

Handbuch MANV

Gemeinsame Hinweise MANV

und

MANV-Konzept

Juli 2008

TEIL I – Gemeinsame Hinweise MANV

Einleitung	7
I Allgemeines zum MANV	7
1. Anwendungsbereich der Gemeinsamen Hinweise MANV	7
2. Wesentliche Zielsetzung bei einem MANV	8
3. Medizinische Versorgung bei einem MANV	8
4. Planungsgrundlagen	9
5. Mitwirkung des Rettungsdienstes	9
6. Mitwirkung der Schnelleinsatzgruppen.....	9
7. Mitwirkung der Feuerwehr.....	10
8. Mitwirkung des Katastrophenschutzdienstes.....	10
9. Mitwirkung der Krankenhäuser	10
II Planungen für den MANV	11
1. Verantwortlichkeiten für die Planungen für den MANV	11
2. Gegenstand und Inhalt der Planungen für den MANV.....	12
2.1 Modul Rettungsdienst.....	12
2.1.1 Definition.....	13
2.1.2 Finanzierung	14
2.2 Modul SEG.....	14
2.2.1 Definition.....	14
2.2.2 Finanzierung	15
2.3 Modul Katastrophenschutz	15
III Einsatzplanung auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der personellen und materiellen Ressourcen sowie sonstiger Planungen	16
1. Bestandsaufnahme der personellen und materiellen Ressourcen im Rettungsdienstbereich/Kreis.....	16
2. Einsatzplanung für den MANV	18
3. Fachpläne.....	19
IV Alarmierung, Führung der Kräfte, Kommunikation und Durchführung des Einsatzes	19
1. Alarmierung	19
1.1 Alarmierung der Helfer	19
1.2 Leitstellen.....	19
1.3 Oberleitstelle Baden-Württemberg als besondere Leitstelle bei einem MANV	20
2. Führung der Kräfte	20
2.1 Führungsorganisation.....	21
2.2 Leitender Notarzt (LNA)	21
2.3 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL)	22
3. Kommunikation	22
4. Durchführung des Einsatzes	22
4.1 Nichtärztliches medizinisches Personal	22
4.2 Unterstützungsleistungen bei besonderen Gefahrenlagen	23
4.2.1 MEDITOX	23
4.2.2 Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im Landesgesundheitsamt beim Regierungspräsidium Stuttgart	23
4.3 Unterstützungsleistungen bei der Medikamentenbeschaffung.....	23
4.4 Einsatzlenkung des Patiententransports.....	23
4.5 Funkverkehr	24
4.6 Gegenseitige Unterrichtung	24

TEIL II – MANV-Konzept

1	VORWORT	31
2	ALLGEMEINES	33
2.1	Zielsetzung	33
2.2	Planungsgrundlagen	34
2.3	Aufwachsen / Wellenkonzept	35
2.3.1	1. Welle	36
2.3.2	2. Welle	36
2.3.3	3. Welle	36
2.3.4	4. Welle	37
2.3.5	AB-MANV, GRTW, AB-MedTechnik	37
3	STANDARDISIERUNG VON LEISTUNGEN	38
3.1	Gliederung der Einsatzeinheiten	39
3.1.1	Leistungsmodul Führung	41
3.1.2	Leistungsmodul Erstversorgung	41
3.1.3	Leistungsmodul Behandlung	41
3.1.4	Leistungsmodul Transport	42
3.1.5	Leistungsmodul Betreuung und Logistik	42
3.1.6	Leistungsmodul Technik und Sicherheit	42
3.1.7	Personelle und materielle Ausstattung der Leistungsmodule	43
3.2	Medizinische Task-Force (MTF)	45
3.3	Schnittstelle zu anderen Bundesländern	45
4	STANDARDISIERUNG VON TAKTISCHEN ABLÄUFEN	45
4.1	Einsatzabschnittsbildung	45
4.1.1	Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“	46
4.1.2	Einsatzabschnitt „Betreuung“	48
4.1.3	Einsatzabschnitt „Bereitstellung“	48
4.2	Patientenfluss	48
4.3	Führungsorganisation	50
4.3.1	Führungsorganisation im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ und Zusammenwirken mit anderen Einsatzabschnitten	50
4.3.2	Führung der MTF	51
4.4	Kommunikation	51
4.5	Personenauskunft / Dokumentation	51
4.5.1	Registrierung	51
4.5.2	Personenauskunftssysteme	51
4.6	Psychosoziale Notfallversorgung	53
5	ANHANG	54
5.1	Rechtsgrundlagen	54

Teil I

Gemeinsame Hinweise des
Innenministeriums und des
Ministeriums für Arbeit und Soziales
für die unteren Katastrophenschutzbehörden,
Einsatzkräfte und Leitstellenmitarbeiter
für die Einsatzplanung und Bewältigung
von Schadensereignissen mit einer größeren
Anzahl Verletzter oder Erkrankter
(Massenanfall von Verletzten oder
Erkrankten)

(Gemeinsame Hinweise MANV)

vom 7. Juli 2008

Einleitung

Die nachstehenden Hinweise sollen in erster Linie dazu dienen, Hilfestellungen bei der Erarbeitung der notwendigen Planungsgrundlagen zur Bewältigung drohender oder bereits eingetretener Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten zu geben, um damit die Wirksamkeit der Hilfeleistungen weiter zu verbessern.

I Allgemeines

1 Anwendungsbereich der Gemeinsamen Hinweise MANV

Ein **Massenanfall von Verletzten** oder Erkrankten im Sinne der nachfolgenden Hinweise liegt vor, wenn ein Großschadensfall gemäß Kapitel III Ziff. 5.1 Rettungsdienstplan 2000 Baden-Württemberg oder eine Katastrophe mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten nach § 1 Abs. 2 Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) gegeben ist.¹

Ein **Großschadensfall** ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten bei häufig nicht mehr funktionsfähiger oder nicht mehr ausreichender Infrastruktur am Schadensort, teilweise auch durch das Bestehen einer erheblichen Gefährdung der Einsatzkräfte im Bereich des Schadensereignisses. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf an der Schadensstelle und der Kapazität des Rettungsdienstes entsteht, so dass - zumindest für einen gewissen Zeitraum - nicht mehr nach den Kriterien der individuellen medizinischen Versorgung verfahren werden kann (Kapitel III, Ziffer 5.1 Rettungsdienstplan 2000 Baden-Württemberg).

Eine **Katastrophe** ist ein Geschehen, das Leben oder Gesundheit zahlreicher Menschen, der Umwelt, erhebliche Sachwerte oder die lebensnotwendige Versorgung der Bevölkerung in so ungewöhnlichem Maße gefährdet oder schädigt, dass es geboten erscheint, ein zu seiner Abwehr und Bekämpfung erforderliches Zusammenwirken von Behörden, Stellen und Organisationen unter die einheitliche Leitung der Katastrophenschutzbehörde zu stellen (§ 1 Abs. 2 LKatSG).

¹ Die in der DIN 13050 Nr. 3.21 bzw. Nr. 3.10 genannten Definitionen „Massenanfall“ und „Großschadensereignis“ finden keine Berücksichtigung

Nicht Gegenstand dieser Hinweise sind die Regelungen des Seuchenalarmplans des Ministeriums für Arbeit und Soziales für das Management und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in Baden-Württemberg.

Die Hinweise konkretisieren die sich aus dem Feuerwehrgesetz (FwG), Polizeigesetz (PolG), Rettungsdienstgesetz (RDG) und Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) ergebenden Bestimmungen. Die Zuständigkeiten nach diesen Gesetzen bleiben unberührt.

Alle Stellen und Behörden, die zur Hilfeleistung herangezogen werden können, sind aufgerufen, die erforderliche Vorsorge zu treffen.

2 Wesentliche Zielsetzung bei einem MANV

Oberstes Ziel bei der Bewältigung eines MANV ist, den anfänglichen Mangel an Ressourcen so zu organisieren und zu verwalten, dass eine fachgerechte Versorgung aller betroffenen Patienten nach den individualmedizinischen Kriterien des Rettungsdienstes so schnell wie möglich wieder hergestellt wird.

Um das Missverhältnis zwischen dem Versorgungsbedarf und den zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten möglichst schnell zu beseitigen, ist es erforderlich, unverzüglich zusätzliches Fachpersonal und medizinisches Material zum Notfallort zu bringen und dort eine Basis-Infrastruktur herzustellen, die eine medizinische Versorgung zulässt. Weiterhin ist es bis zur Wiederherstellung der medizinischen Regelversorgung notwendig, die Versorgung der einzelnen Patienten konsequent an der Dringlichkeit der jeweiligen Gesundheitsstörungen auszurichten (Sichtung), um durch die optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten das Überleben möglichst vieler Betroffenen zu sichern. Ferner ist die konsequente Umsetzung der Planungen für einen MANV geboten (Ziff. II). Sofern nach der Sichtung eine stationäre Behandlung erforderlich ist, sind Verletzte und Erkrankte durch die gezielte Zuweisung in geeignete Krankenhäuser möglichst frühzeitig einer individualmedizinisch-klinischen Versorgung zuzuführen.

3 Medizinische Versorgung bei einem MANV

Die medizinische Versorgung bei einem MANV umfasst

- Erste Hilfe,

- Sichtung und Registrierung am Schadensort bzw. der Patientenablage,
- notfallmedizinische Versorgung,
- Transport in Krankenhäuser und Arztpraxen,
- weitere stationäre oder ambulante Versorgung.

4 Planungsgrundlagen

Bezüglich der Sichtungskategorien und der Dokumentation der Sichtung anhand von Verletztenanhängekarten finden die Ergebnisse der 1. und 2. Konsensuskonferenz am 15.03.2002 in Ahrweiler bzw. am 29.10.2002 in Bad Breisig Anwendung (vgl. MANV-Konzept Ziff. 2.2).

5 Mitwirkung des Rettungsdienstes

In jedem Rettungsdienstbereich bzw. Stadt-/Landkreis sind für den MANV Vorbereitungen zu treffen. Die Grundlagen bilden hierbei die Vorhaltungen der Regelversorgung im Rettungsdienst. Zur Verstärkung der präsenten Kräfte des Rettungsdienstes ist die Zuziehung von dienstfreiem rettungsdienstlichem Fachpersonal sowie der Rettungsdienstkräfte benachbarter Rettungsdienstbereiche bzw. Stadt-/Landkreise zu planen. Die Träger des Rettungsdienstes in benachbarten Rettungsdienstbereichen haben sich auf Anforderung der Rettungsleitstellen gegenseitig zu unterstützen, sofern dadurch die Wahrnehmung der Aufgaben im eigenen Rettungsdienstbereich nicht wesentlich beeinträchtigt wird (§ 13 RDG).

6 Mitwirkung der Schnelleinsatzgruppen (SEGen)

Eine wesentliche Funktion bei der Planung und Bewältigung eines MANV kommt den Schnelleinsatzgruppen (SEGen) der Hilfsorganisationen als Bindeglied zwischen dem Rettungsdienst sowie den Sanitäts- und Betreuungseinheiten des Katastrophenschutzes zu. Es sollte angestrebt werden, dass Schnelleinsatzgruppen wenigstens zur Hälfte mit Helfern besetzt sind, die eine rettungsdienstliche Qualifikation besitzen und die im Rettungsdienst tätig sind.

7 Mitwirkung der Feuerwehr

Sofern dies neben ihrer originären Aufgabenstellung möglich ist, können Einsatzkräfte der Feuerwehr entsprechend ihrer sanitäts- bzw. rettungsdienstlichen Qualifikation zur Unterstützung der rettungsdienstlichen Maßnahmen eingesetzt werden.

8 Mitwirkung des Katastrophenschutzdienstes

Um die dauernde Verfügbarkeit eines Teiles der im Katastrophenschutz mitwirkenden Kräfte für Katastropheneinsätze zu gewährleisten, wurden nach Fachdiensten gegliederte Einheiten des Katastrophenschutzdienstes - u.a. auch der Sanitäts- und Betreuungsdienst gebildet (vgl. Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes).

Die Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzdienstes nach § 10 LKatSG und namentlich der Sanitäts- und Betreuungsdienst sind in die Planungen für den Fall einzubeziehen, dass der MANV vom Rettungsdienst und den Schnelleinsatzgruppen nicht bewältigt werden kann.

Über deren Einsatz entscheidet die Katastrophenschutzbehörde. Auf die besonderen Bestimmungen des LKatSG im Katastrophenfall wird verwiesen.

9 Mitwirkung der Krankenhäuser

Die Rettungskette wird dadurch geschlossen, dass die Weiterbehandlung von am Notfallort erstversorgten Patienten in einer für die weitere Versorgung geeigneten Einrichtung, insbesondere einem Krankenhaus, gewährleistet ist.

Jedes Krankenhaus hat eine Aufnahmepflicht, unabhängig vom Vorliegen eines Katastrophenfalls und beschränkt durch deren Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit.

Die Krankenhäuser wirken nach § 5 Abs. 1 LKatSG im Katastrophenschutz mit und haben eigenverantwortlich umfassende Vorsorge für ihre Einsatzfähigkeit bei Katastrophen zu treffen. Sie haben dazu nach § 5 Abs. 2 Nr. 2 LKatSG Alarm- und Einsatzpläne in Abstimmung mit den zuständigen Katastrophenschutzbehörden zu

erstellen, diese regelmäßig zu überprüfen und fortzuführen. Gemäß § 28 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) stellen die Krankenhäuser zudem durch die Erstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen sicher, dass auch bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten gewährleistet werden kann. Die untere Verwaltungsbehörde (Gesundheitsamt) ist berechtigt, sich diese Pläne vorlegen zu lassen.

Krankenhäuser haben außerdem nach § 5 Abs. 3 LKatSG auf Anforderung der Katastrophenschutzbehörden an Katastrophenschutzübungen teilzunehmen. Krankenhausintern sind in regelmäßigen Abständen unter Beteiligung der Feuerwehren und Hilfsorganisationen Übungen durchzuführen (Empfehlungen und Planungshinweise zur Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., 2. Auflage 2006).

Die Krankenhäuser sind nicht verpflichtet, schon im Alltag eine Erhöhung der Bettenkapazität anzustreben. Vielmehr müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die Aufnahmekapazität und die Behandlungsmöglichkeiten bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten sowie im Katastrophenfall kurzfristig erhöhen zu können. Entsprechende Verpflichtungen können fachaufsichtlich bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten durch das Regierungspräsidium /Gesundheitsamt, im Katastrophenfall durch die Katastrophenschutzbehörden durchgesetzt werden.

II Planungen für den MANV

1 Verantwortlichkeiten für die Planungen für den MANV

In Abstimmung zwischen der Katastrophenschutzbehörde, den Trägern des Rettungsdienstes (einschließlich der Integrierten Leitstellen/Rettungsleitstellen und der Oberleitstelle Baden-Württemberg), dem Leitenden Notarzt im Bereichsausschuss (LNA im BA), dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst und sonstigen berührten Behörden und Stellen nach § 5 Abs. 1 LKatSG sind Planungen für einen MANV zu erstellen. Insbesondere die Krankenhäuser haben hierzu gemäß § 5 Abs. 3 LKatSG, § 28 Abs. 2 LKHG Fachpläne in Form von Alarm- und Einsatzplänen auch für den Fall eines MANV beizutragen (vgl. III. 2).

Die Planungen für den MANV sind die Grundlage für Maßnahmen der für die Hilfeleistung verantwortlichen Organisationen, Behörden und Einrichtungen, insbesondere der Katastrophenschutzbehörden für den Fall, dass diese nach § 19 Abs. 1 Satz 1 LKatSG die Einsatzmaßnahmen leiten, der Integrierten Leitstellen / Rettungsleitstellen und der Oberleitstelle Baden-Württemberg nach § 6 RDG.

Die Planungen aller im Falle eines MANV Beteiligten sind aufeinander abzustimmen. Die Katastrophenschutzbehörde steuert und koordiniert diese Planungen und integriert sie in ihre Alarm- und Einsatzpläne. Dies umfasst insbesondere auch stadt- und landkreisübergreifende Abstimmungen nach Maßgabe nachfolgender Ziffer 2.

2 Gegenstand und Inhalt der Planungen für den MANV

Die zur Bewältigung einer Schadenslage benötigten Ressourcen sind in einem stufenförmig aufwachsenden Wellenkonzept darzustellen. Die unteren Katastrophenschutzbehörden sind gehalten, in den Planungen anhand von Verletztenzahlen unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen zu definieren, ab welcher Größenordnung eines Schadensereignisses Ressourcen der nächsten Welle benötigt werden (vgl. MANV-Konzept Ziff. 2.3).

Als Mindestanforderung muss grundsätzlich jeder Stadt- und Landkreis in der Lage sein, über die Vorhaltungen für den Rettungsdienst laut Bereichsplan hinaus, insgesamt 50 Patienten schnellstmöglich versorgen zu können. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass die Planungen nicht nur die Ressourcen des eigenen Zuständigkeitsbereiches der unteren Katastrophenschutzbehörde einzubeziehen haben, sondern – sofern die Planungsgröße von 50 Patienten dies erfordert – auch Kräfte aus benachbarten Stadt- und Landkreisen berücksichtigen müssen. Die Planungen sollen dabei mindestens umfassen:

- Einsatzplanung auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der personellen und materiellen Ressourcen (vgl. nachfolgend III)
- Festlegungen zur Alarmierung, Führung der Kräfte, Kommunikation und Durchführung des Einsatzes (vgl. nachfolgend IV.)
- Maßnahmenplanung in Form von Ablaufdiagrammen oder Checklisten.
- Dabei ist die Planung unter Zugrundelegung der nachfolgend dargestellten Module vorzunehmen:

2.1 Modul Rettungsdienst

2.1.1 Definition

Entsprechend der Aufgabenbeschreibung des Rettungsdienstes (Transport von Notfallpatienten und sonstigen Kranken, vgl. § 1 RDG) stellt der Rettungsdienst zur Bewältigung eines MANV **primär Transportkapazitäten**, d.h. Fahrzeuge (RTW, KTW) samt rettungsdienstgesetzlicher Besetzung (Rettungsassistenten, Rettungssanitäter, sonstiges rettungsdienstliches Personal), sowie Notärzte bereit. Das **Modul Rettungsdienst** umfasst daher folgende Leistungen:

Mobilisierung der Regelvorhaltung

- Zuziehung der im Zeitpunkt des Eintritts des Schadensfalls als bedarfsgerecht im Bereichsplan festgelegten und einsatzbereiten Rettungsmittel (Regelvorhaltung) im betroffenen Rettungsdienstbereich (RTW, NAW und NEF sowie KTW, nach Kapitel III Ziff. 4.1 i.V.m. Kapitel V Ziff. 3.1.1.1 Rettungsdienstplan 2000 Baden-Württemberg hilfsweise auch zum Transport von Notfallpatienten).
- Zuziehung der einsatzbereiten Regelvorhaltungen der umliegenden Rettungsdienstbereiche gemäß § 13 RDG -Gegenseitige Unterstützung.

Folge:

Bei einem MANV ist in betroffenen, sowie in umliegenden, unterstützenden, Rettungsdienstbereichen, die nach § 3 Abs. 2 RDG vorgeschriebene Hilfsfrist vorübergehend ausgesetzt. Sie ist insoweit auch keine Planungsgrundlage.

Auch in den umliegenden, Rettungsmittel entsendenden Rettungsdienstbereichen kann es zu Einschränkungen der Regel- und Notfallversorgung kommen. Dabei kann erforderlichenfalls eine Reduzierung der eigenen Regelvorhaltung um bis zu 50 Prozent als unvermeidbar und somit auch vertretbar angesehen werden.

Aufstockung des Regelrettungsdienstes durch zusätzliche rettungsdienstliche Unterstützungseinheiten

- Aufstockung des örtlichen regulären Rettungsdienstes durch bedarfsabhängige Besetzung der im Bereichsplan festgeschriebenen Reservefahrzeuge sowie
- überörtliche Hilfe durch entsprechende rettungsdienstliche Unterstützungseinheiten der umliegenden Rettungsdienstbereiche.

Die Besetzung der rettungsdienstlichen Unterstützungseinheiten soll durch rettungsdienstliches Freischichtpersonal erfolgen, das sich durch Hinterlegung einer

telefonischen Erreichbarkeit auf freiwilliger Basis (d.h. ohne arbeitszeit-rechtlich relevante und durch entsprechende Ausstattung zu gewährleistende Rufbereitschaft) dazu bereiterklärt hat, im Ereignisfall aktiv zu werden.

2.1.2 Finanzierung

In der Regel werden (Notfall-) Patienten transportiert, so dass eine Refinanzierung über die örtlichen Benutzungsentgelte (Notfallrettung und Krankentransport, je nach Transportart) erfolgt. Durch das Benutzungsentgelt werden auch die Entschädigung des eingesetzten freiwilligen Personals und die Kosten der ggf. erforderlichen zusätzlichen Ausstattung der Reservefahrzeuge abgegolten.

Sobald ein MANV mit mindestens zehn Verletzten bzw. mindestens drei notarzt-besetzten Rettungsmitteln im Einsatz vorliegt, ist er als *Sonderfall* bei den Benutzungsentgeltverhandlungen sowohl hinsichtlich des erwirtschafteten Budgets (d.h. die Erlöse aus diesen Einsätzen sollten außerhalb des Budgets für die Notfallrettung veranschlagt werden) als auch bei der Berechnung der voraussichtlichen Einsatzzahl (d. h. Ausnahme hiervon) zu behandeln.

Zusätzlich sind örtlich Regelungen für Fehlalarmierungen (z. B. bestimmter Prozentsatz des Benutzungsentgeltes bei Aktivierung der Unterstützungseinheit zur Entschädigung des Personals) anzudenken.

2.2 Modul SEG

2.2.1 Definition

Das **Modul SEG** besteht aus einer oder mehreren Gruppen medizinisch und/oder technisch ausgebildeter Kräfte, die von den Hilfsorganisationen auf freiwilliger Basis - vorgehalten werden, um bei einem MANV Verletzte, Erkrankte sowie unverletzt Betroffene versorgen zu können.

Die Hilfsorganisationen haben sich darauf geeinigt, als Unterstützung bei der Bewältigung eines MANV sog. Schnelleinsatzgruppen Erstversorgung (SEG-E) aufzustellen, die über eine einheitliche Grundausstattung verfügen (vgl. MANV-Konzept Ziff. 3). Daneben können organisationseigene Einsatzgruppen anderen Zuschnitts aufgestellt werden.

2.2.2 Finanzierung

Die SEGen sind weder dem Rettungsdienst noch dem Katastrophenschutz zuzuordnen. Sie unterstützen den Rettungsdienst bei einem MANV und schließen dabei die Lücke zwischen Rettungsdienst und Katastrophenschutz.

Die SEGen sind gemäß den zwischen dem Land Baden-Württemberg und den Hilfsorganisationen abgeschlossenen Überlassungsvereinbarungen berechtigt, die Fahrzeuge des Katastrophenschutzdienstes zu nutzen. Das Land stellt für jede ungerade (erste, dritte, fünfte, siebte) Einsatzeinheit in einem Stadt- und Landkreis Mittel für die Ausstattung einer SEG-E zur Verfügung. Weitere SEGen-E können von den Hilfsorganisationen aufgestellt werden, sofern sie den mit Mitteln des Landes ausgestatteten SEGen-E entsprechen. Diese zusätzlichen SEGen-E sind von den Hilfsorganisationen zu finanzieren.

Sofern das Modul SEG bei einem MANV mit mindestens 10 Verletzten, bei welchem mindestens drei notarztbesetzte Rettungsmittel zum Einsatz kommen, eingesetzt wird, erkennen die Kostenträger im Rettungsdienst als freiwilligen Finanzierungsbeitrag pro Patiententransport ein Viertel des örtlichen Benutzungs-Entgelts für den RTW an.

2.3 Modul Katastrophenschutz

Für die Bewältigung von Schadensereignissen, die mit den Modulen Rettungsdienst und SEG sowie der Mitwirkung der Feuerwehr nicht bewältigt werden können, haben die Träger des Katastrophenschutzes in eigener Verantwortung planerisch Module Katastrophenschutz zu entwickeln.

Das Modul Katastrophenschutz umfasst die Einsatzeinheiten Sanität und Betreuung des Fachdienstes Sanitäts- und Betreuungsdienst des Katastrophenschutzdienstes (vgl. Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes).

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das MANV-Konzept verwiesen.

III Einsatzplanung auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme der personellen und materiellen Ressourcen sowie der sonstigen Planungen

1 Bestandsaufnahme der personellen und materiellen Ressourcen im Rettungsdienstbereich/Kreis

Zur Erstellung der Einsatzplanung ist es notwendig, die personellen und materiellen Ressourcen für jeden Rettungsdienstbereich bzw. Stadt-/Landkreis in Übersichten bei den Katastrophenschutzbehörden sowie den Integrierten Leitstellen/Rettungsleitstellen und der Oberleitstelle Baden-Württemberg (vgl. 3.) zu erfassen.

Bei der Erfassung von Kräften und Mitteln für die Einsatzplanung ist darauf zu achten, dass die personellen und sachlichen Ausstattungen nicht mehrfach erfasst werden. Insbesondere sind in die Erfassung folgende Einrichtungen, Personalkapazitäten und sächliche Ausstattungen einzubeziehen:

Regelversorgung nach den Festlegungen der Bereichspläne und des Rettungsdienstplans 2000 Baden-Württemberg (§ 3 RDG)

Feststellung der Rettungsmittelvorhaltung einschließlich des Rettungsmitteldienstplans, der Notarztsysteme sowie der nächstgelegenen Luftrettungsmittel anhand des aktuellen Bereichsplans des Rettungsdienstbereichs.

Personelle Verstärkung des Rettungsdienstes bei einem MANV

(Leitende Notarztgruppe, Organisatorischer Leiter Rettungsdienst, Freischichtpersonal des Rettungsdienstes und der Notärzte, rettungsdienstliches Personal benachbarter Rettungsdienstbereiche, rettungsdienstliches Personal der Spezialorganisationen, wie z.B. Berg- und Wasserrettung)

Ärzte

Erfassung von Ärzten (Die Landesärztekammer hat den Kreisärzteschaften empfohlen, gegenüber der unteren Katastrophenschutzbehörde einen Arzt als Verbindungsperson zu benennen, die aus ihrer Kenntnis auf mitwirkungsbereite Ärzte hinweisen kann. Diese Ärzte können mit entsprechenden Angaben über Fachgebiet und Funktion in die Planung aufgenommen werden.):

- Erfassung der Praxen von Durchgangsärzten (von den Berufsgenossenschaften besonders anerkannte Ärzte mit vorgeschriebener Praxisausstattung)

- Erfassung von Chirurgischen Notfallpraxen sowie Praxen mit Kapazitäten zur ambulant-operativen Versorgung (z.B. Gynäkologen)
- Erfassung von Dialysepraxen
- Erfassung von Praxen und Einrichtungen zur ambulanten akutpsychotherapeutischen Versorgung

Krankenhäuser

- Verzeichnis der Krankenhäuser mit ihren Fachabteilungen einschließlich Spezialgebieten (Landeskrankenhausplan)
- Verzeichnis von Krankenhäusern außerhalb des Landeskrankenhausplans, die z.B. OP-Kapazitäten besitzen
- Behandlungskapazität der einzelnen Fachabteilungen
- Anzahl der Intensivbetten und Reanimationseinheiten
- Möglichkeiten der Kapazitätserweiterung
- Möglichkeiten der Entsendung von Krankenhausärzten an den Schadensort bei einem MANV in der zur Unterstützung der dortigen Einsatzkräfte (vor Eintreffen der Notfallpatienten im Krankenhaus)

Arzneimittel und Sanitätsmaterial

- Apotheken,
- MEDITOX-Datenbank über die krankenhausgestützte Medikamentenbevorzugung
- Krankenhausapotheken, die nicht in MEDITOX erfasst sind
- Blutbanken und Blutdepots
- pharmazeutische Großhandlungen
- Hersteller und deren Auslieferungslager

Schnelleinsatzgruppen (SEGen)

(Anzahl, Qualifikation der Helfer, Sammelstellen, materielle Ausrüstung, Einsatzbereiche)

Katastrophenschutzdienst

(vgl. Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes)

- Standard des Moduls Katastrophenschutz und Zahl der Leistungsmodule
- Erreichbarkeit der im Modul Katastrophenschutz mitwirkenden Ärzte
- materielle Ausstattung des Moduls Katastrophenschutz mit Fahrzeugen und Gerät
- personelle und materielle Reserven

- AB-MANV
- AB-MedizinTechnik
- Großraum-RTW

Zentrale Landesvorhaltung Katastrophenschutz des DRK-Landesverbandes Baden-Württemberg e.V.

(Kapazitäten, Ansprechpartner)

Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW)

(Ortsverbände, Ansprechpartner)

Insbesondere Unterstützung des Sanitätsdienstes bei der Einrichtung und dem Betrieb von Verletzensammelstellen durch:

- Beleuchtung,
- Stromversorgung

Rettungszüge der Deutschen Bahn AG

(Kapazitäten, Ansprechpartner)

Bundeswehr

Erfassung der Verbindungsorgane (die Kreis- bzw. Bezirksverbindungskommandos (KVK/BVK) mit einem Beauftragten der Bundeswehr für die Zivil-Militärische Zusammenarbeit (BeaBwZMZ) als Ansprechpartner mit Blick auf den Einsatz der Search & Rescue-Hubschrauber sowie der Großraum-Rettungshubschrauber der Bundeswehr und die Abklärung weiterer sanitätsdienstlicher Unterstützung.)

Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

Notfallseelsorge, Notfallnachsorgedienst, Einsatzkräftebetreuung

(Ansprechpartner)

vgl. MANV-Konzept Ziff. 4.6

2 Einsatzplanung für den MANV

Der Einsatzplanung für einen MANV ist die in der Anlage beigefügte Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten im Katastrophenschutz (MANV-Konzept) zugrunde zu legen.

Das MANV-Konzept legt die Mindestanforderungen für die Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten unter besonderer Berücksichtigung der Einsatzeinheiten „Sanität und Betreuung“ des Katastrophenschutzdienstes fest.

3 Fachpläne

Vorhandene Fachpläne (zum Beispiel für die Versorgung einer Vielzahl von Schwerbrandverletzten oder Alarm- und Einsatzpläne der Krankenhäuser) sind bei der Planung zu berücksichtigen.

Auf die Empfehlungen und Planungshinweise der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. zur Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung, 2. Auflage 2006, wird hingewiesen. Bei der Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung ist darauf zu achten, dass das ärztliche Personal nicht mehrfach - Notarztdienst bei einem MANV vor Ort und Einsatz im Rahmen der Notfallplanung im Krankenhaus – verplant wird. Dies gilt auch für das nichtärztliche Personal.

IV Alarmierung, Führung der Kräfte, Kommunikation und Durchführung des Einsatzes

1 Alarmierung

1.1 Alarmierung der Helfer

Alle benötigten Einsatzkräfte müssen im Ereignisfall schnell alarmiert werden können. Stehen nicht ausreichend BOS-Funkmeldeempfänger (FME/DME) zur Verfügung, muss die Alarmierung über Telefon erfolgen. Erreichbarkeitsverzeichnisse sind bei der alarmierenden Stelle zu hinterlegen und Meldewege festzulegen. Automatisierte Lösungen sind zu bevorzugen.

1.2 Leitstellen

Die Leitstellen unterstützen die Einsatzleitung in den Teilbereichen Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport), Sanitäts- und Betreuungsdienst. Das Ver-

mittlungsmonopol der Leitstelle (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 RDG) ist insoweit zugunsten erforderlicher Entscheidungen vor Ort eingeschränkt.

Jede Leitstelle in Baden-Württemberg (Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst, Integrierte Leitstelle) informiert bei Kenntnis von einem Schadensfall die originär zuständige Leitstelle. Gleichzeitig wird die Information über das Schadensereignis an die zuständige Katastrophenschutzbehörde weiter gegeben.

Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leitstellen erfolgt gemäß den jeweils für die Leitstellen geltenden rechtlichen Regelungen.

Im Bereich des Rettungsdienstes erfolgt die Alarmierung sämtlicher erforderlicher Kräfte durch die Integrierte Leitstelle / Rettungsleitstelle. Ihr obliegt auch in diesem Bereich die Zusammenarbeit mit der benachbarten Integrierten Leitstelle / Rettungsleitstelle und der beim DRK-Kreisverband Stuttgart gebildeten Oberleitstelle Baden-Württemberg. Die Integrierten Leitstellen / Rettungsleitstellen haben die fachlich geeigneten und erreichbaren Krankenhäuser von einem MANV in Kenntnis zu setzen, so dass diese ihre Aufnahmebereitschaft entsprechend ihrer Alarm- und Einsatzpläne sicherstellen können.

1.3 Oberleitstelle Baden-Württemberg als besondere Leitstelle bei einem MANV

Die Oberleitstelle Baden-Württemberg (OLS) unterstützt als Alarmzentrale die Integrierten Leitstellen/Rettungsleitstellen bei besonderen Einsätzen. Sie hält auf Landesebene Verbindung zu anderen im Notfall tätigen Organisationen, wie Polizei, Feuerwehr und Katastrophenschutz (Kapitel V, Ziffer 4.1 Rettungsdienstplan 2000 Baden-Württemberg).

Die OLS ist bei einem MANV durch die Leitstellen frühzeitig zu informieren.

2 Führung der Kräfte

Die Bewältigung eines MANV erfordert eine eindeutige Führungsstruktur. Zur Gewährleistung eines geordneten Einsatzablaufes bedarf es einer klaren Aufgabenteilung für alle Einsatzkräfte.

Für den gesamten Einsatzablauf ist eine durchgängige Führungsstruktur aufzubauen, die sowohl den anfänglichen Ressourcenmangel kanalisiert und optimal verwaltet als auch die endgültige Struktur des Einsatzes so vorbereitet, dass die Führung mit Eintreffen weiterer Kräfte nach und nach Aufwachsen kann.

2.1 Führungsorganisation

Bei einem MANV soll die Katastrophenschutzbehörde beim Einsatz von Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten regelmäßig die Einsatzmaßnahmen leiten. Sie bildet neben dem Verwaltungsstab einen Führungsstab.

Sind mehrere Hilfsorganisationen oder Behörden eingesetzt, so ist ein Einsatzstab nach § 28 FwG zu bilden. Im Katastrophenfall ist gemäß § 20 LKatSG ein technischer Leiter des Einsatzes zu benennen.

Der Leitung des Führungsstabes sind alle vor Ort eingesetzten Kräfte unterstellt. Im Führungsstab wirken der Leitende Notarzt (LNA) und der Organisatorische Leiter Rettungsdienst (OrgL) mit. Das Weisungsrecht der Katastrophenschutzbehörde nach § 19 Abs. 2 LKatSG i.V.m. § 5 Abs. 1 LKatSG bleibt unberührt.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das MANV-Konzept Ziff. 4.3 verwiesen.

2.2 Leitender Notarzt (LNA)

Der LNA leitet den medizinischen Einsatz. Er ist ein kompetenter, in Notfall- und Katastrophenmedizin geschulter Arzt, der bei einem MANV als verantwortlicher Arzt am Einsatzort oder als ärztlicher Koordinator bei der Integrierten Leitstelle/Rettungsleitstelle eingesetzt wird. Für ihn ist eine besondere Kennzeichnung (Helm oder Weste mit Aufschrift, die farbliche Kennzeichnung ist gelb) vorzusehen. Die Delegation der Weisungsbefugnis gegenüber dem Sanitätspersonal des Katastrophenschutzes kann durch den Landrat/Oberbürgermeister in seiner Eigenschaft als Leiter der unteren Katastrophenschutzbehörde ebenfalls vorgenommen werden. Dies kann bereits im Rahmen der Bestellung zum LNA erfolgen. Dem LNA stehen die Fernmeldeverbindungen des Führungsstabes oder der Integrierten Leitstelle/Rettungsleitstelle zur Wahrnehmung seiner Aufgaben zur Verfügung.

2.3 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL)

Der OrgL ist eine im Rettungsdienst erfahrene Person, die den Leitenden Notarzt beim Einsatz unterstützt und organisationstechnische Führungs- und Koordinierungsaufgaben übernimmt. Er verfügt über eine entsprechend Qualifikation mit dem Schwerpunkt der Führung.

Für die Wahrnehmung der taktisch-organisatorischen Aufgaben im Einsatz muss der OrgL über gute Kenntnisse der regionalen Rettungsdienst-Strukturen verfügen. Für ihn ist ebenfalls eine besondere Kennzeichnung (Weste mit Aufschrift „OrgL“) vorzusehen.

3 Kommunikation

Die Kommunikationsstruktur bildet die Wege der Führungsstruktur ab und ermöglicht deren Handlungsfähigkeit. Die Kommunikation soll grundsätzlich über BOS-Funksprechgeräte erfolgen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das MANV-Konzept Ziff. 4.4 verwiesen.

4 Durchführung des Einsatzes

4.1 Nichtärztliches medizinisches Personal

Weil bei einem MANV Helfer mit eingebunden werden müssen, deren medizinische Qualifikation dem Leitenden Notarzt nicht persönlich bekannt ist, sind rettungsdienstliche Qualifikationen farblich einheitlich (zum Beispiel Armbinde) zu kennzeichnen (Notärzte = weiß, Rettungsassistenten = blau, Rettungssanitäter und Rettungshelfer = grün). Außerdem sollte ein Sammelpunkt für eintreffende medizinische Hilfskräfte weithin erkennbar gekennzeichnet sein (zum Beispiel weißer Ballon mit rotem Kreuz).

4.2 Unterstützungsleistungen bei besonderen Gefahrenlagen

4.2.1 MEDITOX

Bei einem MANV, der einen toxikologischen Sachverstand erfordert (z.B. Gefahrgutunfällen oder Terroranschlägen mit C-Stoffen), kann die bei der Alarmzentrale der Deutschen Rettungsflugwacht eingerichtete medizinisch-toxikologische Informationszentrale MEDITOX eingeschaltet werden. Durch die Integration vernetzter Datenbanken, der Alarmzentrale der DRF, aktueller Telekommunikation und einem Bereitschaftsdienst erfahrener Toxikologen können die Einsatzkräfte vor Ort telemedizinisch unterstützt werden.

4.2.2 Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im Landesgesundheitsamt beim Regierungspräsidium Stuttgart

Unabhängig von seiner Zuständigkeit im Infektionsschutz (B-Stoffe) kann zur bevölkerungsbezogenen und toxikologischen Risikoanalyse und Risikoabschätzung das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im Landesgesundheitsamt beim Regierungspräsidium Stuttgart eingeschaltet werden. Es ist über das Lagezentrum des Innenministeriums 24 Stunden erreichbar.

4.3 Unterstützungsleistungen bei der Medikamentenbeschaffung

Bei einem zusätzlichen Medikamentenbedarf kann über die internetgestützte MEDITOX-Datenbank die Medikamentenbevorratung der Krankenhausapotheken abgefragt werden. Bei bestimmten Krankenhäusern sind Arzneimitteldepots für bestimmte Fälle mit Mitteln des Bundes eingerichtet. Diese Medikamente können über die Oberleitstelle Baden-Württemberg angefordert werden. Die Oberleitstelle Baden-Württemberg stellt sicher, dass die Arzneimittel von den Krankenhausdepots abgeholt und an die Einsatzstelle verbracht werden.

4.4 Einsatzlenkung des Patiententransports

Die Integrierte Leitstelle/Rettungsleitstelle lenkt nach ärztlicher Weisung die Kräfte, die zum Patiententransport eingesetzt sind, und koordiniert Art (=liegend, sitzend,

Einzel- oder Sammeltransport), Fahrzeug und Ziel der Transporte. Die Integrierte Leitstelle/Rettungsleitstelle und die Oberleitstelle Baden-Württemberg halten dabei engen Kontakt mit dem LNA, dem OrgL und den Aufnahmekrankenhäusern. Lageabhängig kann diese Aufgabe auch von Kräften der Einsatzleitung (OrgL) übernommen werden.

4.5 Funkverkehr

Die Integrierte Leitstelle/Rettungsleitstelle bildet mit den Kräften, die zum Patiententransport eingesetzt sind, einen oder auch mehrere Funkverkehrskreise. Sie ist gleichzeitig am Kommunikationsnetz des Katastrophenschutzes zwischen Verwaltungsstab und Führungsstab (§ 20 LKatSG) beteiligt.

4.6 Gegenseitige Unterrichtung

Zwischen den an der Schadensbekämpfung beteiligten Stellen findet ein umfassender Informationsaustausch statt. Dies gilt auch für Zwecke der Erfassung von Personen (Personenankunftsstellen) nach § 3 Abs. 1 S. 3 i.V.m. Abs. 2 LKatSG. Insbesondere

- unterrichtet der Führungsstab (§ 28 FwG, § 20 LKatSG) die Integrierte Leitstelle/Rettungsleitstelle und ggf. die Oberleitstelle Baden-Württemberg über den Verlauf der Maßnahmen am Schadensort,
- informiert die Integrierte Leitstelle/Rettungsleitstelle und ggf. die Oberleitstelle Baden-Württemberg den Führungsstab (§ 28 FwG, § 20 LKatSG) über Art und Umfang der verfügbaren Kräfte und Mittel zum Verletztentransport,
- unterrichtet die Integrierte Leitstelle/Rettungsleitstelle den Verwaltungsstab darüber, in welche Krankenhäuser die Verletzten gebracht worden sind.

Teil II

Konzeption des Innenministeriums
für die Einsatzplanung und Bewältigung eines
Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten im
Katastrophenschutz

(MANV-Konzept)
vom 7. Juli 2008

1	VORWORT	31
2	ALLGEMEINES	33
2.1	Zielsetzung	33
2.2	Planungsgrundlagen	34
2.3	Aufwachsen / Wellenkonzept	35
2.3.1	1. Welle	36
2.3.2	2. Welle	36
2.3.3	3. Welle	36
2.3.4	4. Welle	37
2.3.5	AB-MANV, GRTW, AB-MedTechnik	37
3	STANDARDISIERUNG VON LEISTUNGEN	38
3.1	Gliederung der Einsatzeinheiten	39
3.1.1	Leistungsmodul Führung	41
3.1.2	Leistungsmodul Erstversorgung	41
3.1.3	Leistungsmodul Behandlung	41
3.1.4	Leistungsmodul Transport	42
3.1.5	Leistungsmodul Betreuung und Logistik	42
3.1.6	Leistungsmodul Technik und Sicherheit	42
3.1.7	Personelle und materielle Ausstattung der Leistungsmodule	43
3.2	Medizinische Task-Force (MTF)	45
3.3	Schnittstelle zu anderen Bundesländern	45
4	STANDARDISIERUNG VON TAKTISCHEN ABLÄUFEN	45
4.1	Einsatzabschnittsbildung	45
4.1.1	Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“	46
4.1.2	Einsatzabschnitt „Betreuung“	48
4.1.3	Einsatzabschnitt „Bereitstellung“	48
4.2	Patientenfluss	48
4.3	Führungsorganisation	50
4.3.1	Führungsorganisation im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ und Zusammenwirken mit anderen Einsatzabschnitten	50
4.3.2	Führung der MTF	51
4.4	Kommunikation	51
4.5	Personenauskunft / Dokumentation	51
4.5.1	Registrierung	51
4.5.2	Personenauskunftssysteme	51
4.6	Psychosoziale Notfallversorgung	53
5	ANHANG	54
5.1	Rechtsgrundlagen	54

1 Vorwort

Nicht erst die Ereignisse des 11. September 2001 haben gezeigt, dass uns schwere Unfälle, Flutkatastrophen, Hochwasser, Terroranschläge u.a. jederzeit und an jedem Ort treffen können. Schadensereignisse mit einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten (MANV) sind trotz ihrer Seltenheit - gemessen am Umfang des rettungsdienstlichen Tagesgeschäftes - unabhängig von der Bevölkerungsdichte des jeweiligen Rettungsdienstbereiches durchaus Realität. Die Bewältigung solcher Schadensereignisse stellt an die Beteiligten große Herausforderungen, die nur gemeistert werden können, wenn rechtzeitig umfassende Vorbereitungen getroffen wurden.

Im März 2007 konstituierte sich unter Federführung des Innenministeriums Baden-Württemberg zu dieser Thematik die Arbeitsgruppe „MANV-Konzept“. Auftrag an diese Arbeitsgruppe war es - aufbauend auf den Erfahrungen der Fußball-WM 2006 sowie unter Zugrundelegung der „Richtlinie zur Einrichtung eines Behandlungsplatzes 25“ [1] des DRK- Landesverbandes Baden-Württemberg e.V. und der „Gemeinsamen Hinweise des Innenministeriums und des Ministeriums für Arbeit und Soziales für die unteren Katastrophenschutzbehörden, Einsatzkräfte und Leitstellenmitarbeiter für die Einsatzplanung und Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten (Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten) (Gemeinsame Hinweise MANV)“ [2] - eine landesweite Konzeption zur Bewältigung eines Massenansturms von Verletzten zu erarbeiten.

Die Arbeitsgruppe hat insgesamt acht Mal getagt und nach Bedarf fachliche Unterstützung zugezogen. In den Sitzungen wurde eine Konzeption unter Berücksichtigung der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben (Rettungsdienstgesetz (RDG) [3], Feuerwehrgesetz (FwG) [4], Landeskatastrophenschutzgesetz (KatSG) [5], Rettungsdienstplan [6], der DIN 13050 [7]) sowie bereits bestehender regionaler Konzepte und unter Berücksichtigung der spezifischen baden-württembergischen Gegebenheiten erarbeitet. Die Arbeit der „AG MANV-Konzept“ wurde von einem Ausschuss (Begleitender Ausschuss MANV-Konzept) begleitet. Mein besonderer Dank gilt an dieser Stelle den Mitgliedern der AG MANV-Konzept und den Fachleuten, aber auch allen Mitgliedern des Begleitenden Ausschusses, die an der Erarbeitung dieser Konzeption mitgewirkt haben.

Stuttgart im Juni 2008

Reinhard Klee
Ministerialdirigent

Mitglieder der AG MANV-Konzept:

Thomas Egelhaaf (Projektleiter, Landesfeuerweherschule BW)

Gabriele Heiss-Kaiser (Moderatorin, Innenministerium)

Martin Kogel (Innenministerium)

Wolfgang Haalboom (DRK LV Baden-Württemberg)

Marcus Moroff (DRK)

Dr. Matthias Boll (Ministerium für Arbeit und Soziales)

Dr. Joachim Pfefferkorn (Leitender Notarzt Stuttgart)

Andreas Spahlinger (RP Tübingen)

Mitglieder des Begleitenden Ausschusses MANV-Konzept:

Landesbeirat für den Katastrophenschutz

Ministerium für Arbeit und Soziales

Regierungspräsidien

Landesfeuerweherschule

Hans Heinz MdL

Wilfried Klenk MdL

AOK Baden-Württemberg / Landesvertretung Baden-Württemberg Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) e.V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte

Landesärztekammer

Fachliche Unterstützung durch:

Thomas Schmitt (Branddirektion Mannheim)

Dr. Karl Ritter (Ministerium für Arbeit und Soziales)

Dr. Guido Thimm (Branddirektion Stuttgart)

Michael Weisbach (Oberleitstelle Baden-Württemberg)

Manfred Pfeffinger (LRA Schwarzwald-Baar-Kreis)

Michael Uibel (DRK LV Baden-Württemberg)

Alfred Bosch (DRK OV Ravensburg e.V.)

Wolfgang Schmidt (DRK Landesschule Baden-Württemberg)

Wilfried Müller (DRK KV Reutlingen)

Rainer Keckreis (DRK KV Böblingen)

Siegfried Hollstein (Landesfeuerweherschule BW)

2 ALLGEMEINES

2.1 Zielsetzung

Das MANV-Konzept legt die Mindestanforderungen für die Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten fest. Den KatS-Behörden, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Krankenhäusern und sonstigen an der Bewältigung einer entsprechenden Schadenslage beteiligten Stellen/Organisationen soll mit der Konzeption eine Hilfestellung bei der Umsetzung der „Gemeinsamen Hinweise MANV“ [2] gegeben werden.

Oberstes Ziel bei der Bewältigung eines MANV ist, den anfänglichen Mangel an Ressourcen so zu organisieren und zu verwalten, dass eine fachgerechte Versorgung aller betroffenen Patienten nach den individualmedizinischen Kriterien des Rettungsdienstes so schnell wie möglich wieder hergestellt wird.

Eine Schadenslage mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten ist nicht nur die Summe vieler Einzelnotfälle. Aus der Vielzahl der betroffenen Personen ergeben sich eine Vielzahl spezieller Anforderungen und Aufgaben. Die zeitliche Überbrückung des Missverhältnisses zwischen Versorgungsbedarf und -kapazität verlangt einsatztaktisch und notfallmedizinisch andere Vorgehensweisen und Entscheidungen als im Bereich der Individualmedizin. Dafür muss unter anderem eine klare Führungsorganisation vorgegeben sein.

Das vorliegende Konzept befasst sich schwerpunktmäßig mit der Einbindung und den Planungen der Einsatzeinheiten „Sanität und Betreuung“. Es baut auf bewährten Strukturen und allgemein bekannten und etablierten Einsatzstandards auf. Diese sollen so weit wie möglich im Rahmen der neuen Konzeption beibehalten werden.

Darauf aufbauend ergeben sich folgende Neuerungen:

- Festlegung eines integrierten Hilfeleistungssystems mit einem lückenlosen Ineinandergreifen von Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppen (SEG) und Katastrophenschutz.
- Harmonisierung der Abläufe, Begrifflichkeiten und taktischen Maßnahmen über Rettungsdienstbereiche hinweg.
- Stärkung der Einsatzfähigkeit der Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten.

- Verzahnung der Schnelleinsatzgruppe-Erstversorgung mit den Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten.
- Bildung von Leistungsmodulen mit definiertem taktischem Einsatzwert, die ein Aufwachsen an der Schadensstelle ermöglichen (Wellenkonzept).

Das MANV-Konzept verzichtet auf eine detailliertere Beschreibung zur Verfahrensweise bei der Dekontamination Verletzter. Einzelheiten hierzu sind in einem gesonderten Konzept zu erarbeiten.

Als Mindestanforderung muss grundsätzlich jeder Stadt- und Landkreis in der Lage sein, über die Vorhaltungen für den Rettungsdienst laut Bereichsplan hinaus, insgesamt 50 Patienten schnellstmöglich versorgen zu können.

2.2 Planungsgrundlagen

Als Planungsgrundlage wird ein punktuelles oder kleinflächiges Schadensereignis mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten angesetzt. Dieses Schadensereignis ist in der Frühphase durch einen Ressourcenmangel (personell wie materiell) gekennzeichnet, in der Spätphase durch eine Vielzahl zu koordinierender Ressourcen.

Beim Ressourcenmangel sind folgende Aufgaben vorrangig zu bewältigen:

- Priorisierung der Aufgaben (Sichtung der Patienten)
- Bündelung der Aufgaben und Ressourcen (Konzentration)
- Pufferung aufschiebbarer Aufgaben (Transportorganisation und Verteilung der Patienten auf die Krankenhäuser)
- Einbindung der Krankenhäuser

Auf der Grundlage der Ergebnisse der 1. und 2. Konsensuskonferenz (Kapitel I Ziffer 4) werden folgende Festlegungen getroffen:

- Prozentuale Verteilung der Verletzungsgrade bei einem punktuellen Schadensereignis:

Verletzungsgrad	Prozentualer Anteil bezogen auf alle Verletzten
akut vital bedroht	40
schwerverletzt	20
leichtverletzt	40

Tabelle 1 - Verteilung der Verletzungsgrade

- **Kategorisierung der Verletzungsgrade nach erfolgter Sichtung:**

Kategorie		Verletzungsgrad	Erforderliche Maßnahmen
	I	akut vital bedroht	Sofortbehandlung
	II	schwerverletzt	dringende Behandlung
	III	leichtverletzt	spätere (ambulante) Behandlung
	IV	ohne Überlebenschance	betreuende (abwartende) Behandlung
		Tote	Registrierung

Tabelle 2 - Sichtungskategorien

Zusätzlich besteht die Möglichkeit zur Kennzeichnung hoher Transportpriorität.

2.3 Aufwachsen / Wellenkonzept

Zur Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten sind entsprechend den Gemeinsamen Hinweisen MANV [2] die Module

- Rettungsdienst (RD),
 - Schnelleinsatzgruppen (SEGen) und
 - Katastrophenschutz (KatS)
- einzuplanen.

Bei Schadensereignissen, die nicht mehr durch die Mittel der Regelvorhaltung beherrschbar sind, müssen die Strukturen durch Ressourcen des Rettungsdienstes aus benachbarten Bereichen, durch Schnelleinsatzgruppen der Hilfsorganisationen sowie durch Katastrophenschutzeinheiten unterstützt werden.

Dabei ist folgendes zu beachten:

- Die Doppelverplanung von Ressourcen ist unbedingt zu vermeiden. Personal und Material können bei einem MANV nur in einem Modul eingesetzt werden.

- Das Herauslösen einer im Einsatz befindlichen Ressource zur Zusammenführung einer vollständigen Einsatzeinheit ist in der Regel nicht möglich.

Die zur Bewältigung einer Schadenslage benötigten Ressourcen sind in einem stufenförmig aufwachsenden Wellenkonzept dargestellt. Den einzelnen Wellen wird dabei bewusst keine Verletztzahl zugeordnet, da die Bewältigung eines Schadensereignisses maßgeblich von den örtlichen Gegebenheiten vor allem dem vorhandenen Personal und Material abhängt (Unterschied: Großstadt - ländlicher Raum). Die unteren Katastrophenschutzbehörden sind daher gehalten, in Abstimmung mit den jeweiligen Trägern des KatS- und Rettungsdienstes ihre Planungen zu definieren, ab welcher Größenordnung eines Schadensereignisses Ressourcen der nächsten Welle benötigt werden.

2.3.1 1. Welle

Hilfeleistung für individuelle Notfälle. Regelversorgung auf örtlicher Ebene.

Notwendiges Personal und Gerät:

- Regelvorhaltung im Rettungsdienst laut Bereichsplan
- ggf. einsatzbereite Regelvorhaltung im Rettungsdienst der Nachbarbereiche (§13 RDG)
- ggf. Reserve(fahrzeuge) des eigenen Bereichs und der Nachbarbereiche

2.3.2 2. Welle

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten, deren Bewältigung neben den Ressourcen der 1. Welle weiterer Unterstützung bedarf.

Standardisierter flächendeckender Grundschutz. Ggf. sind Patientenablagen einzurichten und der Aufbau und Betrieb von Behandlungsplätzen notwendig.

Notwendiges Personal und Gerät:

- Personal und Gerät der 1. Welle
- zusätzlich SEGen
- ggf. Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten und/oder einzelne Leistungsmodule (Ziff. 3.1) aus dem eigenen Bereich
- ggf. Unterstützung durch Feuerwehr und / oder THW

2.3.3 3. Welle

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten, die nicht mit dem Potenzial des Grundschutzes abzudecken sind. Der

Einsatz von zusätzlichen Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten aus den Nachbar-
kreisen ist notwendig.

Die Versorgung der Patienten erfolgt nach den Grundsätzen der Mangelverwaltung. Patientenablagen sind einzurichten und der Aufbau und Betrieb von Behandlungsplätzen ist notwendig.

Notwendiges Personal und Gerät:

- Personal und Gerät der 1. und 2. Welle
- Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten und/oder Leistungsmodule aus benachbarten Bereichen
- Feuerwehr
- ggf. THW

2.3.4 4. Welle

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten, die nicht mit dem Potenzial der 3. Welle bewältigt werden können. Zusätzlich sind die Infrastruktur zerstört und/oder Personen kontaminiert.

Die Versorgung der Patienten erfolgt nach den Grundsätzen der Mangelverwaltung. Ggf. ist der Aufbau und Betrieb von Behandlungsplätzen mit der Möglichkeit zur Dekontamination Verletzter notwendig.

Notwendiges Personal und Gerät:

- Personal und Gerät der 1. bis 3. Welle
- ggf. Einsatz Medizinische Task-Forces (MTF) - aus benachbarten Bundesländern (2)
- ggf. Unterstützung durch die Bundeswehr im Rahmen der zivil-militärischen Zusammenarbeit

2.3.5 AB-MANV, GRTW, AB-MedTechnik

Die vom Land Baden-Württemberg beschafften Abrollbehälter MANV (AB-MANV), Großraumrettungswagen (GRTW) sowie der Abrollbehälter Medizintechnik (AB-MedTechnik) werden ebenfalls durch die Systematik der Leistungsmodule (Ziff. 3.1) erfasst. Sie können die Aufgaben des Leistungsmoduls „Transport“ (GRTW) erbringen und die materielle Ausstattung eines Behandlungsplatzes herbeiführen (AB-MANV, ggf. zusätzlich AB-MedTechnik).

² Die Ressourcen der fünf MTF in Baden-Württemberg werden disloziert und gehen in den EE auf. Der Einsatz einzelner MTF innerhalb des Landes ist deshalb nicht vorplanbar- lageabhängig aber ggf. möglich.

3 Standardisierung von Leistungen

Ein Schadensereignis mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten ist – bei entsprechendem Ausmaß – nicht mehr alleine mit den Ressourcen eines Landkreises zu beherrschen. Da die bisherigen regionalen oder organisationseigenen Konzepte zur überörtlichen Hilfeleistung untereinander nur eingeschränkt kompatibel sind, ist zur effektiven Abarbeitung von komplexen Schadenslagen eine Standardisierung von Leistungen erforderlich. Ziel ist, im Ereignisfall gezielt die fehlenden Leistungen landesweit anzufordern und Einsatzkräfte aus anderen Kreisen in die bereits an der Einsatzstelle bestehenden Strukturen einzubinden.

Um dies zu erreichen, wird das Modul Katastrophenschutz [2] (Kapitel II Ziffer. 2.3), das den bisherigen Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten „Sanität und Betreuung“ des Fachdienstes Sanitäts- und Betreuungsdienst des Katastrophenschutzdienstes (VwV Stärke und Gliederung [8]) entspricht, neu strukturiert und die Einsatzeinheiten werden über ihre Leistungsfähigkeit definiert.

Das Modul Katastrophenschutz umfasst Einsatzeinheiten (EE), die zusätzlich zu ihrer Grundausstattung eine Zusatzausstattung zur Erstversorgung bzw. zur Behandlung erhalten. Die EE-Erstversorgung und die EE-Behandlung unterscheiden sich im Wesentlichen durch die Zusatzausstattung.

- Die EE-Erstversorgung integriert eine Schnelleinsatzgruppe–Erstversorgung (SEG-E) gemäß Konzept (Ziff. 3.1.2.1. in [9])
- Die EE-Behandlung verfügt über die ergänzende Ausstattung für den Betrieb eines Behandlungsplatzes 25
- Jede ungerade (erste, dritte, fünfte, siebte) EE in einem Stadt-/Landkreis ist als EE-Erstversorgung auszustatten.

Für den Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes 25 sind grundsätzlich zwei Einsatzeinheiten notwendig. Idealerweise eine EE-Erstversorgung und eine EE-Behandlung.

Durch die neue Struktur der Einsatzeinheiten werden sowohl deren Einsatzmöglichkeiten im Sanitäts- und Betreuungsdienst als auch der Einsatz der 1. und 2. Welle nach Ziff. 2.3 optimiert.

3.1 Gliederung der Einsatzeinheiten

Die Einsatzeinheiten Erstversorgung und Behandlung werden in Leistungsmodule gemäß Tabelle 3 gegliedert:

Einsatzinheit-Erstversorgung	Einsatzinheit-Behandlung
Leistungsmodul Führung	Leistungsmodul Führung
Leistungsmodul Erstversorgung	Leistungsmodul Behandlung
Leistungsmodul Transport	Leistungsmodul Transport
Leistungsmodul Betreuung und Logistik	Leistungsmodul Betreuung und Logistik
Leistungsmodul Technik und Sicherheit	Leistungsmodul Technik und Sicherheit

Tabelle 3 - Gliederung der Einsatzeinheiten

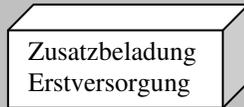
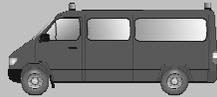
Lediglich die Leistung und die Schnittstellen der Leistungsmodule sind definiert. Die technische Umsetzung, insbesondere die Art der einzusetzenden Fahrzeuge und Geräte, ist als Mindeststandard definiert. Der Leistungsträger kann zur Optimierung weitere Ressourcen einbinden (vgl. 3.1.7). In Abbildung 1 ist die materielle Mindestausstattung der Einsatzeinheiten exemplarisch dargestellt.

Einsatzinheit-Erstversorgung

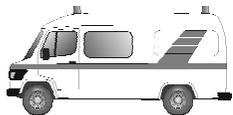
Leistungsmodul Führung



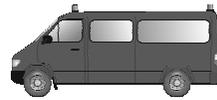
Leistungsmodul Erstversorgung (entspricht SEG-Erstversorgung)



Leistungsmodul Transport



Leistungsmodul Betreuung und Logistik

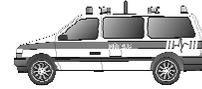


Leistungsmodul Technik und Sicherheit

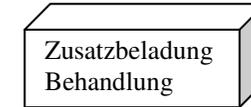


Einsatzinheit-Behandlung

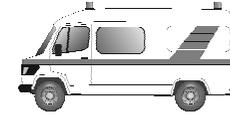
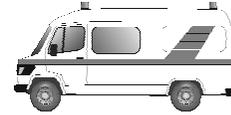
Leistungsmodul Führung



Leistungsmodul Behandlung



Leistungsmodul Transport



Leistungsmodul Betreuung und Logistik



Leistungsmodul Technik und Sicherheit



Abbildung 1

3.1.1 Leistungsmodul Führung

Das Leistungsmodul Führung stellt die personelle und technische Unterstützung für den medizinischen und organisatorischen Leiter zur Verfügung. (Ziff. 2.3, 2.4 in [2]) Die Aufgaben dieses Leistungsmoduls können auch von der Feuerwehr oder dem THW ergänzend wahrgenommen werden.

Taktische Mindestvorgabe:

- Sicherstellung der Kommunikation mit der übergeordneten Führungsstelle sowie den unterstellten und der benachbarten Einheiten, ggf. auch mit der Leitstelle und Dritten
- Unterstützung des medizinischen und organisatorischen Leiters (Beurteilung der Lage im Zuständigkeitsbereich, Führen einer Kräfte- und Materialübersicht, ...)
- Unterstützung bei der Erstellung der Patientendokumentation, Transport- und Verteilungsübersichten sowie der Einsatzdokumentation
- Unterstützung beim Betrieb von Personenauskunftssystemen

3.1.2 Leistungsmodul Erstversorgung

Das Leistungsmodul Erstversorgung führt die medizinische Ausstattung und Personal zur Erstversorgung (z.B. in einer Patientenablage) oder für die Patientenbehandlung innerhalb eines Behandlungsplatzes heran.

Das Leistungsmodul Erstversorgung entspricht einer Schnelleinsatzgruppe-Erstversorgung.

Taktische Mindestvorgabe:

- Versorgung von mindestens zehn Patienten
- Einrichtung von Strukturen zur Patientenbehandlung in der Patientenablage oder Heranführen von medizinischem Gerät für die Patientenbehandlung innerhalb eines Behandlungsplatzes
- Registrierung und Dokumentation

3.1.3 Leistungsmodul Behandlung

Das Leistungsmodul Behandlung führt - **ergänzend** zur bereits in der Grundausstattung der EE verlasteten Infrastruktur – Gerät und Material zum Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes 25 (BHP 25) mit.

Taktische Mindestvorgabe:

- Herbeiführen von Gerät und Material zum Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes 25
- Betrieb des Behandlungsplatzes mit den anderen Leistungsmodulen

3.1.4 Leistungsmodul Transport

Das Leistungsmodul Transport stellt in Ergänzung zum Modul Rettungsdienst [2] Transportkapazitäten für Patienten der Kategorien I und II (Ziff. 2.2) auch über größere Distanzen zur Verfügung.

Taktische Mindestvorgabe:

- Transport von mindestens vier Patienten der Kategorie I und II
- Transport von Patienten mit situationsangemessenen Rettungsmitteln
- Für Patienten der Kategorie I ist soweit möglich je Patient ein Transportfahrzeug vorzusehen

3.1.5 Leistungsmodul Betreuung und Logistik

Das Leistungsmodul Betreuung und Logistik gewährleistet die Versorgung Betroffener sowie der Einsatzkräfte und übernimmt Materialtransporte. Das THW kann bei der Aufgabenerfüllung unterstützend tätig werden.

Taktische Mindestvorgabe:

- Versorgung und Betreuung von Personen mit lebensnotwendigen Versorgungsgütern
- Verpflegung und vorübergehende Unterbringung
- Sicherung der sozialen Belange
- Logistische Unterstützung der anderen Leistungsmodule

3.1.6 Leistungsmodul Technik und Sicherheit

Das Leistungsmodul Technik und Sicherheit unterstützt die anderen Leistungsmodule technisch. Die Aufgaben dieses Leistungsmoduls können auch von der Feuerwehr oder dem THW ergänzend wahrgenommen werden.

Taktische Mindestvorgabe:

- Technische Absicherung der anderen Leistungsmodule (z.B. Ausleuchtung)
- Verrichten handwerklich-technischer Tätigkeiten mit entsprechenden Werkzeugen und Hilfsmitteln (z.B. Unterstützung beim Aufbau von Zelten)

- Errichtung und Betrieb von technischem Gerät (Notstromversorgung, Beleuchtung, Zeltheizung, ...)
- Mitwirkung bei Logistikaufgaben der anderen Leistungsmodule
- Fachberatung der anderen Leistungsmodule

3.1.7 Personelle und materielle Ausstattung der Leistungsmodule

Zur Erreichung der mit dem MANV-Konzept verfolgten Ziele (Ziff 2.1) sind die Leistungsmodule mindestens mit den in Tabelle 4 dargestellten Personal und Gerät auszustatten, sog. Mindestausstattung. Die Ausstattung der Leistungsmodule mit zusätzlichem Personal und Gerät, so genannte Optimalausstattung, ermöglicht es im Ereignisfall noch schneller die individualmedizinische Versorgung aller Patienten zu erreichen. Eine optimale Ausnutzung der vorhandenen Versorgungskapazität ist erforderlich.

Leistungsmodul	Personal		Materielle Ausstattung	
	Mindeststärke und -qualifikation des Personals	optimale Stärke und Qualifikation des Personals	Mindestausstattung	optimale Ausstattung
Führung	3 / 2 / 1 / 6 1 Arzt 2 Zugführer 2 Gruppenführer	4 / 2 / 1 / 7 1 Arzt 1 Verbandführer 2 Zugführer 2 Gruppenführer	Kombi	ELW + Kombi
Erstversorgung ³	1 / 8 / 9	1 / 2 / 6 / 9	AW Land ⁴ + Kombi oder GW-E + Kombi	AW Land ⁴ + 2 Kombi oder GW-E + 2 Kombi
Behandlung	1 / 8 / 9	1 / 2 / 15 / 18	GWSan ⁴ + Kombi oder ArztTrW ⁴ + Kombi	GWSan ⁴ + 2 x Kombi oder ArztTrW ⁴ + 2 x Kombi
Transport	0 / 4 / 4	0 / 6 / 6	2 KTW oder GRTW	3 KTW
Betreuung und Logistik	1 / 8 / 9	1 / 8 / 9	LKW + Kombi	LKW + Kombi + Feldküche
Technik und Sicherheit	1 / 3 / 4	1 / 3 / 4	Fahrzeug Technik und Sicherheit	Fahrzeug Technik und Sicherheit

Tabelle 3 - Ausstattung der Leistungsmodule

³ entspricht SEG-E

⁴ Fahrzeuge jeweils mit Zusatzausstattung „Erstversorgung“ bzw. „Behandlung“.

3.2 Medizinische Task-Force (MTF)

Das neue Ausstattungskonzept des Bundes sieht in Baden-Württemberg die Bildung von fünf Medizinischen Task-Forces (MTF) vor. Die Fahrzeuge der MTF werden in der Fläche disloziert und stellen einen Bestandteil der EE dar. Weitere Details sind zwischen dem Land Baden-Württemberg und den Hilfsorganisationen zu regeln.

Eine Zusammenführung der MTF hat im Ereignisfall innerhalb von 90 Minuten zu erfolgen. Der Einsatzschwerpunkt der MTF liegt bei der länderübergreifenden Hilfe. Die MTF kommen dabei als selbstständige taktische Einheiten zum Einsatz.

3.3 Schnittstelle zu anderen Bundesländern

Die Systematik der Standardisierung von Leistungen wird auch in anderen Bundesländern angewandt. Die in den MANV-Konzepten anderer Länder teilweise vorhandenen größeren Module und Gliederungen können durch die Zusammenfassung von Leistungsmodulen gebildet werden und sind somit hinsichtlich ihres Einsatzwertes kompatibel. Entsprechende Planungen sind in den Landkreisen mit direkter Grenze zu anderen Bundesländern vorzusehen.

4 Standardisierung von taktischen Abläufen

Zur Verzahnung der Leistungen aller beim MANV beteiligten Ressourcen ist die Standardisierung von Abläufen und Begriffen zwingend notwendig. Nur so können die Gefahrenabwehrsysteme auch über Bereichsgrenzen und Hilfsorganisationen hinweg lageabhängig aufwachsen. Grundlage bildet die DV 100 „Führung und Leitung im Einsatz“ [10].

4.1 Einsatzabschnittsbildung

Zur Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten sind neben deren medizinischer Versorgung und Betreuung lageabhängig weitere Leistungen erforderlich wie z.B. die technische Rettung oder die Brandbekämpfung.

Alle Maßnahmen zur Behandlung von Betroffenen sind im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ zusammenzufassen, der mindestens in „Patientenablage“ und „Transportorganisation“ zu gliedern ist - lageabhängig ergänzt um den Bereich „Behandlungsplatz“.

Die Maßnahmen der Betreuung werden in einem eigenen Einsatzabschnitt „Betreuung“ zusammengefasst. Lageabhängig können diese Aufgaben auch dem Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ angegliedert werden.

4.1.1 Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“

4.1.1.1 Patientenablage

Die Patientenablage (PA) ist „eine Stelle an der Grenze des Gefahrenbereichs, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und soweit möglich erstversorgt werden. Dort werden sie dem Rettungsdienst⁵ zum Transport an einen Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben“ (Nr. 3.34 in [7]). Hier soll eine erste Sichtung durchgeführt werden. Patientenablagen haben sich entweder vor dem Eintreffen der Einsatzkräfte an der Schadensstelle spontan gebildet oder werden durch die ersteintreffenden Führungskräfte festgelegt. Lageabhängig können auch mehrere Patientenablagen notwendig sein.

Die Patienten werden von der Patientenablage zum Transport an einen Behandlungsplatz oder an weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben.

Soweit es Material und Personal in der Patientenablage erlauben, werden neben den lebensrettenden Sofortmaßnahmen bereits erste Therapiemaßnahmen eingeleitet, um die Transportfähigkeit herzustellen. Aus der Patientenablage wird so eine strukturierte Patientenablage.

4.1.1.2 Behandlungsplatz

Der Behandlungsplatz (BHP) „ist eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, an der Verletzte/Erkrankte nach Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden. Von dort erfolgt der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen“ (Nr. 3.2 in [7]).

⁵ Abweichend zur Formulierung in der Norm ist der Transport auch mit Fahrzeugen des Katastrophenschutzes möglich.

Soweit noch nicht in der Patientenablage geschehen, muss eine Registrierung/Dokumentation und Kennzeichnung der Betroffenen durchgeführt werden. Um eine optimale Patientenbehandlung und einen effektiven Einsatz der Kräfte zu sichern, ist ein strukturierter Aufbau des Behandlungsplatzes notwendig [1]. Für den Fall eines terroristischen Anschlags sind die Handlungsempfehlungen des Innenministeriums für den Einsatzfall vom 25.04.2007 zu beachten.

Die Errichtung eines Behandlungsplatzes ist nur dann sinnvoll, wenn die Zeit zum Herstellen der Betriebsbereitschaft deutlich kleiner ist als die notwendige Zeit, die erforderlich ist, um alle Patienten in Krankenhäuser zu transportieren. Zudem müssen die erforderlichen Flächen zur Verfügung stehen.

Anzustreben ist der Aufbau in kurzer Entfernung zur Patientenablage, weil auf diese Weise nur ein relativ geringer Personalbedarf als Trägerkolonnen erforderlich ist. Außerdem ist auf zweckmäßige Zu- und Abfahrten für Rettungsmittel zu achten.

Vor dem Aufbau des Behandlungsplatzes müssen folgende Punkte festgelegt und abgestimmt sein:

- Anzahl und Ort(e) der zu übernehmenden Patientenablage(n)
- Vorgesehener Ort zum Aufbau des BHP (bzw. Erweiterung der Patientenablage)
- Kommunikationsstruktur
- Führer der Patientenablagen als Ansprechpartner vor Ort
- Verfahren der Patientenzuweisung in die Krankenhäuser
- Sachstand der Patientensichtung und -behandlung
- Sachstand des Patiententransports
- Sachstand der Verfügbarkeit von Rettungsmitteln, Zuweisung eines Rettungsmittelhalteplatzes und der An- und Abfahrtwege.

4.1.1.3 Transportorganisation

Bei einer großen Anzahl an Patienten soll die Transportorganisation nicht mehr von der Leitstelle wahrgenommen werden. Die Koordination erfolgt dann im Bereich „Transportorganisation“ als Element der Führungsstruktur.

Der Transport und die Disposition zu den Kliniken bedürfen bei einer großen Anzahl von Patienten einer belastbaren Struktur. Der Bereich Transportorganisation (TrOrg) stellt den Transport, die Dokumentation und die Verteilung der Patienten auf weiterbehandelnde medizinische Einrichtungen sicher. Die gezielte Zuordnung

der Patienten zu den Kliniken wird von der Transportorganisation umgesetzt. Aufgaben der Transportorganisation:

- Disposition der Rettungsmittel
- Umsetzung der Klinikzuweisung, bedarfsgerechte Verteilung der Patienten zu den Kliniken
- Voranmeldung der Patienten im Transportziel (Krankenhäuser) bzw. bei der Leitstelle
- Dokumentation der Transporte und des Ziels

4.1.2 Einsatzabschnitt „Betreuung“

Bei großflächigen Schadenslagen müssen häufig unverletzte Personen bzw. sonstige Betroffene betreut und versorgt werden. Diese Maßnahmen sind im Einsatzabschnitt „Betreuung“ zusammenzufassen.

4.1.3 Einsatzabschnitt „Bereitstellung“

Um einen zielgerichteten und optimalen Einsatz der Fahrzeuge und Geräte sicherzustellen, fahren alle nachrückenden Kräfte Sammel- oder Bereitstellungs-räume an. Auf diese Weise wird ein „Zuparken“ der Schadensstelle verhindert.

Bei der Bereitstellung von Fahrzeugen und Geräten ist zwischen den einsatzbe-zogen festgelegten Bereitstellungsräumen und den vorgeplanten Sammelräumen zu unterscheiden. Lageabhängig können Bereitstellungsräume identisch mit Sammelräumen sein.

Die Übergabe der transportfähigen Patienten vom Behandlungsplatz oder direkt aus der Patientenablage geschieht am Rettungsmittelhalteplatz (RMHP) und ge-währleistet die kontinuierliche Aufnahme der Patienten in den Rettungsmitteln so-wie die ungehinderte Zu- und Abfahrt. Der RMHP soll in der Nähe des Ausgangs des BHP liegen. Lageabhängig kann die Übergabe der Patienten am Ausgang des Behandlungsplatzes erfolgen. In diesem Fall ist kein RMHP erforderlich.

4.2 Patientenfluss

Vom Schadensgebiet werden die Patienten an der Patientenablage übergeben. Wird kein Behandlungsplatz nachgeschaltet, erfolgt der Transport von hier aus.

Beim Betrieb eines Behandlungsplatzes werden die Patienten an den Behandlungsplatz übergeben, gesichtet, behandelt und anschließend transportiert oder bei besonderen Verletzungsmustern direkt von den Patientenablagen transportiert. Entscheidend ist, dass die einzelnen Bereiche nicht nur nahe beieinander, sondern auch in räumlicher Nähe zum Schadensgebiet liegen – auf jeden Fall aber außerhalb des Gefahrenbereichs. Eine Verlängerung der Wegstrecke bedeutet ein massives Anwachsen des Trägerbedarfs.

Der räumliche Aufbau „Patientenablage“, „Behandlungsplatz“ und „Transportorganisation“ ist in Abbildung 2 schematisch dargestellt:

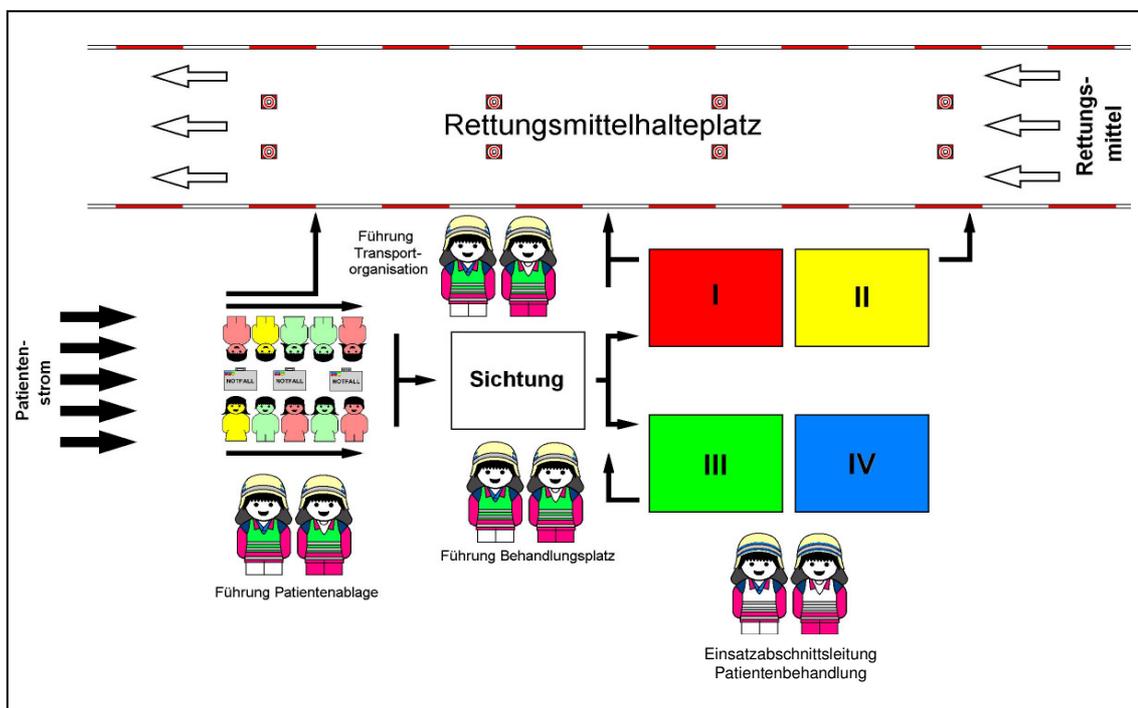


Abbildung 2: Aufbauprinzip Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“

Die Forderung zur Versorgung von 50 Patienten je Stadt-/Landkreis nach Ziffer 2.1 wird dadurch sichergestellt, dass

- Schwerverletzte bereits aus der Patientenablage und
- in der Zeit zum Aufbau des Behandlungsplatzes weitere Patienten transportiert werden können,
- Leichtverletzte nicht oder nicht unbedingt dem Behandlungsplatz zugeführt werden müssen und
- ein betriebsbereiter Behandlungsplatz mehrere Durchgänge ermöglicht.

4.3 Führungsorganisation

Für den gesamten Einsatzablauf ist eine durchgängige Führungsstruktur aufzubauen, die sowohl den anfänglichen Ressourcenmangel kanalisiert und optimal verwaltet als auch die endgültige Struktur des Einsatzes so vorbereitet, dass die Führung mit Eintreffen weiterer Kräfte nach und nach aufwachsen kann.

4.3.1 Führungsorganisation im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ und Zusammenwirken mit anderen Einsatzabschnitten

Die Einsatzabschnittsleitung „Patientenbehandlung“ führt die Bereiche „Patientenablage“ und „Transportorganisation“, soweit vorhanden auch die Bereiche „Behandlungsplatz“.

Sind außer dem Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ weitere Einsatzabschnitte notwendig, werden diese von einer gemeinsamen Einsatzleitung geführt.

In Abbildung 3 ist die Gliederung des Einsatzabschnitts „Patientenbehandlung“ (Ziff. 4.1.1) sowie das Zusammenwirken mit anderen Einsatzabschnitten (Ziff. 4.1, 4.2) dargestellt.

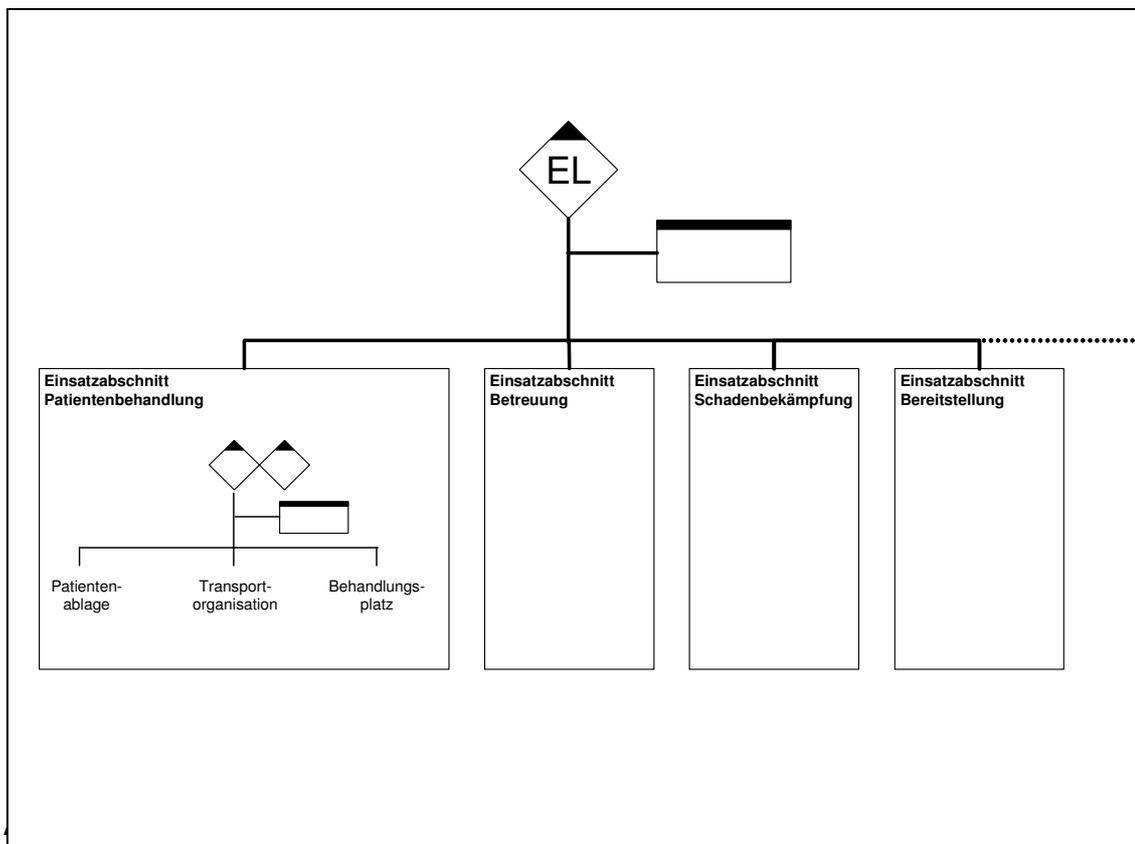


Abbildung 3 - Gliederung des Einsatzabschnitts „Patientenbehandlung“

Folgendes ist zu beachten:

- Leitender Notarzt (LNA) und Organisatorischer Leiter (OrgL) sind Mitglieder der Einsatzleitung.
- Die Ärzte der Einsatzeinheiten (Leistungsmodul Führung) kommen in den Bereichen „Behandlungsplatz“ und „Patientenablage“ - unbeschadet der Führungsaufgabe des LNA - als Arzt innerhalb der Einsatzeinheit zum Einsatz.
- Der medizinische Leiter des Einsatzabschnitts „Patientenbehandlung“ soll über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ verfügen. Die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ darf aber innerhalb der Führungsorganisation nur einmal auftauchen.
- Innerhalb der Einsatzabschnittsleitung „Patientenbehandlung“ ist eine Führungskraft, die über detaillierte Kenntnisse der ehrenamtlichen Strukturen verfügt, als Führungsunterstützung einzusetzen (z.B. Einsatzleiter Fachdienst EFD).

4.3.2 Führung der MTF

Die Fahrzeuge der Medizinischen-Task-Force (MTF) (Ziff. 3.2) werden disloziert und kommen bei der Bewältigung eines MANV im eigenen Bundesland nicht geschlossen zum Einsatz. Bei der Hilfeleistung in anderen Ländern müssen die MTF zusammengeführt und geschlossen als Verband zum Einsatz gebracht werden. Hierzu sind in jedem Rettungsdienstbereich, in dem Führungseinheiten der MTF vorgehalten werden, Verbandführer zu stellen, die diese Aufgabe bei einem derartigen Einsatz übernehmen. Aus- und Fortbildung der Führungskräfte wird länderübergreifend vom Bund durchgeführt.

4.4 Kommunikation

Die Kommunikation zwischen der Einsatzleitung und den Einsatzabschnittsleitungen muss sichergestellt werden. Die Transportorganisation benötigt dabei sehr leistungsfähige Kommunikationswege.

Auf Sprechfunkverbindungen innerhalb der Patientenablage und des Behandlungsplatzes kann aufgrund der räumlichen Größe meist verzichtet werden.

4.5 Personenauskunft / Dokumentation

Grundlage für die Personenauskunft ist die Registrierung der Verletzten, Betroffenen und Toten mittels der „Anhängekarte für Verletzte/Kranke“ (VAK) mit der ein-

liegenden „Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke“ des Generalsekretariats des Deutschen Roten Kreuzes.

Nach § 3 Abs. 1 Nr. 4 i.V. m. Abs. 2 LKatSG haben die Katastrophenschutzbehörden Auskunftsstellen zur Erfassung von Personen zum Zwecke der Vermisstensuche und der Familienzusammenführung einzurichten. Diese Aufgabe wird vom DRK (Suchdienst) auch unterhalb der Katastrophenschwelle wahrgenommen. Hierzu sind – soweit noch nicht erfolgt – auf Kreisebene mit dem DRK Vereinbarungen zur Einrichtung von Kreisauskunftsbüros (KAB) abzuschließen.

4.5.1 Registrierung

Die Registrierung hat unverzüglich, lückenlos und noch am Schadensort zu erfolgen. Dabei ist sicherzustellen, dass für jeden Verletzten, Betroffenen oder Toten auf beiden Karten die Datenfelder soweit aktuell möglich ausgefüllt werden. Für jede Person ist dabei auf beiden Karten einheitlich eine individuelle und eindeutige Patientenummer zu vermerken (z.B. S-12345 oder FR-67890). Die Kennzeichnung der Karten im Vorfeld wird empfohlen.

Die erste Ausfertigung der Suchdienstkarte dient dem KAB für die schnellstmögliche Erfassung aller Daten in einem Auskunftssystem. Solange das KAB nicht am Schadensort vertreten ist, sind diese Ausfertigungen zunächst bei der Einsatzabschnittsleitung und ggf. an der Betreuungsstelle für das KAB zu sammeln. Die Übergabe solcher gesammelten Belege an das KAB stimmen Einsatzabschnittsführer und KAB-Leitung frühzeitig ab.

Die weiteren Ausfertigungen der Suchdienstkarte verbleiben in der VAK zunächst an der jeweiligen Person. Auf der zweiten Ausfertigung vermerken die Besatzungen der jeweiligen Rettungs-/Transportmittel unter „Verbleib“ den Ort (z.B. Klinik xy oder Sammelstelle yz in xy), an den sie die betreffende Person tatsächlich verbracht haben, und übermitteln diese Ausfertigung schnellstmöglich dem KAB zur Vervollständigung der Daten im Auskunftssystem.

4.5.2 Personenauskunftssysteme

Der DRK-Suchdienst bedient sich für Zwecke der Vermisstensuche und Familienzusammenführung eines DV-Verfahrens, das dafür und im Interesse eines auch länderübergreifend einheitlichen Datenbestands mit Auskunftssystemen anderer Länder und der Polizei ereignisbezogen verknüpft werden soll. Der DRK-Suchdienst arbeitet dabei auch mit den jeweils zuständigen Polizeidienststellen

zusammen. Die Datenschutzbestimmungen in § 3 Abs. 2 S. 2 und 3 LKatSG sind zu beachten.

4.6 Psychosoziale Notfallversorgung

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) umfasst die psychologische, soziale, administrative und seelsorgliche Hilfe für von Notfällen Betroffenen (Opfern, Angehörige, Einsatzkräfte).

Zur Sicherstellung der seelsorgerischen Betreuung bei Katastrophen und schweren Unglücksfällen haben das Land Baden-Württemberg - vertreten durch das Innenministerium - und die Evangelischen Landeskirchen Baden und Württemberg, die Diözese Rottenburg-Stuttgart sowie die Erzdiözese Freiburg im Dezember 2006 eine Vereinbarung getroffen, wonach die Kirchen den unteren Katastrophenschutzbehörden speziell für Katastrophenfälle ausgebildete Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger benennen, die bei ihren Einsätzen Helferstatus genießen. In den Stadt- und Landkreisen sind vergleichbare Vereinbarungen zu treffen, um die Zusammenarbeit mit der Notfallseelsorge zu sichern.

Betroffene können nach einem Unglück auch von den so genannten Kriseninterventionsteams und Notfallpsychologen Hilfe erhalten. In Krisenberater Teams, die bei den vier Landespolizeidirektionen, beim Polizeipräsidium Stuttgart und bei der Bereitschaftspolizei eingerichtet sind, wirken neben Polizeiärzten auch haupt- oder nebenberufliche Polizeiseelsorgerinnen und -seelsorger mit.

Die Hilfsorganisationen bilden Fachkräfte für die psychosoziale Nachsorge ihrer Einsatzkräfte und die psychologische, soziale und seelsorgerische Hilfe von Betroffenen aus und halten Teams für einen MANV vor.

Die örtlichen Maßnahmen der PSNV werden im Einsatzabschnitt „Betreuung“ zusammengefasst und koordiniert. Lageabhängig können die Maßnahmen der „Betreuung“ einschließlich PSNV auch dem Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ unterstellt werden. Übergeordnete Aufgaben wie beispielsweise die Einrichtung eines Sorgentelefon sollen vom Führungsstab, soweit eingerichtet vom Verwaltungsstab, übernommen werden.

5 Anhang

Rechtsgrundlagen

- [1] Richtlinie zur Einrichtung eines Behandlungsplatzes 25 des Deutschen Roten Kreuzes, Landesverband BW, Version 1.0 vom 01.06.2006.
- [2] Gemeinsame Hinweise des Innenministeriums und des Ministeriums für Arbeit und Soziales für die unteren Katastrophenschutzbehörden, Einsatzkräfte und Leitstellenmitarbeiter für die Einsatzplanung und Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter (Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten Gemeinsame Hinweise MANV)
- [3] Gesetz über den Rettungsdienst (Rettungsdienstgesetz - RDG) in der Fassung vom 16.7.1998, zuletzt geändert durch 7. Anpassungsverordnung vom 25.4.2007. (GBl. S.252, 255)
- [4] Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg (FwG) in der Fassung vom 10. Februar 1987 (GBl. S. 105), geändert durch Gesetze vom 8. Mai 1989 (GBl. S. 142), vom 27. Mai 1991 (GBl. S. 277), vom 19. November 1991 (GBl. S. 681), vom 12. Februar 1996 (GBl. S. 171), vom 16. Dezember 1996 (GBl. S. 776)
- [5] Landeskatastrophenschutzgesetz in der Fassung vom 22.11.1999 (GBl. S. 625), zuletzt geändert durch Gesetz zur Änderung des Meldegesetzes und anderer Gesetze vom 07.03.2006 (GBl. S. 60)
- [6] Rettungsdienstplan 2000 Baden-Württemberg des Sozialministeriums Baden-Württemberg, März 2001
- [7] DIN 13050 des Normausschusses Rettungsdienst und Krankenhaus (NARK) Stand 09/2002
- [8] Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes vom 16.05.1997 (GBl. S. 360), zuletzt geändert am 02.05.2006
- [9] Konzeption und Ausstattung einer Schnelleinsatzgruppe-Erstversorgung (SEG-E) der Hilfsorganisationen
- [10] Dienstvorschrift 100 – „Führung und Leitung im Einsatz“ Stand 03/1999