Die Anzahl der Leitstellenbereiche wird aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen deutlich reduziert (siehe Gutachten der Krankenkassen).
8. Die Aufsichtsbehörden (Regierungspräsidien sowie die Landrats- und Bürgermeisterämter) über die gesamte NGA unterstehen nur einem Ministerium.

9. Die Aufklärung der Bevölkerung über ein angemessenes Verhalten im Notfalle und über Möglichkeiten der Vorbereitung auf Maßnahmen in Gefahrenlagen muss von Seiten der obersten Behörde reguliert und organisiert werden. Die Aufklärungsarbeit muss eine höhere Priorität erhalten.

10. Die Gefahrenmeldepflicht der Bürger und deren Umfang muss Bestandteil der Gesetzgebung werden.

11. Die Einsatzleitung muss durch klare Regelungen innerhalb der neu zu schaffenden, vereinheitlichten und übergreifenden Strukturen gesetzlich bestimmt werden. Die Führungsstrukturen müssen eindeutig definiert werden und fachliche und organisationsspezifische Zuordnungen an einzelne Funktionsträger ebenso klar prädeterniniert sein.

B Infrastruktur der Gefahrenabwehr

1. Die bereichsübergreifende integrierte Leitstelle für Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz wird gesetzlich verankert. Sie wird mit den zur Gefahrenabwehr notwendigen Führungs-, Fernmelde-, Notruf-, Alarmierungs- und Dokumentationseinrichtungen ausgestattet. Die Leitstellen werden in deutlich reduzierter Zahl untereinander vernetzt, mit der selben Technologie ausgestattet, mit gleichen Systemen und Prozessen betrieben. Durch zukunftsorientierte Informations- und Kommunikationssysteme müssen sowohl das tägliche Einsatzgeschehen als auch außergewöhnliche Ereignisse gleichermaßen bewältigt werden können. Mit Hilfe der Vernetzung kann bei Überlastung oder Ausfall einer Leitstelle eine andere deren Aufgabe übernehmen. Durch die Optimierung von Einsatz- und Technik-Management sowie durch die Bündelung der Fachkompetenz der Führungskräfte wird die Sicherheit der Bevölkerung deutlich verbessert. Auf der Basis der „Gemeinsamen Hinweise zur Leitstellenstruktur“ sind weiterführende gesetzliche Regelungen zu treffen. Die Leitstelle muss die Funktion der zentralen Anlaufstelle für die Bürger in nichtpolizeilichen Gefahrenlagen übernehmen, deren Aufgabenfeld vom ärztlichen Notdienst bis zum Katastropheneinsatz reichen muss.

2. Die Relevanz der Notrufoommunikation muss einen gesetzlichen Niederschlag finden. Der Zugang der Bevölkerung zum gesamten Hilfeleistungssystem ist flächendeckend und zwingend über die einheitliche europäische Notrufnummer 112 zu realisieren und zu gewährleisten. Eine klar organisierte und zielorientierte Aufklärung der Bevölkerung über Bestehen und Nutzung des Notrufs 112 muss gesetzlicher Bestandteil der infrastrukturellen Vorsorge der NGA werden. Mit Nachdruck muss der europäischen Dimension des Notrufs 112 Rechnung getragen werden.

3. Eine bereichsübergreifende Planung der Standorte der Hilfs- und Rettungsmittel muss ebenso die Regel sein wie verstärkte Zusammenarbeit über Verwaltungsgrenzen hinweg.

4. Die Vorhaltungen für den MANV müssen Bestandteil der rettungsdienstlichen Infrastruktur werden. Eine Bündelung und Vereinheitlichung der Strukturen als organisatorische und planerische Vorsorgemaßnahme zur Bewältigung eines Großschadensereignisses ist unabdingbar.

5. Sowohl die technische Infrastruktur als auch die personelle Ausstattung für einen Massenanfall kontaminierter Personen muss deutlich verbessert werden. Die Vorbereitung auf den MANV-Dekon ist zur Zeit völlig ungenügend und bedarf dringend einer organisatorischen und planerischen, wenn nötig, auch gesetzlichen Aufarbeitung.

6. Gesetzliche Regelungen zu Einrichtungen wie Schnell-Einsatz-Gruppen SEG oder First-Responder/Erstversorgungseinheiten sind überfällig.

7. Eine gesetzliche Neuordnung der Frühwarnsysteme für die Bevölkerung im Katastrophenfall ist dringend erforderlich. Unter Einbeziehung aller technischen und organisatorischen Möglichkeiten muss gerade die Frühwarnung als wesentlicher Bestandteil des Bevölkerungsschutzes in eine gesetzgeberische Neuregelung mit aufgenommen und auf eine neue Grundlage gestellt werden.

C

Qualitätssicherung/Qualitätsverbesserung

1. Die regelmäßige Dokumentation und Evaluierung von Leistungsdaten muss gesetzlich verbindlich geregelt werden. Die Leistungserbringer des Rettungsdienstes sind zu einer einheitlichen Dokumentation der Notfalleinsätze zu verpflichten. Die bisherige, weitgehende Eigenkontrolle der Leistungserbringer wird ausgeschlossen.

2. Der Träger des Rettungsdienstes (die Stadt- und Landkreise) bestellt zur Erfüllung seiner Aufgaben einen ÄLRD, der die Sicherung der rettungsdienstlichen Versorgung und deren Qualität übernimmt. Diesem obliegt z.B. die Überprüfung und Einhaltung der Hilfsfrist, die Beratung bei Auswahl von Medikamenten, Medizintechnik, die Zertifizierung von Kompetenzen usw.. Die Funktion ÄLRD muss von neutraler Stelle aus wahrgenommen werden.

3. Der Umfang der Qualifikation von Disponenten der integrierten Regionalleitstellen muss von der obersten Behörde per Rechtsverordnung geregelt werden (siehe „Hinweise zur Leitstellenstruktur“). Die Ausbildungsstandards sowie das Ausbildungsniveau müssen den Anforderungen integrierter Regionalleitstellen entsprechen. Mehrsprachigkeit der Disponenten und qualifizierte Einweisung bei der Notrufannahme sind nur 2 Beispiele für die Qualitätsverbesserung im Leitstellenbereich.

4. Das Qualitätsmanagement im Rettungsdienst muss konsequent zwischen Aufgabenträgern, Leistungserbringern und Kostenträgern erfolgen und eine regelmäßige Anpassung des Standards der Notfallversorgung gewährleisten.

5. Der entscheidende Planungsparameter für die Festlegung des Sicherheitsniveaus eines integrativen Hilfeleistungssystems ist die Hilfsfrist. Die Definition der Hilfsfrist muss gesetzlich eindeutig und unmissverständlich gewährleistet sein. Verschiedene Interpretationsmöglichkeiten müssen von vornherein ausgeschlossen werden. Dafür ist die Festlegung des Beginns, des Endes sowie des zeitlichen Umfangs unabdingbar. Der Beginn

der Hilfsfrist muss technisch mit dem Eingang des Notrufs in der Leitstelle festgehalten werden. Keinesfalls darf der Zeitpunkt des Beginns vom Ermessen des Disponenten abhängig sein.

6. Die für die NGA zuständige Behörde soll regelmäßige gemeinsame Übungen von Feuerwehr, Leistungserbringern des Rettungsdienstes sowie Einheiten des Katastrophenschutzes durchführen. Regelmäßiges Üben im Verbund der Rettungsorganisationen trägt entscheidend zur Qualitätssicherung im operativen Bereich der Gefahrenabwehr bei und muss eine entsprechende gesetzgeberische Gewichtung bekommen.

7. Die Schnittstelle zwischen präklinischer und klinischer Notfallmedizin muss in ihrer Bedeutung für die Qualität der Notfallversorgung in den Verantwortungsbereich eines integrativen Hilfeleistungssystems mit aufgenommen werden. Die Verzahnung von präklinischer und klinischer Notfallversorgung muss über die bislang praktizierten Notarzt-Systeme hinausgehen und die Professionalisierung der Notfallmedizin bei der Notaufnahme in Krankenhäusern mit einbeziehen. Hinsichtlich der Vorteile für die Patienten, die Kliniken und den Ressourcenverbrauch hat eine Einführung des Facharztes für Notfallmedizin oberste Priorität.

Schlusswort

Die in aller Öffentlichkeit geführten Diskussionen über die Probleme bei der Einhaltung von Hilfsfristen, bei der Notrufoommunikation, bei der Frühwarnung der Bevölkerung im Katastrophenfall, bei der Integration von Leitstellen und vielem mehr haben deutlich gemacht, dass das bw Rettungswesen in eine nicht mehr zu leugnende Krise geschlittert ist. Eine wesentliche Ursache hierfür ist das in vielen Bereichen kontraproduktive Verharren in überkommenen Strukturen und Handlungsweisen.

Es kann nicht angehen, dass zwingend erforderliche Veränderungen, Verbesserungen und Fortschritte nicht erreicht werden können, weil einzelne Repräsentanten von eingetragenen Vereinen oder gGmbH's über den Willen von Bürgermeister, Landräten, Kostenträgern und Bürgern hinweg dies zu verhindern wissen. Die von der Bevölkerung gewählten politischen Vertreter müssen mancherorts ebenso wie die Kassenvertreter, die die Interessen der Beitragszahler im Auge haben, miterleben, dass sie gegenüber einer wohl organisierten Blockade machtlos sind.

Man denke an dieser Stelle nur einmal an die von Kassen und Ministerien geforderte Neuordnung der Leitstellenstruktur, die auf Grund der Durchsetzung von organisationszentrierten Partikularinteressen bislang nicht realisiert werden konnte. Dass letztlich die Bevölkerung den Schaden einer derartigen Blockadepolitik zu tragen hat, wird konsequent außer Acht gelassen.

Den neuen Herausforderungen der zivilisatorischen Entwicklung kann man nicht mehr mit überkommenen Methoden, Systemverkrustungen und veralteten Mitteln begegnen. Der partielle Stillstand im sicherheitspolitischen Denken sowie die Verweigerung, neue Ansätze zuzulassen, haben einige wichtige Teile unseres Hilfeleistungssystems derart abgenutzt, dass deren Effektivität und Leistungsfähigkeit nicht mehr gewährleistet ist. Es ist höchste Zeit zu handeln. Andernorts wurde dies schon längst erkannt und entsprechend reagiert.

Die Integration, Bündelung, Vernetzung, Vereinheitlichung und auch Vereinfachung der Strukturen innerhalb der NGA ist das Gebot der Stunde.

Die Bürgerinitiative Rettungsdienst plädiert aus den genannten Gründen mit Nachdruck für die Einführung eines integrativen Hilfeleistungsgesetzes für Brandschutz, Technische Hilfeleistung, Rettungsdienst und Katastrophenschutz in BW.

Das Plädoyer trägt den Titel „Schutz und Rettung“ und nimmt damit Bezug auf die größte zivile Notfall- und Katastrophenschutzorganisation in unserem südlichen Nachbarland Schweiz. Dort hat man den Weg hin zu einem integrativen Hilfeleistungssystem längst beschritten und den Schutz der Bevölkerung zum zentralen Thema der Sicherheitspolitik gemacht. Man hat den Mut bewiesen, eine zukunftsorientierte Architektur der Gefahrenabwehr zu verwirklichen. „Schutz und Rettung“ ist das Symbol für einen Aufbruch.