



Lernunterlage B3-402

# Einsatzabschnittsleiter Medizinische Rettung

Dezernat B3: Verbandsführer, ABC-Schutz und Medizinische Rettung

Ausgabe Oktober 2020

40 Seiten

## Inhalt

Diese Lernunterlage dient der Aus- und Fortbildung von Führungskräften des Abschnittes „Medizinische Rettung“. Die besonderen Anforderungen an diesen Aufgabenbereich werden hier detailliert erläutert. Hierzu zählen insbesondere das Führen eines solchen Abschnittes, die Einsatzplanung einschließlich der notwendigen Ressourcen, aber auch die Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Behörden.

## Urheberrecht

© IdF NRW, Münster 2020, alle Rechte vorbehalten.

Die vorliegende Lernunterlage darf, auch auszugsweise, ohne die schriftliche Genehmigung des IdF NRW nicht reproduziert, übertragen, umgeschrieben, auf Datenträger gespeichert oder in eine andere Sprache bzw. Computersprache übersetzt werden, weder in mechanischer, elektronischer, magnetischer, optischer, chemischer oder manueller Form.

Der Vervielfältigung für die Verwendung bei Ausbildungen von Einheiten des Brand- und Katastrophenschutzes des Landes Nordrhein-Westfalen wird zugestimmt.



---

## Anmerkung

Eine Schreibweise, die beiden Geschlechtern gleichermaßen gerecht wird, wäre sehr angenehm. Da aber entsprechende neuere Schreibweisen in der Regel zu großen Einschränkungen der Lesbarkeit führen, wurde darauf verzichtet. So gilt für die gesamte Lernunterlage, dass die maskuline Form, wenn nicht ausdrücklich anders benannt, für beide Geschlechter gilt.

---

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Rechtsgrundlagen.....	5
2.1	Rettungsgesetz NRW .....	5
2.2	Brand-, Hilfeleistungs- und Katastrophenschutzgesetz .....	6
2.3	Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG) .....	7
2.4	Erlass zum Thema Hilfsfrist .....	8
2.5	Zusammenfassung .....	8
3	Einordnung von LNA und OrgL in die Gefahrenabwehr des Landes NRW .....	9
4	Einsatztaktik bei MANV .....	12
4.1	Initiale Phase - Vorläufige Führung bei MANV .....	13
4.1.1	Eintreffen an der Einsatzstelle .....	15
4.1.2	Priorisierung .....	15
4.1.3	Erstversorgung und Soforttransporte .....	17
4.1.4	Zusammenfassung .....	18
4.2	LNA und OrgL - Führung aus Sicht der medizinischen Rettung ..	18
4.2.1	Erstversorgung und Ressourcenplanung .....	20
4.2.2	Transportorganisation - Aufbau.....	24
4.2.3	Krankenhauszuweisung.....	25
4.2.4	Ladezone.....	30
4.2.5	Bereitstellungsraum .....	32
4.2.6	Zusammenfassung .....	33
5	Besondere Kenntnisse.....	34
5.1	Hilfsorganisationen und Katastrophenschutz .....	34
5.2	Zusammenarbeit mit der Polizei.....	36
I	Literaturverzeichnis.....	40

# 1 Einleitung

Bei Einsätzen mit mehreren Patienten, einem sogenannten Massenanfall an Verletzten (MANV), kommt es üblicherweise, insbesondere in der Frühphase des Einsatzes, zu rettungsdienstlichen Versorgungsengpässen.

Die dadurch entstehende Unterversorgung führt zu einer Veränderung des strategischen Ziels. Statt, wie im Rettungsdienst sonst üblich, eine individualmedizinische Versorgung jedes einzelnen Patienten zu gewährleisten, gilt es nun vermeidbare Todesfälle zu verhindern und schwere Folgeschäden zu minimieren.

Die Führungsarbeit des Abschnittsleiters Medizinische Rettung besteht im Wesentlichen darin, die Umsetzung dieser operativen Ziele zu gewährleisten.

Seine Führungsaufgabe ist es

- die medizinische Lagefeststellung so zu optimieren, dass die Schwerverletzten frühzeitig erkannt und versorgt werden,
- die personellen und materiellen Ressourcen möglichst effektiv im Sinne der Patienten einzusetzen,
- die Raumordnung zu gestalten,
- die Kommunikations- und Führungsstrukturen aufzubauen und
- die Maßnahmen in Einklang mit den Vorgaben des Einsatzleiters zu bringen.

Schlussendlich gilt es, die richtigen Kräfte müssen zur richtigen Zeit am richtigen Ort sein. Eine wesentliche Rolle zur Erreichung dieser Ziele spielt die Vorplanung und das regelmäßige beüben solcher Pläne.

In dieser Lernunterlage soll die Anwendung des Führungssystems auf den Abschnitt medizinische Rettung erläutert werden, besondere Bedeutung kommt hierbei der Anwendbarkeit der Führungsgrundsätze zu:

- Aufgaben, Befugnisse und Mittel müssen aufeinander abgestimmt sein.
- Aufgabenbereiche müssen überschaubar und klar festgelegt werden.
- Unterstellungsverhältnis und Weisungsrecht müssen klar festgelegt werden.

## 2 Rechtsgrundlagen

Im Folgenden werden die wichtigsten Rechtsgrundlagen und deren relevante Inhalte erläutert. Hierbei handelt es sich vornehmlich um jene Aspekte mit Bezug zu dem Lehrgang.

### 2.1 Rettungsgesetz NRW

Das Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW - RettG NRW) wurde zuletzt im Jahr 2015 überarbeitet. In diesem Gesetz werden, ausweislich des Namens, sowohl die Belange des Rettungsdienstes, einschließlich der Notfallrettung und des Krankentransportes, als auch der unternehmerisch durchgeführte Krankentransport geregelt. Demnach ist es in NRW möglich, nach Erteilung einer Genehmigung gemäß § 17 RettG, Aufgaben der Notfallrettung oder des Krankentransports wahrzunehmen, ohne am Rettungsdienst beteiligt zu sein. Über die Erteilung einer solchen Genehmigung entscheidet die jeweilige (Kreis-) Ordnungsbehörde. Auf diesen unternehmerischen Bereich wird im Folgenden nicht näher eingegangen, da er für das Lernziel als nicht relevant angesehen wird.

Der Rettungsdienst umfasst die Notfallrettung und den Krankentransport, zur Erfüllung dieser Aufgabe ist der Rettungsdienst durch den jeweiligen Träger so auszugestalten, dass eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung gewährleistet wird. Um den Bedarf zu erfassen und nachvollziehbar auszugestalten ist ein Bedarfsplan zu erstellen. Die Inhalte des Bedarfsplans werden mit den Trägern der Rettungswachen, die Hilfsorganisationen, Verbänden der Krankenkassen und weiteren relevanten Institutionen abgestimmt. Spätestens nach fünf Jahren ist ein solcher Bedarfsplan zu überarbeiten.

#### **Rettungsdienst im Allgemeinen**

Konkrete Vorgaben für die Ausgestaltung finden sich kaum, sodass den Trägern des Rettungsdienstes viele Freiheiten gelassen werden, den Bedarfsplan an die lokalen Gegebenheiten anzupassen.

Neben dem üblichen Tagesgeschäft kann der Rettungsdienst mit besonderen Lagen konfrontiert werden. So ist mit der Novellierung des Gesetzes im Jahr 2015 die Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker bei außergewöhnlichen Schadensereignissen als Aufgabe hinzugekommen. Somit ist der Rettungsdienst auch in solchen Einsatzlagen zuständig und entsprechend zu beplanen. Als Führungsfunktion und damit vor allem in medizinisch-organisatorischer Hinsicht anderen Notärzten weisungsbefugt, sind Leitende Notärzte zu bestellen. Ergänzend hierzu können Organisatorische Leiter Rettungsdienst bestellt werden. Deren Aufgaben und Einsatz ist ebenfalls durch den Träger des Rettungsdienstes zu formulieren. Dies hat jedoch unter Berücksichtigung der im BHKG enthaltenen Regelungen zu erfolgen. Damit wurde eine enge Verzahnung der beiden Gesetze erreicht.

#### **Rettungsdienst in besonderen Lagen**

Im Gegensatz zum das Brand-, Hilfeleistungs- und Katastrophenschutzgesetz (BHKG) sind im RettG weder Aussagen zur Einsatzleitung oder hinsichtlich der Einschränkung von Grundrechten getroffen. Rettungsdienstliches Personal hat somit enge Grenzen, in denen es tätig werden darf und ist in vielen Bereichen auf das Zusammenwirken mit anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) angewiesen.

**Aufgaben der Leitstelle**

Die Leitstelle ist grundsätzlich mit der Leitstelle des Feuerschutzes zusammenzufassen. Es kann jedoch bei Bedarf eine Leitstelle von mehreren Trägern des Rettungsdienstes gemeinsam betrieben werden. Sie lenkt und leitet üblicherweise die Einsätze des Rettungsdienstes. Darüber hinaus unterstützt sie, etwa durch Führen des Nachweises von Behandlungskapazitäten oder dem Zusammenwirken mit Polizei, Katastrophenschutz, Feuerwehr oder dem ärztlichen Notdienst.

**Ärztlicher Leiter Rettungsdienst**

Die medizinische Versorgung des Rettungsdienstes ist durch eine Ärztliche Leitung Rettungsdienst zu überprüfen und mittels eines Qualitätsmanagementsystems zu kontrollieren. Diese Aufgabe ist grundsätzlich eine verwaltungstechnische, damit ist keine Führungsfunktion oder Weisungsbefugnis im Einsatz verbunden, so wie es bei Leitenden Notärzten der Fall ist. Gleichwohl kann der Träger des Rettungsdienstes andere Regelungen treffen.

## **2.2 Brand-, Hilfeleistungs- und Katastrophenschutzgesetz**

Gleichwohl das BHKG nicht den Rettungsdienst regelt, so wirkt es auf die Tätigkeiten des Rettungsdienstes ein. Wie bereits im RettG erläutert, werden im BHKG einige Dinge geregelt, die direkte Auswirkungen auf den Rettungsdienst haben.

**Einsatzleitung**

Gemäß BHKG wird die Feuerwehr zum Schutz der Bevölkerung tätig. Hierfür nennt das Gesetz drei Gründe: Brandgefahren, Unglücksfälle oder öffentlichen Notständen sowie bei Großeinsatzlagen und Katastrophen. Kommt es im Rahmen eines Einsatzes zum Zusammenwirken von Feuerwehr und Rettungsdienst, so hat, bedingt durch den § 34 Abs. 1 BHKG, die Feuerwehr, als örtlich zuständige Einrichtung, die Einsatzleitung. Die Einsatzleitung ist jedoch so zu organisieren, dass ein abgestimmtes Handeln realisiert werden kann.

**Leitstelle**

Darüber hinaus trifft das BHKG Regelungen für eine Einheitliche Leitstelle für den Brandschutz, die Hilfeleistung, den Katastrophenschutz und den Rettungsdienst. Es handelt sich hierbei ausschließlich um einheitliche Leitstellen, die auch über eine Ausstattung für Großeinsatzlagen und Katastrophen verfügen müssen.

**Hilfsorganisationen**

Hilfsorganisationen haben sich freiwillig selbstverpflichtet unter anderem im Katastrophenschutz mitzuwirken. Damit obliegt es Ihnen geeignete Einheiten vorzuhalten und nach Aufforderung durch die Leitstelle in den Einsatz zu bringen. Sie werden hierbei als Verwaltungshelfer tätig.

Auskunftsstellen oder Personenauskunftsstellen (PASS) sind durch die Kreise bzw. kreisfreien Städte bei Bedarf, etwa im Falle von größeren Unglücksfällen oder Katastrophen, einzurichten. Die Regelungen hierzu finden sich im § 38 BHKG. Der Betrieb kann auch an Hilfsorganisationen abgegeben werden. In Auskunftsstellen werden personenbezogene Daten erfasst, um vermisste Personen zu finden und Familien zusammenzuführen, die durch das Ereignis getrennt wurden. Sensible Daten, etwa der Gesundheitszustand von Patienten, werden hier jedoch nicht herausgegeben.

## Auskunftsstellen

Zur Unterstützung der Kommunen unterhält das Land Zentrale Auskunftsstellen, die Personenauskunftsstellen NRW (PASS NRW). Eine wird in Nordrhein bei der Feuerwehr Köln und eine in Westfalen am IdF NRW vorgehalten und bei Bedarf betrieben.

## 2.3 Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG)

Das KHGG regelt die patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser. Hierzu zählt auch die Notfallversorgung, zumal nach § 2 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW die Vorrangigkeit der Behandlung von Notfallpatienten gesetzlich vorgeschrieben wird. Allerdings weist der Gesetzgeber dabei keinen Unterschied zwischen ambulanten und stationären Patienten aus. Damit wird deutlich, dass grundsätzlich jedes an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhaus Notfallpatienten priorisiert versorgen muss.

## Notfallpatienten haben Vorrang

Allerdings gibt es natürliche Kapazitätsgrenzen und limitierende Faktoren. Es werden beispielsweise in einem Krankenhaus alle OP-Säle genutzt, der Schockraum ist belegt und es steht keine weitere Möglichkeit zur operativen Versorgung zur Verfügung. Führt nun ein Rettungsmittel mit einem Patienten mit akutem Bauch dieses Krankenhaus an, so darf es die Versorgung nach § 2 Abs.1 KHGG NRW nicht ablehnen. Die Versorgung kann jedoch aus limitierenden Faktoren nicht patientengerecht erfolgen, es fehlt die operative Möglichkeit zur Blutstillung. Im Interesse des Patienten sollten solche, üblicherweise kurzzeitigen, Limitierungen in die Wahl des Zielkrankenhauses mit einfließen. Gleichzeitig muss das Krankenhaus die Engstelle identifizieren und zeitnah nachbessern, um dem Versorgungsauftrag wieder gerecht zu werden.

Krankenhausalarm- und Einsatzpläne werden durch die Leitung des Krankenhauses aufgestellt und sollen dafür sorgen, insbesondere bei Großschadener eignissen, eine schnelle Erhöhung von Behandlungskapazitäten zu erreichen. Je nach Plan und Stufe werden elektive Operationen abgesetzt, zusätzliches Personal in Dienst geholt oder andere Versorgungsstrukturen hinzugezogen. Solche Entscheidungen stören den Ablauf eines Krankenhauses enorm und sind überdies mit massiven Kosten verbunden. Im Alarmfall tritt eine Krankenhauseinsatzleitung zusammen, die dann alle notwendigen Maßnahmen veranlasst. Hierzu zählt insbesondere die Aktivierung von Krankenhausalarmstufen.

## Krankenhausalarm- und Einsatzplan

## 2.4 Erlass zum Thema Hilfsfrist

### Hilfsfrist

In einem Erlass vom damaligen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2010 wurde die Vorgabe getroffen, dass für die Hilfsfrist ein Erreichungsgrad zu 90 % erzielen ist. Angaben über die Länge der Hilfsfrist sind jedoch nicht getätigt. Nur die Definition des Zeitintervalls, Beginn ist die Einsatzeröffnung und Ende das Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels an der dem Notfallort nächstgelegenen öffentlichen Straße, ist niedergeschrieben.

Somit obliegt es dem Träger des Rettungsdienstes die Hilfsfrist im Rettungsdienstbedarfsplan festzuschreiben.

## 2.5 Zusammenfassung

- Das BHKG und das RettG bilden gemeinsam die Grundlage für die medizinische Versorgung bei größeren Ereignissen. Sie treffen Regelungen hinsichtlich der Vorplanung, Organisation und Durchführung entsprechender Situationen.
- Die Einsatzleitung bei gemeinsamen Einsätzen von Feuerwehr und Rettungsdienst obliegt der Feuerwehr, in enger Abstimmung mit dem Rettungsdienst. Der Rettungsdienst stellt zur Unterstützung Leitende Notärzte, die gegenüber Notärzten medizinisch-organisatorisch weisungsbefugt sind. Darüber hinaus können Organisatorische Leiter Rettungsdienst bestellt werden.
- Leitstellen haben den Auftrag der Lenkung und Leitung rettungsdienstlicher Einsätze. Sie unterstützen durch Alarmierung von Katastrophenschutzeinheiten, das Führen von Nachweisen von Behandlungskapazitäten oder beim Zusammenwirken mit anderen BOS.
- Hilfsorganisationen werden in den Katastrophenschutz eingebunden und stellen geeignete Einheiten, die über die Leitstellen alarmiert werden können.
- Kreise und kreisfreie Städte haben bei Bedarf Auskunftsstellen zu betreiben, um die Personensuche bei größeren Ereignissen zu unterstützen. Das Land unterstützt durch eigene Auskunftsstellen, die PASS NRW.
- Das KHGG NRW regelt unter anderem den Umgang mit Notfallpatienten, diese haben grundsätzlich Vorrang. Ist zu erwarten, dass auf ein Krankenhaus eine Vielzahl von Patienten zukommt, etwa durch ein MANV Ereignis, so kann durch das Krankenhaus ein interner Alarm ausgelöst werden, durch den die materiellen und personellen Ressourcen den zu erwartenden Bedarfen angepasst werden.



### 3 Einordnung von LNA und OrgL in die Gefahrenabwehr des Landes NRW

Leitende Notärzte (LNA) sind als Führungskräfte zur Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter bereits in der Ursprungsfassung des RettG aus dem Jahre 1992 vorgesehen. Die Notwendigkeit zur Bestellung und Regelung dieser Funktion ist damit nicht nur unumstritten, sondern gelebte Einsatzpraxis.

#### Begriff und Nutzen

Seit längerem wird auf die Funktion des Organisatorischen Leiters verwiesen oder zurückgegriffen, so etwa in dem Katastrophenschutz-Konzept Behandlungsplatz-Bereitschaft 50 NRW, welches mit Erlass Innenministerium NRW vom 10.08.2009 eingeführt ist. Nach dem Konzept muss der Leiter der Behandlungsplatz-Bereitschaft Verbandsführer sein, möglichst zusätzlich mit der Qualifikation Organisatorischer Leiter (OrgL RD).

Auch das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN) definiert seit dem Jahr 2009 den Begriff des „Organisatorischer Leiter (OrgL)“ in der DIN 13050 wie folgt:

*„Führungskraft, die am Notfallort bei einer größeren Anzahl Verletzter, Erkrankter sowie auch bei anderen Geschädigten oder Betroffenen oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle organisatorische Maßnahmen in Abstimmung mit dem leitenden Notarzt zu leiten hat, über eine entsprechende Qualifikation verfügt und von der zuständigen öffentlichen Stelle berufen wird.“ [1]*

Dennoch wurde erst mit Änderung des RettG NRW im Jahr 2015 der Organisatorische Leiter erstmalig gesetzlich erwähnt. So heißt es dort:

*„Für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker bestellt der Träger des Rettungsdienstes Leitende Notärzte oder -ärztinnen und regelt deren Einsatz. Er trifft ferner ausreichende Vorbereitungen für den Einsatz zusätzlicher Rettungsmittel und des notwendigen Personals. Im Einsatz können Leitende Notärzte oder -ärztinnen den mitwirkenden Ärzten und Ärztinnen in medizinisch-organisatorischen Fragen Weisungen erteilen. **Der Träger des Rettungsdienstes kann ergänzend in ausreichendem Umfang Organisatorische Leitungen Rettungsdienst bestellen und deren Einsatz regeln.**“ [2]*

#### LNA und OrgL im RettG

Neben Leitenden Notärzten oder -ärztinnen muss der Träger des Rettungsdienstes für den Massenanfall Verletzter oder Erkrankter (MANV) somit sowohl zusätzliche Rettungsmittel als auch das notwendige Personal vorplanen. Als Führungskräfte fungieren gemäß RettG sowohl LNA, die medizinisch-organisatorische Weisungen erteilen dürfen, als auch Organisatorische Leiter. Letztere sollten neben einer Führungsausbildung (idealerweise Verbandsführer) die Qualifikation zum Organisatorischen Leiter Rettungsdienst haben, um den anspruchsvollen Führungsaufgaben gerecht zu werden. Die konkrete Ausgestaltung der Funktion ist jedoch den Trägern des Rettungsdienstes überlassen, genauso wie die Entscheidung darüber, überhaupt einen OrgL zu bestellen.

**Einbindung über das BHKG**

Die gemäß § 7 Abs. 3 RettG bestellten Führungskräfte bekommen im Einsatz allerdings keinerlei Befugnisse gegenüber Dritten. Der Träger des Rettungsdienstes kann mit der Bestellung lediglich eine Weisungsbefugnis gegenüber den eingesetzten Kräften des Rettungsdienstes übertragen. Allerdings sieht das BHKG im § 34 eine Einbindung in die Einsatzleitung vor:

*„Gemeinsame Einsätze von Feuerwehr, Rettungsdienst und des Katastrophenschutzes sind so zu organisieren, dass ein abgestimmtes Handeln unter einheitlicher Leitung gewährleistet ist.“ [3]*

Sollte es einen Einsatzleiter nach BHKG geben, kann dieser die nach RettG bestellten Führungskräfte in Funktion (z.B. Einsatzabschnittsleiter Medizinische Rettung) in den Einsatz einbinden, um ein abgestimmtes Handeln zu ermöglichen. Es entsteht hieraus jedoch kein Anspruch in die Einsatzleitung oder in den Einsatz gemäß BHKG eingebunden zu werden. Weisungen der Einsatzleitung gegenüber dem Rettungsdienst können dann jedoch nur organisatorischer, nicht aber medizinischer Natur sein.

Gleichzeitig ermöglicht dieser Passus, dass im gegenseitigen Einvernehmen, die Einsatzleitung bei vornehmlich rettungsdienstlich geprägten Einsätzen auf den bestellten LNA / OrgL zu übertragen. Eine solche Lage bestünde etwa bei dem Ausbruch eines Noro - Virus mit einer Vielzahl von Patienten in einem Altenheim oder Jugendlager.

**Einbindung über andere Gesetze**

Einsätze, bei denen Führungskräfte des Rettungsdienstes gebraucht werden, sind auch außerhalb von RettG und BHKG denkbar und üblich. Mögliche Einsätze sind beispielsweise:

- vorgeplante Bombenräumungen oder
- Infektionen und / oder Seuchen

**OBG und IfSG**

Eine vorgeplante Bombenräumung ist ein Einsatz der Ordnungsbehörde aufgrund des Ordnungsbehördengesetzes (OBG). Vergleichbar verhält es sich mit Infektionen und / oder Seuchen. Zuständig sind hier die Gesundheitsbehörden aufgrund des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG). Die zuständigen Behörden können Feuerwehr und Rettungsdienst auf der Grundlage ihres Gesetzes für den Einsatz hinzuziehen.

**Der LNA als Fachberater**

Neben seinen Führungsaufgaben hat der Leitende Notarzt eine weitere wichtige Funktion an der Einsatzstelle. Er dient der Einsatzleitung als medizinischer Fachberater. Insbesondere bei der Einordnung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen kann dies im Besonderen helfen. Beispielsweise bei der Beurteilung von einer größeren Anzahl mit ABC Stoffen kontaminierter Personen, bei Massenintoxikationen oder bei der Räumung kritischer Infrastrukturen wie Krankenhäusern.

Das bekannteste Beispiel in Deutschland ist wohl die Ende 2019 begonnene SARS-CoV-2 Pandemie, hier wurden vielerorts Leitende Notärzte in den Krisenstäben als Fachberater eingesetzt.

Im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit kann der Leitende Notarzt unterstützen, indem er entweder die Einsatzleitung oder den Pressesprecher die medizinisch relevanten Informationen aufbereitet. Alternativ dazu ist es auch nicht unüblich den Leitenden Notarzt, etwa im Rahmen einer Pressekonferenz, eigenständig Presseauskünfte erteilen zu lassen.

## **Öffentlichkeitsarbeit**

### **Zusammenfassung**

- Für besondere Schadenlagen müssen Leitende Notärzte durch den Träger des Rettungsdienstes bestellt werden.
- Leitende Notärzte dürfen im Einsatzfall anderen Ärzten medizinisch-organisatorische Weisungen erteilen.
- Leitende Notärzte dienen darüber hinaus der Einsatzleitung als medizinische Fachberater und können in die Öffentlichkeitsarbeit einbezogen werden.
- Organisatorische Leiter Rettungsdienst können durch den Träger bestellt werden, ihre Aufgaben sind dann zu regeln.
- Das RettG sieht keine Einsatzleitung und damit auch keinerlei Befugnisse gegenüber Dritten vor. Eine Einbindung in den Einsatz erfolgt somit üblicherweise über § 34 BHKG.
- Auf Grundlage von OBG und IfSG können Ordnungsbehörden Kräfte des Rettungsdienstes hinzuziehen und diesen Aufgaben zuweisen.

## 4 Einsatztaktik bei MANV

### Schutzziel

Die Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in NRW (AGBF NRW) und der Verband der Feuerwehren in NRW (VDF NRW) haben im Jahr 2012 das Grundlagendokument MANV herausgebracht, welches sich mit den Schutzzielen, der Organisation und Taktik bei MANV befasst. Gemäß diesem Grundlagendokument hat jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt Vorplanungen für den Massenanfall von 50 Patienten zu treffen. Hierbei ist ein Verteilungsschlüssel von 40 % rot, 20 % gelb und 40 % grün anzunehmen. [4]

### Umsetzung

Die Umsetzung des oben genannten Schutzziels erfolgt mittels vier Schritten:

1. Priorisierung oder ärztliche Sichtung
2. Erstversorgung nach Priorisierungsergebnis
3. Sicherstellung der Durchführung notwendiger Soforttransporte
4. Transport und Behandlung aller weiterer Patienten

Im Sinne der akut vital bedrohten Patienten sollte versucht werden diese innerhalb einer Stunde nach Ereignis in ein geeignetes Krankenhaus zu verbringen. Die Zuweisung der Patienten in geeignete Krankenhäuser erfolgt in solchen Lagen über die in IG NRW nachgewiesene Kapazitäten. Fehlen ausreichende Ressourcen sind die Patienten möglichst zu stabilisieren und geeignete Strukturen zur Versorgung einzurichten.

### Einsatztaktik

In Anlehnung an die FwDV 100 sieht die Einsatztaktik bei MANV die Nutzung des Führungsvorgangs vor. Dieser wird jedoch auf die medizinische Lage angewandt und entsprechend angepasst:

1. Lagefeststellung → Erkundung der medizinischen Lage
2. Einsatzplanung → Beurteilung der erkundeten Lage und Priorisierung mit Festlegung der notwendigen medizinischen Ressourcen
3. Befehl → Etablierung der Erstversorgung einschließlich der notwendigen Strukturen, Delegation medizinischer Aufgaben sowie die Organisation von Soforttransporten

Im Gegensatz zur FwDV 100 und den allgemeinen Führungsgrundsätzen wird der Abschnitt Medizinische Rettung üblicherweise durch zwei Personen geführt. Der Abschnittsleiter Medizinische Rettung arbeitet hierbei Hand in Hand mit dem Leitenden Notarzt, um die Situation abzuarbeiten. Die Aufgaben sind hierbei klar den jeweiligen Kompetenzen zugewiesen. Während der Abschnittsleiter im Wesentlichen die organisatorischen und einsatztaktischen Maßnahmen im Blick regelt, kümmert sich der (Leitende) Notarzt um die medizinischen Erwägungen. Daher wirken beide Personen zusammen und müssen sich eng abstimmen.

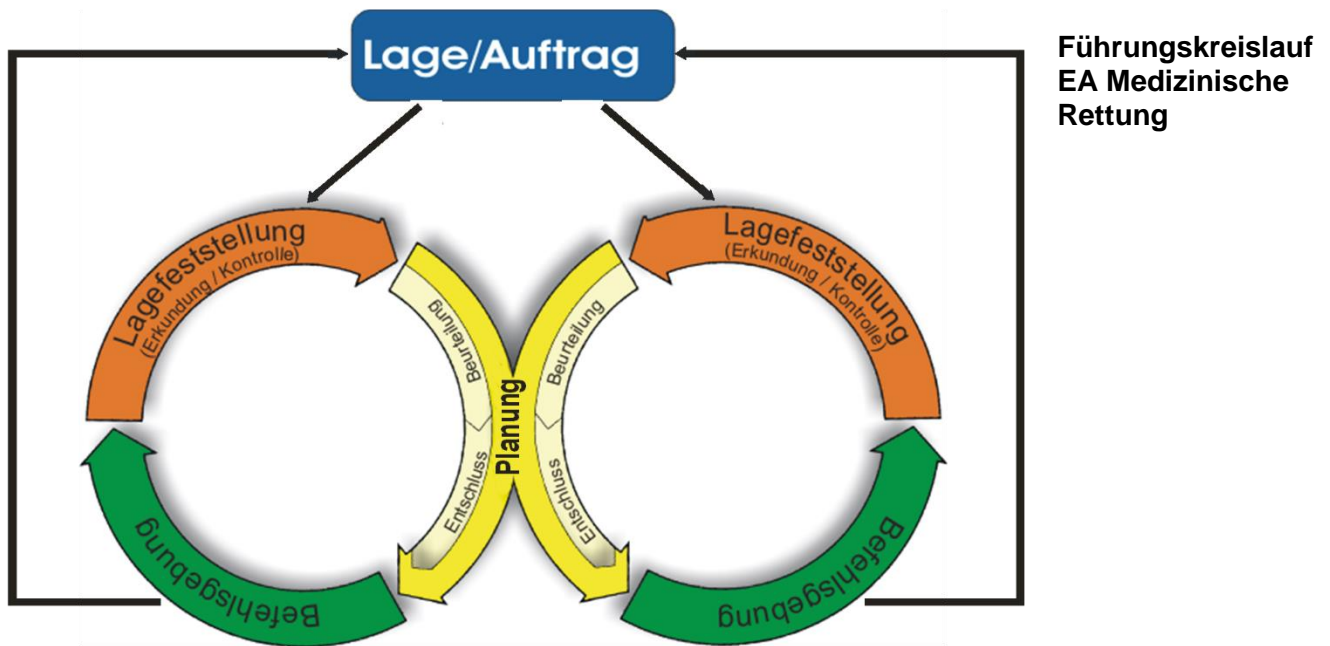


Abbildung 1: Abstimmungsbedarf während des Führungskreislaufes im EA Medizinische Rettung [IdF NRW]

Somit ist auch der Führungskreislauf, insbesondere hinsichtlich der Planung, in Einklang zu bringen und miteinander abzustimmen, damit das Ziel erreicht werden kann.

Die Priorität liegt auf der Erstversorgung und dem Soforttransport akut vital bedrohter Patienten. Die Planungen für den MANV sind daher so aufzustellen, dass diese Prioritäten schnell bedient werden. Hierfür stehen den Trägern des Rettungsdienstes verschiedene Einheiten zur Verfügung, die entsprechend in die AAO einzupflegen sind. Hierzu zählen ÜMANV-S Komponenten anderer Gebietskörperschaften, AB-MANV, GW-San oder Einheiten der Luftrettung. Diese Einheiten stehen verhältnismäßig früh zur Verfügung und werden im Verlauf des Einsatzes durch andere Einheiten, wie den Einsatzeinheiten, Patiententransportzüge 10 (PT-Z 10 NRW) oder bei besonders großen Lagen auch durch Behandlungsplatz-Bereitschaften 50 (BHP – B 50 NRW) ergänzt.

Durch diesen kontinuierlichen Aufwuchs sollte es möglich sein, bei einem MANV einen möglichst schnellen Übergang von einer Erstversorgung hin zur individualmedizinischen Versorgung aller Patienten im notwendigen Umfang sowie des schnellstmöglichen Transportes in ein geeignetes Krankenhaus zu erreichen.

Im Folgenden sollen die einzelnen Meilensteine bei der Bewältigung eines Massenanfalls betrachtet werden.

#### 4.1 Initiale Phase - Vorläufige Führung bei MANV

Häufig stehen Funktionen wie OrgL RD und LNA nicht zeitnah nach Alarmierung zur Verfügung. Dennoch ist die zügige Etablierung einer funktionierenden

Führungsstruktur vor Ort aus verschiedenen Gründen nicht nur sinnvoll, sondern für die Bewältigung des Einsatzes obligat. Daher wird in der Regel schon durch den MANV Plan der Gebietskörperschaft eine vorläufige Führung des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung vorgeplant.

Hierbei hat es sich bewährt, den ersteintreffenden Rettungsmitteln konkrete Aufgaben zuzuweisen. Üblicherweise wird der ersteintreffende Notarzt bis zur Übergabe an den LNA der kommissarisch eingesetzte LNA. Eine ähnliche Regelung findet sich üblicherweise in MANV Plänen hinsichtlich der kommissarischen Funktion des OrgL. Hierfür vorgesehen ist häufig der Fahrer des ersten NEF, damit bleibt das Team des NEF zusammen. Alternativ zu dieser Lösung wird teilweise auch die Möglichkeit genutzt, den ersteintreffenden Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter, unabhängig von Art des genutzten Rettungsmittels, hierfür vorzusehen.

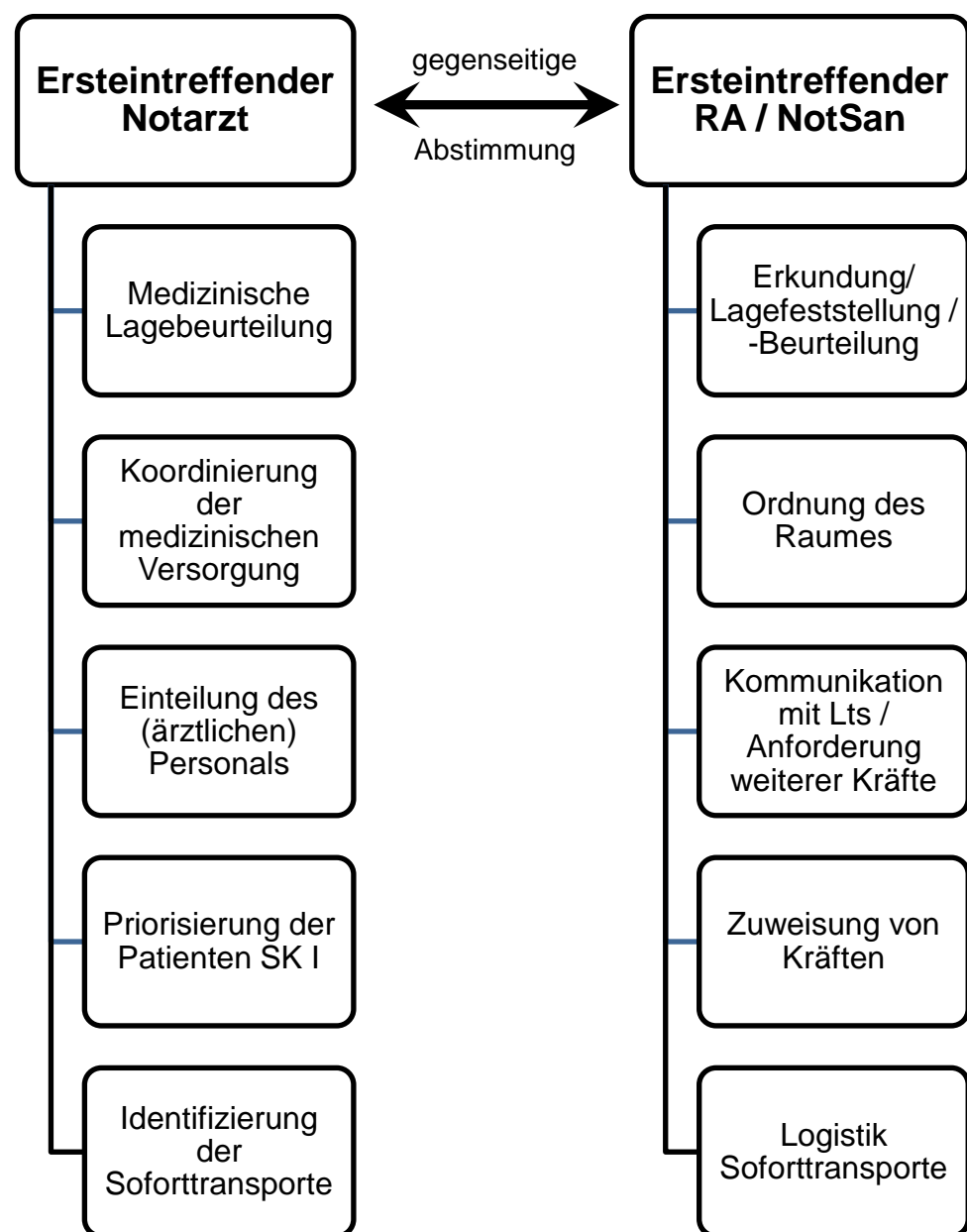


Abbildung 2: Abstimmungsbedarf und Erstmaßnahmen der kommissarischen EAL Medizinische Rettung [IdF NRW]

Die Aufgaben der vorläufigen Abschnittsleitung medizinische Rettung, wie sie im oberen Schaubild dargestellt sind, zielen auf die Bildung erster Strukturen im Einsatzabschnitt ab. Priorität hat hierbei das zielgerichtete alarmieren ausreichender Kräfte sowie die Priorisierung und Versorgung der Patienten der SK I.

#### 4.1.1 Eintreffen an der Einsatzstelle

Bereits mit Eintreffen der ersten Rettungsmittel werden erste Entscheidungen getroffen. Ziel sollte es sein die Fahrzeuge so zu positionieren, dass sie für den weiteren Einsatzverlauf nicht hinderlich sind. Die Aufstellung sollte daher außerhalb des Arbeitsbereiches erfolgen, auch um Abfahrmöglichkeiten für mögliche Soforttransporte zu erhalten.

#### 4.1.2 Priorisierung

Sichtung ist eine ärztliche Maßnahme und obliegt damit eigentlich einem Arzt. Ärzte sind jedoch in der Erstphase eines MANV nur bedingt verfügbar und so hat es sich bewährt, erfahrenes Personal des Rettungsdienstes mit Sichtungsaufgaben zu betrauen. Um die ärztliche von der nichtärztlichen Sichtung zu differenzieren haben sich verschiedene Begriffe etabliert und werden häufig synonym hierfür verwendet. Übliche Begriffe für nicht ärztliche Sichtung sind beispielsweise die Priorisierung, die Vorsichtung oder die Triage. Während die Vorsichtung in der DIN definiert ist, wird der Begriff der Priorisierung am IdF NRW üblicherweise verwendet. Die Triage stammt aus dem militärischen Umfeld.

Die Versorgung einer großen Anzahl an Verletzten, die darüber hinaus noch unterschiedliche Verletzungsmuster aufweisen, ist einer starken Dynamik unterworfen. Vor allem das ungünstige Verhältnis von Patienten zu Material und Personal sorgt für Probleme. Um daher das Überleben aller zu rettenden Patienten zu erreichen, müssen die am stärksten bedrohten gefunden werden. Das Ziel der Priorisierung lautet somit: „Finde die Roten und führe lebensrettende Sofortmaßnahmen an ihnen durch“.

**Finde die Roten!**

Sichtungskategorie	Beschreibung	Konsequenz
<b>I</b>	akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
<b>II</b>	schwer verletzt / erkrankt	aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
<b>III</b>	leicht verletzt / erkrankt	spätere (ambulante) Behandlung
<b>IV</b>	ohne Überlebenschance	Betreuung / abwartende Behandlung
	Tote	Kennzeichnung

**Sichtungskategorien**

Abbildung 3: In NRW eingeführte Sichtungskategorien [IdF NRW]

Ziel der Priorisierung ist es, die Patienten der Sichtungskategorie I (rot, vital bedroht) schnellstmöglich zu identifizieren und sie aufgrund ihrer Versorgungs- und Transportpriorität von allen anderen gesichteten Personen zu unterscheiden. Gleichzeitig ist die Maßnahme, unabhängig von der Bezeichnung, ein entscheidender Faktor bei der Abarbeitung eines Massenanfalls.

Neben den oben genannten Sichtungskategorien haben sich zusätzliche Kennzeichnungen auf Patientenanhängetaschen etabliert, die zwar durch die Sichtung – Konsensus – Konferenz empfohlen, jedoch nicht eingeführt sind. Teilweise, jedoch nicht flächendeckend werden daher folgende Zusatzinformationen genutzt, indem sie gut erkennbar auf die Tasche oder an einer sichtbaren Stelle auf dem Patienten angebracht werden:

<b>Zusatzinformation</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>TP</b>	Transportpriorität
<b>B</b>	unverletzt Betroffener
<b>K</b>	kontaminiert

Abbildung 4: Zusätzliche Kennzeichnung spezieller Personen [IdF NRW]

## Sichtungs- algorithmen

Daher gilt es in der Frühphase den maximalen Einsatz von rettungsdienstlich ausgebildetem Personal zielgerichtet mit der Priorisierung zu beauftragen. Die komplexe Gesamtsituation und optisch beeindruckende Verletzungsmuster bergen jedoch die Gefahr, dass zu viele Patienten einer höheren Sichtungskategorie zugewiesen werden. Für den sinnvollen Einsatz der begrenzten Ressourcen ist aber eine möglichst akkurate Ermittlung des Patientenzustandes erforderlich. Verwendung finden hierbei üblicherweise Algorithmen, die die Priorisierung vereinfachen und standardisieren, wodurch Sicherheit bei der Entscheidungsfindung erzielt werden soll. Allerdings gibt es verschiedene Sichtungsalgorithmen, die für sich genommen Vor- und Nachteile aufweisen. Daher obliegt es den Trägern des Rettungsdienstes einen Standard für ihren Bereich einzuführen. Eine landeseinheitliche Empfehlung gibt es ebenso wenig wie eine Empfehlung durch das IdF NRW.

Umfangreiche medizinische Maßnahmen sind jedoch in allen Fällen zu unterlassen, um den Zeitansatz für die Priorisierung nicht unnötig groß werden zu lassen. Das bedeutet die Beschränkung auf einfache und lebensrettende Maßnahmen, etwa das Stoppen kritischer Blutungen oder das Freimachen /-halten der Atemwege mit geeignetem Material.

Erfahrungen aus Einsätzen und Übungen zeigen, dass mit einem Mehr an Material auch ein Mehr an Maßnahmen einhergeht. Daher werden zunehmend



Sichtungs- oder Priorisierungstaschen verwendet, die nur Material für diese speziellen Aufgaben enthalten.



Abbildung 5: Tasche Besondere Einsatzlagen (BEL) des Kreises Wesel [F. Höpken – ÄLRD Kreis Wesel]

Ziel ist die schnellstmögliche Versorgung und Stabilisierung mit umgehendem Transport der Patienten der SK I.

#### 4.1.3 Erstversorgung und Soforttransporte

Das oberste Ziel bei einem Massenanfall ist die Sicherstellung der Erstversorgung. Die Erstversorgung kann lageabhängig in einer bzw. mehreren Patientenablagen erfolgen oder direkt vor Ort am Patienten. Letzteres ist zum Beispiel der Fall, wenn mehrere Patienten in Fahrzeugen eingeklemmt sind und im Anschluss an die technische Rettung ein unmittelbarer Transport durch bereitstehende Rettungsmittel erfolgt.

Bis zur Sicherstellung der Erstversorgung und Durchführung aller notwendiger Soforttransporte sollte es zu keinem zurückhalten von Medizinischem Personal oder Material in Bereitstellungsräumen kommen. Dadurch soll gewährleistet sein, dass Patienten nicht wegen organisatorischen Versäumnissen sterben oder anderweitig zu Schaden kommen.

**Erstversorgung  
sicherstellen**

Die Einschätzung des Ressourcenbedarfs ist insbesondere in der Initialphase schwer. Eine konkrete Beurteilung bedarf eines enormen Zeitaufwandes und ist daher nur bedingt zu leisten. Aus diesem Grund hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass Merkhilfen für eine überschlägige Berechnung von Vorteil sind. Der Kräfte- und Materialansatz für die Versorgung von Patienten lautet wie folgt:

	NA	NFS / RA	RS / RH	Material
<b>4 Pat. Kat I</b>	2	2	2	NEF / RTW
<b>2 Pat. Kat II</b>	X	1	1	RTW
<b>4 Pat. Kat III</b>	X	X	2	KTW

Abbildung 6: Rechnerischer Kräfteansatz zur Versorgung von Patienten [IdF NRW]

**3 – 2 – 1 Regel**

Daraus resultiert für die Erstversorgung von 10 Patienten, bei einer angenommenen Verteilung von 40 % SK I, 20 % SK II und 40 % SK III, ein Kräfteansatz von 3 RTW, 2 NEF und 1 KTW.

Je 10 verletzten Patienten empfiehlt es sich somit 3 RTW, 2 NEF und 1 KTW als Erstversorgungspaket zu planen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass eine anderweitige Realisierung gleichwertiger Leistungen ebenfalls möglich ist. Beispielsweise kann der Trupp eines hauptamtlichen besetzten Löschgruppenfahrzeugs mit einem Notfallrucksack als Ersatz für einen KTW angesehen werden. Steht das Material eines AB – MANV zur Verfügung, so kann derselbe Trupp unter Umständen auch als RTW Ersatz dienen. Somit gilt es immer auch die örtlichen Konzepte und Ausstattungen der Sonderfahrzeuge (AB-MANV, GW-San, GW-Rett, etc.) zu kennen und anzuwenden.

Nach Sicherstellung der Erstversorgung und Durchführung aller notwendiger Soforttransporte sollte damit begonnen werden Transporte durchzuführen.

**4.1.4 Zusammenfassung****PEST als Hilfe**

Für die erste Phase im MANV kann die PEST Regel als guter Anhalt genommen werden, wie einer solchen Lage begegnet werden kann. Hierbei steht das Akronym für folgende Punkte:

**P** riorisierung - Finde die Roten!

**E** rstversorgung sicherstellen

**S** oforttransporte durchführen

**T** ransporte initiieren, geordnet nach Priorität

Die Übergabe oder Einweisung in die Lage kann ebenfalls nach diesem Schema erfolgen, da kurz und prägnant Informationen übermittelt werden können.

**4.2 LNA und OrgL - Führung aus Sicht der medizinischen Rettung****Führung**

*Führung ist Aufgabe jeder Führungskraft. Es bedeutet, so auf das Verhalten anderer (Unterstellte) einzuwirken, dass diese die Ziele der Führungskraft verwirklichen bzw. andere zu veranlassen das zu tun, was zur Erreichung des gesetzten Zieles erforderlich ist. [5]*

Bei Lagen, in denen ein eigener Einsatzabschnitt Medizinische Rettung als sinnvoll erachtet wird, koexistiert dieser dann neben anderen Einsatzabschnitten. Die Entscheidung, ob und welche Einsatzabschnitte gebildet werden, obliegt dem Einsatzleiter. Im Sinne der einführenden Begriffsdefinition wählt der Einsatzleiter üblicherweise Einsatzabschnitte, die den Einsatzerfolg zu ermöglichen.

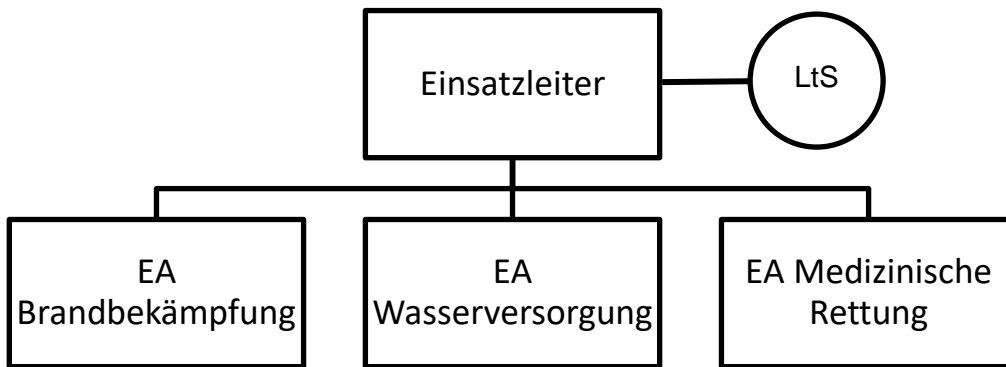


Abbildung 7: Beispiel einer Führungsorganisation mit drei Einsatzabschnitten [IdF NRW]

Die Ebene der Einsatzabschnitte entspricht einer Führungsebene. Von Führungsebenen spricht man, wenn vergleichbare Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche von Führungskräften in gleichem Unterstellungsverhältnis bestehen.

*Führungsebenen dürfen grundsätzlich nicht übersprungen werden. Es bestünde dabei die Gefahr, dass wesentliche Entscheidungsfaktoren, die nur der nachgeordneten oder übersprungenen Ebene bekannt sind, außer Acht gelassen werden. Ist in Ausnahmefällen infolge einer Eilbedürftigkeit das Überspringen einer Führungsebene erforderlich, muss unverzüglich das Informieren der übersprungenen Stelle nachgeholt werden. [5]*

Aus diesem Grund erhält jeder Einsatzabschnittsleiter einen klaren Auftrag, den er mit den zugewiesenen Kräften in eigener Verantwortung abarbeiten muss. Ein klassischer Auftrag für den Einsatzabschnitt Medizinische Rettung könnte etwa lauten:

„Stellen Sie die Erstversorgung aller Patienten an der Einsatzstelle sicher und führen Sie anschließend alle Patienten geeigneten Krankenhäusern zu. Ihnen unterstellt sind alle bereits eingetroffenen Kräfte des Rettungsdienstes, sowie alle nachrückenden Kräfte nach MANV 20.“

Dieser Einsatzauftrag verdeutlicht, dass dem Einsatzleiter die Versorgung und der Transport der Patienten in geeignete Krankenhäuser wichtig ist. Gleichzeitig wird jedoch keine Vorgabe getroffen, wie der Einsatzabschnitt zu strukturieren ist. Dem Abschnittsleiter ist nun bekannt, mit welchen Kräften er arbeiten kann

und beginnt somit seinerseits eine Führungsorganisation für den eigenen Abschnitt zu etablieren. Die Gliederung des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung in Unterabschnitte ist notwendig, um den hohen Kräfteansatz zielgerichtet zu steuern und effektiver zu führen. Für die Erstellung der AAO zeichnen sich die Träger des Rettungsdienstes verantwortlich, daher sind sie von Gebietskörperschaft zu Gebietskörperschaft unterschiedlich aufgebaut. Nichtsdestotrotz werden bereits bei kleineren Anzahlen, etwa MANV 10, nicht selten bis zu 20 Fahrzeuge alarmiert. Bei Auslösung eines MANV 50 kann die Zahl an alarmierten Fahrzeugen bereits die 100 überschreiten. Die Alarmierungsketten werden teilweise aus dem Tagesgeschäft heraus bedient, insbesondere die Fahrzeuge der betroffenen Gebietskörperschaft und jene der nachbarschaftlichen Hilfe sind somit schnell an der Einsatzstelle. Hat sich dann noch keine Führungsstruktur gebildet, so kann dies massive Auswirkungen auf den Einsatzerfolg haben, da die Einheiten unkontrolliert in das Schadengebiet fahren.

Im Folgenden wird die Führungsorganisation mit drei möglichen Unterabschnitten dargestellt:

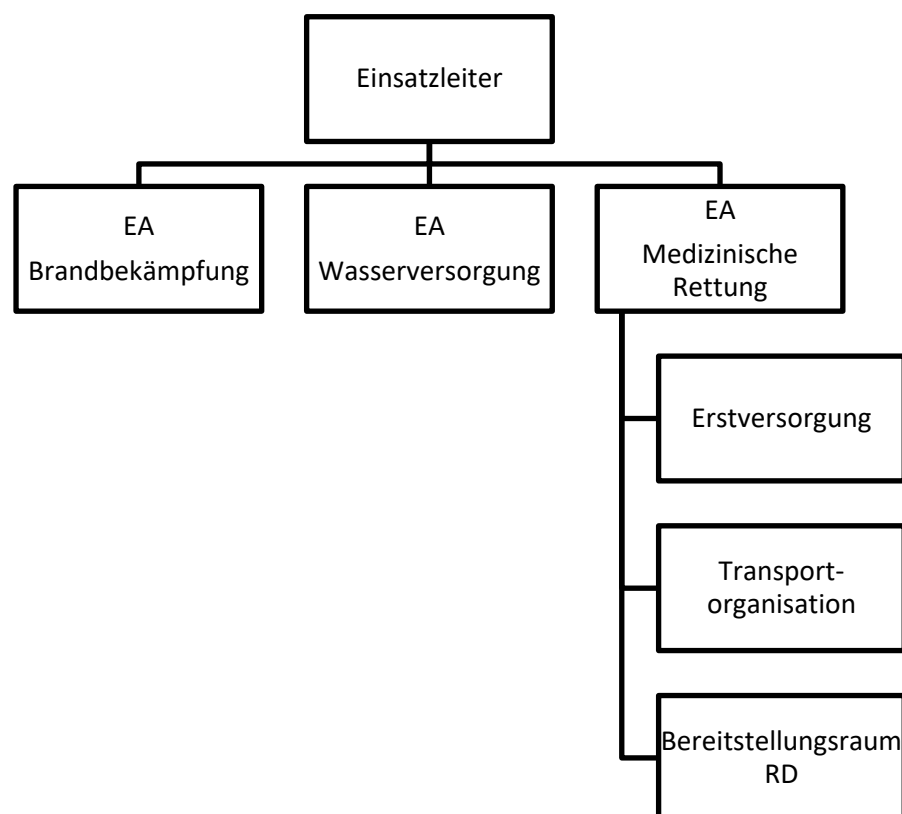


Abbildung 8: Führungsorganisation mit drei Unterabschnitten in der Medizinischen Rettung [IdF NRW]

#### 4.2.1 Erstversorgung und Ressourcenplanung

Bei Übernahme des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung sollte zunächst die Frage geklärt werden, ob die Erstversorgung bereits sichergestellt wurde. Ist dem nicht so, so ist als nächstes zu klären, welche Ressourcen weiterhin noch benötigt werden.

Wie bereits erläutert, hilft hier die 3 – 2 – 1 Regel, um die Erstversorgung zu planen und sicherzustellen. Gerade für das ersteintreffende Rettungsmittel, welches die kommissarische Funktion übernimmt und häufig nicht über ausreichende Führungserfahrung verfügt, sind einfache Merkhilfen ideal.

Ob Patienten zentral, beispielsweise innerhalb einer Patientenablage, oder disloziert versorgt werden kann zu einer deutlichen Veränderung der Bedarfe führen. Bei einem Verkehrsunfall mit mehreren eingeklemmten Personen können diese nicht in eine Patientenablage verbracht werden und müssen dezentral mit einem zumeist höheren Kräfteansatz versorgt werden. In solchen Fällen muss steuernd eingegriffen werden.

### **Zentrale vs. Dislozierte Patientenversorgung**

Patientenablagen hingegen bündeln die Ressourcen und sorgen somit dafür, dass den Patienten zielgerichtet geholfen wird. Sie können grundsätzlich sowohl in Größe als auch Struktur sehr unterschiedlich sein und befinden sich per Definition immer unmittelbar an, aber außerhalb der Grenze des Gefahrenbereichs. Grund hierfür ist die Notwendigkeit Patienten, die aus dem Gefahrenbereich gerettet wurden und dem Abschnitt Medizinische Rettung übergeben wurden zeitnah versorgt werden können. Unnötig lange Transportwege zu einer Patientenablage können daher zu weiteren, vermeidbaren Schäden am Patienten führen. Die Entscheidung für eine bestimmte Stelle als Ort der Patientenablage muss somit immer bewusst getroffen werden. Bei spontan gebildeten Ansammlungen von Menschen und / oder Patienten kann die Herbeiführung einer sinnvollen Struktur sehr schwierig sein, insbesondere bei knappen personellen Ressourcen. Dennoch werden solche Ansammlungen häufig als Grundlage einer Patientenablage genutzt, da zumeist in der Anfangsphase das Personal zum Transport der Patienten an eine besser geeignete Stelle nicht zur Verfügung steht.

### **Patientenablagen**

Abhilfe kann hier geschafft werden, indem unterschiedliche Systematiken zum Betrieb der Patientenablage genutzt werden. Üblicherweise werden Patientenablagen strukturiert aufgebaut, insbesondere dann, wenn die Zeit und Möglichkeiten hierfür bestehen. Bewährt hat sich das Nebeneinanderlegen von Patienten mit dem Kopf zu einer Materialachse. Hierbei sind ausreichende Abstände zwischen den Patienten einzuhalten, um ausreichend Platz für die Versorgung und den Transport zu haben. Die Bündelung von Patienten einer Kategorie hat sich ebenfalls als positiv gezeigt.

Die Abschätzung des Platzbedarfes kann anhand einer Faustformel abgeschätzt werden: 6 m<sup>2</sup> je Patienten einschließlich der Arbeits- und Bewegungsflächen:

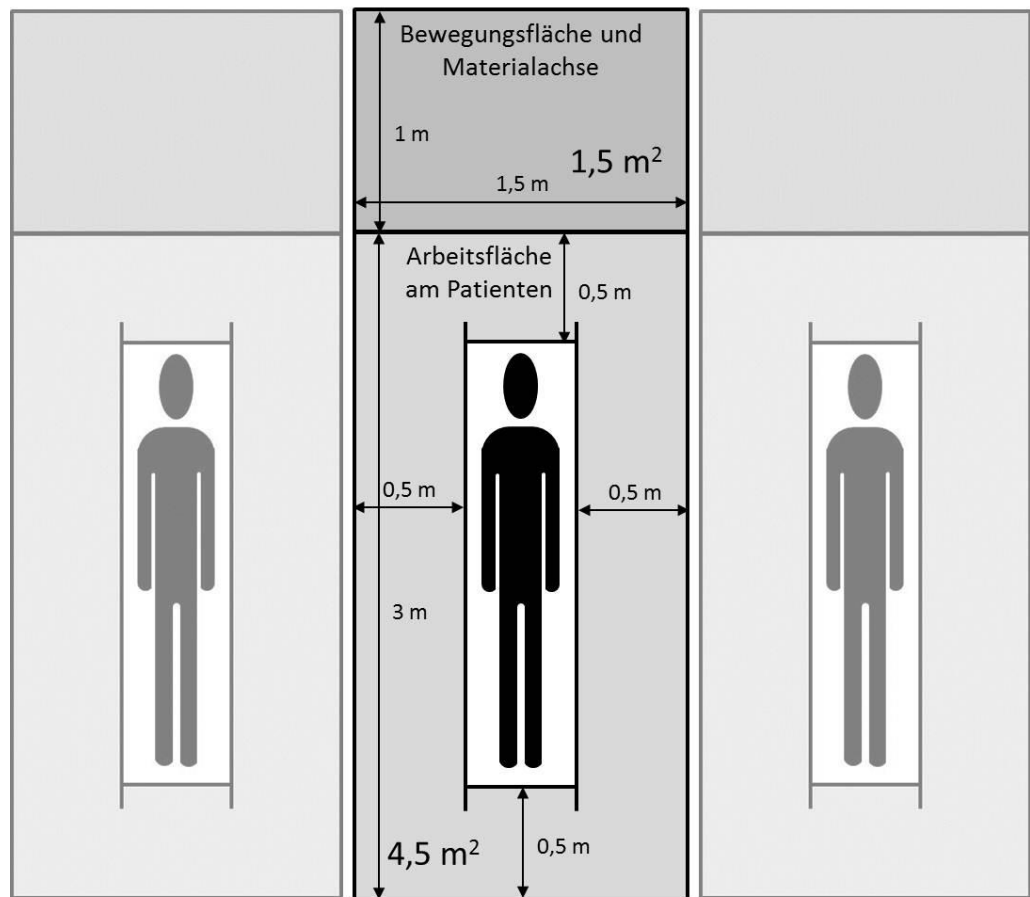


Abbildung 9: Platzbedarf in einer strukturierten Patientenablage [IdF NRW]

Besteht die Möglichkeit für eine strukturierte Patientenablage nicht, so können Alternativen erwogen werden. Beispielsweise die Versorgung mehrerer benachbart liegender Patienten durch geeignete Kräfte. Auch die Trennung der gefährigten Patienten von den anderen Patienten kann sinnvoll sein, die Versorgung zu vereinfachen. Wichtig ist hierbei, dass auch gefährigte Patienten medizinisch versorgt werden müssen, vor allem, um im Verlauf sich verschlechternde Zustände frühzeitig zu erkennen.

### **Besonderheit ABC Einsätze**

Als Verletztenablagen werden Patientenablagen bezeichnet, die im Schwarzbereich einer ABC-Einsatzstelle liegen. Hier werden Patienten vor einer Dekontamination erstversorgt. Zwar sollten auch hier die Gefahren der Einsatzstelle nicht mehr unmittelbar einwirken, aber bedingt durch die Kontamination von Patienten liegt deren Aufenthaltsort zwangsläufig innerhalb des Gefahrenbereiches.

### **Hinweise zur Führung**

Hinsichtlich der Führung von Patientenablagen hat sich gezeigt, dass eine Führungskraft mit der Erstversorgung von zehn Patienten an die Grenze des Führbaren kommt. Dies ist nachvollziehbar vor dem Hintergrund, dass gemäß Faustformel die zuständige Einsatzkraft sechs Fahrzeugbesatzungen führt. Dies entspricht einer notwendigen Qualifikation als Gruppenführer.

Weiterhin geht bei ausschließlicher Anwendung der 3 – 2 – 1 Regel der mögliche Verlust wertvoller Ressourcen einher. Die Rettungsmittel aus der Erstversorgung stehen primär nicht für den Transport zur Verfügung oder müssen ausgelöst werden. Daher sehen MANV Konzepte üblicherweise auch eine Mischung aus originären Rettungsmitteln und weiteren Komponenten vor.

Einen besonderen Stellenwert haben die AB – MANV, vor der Fußballweltmeisterschaft 2006 in Deutschland durch das Land NRW beschafft, dienen sie nicht nur der Materiallieferung für die Behandlungsplatz – Bereitschaft 50 NRW (BHP-B 50 NRW). Sie werden üblicherweise auch bei MANV Einsätzen genutzt. Die Leistungsfähigkeit ist hierbei jedoch differenziert zu betrachten und kann individuell von Gebietskörperschaft zu Gebietskörperschaft unterschiedlich sein. Dies liegt in vornehmlich in zwei Punkten begründet:

#### **AB - MANV**

Zunächst einmal wurden die AB – MANV nicht vollständig bestückt ausgeliefert. Vielmehr gab es eine Grundausrüstung, weiterführende Materialien wie Medizinprodukte, Medikamente oder besondere Ausstattungen sollten jedoch von der Gebietskörperschaft beschafft werden, um die im lokalen Rettungsdienst verwendeten Produkte auch auf dem AB – MANV verfügbar zu haben.

Des Weiteren sind die Abrollbehälter teilweise durch Erfahrungen verschiedener Einsätze oder auch auf Grund von neuen medizinischen Erkenntnissen den Bedarfen angepasst worden.

Im Ergebnis kann man nur feststellen, dass die Anzahl der Patienten, die mit dem Material des AB – MANV versorgt werden können, nicht definierbar ist. Orientiert man sich beispielsweise an den Beatmungsgeräten, so stehen hiervon nur acht zur Verfügung. Allerdings sollen durch den Endnutzer, gemäß Ausrüstungsliste, auch 50 Verletztenversorgungssets verlastet werden.

Den Hilfsorganisationen stehen GW – SAN zur Verfügung, auch diese Fahrzeuge stehen im MANV Fall zur Verfügung. Diese Fahrzeuge weisen jedoch bei der Beurteilung dieselbe Problematik auf, wie bereits der AB – MANV. Während das Konzept die Versorgung von 25 grünen und gelben Patienten vorsieht. Verfügt das Fahrzeug über eine Kiste mit Erste-Hilfe-Packs, die jeweils verschiedene Möglichkeiten zur Blutstillung und Anlage eines peripher venösen Zugangs bieten. Darüber hinaus sind zehn Sanitätsrucksäcke verlastet, die sogar die Intubation und Beatmung mittels Beatmungsbeutel ermöglichen. Dies lässt zumindest den Schluss zu, dass auch rote Patienten versorgt werden könnten.

#### **GW – SAN**

Einige Gebietskörperschaften haben überdies sogenannte Gerätewagen Rettungsdienst (GW-Rett) oder ähnliche Fahrzeuge beschafft. Diese verfügen über eine gänzlich individuelle Ausstattung, da es hierfür keine Vorgaben oder Normen gibt.

#### **GW – Rett**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Planung und Durchführung der Erstversorgung nicht nur aus Mitteln des Rettungsdienstes erfolgen sollte, sondern auch mit weiterem, zur Verfügung stehenden Material. Hierfür muss jedoch bedacht werden, dass Material an sich kein Leben rettet, sondern zusätzliches

Personal zugeführt werden muss. Auch hier kann nur auf die lokalen Zuständigkeiten sowie die Alarm- und Ausrückeordnungen verwiesen werden, da es keine allgemeingültigen Regeln gibt. Umso wichtiger ist die Auseinandersetzung hiermit, damit im Alarmfall bedacht und bewusst entschieden werden kann, auf welche Ressourcen zur Erstversorgung zurückgegriffen wird.

#### **4.2.2 Transportorganisation - Aufbau**

Die Transportorganisation ist ein Unterabschnitt im Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ und gliedert sich üblicherweise in mindestens zwei Aufgabenbereiche: Krankenhauszuweisung und Rettungsmittelzuweisung, einschließlich der Ladezone. Bei Bedarf kann auch die Koordination sämtlicher Trageaufgaben einen eigenen Unterabschnitt erhalten. Die Trennung von Krankenhaus- und Rettungsmittelzuweisung ist daher sinnvoll, da mit der Krankenhauszuweisung bereits vor dem Eintreffen von Transportmitteln begonnen werden kann. Hieraus lässt sich ein enormer Zeitvorteil generieren. Sobald dann ein Transportmittel zur Verfügung steht, kann dieses den Patienten aufnehmen und direkt in die Zielklinik verbringen.

Eine enge Abstimmung zwischen den beiden Aufgaben ist jedoch wichtig. Insbesondere dann, wenn innerhalb der Rettungsmittelzuweisung mehr als nur eine Ladezone betrieben werden soll. Dies kann aus einsatztaktischer Sicht beispielsweise bei ausgedehnten Einsatzstellen der Fall sein. In solchen Fällen ist eine zentrale Krankenhauszuweisung häufig nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich. Daher sind die zur Verteilung nutzbaren Krankenhauskapazitäten in unterschiedliche Chargen aufzuteilen, ohne dabei eine Doppelbelegung zu ermöglichen.



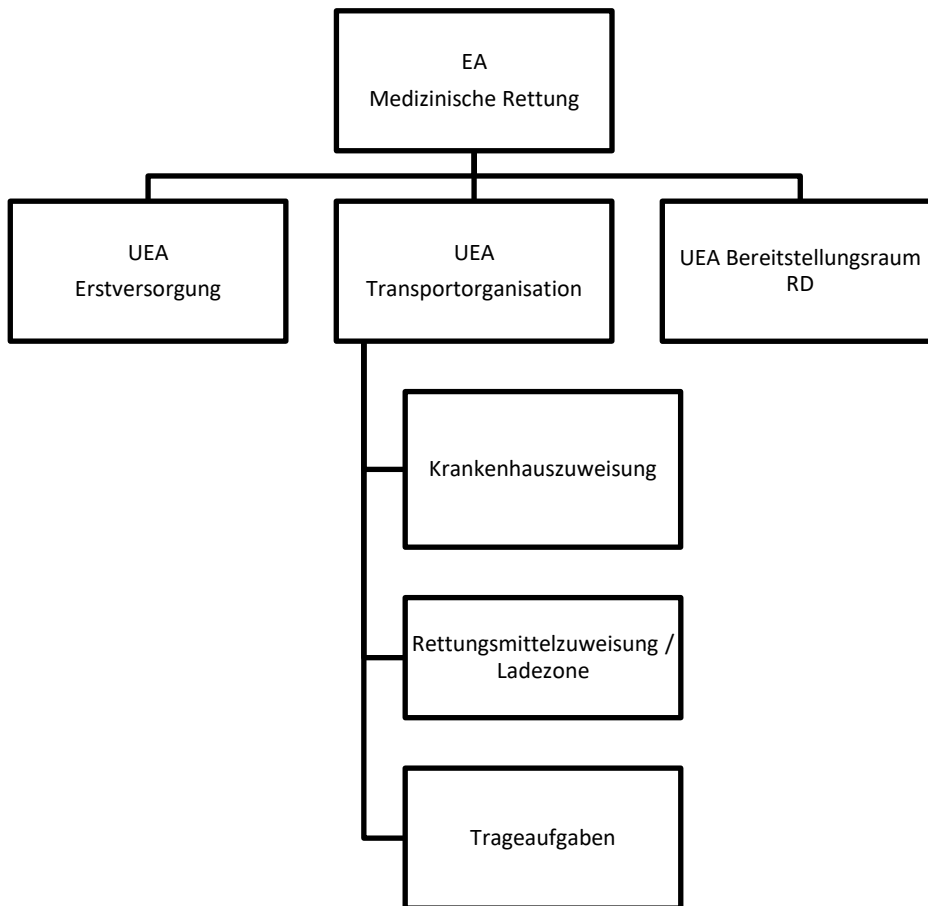


Abbildung 10: Mögliche Führungsorganisation des UEA Transportorganisation [IdF NRW]

Ebenfalls wichtig ist die möglichst störungsfreie und direkte Kommunikation zwischen der Rettungsmittelzuweisung / Ladezone und Bereitstellungsraum. Hierfür wird üblicherweise ein eigener UEA Bereitstellungsraum RD eingerichtet, indem die Rettungsmittel gesammelt werden. Ist dies nicht der Fall, so würden alle Anforderungen über den EA Medizinische Rettung an den Einsatzleiter gehen, welcher dann die Fahrzeuge abrufen und zuweist. Bei einem eigenen Bereitstellungsraum RD kann der Einsatzleiter ausgelassen werden und die Kommunikation erfolgt direkt innerhalb des EA Medizinische Rettung. Häufig wird, im Sinne der direkten Kommunikation, die Kommunikation zwischen Rettungsmittelzuweisung / Ladezone und Bereitstellungsraum zugelassen. Somit können benötigte Rettungsmittel direkt abgerufen werden. Wird diese Kommunikation an der Abschnittsleitung Medizinische Rettung vorbei zugelassen, so muss jedoch gewährleistet sein, dass der Bereitstellungsraum immer über ausreichende Kräfte verfügt, um dem Einsatzauftrag gerecht zu werden.

#### 4.2.3 Krankenhauszuweisung

Im überwiegenden Teil der MANV Fälle reicht die Krankenhausinfrastruktur der betroffenen Gebietskörperschaft nicht aus, um alle Patienten adäquat zu versorgen. Aus diesem Grund muss die Verteilung überregional erfolgen und das

in Echtzeit. Eine langwierige Abfrage möglicher Aufnahmekapazitäten ist in solchen Lagen nicht leistbar. Daher sind die Krankenhäuser aufgerufen ihre rund um die Uhr verfügbaren Kapazitäten zu ermitteln und in IG NRW für die Planung von MANV Einsätzen zur Verfügung zu stellen. Auf dieser Basis wird dann auch die Transportorganisation beplant und schließlich durchgeführt.

Durch die Einsatzkräfte ist neben der Transportorganisation auch eine Dokumentation erforderlich, der aber aufgrund der Vielzahl von Patienten und deren Verteilung auf geeignete Kliniken eine besondere Bedeutung zukommt. Nur wenn eine funktionierende Transportorganisation etabliert ist, können die Patienten zielgerichtet in Krankenhäuser verbracht werden. Die Transportorganisation bereits in der Frühphase des Einsatzes zu organisieren ist daher für den gesamten Einsatzerfolg entscheidend.

Somit ist die Transportorganisation eine logistische Aufgabe mit dem Ziel die Patienten mit dem richtigen Transportmittel zur richtigen Zeit zum richtigen Ziel zu transportieren, häufig parallel.

Eine zielgerichtete und zeitnahe Verteilung von Patienten auf geeignete Behandlungseinrichtungen kann nur mit entsprechender Vorplanung erfolgreich sein. Ein flächendeckend verwendetes System verringert den Kommunikationsbedarf und wäre dann auch für überörtliche Kräfte bekannt. Derzeit gibt es jedoch verschiedene Systeme, die hier nicht alle vorgestellt werden können. Exemplarisch wird daher die Krankenhauszuweisung mittels Wellenplan und Ticketsystem erläutert.

## Wellenplan

Zu Beginn der 2000er Jahre wurde häufig mit einem so genannten Wellenplan gearbeitet. Die ermittelten Versorgungskapazitäten wurden hierbei auf einer Liste nachgehalten und zusätzlich in verschiedene Wellen unterschieden. So konnte das Krankenhaus A in den ersten zwei Stunden beispielsweise einen SK I, zwei SK II und fünf SK III Patienten versorgen. In der zweiten Welle, dem Zeitraum der dritten und vierten Stunde, konnte dasselbe Krankenhaus noch einmal zwei SK I, drei SK II und zehn SK III Patienten versorgen. Diese Erhöhung sollte durch alarmiertes Personal realisiert werden. Die Zuteilung im Wellenplan hatte jedoch den Nachteil, dass sie dazu verleitet die dafür genutzte Liste von oben nach unten abzuarbeiten. Die eingesetzte Einsatzkraft musste sich dessen bewusst sein und im Falle spezieller Anforderungen, etwa für die Versorgung eines neurochirurgischen Patienten, genaue Kenntnis über die Versorgungsmöglichkeiten der zur Verfügung stehenden Krankenhäuser haben. Das Führen einer einzigen Liste hat auch den Nachteil der fehlenden Flexibilität.

## Behandlungskapazitäten Musterstadt 0 - 2 Stunden

Institut der Feuerwehr  
Nordrhein-Westfalen



<b>St. Franziskus-Hospital</b> <b>LTZ</b> AUG GCH GYN HNO INT PÄD UCH VCH	1	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10		
<b>Raphaelsklinik</b> <b>LTZ</b> HNO INT KAR NEU UCH URO VCH	1	1	2			
	1	2	3	4		
<b>Ev. KH Johannisstift</b> <b>LTZ</b> INT UCH VCH	1	2	1	2	3	4
	5	6	7	8	9	10

Abbildung 11: Ausschnitt aus dem Wellenplan Musterstadt [IdF NRW]

Als einfaches und analoges Mittel hat sich daher das Ticketsystem vielerorts etabliert. Diese Tickets werden auf Grund der ermittelten Aufnahmekapazitäten erstellt. Dabei bildet ein Ticket jeweils die Behandlungskapazität eines Krankenhauses ab. Zwei klare Vorteile hat dieses System, zum einen ist auf dem Ticket die Zieladresse hinterlegt. Kommunikationsfehler oder Rückfragen zum Transport sind damit deutlich reduziert und die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient in das richtige Krankenhaus transportiert wird damit erhöht. Zum anderen ist die Doppelzuweisung damit ausgeschlossen. Sobald ein Ticket vergeben ist, kann es nicht noch einmal verteilt werden.

### Ticketsystem

Besonders zu beachten ist, dass der Detaillierungsgrad der Dokumentation, wie er in einem individualmedizinischen Einsatz üblich ist, zu Zeitverzögerungen führen kann. Die Erfassung der Patientendaten an der Einsatzstelle nimmt viel Zeit in Anspruch, ohne jedoch einen Benefit zu erbringen, da jedes Transportmittel eine eigene Dokumentation durchführt. Vielmehr können die Daten im Nachhinein, beispielsweise mittels Rückmeldefax, zusammengeführt werden.

Die vorgenannten Punkte sind von besonderer Bedeutung für Patienten der SK I, da hier die Fachrichtung und das Versorgungsniveau der Zielklinik sowie der Zeitpunkt des Transports unmittelbare Auswirkungen auf das Überleben der Patienten haben können.

Die für die Erstversorgung zuständigen Führungskräfte müssen daher beim Ressourcenmanagement besonderes Augenmerk auf diese Patienten legen. Die Frage nach dem Zeitpunkt wann mit Soforttransporten begonnen werden kann ist hierbei von besonderem Interesse. Kräfte aus der Erstversorgung können zu Gunsten von Transporten abgezogen werden, wenn dadurch die Sicherstellung Erstversorgung nicht gefährdet ist. Gleichzeitig kann die Verringerung von Patienten der SK I an der Einsatzstelle eine Verbesserung der Erstversorgung mit sich bringen.

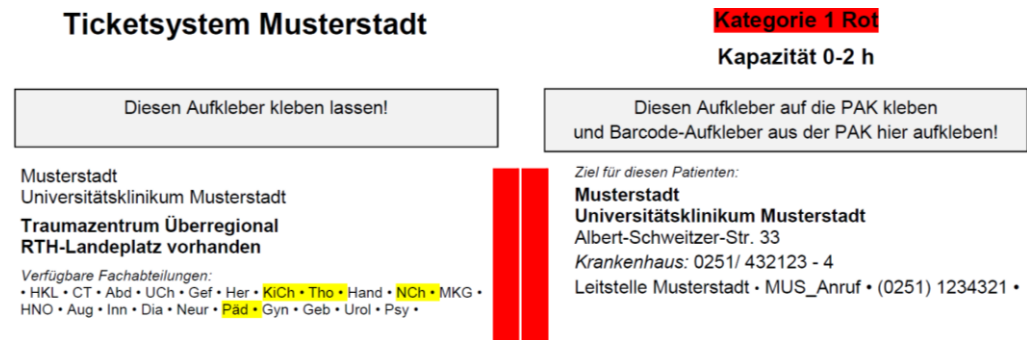


Abbildung 12: Ein rotes Ticket aus dem Ticketsystem Musterstadt [IdF NRW]

Beim Ticketsystem werden die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser und Kliniken als Aufkleber erzeugt. Auf der linken Seite sind zusätzliche Informationen, etwa über die vorhandenen Fachabteilungen des Zielkrankenhauses oder eventuell vorhandene RTH Landeplätze, zu entnehmen. Analog zum Frachtverkehr erhält jeder Patient einen Adressaufkleber in Form eines Tickets auf der Patientenanhängetasche. Auf diesem Ticket, in der obigen Abbildung rechts zu sehen, ist der Bestimmungsort und eine Kennzeichnung über die Sichtungskategorie (rot / gelb / grün) vermerkt. Im Gegenzug wird ein Barcode Aufkleber der Patientenanhängetasche an die Stelle auf den Ticketbogen geklebt, an der sich vorher das Krankenhausticket befand. Der Ticketbogen der Transportorganisation ist die einzige Dokumentation, die noch an der Einsatzstelle geführt wird. Somit ist nachvollziehbar, welcher Patient in welches Krankenhaus verbracht wurde, gleichwohl die Patientendaten nicht an der Einsatzstelle registriert werden.

#### **Ticket vor Transport**

Auf diese Weise können bereits Tickets vor dem Eintreffen von Transportmitteln durch die Transportorganisation verteilt werden. Ein geeignetes Transportmittel kann dann jederzeit den Patienten, im Zweifelsfall auch ohne dezidierte Übergabe, aufnehmen und transportieren.

#### **Dokumentation**

Da es zu Dokumentationslücken kommen kann, gilt es diese auf einfache Weise zu schließen. Hierfür wird üblicherweise ein zusätzliches Formular in die Patientenanhängetasche eingefügt. Dieses wird zeitnah nach erfolgtem Transport, bestenfalls noch aus dem Krankenhaus, von der transportierenden Besatzung ausgefüllt und an die Leitstelle der betroffenen Gebietskörperschaft gefaxt. Dadurch erhält die Leitstelle alle bis dahin erhobene Informationen zu dem Patienten und dem Transportziel. Letzteres ist besonders dann wichtig, wenn sich das Transportziel auf dem Transport geändert hat, etwa durch eine Zustandsverschlechterung des Patienten.

**Patientendaten:**

(alle Angaben soweit bekannt)


 Aufkleber  
PAK
**Einsatzörtlichkeit:** \_\_\_\_\_**Transportdatum:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
☐ Männlich    ☐ Weiblich    ☐ Kind
**Name:** \_\_\_\_\_**Vorname:** \_\_\_\_\_**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_**Straße / Hausnr.:** \_\_\_\_\_**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_**Staat:** \_\_\_\_\_**Nationalität:** ☐ deutsch    ☐ andere: \_\_\_\_\_
**Sichtungskategorie:** ☐ Rot    ☐ Gelb    ☐ Grün  
 (bei Übernahme des Patienten)
**Aufnehmendes Krankenhaus:** \_\_\_\_\_**Adresse:** \_\_\_\_\_**Kennung Transportmittel:** \_\_\_\_\_

Abbildung 13: Möglichkeit für ein Rückmeldefax [IdF NRW]

Um Transportorganisation disloziert durchzuführen, beispielsweise in verschiedenen Patientenablagen, kann der Ticketsatz grundsätzlich in mehrere Chargen mit jeweils roten, gelben und grünen Tickets unterteilt werden.

Das Ticketsystem erhebt nicht den Anspruch, das gleiche „Zielzuteilungs-niveau“ wie im Regelrettungsdienst zu gewährleisten, es stellt aber eine sehr schnelle Zuteilung sicher, die auf die Sichtungskategorie und auf die notwendigen Fachabteilungen abgestimmt ist und die das einzelne Zielkrankenhaus nicht überfordert.

**Zielzuteilungs-niveau**

Das Problem beider Vorgehensweisen, sowohl Wellenplan als auch Ticketsystem ist, dass die Ist Situation des Krankenhauses nicht abgebildet werden kann. Defekte an notwendigen Geräten, etwa am CT, oder eine akute Überlastung bedingt durch ein örtliches Ereignis werden hierbei nicht berücksichtigt.

#### 4.2.4 Ladezone

Zum Abtransport der Patienten in die zugewiesenen Krankenhäuser wird eine Ladezone benötigt, in der die Transportmittel Patienten aufnehmen. Hierbei ist zu beachten, dass aus Platzgründen ausschließlich transportierende Fahrzeuge in die Ladezone einfahren. Begleitende Fahrzeuge, insbesondere NEF, sollten außerhalb abgestellt werden, um Platz und Zeit zu sparen. Der Betrieb einer Ladezone ist somit eine medizinisch induzierte Logistikaufgabe, bei der die räumlichen und personellen Rahmenbedingungen ganz deutlich im Vordergrund stehen. Trotzdem werden häufig sowohl die personellen als auch die räumlichen Ressourcen unterschätzt. Der tatsächliche Bedarf orientiert sich an der Anzahl der Patienten, der Anzahl an Stellplätzen in der Ladezone und den räumlichen Gegebenheiten.

Hierbei ist zu bedenken, dass die häufig verwendete Schrägparkposition, insbesondere bei kleineren Räumen, durchaus auch Nachteile aufweist und nicht immer optimal ist.



Abbildung 14: Platzbedarf Schrägparkposition auf einer Landstraße [IdF NRW]

Im oben gezeigten Beispiel reicht der befestigte Bereich der Straße nicht aus, um die Transportmittel so abzustellen, dass ein Vorbeifahren noch möglich ist. Darüber hinaus entsteht ein weiteres Problem: das Entnehmen der Fahrtrage führt zu einer notwendigen Bewegung in den Fahrbereich hinter dem Fahrzeug. Dies kann die Besatzung gefährden und blockiert unter Umständen die Fahrspur für einen kurzen Moment.

Nach Verlassen der Ladezone muss das Transportmittel rückwärts setzen, ebenfalls wieder in die Fahrspur hinein. Üblicherweise wird dann auf den Einweiser verzichtet, auch dies kann zu einer Eigengefährdung und Gefährdung nachrückender Kräfte führen.

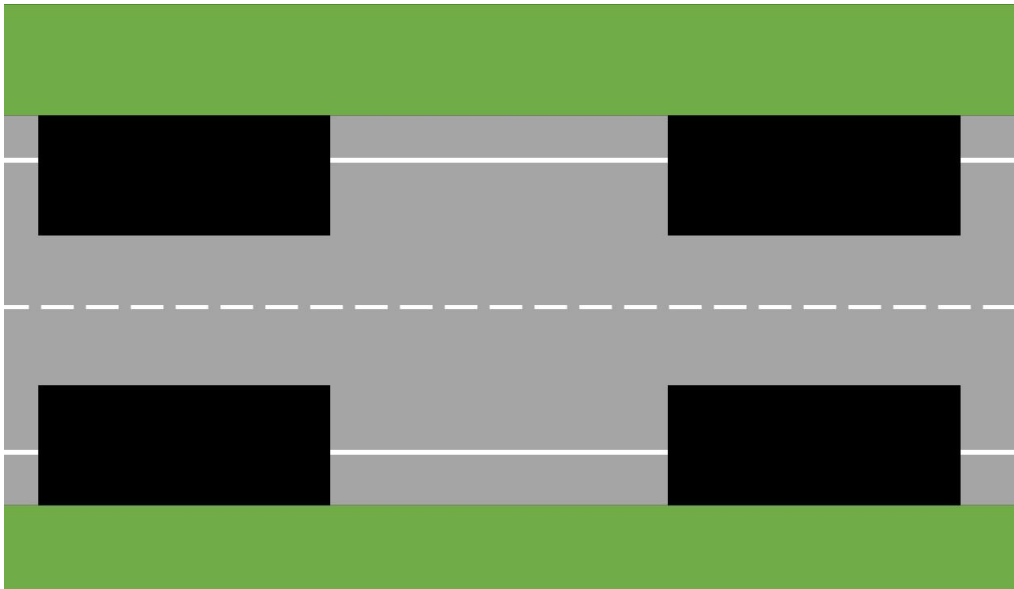


Abbildung 15: Platzbedarf bei Positionierung entlang einer Landstraße [IdF NRW]

In der obigen Abbildung nutzen die Transportmittel die Seitenstreifen rechts und links zum Parken. Alle Vorgänge, bei denen die Fahrtrage benötigt wird, können so erfolgen, dass die Besatzung nicht in den Fahrweg eingreift. Zur Abfahrt wird die Fahrspur in der Mitte genutzt, der Fahrer hat durch einfaches Einscheren in die Fahrspur volle Kontrolle und eine Gefährdung kann weitestgehend ausgeschlossen werden.

Beide Beispiele verdeutlichen, dass die Zu- und Abfahrtswege klar definiert sein müssen, wobei sich insbesondere bei kleineren Räumen, ein Einbahnstraßensystem als ideal erweist. Da eine Vielzahl an Bewegungen in der Ladezone erfolgt, müssen die Planungen im Kontext der gesamten Einsatzstelle erfolgen, da sie nicht unwesentliche Eingriffe in die Raumordnung darstellen. Damit die Ladevorgänge schnell und effizient durchgeführt werden können, müssen Details wie der Übergabepunkt und das für den Transport notwendige Material geklärt sein. Je näher die Ladezone an dem Übergabepunkt liegt, desto schneller kann das Rettungsmittel die Ladezone wieder verlassen. Alternativ können Trägertrupps Patienten näher zur Ladezone verbringen, um Zeit zu sparen.

Grundsätzlich sollte ein Transportmittel nicht unnötig lange in der Ladezone verweilen. Sobald der Patient im Fahrzeug ist, sollte es die Ladezone verlassen und an einer geeigneten, freien Stelle den Patienten transportfähig machen. Das Herstellen der Transportfähigkeit im Fahrzeug, hierzu zählen vor allem Anlage von EKG, Pulsoxymetrie oder andere Überwachungsmaßnahmen, innerhalb der Ladezone kostet nur unnötig Zeit und verhindert das weitere Laden anderer Patienten.

Letztlich ist die Führung der Ladezone für einen schnellen und reibungslosen Ablauf zuständig. Hierfür müssen in einer frühen Phase des Einsatzes zusammen mit dem Gesamteinsatzleiter erste Absprachen hinsichtlich des Personals, der Organisation und Raumordnung erfolgen. So kann der Zugriff der Ladezone auf den Bereitstellungsraum der Rettungsmittel einen deutlichen Benefit hin-

**Führung entscheidend**

sichtlich des zeitlichen Ablaufes bringen, jedoch zum Nachteil eventueller Unklarheiten hinsichtlich der rettungsdienstlichen Reserven im Bereitstellungsraum. Auch hier können bereits im Vorfeld Vorplanungen und Übungen helfen, solche Probleme aufzuzeigen, zu trainieren und im Einsatz abzustellen.

### **Rettungsmittelhalteplatz als Option**

Ein Rettungsmittelhalteplatz ist eine *Stelle, an der Rettungsmittel gesammelt werden, um von dort zum Transport von Patienten von der Patientenablage oder dem Behandlungsplatz abgerufen zu werden.* [1]

So eine Stelle kann vorgelagert zur Ladezone eingerichtet werden, um einen Puffer an Transportmitteln unmittelbar zur Verfügung zu haben. Aber auch hier muss eine Entscheidung getroffen werden, wie das Befüllen des Rettungsmittelhalteplatzes, beziehungsweise der Abruf aus dem Bereitstellungsraum erfolgt.

### **4.2.5 Bereitstellungsraum**

Der Bereitstellungsraum (BR) ist ein unverzichtbares Mittel, um größere Mengen an nachrückenden Einheiten gezielt einzusetzen. Organisatorisch ist ein Bereitstellungsraum an die Einsatzleitung angebunden, sobald Einsatzabschnitte gebildet werden, können diese jedoch eigene Bereitstellungsräume haben. Bei der Vielzahl an Einheiten, die bei einem MANV alarmiert und dem Einsatzabschnitt Medizinische Rettung unterstellt werden, ist dies ein übliches Vorgehen. Ein Bereitstellungsraum bedarf in der Regel sowohl einer Führung und eines Meldekopfes. Bei einer geringen Anzahl an erwarteten Kräften kann diese Aufgabe auch von einer einzelnen Führungskraft wahrgenommen werden. Je nach Lage und Dauer sollten verschiedene Faktoren bei der Auswahl des Bereitstellungsraum berücksichtigt werden. So sollte dieser über eine gute Zuwegung verfügen und eine relative Nähe zur Einsatzstelle haben. Bei Einsätzen mit längerer Einsatzdauer oder für Einheiten, die in Reserve gehalten werden, sind überdies Sanitäreinrichtungen und Versorgungsmöglichkeiten einzuplanen. Bei Einsätzen in der Nacht sollte ebenfalls für Beleuchtung gesorgt werden.

### **Verfügungsraum**

Gerade in der Frühphase des Einsatzes kann ein Verfügungsraum helfen Struktur und Ordnung in die Einsatzstelle zu bekommen. Der Verfügungsraum ist ein ursprünglich aus dem Militär stammender Begriff, der zunehmend auch im zivilen eingesetzt wird. Hierbei handelt es sich um einen vorläufigen Raum, der zumeist im Zuge der Erstalarmierung für ein größeres Schadensereignis durch die zuständige Leitstelle oder den Einsatzleiter festgelegt und den anrückenden Kräften auf geeignete Weise, beispielsweise Mittels Funk, mitgeteilt wird.

Hierbei ist zu beachten, dass der Raumordnung durch die Einsatzleitung nicht vorgegriffen oder diese beeinträchtigt werden soll. Vielmehr soll durch die schnelle Bekanntgabe eines Verfügungsraums die Blockade des unmittelbaren Schadenortes durch ziellos anfahrende Kräfte vermieden werden. Im Verlaufe des Einsatzes kann der Verfügungsraum aufgelöst oder durch die Einsatzleitung bestätigt werden und dann in einen Bereitstellungsraum überführt werden.



#### 4.2.6 Zusammenfassung

Zur Abarbeitung des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung gehören viele verschiedene Faktoren. Sowohl die Ressourcen- als auch die Raumplanung gehören hierzu, aber auch die Führungsstruktur gilt es aufzubauen. Hierbei muss nicht nur der eigene Abschnitt betrachtet werden, sondern das Zusammenwirken aller Abschnitte muss funktionieren. Daher werden die zu treffenden Maßnahmen auch mit der Einsatzleitung abgestimmt.

Ist für das ersteintreffende NEF die PEST Regel ein hilfreiches Werkzeug, so kann für die Abschnittsleitung Medizinische Rettung ein anderes Akronym hilfreich sein.

E rstversorgung sicherstellen

R essourcenplanung durchführen

F ührungsorganisation aufbauen

O rdnung des Raumes veranlassen

L agebild vervollständigen

G esamtergebnis mit dem Einsatzleiter abstimmen

Bei Einhaltung der oben genannten Maßnahmen sollte sich der Einsatzerfolg einstellen.

## 5 Besondere Kenntnisse

Das Zusammenwirken mit Hilfsorganisationen, dem Katastrophenschutz und der Polizei stelle zum Teil besondere Herausforderungen an die Führungskräfte der Feuerwehr. Daher soll an dieser Stelle auf die Besonderheiten dieser Organisationen hingewiesen werden, sofern diese Relevanz für die Tätigkeit im Abschnitt Medizinische Rettung haben.

### 5.1 Hilfsorganisationen und Katastrophenschutz

#### Einsatzeinheit NRW

*Die Einsatzeinheit Nordrhein-Westfalen (EE NRW) ist eine multifunktionale, autark einsetzbare und landesweit einheitliche Komponente des Sanitäts- und Betreuungsdienstes in der Stärke eines erweiterten Zuges zur Versorgung von Patienten oder unverletzten Betroffenen. Sie besteht aus einem Führungstrupp, einer Sanitäts- und einer Betreuungsgruppe sowie einem unterstützenden Techniktrupp. [7]*

Die Einsatzeinheit NRW (EE NRW) ist Kernstück der Hilfsorganisation. Sie besteht aus verschiedenen Fachgruppen und weist eine Personalstärke von 33 Funktionen auf. Zur Sicherstellung der Einsatzbereitschaft ist jede Funktion doppelt geplant. Je nach Einsatzart kann die EE NRW im Sanitäts- oder Betreuungsdienst eingesetzt werden und soll 60 Minuten nach Alarmierung abmarschbereit sein.

Die Einsatzeinheit besteht aus folgenden Bestandteilen:

Teileinheit	Fahrzeuge	Personal
Führungstrupp	1 KdoW oder ELW 1 (HiOrg)	1 Zugführer 1 Gruppenführer 2 Führungsgehilfen
Sanitätsgruppe (Sanitätsstaffel und 2 KTW, beide min. Typ B)	1 GW-San 1 KTW (Bund/Land) 1 KTW (HiOrg)	1 Arzt* 1 Gruppenführer 2 Rettungssanitäter 6 Rettungshelfer NW
Betreuungs- gruppe (2 Betreuungs- staffeln und 1 Verpflegungs- trupp)	2 Betreuungskombis (Bund/Land) 1 Betreuungsanhänger NRW 1 Versorgungs-LKW (Bund/Land) 1 Feldkochanhänger (teil- weise)	1 Gruppenführer 3 Truppführer 11 Helfer (Betreuung)
Techniktrupp	1 Kombi (HiOrg) 1 Anhänger Technik und Si- cherheit NRW	1 Truppführer 3 Helfer (Technik)

\*Der Arzt sollte nach Möglichkeit über die Fachkunde Rettungsdienst verfügen.

Derzeit sind allerdings noch nicht alle Einheiten dem Konzept entsprechend ausgestattet. Aus hygienischen und organisatorischen Gründen verfügen nur die wenigsten Versorgungseinheiten über funktionierende Feldkochanhänger. Durch die Zusammenarbeit mit lokalen Anbietern kann aber üblicherweise die Leistungsfähigkeit trotzdem garantiert werden.

Der Führungstrupp, bestehend aus einem Zug-, einem Gruppenführer und zwei Führungsgehilfen, führt die Einsatzeinheit. Die Führungskräfte der Hilfsorganisationen werden ähnlich ausgebildet wie die der Feuerwehren und nutzen im Einsatz ebenfalls Führungsebenen oder Einsatzabschnitte. Somit sind sie gewohnt in ähnlichen Strukturen Einsätze abzuarbeiten wie die Feuerwehren. Die Ausbildungsbreite erstreckt sich üblicherweise vom Truppführer bis hin zum Verbandsführer, sodass auch die Kompetenzen analog zu sehen sind. Allerdings wird dabei stets für die Belange der Hilfsorganisationen und des Katastrophenschutzes ausgebildet. Kerninhalte der Ausbildung sind somit die sanitäts- und betreuungsdienstlichen Lagen. Dennoch können Führungskräfte der Hilfsorganisationen, gerade im Abschnitt Medizinische Rettung, hinzugezogen werden, um Führungsaufgaben zu übernehmen. Allerdings verwenden nicht alle Hilfsorganisationen einheitliche Westen oder Helmkennzeichnungen, weshalb die Identifikation von Führungskräften im Einsatz nicht immer einfach ist.

## **Führungskräfte der HiOrg**

Die gesamte EE NRW kann im Sanitätsfall 25 Patienten erstversorgen, während die Sanitätsgruppe allein zwölf Patienten der SK II und III erstversorgen kann. Die Sanitätsgruppe wird häufig auch als SEG San alarmiert und ist in dem Fall 30 Minuten nach Alarm abmarschbereit. In Zusammenarbeit mit geeigneten Kräften, beispielsweise des Rettungsdienstes, kann die SEG San Patienten aller SK erstversorgen. Die Besonderheit einer solchen Lösung ist, dass der GW-San eigenes Führungspersonal in Form eines Gruppenführers mitbringt. Nicht gewährleistet werden kann jedoch die Verfügbarkeit des (Not-)Arztes, da die Hilfsorganisationen, wie alle anderen Bereiche des Gesundheitswesens auch, über Ärztemangel klagen.

## **Sanitätsdienst**

Im Betreuungseinsatz kann eine EE NRW bis zu 250 unverletzte Betroffene erstbetreuen. In diesem Fall ist die Verpflegung und Versorgung der unverletzten Betroffenen und der eigenen Einsatzkräfte für die ersten 8 Stunden nach Beginn der Betreuung sichergestellt. Hierzu zählen üblicherweise auch erste Tätigkeiten im Bereich der PSNV, sofern diese notwendig sind. Wie beim sanitätsdienstlichen Einsatz kann die Betreuungsgruppe der EE NRW ebenfalls einzeln eingesetzt werden und in diesem Fall dieselbe Leistung jedoch nur für 100 Betroffene erbringen.

## **Betreuungsdienst**

Jeder Kreis und jede Kreisfreie Stadt verfügt über vier dieser Einheiten. Zusätzlich gibt es pro Regierungsbezirk 5 Einsatzeinheiten, die direkt der BR zugeordnet sind und teilweise auch als „weiße Bereitschaft“ oder „Bezirksbereitschaft“ bezeichnet werden. Somit verfügt das Land über insgesamt 241 Einsatzeinheiten. Insbesondere in kleinen Gebietskörperschaften ist die Aufstellung jedoch aus personellen Gründen nicht immer möglich. Hierfür bestehen zwei Lösungs-

## **Anzahl an EE NRW**

möglichkeiten. Entweder kann eine angrenzende Gebietskörperschaft eine zusätzliche Einheit aufstellen und diese dann unterstellen. Oder die Aufstellung einer Einsatzeinheit erfolgt durch den Zusammenschluss mehrerer Hilfsorganisationen. Die Aufteilung der Teileinheiten erfolgt in dem Fall den örtlichen Gegebenheiten.

### **Besonderheiten der Schnelleinsatz- gruppe**

Mit der Einführung des Landeskonzeptes wurden erstmalig für NRW Anforderungen an sanitäts- und betreuungsdienstliche SEGen definiert, eine vorgegebene Ausrückezeit von 30 Minuten festgelegt sowie das Niveau von Ausbildung und Ausrüstung der Helfer beschrieben. Da es sich hierbei um eine Teileinheit handelt und die Anforderungen maßgeblich von denen der EE abweichen, sind die SEGen jedoch nicht verbindlich im Landeskonzept vorgeschrieben, sondern als Option angeboten. Vor der Einbindung von SEGen im örtlichen Konzept zur Gefahrenabwehr sollten die Möglichkeiten zur Nutzung mit den betroffenen Hi-Orgs ausgelotet werden.

## **5.2 Zusammenarbeit mit der Polizei**

Wie Feuerwehr und Rettungsdienst fußt auch die Arbeit der Polizei auf einer eigenen Gesetzesgrundlage. Daher verfolgt die Polizei grundsätzlich auch andere Aufgaben als die nicht – polizeiliche Gefahrenabwehr (nPol). Nicht nur, aber auch deshalb stellt die Zusammenarbeit mit der Polizei bei größeren Einsatzlagen Führungskräfte der Feuerwehr häufig vor besondere Herausforderungen.

*Einsatzlagen, bei denen Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst oder Katastrophenschutz im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgabenzuweisungen nebeneinander tätig werden, erfordern eine abgestimmte Zusammenarbeit und folgen dem Grundsatz „Gefahrenabwehr vor Strafverfolgung“.*

*Die Zusammenarbeit ist regelmäßig, fortlaufend und bereits im Vorfeld von Einsatzlagen abzustimmen. [7]*

Die Polizeidienstvorschrift 100, Landesteil NRW, Teil M, regelt auf Seiten der Polizei die Grundsätze für die Zusammenarbeit zwischen Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz in allgemeinen und besonderen Lagen darstellt. Der Feuerwehr fehlt eine solche Vorschrift, daher folgen nun einige Erläuterungen zu dem Themenfeld.

### **Polizeilage**

Bei dem Zusammenwirken mit der Polizei bei besonders schwerwiegenden Ereignissen, etwa bei Amok oder anderen menschengefährdenden Situationen, fällt häufig der Begriff der Polizeilage. Dies erzeugt bei vielen Einsatzkräften der nPol Gefahrenabwehr das Bild im Kopf, dass die Polizei diese Lage führt. Tatsächlich ist eine polizeiliche Lage eine Situation, in der die Polizei entsprechend ihres originären gesetzmäßigen Auftrages Straftaten verfolgt, unterbindet oder verhindert und somit polizeiliche Gefahrenabwehr betreibt.

Die Polizei arbeitet die Polizeilage somit rechtmäßig auf Basis des Polizeigesetzes NRW ab. Die Feuerwehr und der Rettungsdienst arbeiten wiederum gemäß des BHKG NRW beziehungsweise des RettG NRW. Somit verfolgt jede Behörde ihre eigenen Ziele, gleichzeitig ist auf Grund der bedrohlichen Situation für alle Helfer eine enge Abstimmung notwendig, um die Gefährdung auf ein Minimum zu reduzieren. Analog zu einem Gebäudebrand, bei dem die Polizei sich auf die Aussage der Feuerwehr verlassen muss, inwieweit die Einsatzstelle betreten werden kann, muss die Feuerwehr und der Rettungsdienst sich auf die Aussage der Polizei verlassen, dass ein gewisser Bereich vorerst sicher und betretbar ist.

Erste Irritationen bei der Zusammenarbeit vor Ort entstehen häufig schon bei den unterschiedlichen Führungssystemen. Während die Feuerwehr üblicherweise von vorne führt und Führungskräfte mittels Westen sowie Helmkennzeichnungen für Andere erkennbar macht, führt die Polizei rückwärtig.

Einsatzgeschehen, bei denen die regulären Kräfte der Polizei ausreichen und kein erhöhter Führungsaufwand benötigt wird, werden in der „Allgemeinen Aufbauorganisation“ (AAO) abgearbeitet.

**AAO ist nicht AAO**

Bei diesen kleineren Lagen befindet sich die Führungskraft der Polizei direkt vor Ort, hierbei handelt es sich zumeist um einen Streifenführer oder einen Dienstgruppenleiter. Die Führungsunterstützung wird bereits bei kleinen Lagen aktiv gelebt und zumeist durch den Fahrer der Führungskraft übernommen. Eine besondere Kennzeichnung für diese Führungskraft gibt es jedoch nicht, einige Polizeibehörden mögen hier eigene Wege gehen, aber dies ist dann eine lokale Entscheidung, die nicht für alle Polizeidienststellen in NRW gilt. Auch die Suche nach dem Polizisten mit dem höchsten Dienstgrad führt nicht zwingend zum Ziel. Hier hilft tatsächlich nur die direkte Kommunikation vor Ort.

Es gibt jedoch regelmäßig Lagen, die durch die Allgemeine Aufbauorganisation der Polizei entweder wegen erhöhten Kräftebedarfs, wegen der erforderlichen Einsatzdauer oder wegen der notwendigen einheitlichen Führung, etwa bei verschiedenen Zuständigkeiten, nicht bewältigt werden kann. Die Polizei errichtet dann parallel zur AAO für dieses Einsatzgeschehen eine „Besondere Aufbauorganisation“ (BAO) der Phase 1 und führt den Einsatz rückwärtig. In diesen Fällen übernimmt der Dienstgruppenleiter (DGL) der Leitstelle die Einsatzleitung und wird zunächst Polizeiführer. Damit obliegt es ihm alle Erstmaßnahmen zu veranlassen.

**BAO Phase 1**

Parallel werden mittels eines Alarmierungssystems Kräfte für die Phase 2 alarmiert. Hierzu zählt der zuständige und für den Tag vorgesehene Polizeiführer sowie seine Führungsunterstützung. Die Gesamtverantwortung für die Bewältigung solcher Einsätze trägt dann nach Einweisung und Übernahme ein Polizeiführer, welcher grundsätzlich durch einen Führungsstab oder eine Führungsgruppe unterstützt wird. Ist diese Führung eingerichtet und versieht ihre Arbeit, so tritt die BAO in die Phase 2 über. Üblicherweise wird eine solche BAO Führung in einem der 18 Polizeipräsidien in NRW etabliert. Diese befinden sich in

**BAO Phase 2**

den kreisfreien Städten und führen dann unter Umständen auch Lagen außerhalb ihrer Gebietskörperschaft, etwa in benachbarten Landkreisen.

Es gibt jedoch auch bestimmte Ereignisse, etwa Anschläge, Amoklagen, erpresserischer Menschenraub oder Geiselnahmen, die können nicht von jedem Polizeipräsidium abgearbeitet werden. Hierfür werden jederzeit bei den Polizeipräsidien Bielefeld, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Köln und Münster entsprechend geschulte Führungsstäbe vorgehalten. Darüber hinaus verfügen diese Polizeipräsidien auch jeweils über einen Ständigen Stab, der sich auf solche Lagen vorbereitet und die ihm zugewiesenen Kriminalhauptstellen aus- und fortbildet.

### Aufbauorganisation der Polizei

Die bei der Feuerwehr bekannte 2 – 5er Regel findet bei der Polizei keine Anwendung. Im Gegensatz zur Feuerwehr führt die Polizei mit einer hohen Gliederungsbreite und dafür einer geringen Gliederungstiefe. Das bedeutet, dass es eine Vielzahl an Einsatzabschnitten geben kann, dies ist die Gliederungsbreite, jedoch möglichst wenige bis gar keine Unterabschnitte, dies ist die Gliederungstiefe. So ist gemäß PDV 100 die Einrichtung von bis zu 9 EA durch den Polizeiführer möglich, bei entsprechender Führungsunterstützung kann die Zahl sogar erhöht werden. Die Führung der Einsatzabschnitte kann dann vor Ort oder dezentral in einer anderen Örtlichkeit erfolgen. Um einen reibungslosen und schnellen Kontakt in die einzelnen Einsatzabschnitte zu gewährleisten werden üblicherweise Abschnittsbetreuer eingesetzt. Diese sind mittels Funk oder Telefon ständig mit dem ihnen zugewiesenen Abschnitt verbunden und können relevante Informationen somit direkt in den Stab oder die Abschnittsleitung kommunizieren.

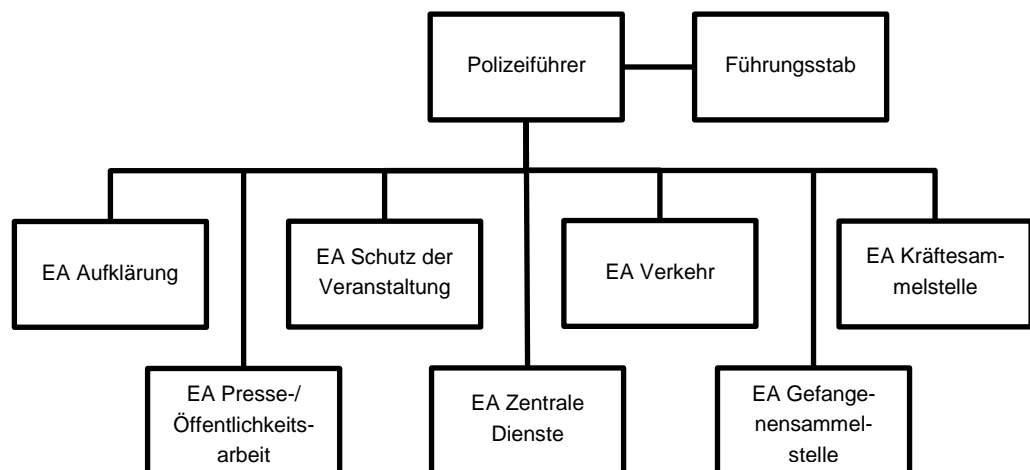


Abbildung 16: Beispiel für eine BAO – Phase 2 [IdF NRW]

Die Zusammenarbeit von Polizei und nPol Gefahrenabwehr kann durch den Einsatz von Verbindern bereits in der Frühphase deutlich verbessert werden. Solange dies nicht erfolgt übernehmen die Leitstellen diese Funktion. Dabei gilt der Grundsatz Schnelligkeit hat Vorrang vor Vollständigkeit. Dadurch sollen Einsatzkräfte bereits erste Informationen erhalten, bevor ein vollständiges Lagebild vorliegt. Hierzu zählen auch Informationen zu Anfahrten, der Nutzung von Sonderrechten, dem Anlass, sowie der Erreichbarkeit von Ansprechpartnern.

Letzteres ist vor allem wichtig, um Abstimmungen treffen zu können. So werden beispielsweise die Gefahrenbereiche der Feuerwehr oder des Rettungsdienstes andere sein als die der Polizei. Daher müssen Räume und Aufgaben aufeinander abgestimmt werden. Grundsätzlich gilt, dass im akuten polizeilichen Gefahrenbereich weder Feuerwehr noch Rettungsdienst tätig werden.

Die Bezeichnung von Gefahrenbereichen ist innerhalb der Polizei nicht einheitlich, die verwendeten Begrifflichkeiten jedoch in der Regel nachvollziehbar. So wird zumeist von rotem, gelbem oder grünem Bereich gesprochen, alternativ werden die Begriffe unsicher, teilsicher oder sicher verwendet. Der rote oder unsichere Bereich ist ausschließlich durch Kräfte der Polizei zu betreten. Diese erstversorgen gegebenenfalls auch Patienten und übergeben sie dann an den gelben oder teilsicheren Bereich. Hier kann, in durch die Polizei gesicherten Patientenablagen (gPA) bereits weiter Versorgung stattfinden. Solche gPAs sind beispielsweise bei dem Amoklauf am Breitscheidplatz in Berlin oder bei der Amokfahrt am Kiepenkerl in Münster gebildet worden. Im sicheren oder grünen Bereich kann dann aus Sicht der Polizei unter den üblichen Bedingungen gearbeitet werden.

## Gefahrenbereiche der Polizei

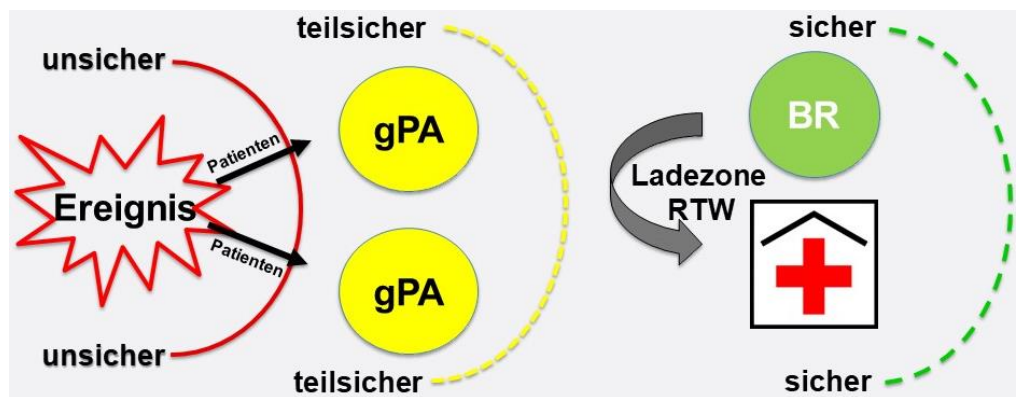


Abbildung 17: Gefahrenbereiche der Polizei [IdF NRW]

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Arbeitsweisen von Polizei und der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr deutlich voneinander abweichen. Daher ist es sinnvoll im Vorfeld, etwa bei gemeinsamen Planbesprechungen, Übungen oder Fortbildungen, die handelnden Personen kennenzulernen und die Arbeitsweisen einander näher zu bringen.

## **I Literaturverzeichnis**

- [1] DIN 13050: 2015-04 – Rettungswesen Begriffe
- [2] Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW - RettG NRW)
- [3] Brand-, Hilfeleistungs- und Katastrophenschutzgesetz (BHKG)
- [4] Grundlagendokument MANV – Gemeinsames Positionspapier des VdF NRW und der AGBF NRW
- [5] FwDV 100 – Führung und Leitung im Einsatz
- [6] Landeskonzzept der überörtlichen Hilfe NRW – Sanitätsdienst, Betreuungsdienst
- [7] PDV 100 – Landesteil NRW – Teil M