

Rettungsdienst Kooperation

in Schleswig-Holstein gGmbH ■■■■■

MANV-KONZEPT

Zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen in den Versorgungsbereichen der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein

Dithmarschen | Pinneberg | Rendsburg-Eckernförde | Segeberg | Steinburg



MANV-KONZEPT

Zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen in den Versorgungsbereichen der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein

Dithmarschen | Pinneberg | Rendsburg-Eckernförde | Segeberg | Steinburg

INHALTSVERZEICHNIS

1. Vorwort	7
2. Das rettungsdienstliche Großschadensereignis	10
2.1 Indikationskatalog der Einsatzleitung Rettungsdienst	11
2.2 ELRD Vertreterregleung	12
2.3 Großschadensereignisse in den Versorgungsbereichen der RKiSH	12
2.4 Rettungsdienstliche Großschadensereignisse außerhalb der RKiSH (Ü-MANV).....	22
3. Leitstellen und Führungsstäbe	28
3.1 Die Leitstelle bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis	28
3.2 Der Führungsstab bei einem Großschadensereignis	29
3.3 Stab für außergewöhnliche Ereignisse der RKiSH.....	35
4. Einsatzleitung	38
4.1 Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD)	38
4.2 Bildung von Einsatzabschnitten.....	39
4.3 Kommunikationsstruktur und Funkorganisation	40
4.4 Führungsunterstützung der Einsatzleitung Rettungsdienst	41
4.5 Crisis Resource Management (CRM)	48
4.6 Funkkommunikation.....	50
4.7 Mobilfunkkommunikation	59
5. Führungsebenen und Kennzeichnungen	62
5.1 Leiter Rettungsdienst (A-Dienst)	64
5.2 Organisatorischer Leiter (B-Dienst)	66
5.3 Leitender Notarzt (LNA)	68
5.4 Vorläufiger Einsatzleiter – Rettungsdienst (C-Dienst)	70
5.5 Ersteintreffender Notarzt (vorläufiger LNA).....	71
5.6 Einsatzabschnittsleitung Rettungsdienst	72
5.7 Pressebetreuung – RKiSH	75
5.8 Leiter Patientenladezone	76
5.9 Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV).....	78
6. Dienstfreie Kräfte – Rettungsdienst	80
6.1 Einsatzoption: Dienstfreie Kräfte – Rettungsdienst	80
6.2 Einsatzoption: Führungsassistenten	84
6.3 Einsatzoption: Gruppenruf – OrgL	84
6.4 Einsatzoption: RKiSH-Akademie	85
7. Das ersteintreffende Rettungsmittel bei einem MANV.....	88
7.1 Vorgehen der ersteintreffenden Rettungsmittelbesatzung	88
8. (Vor-)Sichtung und Patientenversorgung	96
8.1 Nichtärztliche Vorsichtung	98
8.2 Ärztliche Sichtung	100
8.3 Versorgungssicherheit	103
8.4 Patientenablage	106
8.5 Zuteilung der Krankenhausbetten für die Patientenablage	111
8.6 Patientenablage für kontaminierte Patienten	112
8.7 Patientenladezone	113
8.8 Einsatzabschnitt für Unverletzte / Betroffene	118
8.9 Totenablage	119
9. Einsatzabschnitt Bereitstellungsräume	122
9.1 Bereitstellungsraum	122
9.2 Rettungsmittelhalteplatz	123
9.3 Einsatzabschnittsleitung Bereitstellungsraum	124
9.4 Einsatzabschnittsleitung Rettungsmittelhalteplatz	125
10. Einsatzabschnitt Hubschrauberlandestelle	128
10.1 Einsatzabschnittsleitung Hubschrauberlandestelle	128
10.2 Leitender Pilot Hubschrauberlandestelle	129
11. MANV-Module	133
11.1 MANV-ELW-Führungsunterstützung	133
11.2 MANV-PA25	133
11.3 MANV-T (PTZ5)	134
11.4 MANV-BHP50	135

12. Dokumentation	140	16. Sonderobjekte.....	178
12.1 Dokumentation der (Vor-)Sichtung	140	16.1 Patienten auf Sportbooten sowie Binnen- und Seeschiffen	178
12.2 Dokumentation in der Patientenablage	141	16.2 Hochseeinsel Helgoland.....	180
12.3 Patientendokumentation	142	16.3 Eisenbahnhochbrücken über dem Nord-Ostsee-Kanal	181
12.4 Krankenhausplätze	143	16.4 Weitere Sonderobjekte	185
12.5 Rettungsmittelübersicht	144		
12.6 Lagetabelle	145		
12.7 Kommunikationsplan	146		
12.8 Einsatztagebuch	147		
12.9 Taktisches Arbeitsblatt	148		
12.10 Evakuierungsübersicht und Evakuierungskarten	149		
12.11 Betreuungsübersicht	150		
12.12 Informationsblatt für Betroffene	151		
12.13 Einsatzdokumentation OrgL/LNA	152		
12.14 Verfügbarkeit der Dokumentation	152		
13. Psychosoziale Notfallversorgung	154	17. Checklisten.....	188
13.1 Notfallseelsorge [PSNV-B]	154	17.1 Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel	188
13.2 Einsatznachsorge [PSNV-E]	154	17.2 Checkliste – Einsatzleitung Rettungsdienst	189
14. Polizeiliche Einsatzlagen	158	17.3 Checkliste – Patientenablage	191
14.1 Abgrenzung von polizeilichen Lagen	159	17.4 Checkliste – Rettungsmittelhalteplatz	192
14.2 Konzept – Lebensbedrohliche polizeiliche Einsatzlagen »LEBE-Lagen«	160	17.5 Checkliste – ELW-Führungsuntersützung	194
14.3 Sicherer Bereitstellungsraum	161	17.6 Checkliste – ELW-Führungsunterstützung.....	196
14.4 Definition der Bereiche – Raumordnung	162	17.7 Checkliste – Transportorganisation	199
14.5 Rettungsstrategien	163		
14.6 Patientenablagen bei einer LEBE-Lage	164		
14.7 Meldungen und besondere Durchsagen	165		
15. CBRN/E	168	Abkürzungsverzeichnis.....	205
15.1 Grundsätzliches Handeln.....	169		
15.2 Beurteilung der Einsatzstelle	170		
15.3 Kennzeichnung von Gefahrstoffen und Gefahrgütern.....	171		
15.4 Organisation der Einsatzstelle	173		
15.5 Persönliche Schutzausrüstung.....	174		
15.6 Dekontamination.....	175		
15.7 Medizinische Versorgung und Patiententransport.....	176		



1. VORWORT

In Schleswig-Holstein wird »Rettungsdienst« als die fachgerechte Sicherstellung von Notfallrettung und Intensiv- sowie Krankentransport in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft definiert. Hierbei bilden die beteiligten Rettungsdienstorganisationen zusammen mit den weiterführenden Versorgungseinrichtungen ein komplexes medizinisches Versorgungssystem für die gesamte Bevölkerung.

Die gemeinsamen Organisationsstrukturen dürfen dabei jedoch ausdrücklich nicht nur auf die fachgerechte Behandlung einzelner Patienten ausgerichtet sein, sondern müssen auch die zeitgleiche Versorgung einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter gewährleisten können. Diese Abläufe müssen dann schnellstmöglich wieder individualmedizinischen Standards entsprechen.

Die fachgerechte Bewältigung von größeren Notfalleignissen bzw. rettungsdienstlichen Großschadensereignissen (MANV), unterhalb der Katastrophenschwelle, ist somit auch eine elementare Aufgabe jeder Rettungsdienstorganisation in Schleswig-Holstein und stellt daher die Ausgangslage für die Erstellung dieses MANV-Konzeptes dar.

Planungsgrundlage waren hierfür nicht nur das Landesrettungsdienstgesetz sowie dessen Durchführungsverordnung, sondern auch das MANV-Konzept Schleswig-Holstein sowie das Gesetz über den Katastrophenschutz und das Gesetz über den Brandschutz und die Hilfeleistungen der Feuerwehren in Schleswig-Holstein. Zudem fanden die entsprechenden Dienstanweisungen der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) sowie die Alarm- und Einsatzpläne der Krankenhäuser ihre Beachtung.

Das Konzept regelt daher nicht nur grundsätzliche Einsatzstrategien der RKiSH, sondern auch die Zusammenarbeit aller im Bereich der medizinischen Gefahrenabwehr beteiligten Organisationen:

1. Aufbau einer effektiven Führungs- und Kommunikationsstruktur
2. Einbindung von weiteren Rettungsdiensten und Einheiten der Sanitäts- und Betreuungsdienste
3. Einbindung weiterer erforderlicher Kräfte und Fachdienste
4. Sicherstellung der fachgerechten Versorgung sowie des entsprechenden Transportes von bis zu 150 Patienten durch ein standardisiertes Konzept für die Versorgungsbereiche der RKiSH

5. Sicherstellung von Erstversorgung, Behandlung und Transport von mehr als 150 Patienten durch die zusätzliche Einbindung weiterer Kräfte

Rettungsdienstgesetz – §20 Großschadensereignis

(SHRDG; GVOBl. Schl-H. 2017, 256)

[1] Zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen haben die Rettungsdiensträger Planungen zur Erweiterung der dienstplanmäßig verfügbaren Ressourcen (erweiterter Rettungsdienst) durchzuführen und, soweit dies erforderlich ist, Vereinbarungen zur Umsetzung dazu abzuschließen.

[2] Die Planungen [...] sollen insbesondere Folgendes beinhalten:

1. Die Möglichkeiten zur standardisierten Erweiterung des Rettungsdienstes einschließlich der Rettungsleitstelle mit eigenen Ressourcen;
2. Die Möglichkeiten einer rettungsdienstbereichsübergreifenden Zusammenarbeit der Rettungsdiensträger in Form von standardisierten Ressourcen;
3. Die Möglichkeiten der vorhandenen Behandlungseinrichtungen [...] zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten;
4. Das Zusammenwirken mit Einheiten des Katastrophenschutzes.

Aus diesem Grund wurden weitreichende schriftliche Vereinbarungen mit den DRK Kreisverbänden in Dithmarschen, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg und Steinburg sowie dem Ortsverein der Johanniter Unfallhilfe in Rendsburg getroffen.

Anmerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit dieses Konzeptes wird auf die gleichzeitige Verwendung diverser Sprachformen verzichtet. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen gelten jedoch für alle Geschlechter.

Sämtliche Patientenfotos dieses Konzeptes sind im Rahmen von Übungen entstanden und geben somit keine realen Einsatzsituationen wieder.

Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein

Die Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) gGmbH wurde 2005 gegründet und führt in den Kreisen Dithmarschen, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg und Steinburg den bodengebundenen Rettungsdienst durch. Als Tochterunternehmen dieser fünf Kreise befindet sich die RKiSH vollständig in kommunaler Trägerschaft.

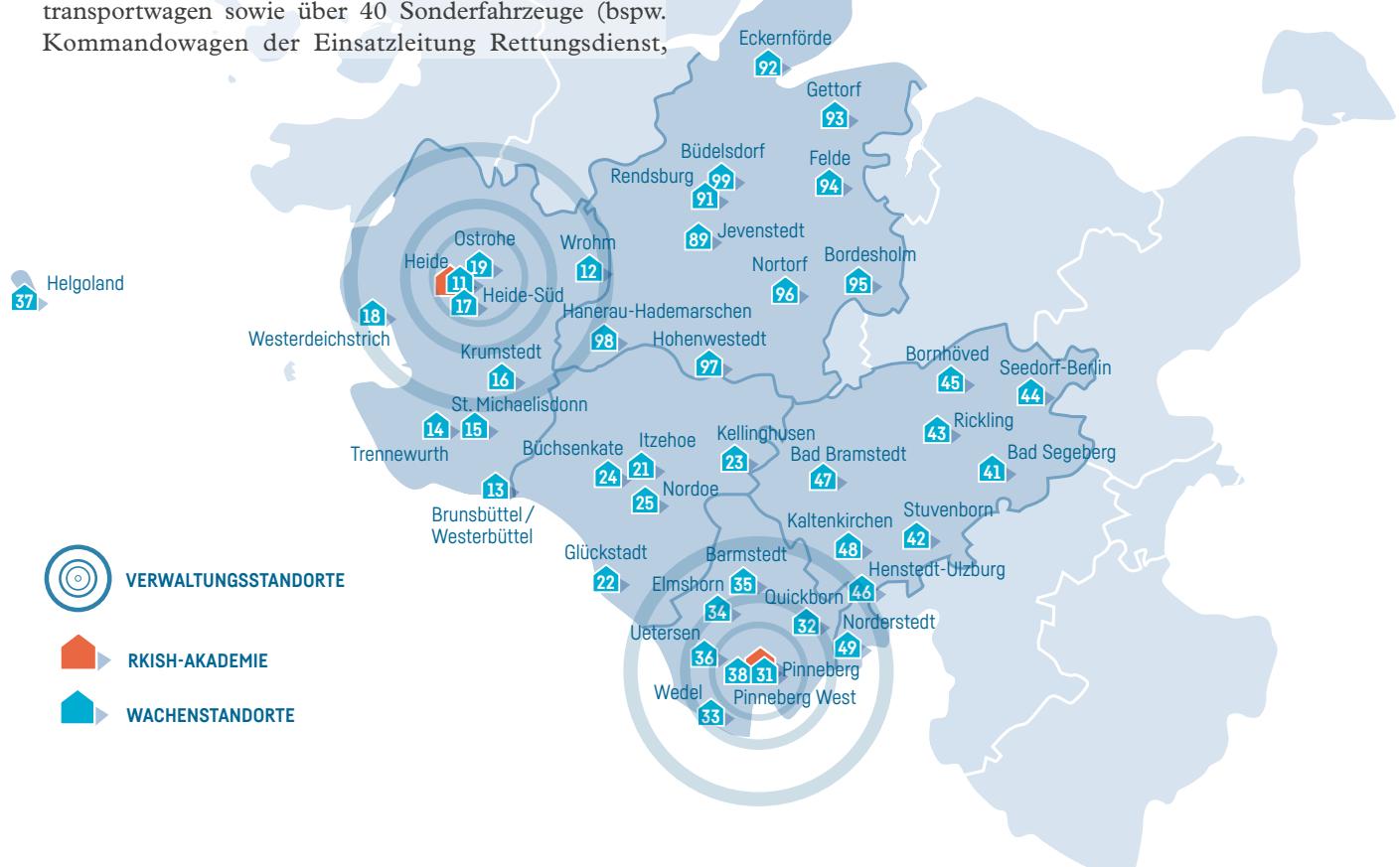
In diesen fünf Versorgungsbereichen wohnen mehr als 1.130.000 Menschen. Um dort die Einhaltung der Hilfsfrist von zwölf Minuten durchgängig gewährleisten zu können, betreibt die RKiSH mehr als 40 Standorte. Hinzu kommen jeweils die beiden Verwaltungs- und Akademiestandorte in Heide und Pinneberg.

Über 250.000 Alarmierungen für die RKiSH werden pro Jahr von zwei Leitstellen disponiert: Der Integrierten Regionalleitstelle – Mitte in Kiel (unter anderem zuständig für den Kreis Rendsburg-Eckernförde) und der Kooperativen Regionalleitstelle – West in Elmshorn (Dithmarschen, Pinneberg, Segeberg und Steinburg).

Die Flotte der RKiSH umfasst über 120 Rettungswagen, ca. 20 Notarzteinsatzfahrzeuge und 30 Krankentransportwagen sowie über 40 Sonderfahrzeuge (bspw. Kommandowagen der Einsatzleitung Rettungsdienst,

Schwerlast-Rettungswagen, Verlegungsarzteinsatzfahrzeug sowie eigene Technik- und Logistikfahrzeuge). Für den rettungsdienstlichen Großschadensfall werden fünf einheitliche Systeme für die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) vorgehalten, sodass die damit verbundenen Aufgaben dort jeweils eigenständig bewältigt werden können. Gleichzeitig können sich diese Leitungskräfte durch die einheitliche Ausbildung, Ausstattung und Organisationsstrukturen gegenseitig unterstützen. Dadurch ist es möglich, dass beispielsweise jeweils nur ein Einsatzleitwagen 1 für jeden Kreis vorgesehen werden muss, bedarfsweise wird dieser aus einem der Nachbarversorgungsbereiche ergänzt.

Die Grundlage für die Versorgung unserer Patienten bilden ein menschlicher und respektvoller Umgang, eine optimale Aus- und Fortbildung sowie Standardarbeitsanweisungen. Ergänzt wird dies durch die bedarfsgerechte Einbindung von regionalen Partnern (Nachbarrettungsdiensten, Hilfsorganisationen, First-Responder-Gruppen usw.). Dies zusammen sorgt für alle uns anvertrauten Menschen die gleiche hochwertige medizinische Behandlung bekommen, die stets auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft ist.



02

DAS RETTUNGSDIENSTLICHE GROSSSCHADENSEREIGNIS

- 2.1 Indikationskatalog der Einsatzleitung Rettungsdienst
- 2.2 ELRD Vertreterregelung
- 2.3 Großschadensereignisse in den Versorgungsbereichen der RKiSH
- 2.4 Rettungsdienstliche Großschadensereignisse außerhalb der RKiSH (Ü-MANV)



2. DAS RETTUNGSDIENSTLICHE GROSSSCHADENSEREIGNIS

EinrettungsdienstlichesGroßschadensereignis(MANV) liegt vor, wenn durch eine Schadenslage so viele Menschen verletzt oder erkrankt sind, dass:

1. mit den einsatzbereiten Mitteln des Rettungsdienstes eine Versorgung der Verletzten/Erkrankten am Einsatzort oder
2. ihre fachgerechte Beförderung nicht gewährleistet ist oder
3. eine Koordinierung der notfallmedizinischen Maßnahmen notwendig ist.

Der Rettungsdienst kann nur mit Hilfe von einheitlichen Alarmierungsstufen und Arbeitsabläufen, auf die bei einem MANV herrschenden Anforderungen, schlagkräftig reagieren. Dafür ist eine entsprechende Alarm- und Ausrückeordnung erforderlich, die innerhalb der Versorgungsbereiche der RKiSH greift und zudem auch noch überregionale Hilfe ermöglicht.

Hierfür wurde das Verzeichnis der einheitlichen Schadenarten für die Alarmierung des Brand-, Katastrophenschutz- und Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein als Orientierungshilfe genutzt. Die regionalen Gegebenheiten der RKiSH wurden ebenfalls entsprechend beachtet und aufgenommen.

Festlegung der Alarmierungsstufen im Einsatz

Die Festlegung der jeweiligen Alarmierungsstufe bzw. deren Auslösung erfolgt auf Grundlage der Informationen der zuständigen Leitstelle, noch vor dem Eintreffen der ersten Rettungsmittel. Hierbei kommt jedoch erschwerend hinzu, dass die frühen Meldungen häufig nur über Dritte erfolgen, unvollständig und daher nicht immer eindeutig interpretierbar sind.

Eine spätere Änderung der Alarmierungsstufe erfolgt durch:

- Das ersteintreffende Rettungsmittel
- Die Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL/LNA)
- Den A-Dienst der RKiSH
- Das Überschreiten der nächsthöheren Schwellenwerte durch Nachforderungen bzw. anhand der Patienten- oder Rettungsmittelanzahl

Daher sind für die Führungskräfte, neben den Kenntnissen derrettungsdienstlichenRessourceninnerhalbderRKiSH und den Versorgungsmöglichkeiten der umliegenden Krankenhäuser, auch Kenntnisse über die sanitätsdienstlichen Kapazitäten der Schnelleinsatzgruppen im örtlichen Versorgungsbereich erforderlich. Um somit auch gezielt Einzelmodule der Hilfsorganisationen anfordern zu können.

2.1 INDIKATIONSKATALOG DER EINSATZLEITUNG RETTUNGSDIENST

Das Gesetz des Landes Schleswig-Holstein über die Notfallrettung und den Krankentransport (SHRDG) verpflichtet den Träger eines jeden Rettungsdienstbereiches zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen eine Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) einzurichten [siehe Kapitel 4](#). Die ERLD, bestehend aus einem Organisatorischen Leiter und einem Leitenden Notarzt, wird durch die zuständige Leitstelle alarmiert. Dies gilt insbesondere beim Vorliegen einer der folgenden Einsatzzsituationen:

- Einsätze mit mehr als zwei arztbesetzten Rettungsmitteln an einer Einsatzstelle
- Einsätze, bei denen die technische Rettung von mehr als einem schwersteingeklemmten Patienten vermutlich eine längere Zeit in Anspruch nimmt
- Unfälle mit gefährlichen Stoffen und Gütern
- Ausgedehnte Sucheinsätze mit rettungsdienstlicher Beteiligung
- Einsätze, bei denen Evakuierungsmaßnahmen zu erwarten sind
- Einsätze, bei denen eine Koordination und/oder eine einheitliche Führung der rettungsdienstlichen Einsatzmaßnahmen erforderlich wird
- Einsätze der Schnelleinsatzgruppen (SEG)
- Plötzlich auftretende und ausgedehnte Betreuungseinsätze (z. B. auch Großfeuer)
- Bombendrohungen
- Bombenfunde/Bombenentschärfungen
- Lebensbedrohliche Polizeiliche Einsatzlagen – LEBE-Lagen (z. B. Geiselnahmen, Amok und Terror)
- Einsätze am oder im Wasser (TH WASSERY)
- Bestätigte Feuer in Sonderobjekten (z. B. in Altenheimen, Krankenhäusern oder Schulen)
- Massenvergiftungen/Massenerkrankungen
- Eskalierende Großveranstaltungen und Demonstrationen mit direkten Auswirkungen auf den Rettungsdienst oder die Kliniken
- Direkte Anforderungen durch Einsatzkräfte des Rettungsdienstes
- Anforderungen durch andere BOS
- Anforderungen der MANV-Module des eigenen Versorgungsbereiches in fremde Rettungsdienstbereiche (MANV-TEL, MANV-T, MANV-PA25 oder MANV-BHP50)

Zusätzlich wird der Organisatorische Leiter gemäß RKiSH-Dokument 0134 (in der jeweils gültigen Fassung) zur Aufnahme von Eigenunfällen mit Dienstfahrzeugen der RKiSH alarmiert, welche über einen Bagatellschaden hinausgehen. Dies gilt auch unterstützend für entsprechende Unfälle der SEG Partner und von Fremd-Rettungsmitteln in den Versorgungsbereichen der RKiSH.

2.2 ELRD VERTRETERREGLEUNG

Bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis erfolgt die Alarmierung der jeweils kreisbezogenen Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. des Organisatorischen Leiters (OrgL) und des Leitenden Notarztes (LNA) gemäß Indikationskatalog. Stehen in einem Versorgungsbereich eine oder beide dieser Funktionen nicht zur Verfügung, erfolgt die Alarmierung des nächstgelegenen LNA bzw. OrgL der RKiSH zur Vervollständigung der Einsatzleitung Rettungsdienst am Einsatzort.

In begründeten Einzelfällen, z. B. bei deutlich rascherer Verfügbarkeit von OrgL bzw. LNA aus benachbarten RKiSH-Versorgungsbereichen können auch diese im Sinne der »Nächsten-Fahrzeug-Strategie« direkt alarmiert werden. Gleichermaßen gilt für OrgL und LNA aus benachbarten Kreisen/kreisfreien Städten außerhalb des Einsatzgebietes der RKiSH, die dann um Amtshilfe gebeten werden können.

2.3 GROSSSCHADENSEREIGNISSE IN DEN VERSORGUNGSBEREICHEN DER RKISH

2.3.1 Alarmierungsstufe: ELRD

Diese Alarmierungsstufe wird ausgelöst, sobald der Organisatorische Leiter und der Leitende Notarzt bzw. die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) zusammen, jedoch unterhalb der Einsatzschwelle R5, an einer Einsatzstelle benötigt werden. Für die Alarmierung der ELRD gibt es vielfältige Alarmierungsgründe.

Diese sind im Kapitel 2.1 aufgeführt.

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Information
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	1 A-Dienst RKiSH
1 Leitender Notarzt [LNA]	1 Teamleitung Pressebetreuung RKiSH

Neben dem Soforteinsatz bzw. der direkten Alarmierung der beiden Leitungskräfte der ELRD werden zusätzlich sowohl der A-Dienst als auch die RKiSH Pressebetreuung über das Einsatzszenario informiert [siehe Kapitel 5.1 und 5.7](#). Dieser sogenannte Info-Alarm führt somit nicht automatisch zum Ausrücken dieser Kräfte, sondern ermöglicht vorbereitende Maßnahmen.

2.3.2 Alarmierungsstufe: R5

Diese Alarmierungsstufe wird bei einer Einsatzlage mit **3 bis 5 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

Hierbei werden die direkt einsatzbereiten Rettungsmittel zumeist ausreichend sein, so dass nicht auf externe Kräfte zurückgriffen werden muss [siehe Kapitel 8.3](#).

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
4 Rettungswagen (RTW)	-n RTW (nach Lage)
1 Krankentransportwagen (KTW)	-n KTW (nach Lage)
2 Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH (nach Lage)
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	1 Leitender Notarzt [LNA]
1 A-Dienst RKiSH [Info]	1 Rechtsmedizin
1 Teamleitung Pressebetreuung RKiSH [Info]	

Der Organisatorische Leiter wird hierbei in erster Linie als Ansprechpartner für die rettungsdienstlichen Einsatzkräfte und die anderen BOS vor Ort sowie die Leitstelle eingesetzt. Bei Bedarf kann der Leitende Notarzt zu jeder Zeit aktiv dem Einsatz zugeordnet werden. Dies geschieht dann entweder bereits aufgrund der konkreten Einsatzlage durch die Leitstelle oder durch die Einsatzkräfte des Rettungsdienstes.

2.3.3 Alarmierungsstufe: R10

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **6 bis 10 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

Hierbei besteht ein sehr kurzzeitiges Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, das aber normalerweise unter der Nutzung der eigenen rettungsdienstlichen Strukturen aufgefangen werden kann. Die Einsatzkräfte stehen sowohl zur fachgerechten Erstversorgung als auch zum Transport zur Verfügung, es muss somit nicht unmittelbar auf externe Unterstützung zurückgegriffen werden [siehe Kapitel 8.3](#).

Kräfteaufgabot	
Soforteinsatz	Optional
7 Rettungswagen [RTW]	-n RTW [nach Lage]
3 Krankentransportwagen [KTW]	-n KTW [nach Lage]
3 Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH [nach Lage]
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	1 Dienstfreie Kräfte RKiSH
1 Leitender Notarzt [LNA]	1 Gruppenruf - OrgL
1 A-Dienst RKiSH [Info]	1 Rechtsmedizin
1 Teamleitung Pressebetreuung RKiSH [Info]	
1 ELW-Führungsunterstützung	

Der ELW-Führungsunterstützung dient der Einsatzleitung Rettungsdienst als Führungsmittel vor Ort, indem der Einsatzleitwagen bzw. dessen Besatzung vordefinierte Aufgaben übernimmt [siehe Kapitel 4.4](#).

2.3.4 Alarmierungsstufe: R15

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **11 bis 15 verletzten/erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein kurzzeitiges Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches für eine gewisse Zeit anhält. Ein erweiterte Hilfe durch externe Organisationen ist hier gegebenenfalls erforderlich [siehe Kapitel 8.3](#).

Ab dieser R-Stufe kommt erstmals ein MANV-Transportmodul (MANV-T) zum Einsatz. Dieses Modul beinhaltet einem standardisierten Patiententransportzug für den Transport von 5 liegenden und ggf. weiteren 5 sitzenden Patienten [siehe Kapitel 11.3](#).

Um die verschiedenen Einsatzabschnitte mit ausgebildeten Führungskräften zu besetzen, wird der OrgL-Gruppenruf genutzt. Dieser versetzt die regulär dienstfreien Organisatorischen Leiter in den Einsatz. Dienstfreie Einsatzkräfte sowie dienstfreie Notärzte der RKiSH ergänzen das Personal in den Transportkomponenten und besetzen, auch ggf. gemeinsam mit den ehrenamtlichen Kräften der SEG, die Rettungsmittel.

Kräfteaufgabot	
Soforteinsatz	Optional
9 Rettungswagen [RTW]	-n RTW [nach Lage]
3 Krankentransportwagen [KTW]	-n KTW [nach Lage]
3 Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH [nach Lage]
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	1 Rechtsmedizin
1 Leitender Notarzt [LNA]	1 Modul MANV-PA25
1 A-Dienst RKiSH	
1 Pressebetreuung RKiSH	
1 Gruppenruf - OrgL	
1 Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1 ELW-Führungsunterstützung	
1 Modul MANV-T	

2.3.5 Alarmierungsstufe: R20

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **16 bis 20 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches für eine gewisse Zeit anhält. Ein erweitertes Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist hier gegebenenfalls erforderlich
█ **siehe Kapitel 8.3.**

Erstmals wird in dieser Stufe eine Patientenablage (MANV-PA25) für bis zu 25 verletzte/erkrankte Personen alarmiert. Materiell und personell stellen die SEG-Einheiten den überwiegenden Teil der Patientenablage █ **siehe Kapitel 11.2.** Die dienstfreien Kräfte der RKiSH unterstützen in diesem Bereich. Um die Patienten schnellstmöglich in die Kliniken zu transportieren und die individualmedizinischen Grundsätze wieder herzustellen, wurde ein zweites Transportmodul in die Alarm- und Ausrückeordnung mit aufgenommen. Der Leiter Rettungsdienst (A-Dienst) wird ab dieser Stufe die einsatzführende Leitstelle aufsuchen und dort den Einsatzablauf als Verbinder unterstützen und insbesondere für die Sicherstellung des Regelrettungsdienstes in den RKiSH Versorgungsbereichen sorgen.

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
12 Rettungswagen (RTW)	-n RTW (nach Lage)
4 Krankentransportwagen (KTW)	-n KTW (nach Lage)
4 Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF / RTH)	-n NEF / RTH (nach Lage)
1 Organisatorischer Leiter (OrgL)	1 Rechtsmedizin
1 Leitender Notarzt (LNA)	1 RKiSH-Akademie (bei Schulbetrieb)
1 A-Dienst RKiSH	
1 Pressebetreuung RKiSH	
1 Gruppenruf – OrgL	
1 Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1 ELW-Führungsunterstützung	
2 Modul MANV-T	
1 Modul MANV-PA25	

2.3.6 Alarmierungsstufe: R30

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **21 bis 30 verletzten/erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches für eine gewisse Zeit anhält. Ein Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist erforderlich [siehe Kapitel 8.3 und 11](#).

Ab dieser Alarmierungsstufe wird ein zweiter Einsatzleitwagen aus einem direkt benachbarten Versorgungsbereich der RKiSH an die Einsatzstelle alarmiert. Grund hierfür ist die aufwendiger werdende Organisation der Patiententransporte in die Kliniken. Das Team des zweiten ELW übernimmt daher ausschließlich die Transportorganisation und entlastet dadurch den einsatzführenden ELW.

Zusätzlich werden auch die diensthabenden OrgL und LNA aus diesem benachbarten Versorgungsbereich alarmiert. Sie sollen vor Ort nicht die Einsatzleitung übernehmen, sondern die regionale ELRD bedarfsgerecht unterstützen. Dies kann bspw. der Fall im Bereich der Transportorganisation oder an anderen neuralgischen Punkten sein.

Während des Schulbetriebes werden Teilnehmer der Fortbildungen / des Schulunterrichts über die Sekretariate alarmiert [siehe Kapitel 6.4](#).

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
15 Rettungswagen [RTW]	-n RTW [nach Lage]
5 Krankentransportwagen [KTW]	-n KTW [nach Lage]
5 Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH [nach Lage]
2 Organisatorischer Leiter [OrgL]	1 Rechtsmedizin
2 Leitender Notarzt [LNA]	
1 A-Dienst RKiSH	
1 Pressebetreuung RKiSH	
1 Gruppenruf - OrgL	
1 Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1 RKiSH-Akademie [bei Schulbetrieb]	
2 ELW-Führungsunterstützung	
3 Modul MANV-T	
1 Modul MANV-PA25	

2.3.7 Alarmierungsstufe: R40

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **31 bis 40 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches für eine längere Zeit anhält. Ein erweitertes Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist hierbei erforderlich □ [siehe Kapitel 8.3.](#)

Bereits ab der Stufe R40 wird ein dritter Einsatzleitwagen zur Führungsunterstützung alarmiert. Das Team des dritten ELW übernimmt an der Einsatzstelle – bedarfsweise – die Koordination des Rettungsmittelhalteplatzes bzw. des Bereitstellungsraumes oder der Ladezone □ [siehe Kapitel 8.7 und 9.1.](#) Zusätzlich werden auch die diensthabenden OrgL und LNA aus diesem Versorgungsbereich hinzualarmiert. Sie sollen vor Ort nicht die Einsatzleitung übernehmen, sondern die regionale ELRD bedarfsgerecht unterstützen. Dies kann bspw. der Fall im Bereich der Ladezone oder an anderen neuralgischen Punkten sein.

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
18 Rettungswagen (RTW)	-n RTW (nach Lage)
7 Krankentransportwagen (KTW)	-n KTW (nach Lage)
6 Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF / RTH)	-n NEF / RTH (nach Lage)
3 Organisatorischer Leiter (OrgL)	1 Rechtsmedizin
3 Leitender Notarzt (LNA)	
1 A-Dienst RKiSH	
1 Pressebetreuung RKiSH	
2 Gruppenruf – OrgL	
2 Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1 RKiSH-Akademie (bei Schulbetrieb)	
3 ELW-Führungsunterstützung	
3 Modul MANV-T	
1 Modul MANV-PA25	



2.3.8 Alarmierungsstufe: R50

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **41 bis 50 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein deutliches Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches für eine längere Zeit anhält. Ein erweitertes Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist hierbei erforderlich □ [siehe Kapitel 8.3](#).

Es ist unbedingt zu vermeiden, dass leichtverletzte / erkrankte Personen der Sichtungskategorie GRÜN (SK III) frühzeitig in die nahegelegenen Krankenhäuser verbracht werden bzw. sich eigenständig dorthin begeben. Dadurch wären die Behandlungskapazitäten dieser Kliniken belegt und der wichtige Zeitvorteil, der aufgrund des kurzen Fahrtweges besteht, würde für die vital bedrohten Patienten nicht mehr zur Geltung kommen.

Für den geordneten Transportfluss der schwerverletzten / erkrankten Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) wird daher durch den LNA eine Transportreihenfolge festgelegt. Unkritische Patienten werden zunächst in den Patientenablagen entsprechend behandelt. Optional besteht die Möglichkeit einen Behandlungsplatz (BHP50) einzurichten. Patienten der Sichtungskategorie ROT profitieren in der Regel nicht von einer medizinischen Versorgung in einem BHP50, sie benötigen klinische Versorgungsmöglichkeiten.

Bei einer Patientenzahl von bis zu 50 erkrankten / verletzten Personen ist an der Einsatzstelle davon auszugehen, dass aus den GRÜN (SK III) vorgesehnten Patienten eine größere Anzahl nach der ärztlichen Sichtung in die Kategorie WEISS umgesichtet wird. Um die Betreuung dieser Betroffenen zu gewährleisten, ist eine Betreuungskomponente der Hilfsorganisation in der Alarm- und Ausrückeordnung vorgesehen.

Zusätzlich kann, nach der Anforderung durch die untere Katastrophenschutzbehörde des betroffenen Versorgungsbereiches, ein entsprechend in Stabsarbeit weitergebildeter Organisatorischer Leiter in die Technische Einsatzleitung des Kreises oder den Führungsstab des Katastrophenschutzes entsandt werden. Dort übernimmt der bedarfsweise die Funktion des so genannten S33-Rettungsdienst oder als Fachberater – Rettungsdienst □ [siehe Kapitel 3.2](#).

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
23 Rettungswagen [RTW]	-n RTW [nach Lage]
9 Krankentransportwagen [KTW]	-n KTW [nach Lage]
7 Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH [nach Lage]
3 Organisatorischer Leiter [OrgL]	Team Funk- und 1 Kommunikationstechnik RKiSH
3 Leitender Notarzt [LNA]	1 Fachberater S33 RKiSH
1 A-Dienst RKiSH	1 Rechtsmedizin
1 Pressebetreuung RKiSH	1 ELW II KatS
3 Gruppenruf – OrgL	1 Modul MANV-BHP50
3 Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1 RKiSH-Akademie [bei Schulbetrieb]	
3 ELW-Führungsunterstützung	
4 Modul MANV-T	
2 Modul MANV-PA25	
1 Betreuungskomponente [HiOrg]	

2.3.9 Alarmierungsstufe: R75

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **51 bis 75 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein sehr deutliches Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches auch für eine längere Zeit anhalten wird. Ein erweitertes Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist hier unbedingt erforderlich [siehe Kapitel 8.3](#).

Für einen geordneten Transportfluss der schwerverletzten Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) ist es erforderlich die unkritischen Patienten zunächst in den Patientenablagen oder in einem Behandlungsplatz zu versorgen bzw. entsprechend zu betreuen und erst dann in weiter entfernte Versorgungseinrichtungen zu befördern.

Mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wurde ein umfangreicher Kooperationsvertrag geschlossen, sodass Rechtsmediziner bedarfsgerecht an der MANV Einsatzstelle unterstützen können [siehe Kapitel 8.9](#).

Kräfteaufgebot		
	Soforteinsatz	Optional
25	Rettungswagen (RTW)	-n RTW (nach Lage)
11	Krankentransportwagen (KTW)	-n KTW (nach Lage)
9	Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF / RTH)	-n NEF / RTH (nach Lage)
4	Organisatorischer Leiter (OrgL)	Team Funk- und Kommunikationstechnik RKiSH
4	Leitender Notarzt (LNA)	1 Fachberater S33 RKiSH
1	A-Dienst RKiSH	1 Rechtsmedizin
1	Pressebetreuung RKiSH	1 ELW II KatS
4	Gruppenruf – OrgL	1 Modul MANV-BHP50
4	Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1	RKiSH-Akademie (bei Schulbetrieb)	
4	ELW-Führungsunterstützung	
6	Modul MANV-T	
3	Modul MANV-PA25	
2	Betreuungskomponente (HiOrg)	

2.3.10 Alarmierungsstufe: R100

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **51 bis 75 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein sehr deutliches Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches auch für eine längere Zeit anhalten wird. Ein erweitertes Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist hier unbedingt erforderlich □ **siehe Kapitel 8.3.**

Für einen geordneten Transportfluss der schwerverletzten Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) ist es erforderlich die unkritischen Patienten zunächst in den Patientenablagen oder in einem Behandlungsplatz zu versorgen bzw. entsprechend zu betreuen und erst dann in weiter entfernte Versorgungseinrichtungen zu befördern.

Ein großer Einsatzleitwagen der Technischen Einsatzleitung bzw. des Katastrophenschutzes (ELW II KatS) kann über die einsatzführende Leitstelle angefordert werden und steht dann als zusätzliches Führungsmittel für den Rettungsdienst zur Verfügung. Da dieser ggf. aus einem benachbarten VB angefordert werden muss, ist ein entsprechend hoher zeitlicher Ansatz für die Anfahrt zu berücksichtigen.

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
30 Rettungswagen [RTW]	-n RTW [nach Lage]
14 Krankentransportwagen [KTW]	-n KTW [nach Lage]
11 Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH [nach Lage]
4 Organisatorischer Leiter [OrgL]	Team Funk- und 1 Kommunikationstechnik RKiSH
4 Leitender Notarzt [LNA]	1 Fachberater S33 RKiSH
1 A-Dienst RKiSH	1 Rechtsmedizin
1 Pressebetreuung RKiSH	1 ELW II KatS
5 Gruppenruf – OrgL	1 Modul MANV-BHP50
4 Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1 RKiSH-Akademie [bei Schulbetrieb]	
5 ELW-Führungsunterstützung	
8 Modul MANV-T	
4 Modul MANV-PA25	
2 Betreuungskomponente [HiOrg]	

2.3.11 Alarmierungsstufe: R125

Diese Alarmierungsstufe wird bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **101 bis 125 verletzten / erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein sehr großes Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches auch für eine längere Zeit anhalten wird. Ein erweitertes Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist hier unbedingt erforderlich  [siehe Kapitel 8.3](#).

Für einen geordneten Transportfluss der schwerverletzten Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) ist es daher erforderlich die unkritischen Patienten zunächst in den Patientenablagen und in Behandlungsplätzen zu versorgen bzw. entsprechend zu betreuen und erst dann in weiter entfernte Versorgungseinrichtungen zu befördern.

Kräfteaufgebot		
	Soforteinsatz	Optional
35	Rettungswagen [RTW]	-n RTW (nach Lage)
16	Krankentransportwagen [KTW]	-n KTW (nach Lage)
14	Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH (nach Lage)
4	Organisatorischer Leiter [OrgL]	Team Funk- und Kommunikationstechnik RKiSH
4	Leitender Notarzt [LNA]	1 Fachberater S33 RKiSH
1	A-Dienst RKiSH	1 Rechtsmedizin
1	Pressebetreuung RKiSH	1 ELW II KatS
5	Gruppenruf – OrgL	2 Modul MANV-BHP50
5	Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1	RKiSH-Akademie (bei Schulbetrieb)	
5	ELW-Führungsunterstützung	
10	Modul MANV-T	
5	Modul MANV-PA25	
3	Betreuungskomponente [HiOrg]	

2.3.12 Alarmierungsstufe: R150

Diese Alarmierungsstufe wird bei einemrettungs-dienstlichen Großschadensereignis (MANV) mit **126 bis 150 verletzten/erkrankten Personen** an der Einsatzstelle ausgelöst.

In diesem Fall handelt es sich um ein sehr großes Missverhältnis zwischen der Anzahl der Patienten und dem aktuellen Potential der Rettungskräfte, welches für eine längere Zeit anhalten wird. Ein erweitertes Hilfeleistungsangebot von externen Organisationen ist hier zwingend erforderlich  siehe Kapitel 8.3.

Für einen geordneten Transportfluss der schwerverletzten Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) ist es daher erforderlich die unkritischen Patienten zunächst in den Patientenablagen und in Behandlungsplätzen zu versorgen bzw. entsprechend zu betreuen und erst dann in weiter entfernte Versorgungseinrichtungen zu befördern.

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
40 Rettungswagen [RTW]	-n RTW [nach Lage]
16 Krankentransportwagen [KTW]	-n KTW [nach Lage]
16 Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF / RTH]	-n NEF / RTH [nach Lage]
4 Organisatorischer Leiter [OrgL]	Team Funk- und 1 Kommunikationstechnik RKiSH
4 Leitender Notarzt [LNA]	1 Fachberater S33 RKiSH
1 A-Dienst RKiSH	1 Rechtsmedizin
1 Pressebetreuung RKiSH	1 ELW II KatS
5 Gruppenruf – OrgL	3 Modul MANV-BHP50
5 Dienstfreie Kräfte RKiSH / Dienstfreie Notärzte	
1 RKiSH-Akademie [bei Schulbetrieb]	
5 ELW-Führungsunterstützung	
15 Modul MANV-T	
7 Modul MANV-PA25	
3 Betreuungskomponente [HiOrg]	

2.4 RETTUNGSDIENSTLICHE GROSSSCHADENSEREIGNISSE AUSSERHALB DER RKISH (Ü-MANV)

Das *Schleswig-Holsteinische Rettungsdienstgesetz (SHRDG)* verpflichtet die Träger des Rettungsdienstes durch § 20 Abs. 2 Nr. 2 auf Anforderung zur gegenseitigen Unterstützung, sofern dadurch die Wahrnehmung der eigenen Aufgaben nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Dies gilt auch für Anforderungen aus angrenzenden Ländern oder Staaten.

Hierfür wurde auf Landesebene durch den rettungsdienstlichen Arbeitskreis »Taktik & Einsatz« das MANV-Konzept S-H mit den entsprechenden Grundlagen zu überörtlichen Einsatzstellen erstellt. Somit kann auch auf externe Anfragen schlagkräftig reagiert und gleichzeitig der Regelrettungsdienst der eigenen Versorgungsbereiche adäquat weitergeführt werden. Zeitweise Einschränkungen im unkritischen Krankentransport sind hierbei nicht zu vermeiden.

Die folgenden fünf Ü-MANV-Alarmierungsmodule werden bei externen Anfragen ausgelöst, bei denen ein anderer Rettungsdiensträger die Hilfe der RKiSH zur Bewältigung eines größeren Notfallereignisses anfordert. Hierbei ist jeweils das koordinierte Vorgehen gleich, die einzelnen Einheiten der RKiSH-Standorte treffen sich an vorgegebenen Sammelstellen, um von dort gemeinsam zum überörtlichen Bereitstellungsraum zu fahren.

Bei den externen Hilfeersuchen können jeweils mehrere Module durch die RKiSH gestellt werden, realistisch sind hierbei:

Modul	Anzahl
Ü-MANV - TEL	4
Ü-MANV - Sofort	5
Ü-MANV - PA25	5
Ü-MANV - T	5
Ü-MANV - BHP50	1

Ist bei Eintreffen des Ü-MANV-Moduls an der Einsatzstelle noch keine rettungsdienstliche Führungsstruktur vorhanden, so besteht in Abstimmung mit der örtlich zuständigen Leitstelle die Möglichkeit die Einsatzleitung übergangsweise zu übernehmen. Diese wird dann schnellstmöglich an die regional zuständige Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD), in deren Zuständigkeitsbereich die Einsatzstelle liegt, übergeben. Nach der Übergabe unterstellen sich die RKiSH-Führungskräfte der regional zuständigen Einsatzleitung Rettungsdienst und unterstützen diese.

Eine Doppelkennzeichnung der Führungskräfte/Funktionen ist an der Einsatzstelle zu vermeiden. Der Organisatorische Leiter und Leitende Notarzt tragen daher in diesem Fall keine gelbe Kennzeichnung, sie kennzeichnen sich mit einer roten Weste (Führer einer unterstellten Einheit) bzw. im Verlauf ggf. auch mit einer weißen Weste (Einsatzabschnittsleitung), je nach zugewiesener Aufgabe.

2.4.1 Ü-MANV »TEL«

Das *Ü-MANV-Modul Technische Einsatzleitung* ermöglicht die standardisierte Unterstützung – in einem fremden Rettungsdienstbereich – für die dortige Einsatzleitung Rettungsdienst. Hierbei arbeiten die Führungskräfte der RKiSH mit den kooperierenden Hilfsorganisationen zusammen. Genutzt werden die identischen Strukturen, die auch bei einemrettungsdienstlichen Großschadensereignis in einem Versorgungsbereich der RKiSH zum Einsatz kommen würden [siehe Kapitel 4.4](#). Denkbar sind dabei die fachgerechte Leitung eines zugeordneten Einsatzabschnittes ggf. mit mehreren Untereinsatzabschnitten oder die Aufgaben der Transportorganisation.

Aufgaben

Die alarmierten Einheiten der unterschiedlichen RKiSH-Standorte sowie der Hilfsorganisationen treffen sich an der durch die Leitstelle vorgegebenen Sammelstelle. Auf der gemeinsamen Anfahrt übernimmt der Organisatorische Leiter die Führung und nimmt entsprechend Kontakt zur örtlich zuständigen Leitstelle und danach zur dortigen Einsatzleitung auf. Die RKiSH-Kräfte fahren dann koordiniert in den örtlichen Bereitstellungsraum ein und verbleiben dort, bis sie zum eigentlichen Einsatzort abgerufen werden [siehe Kapitel 9.1](#).

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	1 Gruppenruf – OrgL
1 Leitender Notarzt [LNA]	
1 ELW-Führungsunterstützung	
1 A-Dienst RKiSH [Info]	

2.4.2 Ü-MANV »Sofort«

Bei dieser Alarmierungsstufe wird durch die RKiSH mit sofort freien Rettungsmitteln reagiert, um direkt an einer Einsatzstelle in einem fremden Rettungsdienstbereich unterstützen zu können. In der Regel werden hierbei die Einheiten des RKiSH-Versorgungsbereiches alarmiert, der dem Einsatzort am nächsten liegt.

Damit die notfallmedizinische Grundversorgung des eigenen RKiSH-Versorgungsbereiches adäquat weitergeführt werden kann (ggf. mit reduziertem Krankentransport), können zusätzlich die Dienstfreien Kräfte RKiSH des entsendenden Versorgungsbereiches alarmiert werden [siehe Kapitel 6](#).

Ü-MANV-S-R	
Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
3 Rettungswagen [RTW]	1 Dienstfreie Kräfte RKiSH
1 A-Dienst RKiSH [Info]	

Ü-MANV-S-N	
Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
2 Rettungswagen [RTW]	1 Dienstfreie Kräfte RKiSH
1 Notarzteinsatzfahrzeug [NEF]	
1 A-Dienst RKiSH [Info]	

Durch die beiden möglichen Varianten von »Ü-MANV – Sofort« kann auf die konkreten Bedürfnisse an der Einsatzstelle standardisiert reagiert werden.

Aufgaben

Die alarmierten Einheiten der unterschiedlichen RKiSH-Standorte treffen sich bedarfsgerecht an einer von der Leitstelle vorgegebenen Sammelstelle und nehmen dann über die Besatzung des dort ersteintreffenden Rettungswagens bzw. des Notarzteinsatzfahrzeuges Kontakt zur örtlich zuständigen Leitstelle auf. Die RKiSH-Kräfte fahren dann koordiniert in den örtlichen Bereitstellungsraum ein und verbleiben dort, bis sie zum eigentlichen Einsatzort abgerufen werden [siehe Kapitel 9.1](#).

2.4.3 Ü-MANV »PA25«

Das *Ü-MANV-Modul PA25* soll bis zu 25 verletzte oder erkrankte Personen eigenständig in einem fremden Rettungsdienstbereich fachgerecht versorgen können. Für die notwendigen Kliniktransporte müssen weitere Kräfte, von der regional zuständigen Einsatzleitung Rettungsdienst, zugeführt werden.

Hierbei ist eine Verteilung der Sichtungskategorien nach dem folgenden Schlüssel anzunehmen: 5 ROT (SK I) / 7 GELB (SK II) / 13 GRÜN (SK III).

Das Kräfteaufgebot des Modul MANV-PA25 wird bei einem Einsatz in einem fremden Versorgungsbereich durch Führungskräfte sowie zusätzliche RTW und NEF ergänzt, um so autark vor Ort arbeiten zu können.

Damit die notfallmedizinische Grundversorgung des eigenen Versorgungsbereiches noch adäquat weitergeführt werden kann (reduzierter Krankentransport), werden zusätzlich die *Dienstfreien Kräfte RKiSH* des entsendenen Versorgungsbereiches alarmiert [siehe Kapitel 6](#).

Aufgaben

Die alarmierten Einheiten der unterschiedlichen RKiSH-Standorte sowie der Hilfsorganisationen treffen sich an der durch die Leitstelle vorgegebenen Sammelstelle. Auf der gemeinsamen Anfahrt übernimmt der Organisatorische Leiter die Führung und nimmt entsprechend Kontakt zur örtlich zuständigen Leitstelle und dann zur dortigen Einsatzleitung auf. Die Kräfte fahren dann koordiniert in den örtlichen Bereitstellungsraum ein und verbleiben dort, bis sie zum eigentlichen Einsatzort abgerufen werden [siehe Kapitel 9.1](#).

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
2 Rettungswagen [RTW]	-n RTW
1 Notarzteinsatzfahrzeug [NEF / RTH]	-n NEF / RTH
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	1 Gruppenruf – OrgL
1 Leitender Notarzt [LNA]	1 Dienstfreie Kräfte RKiSH
1 Modul MANV-PA25	
1 A-Dienst RKiSH [Info]	
1 Dienstfreie Kräfte RKiSH des entsendenen VBs	
1 Pressebetreuung RKiSH [Info]	



2.4.4 Ü-MANV »Transport«

Bei dieser Alarmierungsstufe wird mit sofort freien Rettungs- und Krankentransportwagen reagiert, diese werden gemeinschaftlich durch die RKiSH und die Schnelleinsatzgruppen der Hilfsorganisationen gestellt. Dadurch ist es möglich, auch eine Vielzahl an schwer verletzten/erkrankten Patienten fachgerecht in die weiterführenden Versorgungseinrichtungen zu befördern. Um sowohl die Einsatzvorplanungen als auch die konkrete Durchführung zu erleichtern wurden Transportmodule mit festen Fähigkeitsprofilen etabliert. MANV-T-Module basieren auf einem sogenannten Patiententransportzug (PTZ5), der mindestens fünf Patienten fachgerecht liegend sowie ggf. ergänzend 5 weitere Patienten sitzend transportieren kann [siehe Kapitel 11.3](#). Durch die gezielte Kombination von mehreren MANV-T-Modulen kann die Transportkapazität entsprechend erhöht werden. In der Regel werden hierbei die Einheiten des RKiSH Versorgungsbereiches alarmiert, die dem Einsatzort am nächsten liegen.

Damit die notfallmedizinische Grundversorgung des eigenen Versorgungsbereiches noch adäquat weitergeführt werden kann (ggf. mit reduziertem Krankentransport), werden zusätzlich die Dienstfreien Kräfte RKiSH des entsendenden Versorgungsbereiches alarmiert [siehe Kapitel 6](#).

Aufgaben

Die alarmierten Einheiten der unterschiedlichen Standorte sowie der Hilfsorganisationen treffen sich an der durch die Leitstelle vorgegebenen Sammelstelle. Auf der gemeinsamen Anfahrt übernimmt der Organisatorische Leiter die Führung und nimmt entsprechend Kontakt zur örtlich zuständigen Leitstelle und dann zur dortigen Einsatzleitung auf. Die Kräfte fahren dann koordiniert in den örtlichen Bereitstellungsraum ein und verbleiben dort, bis sie zum eigentlichen Einsatzort abgerufen werden [siehe Kapitel 9.1](#).

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	-3 RTW [je nach Verfügbarkeit der KTW]
1 Dienstfreie Kräfte RKiSH des entsendenden Versorgungsbereiches	-n Notarzteinsatzfahrzeuge [NEF]
1 Modul MANV-T	1 Dienstfreie Kräfte RKiSH des benachbarten Versorgungsbereiches
1 A-Dienst RKiSH [Info]	
1 Pressebetreuung RKiSH [Info]	

2.4.5 Ü-MANV »BHP50«

Bei dieser Alarmierungsstufe wird mit sofort freien Behandlungskapazitäten, in Form von kombinierten Kräften der RKiSH und Komponenten der örtlichen Hilfsorganisationen, zum Betrieb eines eigenständigen Behandlungsplatz 50 zurückgegriffen.

Mit einem Ü-MANV-BHP50 können bis zu 50 verletzte oder erkrankte Patienten pro Stunde fachgerecht versorgt werden. Dies entspricht einemrettungsdienstlichen Großschadensereignis der Stufe R50 [siehe Kapitel 2.3.8](#).

Hierbei ist eine Verteilung der Sichtungskategorien nach dem folgenden Schlüssel anzunehmen: 10 ROT (SKI) / 15 GELB (SKII) / 25 GRÜN (SKIII)

In der Regel werden hierbei die Einheiten der RKiSH-Versorgungsbereiche alarmiert, die dem Einsatzort am nächsten liegen. Damit die notfallmedizinische Grundversorgung des eigenen Versorgungsbereiches noch adäquat weitergeführt werden kann (*reduzierter Krankentransport*), werden zusätzlich die »Dienstfreien Kräfte RKiSH« des entsendenden Versorgungsbereiches alarmiert [siehe Kapitel 6](#).

Da die Anforderungen an die verfügbaren Einsatzkräfte- und -mittel bei einem »Ü-MANV-Modul BHP50« sehr hoch sind, können sie nicht von jedem RKiSH-Versorgungsbereich gewährleistet werden. Aufgrund der hohen Variabilität ist es jedoch möglich auch zwei der kleineren Module »Ü-MANV-Patientenablage 25« nebeneinander aufzustellen und somit gemeinsam die hohen Kapazitäten von einem »Ü-MANV-Modul BHP50« zu erreichen. Lediglich im Versorgungsbereich Pinneberg ermöglicht die dortigen Strukturen das eigenständige Betreiben eines Behandlungsplatz 50.

Aufgaben

Die alarmierten Einheiten der unterschiedlichen Standorte treffen sich zusammen mit den Kräften der Hilfsorganisationen an der von der Leitstelle vorgegebenen Sammelstelle. Auf der gemeinsamen Anfahrt übernimmt der Organisatorische Leiter die Führung und nimmt entsprechend Kontakt zur örtlich zuständigen Leitstelle und dann zur dortigen Einsatzleitung auf.

Die Kräfte fahren dann koordiniert in den örtlichen Bereitstellungsraum ein und verbleiben dort, bis sie zum Aufbauort des Behandlungsplatzes abgerufen werden
[siehe Kapitel 11.4.2](#).

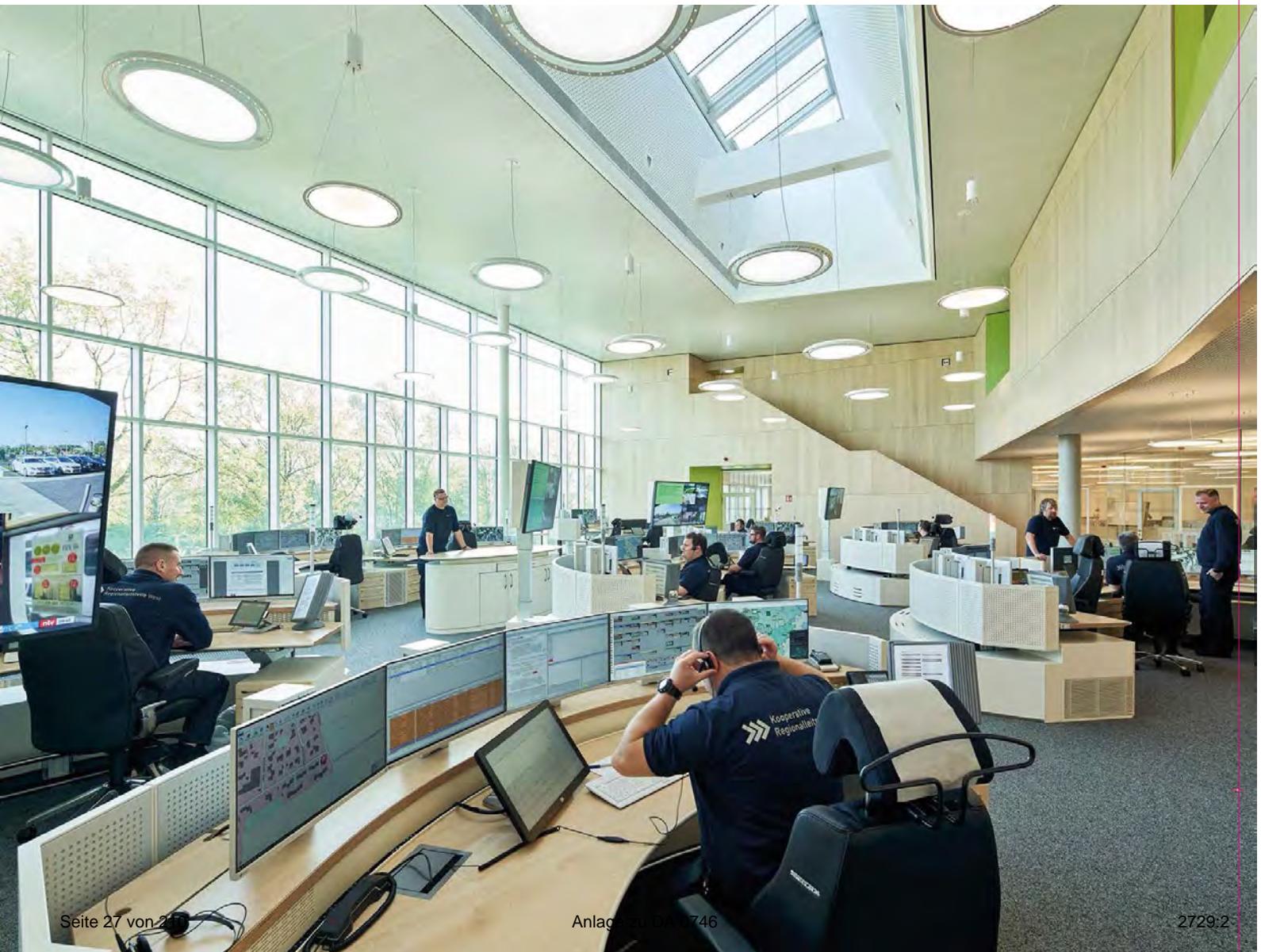
Der Organisatorische Leiter übernimmt die Einsatzabschnittsleitung Behandlungsplatz und der Leitende Notarzt wird zum leitenden Arzt Behandlungsplatz [siehe Kapitel 11.4.1](#). Die Beförderung der versorgten Patienten wird durch die Kräfte des anfordernden Rettungsdienstbereiches und nicht durch die Ü-MANV-BHP50-Kräfte gewährleistet.

Kräfteaufgebot	
Soforteinsatz	Optional
3 Rettungswagen [RTW]	1 Pressebetreuung RKiSH [Info]
1 Notarzteinsatzfahrzeug [NEF]	1 Dienstfreie Kräfte RKiSH des benachbarten Versorgungsbereiches
1 Organisatorischer Leiter [OrgL]	
1 Leitender Notarzt [LNA]	
1 Modul MANV-BHP50 alternativ: 2 Module MANV-PA25	
1 A-Dienst RKiSH	
2 Dienstfreie Kräfte RKiSH der entsendenden Versorgungsbereiche	

03

LEITSTELLEN UND FÜHRUNGSSTÄBE

- 3.1 Die Leitstelle bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis
- 3.2 Der Führungsstab bei einem Großschadensereignis
- 3.3 Stab für außergewöhnliche Ereignisse (SAE) der RKiSH



3. LEITSTELLEN UND FÜHRUNGSSTÄBE

3.1 DIE LEITSTELLE BEI EINEM RETTUNGSDIENSTLICHEN GROSSSCHADENSEREIGNIS

Die Leitstelle lenkt und koordiniert, in ihrem Zuständigkeitsbereich, alle Einsätze in ihrer Anfangsphase. Dies geschieht, indem sie die Einsatzkräfte alarmiert und den jeweiligen Einsatzleiter im rückwärtigen Bereich gemäß der schleswig-holsteinischen Landesgesetze unterstützt. Hierfür sind in den Versorgungsbereichen der RKiSH zwei Leitstellen zuständig.

Die Regionalleitstelle (IRLS) Mitte koordiniert die Einsätze im Bereich des Rettungsdienstes, der Feuerwehr und des Katastrophenschutzes. Hierbei ist sie für die Kreise Plön und Rendsburg-Eckernförde sowie die Landeshauptstadt Kiel zuständig.

Die kooperative Regionalleitstelle (KRLS) – West koordiniert hingegen neben den Einsätzen des Rettungsdienstes, der Feuerwehr und des Katastrophenschutzes auch noch die Einsätze der Polizei. Sie ist für die Kreise Dithmarschen, Pinneberg, Segeberg und Steinburg zuständig.

Leitstelle	Versorgungsbereich der RKiSH	TMO-Digitalfunk-rufgruppe
IRLS »Mitte« Westring 325 24116 Kiel	Kreis Rendsburg-Eckernförde	Rettungsdienst 2402_RD_RD Krankentransport 2405_RD_Son
KRLS »West« Agnes-Karll-Allee 19 A 25337 Elmshorn	Kreis Dithmarschen Kreis Pinneberg Kreis Segeberg Kreis Steinburg	Rettungsdienst 3402_HEI_RD / Krankentransport 3407_HEI_Son Rettungsdienst 3202_PI_RD / Krankentransport 3207_PI_Son Rettungsdienst 3102_SE_RD / Krankentransport 3107_SE_Son Rettungsdienst 3302_IZ_RD / Krankentransport 3307_IZ_Son

3.1.1. Aufgaben der Leitstelle

Die Maßnahmen der Leitstelle sind entscheidend für den Einsatzerfolg und damit für die effektive Patientenversorgung:

- Lageeinschätzung auf Basis des Meldebildes
- Alarmierung und Disposition gemäß der vorliegenden Alarmpläne
- Heranführen der Einsatzkräfte und Unterstützung der Einsatzleitungen (ELRD und Feuerwehr)
- Schaffung von Reserven/Bereitstellungen unter Beibehaltung der Grundversorgung
- Festlegung der vorläufigen Bereitstellungsräume (in Absprache mit den Einsatzleitungen)
- Anforderung überörtlicher Hilfe nach der AAO oder Weisung der Einsatzleitungen
- Information aller umliegender Krankenhäuser und Behandlungseinrichtungen
 - Abfrage freier Behandlungs- bzw. Operationskapazitäten
 - Rückgabe nicht benötigter Behandlungs- bzw. Operationskapazitäten nach dem Einsatz
- Führung der elektronischen Einsatzdokumentation
 - Erstellung der Kräfteübersicht für das Einsatzgebiet
 - Übermittlung der erhobenen Daten an die Einsatzleitung Rettungsdienst
- Eine dem Bedarf angepasste Verstärkung der eigenen Leistungskapazität durchführen (Einbindung weiterer Disponenten usw.)

3.2 DER FÜHRUNGSSTAB BEI EINEM GROSSSCHADENSEREIGNIS

Die rechtliche Grundlage für die Leitung und das organisierte Zusammenwirken von Einrichtungen und Einheiten zur Katastrophenabwehr in Schleswig-Holstein ist das Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG).

Um im Falle drohender oder bereits eingetretener Katastrophen unverzüglich alle notwendigen Maßnahmen einleiten zu können, halten alle Kreise und kreisfreien Städte jeweils eigene Führungsstäbe (FüStab-KatS) und Technische Einsatzleitungen (TEL-KatS) vor.

Der Führungsstab – Katastrophenschutz ist eine Gruppe von Experten, die im Bedarfsfall zusammentritt und den Landrat bzw. Oberbürgermeister in seiner Funktion als Katastrophenabwehrleiter bei der Entscheidungsfindung und der Umsetzung unterstützt. Der FüStab-KatS setzt sich zusammen aus Mitarbeitern der Verwaltung, Führungskräften der Hilfsorganisationen und externen Fachberatern. Der Führungsstab lenkt und koordiniert den Einsatz der Kräfte an der Schadensstelle aus den Stabsräumen und/oder durch den Einsatz seiner mobilen Komponente, der Technischen Einsatzleitung.

Auch die Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) ist in ihren fünf Versorgungsbereichen in den Führungsstäben und TEL-KatS mit eigenen Führungskräften vertreten. Diese übernehmen dort, je nach aktueller Anforderung, die Aufgaben des sogenannten S33 im Teilsachgebiet »Sanitäts- und Betreuungswesen sowie Rettungsdienst« oder werden als Fachberater tätig.

Führungsstab

Der Führungsstab (FüStab-KatS) ist eine stabsmäßige Organisationsform der Einsatzleitung. Er besteht grundsätzlich aus den folgenden Funktionen:

- Leiter des Stabes
- Leiter des Sachgebietes S1 (Personal und Innerer Dienst)
- Leiter des Sachgebietes S2 (Lage)
- Leiter des Sachgebietes S3 (Einsatz)
- Leiter des Sachgebietes S4 (Versorgung)

Darüber hinaus ergänzen ihn bei Bedarf die Leiter der Sachgebiete S5 (Presse und Medienarbeit) und S6 (Information und Kommunikation) sowie zusätzliche, entsprechend der Schadenslage in der Einsatzleitung benötigte, Fachberater und Verbindungspersonen.

Funktionsbeschreibungen

Für den geordneten Ablauf innerhalb des Führungsstabes bzw. die effektive Bewältigung eines Großschadenseignisses sind klare Strukturen erforderlich. Die zahlreichen Leitungs- und Führungsaufgaben werden daher auf mehrere Sachgebiete verteilt, die sich wiederum in Teilsachgebiete untergliedern können. Damit alle Sachgebiete und Fachberater gezielt zusammenarbeiten können, wurden die jeweiligen Aufgaben einheitlich festgelegt und die Schnittstellen beschrieben.

Leitung des Führungsstabes

Der Leiter der Führungsstabes (LFüSab-KatS) berät den Landrat oder entscheidet im Rahmen seiner auf ihn delegierten Kompetenzen selbstständig:

- Zuweisung der Arbeitsaufgaben an die jeweiligen Sachgebiete
- Einberufung und Leitung von regelmäßigen Lagebesprechungen
- Festlegung von Inhalten (öffentliche Bekanntmachungen, Medieninformationen und Informationen für die Bürgertelefonie usw.)
- Regelmäßige Lagemeldungen an den Führungsstab – Katastrophenschutz beim Ministerium für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport – Schleswig-Holstein sowie die Führungsstäbe der benachbarten Kreise

Sachgebiet 1 – Personal und Innerer Dienst (S1)

Grundsätzlich hat das Sachgebiet 1 zwei große Tätigkeitsfelder »Führen des inneren Stabsservices« und »Bereitstellen von Einsatzkräften«:

- Alarmieren von Einsatzkräften
- Heranziehen von weiteren Hilfskräften und Fachberatern
- Anfordern von Ämtern, Behörden und weiteren Organisationen
- Einrichten von Bereitstellungsräumen
- Einrichten von Lotsenstellen für ortskundige Kräfte
- Bereitstellen von Personalreserven
- Führen von Kräfteübersichten
- Verantwortlich für den Inneren Dienst des Stabes
 - durch Schichtplanung und Diensteinteilung
 - durch Sicherstellung der Versorgung des Stabes

Sachgebiet 2 – Lage (S2)

Zentrale Aufgabe des Sachgebietes 2 ist die Bereitstellung von Informationen zur Lage. Reichen die vorhandenen Informationen nicht aus, veranlasst der S2 deren Beschaffung:

- Beschaffung von Informationen / Anforderung von Lagemeldungen
- Auswerten und bewerten von Informationen
- Lagedarstellung / Führen der Lagekarte und Führen von Einsatzübersichten:
 - Darstellung von Art, Anzahl und Umfang der Schäden
 - Darstellung der Einsatzabschnitte und -schwerpunkte (Raumordnung)
 - Darstellung der eingesetzten, bereitgestellten und noch erforderlichen Einsatzmittel und -kräfte (Reserven)
- Vorbereitung von Lagebesprechungen für den Leiter des Führungsstabes
- Erstellen von Lagemeldungen
- Regelmäßige Melden an vorgesetzte und untergeordnete Stellen
- Führen des Einsatztagebuches bzw. Erstellung der Einsatzdokumentation und des Abschlussberichtes

Um diesen umfangreichen Aufgaben gerecht werden zu können, kann das Sachgebiet 2 in mehrere Teilsachgebiete unterteilt werden:

- S21 – Lagekarte
- S22 – Einsatztagebuch
- S23 – Sichter
- S24 – ggf. Kernkraftfernüberwachung / Wetter

Sachgebiet 3 – Einsatz [S3]

Auf der Grundlage der vom S2 bereitgestellten Informationen entwickelt der S3 seine Einsatztaktik, die im wesentlichen auf der »Einsatzplanung« und der »Einsatzdurchführung« beruht. Das bedingt eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Sachgebieten sowie den Fachberatern und den Verbindungspersonen.

- Beurteilung der einsatztaktischen Lage
- Fassen des Entschlusses über die Einsatzdurchführung, z.B. Festlegung von Einsatzschwerpunkten, bestimmen der erforderlichen Einsatzkräfte, Einsatzmittel und Reserven
- Ordnen des Schadengebietes, z.B. Festlegung der Führungsorganisation, von Bereitstellungsräumen, Einrichten von zentralen Sammelstellen, Leichensammelstellen usw.
- Festlegung und Freihalten von An- und Abmarschwegen
- Organisation der Zusammenarbeit mit anderen Ämtern, Behörden und Organisationen
- Erteilung von Befehlen und Kontrolle im Rahmen des Führungsvorganges
- Veranlassung von Sofortmaßnahmen für die gefährdete Bevölkerung (Warnung, Unterbringung, Räumung, Versorgung und Transport)
- Veranlassung der Sicherung geborgener Sachwerte

Um diesen umfangreichen Aufgaben gerecht werden zu können, wird das Sachgebiet 3 in mehrere Teilsachgebiete unterteilt:

S31 – Abwehrender Brandschutz/Fachberater Feuerwehr

Der S31 unterstützt den S3 in allen seinen Fachgebiet betreffenden Aufgaben und bereitet für diesen die Lagebeurteilung mit Vorschlägen für Führungsentscheidungen vor.

S32 – ABC-Schutz/Fachberater Gefahrstoffe

Der S32 unterstützt den Leiter des Führungsstabes und alle Sachgebiete bei der technischen Erkundung, Beurteilung und Darstellung der Schadenslage mit gefährlichen Stoffen und Gütern. Somit wirkt er bei der Entwicklung von Lösungsalternativen zur fachgerechten Schadenseingrenzung und -beseitigung sowie beim Feststellen der Schadensauswirkung mit.

S33 – Sanitätswesen / Betreuung / Rettungsdienst

Die Funktion des S33 wird in den Versorgungsbereichen der RKiSH mit einer Doppelbesetzung gestellt. Hierbei lassen Führungskräfte des DRK und entsprechend in Stabsarbeit weitergebildete Organisatorische Leiter der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein ihr jeweiliges Fachwissen gemeinsam einfließen:

- Bereitstellung von zusätzlichen sanitäts- und rettungsdienstlichem Personal sowie Material- und Transportkapazitäten
- Koordinierung der Versorgung mit Sanitätsmaterial und Verpflegung der Betroffenen [in enger Zusammenarbeit mit dem S4]
- Führung der rettungsdienstlichen Einsatzübersichten [Patientenübersicht/Kräfteübersicht in enger Zusammenarbeit mit dem S1]
- Gewährleistung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit benachbarten Rettungsdiensten und entsprechenden Einrichtungen des Katastrophenschutzdienstes
- Alarmierung der potentiellen Zielkrankenhäuser und Aufrechterhaltung der engen Kommunikation mit diesen Kliniken
- Durchführung von Evakuierungen aus besonders gefährdeten oder von einer Schadenlage bereits betroffenen Gebieten:
 - Alarmierung der Bevölkerung
 - Einrichten und betreiben von Sammelstellen [Registrierung]
 - Beschaffung von fachgerechten Transportkapazitäten
 - Vorübergehende Unterbringung und Betreuung sowie Verpflegung von Personen, Tieren und Sachgütern
- Fachberatung für alle Sachgebiete sowie andere Behörden und Organisationen

S34 – Schwere Bergung/Fachberater Technisches Hilfswerk (THW)

Der S34 unterstützt den S3 in allen sein Fachgebiet betreffenden Aufgaben und bereitet für diesen die Lagebeurteilung mit Vorschlägen für Führungsentscheidungen vor.

Sachgebiet 4 – Versorgung (S4)

Der S4 berät den Leiter des Stabes zu Fragen des Versorgungsbedarfs an Gütern und Dienstleistungen für die Einsatzkräfte sowie zu den Möglichkeiten der Bedarfsdeckung. Insbesondere kümmert er sich um:

- Anforderung weiterer Einsatzmittel
- Heranziehen von Hilfsmitteln, z.B. Baustoffe, Abstützmaterial, Räum- und Hebegeräte, LKW, Busse usw.
- Planung und Festlegung der Versorgungsorganisation:
 - Bereitstellung von Verbrauchsgütern und Einsatzmitteln wie z.B. Wasserversorgung, Löschmittel, Atemschutzgeräten, Kraftstoffe usw.
 - Bereitstellung und Zuführung von Verpflegung für die Einsatzkräfte/ Bevölkerung in Zusammenarbeit mit dem S33
 - Sicherstellung der Materialerhaltung/ Instandsetzung
- Bereitstellung von Rettungsmitteln zum Eigenschutz der Einsatzkräfte
- Bereitstellung der Unterkünfte für die Einsatzkräfte
- Führung einer Lagekarte Versorgung (mit Tankstellen, Großmärkten, Krankenhäusern usw.)

Sachgebiet 5 – Presse- und Medienarbeit (S5)

Die Öffentlichkeit hat ein berechtigtes Interesse an dem, was in ihrer Nachbarschaft oder im weiteren Umkreis, vor sich geht, insbesondere dann, wenn nicht auszuschließen ist, dass sie selbst zu dem Betroffenen gehören könnten. Ein Feuer kann sich ausbreiten und weitere Anlieger zu Betroffenen machen oder eine Sturmflut betrifft ganze Landstriche. Die Aufgaben des S5 können daher sehr umfangreich sein:

Presse- und Medieninformationen

- Sammeln, auswählen und aufbereiten von Informationen aus dem Einsatz
- Erfassen, dokumentieren und auswerten der Presse- und Medienlage
- Erstellen von Presse- und Medieninformationen

Presse- und Medienbetreuung

- Informieren, führen und unterbringen der Presse- und Medienvertreter
- Vorbereiten und durchführen von Press- und Medienkonferenzen

Presse- und Medienkoordination

- Bündeln, abstimmen und steuern der Presse- und Medienarbeit, z.B. mit den Pressesprechern der beteiligten Behörden und betroffener Betriebe
- Halten des ständigen Kontakts mit der Presse und den Medien
- Presse- und Medieneinbindung in die Schadenbekämpfung
- Veranlassen und betreuen von Informationstelefonen
- (Bürgertelefon)
- Veranlassen von Warn- und Suchhinweisen für die Bevölkerung
- Betreuung und sofern möglich Koordinierung der Social Media-Kanäle



Sachgebiet 6 – Information und Kommunikation (S6)

Der S6 berät den Leiter des Führungsstabes und insbesondere den S3 über die technischen sowie betrieblichen Möglichkeiten der zur Verfügung stehenden Informations- und Kommunikationsmittel (IuK). Seine weiteren Aufgaben sind umfangreich:

- Planung des Informations- und Kommunikationseinsatzes
- Ermittlung des Ist-Zustandes der Führungsorganisation und der Fernmeldeorganisation
- Beratung des S3 bei der Erstellung der Führungsorganisation
- Planung des Sprechfunkeinsatzes (Aufteilung der zugewiesenen BOS-Digitalfunkrufgruppen, Anforderung von Einsatzblöcken)
- Ermittlung des Kräfte- und Materialbedarfs für den Kommunikationsbetrieb
- Planung und Einsatz von temporären Kommunikationsverbindungen (z.B. Feldkabel und andere drahtgebundene Netze)
- Erstellen eines Kommunikationskonzeptes einschließlich Fernmeldeskizze
- Sicherstellung des Kontaktes mit den Information- und Kommunikationsdiensten anderer Behörden, Organisationen und Institutionen
- Durchführung bzw. Führung und Überwachung des eigentlichen Information- und Kommunikations-einsatzes:
 - Übermitteln von Befehlen, Meldungen und Informationen
 - Überwachung und Dokumentation des Kommunikationsbetriebes (Nachweis)
- Gewährleistung der Kommunikationssicherheit (Redundanz)

Fachberater

Diese orts- und/oder fachkundigen Personen sind fachlich eigenverantwortlich tätig. Sie nehmen also unabhängige, nicht an Weisungen des Katastrophenabwehrleiters gebundene Beratungsfunktion wahr. Sie beraten den S3 fachlich hinsichtlich des Gefährdungsgrades und der möglichen Gefährdungsentwicklung. Sie unterstützen somit bei der Informationsbeschaffung und der Lagedarstellung.

- Polizei
- Bundeswehr
- Deutsche Bahn
- Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG)
- Telekom
- Amt für ländliche Räume
- Landesbetrieb für Küstenschutz, Nationalpark und Meeresschutz Schleswig-Holstein (LKN.SH)

Alarmierung

Der Führungsstab wird vom Landrat/Oberbürgermeister oder den Leiter des Führungsstabes einberufen. Die Alarmierung der Stabsmitglieder erfolgt dann durch die jeweils zuständige Leitstelle.

Es sind dabei fünf Alarmierungsarten vorgesehen, die jeweils aufeinander aufbauend ausgerufen (sich langsam entwickelnde Lage) oder aber auch übersprungen werden können (akute Lage):

- Ansprechgruppe
- Bereitschaftsdienst
- Katastrophen-Voralarm
- Katastrophen-Alarm

Sobald sich der arbeitsfähige Führungsstab zusammengefunden hat, erfolgt eine Lagedarstellung durch den diensthabenden Schichtführer bzw. Lagedienstführer der Leitstelle. Im Anschluss geht die Leitung des Einsatzes auf den Leiter des Führungsstabes über.

Ansprechgruppe

Der Landrat oder der Leiter des Führungsstabes kann la geabhängig eine Ansprechgruppe des Führungsstabes einberufen. Die Ansprechgruppe besteht mindestens aus einem Vertreter der Katastrophenschutzbehörde, dem Leiter Führungsstab und den Leitern der Sachgebiete S1, S2, S21, S3, S5 und S6. Diese begeben sich unverzüglich in die Stabsräume.

Rufbereitschaft

Falls erforderlich kann der Landrat oder der Leiter des Führungsstabes eine Rufbereitschaft anordnen. Die zur Rufbereitschaft eingeteilten Mitarbeiter der Führungsorganisation müssen ständig telefonisch erreichbar sein. Der Leiter des Führungsstabes und die Sachgebietsleiter S1 – S6 begeben sich in die Räume des Führungsstabes.

Bereitschaftsdienst

Die von dem Bereitschaftsdienst betroffenen Mitglieder der Führungsorganisation begeben sich unverzüglich in die Stabsräume, das weitere alarmierte Personal stellt unverzüglich die ständige telefonische Erreichbarkeit sicher.

Katastrophen-Voralarm

Die Mitglieder des Führungsstabes stellen unverzüglich ihre Arbeitsbereitschaft am jeweiligen Arbeitsplatz in den Stabsräumen her. Für die benötigten Katastrophenschutzeinheiten ordnet der Landrat eine der Lage angepasste Alarmstufe an. Bei Gefährdung von Wohngebieten veranlasst der Leiter des Führungsstabes die rechtzeitige Warnung der Bevölkerung. Die Bevölkerung wird dann durch die Städte, Ämter bzw. Gemeinden und über die Polizei sowie Feuerwehren gewarnt (Lautsprecherfahrzeuge und Hörfunk, Fernsehen sowie die Warn-App NINA).

Katastrophen-Alarm

Steht eine Katastrophe unmittelbar bevor oder ist sie bereits eingetreten, löst der Landrat – als verantwortlicher Katastrophenabwehrleiter – den Katastrophenalarm aus und stellt den Zeitpunkt sowie das genaue Gebiet der Katastrophe fest. Der Alarm wird aufrechterhalten, so lange die durch die Katastrophe verursachte Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung anhält.

Sämtliche Mitglieder des Führungsstabes werden durch die Leitstelle alarmiert und nehmen daraufhin unverzüglich in den Stabsräumen ihre funktionsbezogenen Aufgaben wahr.

Bei Gefährdung von Wohngebieten veranlasst der Leiter des Führungsstabes die rechtzeitige Warnung der Bevölkerung. Die Bevölkerung wird dann durch die Städte, Ämter bzw. Gemeinden und über die Polizei sowie Feuerwehren gewarnt (Lautsprecherfahrzeuge und Hörfunk, Fernsehen sowie die Warn-App NINA). Der Landrat bzw. der Leiter des Führungsstabes bestimmt einen Einsatzleiter, ggf. wird die TEL-KatS als Stabsebene des Führungsstabes legeabhängig am Schadensort eingesetzt.

Das Deutsche Rote Kreuz richtet einer Auskunftsstelle zur Erfassung von Evakuierten, Flüchtlingen, Obdachlosen, Vermissten, Verletzten, Toten sowie von Personen zum Zwecke der Personenzusammenführung ein (Kreisauskunftsbüro). Liegen die Merkmale einer Katastrophe nicht mehr vor, hat der Landrat den Alarm aufzuheben und dabei den Zeitpunkt festzustellen.

Kommunikation des Stabes

Der Führungsstab kommuniziert mit den Einsatzkräften grundsätzlich nur über seine IuK-Einheit (Information und Kommunikationszentrale). Abweichende oder ergänzende Entscheidungen über die Art der Nachrichtenwege werden durch den Leiter des Führungsstabes nach Beratung mit dem S6 festgelegt. Für jede Nachrichtenübermittlung nach außen sowie bei internen Absprachen ist der standardisierte Nachrichtenvordruck bzw. 4-Fach-Nachrichtenvordruck oder die entsprechende elektronische Lösung (bspw. Geabyte Metropoly BOS) zu verwenden. Er dient auch als Dokumentationsmittel für das Einsatztagebuch.

3.3 STAB FÜR AUSERGEWÖHNLICHE EREIGNISSE DER RKISH

Die Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein hält zur Wahrung ihres Sicherstellungsauftrages bzw. zur Gewährleistung des Krankentransportes und insbesondere der Notfallrettung einen eigenen Krisenstab vor. Dieser Stab für außergewöhnliche Ereignisse (SAE) wird insbesondere bei den folgenden Situationen aktiviert:

- Umfangreiche Epidemie- und Pandemielagen
- Flächendeckender und länger anhaltender Stromausfall
- Extreme Unwetterlagen (wie Sturmfluten, Überschwemmungen oder Sturmlagen)
- Flächendeckender und länger anhaltender Ausfall der IT-/ Kommunikationsstrukturen
- Größere Beeinträchtigungen oder Einsätze in KRITIS-Betrieben mit Auswirkungen auf die RKiSH

Aufgaben und Sachgebiete

Der organisatorische Aufbau und die Aufgabenzuteilung orientiert sich an der Dienstvorschrift 100 »Führen und Leiten im Einsatz« der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben.



Abb.1: Organigramm des SAE mit den Hauptsachgebieten

Personell besetzt werden die sogenannten Sachgebiete mit den entsprechenden Abteilungsleitungen bzw. benannten Vertretern aus diesen Abteilungen. Die Leitung des SAE wird durch die Fachbereichsleitung Einsatzdienst abgebildet.

Je nach Umfang der zu bewältigenden Lage können einem Sachgebiet mehrere Teilsachgebiete unterstellt oder, bei weniger komplexen Lagen, mehrere Sachgebiete zusammengefasst werden. Hinzu kommen bedarfsgerechte Fachberater und Verbindungspersonen bspw. von den Leitstellen.

- *Sachgebiet 1 – S1 Personal und Innerer Dienst*
 - S11 – Arbeitszeitgestaltung/Dienstplanung
 - S12 – Bereichsleiter der Wachenleitungen
 - S13 – PSNV
 - S14 – Verwaltung

- *Sachgebiet 2 – S2 Lage*
 - S21 – Tagebuch
 - S22 – Lagekarte

- *Sachgebiet 3 – S3 Einsatz*
 - S31 – Verbinder zu den Kreisverwaltungen
 - S32 – ELRD-Teams in den Versorgungsbereichen
 - S33 – Fachberater Rettungsdienst in den Führungsstäben der Kreise
 - S34 – Fachberater Hygiene
 - S35 – Fachberater Arbeitssicherheit

- *Sachgebiet 4 – S4 Versorgung*
 - S41 – Einkauf
 - S42 – Logistik

- *Sachgebiet 5 – S5 Presse und Medienarbeit*
 - S51 – Pressearbeit
 - S52 – Soziale Medien
 - S53 – RKiSH Intranet/Infoboard

- *Sachgebiet 6 – S6 Kommunikation und Technik*
 - S61 – Funktechnik
 - S62 – Fahrzeugtechnik
 - S63 – Gebäudemanagement
 - S64 – Medizintechnik
 - S65 – EDV

Arbeitsweise

Der Stab für außergewöhnliche Ereignisse wird durch die RKiSH Geschäftsführung einberufen, nachdem die notwendige Organisationsstruktur zuvor zusammen mit dem Leiter des SAE sowie dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst festgelegt wurde.

Die SAE-Mitglieder treffen sich entsprechend der konkreten Alarmierung in den für den SAE vorgeplanten Räumlichkeiten oder finden sich im Rahmen einer Videokonferenz zusammen. Dabei ist das vorrangige Ziel die bisherigen Informationen aus den jeweiligen Fachbereichen zusammenzutragen, strukturiert zu bewerten und dem Leiter des SAE und der RKiSH Geschäftsführung entsprechende Maßnahmenvorschläge zu unterbreiten. Anschließend werden die Arbeitsaufträge in den jeweiligen Sachgebieten umgesetzt.

Näheres regelt das RKiSH Dokument 2302.

04

EINSATZLEITUNG

- 4.1 Einsatzleitung Rettungsdienst [ELRD]
- 4.2 Bildung von Einsatzabschnitten
- 4.3 Kommunikationsstruktur und Funkorganisation
- 4.4 Führungsunterstützung der Einsatzleitung Rettungsdienst
- 4.5 Crisis Resource Management [CRM]
- 4.6 Funkkommunikation
- 4.7 Mobilfunkkommunikation



4. EINSATZLEITUNG

Das Retten, In-Sicherheit-bringen und Schützen von Menschen steht bei allen Entscheidungen als primäres Einsatzziel im Vordergrund. Feuerwehr und Rettungsdienst nehmen eigenständig ihre Aufgaben nach Brandschutzgesetz (BrSchG) und Rettungsdienstgesetz (SHRDG) wahr und bilden jeweils eine eigenständige Einsatzleitung nach §19 BrSchG bzw. §20 SHRDG sowie des Erlasses des Innenministeriums IV 332-166.060.1 vom 23. August 2002.

Bei gemeinsamen Einsätzen beider Einrichtungen gibt es keine Regelung, dass sich eine Einsatzleitung der anderen unterordnen muss. Vielmehr müssen beide Einsatzleitungen zusammenarbeiten und die zu treffenden medizinischen sowie technischen Maßnahmen aufeinander abstimmen. Dieses gilt auch für die Zusammenarbeit mit den zuständigen Ordnungsbehörden und der Polizei. Dabei haben Hilfsorganisationen und Schnelleinsatzgruppen die Aufgabe bei der Bewältigungrettungsdienstlicher Großschadensereignisse den Rettungsdienst zu unterstützen und sind deshalb der Einsatzleitung Rettungsdienst gemäß § 20 SHRDG unterstellt.

Wird durch die untere Katastrophenschutzbehörde der Katastrophenfall erklärt, wird für die Katastrophabwehr nach § 18 LKatSG ein Einsatzleiter bestellt, dem sich alle Einsatzkräfte zu unterstellen haben. Hierfür steht dann auch mindestens ein speziell weitergebildeter Organisatorischer Leiter der RKiSH als so genannter S33-Rettungsdienst im Führungsstab des Katastrophenschutzes zur Verfügung. Dieser stellt den Verbinder zur direkt vor Ort aktiven Einsatzleitung Rettungsdienst sowie den weiteren RKiSH Leitungsstrukturen dar □ [siehe Kapitel 3.2 und 3.3](#).

4.1 EINSATZLEITUNG RETTUNGSDIENST (ELRD)

Das Schleswig-Holsteinische Rettungsdienstgesetz (SHRDG) verpflichtet den Träger eines jeden Rettungsdienstbereiches zur Bewältigung vonrettungsdienstlichen Großschadensereignissen eine *Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD)* einzurichten:

Zusammensetzung der ELD – § 20 [5] SHRDG:

Für die Bewältigung von Großschadensereignissen setzt der Rettungsdiensträger eine Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) ein. Die ELD besteht mindestens aus [...] einem Leitenden Notarzt [LNA] und [...] einem Organisatorischen Leiter [OrgL] und kann mit geeignetem Personal zur fachlichen und/oder technischen Assistenz ergänzt werden.

Weisungsbefugnis der ELD – § 20 [6] SHRDG:

Die ELD hat im Einsatzfall die Einsatzleitung und die Weisungsbefugnis gegenüber den am Einsatz beteiligten Einsatzkräften des Rettungsdienstes sowie den (ggf. am Krankentransport beteiligten) Unternehmen [...]. Diese Weisungsbefugnis obliegt [...] dem LNA gegenüber den mitwirkenden Ärzten in medizinisch-organisatorischen Fragen.

Sind Einsatzleitungen anderer Einrichtungen [...] am Einsatz beteiligt, stimmt sich die ELD mit diesen Einsatzleitungen ab; es kann eine gemeinsame Einsatzleitung gebildet werden.

4.2 BILDUNG VON EINSATZABSCHNITTEN

Ein Einsatzabschnitt ist ein vom Organisatorischen Leiter nach taktischen Erfordernissen festgelegter Teil oder Aufgabenbereich einer Einsatzstelle. Er kann örtlich begrenzt oder durch die Art der dortigen Einsatztätigkeit bestimmt sein.

Bei rettungsdienstlichen Großschadensereignissen (MANV) muss die Einsatzstelle in mehrere Einsatzabschnitte unterteilt werden, nur so kann die Einsatzleitung die vielen unterschiedlichen Einsatzkräfte zielgerichtet führen und dadurch den Einsatz effektiv abarbeiten.

Gemäß den allgemeinen Regeln der Führungslehre sind bis zu fünf Einsatzabschnitte durch eine Einsatzleitung Rettungsdienst direkt führbar.

Auf den Kommandowagen der Einsatzleitung Rettungsdienst sowie allen Notarzteinsatzfahrzeugen werden dafür rote Systemmappen mit weißen Kennzeichnungsüberwurfwesten sowie MANV-Protokolle und Checklisten vorgehalten. Hierdurch stehen die erforderlichen Hilfsmittel für die fachgerechte Führung der jeweiligen Einsatzabschnitte zur Verfügung.

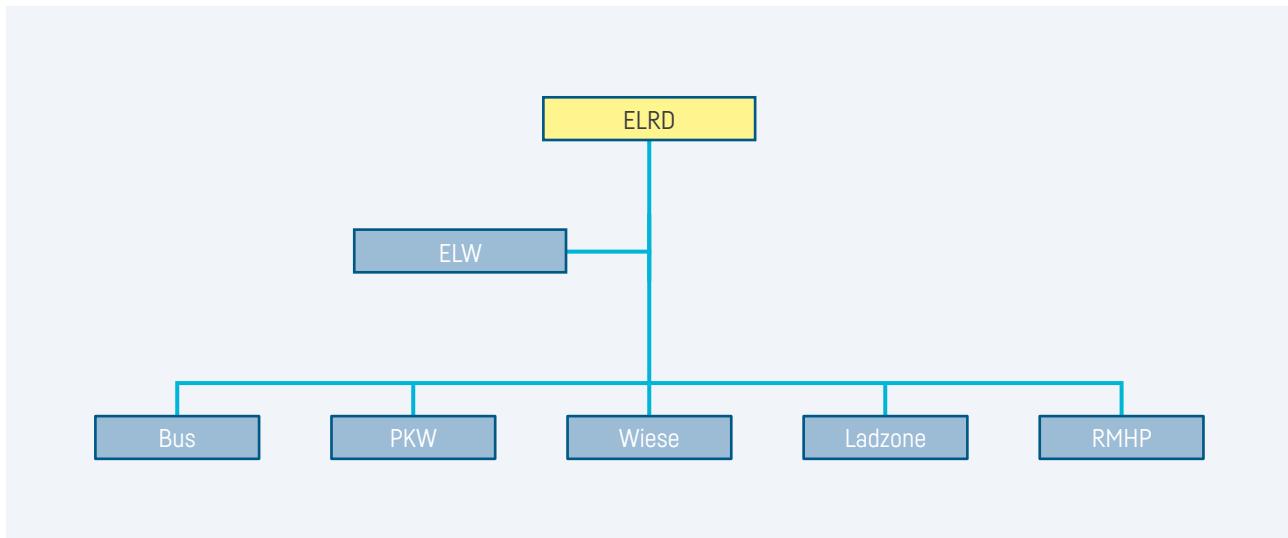


Abb. 2: Beispielorganigramm an einer MANV-Einsatzstelle mit fünf Einsatzabschnitten und einem ELW

Sollten die Bedingungen der Einsatzstelle eine Unterteilung in mehr als fünf örtliche oder in ihrer Funktion abgrenzbare Einsatzabschnitte notwendig machen, so ist in der Regel eine erweiterte Führungsunterstützung notwendig (personell und materiell). Einzelne Einsatzabschnitte können dann ihrerseits in bis zu fünf Unterabschnitte unterteilt werden [siehe Abbildung 3](#).

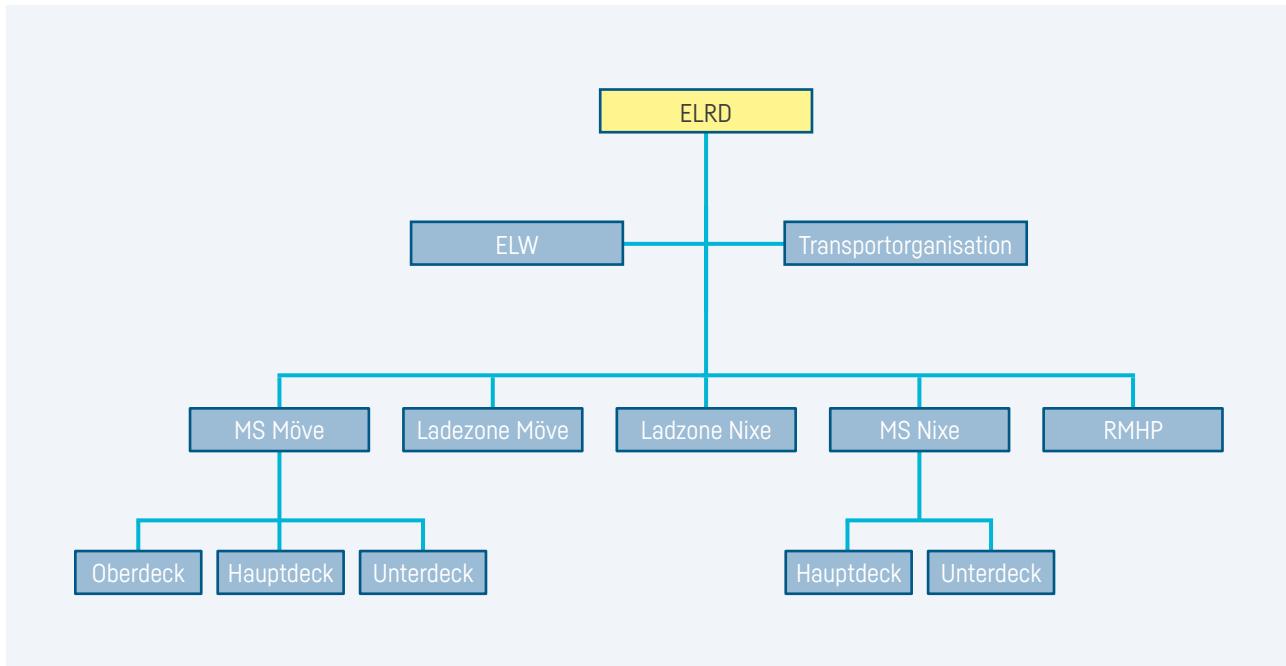


Abb.3: Beispielorganigramm an einer MANG-Einsatzstelle mit Einsatzabschnitten und Unterabschnitten

4.3 KOMMUNIKATIONSSTRUKTUR UND FUNKORGANISATION

Für einen effektiven Einsatzablauf, insbesondere bei schwer überschaubaren und / oder großflächigen Einsatzlagen, ist eine gezielte Funkkommunikation und entsprechende Organisation unerlässlich.

Um den Regelbetrieb in dem Funkverkehrsbereich der zuständigen Leitstelle möglichst wenig zu belasten, wird durch die Einsatzleitung Rettungsdienst entsprechende BOS-Funktechnik an die Einsatzabschnittsleitungen ausgegeben. Zudem wird von allen beteiligten Einsatz- und Führungskräften ein hohes Maß an Disziplin erwartet.

- Äußerste Funkdisziplin
- So wenig wie möglich, so viel wie nötig
- Nur tatsächliche Sachverhalte melden
(keine Vermutungen und Interpretationen)
- Kommunikation folgt strikt den Führungsstrukturen und Vorgaben der ELRD
- Führungswechsel immer melden

- Rückmeldungen immer über Funk geben
- Eindeutige Rufnamen verwenden
- Keine neuartigen Abkürzungen verwenden
- Meldungen mit eindeutiger Absender-/ Entscheiderkennung versehen
- Regelmäßige Lagemeldungen geben
(lageabhängig, jedoch min alle 15 Min.)
- Einsatzabschlussmeldung mit Nennung an wen die Einsatzstelle übergeben wurde

Sechs Informationen, die die Leitstelle im Rahmen der Lagemeldung erhalten muss:

- Meldende Person
- Einsatzstelle
- Lage
- Durchgeführte Maßnahmen
- Einheiten, die eingesetzt werden
- Nachforderungen

4.4 FÜHRUNGSSUNTERSTÜZUNG DER EINSATZLEITUNG RETTUNGSDIENST

Die Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein stellt in ihren Versorgungsbereichen jeweils die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD), bestehend aus einem Organisatorischen Leiter (OrgL) und einem Leitenden Notarzt (LNA).

Im Rahmen von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen (MANV) bzw. den damit verbundenen sehr umfangreichen Führungsaufgaben kann es jedoch erforderlich werden, dass dieses Zweiteam durch personelle und technische Unterstützung entlastet werden muss.

Der Umfang dieser Führungsunterstützung kann dabei bedarfsgerecht, von nur einem Führungsassistenten, über mehrere Einsatzabschnittsleitungen bis hin zu umfangreichen Unterstützungsteams reichen.

Die rettungsdienstlichen Führungsassistenten und Einsatzabschnittsleitungen realisieren sich dann zunächst regelhaft durch die vor Ort anwesenden Einsatzkräfte der RKiSH-Rettungsmittel. Im weiteren Einsatzverlauf kann es jedoch sinnvoll werden diese Positionen, mit Hilfe des »Gruppenruf – OrgL«, mit dienstfreien Organisatorischen

Leitern nachzubesetzen. Diese zusätzlichen Führungskräfte lösen dann die bisherigen Einsatzabschnittsleitungen aus ihren Funktionen heraus und erlauben ihnen somit, sich wieder aktiv an der Patientenversorgung zu beteiligen. Als weitere Steigerung kann in jedem Versorgungsbereich zusätzlich auch noch ein sogenannter »Einsatzleitwagen (ELW)–Führungsunterstützung«, samt dem entsprechenden Führungsunterstützungspersonal, hinzugezogen werden. Dies geschieht automatisch, anhand der vordefinierten Einsatzschwellen, durch die zuständige Leistelle. Die Einsatzleitung Rettungsdienst und der A-Dienst können diese Führungsunterstützung aber selbstverständlich auch früher bedarfsgerecht anfordern.

Die Besatzung des Einsatzleitwagens nimmt bereits auf der Anfahrt direkten Kontakt zum Organisatorischen Leiter auf, um von dort aus die ersten Arbeitsaufträge sowie die vorgesehene Park- bzw. Aufbauposition zu erfragen. Nach Möglichkeit soll der ELW-Führungsunterstützung nicht den Bereitstellungsraum sondern direkt die Einsatzstelle zur aktiven Unterstützung der ELD zu anfahren.



Stand: 08/2023

4.4.1. Einsatzleitwagen – Führungsunterstützung

Bei der Aufgabenverteilung innerhalb des Einsatzleitwagens (ELW) kommt es auf das Besetzen der vier einsatzrelevanten Positionen an:

- Leitung-ELW
- Kommunikation
- Dokumentation
- Transportorganisation

Lageabhängig kann eine gezielte Ergänzung des Personals durch entsprechende Fachberater sinnvoll sein.

Die standardisierte Verteilung dieser Positionen und der damit verbundenen Aufgaben ermöglicht es, dass alle notwendigen Informationen zeitnah gesammelt, dokumentiert und entsprechend abgearbeitet werden können. Der »ELW-Führungsunterstützung« reduziert somit die Aufgabenlast des OrgL und LNA deutlich, indem er für sie nicht nur Kommunikationsaufgaben übernimmt sondern auch vordefinierte Aufgaben eigenständig abarbeitet.

Das Personal des ELW wird gemeinschaftlich durch die jeweils beteiligten SEG-Hilfsorganisationen und die Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein gestellt. Es sind also ehrenamtliche Führungskräfte des DRK (Versorgungsbereiche Dithmarschen, Pinneberg, Segeberg und Steinburg) bzw. der JUH (Versorgungsbereich Rendsburg-Eckernförde) und dienstfreie OrgL der RKiSH, die im ELW direkt zusammenarbeiten.

1. ELW Position: »Leitung-ELW«

Diese Position wird planerisch von einer Führungskraft der RKiSH oder der jeweiligen SEG-Partnerorganisation besetzt. Diese müssen über die Mindestqualifikation »Zugführer Rettungsdienst« verfügen. Zu ihren Aufgaben zählen insbesondere die Funktions- und Aufgabenzuteilung im ELW sowie die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit der einzelnen Arbeitsplätze.

Im Rahmen der Herstellung der Arbeitsbereitschaft des ELW erhält die »Leitung-ELW« vom diensthabenden Organisatorischen Leiter eine ausführliche Lageeinweisung. Im gleichen Zuge unterstützt sie wiederum den OrgL bei der Etablierung der Führungs- und Kommunikationsstrukturen sowie bei der eindeutigen Benennung der Einsatzabschnitte.

Im Einsatzverlauf sorgt die »Leitung-ELW« – in Absprache mit der Einsatzleitung Rettungsdienst – für die Versorgungssicherheit in den Patientenablagen und ggf. für die Einrichtung einer Patientenladezone. Die Führungskraft unterstützt alle anderen ELW-Positionen bei ihren jeweiligen Aufgaben. Dies wird insbesondere regelhaft im Bereich der »Transportorganisation« der Fall sein. Zu ihren Aufgaben gehören außerdem:

- Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des Kommunikationsplanes
- Erstellung einer Lagekarte und einer Kräfteübersicht
- Kräftemanagement
- Sicherstellung der regelmäßigen Lagemeldungen an die Leitstelle

Im Rahmen ihrer Führungstätigkeit ist die »Leitung-ELW« gegenüber den Einsatzkräften im ELW organisatorisch weisungsbefugt. Bei Bedarf erfolgt – in Abstimmung mit dem diensthabenden OrgL – durch sie die Nachförderung weiterer Führungsunterstützungseinheiten.

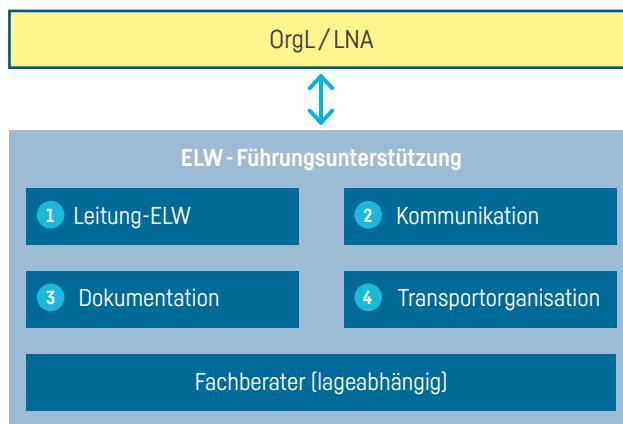


Abb. 4: Aufgaben und Funktionsplätze im ELW-Führungsunterstützung

2. ELW Position: »Kommunikation«

Diese Position wird durch eine Führungskraft der SEG-Hilfsorganisation oder einem zum Alarmierungszeitpunkt regulär dienstfreien Mitglied der OrgL-Gruppe des Rettungsdienstes besetzt. Ihre Hauptaufgabe ist die aktive Kommunikation über Digitalfunk- und Draht- bzw. Mobilfunkverbindungen zu den einzelnen Einsatzabschnitten sowie der Leitstelle. Sie übermittelt also die Arbeitsaufträge der Einsatzleitung Rettungsdienst zu den einzelnen Einsatzabschnittsleitungen bzw. nimmt von dort die Anforderungen und regelmäßigen Lagemeldungen entgegen. Diese Informationen werden dann an die »Leitung-ELW« zur weiteren Bearbeitung weitergereicht. Weiterhin wird durch sie die ständige Verbindung zur Leitstelle sichergestellt.

3. ELW Position: »Dokumentation«

Diese Position wird durch eine Führungskraft der SEG-Hilfsorganisation oder einem zum Alarmierungszeitpunkt regulär dienstfreien Mitglied der OrgL-Gruppe der RKiSH besetzt. Sie ist für die gezielte Dokumentation der Arbeitsaufträge der ELRD, der erfolgten Maßnahmen sowie aller relevanten Lageveränderungen im Einsatztagebuch verantwortlich. Zusätzlich vermerkt sie die Ergebnisse der regelmäßigen Besprechungen zwischen der Einsatzleitung Rettungsdienst und den anderen am Einsatz beteiligten Stellen (Feuerwehr, Polizei, Ordnungsamt usw.). Ihr obliegt dadurch auch die Überwachung der Abarbeitung der beauftragten Maßnahmen auf Vollständigkeit bzw. weist sie die »Leitung-ELW« eigenständig auf Rückstände in diesen Bereichen hin. Besonders muss durch sie folgendes dokumentiert werden:

- Getroffene Maßnahmen der ELRD mit der jeweiligen Uhrzeit
- Anforderungen, Aufträge und Lageveränderungen (Zeitpunkt der Versorgungssicherheit in den jeweiligen Einsatzabschnitten, Beginn der Transportphase usw.)
- Kennzeichnung von erledigten Aufgaben
- Besonderheiten und Probleme im Einsatzverlauf (z.B. Funk- und Kommunikationsprobleme, Wetterveränderungen usw.)

Aufgrund von einsatztaktischen Notwendigkeiten kann eine Kombination der beiden Aufgabenbereiche »Kommunikation« und »Dokumentation« sehr sinnvoll sein. Dies ist insbesondere bei der Auf trennung in mehrere TMO- oder DMO-Digitalfunkrufgruppen bzw. dem damit zwangsläufig parallel stattfindenden Sprechfunkverkehr der Fall.

4. ELW Position: »Transportorganisation«

Die »Transportorganisation« dient der Bewältigung aller patientenlogistischer Maßnahmen. Ihre Aufgabe umfasst somit die patienten- bzw. diagnoseabhängige Disposition der Rettungsmittel in die geeigneten Versorgungseinrichtungen. Diese Position erfordert weitreichende Kenntnisse der umliegenden sowie überregionalen Versorgungsstrukturen der Kliniken. Entsprechend ist diese Position möglichst durch eine Führungskraft aus der OrgL-Gruppe des Rettungsdienstes zu besetzen. Sie hat folgende Aufgaben:

- Abfrage der Klinikbetten in Zusammenarbeit mit der Leitstelle und in Absprache mit dem LNA (ggf. zusätzliche Betten durch das gezielte Auslösen von Krankenhausalarm- und -einsatzplänen)
- Sicherstellung der Abfrage aller Sichtungskategorien in den einzelnen Patientenablagen und Behandlungsplätzen sowie der dabei ggf. erforderlichen Spezialbetten. Also bspw. Neurochirurgie, Verbrennungsbetten und pädiatrische Versorgungsmöglichkeiten (15 min. Abfragerhythmus)
- Erstellen einer Gesamtübersicht der aktuellen Patientensituationen sowie des Personal- und Materialbedarfs in den unterstellten Patientenablagen und Behandlungsplätzen (15 min. Abfragerhythmus)
- Sicherstellung des Abtransports der Patienten mit Transportprioritäten (in Absprache mit dem LNA)
- Planung des weiteren Patiententransportes in die weiterführenden Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen
- Sicherstellung ausreichender Rettungsmittelbestände im Rettungsmittelhalteplatz (in Absprache mit dem OrgL bzw. der Leitung-ELW)

Der Leitende Notarzt muss einen sehr engen Kontakt zur ELW-Position »Transportorganisation« halten, da nur durch ihn die korrekte Transportreihenfolge der Patienten aus den Einsatzabschnitten festgelegt werden kann. Die »Transportorganisation« nimmt im Einsatzleitwagen somit eine Schlüsselrolle ein. Mit ihr ist jedoch, insbesondere bei einer hohen Patientenanzahl, ein hoher Arbeitsaufwand verbunden, so dass eine einzelne Führungskraft schnell an ihre Grenzen stößt. Daher unterstützt die Position »Leitung-ELW« diesen Funktionsbereich aktiv bei ihrer Arbeit. Zudem besteht zu jeder Zeit die Möglichkeit einen weiteren ELW für diese Aufgabe hinzuzuziehen (ELW-Transportorganisation).

ELW Position: »Fachberater«

Je nach Art und Größe der jeweiligen Einsatzlage können Fachberater (FB), der anderen beteiligten Behörden und Organisationen, die Arbeit der Einsatzleitung Rettungsdienst im ELW-Führungsunterstützung ergänzen (z. B. FB Feuerwehr, FB Betreuung, FB KatS usw.).

Im Gegenzug kann die Entsendung eines »Fachberater-Rettungsdienst« in den ELW der Feuerwehr und/oder der Polizei sinnvoll sein. Dies liegt dann im Ermessen der Einsatzleitung Rettungsdienst. Ebenfalls kann ein abgesetzter Arbeitsplatz in der Technischen Einsatzleitung des Kreises (TEL-KatS) eingerichtet werden. Generell ist ein regelmäßiger und enger Abgleich zwischen der ELRD und den jeweiligen Fachberatern erforderlich.

Als Hilfestellung stehen für die ELW-Positionen jeweils Checklisten mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung  [siehe Kapitel 17.6.](#)



4.4.2. ELW-Transportorganisation

Bei Einsatzlagen mit einer hohen Patientenanzahl oder sehr anspruchsvollen Einsatzführungsstrukturen werden zusätzliche Einheiten der Führungsunterstützung erforderlich. Spätestens ab einer Patientenzahl > 20 bzw. dem Erreichen der Alarmierungsschwelle der Stufe R30 wird daher ein zweiter Einsatzleitwagen – Führungsunterstützung, aus einem benachbarten RKiSH-Versorgungsbereich, der Einsatzleitung Rettungsdienst zugeordnet. Aufgrund des dabei deutlich erhöhten Organisationsaufwandes ist eine möglichst effektive Vernetzung der beiden ELW sowie der Einsatzabschnitte erforderlich, um hier einen zeitoptimierten Abtransport der vital bedrohten Patienten zu gewährleisten:

- Patienten- und Kräftemanagement
- Vernetzung mit dem Lage- und Führungssystem der Leitstelle und ggf. des Führungsstabes (bspw. Geobyte Metropoly BOS und Convevix RescueTrack).
- Bettenabfrage über die Leitstelle

Auch dieses Personal rekrutiert sich gemeinschaftlich aus Führungskräften der SEG-Hilfsorganisationen und zum Alarmierungszeitpunkt regulär dienstfreien Mitgliedern der OrgL-Gruppe des Rettungsdienstes aus dem jeweils entsendenden Versorgungsbereich.

Nach dessen Eintreffen und dem Herstellen der Einsatzbereitschaft findet eine gezielte Übertragung von Teilaufgaben aus dem ersten ELW in Richtung des zweiten Einsatzleitwagens statt. Der erste eingetroffene Einsatzleitwagen behält die Einsatzführung, der nachrückende ELW übernimmt jedoch vollständig die Aufgaben der Transportorganisation. Aus diesem Anlass wird das Fahrzeug dann als »Transportorganisation« bezeichnet. Dies soll möglichen Missverständnissen vorbeugen, indem die Bezeichnung »ELW« ausdrücklich nur für den einsatzführenden ELW-Führungsunterstützung genutzt wird. Alle weiteren ggf. noch nachrückenden Einsatzleitwagen werden entsprechend ihrer zugewiesenen Aufgaben benannt und über BOS-Digitalfunk dann an der Einsatzstelle auch nur noch so gerufen.

Die Führungskraft der bisherigen Position: »Transportorganisation« wechselt aus dem ELW-Führungsunterstützung in den nachrückenden Einsatzleitwagen und übernimmt dort die »Leitung – Transportorganisation«. Sie arbeitet in diesem Zuge die neuen Kräfte in ihre Arbeitsaufgaben ein, indem sie ihren Wissensvorsprung aus dem 1. ELW nutzt und diese Informationen weitergibt. Sie hat, im Rahmen ihrer konkreten Tätigkeiten, gegenüber den Einsatzkräften der »Transportorganisation« eine direkte organisatorische Weisungsbefugnis.

Zu den Hauptaufgaben der »Transportorganisation« zählt das Entsenden von Rettungsmitteln aus dem Bereitstellungsraum oder Rettungsmittelhalteplatz zum Patiententransport in die Patientenablagen oder Patientenladezone sowie die fachgerechte Zuteilung von Krankenhausbetten auf die Patienten. Sollten diese Strukturen noch nicht eingerichtet worden sein, so übernimmt dies die »Transportorganisation«, insbesondere die Patientenladezone muss fachgerecht eingerichtet und betrieben werden □ [siehe Kapitel 8.7](#).

Der Transportorganisation stehen mindestens vier Arbeitsplätze zur Verfügung:

- Leitung – Transportorganisation
- Kommunikation
- Transportorganisation/Dokumentation
- Transportorganisation/Dokumentation

Außerdem kann über die ELRD bzw. den »ELW-Führungsunterstützung« ergänzendes Assistenzpersonal hinzugezogen werden.

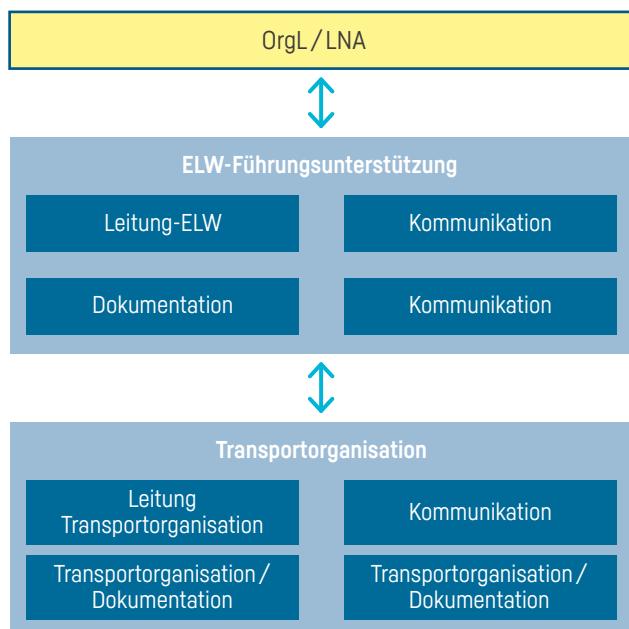


Abb. 5: Aufgaben und Positionen der beiden parallelen Einsatzleitwagen

Durch die Transportorganisation erfolgt spätestens die Bettenabfrage bzw. wird diese bei Bedarf zusammen mit der Leitstelle aktualisiert. Die Betten werden dann bedarfsgerecht auf die einzelnen Einsatzabschnitte verteilt. Wobei hier ausdrücklich nicht versucht werden soll die vollständige Dokumentation der Patiententransporte festzuhalten. Dies geschieht durch die Einsatzabschnittsleitungen in den Patientenablagen und Behandlungsplätzen bzw. der Patientenladezone. Hierbei können auch die EDV-Unterstützungslösungen Convexis Rescuetrack sowie Geobyte Metropoly BOS genutzt werden.

Der Leitende Notarzt muss einen sehr engen Kontakt zur »Transportorganisation« halten, da nur durch ihn die korrekte Transportreihenfolge der Patienten aus den Einsatzabschnitten festgelegt werden kann.

Der freigewordene Arbeitsplatz im 1. ELW wird durch eine weitere Einsatzkraft nachbesetzt. Diese übernimmt dann nach Bedarf Kommunikations- und/oder Dokumentationsaufgaben oder sie besetzt die Schnittstelle bspw. zur Feuerwehr, Polizei, Ordnungsbehörde oder Betreuung. Als Hilfestellung stehen für die vier Positionen der Transportorganisation jeweils Checklisten mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung □ [siehe Kapitel 17.7](#).

4.4.3. ELW-Rettungsmittelhalteplatz / ELW-Ladezone

Spätestens ab der R-Stufe R40 bzw. bei mehr als 30 Patienten wird ein dritter »ELW-Führungsunterstützung« aus einem benachbarten RKiSH-Versorgungsbereich alarmiert und der Einsatzstelle zugeordnet. Auch dieses Personal rekrutiert sich gemeinschaftlich aus Führungskräften der SEG-Hilfsorganisationen sowie zum Alarmierungszeitpunkt regulär dienstfreien Mitgliedern der jeweiligen OrgL-Gruppe der RKiSH aus dem entsendenen Versorgungsbereich.

Dieses Fahrzeug sollte – sofern die beiden Funktionen »Führungsunterstützung« und »Transportorganisation« effektiv arbeiten und nicht direkt unterstützt werden müssen – nach dem Herstellen der Einsatzbereitschaft bedarfsgerecht entweder die Koordination aller Rettungsmittel im Rettungsmittelhalteplatz oder der Patientenladezone übernehmen. Aus diesem Anlass wird das Fahrzeug daher auch ab dann als »Rettungsmittelhalteplatz« oder »Ladezone« bezeichnet. Ihm stehen für seine Aufgabe vier Arbeitsplätze sowie ggf. ergänzendes Assistenzpersonal zur Verfügung:

- Leitung – Rettungsmittelhalteplatz bzw. Ladezone
- Kommunikation
- RMHP bzw. Ladezone/Dokumentation
- RMHP bzw. Ladezone/Dokumentation

Zunächst nimmt die »Leitung – Rettungsmittelhalteplatz« bzw. »Leitung – Ladezone« persönlichen Kontakt zum diensthabenden Organisatorischen Leiter auf und erhält dort eine Lageeinweisung sowie die weiteren Arbeitsaufträge. Anschließend weist sie ihrerseits die ihr unterstellten Kräfte gezielt in die aktuelle Einsatzlage ein und vergibt ihrerseits konkrete Arbeitsaufträge.

Ab diesem Zeitpunkt ist der »Rettungsmittelhalteplatz« bzw. die »Ladezone« der direkte Ansprechpartner für alle Einsatzkräfte im entsprechenden Einsatzabschnitt.

Dafür stellt das Team die fachgerechte Dokumentation der Rettungsmittel in seinem Zuständigkeitsbereich sicher. Außerdem sorgt es für eine gezielte Lageeinweisung der dort eintreffenden Kräfte (ggf. mit Hilfe einer einfachen Lagekarte):

- Allgemeine Informationen zum Schadensereignis
- Ausrichtung der aktuellen Einsatztaktik und Versorgungsstrategie
- Lage und Bezeichnung der Einsatzabschnitte und insbesondere der Ladezone
- Einsatzstellenkommunikation
- Convexis Rescuetrack
- Geobyte Metropoly BOS

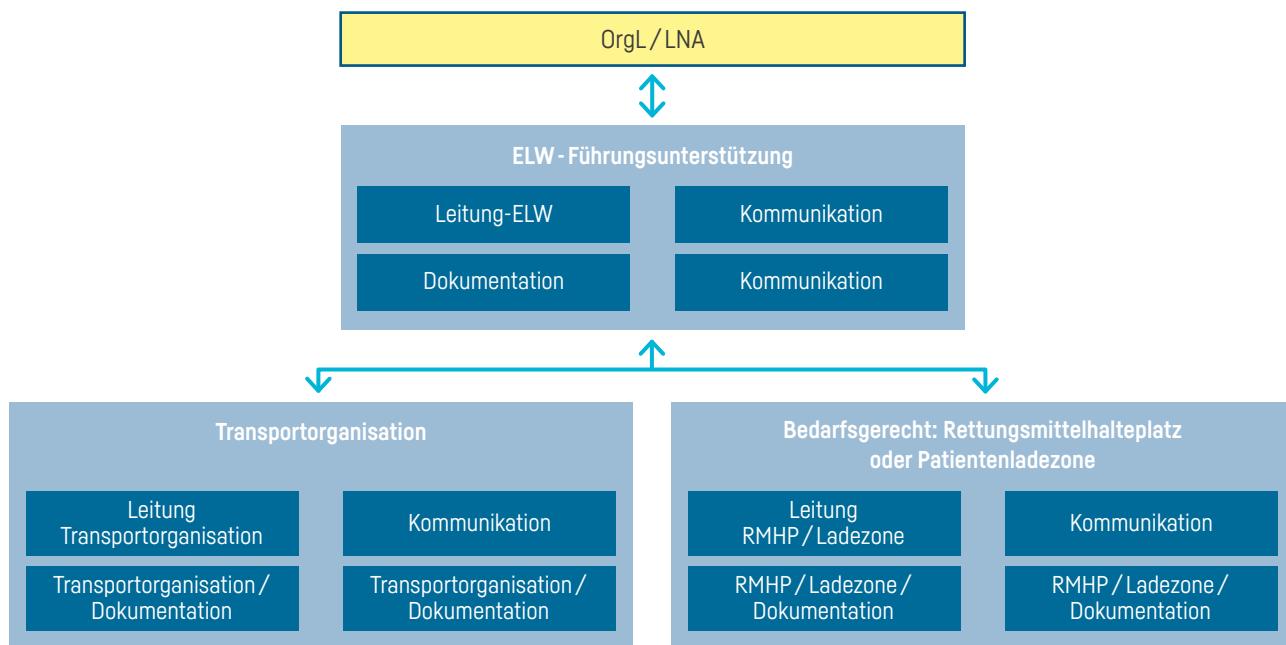


Abb. 6: Aufgaben und Positionen bei drei parallel eingesetzten Einsatzleitwagen

Im Anschluss beordert der »Rettungsmittelhalteplatz« die erforderlichen Kräfte in die jeweiligen Einsatzabschnitte. *Beispielauftrag: »Rettung Pinneberg 30-83-01 fahren Sie zum Patiententransport in den Einsatzabschnitt Bus. Schalten Sie dafür mit Ihrem HRT die DMO-Rufgruppe 611_R und melden sich beim dortigen Einsatzabschnittsleiter.«*

Für die umfangreiche Einsatzstellenkommunikation sowie die Vielzahl der anrückenden Rettungsmittel, SEG- und überörtlichen MANV-Komponenten müssen entsprechend angepasste Kommunikationsmöglichkeiten darstellbar sein. So muss die reguläre Rettungsdienst-TMO-Rufgruppe immer mitgehört werden, u.a. zur Einweisung ortsunkundiger Einsatzkräfte. Zusätzlich muss bei Bedarf auch noch mindestens eine zusätzliche TMO-Rufgruppe schaltbar sein (je nach zugewiesenem TMO-Rufgruppen-Einsatzblock). Zudem müssen immer die drei vorgeplanten DMO-Rufgruppen 610_R (Führungs-rufgruppe), 605_R (Rettungsmittelhalteplatz und 614_R (Patientenladezone) bedient werden □ [siehe Kapitel 4.6.](#)

Die »Leitung Rettungsmittelhalteplatz« ist eigenständig dafür verantwortlich geeignetes Assistenzpersonal über den ELW-Führungsunterstützung anzufordern.

Als Hilfestellung stehen für den Rettungsmittelhalteplatz und den Führer der Ladezone Checklisten mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung
□ [siehe Kapitel 17.4. und 17.5.](#)

4.4.4. Weitere Einsatzleitwagen

Alle ggf. noch nachfolgenden Einsatzleitwagen können bspw. für die gezielte Führung der Einsatzabschnitte genutzt werden. Das Personal dieser Fahrzeuge rekrutiert sich dann ebenfalls gemeinschaftlich aus Führungskräften der SEG-Hilfsorganisationen sowie dienstfreien OrgL der RKiSH oder externen Kräften. Sie unterstellen sich dann der Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. dem ELW-Führungsunterstützung und nehmen ihre zugeteilten Aufgaben entsprechend der Vorgaben des diensthabenden Organisatorischen Leiters wahr.

Diese standardisierte Vorgehensweise hat, insbesondere bei den überwiegend ländlich geprägten Versorgungsbe-reichen der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein, enorme Vorteile. Einsätze mit mehr als 20 zeitgleich verletzten und/oder erkrankten Patienten ereignen sich nur selten. Somit müssen die Funktionen »Transportorganisation«, und »Rettungsmittelhalteplatz« nicht zwingend mit speziell ausgebildetem Personal und entsprechend ausgestatteten Fahrzeugen zusätzlich vorgehalten werden. Die jeweiligen Einsatzleitwagen können diese Aufgaben zunächst eigenständig in ihrem Versorgungsbereich übernehmen, sollte es die Einsatzsituation jedoch erfordern, so können sich alle »ELW-Führungsunterstützung« gegenseitig und damit kreisübergreifend unterstützen.

4.5 CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CRM)

Bereits Ende der 1970er Jahre wurde in der Luftfahrt erkannt, dass die menschlichen Faktoren für einen Großteil der dortigen kritischen Zwischenfälle verantwortlich waren. Als effektive Gegenmaßnahme wurde ein Team-training für die Flugbesatzungen entwickelt (Crew Resource Management). Über die Zeit wurde das Crew Resource Management auch in anderen Branchen angewendet, wie z.B. bei den Fluglotsen, in der chemischen Industrie oder Intensiv- und Notfallmedizin. Hier wird das Crew Resource Management zumeist als Crisis Resource Management (CRM) bezeichnet. Es soll kritische Situationen bereits vor deren Entstehung vermeiden oder zumindest bei einem Zwischenfall bzw. Komplikation helfen die zur Verfügung stehenden Ressourcen bestmöglich einzusetzen und so das Problem zu lösen.

Dies trifft auch auf rettungsdienstliche Großschadensereignisse (MANV) zu. Ein Massenanfall von Verletzten ist eine besondere Herausforderung für alle Einsatzkräfte und damit auch für die Einsatzleitung Rettungsdienst. Selbst unter ungünstigsten Rahmenbedingungen muss dennoch eine große Patientenanzahl gezielt versorgt und fachgerecht transportiert werden können. Insbesondere in der Anfangsphase werden jedoch regelhaft zu wenig Ressourcen zur Verfügung stehen und aufgrund der besonderen Situation werden dabei leider auch immer Komplikationen und Fehler auftreten. CRM kann helfen, dass diese Ereignisse vor ihrer Entstehung verhindert werden oder zumindest kein zu großes Ausmaß annehmen, da effektive Gegenmaßnahmen frühzeitig ergriffen werden können.

CRM in der Medizin bedeutet:

»Die Fähigkeit, das Wissen, was getan werden muss, auch unter den ungünstigsten und unübersichtlichsten Bedingungen der Realität eines medizinischen Notfalls in effektive Maßnahmen im Team umzusetzen.«

David Gaba, Stanford

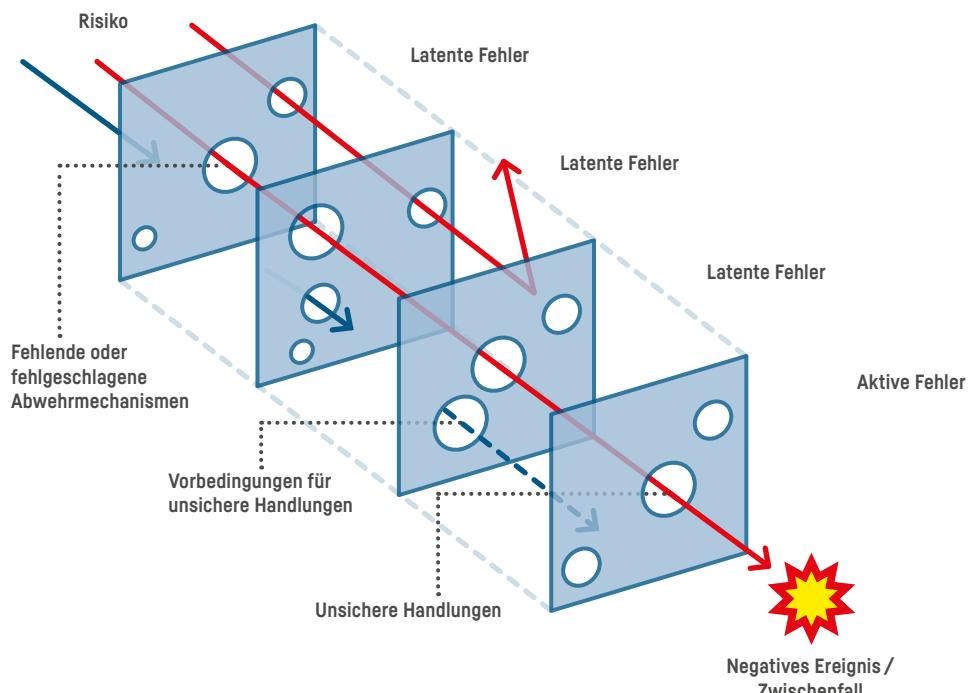


Abb. 7: Schweizer-Käse-Modell nach Reason

Die Abbildung zeigt das Schweizer Käse Modell zur Entstehung sowie möglichen Vermeidung von Fehlern und kritischen Zwischenfällen nach dem Modell von Reason.

Wenn ein Zwischenfall auftritt, sollten unmittelbar Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Wenn die handelnden Akteure jedoch in der Handhabung dieser Maßnahmen unsicher sind, kann der Zwischenfall nicht effektiv bewältigt werden. Weiterhin spielen auch hier die menschlichen Faktoren eine entscheidende Rolle. Diese können zum Beispiel in Form von Müdigkeit der Führungskräfte auftreten. Falls zusätzlich auch noch die Arbeitsplatz- oder Hintergrundorganisation sowie das Management fehlerhaft sind, so wird dieser Zwischenfall nicht verhindert bzw. beseitigt werden können. Zur Hintergrundorganisation gehören Strukturen und Regeln für eine Handlung, wie z. B. das MANV-Konzept. Zur Arbeitsplatzorganisation zählen bspw. die einheitlich vordefinierten und entsprechend ausgestatteten Arbeitsplätze im ELW-Führungsunterstützung.

Um Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen und Gegenmaßnahmen ergreifen zu können bilden die 15 CRM-Leitsätze eine direkte Handlungshilfe für die Einsatz- und Führungskräfte:

- 01 Kenne deine Arbeitsumgebung
- 02 Antizipiere und plane voraus
*Bereite dich auf mögliche Gefahren / Komplikationen vor**
- 03 Fordere Hilfe an – lieber früh als spät
- 04 Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied
- 05 Verteile die Arbeitsbelastung (10 für 10 Prinzip)
- 06 Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personen & Technik)
- 07 Kommuniziere sicher und effektiv (*Sag was dich bewegt*)
- 08 Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen
(Auch die Informationen aller Teammitglieder. Nutze das 10 für 10 Prinzip)*
- 09 Verhindere und erkenne Fixierungsfehler
- 10 Habe Zweifel und überprüfe genau
(Double Check, nie etwas hinnehmen)
- 11 Verwende Merkhilfen und schlage nach
- 12 Re-evaluiere die Situation immer wieder
(Verwende auch das 10 für 10 Prinzip)
- 13 Achte auf gute Teamarbeit – unterstütze andere
- 14 Lenke deine Aufmerksamkeit bewusst
(Frage dich, was du gerade tust und was gerade wichtig ist)*
- 15 Setze Prioritäten dynamisch
*(Reagiere angemessen und situationsgerecht auf Veränderungen *)*

Nach: Rall, Gaba in: Miller, Anaesthesia 7th Edition * Zusatz RKSH-Akademie / Meis 2011

Alle Entscheidungen sollten immer an der aktuellen Lage, den zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie den Umständen entsprechend angepasst sein. Dies gilt insbesondere bei MANV-Lagen. Hierbei kann es immer zu Zwischenfällen kommen, die dann unterschiedlichste Ausmaße annehmen können. Gemäß den CRM Leitsätzen kann das »10-für-10-Prinzip« eine effektive Hilfestellungen bieten. Hierbei nehmen sich die Akteure gemeinsam 10 Sekunden Zeit, um das bisherige Vorgehen sowie die Planungen für die nächsten zehn Minuten zu besprechen. Insbesondere bei Entscheidungen, die über den positiven Verlauf der Einsatzlage entscheiden können, dürfen anstatt spontaner Ideen nur durchdachte Entscheidungen umgesetzt werden (regelmäßige Besprechung von OrgL, LNA und Leitung-ELW).

Beim »10-für-10-Prinzip« wird innerhalb des Führungsteams die aktuelle Lage besprochen und der jeweilige Informationsstand abgeglichen. Es werden das Hauptproblem sowie die relevanten Fakten analysiert. Im Weiteren werden die möglichen Optionen im Team erläutert und die Risiken und der Nutzen gemeinsam abgewogen. Anschließend folgt die Entscheidung welche Maßnahmen zu treffen sind. Im Anschluss muss die Durchführung kontrolliert werden. Es gilt herauszufinden, ob die Maßnahmen das erwünschte Ergebnis erzielt haben oder weiteres Handeln notwendig ist.



Abb. 8: 10-Für-10-Prinzip bei einem MANV

4.6 FUNKKOMMUNIKATION

Rettungsdienstliche Großschadensereignisse mit einer Vielzahl verletzter oder erkrankter Personen (MANV) bringen einen erhöhten Kommunikationsbedarf mit sich. So muss beispielweise immer zwischen dem Einsatzleitwagen – Führungsunterstützung und allen Einsatzabschnitten ein ständiger Abgleich erfolgen, da nur so ein aktuelles Lagebild erstellt werden kann. Zudem müssen die Arbeitsaufträge zuverlässig an die Einsatzabschnitte übermittelt werden und alle Anforderungen von dort aus in den ELW gelangen können.

Als Kommunikationsmittel wird hierfür in Schleswig-Holstein der Digitalfunk der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben genutzt. Gemäß den Vereinbarungen mit den Landkreisen wurden feste TMO- und DMO-Digitalfunkrufgruppen für die Bewältigung von MANV-Lagen für den Rettungsdienst vorgeplant [siehe RKiSH-Dokument 0453](#). Erst dadurch werden der Organisatorische Leiter sowie der Leitende Notarzt überhaupt in die Lage versetzt den Einsatz effektiv zu leiten. Und dies selbst dann, wenn die jeweiligen Einsatzabschnitte geographisch weiträumig auseinandergezogen sind. Die erforderlichen Funkgeräte werden auf allen Führungs- und Rettungsmitteln der RKiSH sowie bei den Einheiten der Schnelleinsatzgruppen der Hilfsorganisationen vorgehalten.

Bedarfsgerecht können auch noch weitere TMO- und DMO-Digitalfunkrufgruppen durch den Organisatorischen Leiter bei der Leitstelle angefordert und den jeweiligen Einsatzabschnitten zugeordnet werden. So wird der Einsatzleitung Rettungsdienst immer ein TMO Einsatzblock zugeordnet und kann bei Bedarf über die zuständige Leitstelle erfragt und eingesetzt werden [siehe Abbildungen 18 und 19](#).

In der Anfangsphase des rettungsdienstlichen Großschadensereignisses wird die Digitalfunkkommunikation zunächst über die reguläre TMO-Rufgruppe des Rettungsdienstes abgewickelt. Im weiteren Verlauf sollte dann jedoch die Einsatzstellenkommunikation im DMO-Digitalfunkbetrieb fortgeführt werden. Dies entlastet die Standardrettungsdienstrufgruppe und ermöglicht eine ungehinderte Kommunikation an der Einsatzstelle.

Die DMO-Rufgruppe 610_R <FÜ> dient als vordefinierte DMO-Führungsruflgruppe und soll somit nur von den Einsatzleit- und Führungskräften an der Einsatzstelle genutzt werden. Hierüber werden alle Arbeitsaufträge und Informationen von der ERLD bzw. dem ELW an die unterstellten Einsatzabschnitte übermittelt. Auf diesem Wege erfolgen auch – jedoch in entgegengesetzter Richtung – die Anforderungen und Informationsweitergabe von den Einsatzabschnitten zur Einsatzleitung [siehe Abbildung 9](#). Bei räumlich weit auseinandergezogenen Einsatzstellen kann die Führungsruflgruppe auch im TMO Führungsruflgruppe des zugeordneten Einsatzblocks abgebildet werden (z.B. 3350_IZ_5_FÜ, als Führungsruflgruppe des 5. Einsatzblocks aus dem Kreis Steinburg).

Die DMO-Rufgruppen 611_R <A1> und 612_R <A2> können bei Bedarf als Arbeitsruflgruppen in den Einsatzabschnitten genutzt werden. Die Zuordnung und Freigabe erfolgt dann durch den Organisatorischen Leiter. Als Rufgruppe für den Rettungsmittelhalteplatz wurde die DMO-Rufgruppe 605_R* <A5> festgelegt.

Die Funkkommunikationsstruktur aus der Abbildung 9 kann bis einschließlich eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses der Stufe R20 erfolgen (= bis zu 20 verletzte bzw. erkrankte Personen). Bei noch umfangreicheren Einsatzlagen sollte, neben der erweiterten Führungsstruktur, dann auch die Funkkommunikationsstruktur entsprechend angepasst werden, um den erhöhten Kommunikationsbedarf effektiv abbilden zu können. Dies liegt im Ermessen der ERLD und muss immer anhand der örtlichen Gegebenheiten und den Anforderungen des konkreten Einsatzes entsprechend abgewogen werden [siehe Kapitel 4.4 und Abbildung 17](#).

Dies bedeutet die Abfrage aller Einsatzabschnitte im 15-Minuten-Rhythmus durch den ELW-Führungsunterstützung: Patientenzahl sortiert nach den Sichtungskategorien ROT/GELB/GRÜN/SCHWARZ sowie die Anzahl der Patienten mit Transportpriorität. Hierbei wird dann gleichzeitig auch der Bedarf an weiteren Einsatzkräften zum Herstellen der Versorgungssicherheit durch den jeweiligen Einsatzabschnitt angezeigt. In entgegengesetzter Richtung werden anschließend die fachgerechten Klinikbetten vom ELW an die Einsatzabschnitte übermittelt [siehe Kapitel 4.4.1 und Abbildung 10](#).

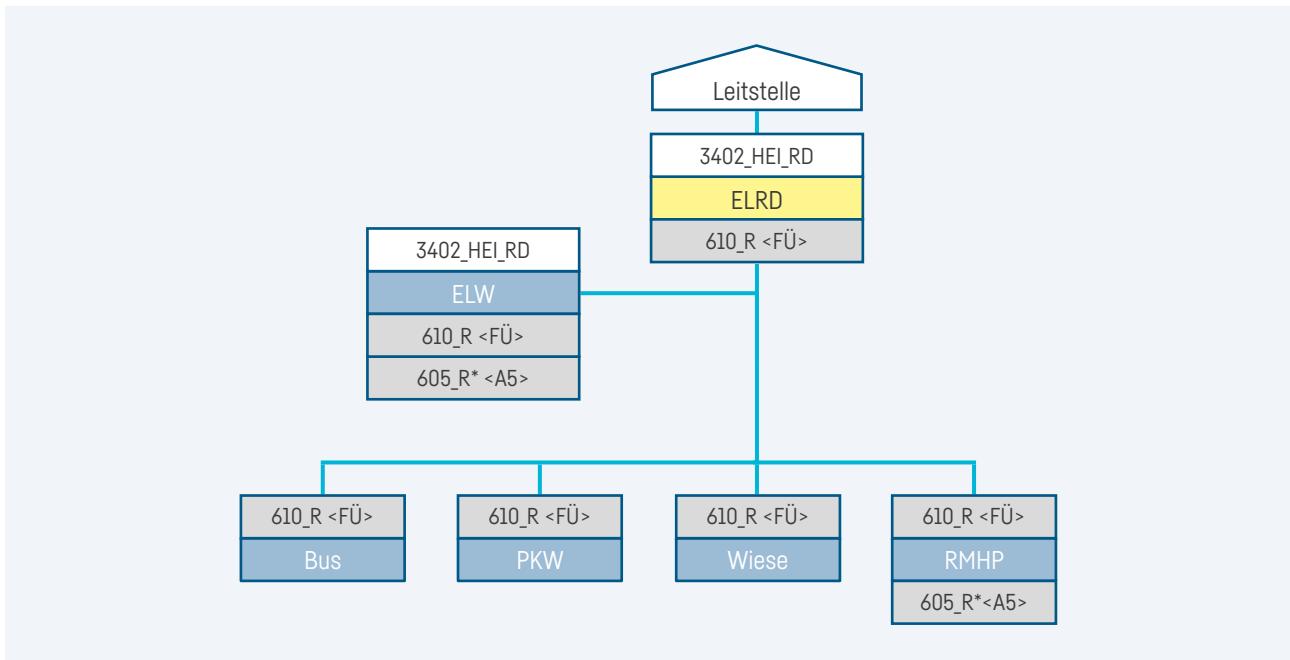


Abb. 9: Funkkommunikationsstruktur bis einschließlich R20 ohne eine Ladezone

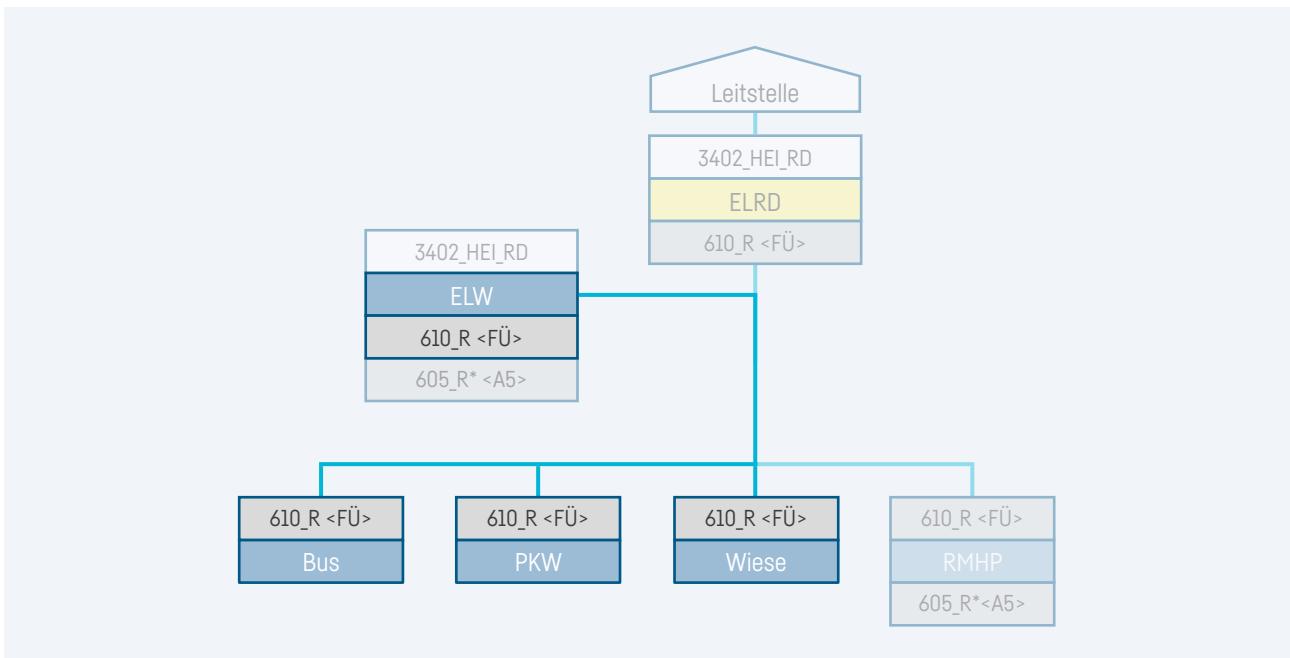


Abb. 10: Abfrage der Einsatzabschnitte und Zuteilung der Klinikbetten bis einschließlich R20 über die DMO-Rufgruppe 610_R <FÜ>

Stand: 08/2023

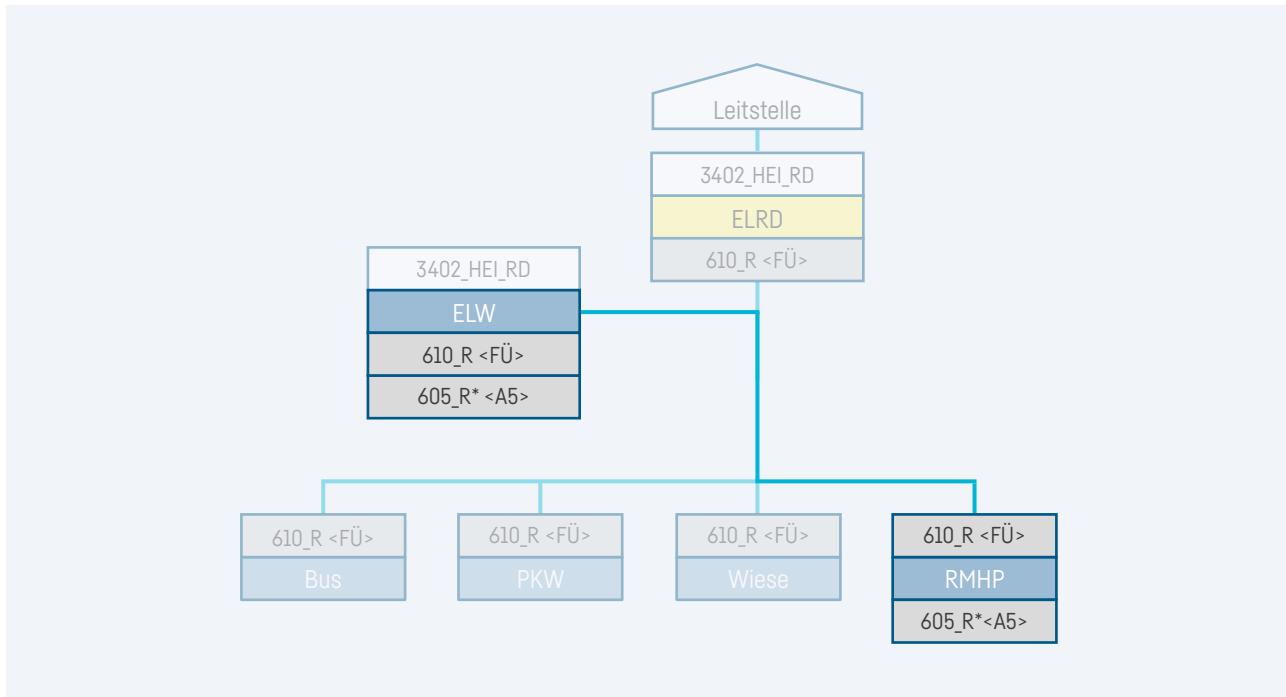


Abb.11: Abfrage des RMHP und Zuteilung der Rettungsmittel in die Einsatzabschnitte bis einschließlich R20 über die DMO-Rufgruppe 610_R <FÜ>

Die Zuteilung der bedarfsgerechten Transportfahrzeuge in die Einsatzabschnitte kann vom ELW zum Rettungsmittelhalteplatz über die DMO-Rufgruppe 610_R <FÜ> oder alternativ als Ausweichmöglichkeit über die DMO-Rufgruppe 605_R* <A5> erfolgen [siehe Abbildung 11](#). Dies ermöglicht eine Beschleunigung der Arbeitsabläufe durch die Aufteilung der DMO-Rufgruppen in die beiden Arbeitsbereiche »Führung« bzw. der Abfrage aller Einsatzabschnitte und Zuteilung der Klinikbetten und »Kräftemanagement« bzw. die Zuteilung der Rettungsmittel in die Einsatzabschnitte.

Bedarfsgerecht kann durch die ERLD eine Patientenladezone eingerichtet werden [siehe Abbildung 12](#). Die Abfrage und Zuteilung der fachgerechten Transportfahrzeuge erfolgt über die DMO-Ladezonen-Rufgruppe 614_R <A4>. Durch die Nutzung dieser zusätzlichen Rufgruppe wird eine möglichst reibungslose Funkkommunikation zwischen dem ELW-Aufgabenbereich der Transportorganisation, dem Rettungsmittelhalteplatz und der Patientenladezone ermöglicht, ohne dadurch die laufenden Abfragen auf der DMO-Führungsruftgruppe 610_R <FÜ> zu stören.

Nur durch diese parallelen Kommunikationswege können die Vorteile einer Patientenladezone optimale ausgenutzt werden [siehe Abbildung 13](#).

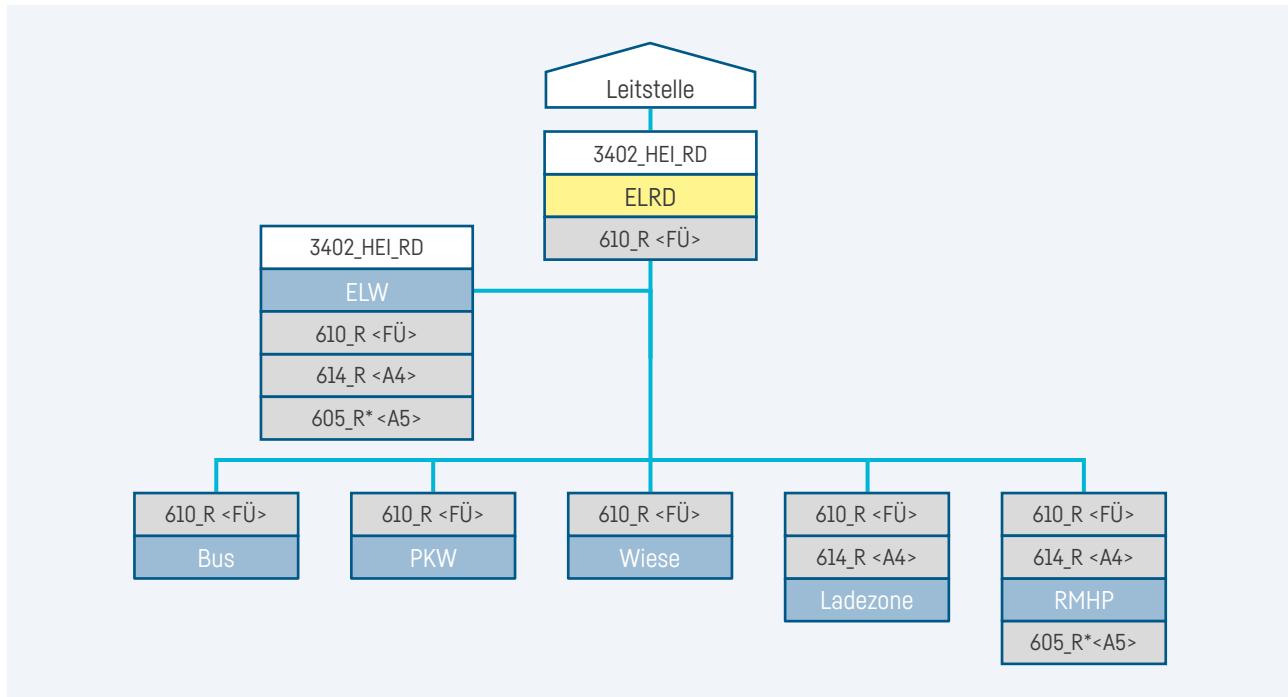


Abb.12: Funkkommunikationsstruktur bei einem MANV bis einschließlich R20 mit einer Ladezone

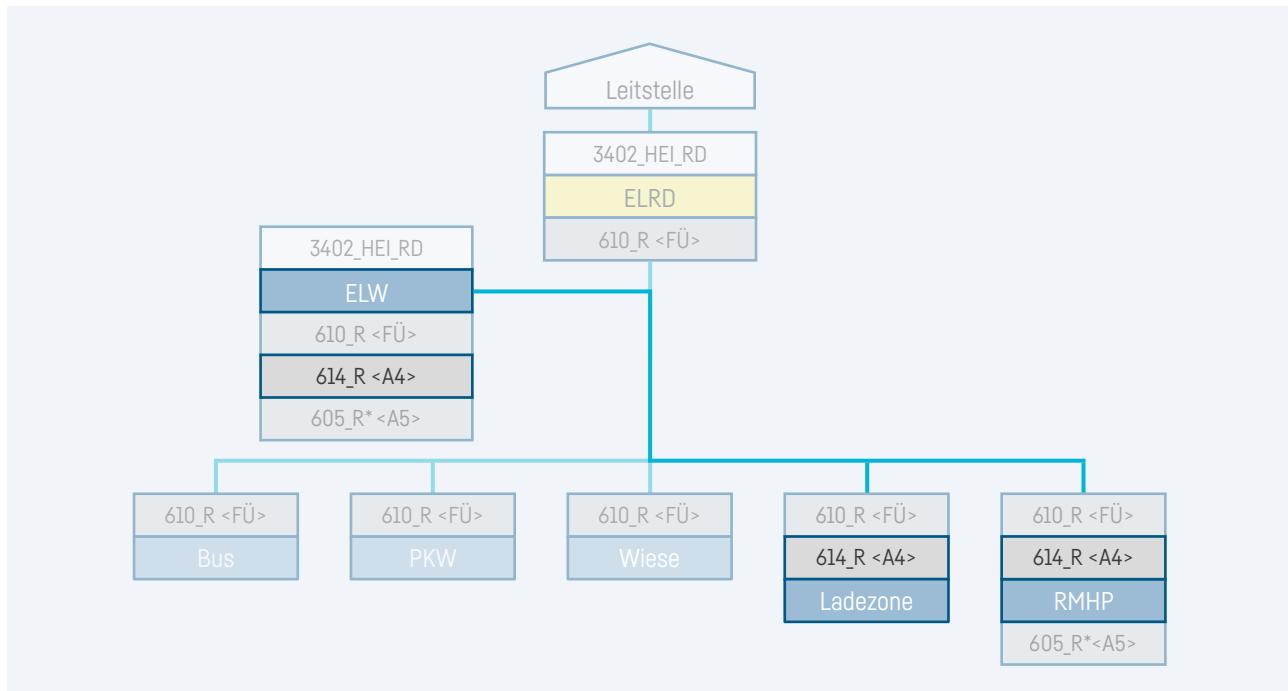


Abb.13: Zuteilung der Rettungsmittel aus dem RMHP in die Ladezone bis einschließlich R20 über die DMO-Rufgruppe 614_R <A4>

Stand: 08/2023



Rettungsdienstliche Großschadensereignisse ab der Stufe R30 bringen einen noch weiter erhöhten Kommunikationsbedarf mit sich (> 21 verletzte bzw. erkrankte Personen). Daher wird der Einsatzleitung Rettungsdienst ein zweiter ELW-Führungsunterstützung aus einem benachbarten RKiSH-Versorgungsbereich zugeordnet. Der erste eingetroffene Einsatzleitwagen behält die Einsatzführung, der nachrückende ELW übernimmt vollständig die Aufgaben der Transportorganisation inklusive der Koordinierung der ggf. zugeordneten Patientenladezone [siehe Kapitel 4.4 und 8.7](#). Aus diesem Anlass wird das Fahrzeug dann als »Transportorganisation« bezeichnet und über BOS-Digitalfunk auch nur noch so gerufen. Dies soll möglichen Missverständnissen vorbeugen, indem die Bezeichnung »ELW« ausdrücklich nur für den einsatzführenden ELW-Führungsunterstützung genutzt wird [siehe Abbildung 14](#).

In diesem Fall verläuft die Kommunikation dann parallel, um eine zeitoptimierte Einsatzabwicklung gewährleisten zu können. Zwingende Voraussetzung ist hierfür das Vorhandensein von drei Digitalfunkgeräten sowie ggf. Assistenzpersonal für die jeweilige Einsatzabschnittsleitung.

Auf der DMO-Führungsrufliste 610_R <FÜ> werden weiterhin alle Informationen zur allgemeinen Lage sowie konkrete Arbeitsaufträge vom ELW-Führungsunterstützung an die Einsatzabschnitte weitergegeben. In entgegengesetzter Richtung laufen die Kräfte- und Mittelanforderungen zum Herstellen der Versorgungssicherheit (15 Min. Abfragerhythmus).

- Patientenanzahl und deren Sichtungskategorien (Anzahl ROT, GELB, GRÜN, SCHWARZ, WEISS, Transportprioritäten)
- Benötigte Anzahl an Spezialbetten (z.B. Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, Verbrennungsbetten, Pädiatrische Versorgungsmöglichkeiten usw.)
- Freie/nicht zwingend benötigte Kräfte im Einsatzabschnitt

Auf der DMO-Rufgruppe 613_R <A3> werden hingegen die relevanten Informationen im Bezug auf die Betenutzteilung übermittelt.

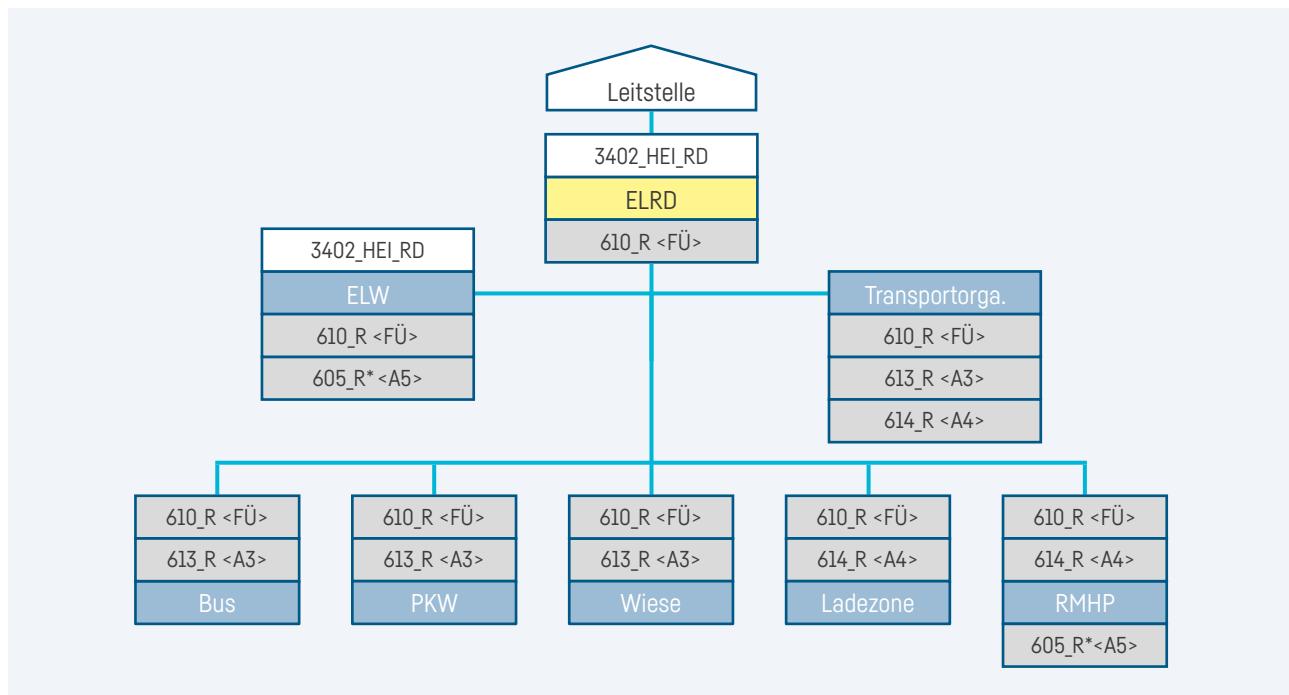


Abb.14: Komplexe Führungsstruktur bei einem MANV ab R30

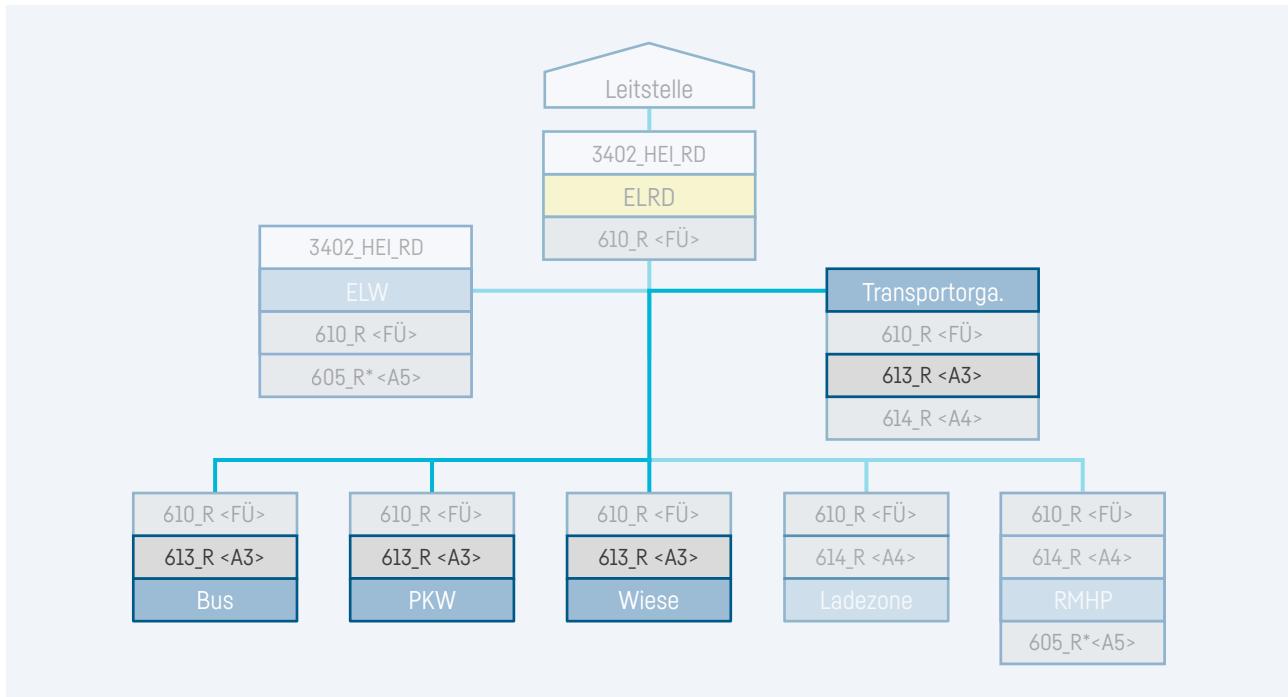


Abb.15: Zuteilung der Klinikbetten durch die Transportorga. bei einem MAnV ab R30 über die DMO-Rufgruppe 613_R <A3> an die Einsatzabschnitte

Bei einem MAnV ab der Stufe R30 bzw. über 21 Patienten verletzten bzw. erkrankten Personen kommt noch ein weiterer ELW-Führungsunterstützung aus einem weiteren RKiSH-Versorgungsbereich hinzu, dieser übernimmt dann bedarfsgerecht die Koordinierung des Rettungsmittelhalteplatzes sowie die ggf. zugeordneten Bereitstellungsräume oder Übernimmt die Aufgaben in der Patientenladezone [siehe Kapitel 4.4.3., 8.7 und 9.](#)

Die Zuteilung der bedarfsgerechten Transportfahrzeuge in die Einsatzabschnitte erfolgt von der Transportorganisation zum Rettungsmittelhalteplatz bzw. von dort aus in die Patientenladezone über die DMO-Ladezonen-Rufgruppe 614_R <A4>.

Hier kann und soll – jedoch erst nach Freigabe durch die ELRD – ein direkter Bypass von der Patientenladezone zum Rettungsmittelhalteplatz geschaffen werden [siehe Abbildung 16.](#)

Voraussetzung ist die Versorgungssicherheit in den Einsatzabschnitten. Erst dann kann der Zugriff der Ladezone auf den Rettungsmittelhalteplatz erfolgen, da zuvor noch Rettungsmittel bedarfsgerecht vom ELW-Führungsunterstützung über den RMHP in die Einsatzabschnitte verteilt werden müssen.

Die Ladezone kann dann eigenständig und somit zeitoptimiert die erforderlichen Rettungsmittel in den eigenen Bereich anfordern, um die dort verfügbaren Halteplätze möglichst effektiv nutzen zu können.

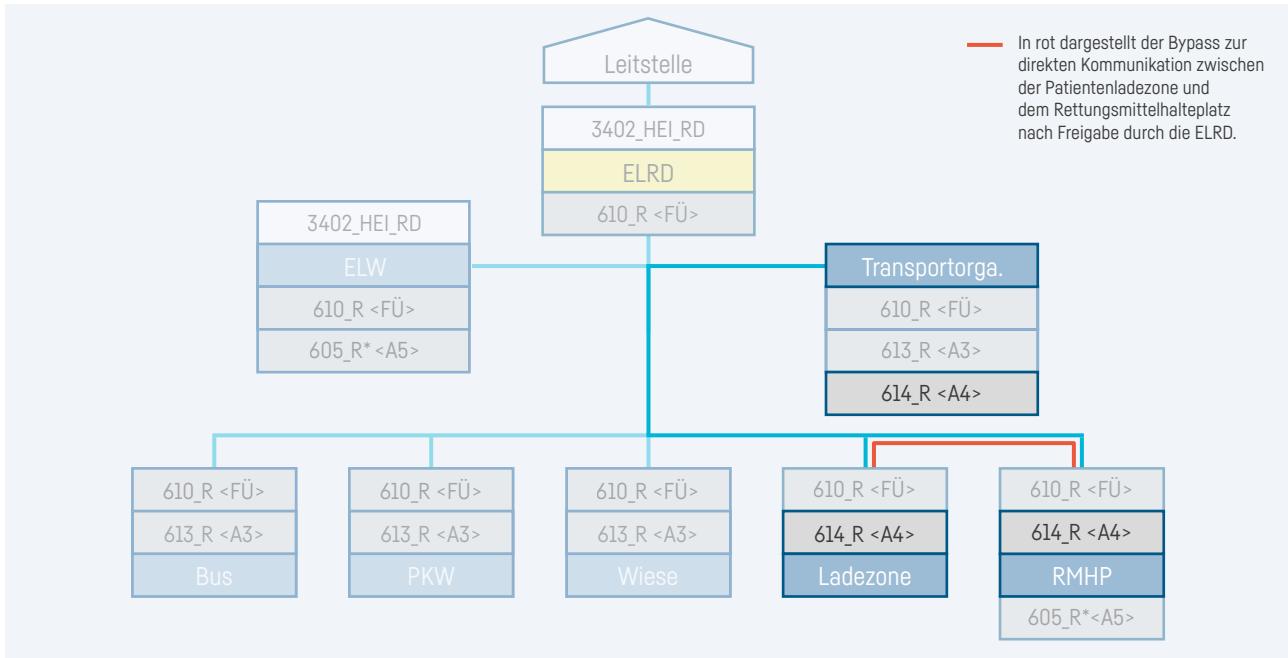


Abb.16: Zuteilung der Transportfahrzeuge vom RMHP in die Ladezone ab R30 nach der Freigabe durch die ELRD

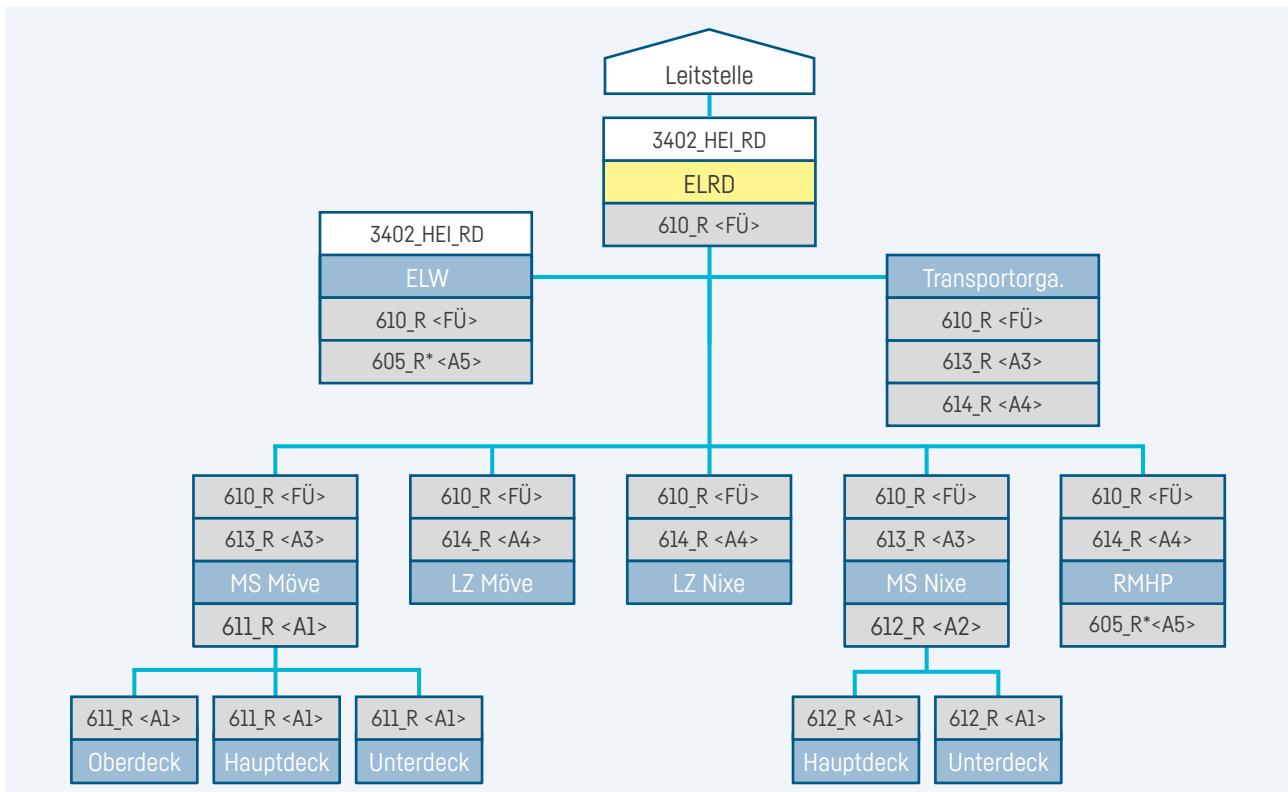


Abb.17: Komplexe Funkkommunikationsstruktur bei einem MANV ab R30/Schiffskollision jeweils mit Unterabschnitten und zwei Ladezonen

Stand: 08/2023

Eine Übersicht der vorgeplanten DMO-Rufgruppen gibt Abbildung 18.

DMO-Funkrufgruppe	Bezeichnung	Aufgaben
610_R <FÜ>	Führungsruflgruppe	Kommunikation zwischen der Einsatzleitung und den jeweiligen Einsatzabschnittsleitungen (Abfrage der Sichtungskategorien und Zuteilung der fachgerechten Rettungsmittel Versorgungssicherheit). Zudem ist dies die DMO-Rufgruppe über die sämtliche Informationen zu akuten Lageveränderungen weitergegeben werden.
605_R* <A5>	Rufgruppe für den Rettungsmittelhalteplatz	Kommunikation zwischen der Einsatzabschnittsleitung – Rettungsmittelhalteplatz und den anrückenden Rettungsmitteln (Informationsweitergabe zur korrekten Anfahrt, bei Arbeitsaufträgen oder relevanten Lageveränderungen usw.)
614_R <A4>	Rufgruppe der Patientenladezone	Kommunikation zwischen der Transportorganisation, dem Rettungsmittelhalteplatz und der Patientenladezone (Zuteilung der Transportfahrzeuge)
613_R <A3>	Rufgruppe der Transportorganisation	Kommunikation zwischen der Transportorganisation und den einzelnen Einsatzabschnittsleitungen (Abfrage und Zuteilung der fachgerechten Krankenhausbetten)
612_R <A2>	Frei	Rufgruppe ist durch die ELRD frei zuteilbar, um somit bspw. in einem einzelnen Einsatzabschnitt eine eigenständige Funkkommunikation zu ermöglichen (Unterabschnitt)
611_R <A1>	Frei	Rufgruppe ist durch die ELRD frei zuteilbar, um somit bspw. in einem einzelnen Einsatzabschnitt eine eigenständige Funkkommunikation zu ermöglichen (Unterabschnitt)

Als weitererettungsdienstliche DMO-Rufgruppen stehen noch die 603_R, 604_R, 606_R, 607_R, 608_R und 609_R zur freien Verfügung.

Abb.18: Vorgeplante DMO-Rufgruppen für den Einsatzstellenfunk

Auf allen Einsatzfahrzeugen der Organisatorischen Leiter stehen sogenannte Repeater-Stativen zur Verfügung. Sie ermöglichen eine witterungsgeschützte Positionierung eines HRT-Digitalfunkgerätes im Repeater-Betriebsmodus. Bei Bedarf können zudem auch noch mehrere TMO-Einsatzblöcke durch die Einsatzleitung Rettungsdienst bei der Leitstelle angefordert werden.

TMO-Funkrufgruppe	Bezeichnung	Aufgaben
xxx 0	Führungsruflgruppe	Kommunikation zwischen der Einsatzleitung und den jeweiligen Einsatzabschnittsleitungen (Abfrage der Sichtungskategorien und Zuteilung der fachgerechten Rettungsmittel Versorgungssicherheit). Zudem ist dies die TMO-Rufgruppe über die sämtliche Informationen zu akuten Lageveränderungen weitergegeben werden.
xxx 5	Rufgruppe für den Rettungsmittelhalteplatz	Kommunikation zwischen der Einsatzabschnittsleitung – Rettungsmittelhalteplatz / Bereitstellungsraum und den anrückenden Rettungsmitteln (Informationsweitergabe zur korrekten Anfahrt, bei Arbeitsaufträgen oder relevanten Lageveränderungen usw.)
xxx 4	Rufgruppe der Patientenladezone	Kommunikation zwischen der Transportorganisation, dem Rettungsmittelhalteplatz und der Patientenladezone (Zuteilung der Transportfahrzeuge)
xxx 3	Rufgruppe der Transportorganisation	Kommunikation zwischen der Transportorganisation und den einzelnen Einsatzabschnittsleitungen (Abfrage und Zuteilung der fachgerechten Krankenhausbetten)
xxx 2	Frei	Rufgruppe ist durch die ELRD frei zuteilbar, um somit bspw. in einem einzelnen Einsatzabschnitt eine eigenständige Funkkommunikation zu ermöglichen (Unterabschnitt)
xxx 1	Frei	Rufgruppe ist durch die ELRD frei zuteilbar, um somit bspw. in einem einzelnen Einsatzabschnitt eine eigenständige Funkkommunikation zu ermöglichen (Unterabschnitt)

Die Rufgruppenendungen entsprechen somit denen im DMO-Betrieb [siehe weiter oben].

Abb.19: Hilfestellung für die einheitliche Zuteilung von TMO-Rufgruppen durch die ELRD

4.7 MOBILFUNKKOMMUNIKATION

Die Kommunikation zwischen der Einsatzleitung Rettungsdienst und den jeweiligen Einsatzabschnittsleitungen sowie zur Leitstelle und den weiteren Einsatzkräften soll grundsätzlich über den Digitalfunk der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben abgewickelt werden  siehe Kapitel 4.6 und 7. Dieses Kommunikationsnetz ist mehrfach abgesichert und kann dadurch auch noch bspw. bei einer vollständigen Überlastung des öffentlichen Mobilfunknetzes, bei einem Stromausfall oder in Gebieten mit einer schlechten Handynetzabdeckung genutzt werden. Zudem ist nur hierdurch die zeitgleiche Informationsweitergabe an alle Einsatzkräfte auf einer Rufgruppe möglich.

In einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis kann jedoch – in Einzelfällen – eine gezielte Kommunikation per Mobiltelefon zu nur einem Gesprächspartner nützlich und ergänzend durchführbar sein. Dafür können die dienstlichen Mobiltelefone bzw. die darüber verfügbaren Kurzwahlnummern genutzt werden. Diese sechsstelligen Kurzwahlnummern leiten sich immer von den sechsstelligen Funkrufnamen des jeweiligen Einsatzfahrzeugs ab. Hierdurch ist die langwierige Suche oder Eingabe von Mobiltelefonnummern nicht mehr notwendig.

Funktion / Rettungsmittel	Funkrufname des Einsatzfahrzeuges	Interne Kurzwahlnummer
Organisatorischer Leiter Versorgungsbereich Dithmarschen	RET HEI 10-10-01	101001
Leitender Notarzt Versorgungsbereich Pinneberg	RET PI 30-10-02	301002
NEF Kaltenkirchen	RET SE 48-02-01	488201
Reserve-NEF Rendsburg	RET RD 90-82-01	908201
1. RTW Quickborn	RET PI 32-83-01	328301
2. RTW Bad Segeberg	RET SE 41-83-02	418302
3. KTW Itzehoe	RET IZ 21-85-03	218503
1. RTW des MANV-T Moduls Dithmarschen	RET HEI 10-83-31	108331
Schwerlast-RTW Rendsburg	RET SH 77-87-01	778701
VEF Itzehoe	RET SH 77-84-01	778401

Abb. 20: Beispiele der Kurzwahlsystematik der RKiSH-Mobiltelefone

05

FÜHRUNGSEBENEN UND KENNZEICHNUNGEN

- 5.1 Leiter Rettungsdienst [A-Dienst]
- 5.2 Organisatorischer Leiter [B-Dienst]
- 5.3 Leitender Notarzt [LNA]
- 5.4 Vorläufiger Einsatzleiter – Rettungsdienst [C-Dienst]
- 5.5 Ersteintreffender Notarzt (vorläufiger LNA)
- 5.6 Einsatzabschnittsleitung Rettungsdienst
- 5.7 Pressebetreuung – RKiSH
- 5.8 Leiter Patientenladezone
- 5.9 Psychosoziale Notfallversorgung [PSNV]

Führungs-
ebenen

5. FÜHRUNGSEBENEN UND KENNZEICHNUNGEN

An der Einsatzstelle einesrettungsdienstlichenGroßschadensereignisses(MANV)ist es unbedingt erforderlich,dass alleEinsatzkräfte die gleiche »Sprache« sprechen und sich bei ihren Aufgaben gegenseitig unterstützen. Hierfür sind eine verbindlicheFührungsorganisation und entsprechende Kennzeichnung ebenso erforderlich, wie gemeinsame Aus- und Fortbildungen.

Die Strukturierung derEinsatzführungsebenen und deren jeweilige Kennzeichnung innerhalb der RKiSH orientiert sich an dem Rettungsdienstgesetz des Landes Schleswig-Holstein, den Empfehlungen der Hilfsorganisationen und den Strukturen der Berufsfeuerwehren.



Abb.21: Überblick der Einsatzführungsstrukturen in der RKiSH

Die obenstehende Abbildung zeigt dieEinsatzführungsebenen der RKiSH. Mit ihnen sind entsprechend umfangreiche Führungsaufgaben verbunden, die gemäß der Dienstvorschrift – Führung und Leitung im Einsatz (DV100) in die vierFührungsstufen A – D unterteilt werden.

Die Führungsstufen sind abhängig von der jeweiligen Schadensgröße. Die dafür erforderliche Führungskräfteausbildung muss daher unbedingt denAnforderungen der folgenden Abbildung entsprechen.

RKiSH-Führungsebene	Erforderliche Aus- und Fortbildungen	Führungsstufe (gemäß DV 100)
A-Dienst (Leiter Rettungsdienst)	Einführung in die Stabsarbeit + S33	D Rückwärtiger Führungsstab + ELW und Transportoga vor Ort
B-Dienst (Organisatorischer Leiter)	Verbandführer – Rettungsdienst (Ausbildungscurriculum Schleswig-Holstein)	C Führungsgruppe als Führungsunterstützung (ELW + Transportorga)
	Zugführer – Rettungsdienst (Ausbildungscurriculum Schleswig-Holstein)	B Führungstrupp als Führungsunterstützung (ELW)
C-Dienst (Vorl. Einsatzleiter – Rettungsdienst)	RettSan, RettAss oder NotSan RKiSH I MANV-Fortbildungen	A ohne zusätzliche Führungsunterstützung
	Gruppenführer – Rettungsdienst (Ausbildungscurriculum Schleswig-Holstein)	

Abb.22: Auseinander aufbauende Ausbildungs- und Führungsstufen in der RKiSH unterhalb der Katastrophenschwelle

Die Aufgaben der »**Führungsstufe A**« müssen von den ersteintreffenden Kräften übernommen werden, da diese für den strukturierten Einsatzverlauf maßgeblich entscheidend sind. Jeder RettSan/RettAss/NotSan muss demzufolge in die Lage versetzt werden, die damit verbundenen Führungsaufgaben wahrnehmen zu können. Die notwendigen Ausbildungsinhalte werden innerhalb der Berufsausbildung zum Notfallsanitäter und den RKiSH-MANV-Fortbildungen vermittelt.

Beispiele – Führungsstufe A / ohne zusätzliche Führungsunterstützung (C-Dienst/ Ersteintreffendes RKiSH-Rettungsmittel):

- Führen von kleineren Einsätzen unterhalb der MANV-Schwelle
- Führung von MANV-Einsätzen bis zur Übernahme durch die Einsatzleitung Rettungsdienst
- Führung einer Patientenablage bis zu einer Größe von 10 Patienten
- Führung eines Rettungsmittelhalteplatzes
- Führung eines Zeltes im Behandlungsplatz
- Führung von Einsätzen unterhalb der Führungsstufe B

Die »**Führungsstufe B**« beinhaltet die Aufgaben der operativ-taktischen Führung von Einheiten in einem Großschadensereignis. Diese werden vom diensthabenden Organisatorischen Leiter des jeweiligen Versorgungsbereiches wahrgenommen.

Beispiele – Führungsstufe B / mit einem Führungstrupp in einem ELW als Führungsunterstützung (B-Dienst / Organisatorischer Leiter):

- Operativ-Taktische Führung von bis zu fünf Einsatzabschnitten
- Aufbau einer angepassten Führungsorganisation [z.B. Raumordnung und Kommunikationsstruktur]
- Bilden von Einsatzschwerpunkten
- Zusammenarbeit mit anderen BOS-Kräften
- Führung von Einsätzen unterhalb der Führungsstufe C

Die »**Führungsstufe C**« erfordert nicht nur die operativ-taktische Führung von Einheiten sondern auch strategische Überlegungen im Rahmen von Großschadensereignissen mit umfassendem Koordinierungsbedarf. Dies erfordert daher vorausschauende Planungen sowie die Anordnung und Überprüfung der Durchführung der einsatztaktisch erforderlichen Maßnahmen.

Zielsetzung ist es die Qualifikation der verantwortlichen Führungskräfte entsprechend flächendeckend zu erweitern, da diese Führungsstufe in der RKiSH ebenfalls von dem jeweils diensthabenden Organisatorischen Leiter wahrgenommen werden muss.

Beispiele – Führungsstufe C / mit einer Führungsgruppe in zwei ELW als Führungsunterstützung und für die Transportorganisation (B-Dienst/ Organisatorischer Leiter):

- Führung von mehreren Einsatzabschnitten mit jeweils unterstellten Unterabschnitten
- Führung von großen Einsatzkomponenten bzw. Verbänden in fremden Versorgungsbereichen
- Strategische (Vor-)Planung und Führung von Einsätzen
- Einsatz als Fachberater oder Verbinder zu anderen BOS-Kräften
- Führung von Einsätzen unterhalb der Führungsstufe D

Die höchste Stufe ist die »**Führungsstufe D**«. Hierbei handelt es sich um komplexe Führungsaufgaben, die vom jeweils diensthabenden A-Dienst der RKiSH übernommen werden.

Beispiele – Führungsstufe D (A-Dienst / Leiter Rettungsdienst):

- Strategische (Vor-)Planung von Einsätzen
- Einsatz als Fachberater und/oder Verbinder zu anderen BOS-Kräften
- Führung in besonderen polizeilichen Lagen aus dem Lagezentrum der zuständigen Leitstelle heraus.
- Im Katastrophenfall erfolgt ein enger Abgleich mit den S33-Rettungsdienst im Katastrophenschutzführungsstab des betroffenen Kreises

Die Ausbildung der Leitenden Notärzte (LNA) ist auf Landesebene einheitlich geregelt. Es gelten die folgenden Qualifikationsanforderungen für den Erwerb der Fachkunde Leitender Notarzt:

- eine mindestens ½-jährige intensivmedizinische Tätigkeit
- Anerkennung in der Gebieten:
Anästhesiologie / Innere Medizin / Chirurgie oder in anderen Gebieten nach Einzelfallentscheidung
- Nachweis der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit als Notarzt bzw. Notärztin im Rettungsdienst von mindestens zwei Jahren mit mindestens 200 eigenverantwortlichen Einsätzen
- Nachweis eines von einer Ärztekammer anerkannten Kurses Leitender Notarzt
- Teilnahme am achtständigen Schleswig-Holstein-spezifischen LNA Zusatzkurs

Neben der Fortbildungspflicht für Notärztinnen und Notärzte in Schleswig-Holstein gilt für bestellte LNA eine zusätzliche spezifische Fortbildungspflicht im jährlichen Durchschnitt von acht Stunden.

5.1 LEITER RETTUNGSDIENST (A-DIENST)

Der A-Dienst bzw. Leiter Rettungsdienst repräsentiert die Geschäftsführung der RKiSH im Einsatzgeschehen sowie außerhalb der regulären Geschäftszeiten. Er wird durch den Einsatzleit- und Führungsdienst der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) realisiert, also der Fachbereichsleitung »Einsatzdienst« bzw. deren Vertretung. Diese Führungsebene unterstützt nach vorheriger Anforderung den Organisatorischen Leiter (B-Dienst) in dem jeweiligen Versorgungsbereich der RKiSH. So vertritt er beispielsweise bei einer stabsmäßigen Einsatzführung die Interessen des Rettungsdienstes im Lagezentrum der zuständigen Leitstelle. Er hält von dort aus Kontakt zu der Einsatzleitung Rettungsdienst, sowie den weiteren Behörden und Organisationen aber auch zu den nachgelagerten RKiSH-Organisationsstrukturen. Der A-Dienst sorgt für die Sicherstellung des Dienstbetriebes während und nach demrettungsdienstlichenGroßschadensereignis.

Anforderungsgründe

- Anforderung durch die Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL/LNA)
- Anforderung durch eine Leitstelle, die Ordnungsbehörde oder eine andere BOS
- Notfallereignisse mit einem besonders hohen Personal- oder Materialbedarf
- Notfallereignisse mit einer stabsmäßigen Führung
- Notfallereignisse mit schwerverletzten oder getöteten RKiSH-Einsatzkräften
- Es besteht ein Selbsteintrittsrecht in das laufende Einsatzgeschehen, wenn dies die Einsatzsituation erfordert.

Darüber hinaus obliegen dem A-Dienst weitreichende operativ-taktische Verwaltungsaufgaben zur Wahrung des Sicherstellungsauftrages der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein. Hierfür wurde ihm in seiner Dienstzeit das Direktionsrecht der Geschäftsführung übertragen □ siehe u.a. RKiSH-Dokument 0214.

Durch den A-Dienst sind folgende Punkte sicherzustellen:

- Aufenthalt in den Versorgungsbereichen der RKiSH. Ausnahmen können mit der vorherigen/grundsätzlichen Zustimmung der Fachbereichsleitung Einsatzdienst getroffen werden
- Ständige Alarmierbarkeit durch DME, Diensthandy sowie DIVERA 24/7

Für die Wahrnehmung seiner Aufgaben stehen dem A-Dienst ein bedarfsgerechter Kommandowagen sowie erweiterte Kommunikationsmittel zur Verfügung.

Kommunikation

Für oberhalb der Kreisebene tätig werdende Institutionen wird neben dem Grundrufnamen »*Rettung*« der Zusatz »*Schleswig Holstein*« verwendet. Für den Bereich der RKiSH ist die Kennziffer »02« zu verwenden. Für den Bereich der RKiSH ergibt sich damit für die im Dienst befindliche oberste Führungsebene im Alarndienst bzw. den A-Dienst die Kennung:

Rettung Schleswig-Holstein 02-01

Folgenden Führungskräften ist ein personenbezogener Rufname unter der Funktionsgruppe Rettungsdienstleitung zugeteilt worden:

<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-01</i>	Volker Böhm
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-02</i>	Stefan Denschstädt
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-03</i>	Jan Osnabrügge
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-04</i>	Lars Oehmke
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-05</i>	Thomas Neuß
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-06</i>	Jens Pohlmann
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-07</i>	Olaf Cordsen
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-09</i>	Tim Germann

Die ärztliche Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) verfügt ebenfalls über einen entsprechend ausgestatteten Kommandowagen und einen personenbezogenen Funkrufnamen im BOS-Digitalfunk:

<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-08</i>	Dr. med. André Gnírke
<i>Rettung Schleswig-Holstein 02-01-11</i>	Thomas Krautz

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke oder Überwurfweste und Lichtbildausweis:

A-Dienst der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein bzw.
Ärztlicher Leiter der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein



Schutzhelm mit
fluoreszierendem Rot



Jacke in leuchtgelb
mit marineblauen Anteilen
bzw. entsprechender
Überwurfweste

Aufschrift
»Leiter Rettungsdienst«
bzw. »Ärztlicher Leiter
Rettungsdienst«

Cargohose in
schwarz

Den regulären Dienstbetrieb des A-Dienstes – außerhalb eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses – regelt die entsprechende Anlage vom RKiSH-Dokument 0746.

5.2 ORGANISATORISCHER LEITER (B-DIENST)

Die Führungsebene des B-Dienstes wird durch den diensthabenden Organisatorischen Leiter (OrgL) des jeweiligen Versorgungsbereiches der RKiSH realisiert. Er übernimmt zusammen mit dem Leitenden Notarzt die Einsatzleitung Rettungsdienst beirettungsdienstlichen Großschadensereignissen (MANV) gemäß Rettungsdienstgesetz Schleswig-Holstein. Er kann aber auch auf direkte Anforderung der RKiSH-Einsatzkräfte alarmiert werden.

Für jeden der RKiSH-Versorgungsbereiche muss mindestens ein Organisatorischer Leiter in ständiger Rufbereitschaft einsatzbereit sein. Für die Alarmierung und den Einsatz des OrgL gilt die Indikationsliste der Einsatzleitung Rettungsdienst. Die Organisatorischen Leiter werden durch die Geschäftsführung der RKiSH benannt.

Gegenüber den nichtärztlichen Einsatzkräften besteht eine direkterettungsdienstlich-organisatorische Weisungsbefugnis im Rahmen des Einsatzgeschehens. Der diensthabende OrgL hat sich daher an der Einsatzstelle durch seine persönliche Schutzausrüstung bzw. Einsatzjacke oder entsprechende Überwurfweste mit der Aufschrift »Einsatzleiter« kenntlich zu machen.

Die Ausbildung zum Organisatorischen Leiter wurde in Schleswig-Holstein zu einer insgesamt dreiwöchigen Modulausbildung, auf der Basis eines Landesausbildungscurriculums, vereinheitlicht. Demnach ist die volle Stufenausbildung vom »Gruppenführer – Rettungsdienst« über den »Zugführer – Rettungsdienst« bis hin zum »Verbandführer – Rettungsdienst« die zwingende Voraussetzung zur Teilnahme am aktiven Einsatzleitdienst als OrgL.

Innerhalb der RKiSH durchlaufen alle OrgL zunächst eine sogenannte Trainee phase, in dieser sind der Besuch des Lehrgangs zum Zugführer – Rettungsdienst sowie mehrere ELW-Trainings und MANV-Übungen fest vorgesehen. Innerhalb dieser Ausbildungszeit nehmen sie am Führungsunterstützungsdienst bspw. als ELW-Besatzung oder Einsatzabschnittsleitung für die reguläre Einsatzleitung Rettungsdienst ihres Versorgungsbereiches teil. Die zukünftigen OrgL können somit frühzeitig und unter Aufsicht erste Einsatzführungserfahrungen bei Übungen und Realeinsätzen sammeln [siehe Kapitel 6.3](#). Den Abschluss der Trainee phase bildet der Lehrgang »Verbandführer – Rettungsdienst«.

Anforderungsgründe

- Rettungsdienstliche Großschadensereignisse (MANV), die eine Einsatzleitung Rettungsdienst erfordern
- Sonderlagen gemäß aktueller Alarm- und Ausrückeordnung, die eine Einsatzführung oder Unterstützung vor Ort erforderlich machen
- Direkte Anforderung durch die Einsatzkräfte vor Ort sowie durch den A-Dienst und die Abteilungsleitung Einsatztaktik
- Fachberater für die Feuerwehr, Polizei und andere Organisationen an der Einsatzstelle
- Längere Bereitstellungen bei Feuerwehr- und/oder Polizeieinsätzen
- Eigenunfälle mit Dienst- und Einsatzfahrzeugen mit Personen- oder erheblichen Sachschäden

Aufgaben im Einsatzfall

- Melden der Einsatzübernahme beim Schichtführer der Leitstelle (Funkstatus und Telefonrückmeldung sowie einholen der ersten Einsatzinformationen)
- Durchführen einer einsatztaktischen Lageerkundung und Beurteilung
- Auslösung weiterer Alarmierungsstufen in Absprache mit dem Leitenden Notarzt
- Aufbau derrettungsdienstlichen Infrastrukturen an der Einsatzstelle:
 - Organisation der Führungsstrukturen (Einsatzabschnitte, Führungsunterstützung usw.)
 - Organisation derrettungsdienstlichen Kommunikationsstrukturen
 - Festlegung der An- und Abfahrtswege
 - Festlegung des Aufbauortes der Patientenablage(n)
 - Festlegung der Bereitstellungsräume
 - Festlegung der Rettungsmittelhalteplätze
 - Empfehlung der Hubschrauberlandestelle
 - Festlegung des Aufbauortes für den Behandlungsplatz (BHP)
- Sicherstellung der Transportorganisation in Zusammenarbeit mit dem LNA und der Leitstelle
- Personalplanung und -einsatz im Bereich der medizinischen Gefahrenabwehr

Als Hilfestellung steht für den Organisatorischen Leiter eine Checkliste mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung [siehe Kapitel 17.2](#).

Durch den diensthabenden OrgL sind folgende Punkte sicherzustellen

- Ständiger Aufenthalt im entsprechenden Versorgungsbereich.
Ausnahmen können nur mit der vorherigen / grundsätzlichen Zustimmung der Abteilungsleitung *Einsatztaktik* getroffen werden
- Ständige Alarmierbarkeit durch DME, Diensthandy sowie DIVERA 24/7
- Ständige Einsatzbereitschaft gemäß § 9 (4) SHRDG-DVO

Kommunikation

Der jeweils diensthabende OrgL ist unter der folgenden Funkkennung zu führen:

Im Einsatzfahrzeug (MRT)

Rettung Dithmarschen	10-10-01
Rettung Pinneberg	30-10-01
Rettung Rendsburg-Eckernförde	90-10-01
Rettung Segeberg	40-10-01
Rettung Steinburg	20-10-01

An der Einsatzstelle (HRT)

Rettung Dithmarschen	10-03-01
Rettung Pinneberg	30-03-01
Rettung Rendsburg-Eckernförde	90-03-01
Rettung Segeberg	40-03-01
Rettung Steinburg	20-03-01

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke oder Überwurfweste und Lichtbildausweis:

Organisatorischer Leiter der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein



Schutzhelm mit fluoreszierendem Gelb



Jacke in leuchtgelb mit silbernen Reflexstreifen bzw. entsprechender Überwurfweste

Aufschrift
»Einsatzleiter Rettungsdienst«

Cargohose in schwarz

Für die Wahrnehmung der Aufgaben als Organisatorischer Leiter steht ein bedarfsgerechtes Einsatzfahrzeug mit der entsprechenden Aussattung zur Verfügung. Den regulären Dienstbetrieb des Organisatorischen Leiters – außerhalb einesrettungsdienstlichen Großschadensereignisses – regeln die entsprechenden Anlagen vom RKiSH-Dokument 0746.

5.3 LEITENDER NOTARZT (LNA)

Der Leitende Notarzt ist unmittelbar für die medizinischen Maßnahmen, während desrettungsdienstlichen Großschadensereignisses, verantwortlich. Hierfür wird er als Verwaltungshelfer (Amtshaftungsgrundsatz) durch den entsprechenden Versorgungsbereich bzw. die Geschäftsführung der RKiSH bestellt und gemäß der Dienstordnung für Leitende Notärzte tätig. Er bildet beirettungsdienstlichen Großschadensereignissen zusammen mit dem Organisatorischen Leiter die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) gemäß Rettungsdienstgesetz Schleswig-Holstein.

Für jeden der RKiSH-Versorgungsbereiche soll mindestens ein Leitender Notarzt in ständiger Rufbereitschaft einsatzbereit sein. Hierfür existieren entsprechende LNA-Gruppen, aus denen sich die diensthabenden Leitenden Notärzte rekrutieren.

Es besteht gegenüber den (Not-)Ärzten eine organisatorische und gegenüber den nichtärztlichen Einsatzkräften eine notfallmedizinische Weisungsbefugnis im Rahmen der Leistungstätigkeit als Leitender Notarzt. Der diensthabende LNA hat sich daher an der Einsatzstelle durch seine persönliche Schutzausrüstung bzw. Einsatzjacke oder entsprechende Überwurfweste mit der Aufschrift »Leitender Notarzt« kenntlich zu machen.

Anforderungsgründe

- Gemäß Alarm- und Ausrückeordnung (AAO)
- Direkte Anforderung durch die Einsatzkräfte vor Ort
- Rettungsdienstliche Großschadensereignisse (MANV), die eine Einsatzleitung Rettungsdienst erfordern
- Fachberater für die Feuerwehr, Polizei und anderen Behörden an der Einsatzstelle
- Sehr lang andauernde NEF Einsätze, um somit den Regelnotarztdienst zu entlasten
- Längere Bereitstellungen bei Feuerwehr- und/ oder Polizeieinsätzen

Aufgaben im Einsatzfall

- Melden der Einsatzübernahme beim Schichtführer der Leitstelle (Funkstatus und Telefonrückmeldung sowie einholen der ersten Einsatzinformationen)
- Durchführen einer medizinischen Lageerkundung und Beurteilung
- Absprache mit dem Organisatorischen Leiter hinsichtlich weiterer Alarmierungsstufen
- Festlegung der medizinischen Versorgungsstrategien
- Sicherstellung der zeitnahen Sichtung aller Patienten
- Koordination der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und dem Sanitäts-/Rettungsdienst
- Festlegung des erforderlichen medizinischen Materialbedarfs an der Einsatzstelle

- Delegation von medizinischen Aufgaben an geeignete Einsatzkräfte
- Festlegung der Behandlungsprioritäten
- Festlegung der erforderlichen Transportmittel / -ziele
- Festlegung der Transportreihenfolge der Prioritätspatienten
- Sicherstellung der medizinischen Dokumentation

Durch den diensthabenden LNA sind folgende Punkte sicherzustellen

- Ständiger Aufenthalt im entsprechenden Versorgungsbereich
- Ausnahmen können nur mit der vorherigen/ grundsätzlichen Zustimmung der Abteilungsleitung *Einsatztaktik* getroffen werden
- Ständige Alarmierbarkeit durch DME, Diensthandy sowie DIVERA 24/7
- Ständige Einsatzbereitschaft gemäß § 9 (4) SHRDG-DVO

Kommunikation

Der jeweils diensthabende LNA ist unter folgender Funkrufkennung zu führen:

Im Einsatzfahrzeug (MRT)

Rettung Dithmarschen	10-10-02
Rettung Pinneberg	30-10-02
Rettung Rendsburg-Eckernförde	90-10-02
Rettung Segeberg	40-10-02
Rettung Steinburg	20-10-02

An der Einsatzstelle (HRT)

Rettung Dithmarschen	10-03-02
Rettung Pinneberg	30-03-02
Rettung Rendsburg-Eckernförde	90-03-02
Rettung Segeberg	40-03-02
Rettung Steinburg	20-03-02

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke oder Überwurfweste und Lichtbildausweis:

Leitender Notarzt der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein



Schutzhelm mit fluoreszierendem Gelb



Jacke in leuchtgelb mit silbernen Reflexstreifen bzw. entsprechender Überwurfweste

Aufschrift
»Leitender Notarzt«

Cargothose in schwarz

Für die Wahrnehmung der Aufgaben als Leitender Notarzt steht ein bedarfsgerechter Kommandowagen mit der entsprechenden Ausstattung zur Verfügung. Den regulären Dienstbetrieb des Leitenden Notarztes – außerhalb eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses – regeln die entsprechenden Anlagen vom RKiSH-Dokument 0746.

5.4 VORLÄUFIGER EINSATZLEITER – RETTUNGSDIENST (C-DIENST)

Einsatzstellen mit einer Vielzahl gleichzeitig verletzter oder erkrankter Personen erfordern sehr frühzeitig eine gezielte Koordination der rettungsdienstlichen Maßnahmen. Nur hierdurch können die anfänglich geringen Ressourcen bestmöglich für die Patienten zur Wirkung kommen. Aufgrund der weitläufigen und z.T. eher ländlich geprägten Versorgungsbereiche der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein können die Eintreffzeiten der nachrückenden Einsatz- und Einsatzleitungskräfte deutlich variieren. Um dennoch jede MANV-Lage effektiv bewältigen zu können wurde die RKiSH Führungsebene des sogenannten C-Dienstes bzw. der »Vorläufige Einsatzleiter – Rettungsdienst« etabliert.

Der C-Dienst wird nicht gesondert alarmiert. Er realisiert sich – in der Regel – durch einen Rettungssanitäter, Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter des ersteintreffenden Rettungsmittels der RKiSH an der Einsatzstelle. Hierdurch wird dieser vorläufig zum Organisatorischen Leiter und der Notarzt des ersteintreffenden arztbesetzten Rettungsmittels entsprechend zum vorläufigen Leitenden Notarzt. Sie bilden dann beide gemeinsam die vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst und müssen entsprechend eng zusammenarbeiten. Der C-Dienst trifft die ersten einsatztaktischen Entscheidungen, so führt er beispielsweise die ersten Maßnahmen der Raumordnung durch und leitete die nachrückenden Einsatzkräfte an. Hierfür muss er sich zunächst einen ersten Überblick verschaffen und, sofern der vorläufige LNA noch nicht vor Ort ist, auch die Vorsichtung durchführen lassen [siehe Kapitel 8.1 und 17.1](#). Es besteht gegenüber den Einsatzkräften eine direkte rettungsdienstlich-organisatorische Weisungsbefugnis im Rahmen des Einsatzgeschehens.

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke mit Überwurfweste oder Überwurfweste



Standard
RKiSH-Schutzhelm

Der vorläufige Einsatzleiter – Rettungsdienst kennzeichnet sich mit einer Überwurfweste in leuchtgelb. Diese wird auf allen Notarzteinsatzfahrzeugen der RKiSH im gelben Systemmappen vorgehalten und entsprechend von dort aus an den C-Dienst übergeben. Er bildet dann zusammen mit dem ersteintreffenden Notarzt die vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst. Unterstützend finden sich dort auch die erforderlichen MANV-Protokolle und weitere Führungsmittel. Sobald der reguläre Einsatzleiter – Rettungsdienst (OrgL) seinen Dienst aufnimmt, wird diese Weste wieder abgelegt. Ihm wird dann durch den OrgL eine neue Aufgabe zugewiesen. Als Hilfestellung steht für das ersteintreffende Rettungsmittel eine Checkliste mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung [siehe Kapitel 17.1](#).

Alle Auszubildenden zum Notfallsanitäter der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein durchlaufen innerhalb ihrer dreijährigen Berufsausbildung auch den Lehrgang zum »Gruppenführer – Rettungsdienst«. Hier werden gemäß Landesausbildungscurriculum die Lehrinhalte bzw. notwendigen Fähigkeiten zum Führen von Einsatzabschnitten und Untereinsatzabschnitten, speziell von Patientenablagen und Rettungsmittelhalteplätzen, vermittelt. Die erworbenen Kompetenzen befähigen zudem zur Wahrnehmung der vorläufigen Einsatzleitung Rettungsdienst bis zum Eintreffen der diensthabenden ELRD. Alle bei der RKiSH angestellten Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und Notfallsanitäter erhalten durch interne MANV-Schulungen gleichwertige Führungskompetenzen.



Standard RKiSH-
Rettungsdienstjacke

Überwurfweste in
leuchtgelb mit silbernen
Reflexstreifen

Aufschrift
»Vorl. Einsatzleitung Rettungs-
dienst« (vorne / hinten)

Standard RKiSH-
Rettungsdiensthose

5.5 ERSTEINTREFFENDER NOTARZT (VORLÄUFIGER LNA)

Einsatzstellen mit einer Vielzahl gleichzeitig verletzter oder erkrankter Personen erfordern sehr frühzeitig eine gezielte Koordination derrettungsdienstlichen Maßnahmen (vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst). Nur hierdurch können die anfänglich geringen Ressourcen bestmöglich für die Patienten zur Wirkung kommen.

Aufgrund der weitläufigen und z.T. eher ländlich geprägten Versorgungsbereiche der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein können die Eintreffzeiten der nachrückenden Einsatz- und Einsatzleitungskräfte deutlich variieren. Aber auch die Versorgungsmöglichkeiten der umliegenden Kliniken unterscheiden sich stark. Um dennoch jede MANV-Lage effektiv bewältigen zu können, wurde flächendeckend die RKiSH Funktion »Vorläufiger Leitender Notarzt« etabliert.

Der vorläufige LNA realisiert sich – in der Regel – durch den Notarzt des ersteintreffenden Notarzteinsatzfahrzeuges der RKiSH an der Einsatzstelle. In enger Zusammenarbeit mit dem vorläufigen Einsatzleiter – Rettungsdienst trifft er die ersten medizinischen Entscheidungen und führt entsprechende Maßnahmen selbst durch bzw. delegiert diese – sofern möglich – an die nichtärztlichen Einsatzkräfte:

- Medizinische Lageerkundung und Beurteilung
- Sicherstellung der zeitnahen (Vor-)Sichtung aller Patienten
- Festlegung der Behandlungs- und Transportprioritäten (Transportreihenfolge)

Es besteht gegenüber den (Not-)Ärzten eine organisatorische und gegenüber den nichtärztlichen Einsatzkräften eine medizinische Weisungsbefugnis im Rahmen der Leistungstätigkeit als vorläufiger Leitender Notarzt. Er kennzeichnet sich mit einer Überwurfweste in leuchtgelb. Diese wird auf allen Notarzteinsatzfahrzeugen der RKiSH im gelben Systemmappen vorgehalten. Unterstützend finden sich dort auch die erforderlichen MANV-Protokolle und Patientenanhängekarten. Sobald der reguläre Leitende Notarzt (LNA) seinen Dienst aufnimmt, wird diese Weste wieder abgelegt. Ihm wird dann durch den LNA eine neue Aufgabe zugewiesen.

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke mit Überwurfweste oder Überwurfweste



Standard
RKiSH-Schutzhelm



Standard RKiSH-
Notarztjacke

Überwurfweste in
leuchtgelb mit silbernen
Reflexstreifen

Aufschrift
»Vorl. Leitender Notarzt«
(vorne / hinten)

Standard RKiSH-
Rettungsdiensthose

5.6 EINSATZABSCHNITTSLEITUNG RETTUNGSDIENST

Für die geordnete Durchführungrettungsdienstlicher Maßnahmen ist die gezielte Aufteilung einer komplexen Einsatzstelle in mehrere örtlich oder in ihrer Funktion klar abgrenzbare Teilbereiche sinnvoll. Durch die Bildung und Organisation dieser Einsatzabschnitte kann die (vorläufige) Einsatzleitung Rettungsdienst ihre Gesamtaufgabenlast auf mehrere Führungskräfte gezielt verteilen □ [siehe Kapitel 4.2](#).

Alle Auszubildenden zum Notfallsanitäter der RKiSH durchlaufen innerhalb ihrer dreijährigen Berufsausbildung auch den Lehrgang zum »Gruppenführer – Rettungsdienst«. Hier werden gemäß Landesausbildungscurriculum die notwendigen Fähigkeiten zum Führen von Einsatzabschnitten und Untereinsatzabschnitten, speziell von Patientenablagen und Rettungsmittelhalteplätzen, vermittelt. Alle bei der RKiSH angestellten Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und Notfallsanitäter erhalten durch interne MANV-Schulungen vergleichbare Einsatzführungskompetenzen.

Dierettungsdienstlichen Einsatzabschnittsleitungen realisieren sich – in der Regel – durch die Einsatzkräfte der RKiSH. Sie werden durch den (vorläufigen) Organisatorischen Leiter eingeteilt und erhalten dann durch ihn umgehend ihre konkreten Aufgaben für den Einsatzabschnitt.

Es besteht in ihrem Einsatzabschnitt gegenüber denrettungsdienstlichen Einsatzkräften eine organisatorische Weisungsbefugnis im Rahmen des Einsatzgeschehens.

Im weiteren Einsatzverlauf können diese Führungspositionen bedarfsgerecht durch regulär dienstfreie Organisatorische Leiter oder sogenannte Trainees im Führungsunterstützungsdienst übernommen werden, um dadurch die bisherigen Einsatzabschnittsleiter wieder in ihre regulären Aufgaben als Rettungsmittelbesetzungen zu entlassen □ [siehe Kapitel 6.3](#).

Die Einsatzabschnittsleitung Rettungsdienst muss in ihrem Einsatzabschnitte den Kontakt zu den dort ggf. auch noch anwesenden Führungskräften der anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben aufnehmen und halten (Absprachen treffen, sich gegenseitig unterstützen usw.).

Mögliche Einsatzabschnitte:

- Patientenablagen
- Rettungsmittelhalteplätze
- Patientenladezone
- Bereitstellungsräume
- Hubschrauberlandestellen
- Behandlungsplätze
- Bereiche für Unverletzte/Betroffene

Auf allen Kommandowagen der ELRD sowie den Notarzteinsatzfahrzeugen werden rote Systemmappen für die Kennzeichnung und Führung der einzelnen Einsatzabschnitte vorgehalten (weiße Überwurfkennzeichnungswesten sowie die erforderlichen MANV-Protokolle und weitere Führungsmittel).

Die Einsatzabschnittsleitung untersteht direkt der (vorläufigen) Einsatzleitung Rettungsdienst, mit der ein ständiger Informationsaustausch stattfinden muss □ [siehe Kapitel 4.4 und 4.6](#). Vorgeplant ist hierfür die DMO-Führungsruflgruppe 610_R <FÜ>, über die einsatztaktische Informationen von der ELRD bzw. dem ELW-Führungsunterstützung direkt an alle Einsatzabschnittsleitungen übermittelt werden.

Vor der Aufnahme der Tätigkeit als Einsatzabschnittsleitung werden die Führungskräfte zunächst durch den (vorläufigen) Organisatorischen Leiter in ihre Aufgaben eingewiesen. Hierfür sollten die Checkliste – Patientenablage, Checkliste – Rettungsmittelhalteplatz oder Checkliste – Ladezone – gemeinsam abgearbeitet werden.

Für besonders weitläufige oder unübersichtliche Einsatzstellen kann es sinnvoll sein, dass Einsatzabschnitte noch weiter in mehrere sogenannte Unterabschnitte unterteilt werden. Denkbar wäre hierbei beispielsweise ein rettungsdienstliches Großschadensereignis im Rahmen einer Schiffskollision. Hier würden die beiden Fahrgastschiffe jeweils einem Einsatzabschnitt entsprechen, die einzelnen Decks dann den Unterabschnitten  [siehe Abbildung 17](#). Allerettungsdienstlichen Untereinsatzabschnitte

müssen durch eine Unterabschnittsleitung geführt werden. Dies wird innerhalb der Versorgungsbereiche der RKiSH durch Einsatzkräfte der RKiSH oder der SEG mit der Mindestqualifikation Gruppenführer – Rettungsdienst realisiert. Es besteht für die Einsatzabschnittsleitung eine direkte organisatorische Weisungsbefähnis gegenüber den ihr unterstellten Unterabschnittsleitungen.

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke mit Überwurfweste oder Überwurfweste



Standard
RKiSH-Schutzhelm



Standard RKiSH-
Rettungsdienstjacke

Überwurfweste in
Weiß mit silbernen
Reflexstreifen

Aufschrift
»Abschnittsleitung Rettungs-
dienst« [vorne / hinten]

Standard RKiSH-
Rettungsdiensthose



5.7 PRESSEBETREUUNG – RKiSH

Die Pressebetreuung wird durch die Mitglieder des Teams Public Relations der RKiSH gestellt. Sie wird entweder direkt aufgrund des Einsatzstichwortes oder durch die Anforderung des Organisatorischen Leiters alarmiert. Die Anfahrt zum Einsatzort übernimmt das Teammitglied mit der geringsten Anfahrtszeit. Die Fahrt zum Einsatzort geschieht mit dem privaten PKW, ohne die Nutzung von Sonder- und Wegerechten. Als personelle Unterstützung kann auch der Pressesprecher nach Absprache den Einsatzort anfahren.

Am Einsatzort angekommen, nimmt der Pressebetreuer Kontakt mit der Einsatzleitung Rettungsdienst auf. Nach einer kurzen Übergabe kümmert sich die Pressebetreuung aktiv um die anwesenden Medienvertreter und entlastet somit die Führungskräfte. Mit der Weitergabe

von Informationen und Interviews wird das berechtigte Informationsinteresse der Öffentlichkeit bedient und die Arbeit der RKiSH entsprechend positiv nach außen bzw. in den Medien repräsentiert. Zu den weiteren Aufgaben gehört eine gezielte Foto-Dokumentation des Einsatzes.

Grundlage für die Arbeit vor Ort ist das Konzept Pressebetreuung der RKiSH.

Auf allen Kommandowagen der Organisatorischen Leiter werden grüne Systemmappen für die Kennzeichnung und Durchführung der Pressebetreuung vorgehalten (grüne Überwurfkennzeichnungsweste sowie die erforderlichen MANV-Protokolle, Checklisten und weitere Führungsmittel).

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke und Überwurfweste oder Überwurfweste und Lichtbildausweis: *Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein*



Standard
RKiSH-Schutzhelm



Standard RKiSH-
Rettungsdienstjacke

Überwurfweste in
Grün mit silbernen
Reflexstreifen

Aufschrift
»Pressebetreuung – Rettungs-
dienst« [vorne / hinten]

Standard RKiSH-
Rettungsdiensthose

5.8 LEITER PATIENTENLADEZONE

EinrettungsdienstlichesGroßschadensereigniskanndie Einrichtung einer Patientenladezone erforderlich machen. Dies ist immer dann der Fall, wenn eine kontinuierliche und zudem parallele Beladung mehrerer Rettungsmittel notwendig ist. Damit die notwendigen Absprachen und Abläufe in diesem Bereich effektiv durchgeführt werden können ist dort unbedingt ein »Leiter Ladezone« erforderlich [siehe Kapitel 8.7.](#)

Diese Führungskraft realisiert sich – in der Regel – durch eine Einsatzkraft der RKiSH. Sie wird durch den Organisatorischen Leiter eingeteilt und erhält dann durch ihn umgehend ihre konkreten Aufgaben für die Patientenladezone sowie die dafür erforderlichen Informationen:

- Gezielte Lageeinweisung
 - Führungs- und Kommunikationsstrukturen
 - Lage und Bezeichnungen der Einsatzabschnitte
- Geplante Position der Patientenladezone
- Zu- und Abfahrtsregelungen
- Haltepositionen der Rettungsmittel
- Transportlogistik der Patienten
 1. Die Fahrzeugbesatzungen holen die Patienten aus den Einsatzabschnitten ab oder
 2. Die Patienten werden aus den Einsatzabschnitten zur Ladezone gebracht (Trägerunterstützung)

Es besteht die Möglichkeit die Position des Leiters der Patientenladezone bedarfsgerecht durch regulär dienstfreie Organisatorische Leiter oder sogenannte Trainees im Führungsunterstützungsdienst zu besetzen [siehe Kapitel 6.3.](#)

Je nach Größe und Struktur der Patientenladezone kann es erforderlich werden dort weiteres Assistenzpersonal einzusetzen. Dieses wird sich dann aus den Einsatzkräften der Schnelleinsatzgruppen oder der parallel eingesetzten Feuerwehren sowie des THW rekrutieren. Die Unterstützungs Kräfte werden bedarfsgerecht durch den OrgL / ELW von der jeweiligen BOS angefordert und zugewiesen. Der Leiter der Ladezone muss seine Unterstützungs Kräfte dann umgehend in die rettungsdienstliche Einsatzlage und die Abläufe der Ladezone einweisen. Hierbei sind im Wesentlichen die oben genannten Punkte entscheidend, damit die Unterstützungs Kräfte ihrerseits den einfahrenden Rettungsmittelbesatzungen gezielte Aufträge geben können.

Der Leiter der Ladezone untersteht direkt der Transportorganisation, mit der ein ständiger Informationsaustausch stattfinden muss [siehe Kapitel 4.4. und 4.6.](#) Vorgeplant ist hierfür die DMO-Ladezonenumrufgruppe 614_R <A4>. Zusätzlich steht die DMO-Führungsrumrufgruppe 610_R <FÜ> zur Verfügung, über die einsatztaktische Informationen von der ELRD bzw. dem ELW-Führungsunterstützung direkt an alle Einsatzabschnittsleitungen übermittelt werden [siehe Abbildung 13 und 16.](#)

Gegenüber den rettungsdienstlichen Einsatzkräften sowie dem Assistenzpersonal besteht für den Leiter der Ladezone eine organisatorische Weisungsbefugnis im Rahmen des Einsatzgeschehens in der Patientenladezone.

Auf allen Kommandowagen der Organisatorischen Leiter werden blaue Systemtaschen für die Kennzeichnung und Führung der Patientenladezone vorgehalten (weißblaue Überwurfkennzeichnungsweste sowie die erforderlichen MANV-Protokolle und weitere Führungsmittel).

Zusätzlich wird dort ein sogenannter »Rüstsatz Ladezone« vorgehalten:

- Kennzeichnungswesten für Unterstützungs Kräfte
- Leitkegel/Pylone
- Beleuchtungs- und Kennzeichnungsmaterial

Dies ermöglicht eine witterungsbeständige Kennzeichnung der einzelnen Haltepositionen sowie der dortigen Einsatzkräfte, um die dortigen Abläufe sicher und zeitoptimiert ablaufen lassen zu können.



Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke mit Überwurfweste



Standard
RKiSH-Schutzhelm



Standard RKiSH-
Rettungsdienstjacke

Überwurfweste in
blau-weiß mit silbernen
Reflexstreifen

Aufschrift
»Leiter Ladezone«
(vorne / hinten)

Standard RKiSH-
Rettungsdiensthose

5.9 PSYCHOSOZIALE NOTFALLVERSORGUNG (PSNV)

Die Psychosoziale Notfallversorgung für die eigenen Einsatzkräfte (PSNV-E) gehört zu den Aufgaben der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein. Zusätzlich können die PSNV-Mitglieder der RKiSH auch auf Anforderung bzw. zur Unterstützung der Einsatzkräfte der anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben tätig werden. Regelhaft wird dies in der Form von Einsatznachsorgemaßnahmen der Fall sein
► siehe Kapitel 13.

Die besonderen Bedingungen von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen können die PSNV-Arbeit jedoch auch bereits im konkreten Einsatzgeschehen erforderlich machen. Dann kann eine PSNV-Kraft durch die

Einsatzleitung Rettungsdienst aktiv über die Leitstelle angefordert werden. Sie untersteht dann der Einsatzleitung Rettungsdienst, um diese zu entlasten und die Einsatzkräfte bestmöglich zu unterstützen. Sie koordiniert die PSNV-Arbeit vor Ort sowie im rückwärtigen Raum und kann gezielt weitere PSNV-Kräfte nachfordern.

Auf allen Kommandowagen der Organisatorischen Leiter werden grüne Systemmappen für die Kennzeichnung und Durchführung der PSNV-Arbeit vorgehalten (lila Überwurfkennzeichnungsweste sowie die erforderlichen MANV-Protokolle, Checklisten und weitere Führungsmittel).

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke und Überwurfweste
 und Lichtbildausweis: *Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein*



Standard
RKiSH-Schutzhelm



Standard RKiSH-
Rettungsdienstjacke

Überwurfweste in
Lila mit silbernen
Reflexstreifen

Aufschrift
 »Einsatznachsorge –
 Rettungsdienst«
 [vorne / hinten]

Standard RKiSH-
Rettungsdiensthose

06

DIENSTFREIE KRÄFTE – RETTUNGSDIENST

- 6.1 Einsatzoption: Dienstfreie Kräfte – Rettungsdienst
- 6.2 Einsatzoption: Führungsassistenten
- 6.3 Einsatzoption: Gruppenruf – OrgL
- 6.4 Einsatzoption: RKiSH-Akademie



6. DIENSTFREIE KRÄFTE – RETTUNGSDIENST

Bei einem MANV wird der Regelrettungsdienst, der bedarfsgerecht für den normalen Dienstbetrieb ausgelegt und daher auch entsprechend personell sowie materiell ausgestattet ist, mit der zeitgleichen Versorgung der vielen Patienten zunächst überfordert sein.

§ 20 (SHRDG; GVOBI. Schl-H. 2017, 256):

»[1] Zur Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen haben die Rettungsdiensträger Planungen zur Erweiterung der dienstplanmäßig verfügbaren Ressourcen [erweiterter Rettungsdienst] durchzuführen [...]«

[2] Die Planungen [...] sollen insbesondere Folgendes beinhalten: 1. Die Möglichkeiten zur standardisierten Erweiterung des Rettungsdienstes einschließlich der Rettungsleitstelle mit eigenen Ressourcen«

Oberstes Ziel ist es daher, dass in dem RKiSH-Versorgungsbereich des MANV als auch in den unterstützenden Versorgungsbereichen die ständige notfallmedizinische Grundversorgung auch weiterhin gewährleistet werden kann (reduzierter Krankentransport). Hierfür haben sich zahlreiche Mitarbeiter sowie mehrere Notärzte – auf freiwilliger Basis – bereit erklärt freie Rettungsmittel in diesen Fällen bedarfsgerecht nachzubesetzen und somit entweder den verbliebenen Regelrettungsdienst zu entlasten oder aber die Einsatzkräfte an der Einsatzstelle des MANV direkt zu unterstützen.

Diese dienstfreien Mitarbeiter werden entsprechend der Alarm- und Ausrückeordnung, durch Anforderung des OrgL oder aber des A-Dienstes alarmiert. Hierbei greift die entsprechende Dienstvereinbarung, womit die Vergütung und möglichen Konflikte mit den erforderlichen Ruhezeiten bzw. Folgeschichten geregelt sind.

6.1 EINSATZOPTION: DIENSTFREIE KRÄFTE – RETTUNGSDIENST

Den dienstfreien Kräften RKiSH/dienstfreien Notärzten stehen jeweils persönliche Schutzausrüstung und digitale Meldeempfänger zur Verfügung, um bei einem MANV gezielt alarmiert und eingesetzt werden zu können. Zusätzlich verfügen die Mitarbeiter, über ihre jeweiligen Wachenleitungen, die Möglichkeit einen weiteren Satz Schutzkleidung zu erhalten.

Generell sollten die »Dienstfreien Kräfte – Rettungsdienst« bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis möglichst frühzeitig nachgefordert und dann auch an der

Einsatzstelle eingesetzt werden. Nur so werden möglichst wenig Rettungsmittel bzw. reguläre Fahrzeugbesetzungen durch Führungsaufgaben belegt, sondern können Behandlungs- und/oder Transportaufgaben nachkommen.

Außerdem ist hierbei immer der zeitliche Aspekt zu berücksichtigen, die Kräfte müssen zunächst aus der Freizeit heraus zu den Rettungswachen gelangen und sich dann dort einatzbereit machen. Erst dann stehen sie für entsprechende Aufgaben zur Verfügung.

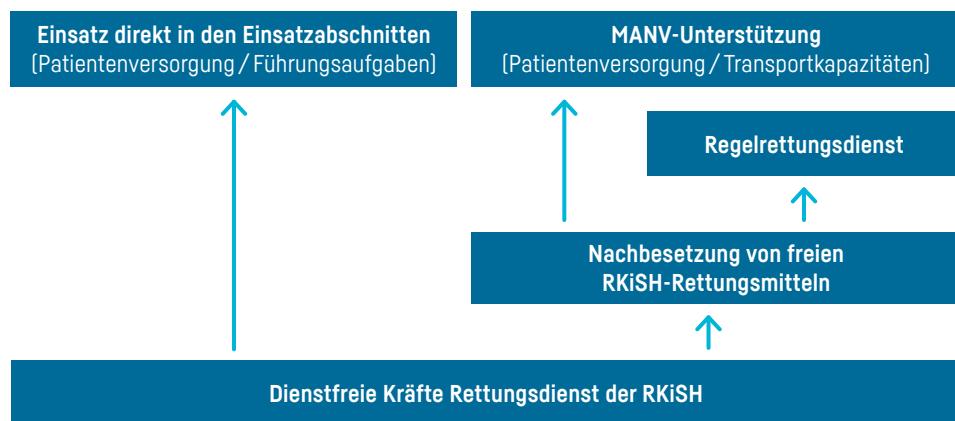
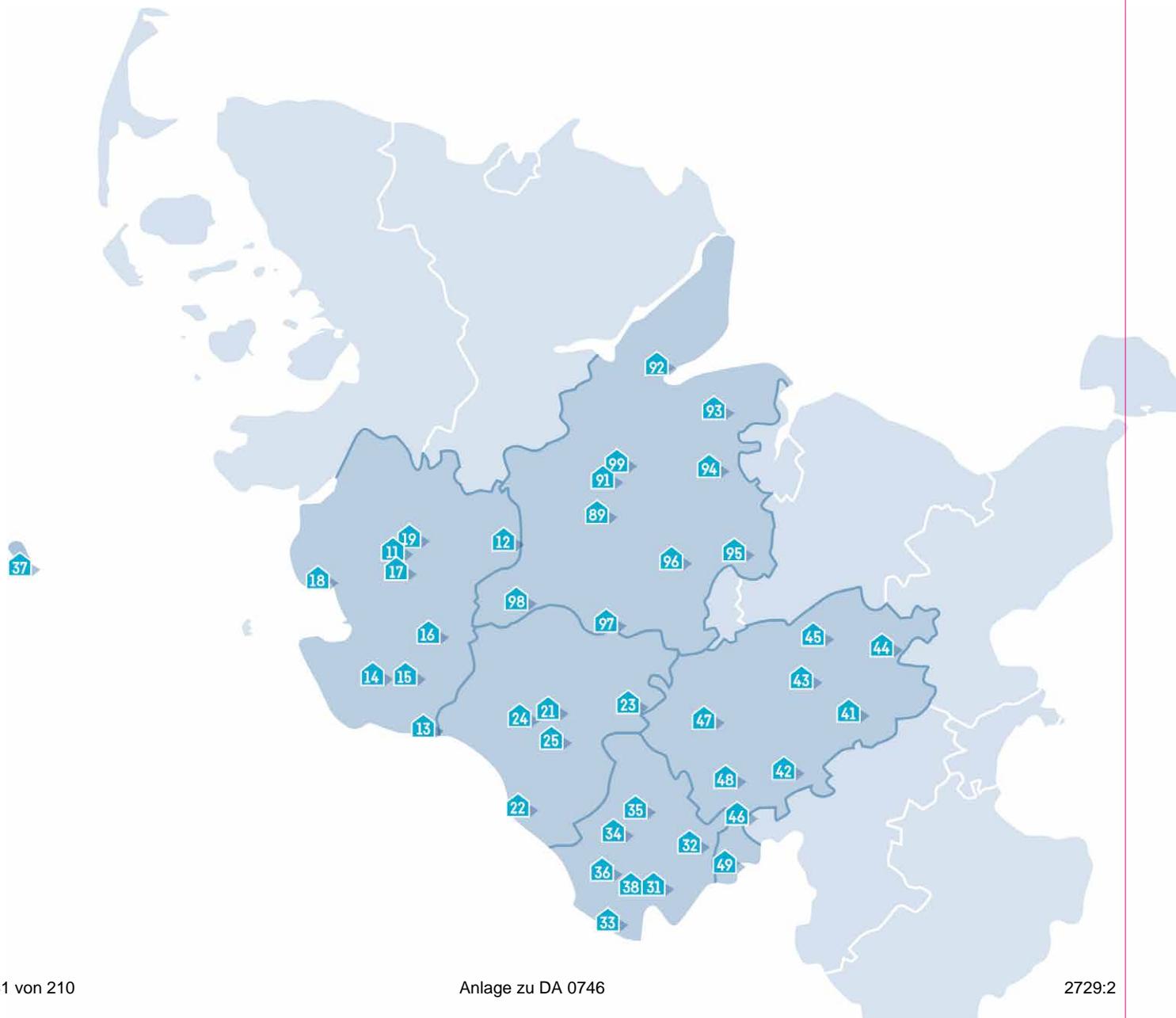


Abb. 23: Überblick der Einsatzaufgaben der Dienstfreie Kräfte Rettungsdienst

6.1.1 Anlaufpunkte

Nach der Alarmierung der dienstfreien Kräfte RKiSH/dienstfreien Notärzte begeben sich diese direkt zu denen für sie geografisch bzw. logistisch am günstigsten gelegenen Rettungswachen oder Standorte der SEG-Hilfsorganisationen, an denen Reserve-, Dienst- oder ggf. unbesetzte Rettungsmittel vorgehalten werden. Dies gilt insbesondere für die Wochenenden und Nachtstunden, da in diesen Zeiten zahlreiche Fahrzeuge dienstplanerisch nicht besetzt und damit potentiell direkt verfügbar sind.

Insbesondere in der Anfangsphase sollten telefonische Rückfragen bei der einsatzführenden Leitstelle unterbleiben, um einen reibungslosen Einsatzablauf sicherzustellen. Ansonsten würde es zu einem erheblichen Notrufüberlauf kommen.



6.1.2 Nachbesetzung von Rettungsmitteln / Dienstfahrzeugen

Die an den Wachen angekommenen Einsatzkräfte statten sich dort, sofern noch nicht geschehen, mit Persönlicher Schutzausrüstung aus. Im Anschluss sind drei Varianten denkbar, die jeweils unterschiedliche Vorgehensweisen erfordern:

1. Es stehen noch einsatzbereite Rettungsmittel zur Verfügung (KTW / RTW / NEF)
2. Es stehen lediglich Dienstfahrzeuge zur Verfügung (VW Caddy / Mercedes Vito usw.)
3. Es stehen keine Rettungsmittel oder Dienstwagen zur Verfügung

Die erste Variante sollte immer bevorzugt werden. Hier besetzen die nachrückenden Einsatzkräfte die freien Rettungsmittel in der festen Reihenfolge:

- A. Rettungswagen / Notarzteinsatzfahrzeuge
(bei der Anwesenheit eines dienstfreien Arztes)
- B. Krankentransportwagen

Die zusätzliche Besetzung meldet sich dazu per Funk (Status 1 und Status 5) bei der zuständigen Leitstelle und erfragt dort ihren Einsatzauftrag als nun nachrückende Kräfte.

Sollte nach 10 Minuten keine zweite Einsatzkraft an der Rettungswache eintreffen, und kann somit das Fahrzeug nicht ordnungsgemäß einsatzbereit gemacht werden, so wird das weitere Vorgehen bei der Leitstelle erfragt. Dies kann über den Sprechwunsch mit Status 5 erfolgen. Bei der Leitstelle wird eine Übersicht über die Rückmeldungen der »Dienstfreien Kräfte« geführt, so dass ggf. zwei einzelne Einsatzkräfte von unterschiedlichen Rettungswachen zu einer gemeinsamen Rettungswagenbesetzung zusammengeführt werden können. Auch ein einfach besetztes Rettungsmittel kann an der Einsatzstelle mit weiteren dienstfreien Kräften ergänzt werden oder in einer Patientenablage unterstützen.

Bei der zweiten Variante sind keine freien Rettungsmittel an der Rettungswache verfügbar, jedoch stehen Dienstfahrzeuge bzw. Mannschaftstransportwagen (MTW) der RKiSH zur Verfügung. Die »Dienstfeien Kräfte« warten

zunächst zehn Minuten nach dem eigenen Eintreffen auf der Rettungswache auf die ggf. auch noch zusätzlich nachrückenden Kräfte. Währenddessen meldet sich die Besetzung mit dem tragbaren HRT-Digitalfunkgerät der Rettungswache bei der zuständigen Leitstelle und erfragt dort ihren Einsatzauftrag. Dies sollte über den Sprechwunsch mit dem Status 5 erfolgen. Es muss unbedingt darauf hingewiesen werden, dass die Besetzung lediglich über ein Dienstfahrzeug und damit ggf. nicht über ein Fahrzeug mit Sondersignalanlage und erweiterter medizinischer Ausstattung verfügt. Die Leitstelle führt eine Übersicht über die Rückmeldungen der »Dienstfreien Kräfte Rettungsdienst«, so dass ggf. ein Dienstwagen auch noch weitere Kräfte von einer benachbarten Rettungswache zur Einsatzstelle mitnehmen kann.

Die dritte Variante setzt voraus, dass weder freie Rettungsmittel noch Dienstwagen an der Rettungswache verfügbar sind. Die »Dienstfeien Kräfte« melden sich, nach ihrem Eintreffen mit dem tragbaren HRT-Digitalfunkgerät der Rettungswache, bei der zuständigen Leitstelle. Diese führt eine Übersicht über die weiteren Rückmeldungen der »Dienstfreien Kräfte Rettungsdienst«, so dass ggf. ein Rettungsmittel oder Dienstwagen einer anderen Rettungswache diese Kräfte zur Einsatzstelle mitnehmen kann. Auch ist das gemeinsame Ausrücken mit SEG-Einheiten der Hilfsorganisationen eine weitere Option, um an die Einsatzstelle zu gelangen.

Sollte keine dieser drei Varianten zur Verfügung stehen, ist auch das Anrücken an die Einsatzstelle mit den eigenen PKW möglich. Hier ist jedoch unbedingt auf die damit verbundenen besonderen Situationen im Straßenverkehr zu achten:

- Auch für die »Dienstfreien Kräfte« gilt die Straßenverkehrsordnung
- Es besteht keine klare äußere Erkennbarkeit / Fehlen einer Sondersignalanlage
- Absprachen mit den BOS-Kräften vor Ort (Absperrungen der Polizei usw.)

Sollte auf der Rettungswache kein tragbares Digitalfunkgerät vorhanden sein ist die zuständige Leitstelle telefonisch zu kontaktieren.

Kennzeichnung im Einsatz

Einsatzjacke



Standard
RKiSH-Schutzhelm
des nachbesetzten
Rettungsmittels



Standard RKiSH-
Rettungsdienstjacke

Standard RKiSH-
Rettungsdiensthose



Stand: 08/2023

6.2 EINSATZOPTION: FÜHRUNGSSISTENTEN

Neben der Möglichkeit freie Einsatzfahrzeuge zu besetzen und/oder Patienten an der Einsatzstelle direkt zu versorgen, besteht für den diensthabenden Organisatorischen Leiter die Einsatzoption die nachrückenden Kräfte für unterstützende Führungsaufgaben einzusetzen.

Die Führungsassistenten werden durch den Organisatorischen Leiter für ihre Aufgaben eingeteilt. Das Rettungsdienstgesetz des Landes Schleswig-Holstein fordert unter

§ 20 Abs. 5 [SHRDG; GVOBl. Schl-H. 2017, 256]:

»[...] Die ELRD besteht mindestens aus [...] einem Leitenden Notarzt [LNA] und [...] einem Organisatorischen Leiter [OrgL] und kann mit geeignetem Personal zur fachlichen und/oder technischen Assistenz ergänzt werden.«

Um dem nachzukommen werden in den Versorgungsbeziehen der RKISH nicht nur einzelne Einsatzabschnittsleitungen sondern auch zusätzliche Führungsassistenten eingesetzt. Diese können beispielsweise als Dokumentationsassistenten oder Melder eingesetzt werden. Zudem besteht die Möglichkeit für diese Aufgaben gezielt die »Dienstfreien OrgL« zu alarmieren.

6.3 EINSATZOPTION: GRUPPENRUF – ORGL

Neben der Tätigkeit als »Dienstfreie Kräfte Rettungsdienst« haben sich die Organisatorischen Leiter zusätzlich bereit erklärt auch als Führungsunterstützung tätig zu werden. Sie würden dann also nur im Ausnahmefall für die direkte Patientenversorgung eingesetzt, sondern ergänzen die Besatzung des Einsatzleitwagens (ELW) der Führungsunterstützung – Rettungsdienst oder übernehmen einen zugewiesenen Einsatzabschnitt und nehmen dort die erforderlichen Führungsaufgaben wahr  [siehe Kapitel 4.4.1](#).

Die Aktivierung des »Gruppenruf – OrgL« erfolgt gemäß der Alarm- und Ausrückeordnung, durch Anforderung des OrgL oder des A-Dienstes.

Die »Dienstfreien OrgL« fahren möglichst nicht den vorgelagerten Bereitstellungsraum oder den bereits festgelegten Rettungsmittelhalteplatz an, sondern nehmen frühzeitig Kontakt zum ELW-Führungsunterstützung bzw. dem OrgL auf und bieten aktiv ihre Unterstützung an. Hierbei kann das Alarmierungs- und Verfügbarkeitssystem DIVERA 24/7 genutzt werden, da sich die regulär dienstfreien aber für diesen konkreten Einsatz dennoch verfügbaren OrgL dort gegenseitig kenntlich machen können (verfügbar/übernehme Führungsunterstützung). Dies erleichtert die weiteren Planungen und ermöglicht ggf. eine gemeinsame Anfahrt zum Einsatzort.

Die Anfahrt kann alternativ auch zusammen mit der Besatzung des Einsatzleitwagens von dem jeweiligen Stützpunkt der Hilfsorganisationen aus erfolgen.



6.4 EINSATZOPTION: RKISH-AKADEMIE

In den Zeiten des Schulbetriebes stehen die Kursteilnehmer und Auszubildenden der RKiSH-Akademie ebenfalls als »Dienstfreie Kräfte – Rettungsdienst« für die Bewältigung eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses zur Verfügung. Die Alarmierbarkeit wird jeweils über digitale Meldeempfänger im Akademiesekretariat (Standort – Heide) bzw. im Aufenthaltsraum der Lehrkräfte (Standort – Pinneberg) sichergestellt:

RKiSH-Akademie – Standort Nord
Esmarchstraße 50
25746 Heide

RKiSH-Akademie – Standort Süd
Gehrstücken 3
25421 Pinneberg

Die Aktivierung der »RKiSH-Akademie« erfolgt durch Anforderung des OrgL oder des A-Dienstes. Hierbei greift die entsprechende Dienstvereinbarung, womit die Vergütung und möglichen Konflikte mit den erforderlichen Ruhezeiten geregelt sind.

Bei Aus- und Fortbildungsveranstaltungen ist davon auszugehen, dass ausreichend Dienstfahrzeuge zur Verfügung stehen. Damit können die zahlreichen »Dienstfreien Kräfte« dann entweder umgehend zu ihren nahegelegenen Rettungswachen fahren und sich dann dort mit Persönlicher Schutzausrüstung ausstatten oder aber direkt an die Einsatzstelle fahren. Die Fahrt kann wie unter Punkt 6.1.2 erfolgen. Zusätzlich kann auch noch auf die Unterstützung der anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben zurückgegriffen werden.

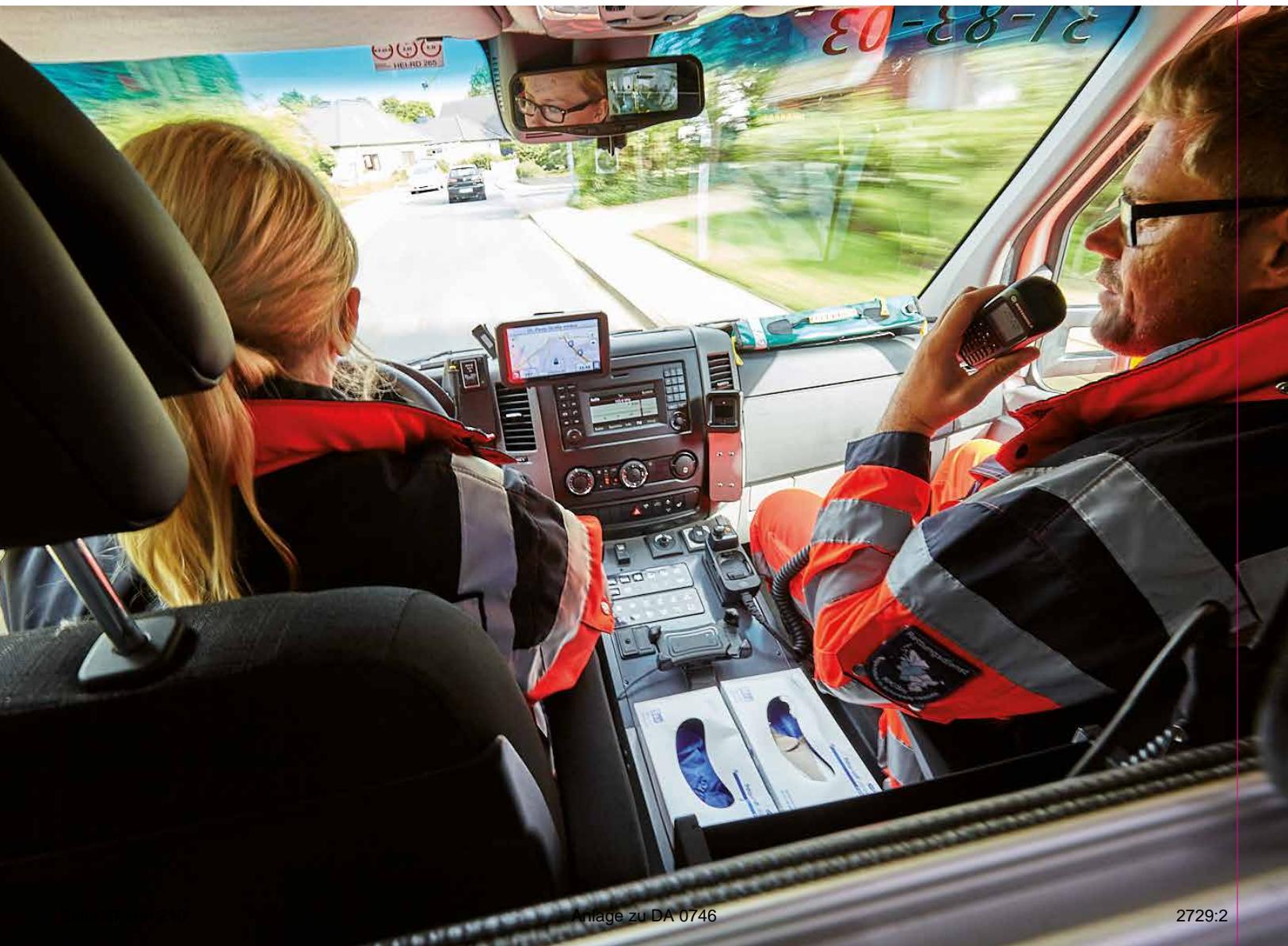
Auch hier wird zunächst der Kontakt telefonisch oder mit dem tragbaren Digitalfunkgerät zur zuständigen Leitstelle gesucht und das weitere Vorgehen abgestimmt. So könnten für die Abholung bzw. Fahrt zur Einsatzstelle auch Mannschaftstransportwagen der Feuerwehren und Hilfsorganisationen genutzt werden. Für die Bereitstellung von medizinischem Verbrauchsmaterial stünden dann insbesondere die Gerätewagen – Sanität (GW San) zur Verfügung. Somit kann dann die medizinische Fachkompetenz der zahlreichen zusätzlichen Einsatzkräfte direkt für die Patientenversorgung vor Ort genutzt werden.

Eine Alarmierung erfolgt ausdrücklich nur über die digitalen Meldeempfänger des Schulbetriebes, einzelne möglicherweise im Unterricht auslösende DME der anwesenden RKiSH-Mitarbeiter bzw. der »Dienstfreien Kräfte Rettungsdienst« führen nicht zu einem Ausrücken der RKiSH-Akademie.

07

DAS ERSTE RETTUNGSMITTEL BEI EINEM MANV

7.1 Vorgehen der ersteintreffenden Rettungsmittelbesatzung



7. DAS ERSTEINTREFFENDE RETTUNGSMITTEL BEI EINEM MANV

Bei einemrettungsdienstlichenGroßschadensereignis(MANV) mit einer Vielzahl gleichzeitig verletzter oder erkrankter Personen müssen die anfänglich nur sehr begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst optimal eingesetzt werden.

Aus diesem Grund sind die sonst üblichen Standardarbeitsanweisungen hier nicht sinnvoll umzusetzen, da sie auf eine möglichst optimale Versorgung nur eines einzelnen Patienten abzielen. Dies wird an den Beispielen der Einsatzindikation »akuter Thoraxschmerz« besonders deutlich. Hier kommen mindestens eine RTW-Besatzung mit einem Notfallsanitäter und einem Rettungssanitäter sowie eine NEF-Besatzung mit einem Rettungsassistent und einem Notarzt zum Einsatz. Zu viert versorgen sie den Erkrankten am Einsatzort und auf der Fahrt in die Zielklinik nach den aktuellen Versorgungsstandards. Der einzelne Patient profitiert von der klaren Fokussierung der Einsatzkräfte auf nur eine Person (hoher Personaleinsatz und lange Bindungszeit am Patienten). In einer MANV-Lage würden die weiteren, ebenfalls noch anwesenden Patienten so jedoch nur sehr unzureichend oder gar nicht versorgt. Es herrscht in der Anfangszeit des Einsatzes ein deutlicher Ressourcenmangel.

Es ist daher unerlässlich, dass sich die zu Beginn nur wenigenrettungsdienstlichenEinsatzkräfte gezielt aufteilen. Zudem müssen elementare Leitungsaufgaben möglichst frühzeitig übernommen werden, damit die Lage vor Ort erkundet, nachrückende Kräfte angewiesen und Absprachen mit der Leitstelle und den anderen, parallel eingesetzten Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben stattfinden können.

7.1 VORGEHEN DER ERSTEINTREFFENDEN RETTUNGSMITTELBESATZUNG

MANV-Einsätze sind seltene Einsatzindikationen für die Kräfte des Rettungsdienstes. Zudem entsprechend die dabei notwendigen Aufgaben nicht den sonst eingeübten und damit routiniert abrufbaren Handlungsabläufen. Als Hilfestellung finden sich daher auf allen Rettungsmitteln der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein die sogenannten Vorsichtungstaschen. Diese enthalten das unbedingt erforderliche Material für eine Erstversorgung und Kennzeichnung der Patienten in einer MANV Lage. Zusätzlich wurden die zwei Checklisten

- Erstes Rettungsmittel bei einem MANV
- (Vor-)Sichtung mit mStaRT

für MANV Situationen erstellt. Diese finden sich ebenfalls in den Vorsichtungstaschen aber auch in den gebundenen Standard-Arbeitsanweisungen. □ [siehe Abbildung 24 und 27](#).

Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel bei einem MANV

Diese Checkliste beschreibt in 10 Schritten die notwendigen und daher vom Rettungsdienst unbedingt durchzuführenden Maßnahmen bei einer MANV-Lage. Hierzu zählt, neben der Erkundung der Einsatzstelle und einer Ersteinschätzung der Situation, auch die frühzeitige Übernahme von Führungsaufgaben. Aufgrund der z.T. sehr ländlich geprägten Strukturen der RKiSH Versorgungsbereiche müssen diese Aufgaben bereits vom ersteintreffenden Rettungsmittel übernommen werden. Ein pauschal vorgeschrriebenes Abwarten, bspw. auf ein Notarzteinsatzfahrzeug, ist nicht zielführend, da so wertvolle Zeit verloren gehen würde.

Im Idealfall übernimmt die einsatztaktisch höchstausbildete Einsatzkraft des ersteintreffenden Einsatzfahrzeuges der RKiSH die Funktion »Vorläufiger Einsatzleiter Rettungsdienst«. Der Notarzt des ersten Notarzeinsatzfahrzeugs an der Einsatzstelle wird »Vorläufiger Leiter der Notarzt«. Beide bilden zusammen die vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst und übernehmen die damit verbundenen Aufgaben, bis sie durch die regulär diensthabende Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL/LNA) abgelöst werden □ [siehe Kapitel 4](#).

①

Noch nicht behandeln

Dieser einleitende Punkt soll die zum Einsatzort anfahrenden Kräfte an die notwendigen und deutlich veränderten Arbeitsweisen – im Vergleich zur individualmedizinischen Versorgung – erinnern. Die Versorgung eines Einzelnen verzögert die Hilfe für alle.

②

Kurze Erstrückmeldung

Die Kräfte des Rettungsdienstes sind unter Umständen die ersten Kräfte an der Einsatzstelle. Daher kommt auf sie die Aufgabe zu, die alarmierte mit der tatsächlich vor Ort vorgefundene Situation zu vergleichen und Abweichungen umgehend zu melden. Die durch die Leitstelle ermittelten und nur auf der Notrufabfrage basierenden Informationen sind oftmals lückenhaft. Daher ist eine sogenannte »erste Lage auf Sicht« entscheidend für den weiteren Einsatzverlauf. Diese sollte beim Erreichen der Einsatzstelle und noch vor dem Aussteigen per TMO-Digitalfunk an die Leitstelle übermittelt werden. Dafür ist der priorisierte Sprechwunsch »Status 0« zu nutzen. So kann der zuständige Einsatzsachbearbeiter der Leitstelle direkt reagieren aber auch alle anderen, ebenfalls anfahrenden Kräfte des Rettungsdiensts können die Meldung bereits mithören:

- Stimmt der in der Alarmierung genannte Einsatzort mit dem tatsächlichen Einsatzort überein?
- Entspricht die vorgefundene Lage der Alarmierung?
- Sind Gefahren erkennbar (auslaufende Betriebsstoffe, Rauchentwicklung, offenes Feuer, Gefahrstoffe, kriminelle Handlungen usw.)?
- Ist die Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) erforderlich?

Die Meldung sollte strukturiert nach dem aus der Digitalfunkausbildung bekannten MELDEN-Schema erfolgen:

M – eldendes Rettungsmittel/Angabe des eigenen Funkrufnamens

E – insatzort/Angabe der konkreten Einsatzörtlichkeit

L – age

D – urchgeführte Maßnahmen

E – ingesetzte Kräfte

N – achforderungen

Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel bei einem MANV

①	1. Noch nicht behandeln	- Die Versorgung eines einzelnen Patienten verzögert die Hilfe für alle
②	2. Kurze Erstrückmeldung	<ul style="list-style-type: none"> - Lage auf Sicht (MELDEN) - Offensichtliche Gefahren? - ERLD erforderlich? <p>M-eldendes Rettungsmittel E-insatzort L-age D-urchgeführte Maßnahmen E-ingesetzte Kräfte N-achforderungen</p>
③	3. Überblick verschaffen	<ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Schutzausrüstung anlegen und HRT mitnehmen - Teamtrennung erforderlich? - Gefahren an der Einsatzstelle? - Abschätzung: Wie viele Verletzte? Davon ROT? - Feuerwehr / Polizei erforderlich?
④	4. Konkrete Zweitrückmeldung	<ul style="list-style-type: none"> - Ungefähr Patientenzahl; Davon vermutlich ROT - Erste Nachforderung (RTW / NA / RTH) - Konkrete Gefahren an der Einsatzstelle
⑤	5. Vorläufige Einsatzleitung übernehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorl. Einsatzleitung Rettungsdienst übernehmen (über Funk mitteilen) - Patientenablagen im sicheren Bereich strukturieren - Rettungsmittelhalteplatz festlegen - An- und Abfahrtswege bestimmen
⑥	6. Spontanabtransporte verhindern	<ul style="list-style-type: none"> - Transport- und Klinikkapazitäten für Patienten mit Transportpriorität freihalten
⑦	7. (Vor-)Sichtung / Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> - (Vor-)Sichtung und lebensrettende Maßnahmen - Versorgungssicherheit anstreben - Erforderliche (Spezial-) Klinikkapazitäten - Ständige Kontrolle auf Therapie- / Transportpriorität
⑧	8. Nachrückende Einsatzkräfte anweisen	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgungssicherheit in den Einsatzabschnitten herstellen und halten - Aufgaben konkret formulieren und klar erteilen
⑨	9. Abtransport planen (mit vorl. LNA/LNA)	<ul style="list-style-type: none"> - Patient + Zielklinik + geeignetes Transportmittel - Bei Transportpriorität Abfahrt anordnen und dokumentieren
⑩	10. Übergabe an die ERLD	<ul style="list-style-type: none"> - Stand der bisher organisierten Maßnahmen - Aktueller Versorgungszustand in Einsatzabschnitten - Bisherige Abtranspote - Neue Aufgabe geben lassen

Quelle: MANV-Konzept der RKiSH

Seite 12

Abb.24: SAA der RKiSH: Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel bei meinem MANV

Bspw: TMO-Digitalfunkrufgruppe 3102_SE_RD:

»Rettung Segeberg 40-83-04 eingetroffen an der Einsatzstelle Bockhorn B206 Höhe Autohof. Erste Lage auf Sicht: Verkehrsunfall zwischen einem Reisebus und einem PKW. Die Fahrzeuge sind stark verformt. Bereits jetzt sind vier verletzte Personen erkennbar. Der Straßenverkehr fließt noch. Feuerwehr, Polizei sowie weitere Kräfte des Rettungsdienstes und die ERLD sind erforderlich. Wir erkunden, weitere Rückmeldung folgt.«

(3)

Überblick verschaffen

Nach dem Absetzen der kurzen Erstrückmeldung über das MRT-Digitalfunkgerät des Einsatzfahrzeuges muss sich die ersteintreffende Besatzung nun einen Überblick verschaffen, sofern keine bereits jetzt erkennbaren Gefahren dies unmöglich machen. Hierfür wird die persönliche Schutzausrüstung (PSA) mit der geschlossene Rettungsdienstjacke sowie dem Helm ergänzt und das tragbare HRT-Digitalfunkgerät entnommen und aktiviert bzw. die TMO-Digitalfunkrufgruppe der Leitstelle gewählt. Auch die Vorsichtungstasche muss mitgenommen werden. Diese enthält neben dem Material zur Vorsichtung auch ein Klemmbrett und die Checkliste Ersteintreffendes Rettungsmittel.

Im Anschluss muss sich die Besatzung entscheiden, ob eine Teamtrennung sinnvoll ist. Bei einer Aufteilung kann die Einsatzstelle deutlich schneller beurteilt werden, da dadurch eine getrennte Erkundung ermöglicht wird. Der Vorteil der Teamtrennung ist somit die Schnelligkeit, der Nachteil ist ein erhöhter Koordinierungs- und Kommunikationsaufwand.

Beim Begehen der Einsatzstelle müssen mögliche Gefahren erkannt und bewertet werden, die ggf. zuvor aus dem Rettungsmittel heraus noch nicht bemerkt wurden. Aus diesem Grund sollte die Einsatzstelle nach Möglichkeit zunächst vollständig umrundet und erst dann in die Einsatzstelle hineingegangen werden. Sind zum Beseitigen der Gefahr weitere Kräfte bspw. der Feuerwehr oder Polizei erforderlich?

Zudem muss die Anzahl der direkt beteiligten Personen gezählt werden. Hierbei soll noch keine konkrete, medizinische Bewertung erfolgen, sondern das Ausmaß des rettungsdienstlichen Einsatzes ermittelt werden. In diesem Zuge werden die Patienten betrachtet und lediglich festgestellt, ob diese ansprechbar oder nicht ansprechbar sind. Hieraus lässt sich ableiten, wie viele Patienten auf den ersten Blick kritisch erscheinen. Es erfolgt in diesem Schritt also eine schnelle Ersteinschätzung der Einsatzstelle.

(4)

Konkrete Zweitrückmeldung

Im nächsten Schritt müssen die gewonnenen Informationen aus der Ersteinschätzung der Einsatzstelle an die Leitstelle übermittelt werden. Dabei sollen auch wieder die anderen am Einsatz beteiligten Einsatzkräfte des Rettungsdienstes auf der Anfahrt mithören können. Deshalb soll hierfür das tragbare HRT-Digitalfunkgerät auf der TMO-Leitstellenrufgruppe genutzt werden. Auch für die konkrete Zweitrückmeldung sollte das MELDEN-Schema genutzt werden.

Bspw: TMO-Digitalfunkrufgruppe 3102_SE_RD:

»Rettung Segeberg 40-83-04 von der Einsatzstelle Bockhorn mit konkreter Zweitrückmeldung. Verkehrsunfall zwischen einem Reisebus und einem PKW. Insgesamt 10 Patienten vor Ort, davon sind 2x vermutlich ROT. Der Straßenverkehr fließt noch, Betriebsstoffe laufen aus. Weitere Kräfte entsprechend nachalarmieren. Die Anfahrt kann aus beiden Richtungen über die B206 erfolgen.«

Der Vorteil bei der Übermittlung mit dem HRT-Digitalfunkgerät ist die schnelle und direkte Kommunikation. Der Einsatzsachbearbeiter in der Leitstelle kann auf den priorisierten Sprechwunsch »Status 0« in der TMO-Digitalfunkrufgruppe gezielter reagieren als auf einen Anruf mit dem dienstlichen Mobiltelefon. Bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis könnten zahlreiche Notrufe die Kapazitäten der Leitstelle kurzzeitig überlasten und somit würde die ersteintreffende Rettungsmittelbesatzung beim Absetzen einer telefonischen Rückmeldungen ggf. zunächst in der Warteschleife warten müssen. Eine Differenzierung zwischen den normalen Hilfeersuchenden und der Besatzung ist nicht möglich. Somit werden die telefonischen Notrufe in der Warteschleife nacheinander abgearbeitet.

(5)

Vorläufige Einsatzleitung übernehmen

Es ist wichtig, dass die Maßnahmen des Rettungsdienstes vor Ort gezielt koordiniert werden. Dafür muss klar sein, wer die Leitung und damit die Verantwortung und Fürsorgepflicht gegenüber den eigenen Einsatzkräften aber auch für die Patienten hat. Um dem gerecht werden zu können, müssen grundlegende Strukturen und Einsatzabschnitte vor Ort abgestimmt, etabliert und kommuniziert werden:

- Vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst übernehmen (mit gelber Weste kennzeichnen und über TMO-Digitalfunk mitteilen)
- Abstimmung mit der Feuerwehr und Polizei vor Ort
- Patientenlage(n) im sicheren Bereich definieren
- Rettungsmittelhalteplatz festlegen
- An- und Abfahrtswege für den Rettungsdienst in Abstimmung mit der Feuerwehr bestimmen

Bspw: TMO-Digitalfunkrufgruppe 3102_SE_RD:
»Rettung Segeberg 40-83-04 von der Einsatzstelle Bockhorn. Wir übernehmen die vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst und richten in Abstimmung mit der Feuerwehr zwei Patientenablagen ein. 1x Patientenlage Bus mit 7 Patienten und 1x Patientenlage PKW mit 3 Patienten. Der Rettungsmittelhalteplatz wird auf dem Parkplatz des Autohofes eingerichtet. Die Kräfte werden direkt in der Einsatzstelle zur Patientenversorgung benötigt. Die Anfahrt soll aus östlicher Richtung zum Autohof erfolgen.«

⑥

Spontanabtransporte verhindern

In dieser ersten Phase des Einsatzes dürfen die Patienten noch nicht ohne einen ausreichenden Gesamtüberblick der medizinischen Lage transportiert werden. Bisher wurden die Patienten nur gezählt und dabei lediglich kurz in Augenschein genommen. Nur auf dieser Basis kann noch keine konkrete Transportreihenfolge entsprechend der Transportdringlichkeit festgelegt werden. Außerdem herrscht an der Einsatzstelle in dieser frühen Phase meist noch ein deutlicher Ressourcenmangel. Die Besatzung eines Rettungsmittels kann vor Ort mehrere Patienten zeitgleich versorgen bzw. betreuen. Bei einem frühen Transport verschiebt sich das Patienten-Kräfte-Verhältnis hingegen nachteilig (zwei Einsatzkräfte transportieren einen einzelnen Patienten in die Zielklinik und stehen nicht mehr für lebensrettende Maßnahmen an der Einsatzstelle zur Verfügung). Aus diesem Grund darf ein früherer Transport nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen und muss sehr genau abgewogen werden.

⑦

(Vor-)Sichtung / Versorgung

Als nächste wichtige Maßnahme, nach der Einschätzung der Einsatzstelle, muss die medizinische Lage vor Ort erkundet werden. Dabei geht es um eine schnelle Kategorisierung der Patienten nach Behandlungsdringlichkeit – die Vorsichtung. Hierbei ist es notwendig möglichst zügig alle Patienten einheitlich zu untersuchen, das Ergebnis zu dokumentieren und für die nachrückenden Kräfte eindeutig kenntlich zu machen. Gleichzeitig müssen im Zuge der Vorsichtung bereits parallel lebensrettende Maßnahmen durchgeführt werden. Hierfür werden in den Versorgungsbereichen der RKiSH ein mSTaRT Algorithmus sowie Patientenanhängekarten verwendet siehe Kapitel 8. Diese finden sich, zusammen mit den notwendigen Materialen zur Stabilisierung der Patienten in den Vorsichtungstaschen, auf allen Rettungsmitteln. Die Vorsichtung sollte schnellstmöglich an der Einsatzstelle durchgeführt werden. Allerdings ist es der ersteingetroffenen Rettungsdienstbesatzung häufig aufgrund der Komplexität der zu koordinierenden Aufgaben als vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst nicht möglich, die Vorsichtung vollständig selbst durchzuführen. Stattdessen müssen die nachrückenden Rettungsdienstbesatzungen entsprechend eingesetzt werden und erhalten den Auftrag, die Vorsichtung durchzuführen. Die Ergebnisse der Vorsichtung werden dann der vorläufigen Einsatzleitung Rettungsdienst umgehend mitgeteilt.

Sobald ein Notarzt an der Einsatzstelle eintrifft gilt es abzuwagen, ob dieser sich zunächst um die Behandlung der bereits in der Vorsichtung erkannten Patienten der SK ROT (SK I) kümmert oder ob die ärztliche Sichtung aller Patienten Vorrang hat. Grundsätzlich soll anhand der einheitlichen Vorsichtung ein Standard erreicht werden, der es den Notärzten in der frühen Phase des Einsatzes ermöglicht, den Fokus auf die medizinische Versorgung zu legen.

Das Ziel ist es einen schnellen Gesamtüberblick zu erhalten und daran abgeleitet die nachrückenden Kräfte gezielt anweisen zu können und bedarfswise weitere Kräfte nachzu fordern, um dadurch eine Versorgungssicherheit für die Patienten vor Ort zu erlangen. Zudem können so die benötigten (Spezial-)Klinikkapazitäten ermittelt und der Leitstelle möglichst frühzeitig übermittelt werden:

Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, Verbrennungsbetten, pädiatrische Versorgungsmöglichkeiten usw. Das Ergebnis muss per HRT-Digitalfunkgerät strukturiert übermittelt werden. Zudem bildet ein (Vor-)Sichtungsergebnis nur eine Momentaufnahme und muss regelmäßig aktualisiert werden.

Bspw: TMO-Digitalfunkrufgruppe 3102_SE_RD:

»Rettung Segeberg 40-83-04 von der Einsatzstelle Bockhorn. Vorsichtung ist abgeschlossen. Aktuell haben wir 10 Patienten an der Einsatzstelle; 2x ROT, 3x GELB und 5x GRÜN. Darunter ein Polytrauma mit einem schweren Schädelhirntrauma.«

⑧

Nachrückende Einsatzkräfte anweisen

Auf der Basis der bisherigen Erkenntnisse müssen die nachrückenden Kräfte von der vorläufigen Einsatzleitung Rettungsdienst in den Bereichen zielgerichtet eingesetzt werden, um möglichst vielen Patienten bedarfsgerecht und zeitgleich helfen zu können:

- (Vor-)Sichtung durchführen bzw. vervollständigen
- Patientenversorgung in den Einsatzabschnitten bzw. Patientenablagen
- Unterstützende Führungsaufgaben in den Einsatzabschnitten übernehmen

Dies geschieht immer auf der Grundlage der jeweils aktuellen Situation in den einzelnen Einsatzabschnitten. Die Lage muss also wiederkehrend neu bewertet und alle Maßnahmen müssen daran ausgerichtet und ggf. entsprechend angepasst werden.

Das Ziel ist das Herstellen der Versorgungssicherheit. Hierfür müssen die notwendigen Aufgaben konkret formulieren und klar erteilen werden siehe Kapitel 8.3. Dies beinhaltet auch eine kurze Lageeinweisung für die jeweils nachrückenden Einsatzkräfte, um ihnen eine Orientierung an der Einsatzstelle zu geben aber auch, um ein effektives Arbeiten zu ermöglichen. Diese Lageeinweisung muss von beiden Seiten aus angestoßen werden. Die nachrückenden Einsatzkräfte suchen aktiv den Kontakt zur vorläufigen Einsatzleitung Rettungsdienst, und die vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst geht aktiv auf neu eingetroffene Einsatzkräfte zu.

Bspw: Mündliche Einweisung einer nachrückenden Besatzung durch die vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst direkt vor Ort:

»Verkehrsunfall zwischen einem Bus und einem PKW. Entsprechend wurden zwei Patientenablagen eingerichtet. 1x Einsatzabschnitt Bus und 1x Einsatzabschnitt PKW. Wir haben 10 Patienten gezählt. Am PKW läuft Kühlwasser aus, darum kümmert sich bereits die Feuerwehr. Wir brauchen euch am Bus. Dort ist die Besatzung des NEF Rettung Segeberg 40-82-01 die Abschnittsleitung und damit euer Ansprechpartner. Sie gibt euch einen konkreten Arbeitsauftrag.«

Die in den Einsatzabschnitten eingeteilten Abschnittsleitungen müssen ihre aktuelle Lage regelmäßig an die vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst melden (Situation in den Patientenablagen, Anzahl der verfügbaren Rettungsmittel im Rettungsmittelhalteplatz usw.). Nur so kann auf Veränderungen direkt reagiert und den Patienten gezielt geholfen werden.

⑨

Abtransport planen (mit vorl. LNA / LNA)

Nachdem die Patienten einheitlich im Rahmen der Vorsichtung bzw. ärztlichen Sichtung untersucht und in Sichtungskategorien eingeteilt wurden, kann daran orientiert, durch den vorläufigen Leitenden Notarzt bzw. den Leitenden Notarzt die Transportreihenfolge festgelegt werden. Es geht also um die Entscheidung, welche Patienten zuerst die Einsatzstelle verlassen und in welche Zielklinik sie mit welchem Rettungsmitteltyp befördert werden sollen:

Regelhafte Transportreihenfolge:

1. Sichtungskategorie ROT mit Transportpriorität [TP]
2. Sichtungskategorie ROT [SK I]
3. Sichtungskategorie GELB [SK II]
4. Sichtungskategorie GRÜN [SK III]

Verfügbare Transportmitteltypen und Kategorien:

- Rettungshubschrauber (RTH)
- Rettungswagen in Notarztbegleitung (NAW)
- Rettungswagen (RTW)
- Krankentransportwagen (KTW)
- Mannschaftstransportwagen (MTW)
- Kein Kliniktransport (Betreuungseinheit / Entlassung aus dem Einsatz)
- Totenablage

Die Patienten werden entsprechend der verfügbaren Klinikkapazitäten verteilt. Die Abfrage der Klinikkapazitäten erfolgt durch die Leitstelle, die Zuteilung der Patienten an der Einsatzstelle. Das Gesamtergebnis »Patient + Zielklinik + Transportmittel« wird auf den Patientenanhängekarten dokumentiert. Der vorläufige Einsatzleiter Rettungsdienst bzw. Einsatzleiter Rettungsdienst teilt entsprechend dieser Vorgaben die geeigneten Transportmittel zu.

⑩

Übergabe an die ELRD

Für jeden Versorgungsbereich der RKiSH steht eine diensthabende Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) gemäß Schleswig-Holsteinischem Rettungsdienstgesetz zur Verfügung. Dieses Zweiteam, bestehend aus einem Organisatorischen Leiter und einem Leitenden Notarzt, fährt die Einsatzstelle getrennt voneinander an und findet sich erst vor Ort zusammen. Es ist also durchaus möglich, dass der vorläufige Einsatzleiter Rettungsdienst und/oder vorläufige Leitende Notarzt bereits sehr frühzeitig von dem diensthabenden OrgL und/oder LNA abgelöst werden und dadurch noch nicht alle Punkte der »Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel bei einem MANV« abgearbeitet werden konnten. Es ist aber auch ein späteres Eintreffen möglich, sodass die Checkliste eine vollständige Hilfestellung zur Bewältigung der MANV-Lage geben kann.

Bei der Übergabe an die regulär diensthabenden Leitungskräfte muss eine Lageeinweisung mit dem Stand der bisher organisierten Maßnahmen erfolgen:

- Erkenntnisse der Einsatzstellenerkundung und zur Vorsichtung/Sichtung
- Aktuelle Einsatzstellenstruktur und der Versorgungsstand in den Einsatzabschnitten
- Bisherige Abtransporte
- Neue Aufgabe geben lassen

Bspw: Mündliche Einweisung der »ELRD« durch die Vorläufige Einsatzleitung Rettungsdienst direkt vor Ort: »Verkehrsunfall zwischen einem Reisebus und einem PKW mit anfänglich 10 Patienten an der Einsatzstelle. Entsprechend wurden zwei Patientenablagen eingerichtet. 1x Einsatzabschnitt Bus mit der Patientenverteilung 2x GELB und 5x GRÜN und 1x Einsatzabschnitt PKW mit der Patientenverteilung 1x ROT und 1x GELB. Ein Patient aus dem PKW mit einer Transportpriorität ist bereits im ›RTH Christoph 12‹ auf dem Weg ins UKSH Kiel.«

Hierbei werden dann die bereits ausgefüllten MANV-Dokumente übergeben. Die Übergabe der Einsatzleitung muss – durch die ELRD – über die TMO-Digitalfunkrufgruppe an die Leitstelle aber auch mündlich vor Ort an die andern Leitungskräfte der Feuerwehr, Polizei und rettungsdienstlichen Einsatzabschnittsleitung übermittelt werden, damit allen Beteiligten die verantwortlichen Führungskräfte (OrgL und LNA) des Rettungsdienstes bekannt sind.

08

[VOR-]SICHTUNG UND PATIENTENVERSORGUNG

- 8.1 Nichtärztliche Vorsichtung
- 8.2 Ärztliche Sichtung
- 8.3 Versorgungssicherheit
- 8.4 Patientenablage
- 8.5 Zuteilung der Krankenhausbetten für die Patientenablage
- 8.6 Patientenablage für kontaminierte Patienten
- 8.7 Patientenladezone
- 8.8 Einsatzabschnitt für Unverletzte / Betroffene
- 8.9 Totenablage



8. [VOR]-SICHTUNG UND PATIENTENVERSORGUNG

Einrettungsdienstliches Großschadensereignis (MANV) ist durch ein massives Ungleichgewicht zwischen der hohen Patientenanzahl und den zunächst stark begrenzten Ressourcen des Rettungsdienstes gekennzeichnet.

Um diese anfänglich nur wenigen Rettungskräfte möglichst effizient einsetzen zu können müssen, neben der sofortigen Etablierung der ersten Einsatzführungsstrukturen, auch gezielte notfallmedizinische Maßnahmen eingeleitet werden. So ist es besonders wichtig, dass alle akut vital bedrohten Patienten – mit potentiell überlebbaren Verletzungen oder Erkrankungen – schnell zwischen den anderen Patienten identifiziert und umgehend behandelt werden. Denn insbesondere diese Patientengruppe profitiert am meisten von gezielten Erstmaßnahmen und dem zügigen Transport in weiterführende Versorgungseinrichtungen.

Damit diese anspruchsvollen Aufgaben durchgeführt werden können, müssen alle Patienten einheitlich notfallmedizinisch beurteilt, mit gezielten Sofortmaßnahmen stabilisiert und dabei gleichzeitig für alle Rettungskräfte eindeutig gekennzeichnet werden.

Hierfür werden, je nach Qualifikation der jeweils Durchführenden, entweder die nichtärztliche Vorsichtung als auch die ärztliche Sichtung genutzt.

Bei beiden Vorgängen erfolgt die Einteilung der Patienten in sogenannte Sichtungskategorien. Diese geben direkten Aufschluss über die jeweilige Behandlungsdringlichkeit und werden zur leichteren Erkennbarkeit verbindlichen Farben zugeordnet siehe Abbildung 25.

Eine absolute Sonderstellung nimmt hierbei die Sichtungskategorie BLAU (SK IV) bzw. die damit verbundene abwartende Behandlungsstrategie ein. Sie entspricht nicht der Verpflichtung nach einer individualmedizinischen Versorgung aller Patienten, jedoch können es die besonderen Bedingungen eines MANV erforderlich machen hiervon in seltenen Fällen abzuweichen. Die Sichtungskategorie BLAU wird daher nur bei sehr eingeschränkten Ressourcen und dann auch nur auf direkte Anweisung des Leitenden Notarztes freigegeben, bis dahin werden diese Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) zugeordnet.

SICHTUNGSKATEGORIEN	BEHANDLUNGSDRINGLICHKEIT
ROT [SK I]	Akute vitale Bedrohung
GELB [SK II]	Dringliche Behandlung
GRÜN [SK III]	Nicht-dringliche Behandlung
BLAU [SK IV]	Abwartende Behandlung
Verstorben	Totenablage
WEISS [B] Unverletzt / Betroffen	Betreuung

Abb. 25: Übersicht der Sichtungskategorien

Als Hilfestellung für die ersten Maßnahmen stehen auf allen Rettungsmitteln der RKiSH die Checklisten »Ersteintreffendes Rettungsmittel« zur Verfügung, zusätzlich ist sie fester Bestandteil der Standardarbeitsanweisungen.

Für die einheitliche Dokumentation der Patienten- und notfallmedizinischen Daten werden in den Versorgungsbereichen der RKiSH die Anhängekarten für Verletzte/Kranke des Deutschen Roten Kreuzes verwendet. Hier kann auch die jeweilige Sichtungskategorie, durch das Einsticken des entsprechenden Farbstreifens in das Einstechfach, am unteren Kartenende kenntlich gemacht werden.

Alle Patientenanhängekarten wurden zudem auf der Vorderseite mit einem Nummernaufkleber zur eindeutigen Identifikation versehen. Die Beschriftung des Aufklebers setzt sich aus der Kennung des jeweiligen RKiSH-Versorgungsbereiches und einer fortlaufenden Nummer zusammen (SE 245, RD 1025 usw.). Somit können nicht nur Patientenanhängekarten aus mehreren Versorgungsbereichen problemlos miteinander kombiniert werden, ohne dass es zu Verwechslungen kommt, die Nummern können auch für die Einsatzdokumentation genutzt werden. Dies ist insbesondere dann hilfreich, wenn die Personalien von bewusstlosen Patienten nicht sofort ermittelbar sind.

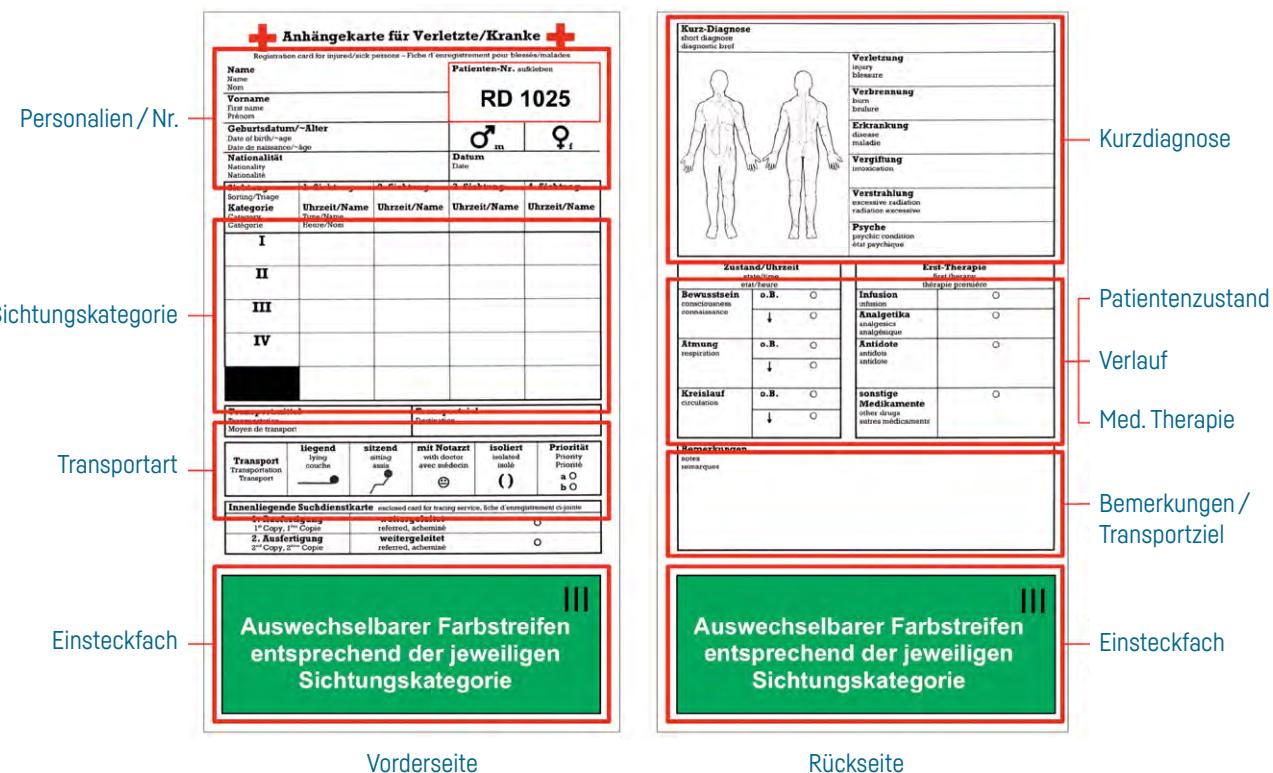


Abb. 26: Patientenanhängekarte

8.1 NICHTÄRZTLICHE VORSICHTUNG

Grundsätzlich stellt die Sichtung eine ärztliche Aufgabe dar. Bei weitläufigen Einsatzstellen, besonders vielen Patienten oder einem weiten Anfahrtsweg des ersteintreffenden Notarztes wird diese notfallmedizinische Beurteilung jedoch nicht mehr in einem medizinisch vertretbaren Zeitrahmen durchführbar sein.

In diesen Fällen erfolgt daher frühestmöglich die sogenannte nichtärztliche »Vorsichtung« durch qualifizierte RettSan, RettAss und NotSan mit Hilfe des modifizierten Simple Triage and Rapid Treatment Algorithmus (mStaRT). Hierdurch kann eine »einfache Sichtung und schnelle Behandlung« der vielen Patienten zeitnah gewährleistet werden [siehe Kapitel 12.1 und Abbildung 27](#). Zudem können die zu diesem Zeitpunkt akut vital bedrohten Patienten der Sichtungskategorie ROT schnell zwischen den weniger dinglichen Patienten identifiziert und erstversorgt werden. Diese Patienten profitieren am meisten von einer zügigen Versorgung und ggf. einem priorisierten Transport in die Zielklinik [siehe Kapitel 8.2.2](#).

Die nachrückenden Notärzte unterstützen dann in der MANV-Frühphase bei unklaren Befunden oder Todesfeststellungen und können daher bereits deutlich früher mit der Behandlung der vital bedrohten Patienten beginnen und werden nicht durch die Sichtung der lediglich leicht verletzten Patienten gebunden.

Ziel muss es jedoch immer sein, bei ausreichenden Personalressourcen, die zeitnahe Sichtung aller Patienten durch den Leitenden Notarzt bzw. einen von ihm beauftragten Notarzt sicherzustellen. Sollte dies jedoch nicht in einem medizinisch vertretbaren Zeitrahmen möglich sein, so muss die Vorsichtung zügig durchgeführt und regelmäßig wiederholt werden, da sie nur eine aktuelle »Momentaufnahme« des aktuellen Patientenzustandes bietet.

Bei einer akuten Gefährdung für die Einsatzkräfte und Patienten bspw. durch Gefahrstoffe, Rauchgase oder Einsturzgefahr erfolgt die Vorsichtung der Patienten erst im sicheren Bereich der Patientenablage.

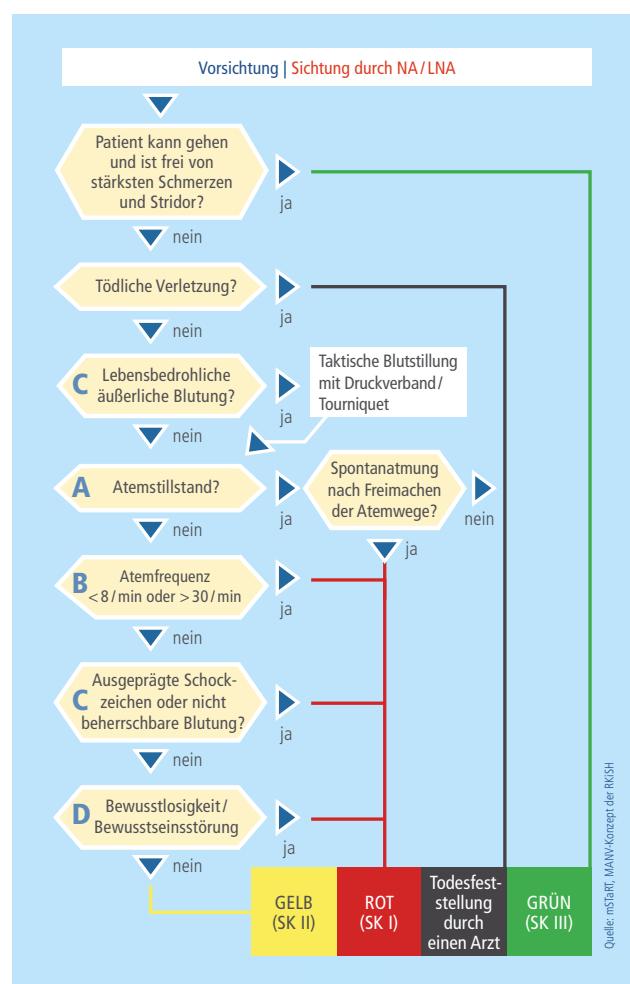


Abb. 27: Standardvorgehen Vorsichtung – mStaRT RKiSH

8.1.1 Kennzeichnung der Vorsichtung

Die Kennzeichnung der Sichtungskategorie bzw. Behandlungsdringlichkeit des jeweiligen Patienten erfolgt mit Hilfe der standardisierten Patientenanhängekarten [siehe Abbildung 26](#).

SICHTUNGSKATEGORIEN	BEHANDLUNGS-DRINGLICHKEIT
ROT [SK I]	Akute vitale Bedrohung
GELB [SK II]	Dringliche Behandlung
GRÜN [SK III]	Nicht-dringliche Behandlung
Verstorben	Die Todesfeststellung erfolgt erst durch einen Arzt

Abb. 28: Mögliche Sichtungskategorien im Rahmen der Vorsichtung

Zur deutlichen Kennzeichnung der nichtärztliche Vorsichtung wird der Farbstreifen der entsprechenden Sichtungskategorie grundsätzlich gefaltet bzw. halbiert. Ein Beschriften der Patientenanhängekarte ist im Rahmen der Vorsichtung in der Regel noch nicht sinnvoll. Die Vorsichtung wird auf dem Protokoll »Vorsichtung« in der Form einer einfachen Strichliste erfasst [siehe Kapitel 12.1](#).

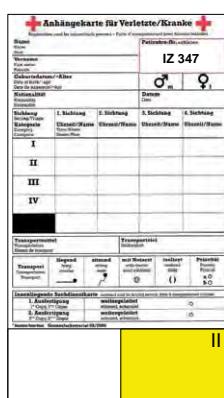


Abb. 29:
Patientenanhängekarte bei
der nichtärztlichen Vorsichtung
(halbierter Farbstreifen)

8.1.2 Systemtasche – Vorsichtung

Für die Durchführung der Vorsichtung wird auf jedem Rettungsmittel der RKiSH eine »Systemtasche – Vorsichtung« vorgehalten. So können nicht nur jeweils bis zu 20 Patienten in die Sichtungskategorien eingeteilt und durch lebensrettende Sofortmaßnahmen stabilisiert werden, sondern es ist auch bereits eine erste Dokumentation auf den Vordrucken »Vorsichtung« und »Rettungsmittelübersicht« möglich [siehe Kapitel 12.1. und 12.5](#). Hier findet sich auch die Checkliste »Ersteintreffendes Rettungsmittel« mit den Aufgaben der Vorläufigen Einsatzleitung Rettungsdienst als einheitliche Hilfestellung.

Um den zügigen Vorsichtungsablauf zu unterstützen wurden die Farbstreifen der Patientenanhängekarten in den Vorsichtungstaschen bereits entsprechend vorgeknickt (5x ROT, 5x GELB und 10x GRÜN). Zu beachten ist, dass in der Anfangsphase nur invasive Maßnahmen auf den Anhängekarten dokumentiert werden sollten. Eine vorzeitige Dokumentation der Personalien und anderer Daten verzögert die Patientenversorgung. Die Packliste der Vorsichtungstaschen ist in den RKiSH-Dokumenten 1884, 0382 sowie 1452 einzusehen.



8.2 ÄRZTLICHE SICHTUNG

Der Sichtungsvorgang, also die Beurteilung und Festlegung der Versorgungsprioritäten, Art und Umfang der erforderlichen Behandlungen sowie des Transportes ist grundsätzlich eine ärztliche Aufgabe. Diese liegt in der Verantwortung des Leitenden Notarztes, sie kann jedoch delegiert werden. Die ärztliche Sichtung muss in regelmäßigen Zeitabständen wiederholt werden, da nur so mögliche Veränderungen des Patientenzustandes zeitnah erkannt werden können. Jeder Patient muss vor Verlassen der Einsatzstelle bzw. vor Abschluss des Einsatzes mindestens einmal ärztlich gesichtet werden. Dies gilt auch und insbesondere für verstorbene Patienten.

8.2.1 Kennzeichnung der Sichtung

Die jeweilige Sichtungskategorie bzw. Behandlungsdringlichkeit wird bei der ärztlichen Sichtung immer auf den standardisierten DRK-Patientenanhängekarten dokumentiert. Diese werden in der »Systemtasche – Vorsichtung« in allen Rettungsmitteln der RKiSH mitgeführt. Zusätzlich befinden sie sich in jedem Notarzteinsatzfahrzeug sowie den Kommandowagen der Einsatzleitung Rettungsdienst in den gelben Systemmappen.

Damit für alle Einsatzkräfte sofort klar wird, dass hier keine Vorsichtung sondern eine ärztliche Sichtung stattgefunden hat, wird der entsprechende Farbstreifen entfaltet und dann wieder in das Klarsichtfach zurückgesteckt. Außerdem werden auf der Patientenanhängekarte, neben den persönlichen sowie notfallmedizinischen Daten und ärztlichen Anordnungen, u.a. auch das erforderliche Transportmittel notiert (KTW/RTW/RTH usw.).

Bei einer akuten Gefährdung durch Gefahrstoffe, Rauchgase, Einsturzgefahr usw. erfolgt die Sichtung der Patienten erst im sicheren Bereich der Patientenablage. Die Sichtung wird auf den Protokollen »Patientendokumentation« erfasst [siehe Kapitel 12.3](#).

8.2.2 Kennzeichnung der Patienten mit Transportpriorität

Bei Patienten mit der Sichtungskategorie ROT (SKI), kann ein zügiger und priorisierter Kliniktransport zwangsläufig erforderlich sein. Dies trifft insbesondere bei akuten Operationsindikationen zur Blutungskontrolle oder bei höhergradigen Schädel-Hirn-Traumen zu. Damit diese Patienten schnell zwischen den anderen Patienten identifiziert werden können, werden mit einem Stift die beiden Großbuchstaben »TP« deutlich auf den beiden Seiten des Farbstreifens notiert.

Die Einteilung und entsprechende Kennzeichnung eines Patienten mit Transportpriorität bleibt der ärztlichen Sichtung vorbehalten. Wichtig ist, dass vor der vorgezogenen Beförderung dieser Patienten immer die aktuelle Situation der Versorgungssicherheit – durch die Einsatzleitung – kritisch überprüft werden muss [siehe Kapitel 8.3](#). Der Transport eines einzelnen Prioritätspatienten darf nicht die anderen Patienten an der Einsatzstelle massiv gefährden.

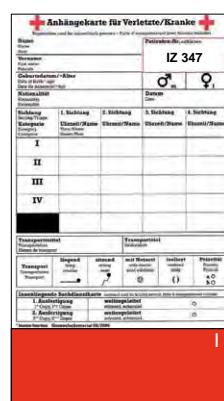


Abb.30:
Patientenanhängekarte bei
der ärztlichen Sichtung

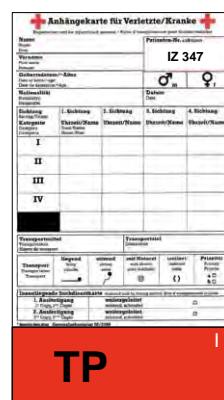


Abb.31:
Beidseitige »TP« Kennzeichnung
Patienten mit Transportpriorität

8.2.3 Kennzeichnung kontaminiert Patienten

Der Austritt von Gefahrstoffen kann zu einemrettungsdienstlichen Großschadensereignis mit einer Vielzahl gleichzeitig verletzter oder erkrankter Personen führen. Auch in diesen Einsatzsituationen ist, neben den erweiterten Maßnahmen des Eigenschutzes, eine eindeutige Kennzeichnung der individuellen Behandlungsdringlichkeit der Patienten erforderlich. Der dabei notwendige Ablauf unterscheidet sich deutlich von denen einer regulären Vorsichtung oder ärztlichen Sichtung ohne CBRN/E-Beteiligung.

Damit alle nachrückenden Einsatzkräfte die Situation des jeweiligen mit Gefahrstoffen beaufschlagten Patienten – auch aus der Ferne – schnell erfassen können, wird nach der durchgeföhrten Vorsichtung bzw. ärztlichen Sichtung mit einem Stift der Großbuchstabe »K« deutlich auf den beiden Seiten des ausgewählten Farbstreifens der Patientenanhängekarte notiert. Dies dient als »Alarmzeichen« und damit dem Schutz der Einsatzkräfte, es optimiert aber auch die Patientenlogistik bzw. die Dekontaminationsmaßnahmen und nachfolgende Patientenversorgung. Denkbar sind, je nach Kontaminationsursache, Schweregrad und Begleitumständen, die Sichtungskategorien ROT, GELB, GRÜN, SCHWARZ oder BLAU. Eine Kontamination ist immer mit einer Verletzung gleichzusetzen, sodass dies die Sichtungskategorie WEISS (Unverletzt/Betroffen) zunächst grundsätzlich ausschließt.

Eine stattgefondene Kontamination muss im Einsatzverlauf immer ärztlich gesichtet und fachgerecht beseitigt werden. Nach der erfolgreichen Dekontamination wird der Patient erneut (vor-)gesichtet, hierbei ist bedarfsgerecht ggf. eine neue Patientenanhängekarte zu nutzen. In jedem Fall muss ein Farbstreifen ohne »K« Markierung, entsprechend der dann aktuellen Behandlungsdringlichkeit, verwendet werden.



Abb.32:
Kennzeichnung eines Patienten der
Sichtungskategorie ROT [SK I] mit einer
begleitenden Kontamination im Rahmen
der ärztlichen Sichtung

8.2.4 Kennzeichnung der unverletzt Betroffenen

Bei rettungsdienstlichen Großschadensereignissen (MANV) mit einer Vielzahl verletzter oder erkrankter Personen wird auch immer eine nicht unbeträchtliche Anzahl Unverletzter bzw. lediglich Betroffener an der Einsatzstelle zu erwarten sein [siehe Kapitel 8.8](#). Damit diese von allen Einsatzkräften eindeutig erkannt werden können, und somit nicht unnötig viele Behandlungsressourcen binden, wird ihnen die Sichtungskategorie WEISS zugeordnet. Zusätzlich wird mit einem Stift der Großbuchstabe »B« deutlich auf beiden Seiten des weißen Farbstreifens der Patientenanhängekarte notiert.

Hierdurch wird sichergestellt, dass es sich nicht nur um ein Versehen handelt und der Patient möglicherweise noch nicht gesichtet wurde.

Im Rahmen der nichtärztlichen Vorsichtung werden die unverletzt Betroffenen zunächst durch das eintreffende Rettungsfachpersonal grundsätzlich der Sichtungskategorie GRÜN (SK III) zugeordnet. Eine folgende Umkategorisierung, durch den sichtenden Arzt, wird somit im Nachgang erforderlich (GRÜN \Rightarrow WEISS). Die Sichtungskategorie WEISS bleibt somit der ärztlichen Sichtung vorbehalten.



Abb. 33:
Beidseitige »B« Kennzeichnung
Unverletzt / Betroffen

8.2.5 Weitere Sichtungen im Verlauf

Im Einsatzverlauf ist eine kontinuierliche Folgesichtung der Patienten erforderlich. Sollte sich der Gesundheitszustand des jeweiligen Patienten akut verändern, ist dies mit dem entsprechenden Farbstreifen kenntlich zu machen. Erfolgt die Vorsichtung durch nichtärztliche Einsatzkräfte wird der Farbstreifen entsprechend halbiert. Erfolgt die Sichtung durch einen Arzt, bleibt der breite Farbstreifen erhalten.



8.3 VERSORGUNGSSICHERHEIT

Insbesondere in der Anfangsphase einesrettungsdienstlichen Großschadensereignisses (MANV) wird es – nahezu immer – zu einem starken Ungleichgewicht zwischen den benötigten und den zur Verfügung stehenden Einsatzkräften und -mitteln kommen.

Zu diesem Zeitpunkt ist es daher besonders wichtig, dass die sofort einsetzbaren Kräfte gezielt nur an den Positionen eingesetzt werden, an denen sie möglichst vielen Patienten gleichzeitig helfen können. Das bedeutet jedoch auch, dass die normalerweise immer anzustrebende individualmedizinische Patientenversorgung zunächst nicht gewährleistet werden kann. Hier liegt der Fokus also auf der Etablierung einer vorläufigen Einsatzleitung sowie der schnellen Durchführung der lebensrettenden Sofortmaßnahmen und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen (Freimachen und -halten der Atemwege, Thoraxentlastungspunktionen sowie Stillung massiver Blutungen usw.). Hierfür ist ein Mindest-Kräfteansatz für die Patienten erforderlich.

Erst wenn dieser Mindest-Kräfteansatz mit der erforderlichen notfallmedizinischen Ausrüstung an der Einsatzstelle zur Verfügung steht und aktiv in die Patientenversorgung eingebunden wurde besteht die sogenannte Versorgungssicherheit.

Bis zu diesem Zeitpunkt sollten noch keine Patiententransporte durchgeführt werden, da sich ansonsten das Patienten-Einsatzkräfte-Verhältnis bei der Patientenversorgung deutlich verschlechtern würde:

Eine Rettungswagenbesatzung ist in der Lage vor Ort zwei Patienten der SK I (Rot) zu versorgen. Würde diese Besatzung nun davon einen Patienten direkt transportieren, so würde der zweite Patient ggf. unversorgt vor Ort zurückbleiben.

In einigen sehr wenigen Fällen kann es jedoch gerechtferdig sein, auch noch vor dem vollständigen Erreichen der Versorgungssicherheit, mit den ersten Notfalltransporten von Prioritätspatienten zu beginnen. Dies liegt dann jedoch im Ermessen der Einsatzleitung und sollte erst nach der Sichtung aller Patienten durch einen Notarzt veranlasst werden.

Patientenanzahl	Sichtungskategorien	Benötigte Einsatzkräfte
1	ROT [SK I]	1 NotSan / RettAss
3	ROT [SK I]	1 Notarzt
3	GELB [SK II]	1 NotSan / RettAss oder 3 RettSan
5	GRÜN [SK III]	1 NotSan / RettAss / RettSan oder 2 SanHelfer

Abb. 34: Mindest-Kräfteansatz für die Patienten

Kräfteansatz für die R-Stufen

Um die Versorgungssicherheit vor Ort gewährleisten zu können, also die Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmaßnahmen und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen, wurde jedem Alarmierungsstichwort bzw. der jeweiligen R-Stufe ein fester Kräfteansatz zugeordnet.

Trotzdem muss die Einsatzleitung vor Ort immer überprüfen, ob die zur Verfügung stehenden Einsatzkräfte und -mittel ausreichend sind.

Um anschließend die sogenannte Transportsicherheit gewährleisten zu können, muss für jeden Patient das fachgerechte Transportmittel zur Verfügung stehen.

Die Tabelle (Abbildung 36) ist eine Hilfestellung für die Einsatzleitung, zur Überprüfung der Versorgungs- und Transportsicherheit an der Einsatzstelle.

R-STUFEN	ANZAHL DER VERLETZTEN / ERKRANKTEN VOR ORT (nicht der Anwesenden)	PATIENTENVERTEILUNG / ANZAHL 20 % SK ROT // 30 % SK GELB // 50 % SK GRÜN		
		ROT	GELB	GRÜN
R5	3 – 5	1	2	2
R10	6 – 10	2	3	5
R15	11 – 15	3	5	7
R20	16 – 20	4	6	10
R30	21 – 30	6	9	15
R40	31 – 40	8	12	20
R50	41 – 50	10	15	25
R75	51 – 75	15	23	37
R100	76 – 100	20	30	50
R125	101 – 125	25	38	62
R150	126 – 150	30	45	75

Abb.35: R-Stufen und Verteilungsschlüssel der Sichtungskategorien

R-STUFEN	ANZAHL DER VERLETZTEN / ERKRANKTEN VOR ORT (nicht der Anwesenden)	VERSORGUNGS-SICHERHEIT auf 40% / 20% / 40% berechnet	TRANSPORTSICHERHEIT auf 20% / 30% / 50% berechnet			
			ROT	GELB	GRÜN	TP
R5	3 – 5	sichergestellt	ja	ja	ja	ja
R10	6 – 10	sichergestellt	ja	ja	ja	ja
R15	11 – 15	sichergestellt	ja	ja	ja	ja
R20	16 – 20	sichergestellt	ja	ja	ja	ja
R30	21 – 30	sichergestellt	ja	ja	ja	ja
R40	31 – 40	sichergestellt	ja	ja	ja	ja
R50	41 – 50	sichergestellt	ja	ja	ja	ja
R75	51 – 75	sichergestellt	ja	in KTW	ja	ja
R100	76 – 100	sichergestellt	ja	in KTW	nein	ja
R125	101 – 125	sichergestellt	ja	in KTW	nein	ja
R150	126 – 150	sichergestellt	ja	in KTW	nein	ja

Abb.36: Verteilungsschlüssel bei der Versorgungs- und Transportsicherheit

Die Versorgungssicherheit wird auf den ungünstigeren Verteilungsschlüssel 40 % ROT (SK I) // 20 % GELB (SK II) // 40 % GRÜN (SK III) geprüft und zeigt so an, ab wann durch die Einsatzleitung weitere Kräfte nachgefordert werden müssen. Das Kräfteaufgebot ist so ausgelegt, dass für alle vorgeplanten R-Stufen eine Versorgungssicherheit an der Einsatzstelle eingeplant ist.

Bezogen auf die Transportsicherheit zeigt die Tabelle in der Abbildung 36, dass in den Stufen R5 und R50 die Kräfte zum fachgerechten Transport vorhanden sind. Allerdings nur, wenn die Patientenkategorisierung dem Verteilungsschlüssel 20 % // 30 % // 50 % entspricht. Ab der Stufe R75 ist demnach ein Abgleich der vorhandenen Patienten mit den an die Einsatzstelle alarmierten Transportmittel durchzuführen. Nach erfolgtem Abgleich erfolgt die direkte Nachforderung der noch fehlenden Einheiten.

In einigen sehr wenigen Fällen kann es gerechtfertigt sein, von den Anforderungen des Rettungsdienstgesetzes abzuweichen und Patienten dann auch in anderen Einsatzmitteln zu transportieren oder durch abweichend qualifizierte Kräfte begleiten zu lassen. Diese Abweichungen müssen dann, innerhalb der Einsatzleitung Rettungsdienst, für den jeweiligen Einsatz individuell und als bewusste Entscheidung festgelegt und dokumentiert werden. Den dafür notwendigen Rahmen bietet § 9 (6) der Durchführungsverordnung des schleswig-holsteinischen Rettungsdienstgesetzes:

Stehen für die konkrete Bewältigung eines MANV nicht in ausreichender Zahl und Zeit geeignete Rettungsmittel nach § 12 Absatz 1 SHRDG sowie die notwendige personelle Besetzung nach § 15 SHRDG am Einsatzort zur Verfügung, kann insoweit im Einzelfall von den Anforderungen des SHRDG abweichen werden.

Mehrere Patienten der Sichtungskategorie GRÜN (SK III) könnten gleichzeitig in einem Dienstfahrzeug der RKiSH zum Krankenhaus befördert werden (VW Caddy, Mercedes Vito usw.). Dann sollte jedoch auch hier immer eine zusätzliche Einsatzkraft den Transport begleiten. Ebenso kann es gerechtfertigt sein, dass ein Patient der SK GELB (SK II) anstatt in einem Rettungswagen nur in einem Krankentransportwagen befördert wird.

Dies darf erst nach der Sichtung aller Patienten durch den Leitenden Notarzt bzw. einen durch ihn beauftragten Notarzt veranlasst werden.

Bei Einheiten, die zuvor in der Erstversorgung eingesetzt wurden, ist deren Transportfähigkeit durch die jeweilige Einsatzabschnittsleitung zu überprüfen und der Einsatzleitung zu melden.

Am Beispiel der Stufe R30 wird ersichtlich, dass dort, bei einer angenommenen Patientenverteilung von 6 ROT / 9 GELB / 15 GRÜN, die Versorgungssicherheit gegeben wäre. Hier stehen dann also 6 Patienten der Sichtungskategorie ROT dem alarmierten Kräfteaufgebot gegenüber □ siehe Abbildung 35 und 36.

Der Transport von Patienten mit einer Transportpriorität ist hingegen ggf. nicht sichergestellt, so dass gezielt durch die Einsatzleitung Rettungsdienst nachgesteuert werden muss. Hierbei muss bei der Nachalarmierung weiterer Kräfte auf die tatsächliche Verteilung der Sichtungskategorien vor Ort reagiert werden.

R-STUFE	PATIENTEN (Anzahl)	ANZAHL DER ALARMIERTEN RETTUNGSMITTEL BZW. MODULE UND EINHEITEN										
		RTW	KTW	NEF / RTH	ELW	OrgL	LNA	MANV-T	MANV- PA25	Gruppen- ruf-OrgL	DF Kräfte	First- Resp.
R20	16 - 20	12	4	4	1	1	1	2	1	1	1	nein
R30	21 - 30	15	5	5	2	2	2	3	1	1	1	ja
R40	31 - 40	18	7	6	3	3	3	3	1	2	2	ja

Abb. 37: Auszug der Alarm- und Ausrückeordnung bei R20 - R40

8.4 PATIENTENABLAGE

Die Patientenablage bezeichnet eine Stelle an der Grenze des Gefahrenbereiches, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und soweit möglich erstversorgt werden. Dort werden sie dem Rettungsdienst zum Transport zum Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben (DIN 13050:2021-10 Begriffe im Rettungswesen).

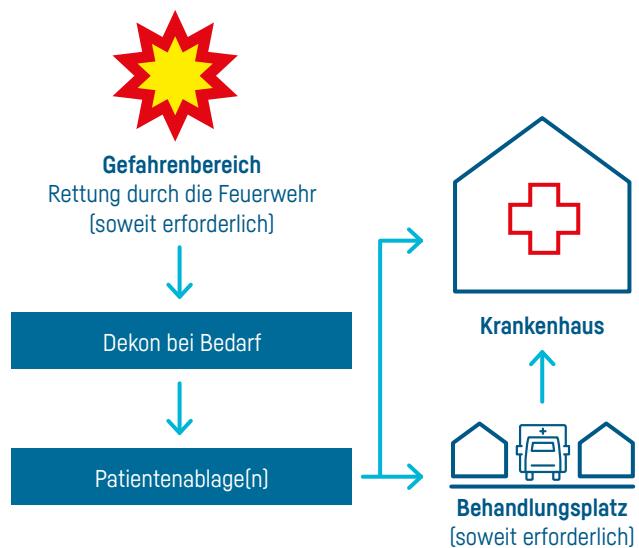


Abb. 38: Schematischer Patientenfluss an einer MANV-Einsatzstelle



Bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis (MANV) werden sich die unverletzten und leichtverletzten aber gehfähigen Patienten direkt zu dem ersteintreffenden Einsatzfahrzeug begeben, da sie von dort weiterführende Hilfe erwarten (Kristallisierungskeim). Die Besatzung des ersteintreffenden Rettungsmittels hat daher die Parkposition ihres Fahrzeuges mit Bedacht und deutlich außerhalb des Gefahrenbereiches zu wählen. Die einsatztaktisch höchstausgebildete Einsatzkräfte dieses Rettungsmittels übernimmt zudem die Führungsfunktion des vorläufigen Einsatzleiters – Rettungsdienst (C-Dienst).

Die Leitung einer Patientenablage sollte aus einsatztaktischen Gründen durch die Besatzung eines Notarzteinheitfahrzeugs wahrgenommen werden.

Die Einsatzabschnittsleitung der Patientenablage kennzeichnet sich sofort nach dem Eintreffen mit der weißen Überwurfweste »Abschnittsleitung – Rettungsdienst«. Der Notarzt behält seine Kennzeichnung durch die reguläre Notarztjacke.

Die Patientenablage muss eindeutig benannt werden (bspw. Patientenablage Wiese). Die Einsatzbereitschaft der Patientenablage sowie regelmäßige Rückmeldungen müssen an die Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. den Einsatzleitwagen der Führungsunterstützung gemeldet werden.

Bei räumlich umfangreichen Einsatzstellen sollten mehrere Patientenablagen eingerichtet werden. Die dort jeweils erforderliche Anzahl der Einsatzkräfte richtet sich nach der Anzahl der (vor-)gesichteten Patienten und dem Schweregrad ihrer Verletzungen bzw. Erkrankungen sowie den begleitenden Umständen. Zu vermeiden ist, dass sich die Unverletzten oder nur Leichtverletzten von der Einsatzstelle entfernen und somit nicht behandelt und registriert werden können.

Die sinnvolle Aufteilung und Benennung der Patientenablagen liegt in der Verantwortung der vorl. Einsatzleitung bzw. im Verlauf bei der Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL / LNA).

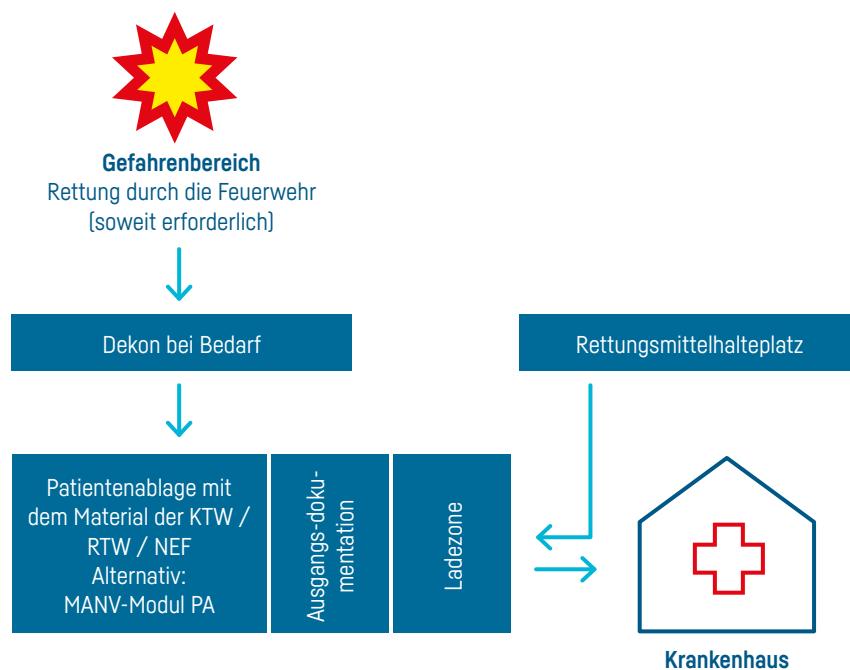


Abb. 39: Schematische Darstellung einer Patientenablage eines MANV der Stufe R20 I [ohne BHP]

Anforderungen an eine Patientenablage

- Lage außerhalb des Gefahrenbereichs
- Eindeutige Benennung (*bspw. Patientenablage Wiese*)
- Witterungsgeschützt (soweit möglich)
- Außerhalb des direkten Sichtbereiches der Einsatzstelle (soweit möglich)
- Ausreichend Fläche für eine hohe Anzahl von Patienten und Einsatzkräften
- Geeignete Kommunikationsmittel
- Örtliche Nähe zum möglichen Aufbauort des Behandlungsplatzes (wenn erforderlich)
- Möglichkeit der Verkehrsflussregelung (getrennte und absperrbare An- / Abfahrtwege)
- Örtliche Nähe zu einer möglichen Ladezone
- Führung durch eine Einsatzabschnittsleitung

Vorteile einer Patientenablage

- Nur ein Eingang und ein Ausgang für einen geordneten Patientenstrom
- Effektive Ressourcenbündelung in der Anfangsphase des MANV
 - Med. Versorgung vieler Patienten mit wenigen Rettungskräften / -mitteln
 - Patientenregistrierung und Dokumentation mit Patientenanhängekarten
 - Räumliche Strukturierung nach den Sichtungskategorien der Patienten
 - Delegation von ärztlichen Maßnahmen an geeignete Einsatzkräfte
- Stabilisierung der Vitalfunktionen und Herstellung sowie Erhalt der Transportfähigkeit
 - Blutstillung, Beatmung, Infusionen, Wärmeerhalt, Betreuung usw.
- Geordneter Transport zum Behandlungsplatz bzw. in die Krankenhäuser

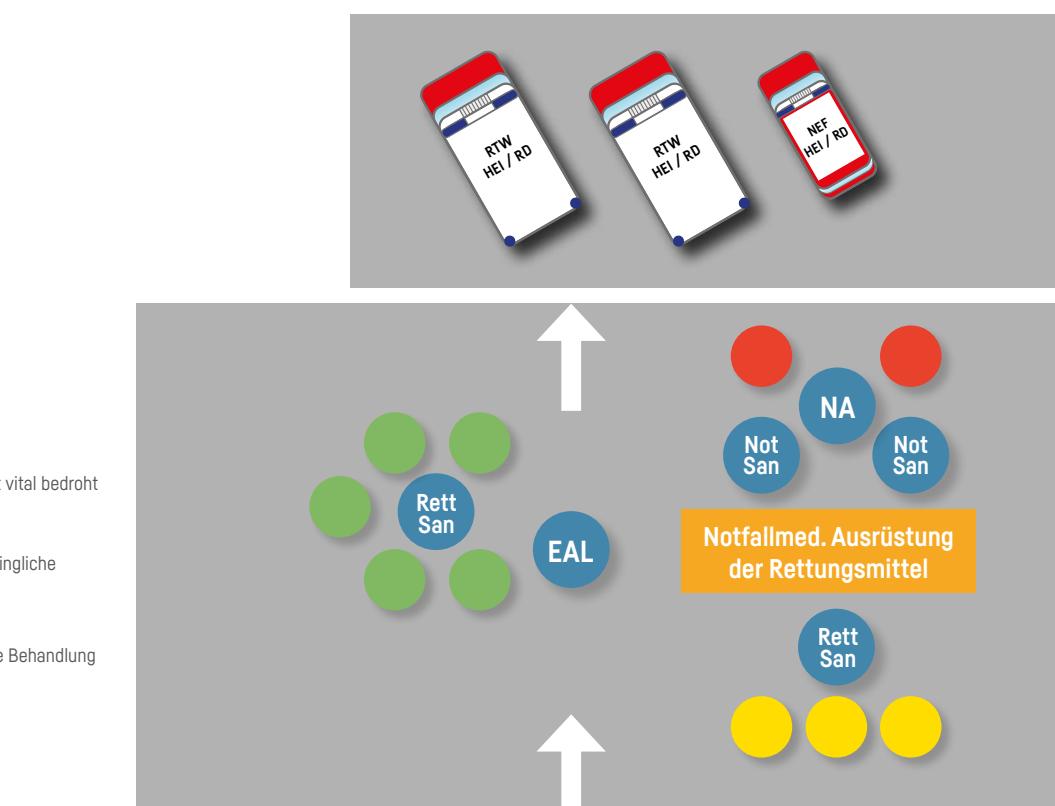


Abb. 40: Parkpositionen an der Patientenablage (oben)
Darstellung einer strukturierten Patientenablage (unten)

In der Regel sind die Behandlungs- und Transportkapazitäten ausreichend oder zumindest in adäquater Zeit und in ausreichender Anzahl an der Einsatzstelle verfügbar. Hierdurch ist der Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes sowie der damit verbundene Personalbedarf und Zeitverzug als nicht immer zielführend für die medizinische Patientenversorgung zu bewerten □ [siehe Kapitel 11.4](#).

Patientenablage ausreichend	Behandlungsplatz notwendig
Überschaubare Einsatzlage	Großflächige Einsatzlage
Ausreichende Transportkapazitäten	Unzureichende Transportkapazitäten
Ausreichende Krankenhauskapazitäten	Unzureichende Krankenhauskapazitäten
Unmittelbarer Abtransport:	<p>Gestaffelter Einsatzablauf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenablage 2. Dokumentation 3. Transport (KTW / RTW / NAW / RTH) 4. Krankenhaus <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenablage 2. Behandlungsplatz 3. Dokumentation 4. Transport (KTW / RTW / NAW / RTH) 5. Krankenhaus

Abb. 41: Gegenüberstellung – Patientenablage vs. Behandlungsplatz

8.4.1 Einsatzabschnittsleitung Patientenablage

Die »Einsatzabschnittsleitung Patientenablage« ist für die unmittelbaren Abläufe in der Patientenablage verantwortlich und wird nach Möglichkeit durch eine NEF-Besatzung gestellt. Der Notarzt wird hierdurch zum »Leitenden Arzt Patientenablage« und koordiniert die notfallmedizinischen Abläufe. Der Notfallsanitäter bzw. Rettungsassistent des NEFs wird entsprechend der »Leiter Patientenablage« und koordiniert die einsatztaktischen Belange. Beide zusammen bilden die Einsatzabschnittsleitung Patientenablage, werden durch die Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL/ LNA) bestätigt und untersteht dieser im weiteren Einsatzverlauf.

Gegenüber den Einsatzkräften in der Patientenablage besteht eine direkte organisatorische Weisungsbefugnis im Rahmen der Leitungsaufgaben. Hierfür steht als Hilfestellung eine Checkliste mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung □ [siehe Kapitel 17.3](#).

Leiter Patientenablage

Aufgaben des Leiters Patientenablage

- Einsatztaktische Abläufe in der Patientenablage leiten und überwachen
- Räumliche Ordnung in der Patientenablage festlegen (nach Sichtungskategorien)
- Herstellen der Versorgungssicherheit
- Dokumentation (ggf. mit Dokumentationsassistent auf dem Vordruck »Patienten- und Kräfteübersicht / Patientenablage«)
- Sicherstellung des Abtransports in die Krankenhäuser oder ggf. auch in den Behandlungsplatz entsprechend der Vorgabe des Leitenden Arztes Patientenablage bzw. des Leitenden Notarztes
- Regelmäßige Rückmeldungen an den OrgL/ELW mit Nennung der jeweiligen Sichtungskategorien und der Art und Anzahl der ggf. erforderlichen Spezialbetten. Außerdem muss dabei der Stand der Versorgungssicherheit bzw. die konkrete Anforderung der dafür noch erforderlichen Rettungsmittel erfolgen (15 min. Abfragerhythmus).
- Kontakt zu den ggf. in diesem Einsatzabschnitt auch noch aktiven Führungskräften der andern BOS suchen und dabei die erforderlichen Absprachen treffen (Feuerwehr, Polizei, Betreuungsdienst usw.).

Strukturierung der Patientenablage

Eine Strukturierung der Patientenablage, nach Sichtungskategorien, ist bereits in der Anfangsphase wünschenswert. Dies wird jedoch aufgrund des Personalmangels nicht sofort realisierbar sein. Die lebensrettenden Sofortmaßnahmen sind vor der Strukturierung durchzuführen und ständig sicherzustellen.

Kennzeichnung

Der Leiter der Patientenablage kennzeichnet sich mit einer weißen Überwurfweste mit dem Aufdruck »Abschnittsleitung Rettungsdienst«.

Kommunikation

Der Abschnittsleiter benötigt mindestens ein tragbares Digitalfunkgerät (HRT). Hiermit stellt er die Verbindung zur übergeordneten Einsatzleitung bzw. dem ELW her (Führungsruflage). Mit einem zweiten Gerät wird bedarfsgerecht die Verbindung zur Transportorganisation gehalten (Übermittlung der Krankenhausbetten). Wird für das effektive Arbeiten in der Patientenablage eine gesonderte Arbeitsruflage benötigt, muss dies mit einem

weiteren Digitalfunkgerät sichergestellt werden. Hier ist dann zwingend eine Assistenz des Abschnittsleiter sicherzustellen. Der Funkrufname der Patientenablage entspricht gemäß dem Funkrufnamenerlass des Landes Schleswig-Holstein bspw.: *Rettung Dithmarschen 10-05-Patientenablage Wiese*. Alternativ kann und sollte der Name jedoch im Einsatzstellenfunk im Klartext genannt werden (bspw. Patientenablage Wiese).

Leitender Arzt Patientenablage

Aufgaben des Leitenden Arztes Patientenablage

- Koordination der notfallmedizinischen Abläufe (Gewährleistung der Sichtung, Versorgungssicherheit usw.)
- Dokumentation (ggf. mit Dokumentationsassistent auf dem Vordruck »Patientendokumentation«)
- Delegation primär ärztlicher Maßnahmen an geeignete Einsatzkräfte
- Festlegung der Transportprioritäten bzw. -reihenfolge
- Festlegung der erforderlichen Klinikfachabteilungen (ggf. Spezialbetten: Neurochirurgie, Verbrennungsbetten, pädiatrische Versorgungsmöglichkeiten usw.)
- Festlegung der erforderlichen Transportmittel

Medizinische Sichtung in der Patientenablage

Die nichtärztliche Vorsichtung bzw. die folgende ärztliche Sichtung der Verletzten/Erkrankten dient der Feststellung von Behandlungs- und Transportprioritäten bzw. des erforderlichen Transportmittels (KTW/RTW/RTH usw.). Bei allen in die Patientenablage eingehenden Patienten ist durch den Leitenden Notarzt oder den Leitenden Arzt »Patientenablage« eine Sichtung durchzuführen. Sollte zu diesem Zeitpunkt noch kein Arzt verfügbar sein, so muss umgehend die Vorsichtung gemäß mSTaRT erfolgen. In beiden Fällen ist dies jeweils mit einer Patientenanhängekarte zu dokumentieren.

Patientenanhängekarte

Die DRK-Anhängekarten für Verletzte/Kranke sind am Schadensort, in der Patientenablage oder spätestens am Behandlungsplatz auszufüllen und ggf. entsprechend zu vervollständigen. Die damit verbundene Registrierung dient nicht nur der medizinischen Dokumentation, sondern auch dem lückenlosen Nachweis des Patientenflusses. Die Einteilung in Sichtungskategorien ist ein dynamischer Prozess, der mehrmals wiederholt und den momentanen Umständen angepasst wird. Ziel ist die bestmögliche Hilfe für alle Patienten mit den aktuell vorhandenen Mitteln.

8.5 ZUTEILUNG DER KRANKENHAUSBETTEN FÜR DIE PATIENTENABLAGE

In begründeten Fällen kann auch ein unmittelbarer Abtransport von Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) aus der Patientenablage in ein Krankenhaus erfolgen. Dies ist z.B. nötig, wenn ein Patient nicht an der Patientenablage oder dem Behandlungsplatz stabilisiert werden kann und nur durch einen schnellen Transport in ein Krankenhaus gerettet werden könnte (Transportpriorität). Eine entsprechende Dokumentation muss jedoch auch dann sichergestellt sein.

Transport zur Ladezone / dem Behandlungsplatz

Den einzelnen Patientenablagen werden taktische Einheiten der Hilfsorganisationen und ersatzweise auch Einheiten der Feuerwehren zugewiesen. Sie unterstützen dort den Rettungsdienst, indem sie die Patienten auf Krankenträger gemäß Weisung der dortigen Einsatzabschnittsleitung zur Ladezone oder ggf. dem Behandlungsplatz bringen.

Die Einrichtung eines Behandlungsplatzes muss in Abwägung der zeitlichen und örtlichen Gegebenheiten erfolgen. Muss der Behandlungsplatz in einer Entfernung aufgebaut werden, bei der das Tragen von Patienten nicht mehr zumutbar ist, erfolgt der Transport mit Krankentransportwagen und/oder anderen geeigneten Fahrzeugen. Eine Abweichung von den Anforderungen des Rettungsdienstgesetzes kann und darf hier nur auf Anweisung der Einsatzleitung Rettungsdienst erfolgen.

Gemäß der jeweiligen Sichtungskategorien werden die zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten von der Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. der Transportorganisation an die Einsatzabschnitte vergeben. Bei der Bettenzuteilung sind zudem insbesondere die dort erforderlichen Spezialbetten zu beachten:

- Neurochirurgie
- Thoraxchirurgie
- Verbrennungsbetten
- Pädiatrische Versorgungsmöglichkeiten
- usw.

In den Einsatzabschnitten erfolgt dann die konkrete Zuweisung der jeweiligen Klinikbetten auf die entsprechenden Patienten sowie die Einteilung der Rettungsmittel und die erforderliche Dokumentation □ [siehe Kapitel 12.3](#).

Die abfahrenden Rettungsmittel melden sich dann jeweils über die reguläre TMO-Digitalfunkrufgruppe bei der zuständigen Leitstelle mit den Angaben:

- Funkrufname des Rettungsmittels
- Nummer der Patientenanhängekarte
- Geschlecht
- Sichtungskategorie
- Transportziel

Diese Informationen werden entsprechend im elektronischen Einsatzbericht der Leitstelle vermerkt. Bspw: TMO-Rufgruppe 2402_RD_RD: »Rettung Rendsburg 90-83-01 hat aufgenommen, RD 472, weiblich, Sichtungskategorie ROT für die Schön Klinik Rendsburg«.



8.6 PATIENTENABLAGE FÜR KONTAMINIerte PATIENTEN

Der Auslöser eines rettungsdienstlichen Großschadensereignisses kann die direkte Einwirkung von chemischen (C), biologischen (B), radioaktiven (R) und nuklearen (N) Stoffen, Substanzen und Agenzien sowie den Auswirkungen von Explosionen (E) auf die dort Anwesenden sein. Es ist aber auch möglich, dass die CBRN/E-Stoffe parallel zu dem eigentlichen Ereignis zur Wirkung kommen, bspw. nach einem größeren Verkehrsunfall mit Gefahrgutbeteiligung. Hierbei ist immer die gesamte Einsatzstelle und das konkrete Ausmaß der Gefahrzstoffwirkung zu bewerten [siehe Kapitel 15](#).

Diese CBRN/E Stoffe können eine direkte Gefahr für die Patienten aber auch für die ggf. zunächst unzureichend geschützten Einsatzkräfte vor Ort sowie die nachgelagerten Versorgungsstrukturen und das dortige Personal darstellen (Patientenablagen, Behandlungsplätze, Kliniken usw.). Zudem müssen die dort tätigen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben dafür sorgen, dass es nicht zu einer Kontaminationsverschleppung oder einer weiteren Ausbreitung kommt und dadurch die Bevölkerung gefährdet wird.

Hierfür sind umfangreiche Abstimmungen und Maßnahmen der Einsatztaktik und dabei insbesondere der Raumordnung notwendig. So muss bspw. – aus der Sicht des Rettungsdienstes – die konkrete CBRN/E Gefahr erkannt und bedarfsweise eine Patientenablage für Kontaminierte eingerichtet werden.

Eine Patientenablage für Kontaminierte muss an der äußeren Grenze zur Übergangszone (gelber Bereich) eingerichtet werden. Es handelt sich um einen geführten Einsatzabschnitt. In diesem Bereich werden Patienten und

Betroffene die im Kontakt zum CBRN/E-Stoff standen, gesammelt, gesichtet und erstversorgt (Lebensrettende Sofortmaßnahmen). Anhand der vergebenen Sichtungskategorie wird die Priorität zur Dekontamination festgelegt. Die hier eingesetzten Einsatzkräfte müssen eine angepasste PSA tragen [siehe Kapitel 15](#).

Hier werden gemeinsam von Feuerwehr und Rettungsdienst folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Erfassung der Betroffenen und Verletzten
- Entkleidung
- Spot-Dekontamination nach Notwendigkeit
- Lebensrettende Maßnahmen, auch während der Dekontamination
- Dekon-(Vor-)Sichtung
- Lebensrettende Sofortmaßnahmen
- Wärmeerhalt
- erweiterte medizinische Maßnahmen bei dringendem Bedarf

Patienten werden zusätzlich mit einem großen »K« auf der Patientenanhängekarte gekennzeichnet [siehe Kapitel 8.2.3 und Abbildung 32](#).

Nach der erfolgreichen Dekontamination wird der Patient erneut (vor-)gesichtet, hierbei ist bedarfsgerecht ggf. eine neue Patientenanhängekarte zu nutzen. In jedem Fall muss ein Farbstreifen ohne »K« Markierung, entsprechend der dann aktuellen Behandlungsdringlichkeit, verwendet werden.



Abb. 43:
Kennzeichnung eines Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) mit einer begleitenden Kontamination im Rahmen der ärztlichen Sichtung

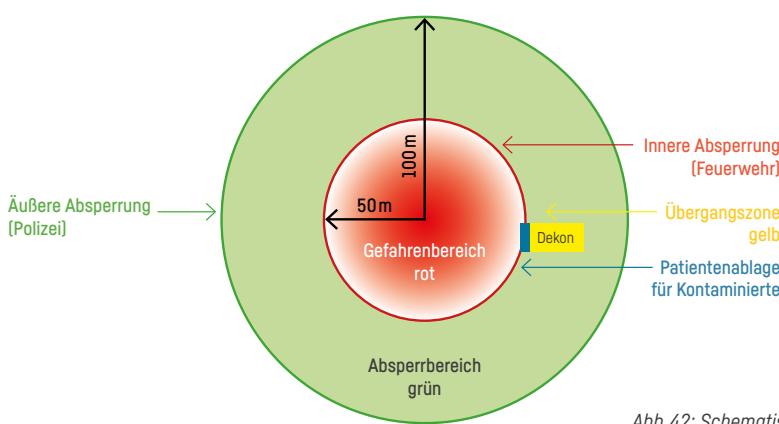


Abb. 42: Schematische Darstellung der Einsatzstellenorganisation im CBRN/E Einsatz

8.7 PATIENTENLADEZONE

Die Ladezone ist eine Stelle, an der eine kontinuierliche und gleichzeitige Beladung mehrerer Rettungsmittel ermöglicht wird. Hierfür sollte sie bevorzugt als separate Zone mit getrennten Zu- und Abfahrtswegen eingerichtet werden.

Dies ist insbesondere bei einer hohen Patientenanzahl oder bei begrenzten räumlichen Situationen sinnvoll, da somit mehrere Patientenablagen / Einsatzabschnitte eine gemeinsame Ladezone nutzen können.

Als zusätzliches Bindeglied kann zwischen dem Rettungsmittelhalteplatz und der Patientenladezone eine Pufferzone eingerichtet werden. In diesem Bereich können die Rettungs- bzw. Transportmittel nahe der eigentlichen Ladezone gesammelt und dann gezielt zu den einzelnen Haltepositionen in die Ladezone abgerufen werden.

Die Entscheidung über die Einrichtung, den Standort und die Ausgestaltung der Patientenladezone mit einer ggf. vorgelagerten Pufferzone liegt bei der Einsatzleitung Rettungsdienst. Der Fokus muss dabei auf einer möglichst kurzen Verweildauer der Rettungsmittel an den jeweiligen Haltepositionen liegen.

Die Patientenladezone untersteht der Transportorganisation, weshalb sich die dort verantwortliche Führungskraft nicht mit einer weißen Überwurfweste eines Einsatzabschnittsleiters kennzeichnet sondern eine weiß-blaue Kennzeichnungsweste mit der Aufschrift »Leiter Ladezone« trägt  siehe Kapitel 5.8.

Fragestellungen beim Einrichten einer Ladezone:

- Welche Straßen/Räume stehen zum Einrichten der Ladezone zur Verfügung?
- Welche Anfahrtsregelung muss gewählt werden?
- Welche Parkorganisation wird in der Ladezone gewählt?
- Ist Beleuchtung/besondere Technik notwendig?
- Wie kommen die Patienten in die Ladezone?
- Ist Trägerunterstützung aus der Patientenablage notwendig und angefordert?
- Sind genügend Fahrzeuge für den Transport vorhanden/angefordert?
- Dürfen Fahrzeuge eigenständig aus dem Rettungsmittelhalteplatz angefordert werden?
- Kommunikationsstruktur zur ELRD/dem ELW-Führungsunterstützung/der Transportorga
- Entscheidung des LNA: Wie ist das Vorgehen bei mehreren Patientenablagen und Patienten mit gleicher Dringlichkeit?
- Wie viele Notärzte stehen zur Transportbegleitung zur Verfügung?
- Transportfolge bei freien KTW im Halteplatz, wenn noch Patienten (SK I) ROT zu transportieren sind?
- Welche Abfahrtsregelung muss gewählt werden?

Zur fachgerechten Einrichtung der Patientenladezone wird auf den Einsatzfahrzeugen der Organisatorischen Leiter je eine blaue Systemmappe und ein Rüstsatz »Ladezone« mitgeführt:

- Kennzeichnungsweste »Leiter Ladezone«
- Kennzeichnungswesten für Unterstützungskräfte
- Leitkegel/Pylone
- Beleuchtungs- und Kennzeichnungsmaterial

Im Folgenden werden mehrere Aufbauvarianten am Beispiel einer einspurigen Straße und einer breiten Landstraße und eines großen Platzes dargestellt.

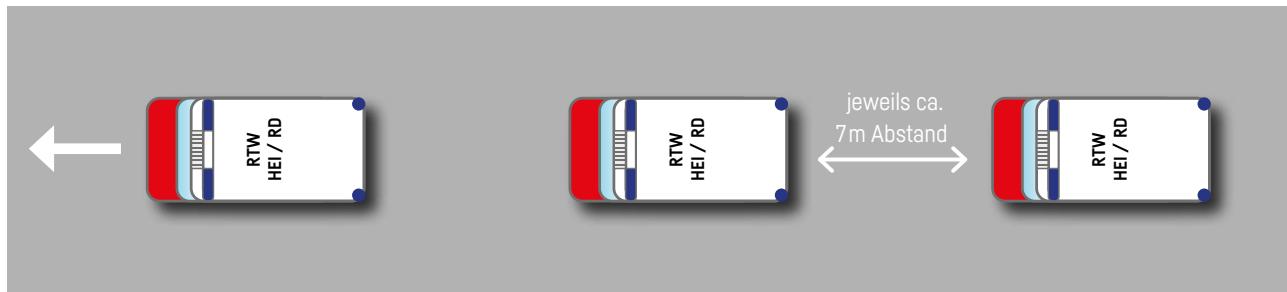


Abb. 44: Ladezone auf einer einspurigen Straße

Muss die Ladezone bspw. auf einer schmalen Zufahrtsstraße eingerichtet werden, so sollten die Fahrzeuge im Abstand von ca. sieben Metern abgestellt werden. Auf diese Weise können auch auf diesem engen Raum mehrere Fahrzeuge parallel beladen werden. Nach der gleichzeitigen Abfahrt der Rettungsmittel können an den dadurch freigewordenen Haltepositionen wieder mehrere neue Rettungsmittel halten und parallel beladen werden. Bei dieser Aufstellweise ist jedoch zu beachten, dass das mittlere Fahrzeug die Ladezone nicht unabhängig vom vorderen Rettungsmittel verlassen kann.

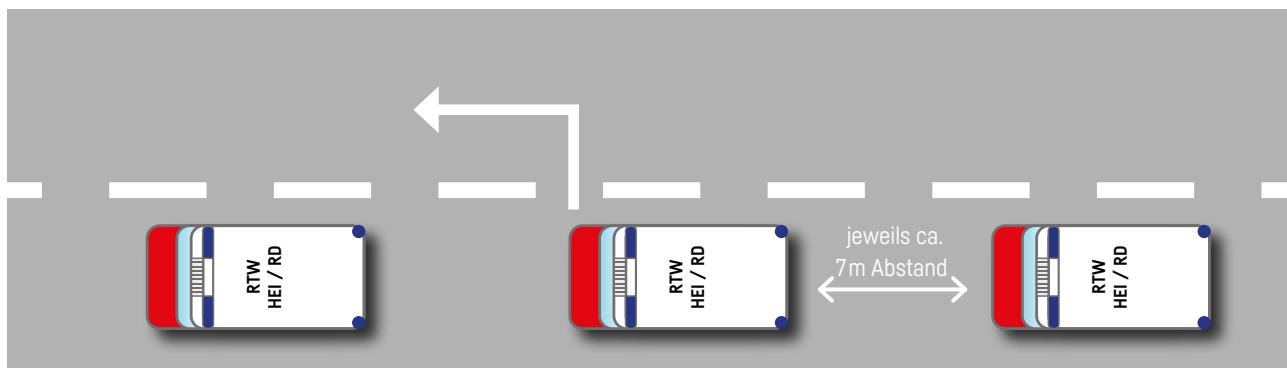


Abb. 45: Ladezone auf einer Landstraße

Bei einer Ladezone auf einer Landstraße können ebenfalls mehrere Rettungsmittel zeitgleich beladen werden. Hierbei können jedoch auch einzelne Rettungsmittel gezielt herausgezogen werden. Nachrückende Fahrzeuge können die freiwerdenden Plätze unmittelbar wieder nachbesetzen und stehen dann ihrerseits direkt zur Beladung bereit. Wichtig ist es den Abstand von sieben Metern einzuhalten. Damit entfallen Rangierbewegungen der Rettungsmittel, ohne unnötig viel Stellplatz in der Ladezone zu verschwenden.

Ladezone mit einer vorgelagerten Pufferzone (ein- oder zweispurig)

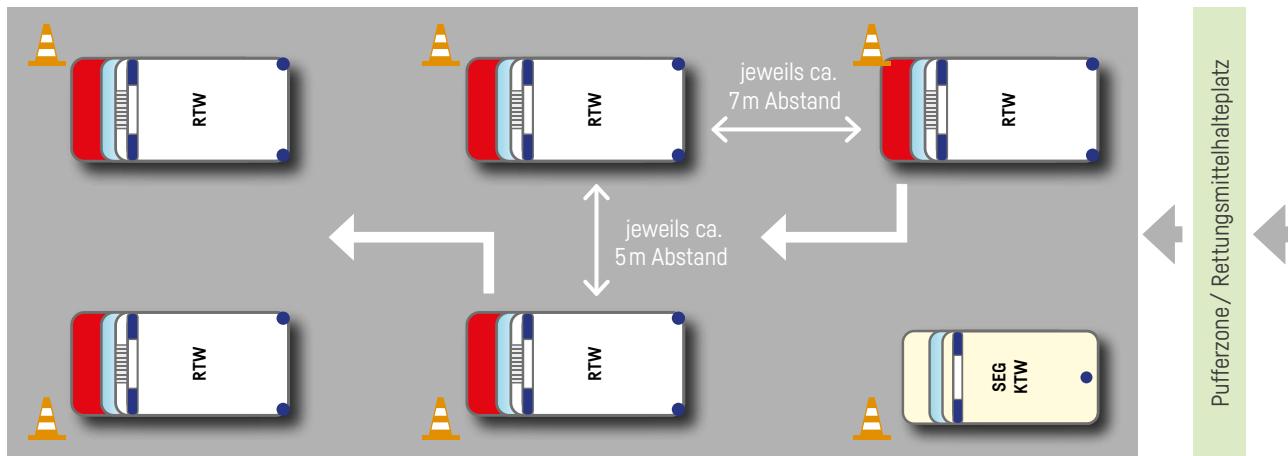


Abb.46: Zweispurige Ladezone (bspw. auf einer Autobahn oder einem großen Parkplatz)

Wenn eine große Fläche zur Verfügung steht, bspw. auf einer Autobahn oder einem Parkplatz, kann auch eine zweispurige Ladezone eingerichtet werden. Hierbei können die Fahrzeuge alle parallel beladen werden und danach unabhängig voneinander abfahren. Die dadurch jeweils freigewordenen Haltepositionen können dann über den mittleren Fahrtweg sofort wieder nachbesetzt werden. Als Option wäre auch eine fachliche Trennung der Spuren denkbar (eine Reihe mit RTW und eine mit KTW).

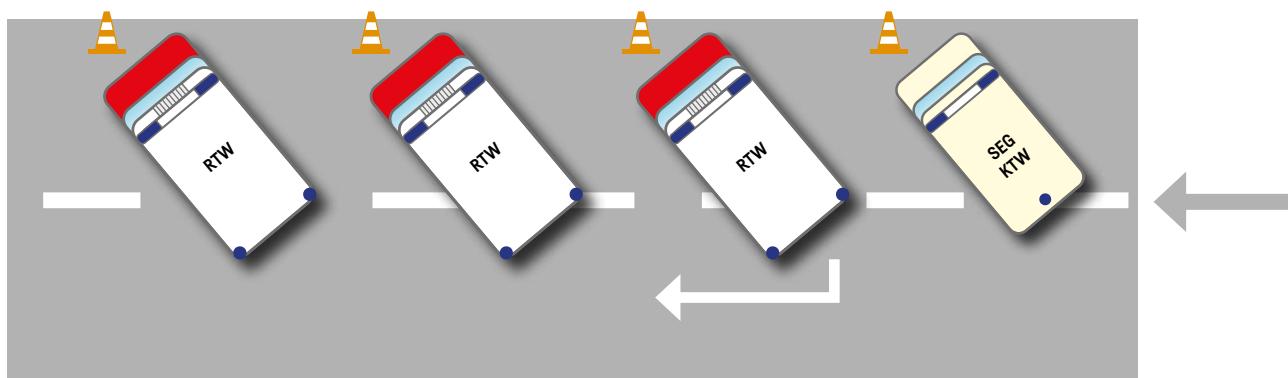


Abb.47: Schrägparkposition in einer Ladezone

Eine weitere Variante ist die sogenannte Schrägparkposition oder das »Fischgrätenmuster«. Hier können jeweils mehrere Rettungsmittel zeitgleich beladen werden. Nachteil dieser Variante ist, dass abrückende Rettungsmittel immer zunächst rückwärts in den Bereich der Ladezone ausparken müssen, und dadurch ggf. andere Einsatzkräfte gefährden könnten. Zudem ist der Platz für vorbeifahrende Fahrzeuge eingeschränkt.

Bettenzuweisung für die Patienten

Die Bettenzuweisung kann in zwei Varianten erfolgen. Die Entscheidung für eine dieser Varianten muss frühzeitig durch den OrgL getroffen und deutlich kommuniziert werden.

1. Variante: Die Bettenzuweisung ist bereits über die Transportorganisation in der Patientenablage erfolgt
→ siehe Kapitel 8.5. Das Zielkrankenhaus wird auf der Patientenanhängekarte vermerkt und zusätzlich den Einsatzkräften mündlich mitgeteilt.

1. Variante



2. Variante: Die Bettenzuweisung erfolgt für alle Patientenablagen zentral in der Ladezone. Hierfür ist jedoch ausreichend Unterstützungspersonal bereitzustellen (Transportorganisation). Da sich ansonsten ein »Flaschenhals« mit einem erheblichen Zeitverzug im Patientenstrom ergeben würde. Aus diesem Grund sollte die 1. Variante bevorzugt werden.

2. Variante



Transport der Patienten zur Ladezone

Für den Transport aus Patientenablagen oder dem Behandlungsplatz zur Patientenladezone gibt es zwei Varianten.

1. Variante: Die Besatzung des Rettungsmittels übernimmt den Patienten direkt in der Patientenablage. Hierfür ist in der Regel ausschließlich die Fahrtrage mitzunehmen. Diese Variante des Transportes der Patienten in die Ladezone sollte favorisiert werden, da hier jeweils direkte Patientenübergabegespräche von den erstversorgenden Einsatzkräften an die dann transportierenden Besatzungen erfolgen können. Auch die korrekte Dokumentation und Betten- bzw. Zielklinikzuteilung wird hier bereits in der Patientenablage durch die dortige Einsatzabschnittsleitung sichergestellt. Dies erfolgt auf dem Vordruck »Patientendokumentation« sowie der Patientenanhängekarte → siehe Kapitel 12.3. und Abbildung 26.

- Patientenname (sofern ermittelt)
- Anhängekartennummer
- Geschlecht
- Kurzdiagnose
- Sichtungskategorie
- Transportfahrzeug
- Zielkrankenhaus

Der Vordruck »Patientendokumentation« verbleibt in der Patientenablage. Die ausgefüllte Patientenanhängekarte bleibt am Patienten und begleitet ihn bis in die Klinik.

Der Nachteil dieser Variante ist der etwas höhere Zeitbedarf. Die Besatzung benötigt die Zeit zur Abholung des Patienten aus den Einsatzabschnitten und muss den genauen Ort bzw. die Lage der jeweiligen Patientenablage kennen.

2. Variante: Die Patienten werden durch zusätzliche Trägerunterstützung zur Ladezone gebracht (bspw. Feuerwehr- oder THW-Einsatzkräfte). Der Nachteil dieser Variante ist der hohe Kräfteansatz zum Transport der Patienten in die Ladezone. Außerdem muss eine Minimalübergabe bzw. Informationsweitergabe des Patientenzustandes gewährleistet sein (medizinischer Zustand und zugewiesenes Zielkrankenhaus). Daher ist es sinnvoll, dass insbesondere bei Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I), die zuvor behandelnden NotSan/RettAss diese Patienten bis zur Ladezone begleiten und dann dort die kurze medizinische Übergabe an die weiterverSORGenden bzw. transportierenden Einsatzkräfte machen.

Die Trägerunterstützung wird von der Transportorganisation aus den jeweiligen Einsatzabschnitten bzw. den dortigen Einsatzabschnittsleitungen zugeordnet.

Die Information über freie Transportfahrzeuge erhält die Einsatzabschnittsleitung von der Transportorganisation. Erst nach der Freigabe darf ein Patient in die Patientenladezone gebracht werden.

Nach der Übergabe der Patienten in der Ladezone an die bereitstehenden Transportfahrzeugbesetzungen begeben sich die Unterstützungskräfte sofort wieder zurück in ihren Einsatzabschnitt und erhalten dort neue Arbeitsaufträge.

Abtransport aus der Ladezone

Medizinische Maßnahmen sollten erst deutlich räumlich abgesetzt von der Ladezone erfolgen, um diesen Bereich für die nachfolgenden Transportmittel sofort wieder frei zu machen. Dies gilt insbesondere für alle Maßnahmen der Überwachung und weiterführende invasive Maßnahmen (EKG-Monitoring, Legen weiterer iv.-Zugänge, maschinelle Beatmung usw.). Für diese Raumordnung und die Einhaltung der dafür erforderlichen Disziplin ist der Führer der Ladezone verantwortlich. Er untersteht der Transportorganisation [siehe Kapitel 4.4.2](#).

Die abfahrenden Rettungsmittel melden sich jeweils über die reguläre TMO-Digitalfunkrufgruppe bei der zuständigen Leitstelle mit den Angaben:

- Funkrufname des Rettungsmittels
- Nummer der Patientenanhängekarte
- Geschlecht

- Sichtungskategorie
- Transportziel

Diese Informationen werden dann entsprechen im elektronischen Einsatzbericht der Leitstelle vermerkt. Bspw: TMO-Digitalfunkrufgruppe 3302_IZ_RD: »Rettung Steinburg 20-83-01 hat aufgenommen, IZ 2351, männlich, Sichtungskategorie ROT für das Klinikum Itzehoe.«

Transportfolge an der Einsatzstelle

Nach dem Abtransport der Prioritätspatienten können ggf. auch KTW für den Transport von Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) freigegeben werden, wenn zu diesem Zeitpunkt keine RTW zur Verfügung stehen (in Absprache mit dem Leitenden Notarzt). Alternativ können KTW, während ein Patient der Sichtungskategorie ROT auf den nächsten freien RTW wartet, auch bereits zum Transport der Patienten mit der Sichtungskategorie GELB (SK II) eingesetzt werden. Es sollte jedoch zuvor geprüft werden, ob ein nachrückender KTW bzw. dessen Besatzung höherwertige Rettungsmittel aus der Patientenversorgung herauslösen kann, um so neue RTW-Transportkapazitäten zu schaffen.

Personal- und Materialbedarf:

- Leiter Ladezone – Kennzeichnung mit weiß-blauer Überwurfweste mit der Aufschrift »Leiter Ladezone« sowie ein HRT-Digitalfunkgerät
- Unterstützungskräfte für die Ladezone (zur Einweisung der Rettungsmittel in ihre Ladeposition)
- ggf. Transportorganisation (wenn die Bettenzuweisung in der Ladezone erfolgen soll)
- Leitkegel und weitere Kennzeichnungsmittel

Als Hilfestellung steht für den Leiter der Ladezone eine Checkliste mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung [siehe Kapitel 17.5](#). Zudem sollte der »Rüstsatz Ladezone« aus dem OrgL-Kommandowagen zum Betrieb der Ladezone genutzt werden.

8.8 EINSATZABSCHNITT FÜR UNVERLETZTE / BETROFFENE

Insbesondere bei rettungsdienstlichen Großschadensereignissen mit einer Vielzahl verletzter oder erkrankter Personen wird auch immer eine nicht unbeträchtliche Anzahl Unverletzter bzw. lediglich Betroffener an der Einsatzstelle zu erwarten sein.

Insbesondere in den frühen Phasen des Einsatzes, in denen noch ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den erforderlichen und den tatsächlich zur Verfügung stehenden Einsatzkräften herrscht, ist daher die gezielte nichtärztliche Vorsichtung sehr entscheidend. Hierbei werden alle anwesenden Personen entsprechend ihrer Behandlungsdringlichkeiten eingeteilt und parallel ggf. erstversorgt und dann im Verlauf gezielt weiterbehandelt.

Im weiteren Einsatzverlauf kann bei der ärztlichen Sichtung auch noch zwischen den Leichtverletzten bzw. der Sichtungskategorie GRÜN (SK III) und den Unverletzten/lediglich Betroffenen unterschieden werden (Sichtungskategorie WEISS). Hierdurch können die medizinischen Ressourcen gezielt auf die Patienten der Sichtungskategorien ROT, GELB und GRÜN konzentriert werden. Hierfür werden dann – bei Bedarf –

die rettungsdienstlichen Einsatzabschnitte der Patientenablagen und der Behandlungsplätze um den Einsatzabschnitt »Unverletzt/Betroffene« ergänzt.

Dieser Einsatzabschnitt wird jedoch erst nach Herstellung der Versorgungssicherheit an der Einsatzstelle etabliert werden können. Nach Möglichkeit sollte dieser Abschnitt dann durch Betreuungseinheiten der Hilfsorganisationen fachgerecht geführt werden.

8.8.1 Anforderungen an einen Einsatzabschnitt für unverletzte / betroffene Personen

- Lage außerhalb des Gefahrenbereiches
- Außerhalb des direkten Sichtbereiches der Einsatzstelle (soweit möglich)
- Örtliche Nähe zu den Patientenablagen und/oder zum Behandlungsplatz
- Nach Möglichkeit durch entsprechende SEG-Komponenten geführt und fachgerecht betreut
- Bei Bedarf durch Kriseninterventionsteams ergänzt

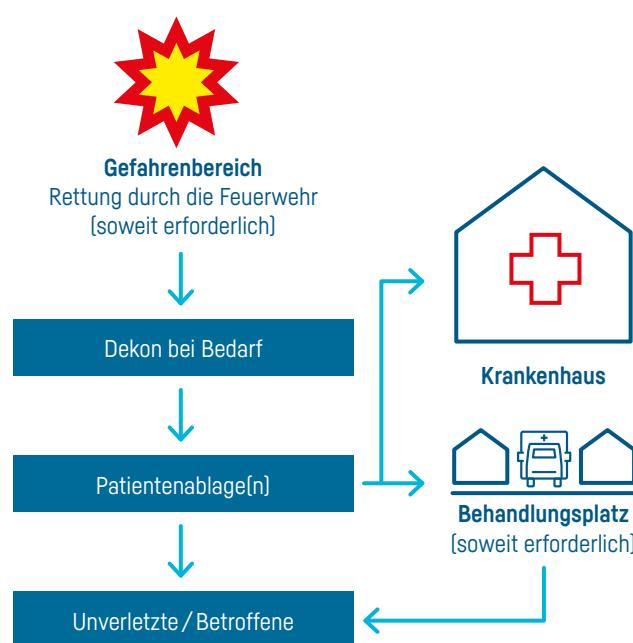


Abb. 48: Schematischer Patientenfluss über die Patientenablage(n) mit einem Einsatzabschnitt »Unverletzt / Betroffene«

8.9 TOTENABLAGE

Im Rahmen einesrettungsdienstlichenGroßschadensereignisses mit einer Vielzahl verletzter oder erkrankter Personen ist gegebenenfalls auch mit einer größeren Anzahl Verstorbener an der Einsatzstelle zu rechnen. DierettungsdienstlichenEinsatzabschnitte der Patientenablagen und des Behandlungsplatzes werden daher bei Bedarf durch den Einsatzabschnitt »Totenablage« ergänzt. Diese wird in der Anfangsphase alsrettungsdienstlicherAbschnitt geführt und im weiteren Einsatzverlauf an die Polizei übergeben.

Gemäß § 3 Abs. 3 Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen des Landes Schleswig-Holstein kann sich der im Rettungsdienst tätige Arzt auf eine vorläufige Todesbescheinigung beschränken, wenn er die Leichenschau durch einen anderen Arzt unverzüglich veranlasst. Insbesondere im Rahmen von größeren Notfallereignissen wird diese Delegationsmöglichkeit auf einen späteren Zeitpunkt unumgänglich sein, da die lebensrettende Versorgung der Verletzten und Erkrankten an der Einsatzstelle klar im Vordergrund steht.

Für die fachgerechte Leichenschau wurde zwischen der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein und dem Institut der Rechtsmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eine entsprechende Vereinbarung getroffen. Seitdem kann in allen Versorgungsbereichen der RKiSH ständig ein Einsatzteam der Rechtsmedizin direkt vor Ort unterstützen.

8.9.1 Alarmierung der Rechtsmedizin

Die Alarmierung der Rechtsmedizin erfolgt auf Veranlassung durch die Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL/LNA). Sie ist an keine Alarmierungsschwelle bzw. R-Stufe gebunden. Sie erfolgt per Telefon und wird direkt durch die Einsatzleitung Rettungsdienst oder den Einsatzleitwagen der Führungsunterstützung durchgeführt. Durch diese persönliche Alarmierung können Fragen zur Anfahrt und aktuellen Lage vor Ort direkt abgestimmt werden.

Notwendig werden kann ein solches Einsatzteam bei Einsatzstellen ab vier Patienten der Sichtungskategorie ROT und/oder GELB sowie mindestens zwei Verstorbenen.

8.9.2 Anforderungen an eine Totenablage

- Lage außerhalb des Gefahrenbereiches
- Außerhalb des direkten Sichtbereiches der Einsatzstelle (soweit möglich)
- Örtliche Nähe zur Patientenablage und/oder zum Behandlungsplatz
- Nach Möglichkeit in abgeschlossenen Gebäuden, Zelten oder Fahrzeugen (SEG/Feuerwehr)

8.9.3 Einsatzablauf

Die Einrichtung einer Totenablage veranlasst die Einsatzleitung Rettungsdienst ggf. nach Rücksprache mit den anderen anwesenden Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben an der Einsatzstelle.

Die Totenablage soll den Anforderungen aus dem Abschnitt 8.9.2 entsprechen und wird provisorisch ggf. durch Kräfte des Rettungsdienstes – wenn möglich Führungskräfte der SEG-Hilfsorganisation – gesichert. Ein Sichtschutz durch Zelte oder SEG Fahrzeuge ist sobald wie möglich herzustellen. Diese Sicherungsaufgabe ist nach Möglichkeit an die Polizei zu übergeben, die sanitäts- undrettungsdienstlichenKräfte stehen dann wieder der Patientenversorgung zur Verfügung.

Eine Kennzeichnung der Verstorbenen erfolgt zunächst mit Patientenanhängekarten. Sobald es die Patientensituation bzw. die Versorgungslage zulassen, kann eine vorläufige Todesbescheinigung durch den Leitenden Notarzt oder einen durch ihn beauftragten (Not-)Arzt vorgenommen werden.

Der Leiter des Einsatzabschnittes Totenablage kennzeichnet sich durch eine weiße Weste »Abschnittsleitung Rettungsdienst«. Primär ist die Rechtsmedizin nur für die Sichtungskategorie SCHWARZ zuständig und übernimmt die Totenablage nach ihrer Ankunft an der Einsatzstelle von der ELRD.

8.9.4 Rechtsmedizin an der Einsatzstelle

Die Rechtsmedizin übernimmt die Leitung der Einsatzabschnitte Totenablage und fungiert dort als Abschnittsleitung. Sie hat die fachliche Verantwortung für die Leichenschau. Bei Bedarf können Helfer und Material über die ELRD angefordert werden. Sie erteilt die Transportfreigabe für die Bestattungsunternehmer nach Rücksprache mit der Polizei. Ein Datensatz der verstorbenen Patienten wird der Einsatzleitung Rettungsdienst zur Vervollständigung der Dokumentation übergeben.

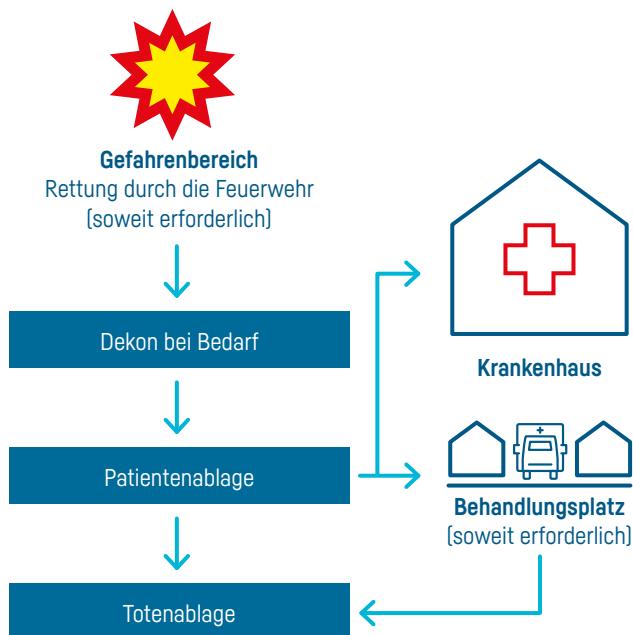


Abb.49: Schematischer Patientenfluss über die Patientenablage(n) mit der Einbindung einer Totenablage

09

EINSATZABSCHNITT BEREITSTELLUNGSRÄUME

- 9.1 Bereitstellungsraum
- 9.2 Rettungsmittelhalteplatz
- 9.3 Einsatzabschnittsleitung Bereitstellungsraum
- 9.4 Einsatzabschnittsleitung Rettungsmittelhalteplatz



9. EINSATZABSCHNITT BEREITSTELLUNGSRÄUME

Der Bereitstellungsraum ist eine Stelle, an der Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden (*DIN 13050:2021-10 Begriffe im Rettungswesen*).

9.1 BEREITSTELLUNGSRÄUM

Bei Einsatzlagen, die ein Heranführen von zahlreichen ortsfremden Einsatzkräften erfordern, ist es sinnvoll mindestens eine leicht auffindbare Kräftesammelstelle bzw. einen Bereitstellungsraum einzurichten.

Diese Stellen müssen nicht in direkter Nähe zum eigentlichen Rettungsmittelhalteplatz liegen [siehe Kapitel 9.2](#), sondern können bereits im Vorfeld in MANV-Sonderplänen bestimmt werden.

Ein, der eigentlichen Einsatzstelle, räumlich deutlich vorgelagerter Bereitstellungsraum erfordert eine erweiterte Kommunikationsstruktur. Eine DMO-Digitalfunkverbindung zur Einsatzleitung Rettungsdienst wird – in der Regel – nicht mehr ausreichend sein [siehe Kapitel 4.6](#).

Anforderungen an einen Bereitstellungsraum

- Leichte Erreichbarkeit und Auffindbarkeit (direkt über Bundesautobahnen oder Bundesstraßen)
- Sicher befahrbarer Untergrund bei allen Wetterlagen (Straße/fester Schotter usw.)
- Ausreichend Fläche für die unterschiedlichen Fahrzeugtypen der Organisationen (Rettungsdienst, Hilfsorganisationen, Feuerwehren usw.)
- Möglichkeit der Verkehrsflussregelung (getrennte und absperrbare An-/Abfahrtwege)
- Möglichst mit bestehender Infrastruktur (Beleuchtung, WC, Lebensmittel usw.)
- Sichere Kommunikationsmöglichkeiten zur Leitstelle, der Einsatzleitung Rettungsdienst sowie den anfahrenden Rettungsmitteln (TMO-Digitalfunkrufgruppe/ sowie ergänzender Mobiltelefonkommunikation)

Von hier aus werden die überörtlichen Einsatzkräfte, mit Hilfe von ortskundigen Lotsen, in den jeweils zugewiesenen Rettungsmittelhalteplatz geführt.

Der organisatorische und einsattaktische Fokus des Bereitstellungsraumes liegt auf der einfachen Erreichbarkeit für die Vielzahl der anfahrenden Einsatzfahrzeuge.

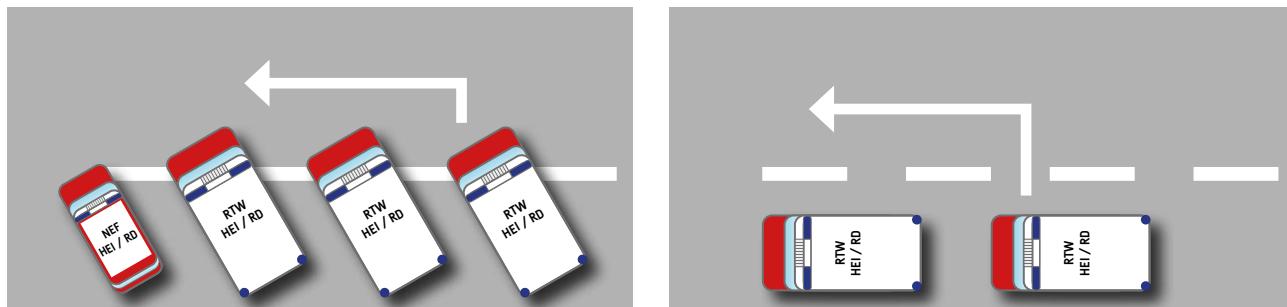


Abb.50: Platzbedarf der Parkpositionen im direkten Vergleich [Bereitstellungsraum]

9.2 RETTUNGSMITTELHALTEPLATZ

Der Rettungsmittelhalteplatz wird durch den Organisatorischen Leiter, ggf. auch bereits durch den vorläufigen Einsatzleiter, in der Nähe des eigentlichen Schadensgebietes bestimmt, ein Einsatzabschnittsleiter »Rettungsmittelhalteplatz« benannt und anschließend der zuständigen Leitstelle mitgeteilt. Die Einsatzabschnittsleitung »Rettungsmittelhalteplatz« stattet sich mit Führungsmitteln und Digitalfunkgerät aus. Sobald möglich kennzeichnet sich die Abschnittsleitung mit einer weißen Überwurfweste »Abschnittsleitung Rettungsdienst«.

Die nachrückenden Einsatzkräfte, die durch die Leitstelle in den Rettungsmittelhalteplatz beordert werden, melden sich grundsätzlich kurz vor dem Eintreffen über die Digitalfunk DMO-Digitalfunkrufgruppe 605_R* <A5> bei der zuständigen Einsatzabschnittsleitung. Dafür ist ausschließlich das tragbare Digitalfunkgerät (HRT) zu nutzen und dann ständig mit sich zu führen.

Die eintreffenden Einsatzfahrzeuge werden dann so nach ihren Funktionen (KTW / RTW / NEF / SEG-Fahrzeuge usw.) geordnet, dass sie jederzeit einsatz- bzw. abfahrbereit sind. Die Besatzungen bleiben daher grundsätzlich bei ihren Fahrzeugen bis ihnen der konkrete Einsatzauftrag mitgeteilt wird (Einsatzort, Ansprechpartner und Auftrag). Nur so können die im weiteren Einsatzverlauf steigenden Versorgungs- und Transportkapazitäten koordiniert und ein ungeordneter Einstrom in die Einsatzstelle vermieden werden.

Anforderungen an Rettungsmittelhalteplatz

- Lage außerhalb des Gefahrenbereichs
- (Möglichst) außerhalb des direkten Sichtbereiches der Einsatzstelle
- Sicher befahrbarer Untergrund (Straße/fester Schotter usw.) Ausreichende Fläche für eine große Anzahl von unterschiedlichen Fahrzeugen Verkehrsflussregelung (getrennte und absperrbare An-/Abfahrtwege)
- Möglichst Schrägparkposition im Einbahnstraßen- bzw. Kreissystem

Der organisatorische und einsattaktische Fokus des Rettungsmittelhalteplatzes liegt auf der schnellen Verfügbarkeit der Einsatzfahrzeuge (möglichst geordnet nach Rettungsmitteltypen). Zudem liegt der Rettungsmittelhalteplatz räumlich deutlich dichter an der eigentlichen Einsatzstelle als ein Bereitstellungsraum. Dadurch können die hier eingetroffenen Besatzungen die Patienten direkt zu Fuß erreichen und die Einsatzfahrzeuge bedarfsgerecht als »Materialsender« für die Patientenversorgung in den Patientenablagen nutzen. Diese kurzen Wege ermöglichen zudem – bei Bedarf – eine zügige Aufnahme der Patienten in die Rettungs- bzw. Transportmittel. Dadurch kann bei kleineren Einsatzlagen der Rettungsmittelhalteplatz mit einer Ladezone direkt kombiniert werden [siehe Kapitel 8.7](#).

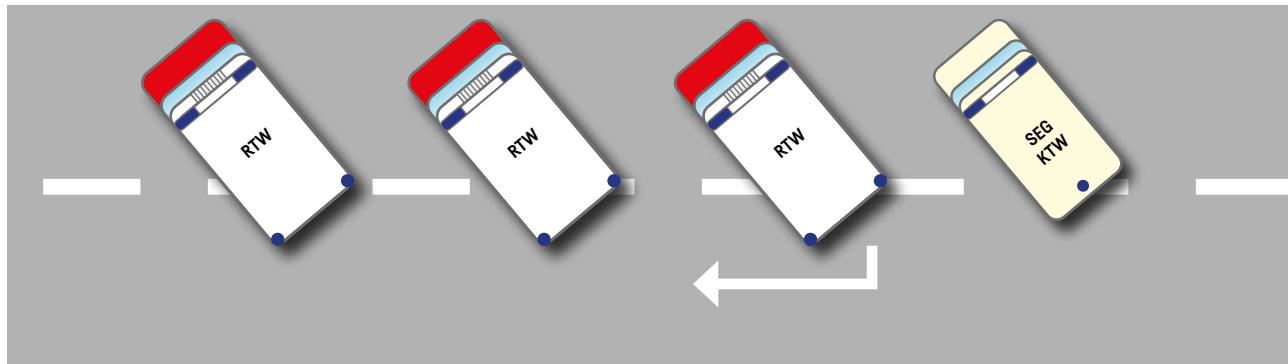


Abb. 51: Schrägparkposition in einem Rettungsmittelhalteplatz

9.3 EINSATZABSCHNITTSLEITUNG BEREITSTELLUNGSRAUM

Die Einsatzabschnittsleitung »Bereitstellungsraum« ist für die organisatorischen Abläufe in dem Bereitstellungsraum verantwortlich und wird unmittelbar durch den vorläufigen Einsatzleiter (C-Dienst) oder den bereits eingetroffenen Organisatorischen Leiter (OrgL) eingesetzt, dem sie auch direkt untersteht. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erhält sie von diesen Leitungskräften eine gezielte Einweisung, insbesondere ist dabei die aktuelle Situation an der Einsatzstelle sowie die räumliche Lage und Benennung der Einsatzabschnitte und das Digitalfunkrufgruppenkonzept mitzuteilen. Hierbei müssen die erschwerten Rahmenbedingungen eines räumlich deutlich abgesetzten Bereitstellungsraums beachtet werden. Die Entfernung erschwert eine direkte Kommunikation, sodass in der Regel hierbei auf eine TMO-/Mobiltelefonkommunikation zurückgegriffen werden muss.

Die zugeteilten Rettungsmittel melden sich nach Einrichtung eines Bereitstellungsraumes direkt bei der jeweiligen Abschnittsleitung an. Die notwendige Lageeinweisung der ankommenden Rettungsmittelbesatzungen soll über die Abschnittsleitung erfolgen. So soll die Kommunikation, gerade in der Anfangsphase, zum OrgL/ELW und zur Leitstelle auf ein Mindestmaß reduziert werden.

Aufgaben der Einsatzabschnittsleitung

»Bereitstellungsraum«:

- Abläufe im Einsatzabschnitt leiten und überwachen (Versorgung/Logistik usw.)
- Verkehrsflussregelung (Festlegen der An- und Abfahrtswege)
- Räumliche Ordnung der Rettungs- und Transportmittel
- Einweisung der nachrückenden Kräfte in die Einsatzlage
- Angeforderte Rettungsmittel zu den jeweiligen Einsatzabschnitten entsenden und gezielte Informationsweitergabe an die entsprechenden Rettungsmittel (bspw. Digitalfunkrufgruppe, Anfahrt usw.)
- Regelmäßige Rückmeldungen an die Führungsunterstützung/den Organisatorischen Leiter (alle 15 Minuten)

Gegenüber den in den Einsatzabschnitt einfahrenden Einsatzkräften besteht eine direkte organisatorische Weisungsbefugnis im Rahmen der Leitungsaufgaben im Bereitstellungsraum.

Kennzeichnung und Hilfsmittel der Einsatzabschnittsleitung

»Bereitstellungsraum«:

- Persönliche Schutzausrüstung und weiße Überwurfweste Aufschrift: »Abschnittsleitung – Rettungsdienst«
- Geeignete Führungs-, Kommunikations- und Hilfsmittel (BOS-Digitalfunkgerät und der Vordruck »Rettungsmittelübersicht« bis hin zu einem ELW).

Als Hilfestellung steht für den Einsatzabschnittsleiter Bereitstellungsraum eine Checkliste mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung [siehe Kapitel 17.4](#).

Beirettungsdienstlichen Großschadensereignissen mit unter 30 verletzten/erkrankten Personen an der Einsatzstelle wird in der Regel die Einrichtung eines abgesetzten Bereitstellungsraumes nicht immer zwingend notwendig sein. Die anfahrenden Rettungsmittel können noch effektiv über einen Rettungsmittelhalteplatz koordiniert werden. Spätesten ab der Alarmierungsstufe R40 werden jedoch weiteren Führungskräfte mit einem zusätzlichen ELW aus einem der Nachbarversorgungsbereiche alarmiert, die dann bedarfsgerecht die Einsatzabschnittsleitung – Bereitstellungsraum übernehmen können [siehe Kapitel 6.3](#).



9.4 EINSATZABSCHNITTSLEITUNG RETTUNGSMITTELHALTEPLATZ

Die Einsatzabschnittsleitung »Rettungsmittelhalteplatz« ist für die organisatorischen Abläufe in dem Rettungsmittelhalteplatz verantwortlich und wird unmittelbar durch den vorläufigen Einsatzleiter (C-Dienst) oder den bereits eingetroffenen Organisatorischen Leiter (OrgL) eingesetzt, dem sie auch direkt untersteht. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erhält sie von diesen Leitungskräften eine gezielte Einweisung, insbesondere ist dabei die aktuelle Situation an der Einsatzstelle sowie die räumliche Lage und Benennung der Einsatzabschnitte sowie das Digitalfunkrufgruppenkonzept mitzuteilen. Ist ein räumlich abgesetzter Bereitstellungsraum erforderlich, so wird hierfür ein entsprechender Einsatzabschnitt zusätzlich eingerichtet und von einer separaten Einsatzabschnittsleitung geführt [siehe Kapitel 5.6](#).

Die zugeteilten Rettungsmittel melden sich nach Einrichtung eines Rettungsmittelhalteplatzes direkt bei der jeweiligen Abschnittsleitung an. Die notwendige Lageeinweisung der ankommenden Rettungsmittelbesatzungen soll über die Abschnittsleitung erfolgen. So soll die Kommunikation, gerade in der Anfangsphase, zum OrgL/ELW und zur Leitstelle auf ein Mindestmaß reduziert werden.

Aufgaben der Einsatzabschnittsleitung

»Rettungsmittelhalteplatz«:

- Abläufe im Einsatzabschnitt leiten und überwachen (Versorgung / Logistik usw.)
- Verkehrsflussregelung (Festlegen der An- und Abfahrtswege)
- Räumliche Ordnung der Rettungs- und Transportmittel
- Einweisung der nachrückenden Kräfte in die Einsatzlage
- Angeforderte Rettungsmittel zu den jeweiligen Einsatzabschnitten / Ladezone entsenden und gezielte Informationsweitergabe an die entsprechenden Rettungsmittel (bspw. Digitalfunkrufgruppe, Anfahrt usw.)
- Regelmäßige Rückmeldungen an die Führungsunterstützung / den Organisatorischen Leiter (alle 15 Minuten)

Gegenüber den in den Einsatzabschnitt einfahrenden Einsatzkräften besteht eine direkte organisatorische Weisungsbefugnis im Rahmen der Leitungsaufgaben im Rettungsmittelhalteplatz.

Kennzeichnung und Hilfsmittel der Einsatzabschnittsleitung »Rettungsmittelhalteplatz«:

- Persönliche Schutzausrüstung und weiße Überwurfweste Aufschrift: »Abschnittsleitung – Rettungsdienst«
- Geeignete Führungs-, Kommunikations- und Hilfsmittel (BOS-Digitalfunkgerät und der Vordruck »Rettungsmittelübersicht« bis hin zu einem ELW).

Als Hilfestellung steht für den Einsatzabschnittsleiter Rettungsmittelhalteplatz eine Checkliste mit den konkreten Aufgabenbeschreibungen zur Verfügung [siehe Kapitel 17.4](#).

BeirettungsdienstlichenGroßschadensereignissenmitunter30verletzten/erkranktenPersonenanderEinsatzstelle wird in der Regel die Einrichtung eines einsatzstellennahmen Rettungsmittelhalteplatzes ausreichend sein. Die Rettungsmittel können hierdurch zeitoptimiert in den Einsatz gebracht werden [siehe Kapitel 9.2](#). Die räumliche Nähe ermöglicht eine DMO-Digitalfunkkommunikation und erleichtert direkte Absprachen zwischen der Einsatzleitung Rettungsdienst und der Einsatzabschnittsleitung Rettungsmittelhalteplatz. Es muss jedoch unbedingt verhindert werden, dass die notwendigen Aufstell- und Bewegungsflächen der Feuerwehr sowie die gemeinsamen An- und Abfahrtswege durch einen übergrößen Rettungsmittelhalteplatz verstellt werden.

Für die Einsatzleitung Rettungsdienst besteht die Möglichkeit einen zusätzlichen ELW mit weiteren Führungskräften, aus einem der Nachbarversorgungsbereiche, bedarfsgerecht als Einsatzabschnittsleitung Rettungsmittelhalteplatz einzusetzen [siehe Kapitel 6.3](#). Anfänglich wird sich diese jedoch immer zunächst mit einer geeigneten Einsatzkraft der eingetroffenen Rettungsmittel realisieren müssen [siehe Kapitel 5.6](#).

10

EINSATZABSCHNITT HUBSCHRAUBERLANDESTELLE

- 10.1 Einsatzabschnittsleitung Hubschrauberlandestelle
- 10.2 Leitender Pilot Hubschrauberlandestelle



RTH

10. EINSATZABSCHNITT HUBSCHRAUBERLANDESTELLE

Rettungsdienstliche Großschadensereignisse mit einer Vielzahl an schwerverletzten Patienten erfordern ggf. den gleichzeitigen Einsatz von mehreren Rettungshubschraubern. Durch den schnellen und schonenden Transport von Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) in die Kliniken der Maximalversorgung, die nicht in dem betroffenen Versorgungsbereich liegen, wird die Überlastung der lokalen Krankenhäuser gemindert.

Ein Starten und Landen in der unmittelbaren Nähe der eigentlichen Schadenstelle sollte hierbei jedoch aus Sicherheitsgründen nach Möglichkeit vermieden werden. Es empfiehlt sich ein Abstand von mind. 100 m von Einsatzkräften und -fahrzeugen sowie festen Einsatzstrukturen einzuhalten (Patientenablagen, Behandlungsplätze usw.) Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe fordert die Einrichtung von ausgewiesenen Hubschrauberlandestellen, für die in Zusammenarbeit mit der Bundespolizei ein einheitlicher Anforderungskatalog erstellt wurde.

Anforderungen an Hubschrauberlandestellen

- Geeignete Freifläche für die Landung von bis zu vier Rettungshubschraubern (50m x 50m)
- Hindernisfreier An- bzw. Abflugsektor von jeweils mindestens 250m
- An- und Abfahrt von mehreren Rettungsfahrzeugen muss gleichzeitig möglich sein
- Geeignete Kommunikationsmittel und -wege (Flug- und BOS-Digitalfunk)
- Ausleuchtung und Absperrung sowie ständige Absicherung durch mindestens ein Löschfahrzeug
- Die interne Organisation der Hubschrauberlandestelle wird durch den Piloten des ersteintreffenden Rettungshubschraubers sichergestellt.

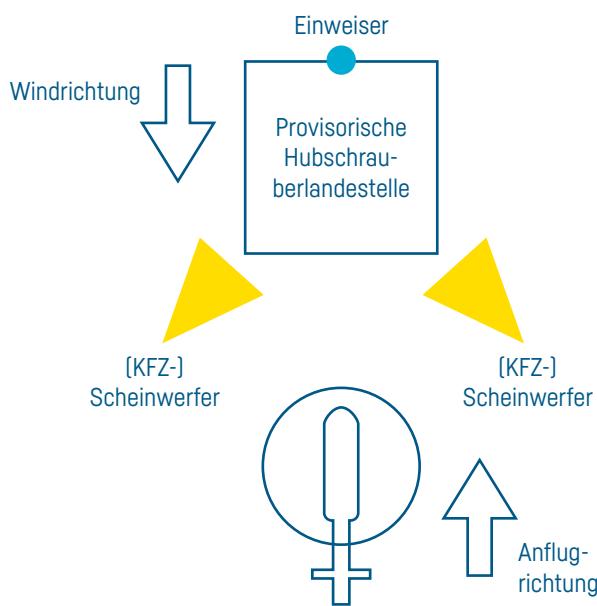


Abb. 52 Ausleuchtung der Hubschrauberlandestelle bei Nacht

10.1 EINSATZABSCHNITTSLEITUNG HUBSCHRAUBERLANDESTELLE

Für möglichst zeitoptimierte und zugleich sichere Abläufe innerhalb des Einsatzabschnittes muss eine »Einsatzabschnittsleitung Hubschrauberlandestelle« eingesetzt werden. Diese organisiert die Vorgänge – entsprechend der Vorgaben der Einsatzleitung Rettungsdienst (ELRD) – innerhalb des Abschnittes, weist weitere Hubschreiber-einheiten ein und steht als Ansprechpartner für die ERLD sowie die weiteren BOS zur Verfügung. Sie hat sich daher entsprechend zu Kennzeichnen und mit Kommunikationsmittel auszustatten [siehe Kapitel 5.6](#). Die Einsatzabschnittsleitung arbeitet eng mit dem ersteintreffenden Piloten zusammen, welcher dann die Funktion »Leitender Pilot« übernimmt.

Aufgaben der Einsatzabschnittsleitung: »Hubschrauberlandestelle«

- Abläufe in der Landestelle zusammen mit dem »Leitenden Piloten« leiten/überwachen
- Auswahl der RTH nach Zielort, Wetterlage und Restbetriebsstoffmenge
- Räumliche Ordnung der Rettungshubschrauber am Boden
- Kommunikation mit den Luft- und Bodenrettungs-mitteln (Flug- und BOS-Digitalfunk)
- Einweisung der neunachrückenden Kräfte in die Einsatzlage

10.2 LEITENDER PILOT

HUBSCHRAUBERLANDESTELLE

Dem Piloten des ersteingetroffenen Hubschraubers werden bei Großschadensereignissen besondere Aufgaben zugewiesen. So hat dieser die Verantwortung für einen reibungslosen Ablauf im Luftraum der Einsatzstelle und auf der Hubschrauberlandestelle selbst. Er dient der Einsatzleitung Rettungsdienst sowie der Einsatzabschnittsleitung Hubschrauberlandestelle zudem als direkter Fachberater für die technischen Aspekte der Luftrettung. Sollten an der Einsatzstelle gerade Einheiten zur Luftaufklärung mit unbemannten Flugfahrzeugen (Drohnen) eingesetzt werden, so ist der durchgehende Kontakt zum Leitenden Pilot sicherzustellen.

Aufgaben Leitender Pilot »Hubschrauberlandestelle«:

- Abwicklung des Luftverkehrs an der Einsatzstelle sowie auf dem Luftweg dorthin
- Auswahl der RTH nach Zielort, Wetterlage, Tageszeit / Uhrzeit und Resttreibstoffmenge
- Räumliche Ordnung der Rettungshubschrauber am Boden
- Kommunikation mit den Luftrettungsmitteln (Flug- und BOS-Digitalfunk)
- Koordination und Absprache mit Einheiten zur Luftaufklärung mit unbemannten Flugfahrzeugen (Drohnen)

Lediglich bei kleineren Einsatzsituationen kann es Sinn ergeben, die beiden Funktionen »Einsatzabschnittsleitung Hubschrauberlandestelle« und »Leitender Pilot« zusammenzulegen, sodass der ersteintreffende Pilot diese beiden Aufgabenfelder in Personalunion übernimmt. Bei größeren Einsatzstellen bzw. mehreren, parallel eingesetzten Rettungshubschraubern sollten die beiden Positionen jedoch grundsätzlich für sich eigenständig besetzt werden, da die zu bewältigenden Aufgabenfelder sehr umfangreich sind.

11

MANV-MODULE IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER SEG

- 11.1 MANV ELW-Führungsunterstützung
- 11.2 MANV-PA25
- 11.3 MANV-T (PTZ5)
- 11.4 MANV-BHP50



Zur Unterstützung beirettungsdienstlichen Großschadensereignissen mit einem Massenanfall von Verletzten / Erkrankten (MANV) wurden für jeden der fünf Landkreise bzw. RKiSH-Versorgungsbereiche umfangreiche Verträge mit den dort ansässigen Hilfsorganisationen geschlossen:

- DRK Kreisverband Dithmarschen
- DRK Kreisverband Pinneberg
- JUH Ortsverein Rendsburg
- DRK Kreisverband Rendsburg-Eckernförde
- DRK Kreisverband Segeberg
- DRK Kreisverband Steinburg

Dadurch kann der Rettungsdienst schnell durch ehrenamtliche Einheiten ergänzt und im Einsatzfall effektiv mit Personal und Material unterstützt werden. Zur einheitlichen Ausstattung dieser Einheiten wurde und wird

im Rahmen von Überlassungsvereinbarungen medizinische sowie technische Aussattung von der RKiSH zur unentgeltlichen Nutzung unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Zudem bilden regelmäßige Simulationstrainings und Realübungen die Basis für eine effektive Zusammenarbeit im Einsatz.

Für die Einsatzplanungen bildeten das Landes-MANV-Konzept Schleswig-Holstein bzw. die dort definierten MANV-Module die Basis für abgestimmte Alarm- und Ausrückeordnungen. Hierbei wurden 4 Module für Einsatzlagen innerhalb der RKiSH Versorgungsbereiche aber auch für überörtliche Einsätze festgelegt:

- **MANV-ELW**
Führungsunterstützung
- **MANV-T**
Transporteinheit (PTZ5)
- **MANV-PA25**
Patientenablage 25
- **MANV-BHP50**
Behandlungsplatz 50

Die Mindestanzahl der einzelnen Module richtet sich nach den Vorgaben des Landes-MANV-Konzeptes bzw. nach der jeweiligen Größe und regionalen Leistungsfähigkeit des jeweiligen Landkreises (Versorgungskategorie). Ebenso wurde die Verfügbarkeit der einzelnen Hilfsorganisationen berücksichtigt:

Landkreis / RKiSH-Versorgungsbereich	Versorgungskategorie	Vorhaltung MANV-ELW	Vorhaltung MANV-T	Vorhaltung MANV-PA25	Vorhaltung MANV-BHP50
Dithmarschen	II	1	2	1	0
Pinneberg	III	1	2	2	1
Rendsburg-Eckernförde	II	1	2	1	0
Segeberg	III	1	2	2	0
Steinburg	I	1	1	1	0

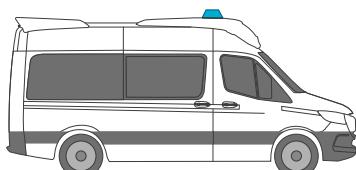
Aufgrund der unterschiedlichen Tagesverfügbarkeit der Kräfte, kann davon ausgegangen werden, dass die Einheiten abends und an Wochenenden eher vollumfänglich zur Verfügung stehen als innerhalb der Woche. Im Falle von Personalmangel werden die Module durch dienstfreie Kräfte des Rettungsdienstes ergänzt.

MANV-MODULE

11.1 MANV-ELW-FÜHRUNGSSUNTERSTÜZUNG

MANV-Modul Einsatzleitwagen umfasst die personelle und materielle Führungsunterstützung im Einsatz beirettungsdienstlichen Großschadenslagen mit einer Vielzahl von Erkrankten / Verletzten. Bei Einsatzlagen innerhalb der RKiSH wird die Einsatzleitung Rettungsdienst von einem Team der Hilfsorganisation, welches mind. aus zwei Einsatzkräften besteht, unterstützt.

Für den überörtlichen MANV (Ü-MANV) werden parallel zum Einsatzleitwagen auch der jeweilige Organisatorische Leiter sowie Leitende Notarzt des entsendenden Versorgungsbereiches alarmiert. Diese Führungskräfte können dann gemeinsam bspw. die Funktion der Transportorganisation im anfordernden Rettungsdienstbereich übernehmen und der dort verantwortlichen Einsatzleitung Rettungsdienst zuarbeiten.



11.2 MANV-PA25

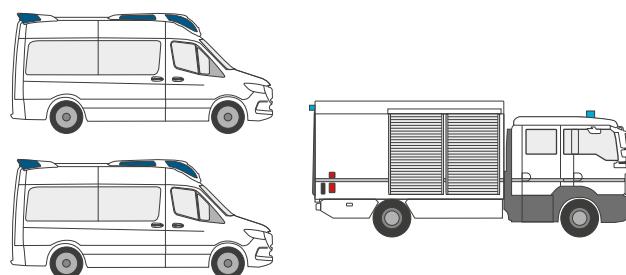
Das MANV-Modul Patientenablage 25 soll bis zu 25 gleichzeitig verletzte oder erkrankte Personen fachgerecht versorgen können. Die vorgesehenen Einheiten stellen sich aus haupt- und ehrenamtlichen Kräften zusammen. Mit den vorgeplanten Kräften ist es möglich eine strukturierte Patientenablage zu betreiben und dort entsprechend die Versorgungssicherheit sicherzustellen.

Patientenanzahl	Verteilungsschlüssel SK		
	20%	30%	50%
bis 25	5	7	13

Aufgrund der hohen Patientenzahl wird die medizinische und organisatorische Führung der Patientenablage mit bis zu 25 Erkrankten / Verletzten für nur eine Führungskraft schwierig, so dass gedanklich an der Einsatzstelle eine örtliche Aufteilung auf zwei kleinere Patientenablagen mit je bis zu 12 Patienten und je einer Führungskraft geplant wurde. Die Leitung des technischen Aufbaus und der technische Betrieb der Zelte wird von einer Führungskraft der Hilfsorganisation übernommen. Die Einsatzkräfte der RKiSH unterstützen hierbei.

Materialbedarf – MANV-PA25

Ein MANV-Modul Patientenablage 25 der SEG Hilfsorganisation setzt sich aus einem Gerätewagen Sanität oder Gerätewagen MANV, zwei Krankentransportwagen (alternativ 1 KTW und 1 MTW), einer Teileinheit aus dem Modul »dienstfreie Kräfte RKiSH« mit einem Mannschaftstransportwagen (MTW).



11.3 MANV-T (PTZ5)

Der geplante Personalansatz wird somit aus haupt- und ehrenamtlichen Kräften realisiert. Die benötigten Führungskräfte werden von den dienstfreien Organisatorischen Leitern des jeweiligen Versorgungsbereiches oder einer Führungskraft der Hilfsorganisation (Ausbildungsstand Gruppenführer – Rettungsdienst) wahrgenommen.

Folgendes Material ist als Mindestausstattung für das Modul MANV-PA25 vorgesehen:

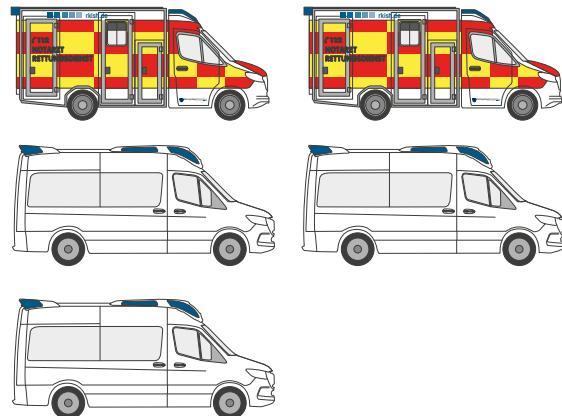
- Mind. 1 (Aufblasbares-) Zelt
- 12 Tragen (Schleifkorbtragen, Schaufeltragen, Spineboards, Tragetücher oder DIN-Tragen)
- Material zur Versorgung von bis zu 25 Patienten:
- Diagnostikmaterial
- Verbrauchsmaterial zur Wundversorgung
- Verbrauchsmaterial zur taktischen Blutstillung
- Material für das Atemwegsmanagement
- Sauerstoff mit entsprechendem Zubehör
- Material zum Wärmeerhalt
- Beatmungsgeräte
- AED ggf. mit EKG-Ableitung oder EKG mit Defibrillationseinheit
- Notfallmedikamente

Das Personal sowie Material wird zusätzlich noch durch die mitalarmierten Notarzteinsatzfahrzeuge und Rettungswagen des Rettungsdienstes ergänzt.

Das MANV-Modul Transport dient dem gleichzeitigen Transport von fünf liegenden und ggfs. fünf sitzenden Patienten in weiterführende Versorgungseinrichtungen. Je nach Größe der einzelnen Landkreise hält jeder eine fest definierte Anzahl an MANV-T Modulen bereit.

Ein Transportmodul setzt sich aus mind. 2 Rettungswagen (RTW) und 3 Krankentransportwagen (KTW) zusammen. Sollten weniger als die geforderte Anzahl an Krankentransportwagen zur Verfügung stehen, so wird das Modul MANV-T durch weitere Rettungswagen aufgefüllt. Die Krankentransportwagen sollen den Mindeststandard vom Notfall-KTW Typ B oder höher aufweisen.

Grundsätzlich sollen Patienten der Sichtungskategorien ROT (SK I) und GELB (SK II) mit einem Rettungswagen in geeignete Kliniken transportiert werden. Abweichend davon können bei höheren MANV-Stufen Patienten der Sichtungskategorie GELB (SK II) auch mit einem Krankentransportwagen transportiert werden.



11.4 MANV-BHP50

Der Behandlungsplatz 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 (*DIN 13050:2021-10 Begriffe im Rettungswesen*).

Der Behandlungsplatz (BHP) ist außerhalb des Gefahrenbereichs, aber so nahe wie möglich an der Einsatzstelle bzw. der Patientenablage einzurichten, damit Verletzte möglichst ohne Transport in Krankentransport- oder Rettungswagen direkt zum Behandlungsplatz verbracht werden können [siehe Kapitel 8.4](#). Am Behandlungsplatz werden die Patienten gemäß ihrer Sichtungskategorien behandelt, die zuvor an der Patientenablage erstversorgt wurden.

Die Entscheidung für oder gegen den Aufbau eines Behandlungsplatzes sollte immer unter der Berücksichtigung der zeitlichen Umstände erfolgen. Es kann daher unter Umständen sinnvoll sein, nur das Personal und Material eines Behandlungsplatzes zu nutzen, ohne die Zelte aufzubauen (strukturierte Patientenablage). Diese Entscheidung liegt bei der Einsatzleitung Rettungsdienst und hierbei insbesondere bei dem Leitenden Notarzt. Dieser muss die aktuelle medizinische Situation an der Einsatzstelle beurteilen und diese mit den individuellen Vor- bzw. Nachteilen eines Behandlungsplatzes abgleichen.

Nach Möglichkeit sollten die Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) direkt in eine geeignete Zielklinik transportiert werden. Bei einer Versorgung im Behandlungsplatz würde es ansonsten zu einer Zeitverzögerung kommen. Erst bei einer größeren Anzahl dieser Patienten wird die Einrichtung eines roten Behandlungsbereiches sinnvoll.



Stand: 08/2023

Der Behandlungsplatz 50 ist ein sanitätsdienstlicher Verband, dessen Aufgabe es ist, am Schadensort eine geeignete Versorgung von 50 Patienten/Stunde vorzunehmen und den Transport in geeignete Behandlungseinrichtungen zu organisieren. Sein Einsatz kann sowohl im Rahmen einer planbaren Bereitstellung als auch bei rettungsdienstlichen Großschadensereignissen spontan erfolgen.

Der BHP 50 kann seine Aufgabe über einen gewissen Zeitraum autark erfüllen. Die Ausstattung mit Betriebsstoffen und Versorgungsgütern stellt einen Einsatz von acht Stunden ohne externe Versorgung sicher. Die Ausstattung mit medizinischen Verbrauchsgütern lässt die Versorgung von insgesamt 100 Patienten ohne externe Versorgung zu.

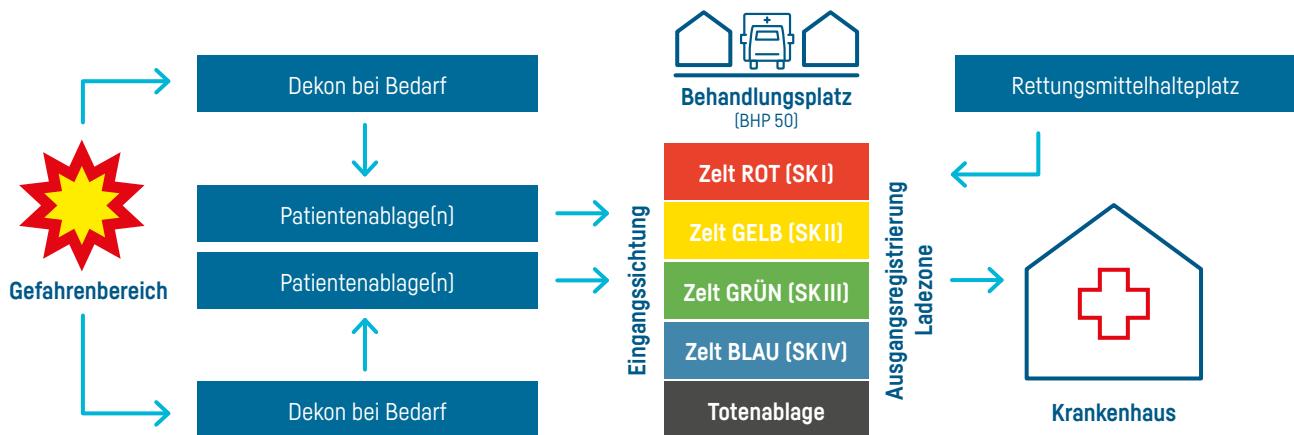


Abb. 53: Patientenfluss über den Behandlungsplatz (BHP 50)



11.4.1 EINSATZABSCHNITTSLEITUNG BEHANDLUNGSPLATZ

Die Einsatzabschnittsleitung Behandlungsplatz ist für die Abläufe in dem Behandlungsplatz verantwortlich und wird unmittelbar durch den Organisatorischen Leiter (OrgL) eingesetzt, dem sie auch direkt untersteht.

Erforderliche Führungskräfte und Einheiten (Grundausstattung)

- 1 Leiter Behandlungsplatz (möglichst eine Führungskraft der BHP stellenden Hilfsorganisation)
- 1 Leitender Arzt Behandlungsplatz
- 1 Schnelleinsatzgruppe der Hilfsorganisationen
- Technische Unterstützung (THW, Feuerwehr etc.)
- Weitere (Not-)Ärzte, Einsatzkräfte und -mittel

Der Behandlungsplatz kann in Abstimmung mit der Einsatzleitung Rettungsdienst in festen Gebäuden (Schulen, Turnhallen usw.) oder in Zelten der SEG oder Feuerwehr auf geeigneten Freiflächen, bei gutem Wetter auch im Freien, eingerichtet werden.

Im Behandlungsplatz sind die Arbeitsabläufe wie folgt

- Aufnahme
- Registrierung
- Sichtung
- Notfallbehandlung
- Ausgangssichtung
- Ausgangsregistrierung
- Patientenübergabe an das Transportmittel

Die Abgabe von Patienten an die geeigneten Transportmittel erfolgt an der Ausgangssichtung bzw. der Ladezone. Die hierfür vorgesehenen Transportmittel werden vom Rettungsmittelhalteplatz angefordert. Patienten, die mit Rettungshubschraubern transportiert werden müssen, werden vom Behandlungsplatz zur Hubschrauberlandestelle verbracht. Bei der Ausgangsregistrierung erfolgt die Dokumentation mit dem Vordruck »Patientendokumentation«  [siehe Kapitel 12.3](#).

Leiter Behandlungsplatz

Aufgaben des Leiters Behandlungsplatz

- Einsatztaktische Abläufe im Behandlungsplatz leiten und überwachen
- Führen der nichtärztlichen Einsatzkräfte im Behandlungsplatz
- Räumliche Ordnung in dem Behandlungsplatz festlegen (nach Sichtungskategorien)
- Sicherstellung der Dokumentation zusammen mit dem »Leitenden Arzt Behandlungsplatz« auf dem Vordruck »Patientendokumentation«

- Einweisung der nachrückenden Kräfte in die Einsatzlage
- Anforderung von Rettungsmitteln über die Einsatzleitung/ELW-Führungsuntersützung
- Führen der Patientenübergabestelle
- Regelmäßige Rückmeldungen an den Organisatorischen Leiter/ELW mit der Nennung der jeweiligen Sichtungskategorien und der Art und Anzahl der ggf. erforderlichen Spezialbetten. Außerdem muss dabei der Stand der Versorgungssicherheit bzw. die konkrete Anforderung der dafür noch erforderlichen Einsatzmittel erfolgen (15 min. Melderhythmus)

Kennzeichen des Leiters »Behandlungsplatz«

Weisse Überwurfweste »Abschnittsleitung – Rettungsdienst«

Kommen mehrere Behandlungsplätze an einer Einsatzstelle zum Einsatz, trägt der eingeteilte Abschnittsleiter die weiße Überwurfweste. Die jeweiliger Leiter der dann unterstellten Behandlungsplätze kennzeichnet sich mit einer roten Weste mit der Aufschrift z. B. »Behandlungsplatz Dithmarschen« oder »Behandlungsplatz Steinburg«. So sind die jeweiligen Leiter der Behandlungsplätze und die darüber eingeteilte Abschnittsleitung verwechslungsfrei gekennzeichnet.

Leitender Arzt Behandlungsplatz

Aufgaben Leitender Arzt Behandlungsplatz

- Notfallmedizinische Abläufe im Behandlungsplatz leiten und überwachen
- Führen der (not-)ärztlichen Einsatzkräfte im BHP
- Sichtung der in dem Behandlungsplatz eingetroffenen Patienten
- Dokumentation (ggf. mit Dokumentationsassistenten)
- Delegation primär ärztlicher Maßnahmen an geeignete Einsatzkräfte
- Durchführung nicht delegierbarer Maßnahmen, wenn es die Einsatzlage erlaubt
- Festlegung der erforderlichen Klinikfachabteilungen in Absprache mit den Notärzten in den jeweiligen Behandlungsbereichen (ggf. Spezialbetten: Neurochirurgie, Verbrennungsbetten, Pädiatrische Versorgungsmöglichkeiten usw.)
- Festlegung der Transportreihenfolge und der dafür erforderlichen Transportmittel

11.4.2 AUFBAU EINES BEHANDLUNGSPLATZES

Frühphase

In der Frühphase stehen bei einem MANV nur die begrenzten Ressourcen des Regelrettungsdienstes und der Brandschutzeinheiten zur Verfügung.

Die Einrichtung eines Behandlungsplatzes wird daher vermutlich erst durch die Einsatzkräfte aus einem angrenzenden Versorgungsbereich darstellbar sein. Die aus dem betroffenen Versorgungsbereich eintreffenden Kräfte stellen die Erstversorgung und lebensrettenden Maßnahmen an den Notfallpatienten sicher (Versorgungssicherheit).

Der Einheitsführer nimmt Kontakt zur Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. dem ELW-Führungsunterstützung auf und erhält so seinen konkreten Einsatzauftrag (Lage des Aufbauortes, zugewiesene Kräfte, Ansprechpartner usw.). Die Anfahrt des Behandlungsplatzes erfolgt dann möglichst als geschlossener Verband in den zugewiesenen Bereich.

Aufbauphase

Erste Aufgaben sind die Einrichtung der Sichtungsstelle, der Transportorganisation und des Behandlungsbereiches für die Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I).

Anschließend sind die Behandlungsbereiche GELB (SK II), GRÜN (SK III) sowie SCHWARZ (Verstorbene) und ggf. BLAU (SK IV) sowie die Organisation des Trage-transportes einzurichten.

Hauptphase

In der Hauptphase ist der Behandlungsplatz voll einsatzbereit und die Patientenablagen können ggf. aufgelöst werden. Die frei werdenden Fahrzeuge können dann bspw. für den Patiententransport benutzt werden.

Gemäß der jeweiligen Sichtungskategorien werden die zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten von der Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. der Transportorganisation an den Behandlungsplatz vergeben. Bei der Bettenzuteilung sind insbesondere die dort erforderlichen Spezialbetten zu beachten:

- Neurochirurgie
- Thoraxchirurgie
- Verbrennungsbetten
- Pädiatrische Versorgungsmöglichkeiten
- usw.

Am Behandlungsplatz erfolgt dann die konkrete Zuweisung der jeweiligen Klinikbetten auf die entsprechenden Patienten sowie die Einteilung der Rettungsmittel und die erforderliche Dokumentation □ [siehe Kapitel 12.3](#).

Die abfahrenden Rettungsmittel melden sich dann jeweils über die reguläre TMO-Digitalfunkrufgruppe bei der zuständigen Leitstelle mit den Angaben:

- Funkrufname des Rettungsmittels
- Nummer der Patientenanhängekarte
- Geschlecht
- Sichtungskategorie
- Transportziel

Diese Informationen werden dann entsprechen im elektronischen Einsatzbericht der Leitstelle vermerkt. Bspw: TMO-Digitalfunkrufgruppe 3102_SE_RD: »Rettung Segeberg 49-83-01 hat aufgenommen, SE 3567, männlich, Sichtungskategorie GELB für das Klinikum Henstedt-Ulzburg«.

12

DOKUMENTATION

- 12.1 Dokumentation der (Vor-)Sichtung
- 12.2 Dokumentation in der Patientenablage
- 12.3 Patientendokumentation
- 12.4 Krankenhausplätze
- 12.5 Rettungsmittelübersicht
- 12.6 Lagetabelle
- 12.7 Kommunikationsplan
- 12.8 Einsatztagebuch
- 12.9 Taktisches Arbeitsblatt
- 12.10 Evakuierungsübersicht und Evakuierungskarten
- 12.11 Betreuungsübersicht
- 12.12 Informationsblatt für Betroffene
- 12.13 Einsatzdokumentation OrgL / LNA
- 12.14 Verfügbarkeit der Dokumentation



12. DOKUMENTATION

Bereits die vorangegangene Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes vom 22. Oktober 2013 forderte alle Träger des Rettungsdienstes für die Bewältigung von Größeren Notfallereignissen ein landeseinheitliches Registrierungs- und Dokumentationssystem zu entwickeln. Die Landesarbeitsgruppe »Taktik & Einsatz« wurde mit der Erstellung betraut. Diese Arbeitsgruppe war hierbei mit verschiedenen Mitgliedern der Rettungsdienste und Berufsfeuerwehren in Schleswig-Holstein besetzt. Zahlreiche vorhandene Dokumente und Anregungen konnten hierbei zusammengeführt und zielgerichtet verfeinert werden.

Darüber hinaus flossen auch die Anregungen der Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung (BABZ) in Bad Neuenahr-Ahrweiler mit ein.

Die erforderlichen Dokumentationsunterlagen befinden sich jeweils in den roten Einsatzabschnittsleitermappen und den gelben Mappen für die Einsatzleitungskräfte auf allen Fahrzeugen der Einsatzleitung Rettungsdienst sowie den Notarzteinsatzfahrzeugen. Zusätzlich können die Dokumente in elektronischer Form im Intranet der RKiSH abgerufen werden.

12.1 DOKUMENTATION DER [VOR]-SICHTUNG

Rettungsdienst Kooperation in Schleswig-Holstein	Vorsichtung	Einsatzort / Patientenablage	Sichtungsteam / Funkrufname																					
Hinweise zur Vorsichtung und Kennzeichnung mit der DRK-Anhängekarte: Innerhalb der Vorsichtung sind nur halbe Farbfelder zu verwenden (halbiert falten!!) Erst nach der ärztlichen Sichtung werden die Farbstreifen jeweils ganz aufgeklappt. Achtung: Alle Patienten/Betroffenen sind bei der Vorsichtung mindestens „GRÜN“!! Erst nach einer ärztlichen Sichtung ist auch die Sichtungskategorie „WEIß“ möglich.																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vorsichtungskategorie</th> <th>Anzahl (Strichliste)</th> <th>Gesamt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ROT Akute vitale Bedrohung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GELB Dringliche Behandlung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GRÜN Nicht-Dringliche Behandlung</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SCHWARZ Die Todesfeststellung erfolgt erst durch einen Arzt</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="3">!! ACHTUNG: Ergebnisse sofort weitermelden !! Einsatzabschnittsleitung, Einsatzleitung oder Leitstelle</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="3">Notizen</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Anlage 2 zu RKiSH 0746 : 5</p>				Vorsichtungskategorie	Anzahl (Strichliste)	Gesamt	ROT Akute vitale Bedrohung			GELB Dringliche Behandlung			GRÜN Nicht-Dringliche Behandlung			SCHWARZ Die Todesfeststellung erfolgt erst durch einen Arzt			!! ACHTUNG: Ergebnisse sofort weitermelden !! Einsatzabschnittsleitung, Einsatzleitung oder Leitstelle			Notizen		
Vorsichtungskategorie	Anzahl (Strichliste)	Gesamt																						
ROT Akute vitale Bedrohung																								
GELB Dringliche Behandlung																								
GRÜN Nicht-Dringliche Behandlung																								
SCHWARZ Die Todesfeststellung erfolgt erst durch einen Arzt																								
!! ACHTUNG: Ergebnisse sofort weitermelden !! Einsatzabschnittsleitung, Einsatzleitung oder Leitstelle																								
Notizen																								

Muster 1: Vorsichtung

12.2 DOKUMENTATION IN DER PATIENTENABLAGE

Rettungsdienst Kooperation					Patienten- und Kräfteübersicht / Patientenablage																				Seite / M. Blatt-Nr.					
Bezeichnung der Patientenablage					Abschnittsleitung					Meldung jeweils zur vollen Viertelstunde an ELW/OrgL										Std:										
																				⇒										
PATIENTENUBERSICHT																														
ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Transport-priorität									
GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20										
GRÜN	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40										
+	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20										
+	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40										
+	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20										
KRÄFTEÜBERSICHT																														
Einheiten		Kräfte SOLL					Kräfte IST					Bemerkungen / Patienten mit Transportpriorität																		
NEF	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5															
RTW	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10															
RTW	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15	11	12	13	14	15															
KTW	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5															
GW-RD	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5															
MTW	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5															
Sonst.																														
Mindest-Kräfteansatz für die Patienten																														
Anz. Pat.	Kategorie	Benötigtes Personal / Teams																												
1	ROT	1 NotSan / RettAss																												
3	ROT	1 Notarzt																												
3	GELB	1 NotSan / RettAss oder 1 RettSan pro Patient																												
5	GRÜN	1 NotSan / RettAss / RettSan oder 2 SanHelfer																												

Anlage 3 zu RKISH 0746 : 4

Muster 2: Patienten- und Kräfteübersicht/Patientenablage

Die jeweiligen Vorsichtungsunterlagen der einzelnen Vorsichtungsteams werden bei der vorl. Einsatzleitung bzw. der Einsatzabschnittsleitung der Patientenablage abgegeben. Diese führt dann die Einzelergebnisse in dem Vordruck »Patienten- und Kräfteübersicht/Patientenablage« zusammen.

Hier stehen die vier Hauptsichtungskategorien (ROT/GELB/GRÜN/SCHWARZ) als Ankreuzfelder zur Verfügung. Der Kräfte-Soll-Ist-Vergleich erfolgt mit Hilfe des unten links vorgegebenen Mindestkräfteansatzes [siehe Kapitel 8.3.](#)

Patienten mit einer Transportpriorität werden am rechten Rand des Dokumentes mit ihrer jeweiligen Sichtungsnummer eingetragen. Abtransportierte Transportprioritätspatienten werden wieder gestrichen und in ihrer Sichtungskategorie durch Schwärzen bzw. Durchstreichen ausgetragen. Aus der Ablage abtransportierte Patienten werden, wie oben beschrieben, aus ihrer jeweiligen Sichtungskategorie durch Schwärzen oder Durchstreichen ausgetragen.

tungskategorie durch Schwärzen bzw. Durchstreichen ausgetragen. Aus der Ablage abtransportierte Patienten werden, wie oben beschrieben, aus ihrer jeweiligen Sichtungskategorie durch Schwärzen oder Durchstreichen ausgetragen.

Werden Patienten in der Ablage umgesichtet, ist dieser aus seiner Sichtungskategorie durch Schwärzen bzw. Durchstreichen auszutragen und in der neuen Sichtungskategorie durch Ankreuzen einzutragen. Wird der Arbeitsvordruck hierdurch zu unübersichtlich ist ein neuer Vordruck zu nutzen und der aktuelle Stand an Patienten einzutragen. Die Lagemeldung erfolgt alle 15 Minuten an den OrgL/ELW-Führungsunterstützung. Hierbei werden dann die Sichtungskategorien, die Transportprioritätspatienten und der Kräftebedarf angegeben.

12.3 PATIENTENDOKUMENTATION

Rettungsdienst Kooperation in Schleswig-Holstein gGmbH ■■■■■		Patienten-Dokumentation										Datum	Einsatzort / Funktion	S.			
Notizen Rettungsmittel / Klinikrückmeldungen / Reserven / etc.																	
Patienten-Identifikation Nummer / Name / Auffindeort / etc.		Verletzungsmuster Diagnosen		1. Sichtg. 1 2 3 †			Einsatzmittel benötigte/versorgende		2. Sichtg. 1 2 3 †			TP Abfolge	Transport Uhrzeit / RM	Anmeld. durch	Zielklinik	✓	
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
M	W	SHT WS Th Abd Ext Tox ♀		1	2	3	†						①	⋮			
Alter													Fz.		<input type="checkbox"/> WEISS		
Anlage 4 zu RKiSH 0746 : 4																	

Muster 3: Patientendokumentation

Findet ein Transport in eine Klinik oder die Übergabe in eine Betreuungseinrichtung statt, müssen die Patientendaten möglichst vollständig in dem Vordruck »Patientendokumentation« in der Patientenablage erfasst werden (sollte ein Behandlungsplatz eingerichtet worden sein gilt die Dokumentationspflicht vor dem Transport hier ebenfalls).

Hierfür werden jeweils der Patientenname und die Nummer der Patientenanhängekarte, die Hauptdiagnose sowie die entsprechende Sichtungskategorie eingetragen. In das linke Feld »Patientenidentifikation« kann anstelle des Namens auch alternativ nur die Nummer der Patientenanhängekarte eingetragen werden. Dies sollte jedoch nur geschehen, wenn die Personalien nicht zu ermitteln sind.

Weiterhin erfolgt die Zuweisung einer Zielklinik und die Dokumentation des Transportmittels sowie die Vorpflanzung der Reihenfolge der Patientenabtransporte aus dem Einsatzabschnitt.

Die Einsatzdokumentation für den Abschnitt BHP wird auf dem gleichen Vordruck geführt, um die Anzahl der vorzuhaltenden Dokumentationsvorlagen und damit auch den Schulungsaufwand möglichst gering zu halten.

12.4 KRANKENHAUSPLÄTZE

Kreisgebiet Freising Erding Garching Ingolstadt Landshut München Neuburg Rosenheim Straubing Tegernsee Traunstein Wasserburg Weilheim Würzburg			Rettungsdienst Kooperation in Schwang-Horstein Günzach ■■■■■												Krankenhausplätze			Datum	Einsatzort / Funktion	S.		
Notizen (Besondere Versorgungsmöglichkeiten, OP-Kapazitäten, Spezialbetten usw.)																						
Klinik / Aufnahmeort	Verl.muster	Kapazität	Belegung												voll							
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	ROT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GELB	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
	GRÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										

Anlage 5 zu RKiSH 0746 : 4

Muster 4: Krankenhausplätze

Hier werden die Kapazitäten der zur Verfügung stehenden Krankenhausplätze notiert. Spezielle Fachrichtungen oder Besonderheiten werden in dem oberen Freifeld »Notizen« entsprechend vermerkt (z.B. Versorgungsmöglichkeiten für Kinder, isolationspflichtige Patienten, die

Anzahl der jeweiligen Beamtungsplätze usw.). Vergebene Plätze sind durch Abkreuzen auszutragen. Dieser Vordruck wird durch die Einsatzleitung bzw. die Transportorganisation geführt.

12.5 RETTUNGSMITTELÜBERSICHT

OrgL / ELW / EAL BR/Haltepl.	Rettungsmittel-Übersicht				Datum	Einsatzort / Funktion	S.				
Rettungsdienst Kooperation in Schleswig-Holstein gGmbH											
Notizen Lage / Lageänderungen <hr/> <hr/>				Digitalfunkrufgruppen und Funkkanäle der Einsatzstelle <hr/> <hr/>		GEFAHREN !! Hinweise an Besatzungen A Absturz Angstreakt. Atemgift Atomar Ausbreitung B Brand Biologische Stoffe C Chemische Stoffe D Durchbruchgefahr E Einsturz Elektrizität Erkrankg. Ertrinken Explosion					
Funkrufname <hr/> RTW <hr/> <hr/>	Ank. <input type="radio"/> <hr/>	Abruf <input type="radio"/> <hr/>	Auftrag (Ziel o.ä.) <hr/> <hr/>	Funkrufname <hr/> NEF/NAW auch andere NA-Zubring. <hr/> <hr/>	Ank. <input type="radio"/> <hr/>	Abruf <input type="radio"/> <hr/>	Auftrag (Ziel o.ä.) <hr/> <hr/>	Funkrufname <hr/> KTW auch Notfall-KTW <hr/> <hr/>	Ank. <input type="radio"/> <hr/>	Abruf <input type="radio"/> <hr/>	Auftrag (Ziel o.ä.) <hr/> <hr/>
RTH <hr/> <hr/>				Sonder-Fz. auch MTW etc. <hr/> <hr/>							

Nach Abruf: durchstreichen!

Anlage 6 zu RKiSH 0746 : 4

Muster 5: Rettungsmittelübersicht

Der Vordruck »Rettungsmittelübersicht« dient im Rettungsmittelhalteplatz oder einem bedarfswise vorgelagertem Bereitstellungsraum als Hilfestellung für die dort eingesetzten Führungskräfte. Dafür werden auf dem Vordruck die jeweiligen Rettungsmitteltypen entsprechend untereinander dokumentiert. Wird einem Rettungsmittel ein konkreter Auftrag zugewiesen, so wird dies mit der Uhrzeit vermerkt und anschließend die Zeile sauber durchgestrichen.

Die Rettungsmittelübersicht bietet durch die Kategorisierung der Einsatzmittel die Möglichkeit, auch Fahrzeuge mit einem hohen einsatztaktischen Wert – wie z.B. einen GW-San oder einen RKiSH-Dienstwagen mit

mehreren dienstfreien Kräften, in der Kategorie Sonder-Fz. – übersichtlich zu dokumentieren und so schnell und zielgerichtet einsetzen zu können.

Da der Einsatzabschnitt Rettungsmittelhalteplatz bereits in der Frühphase eingerichtet werden sollte, ist dieses Dokument auf allen Rettungsmitteln in den jeweiligen Vorsichtungstaschen vorhanden.

Außerdem findet es sich in den roten Systemmappen »Einsatzabschnittsleitung« der Kommandowagen der ELRD und der Notarzteinsatzfahrzeuge sowie in den gelben Mappen der Führungskräfte.

12.6 LAGETABELLE

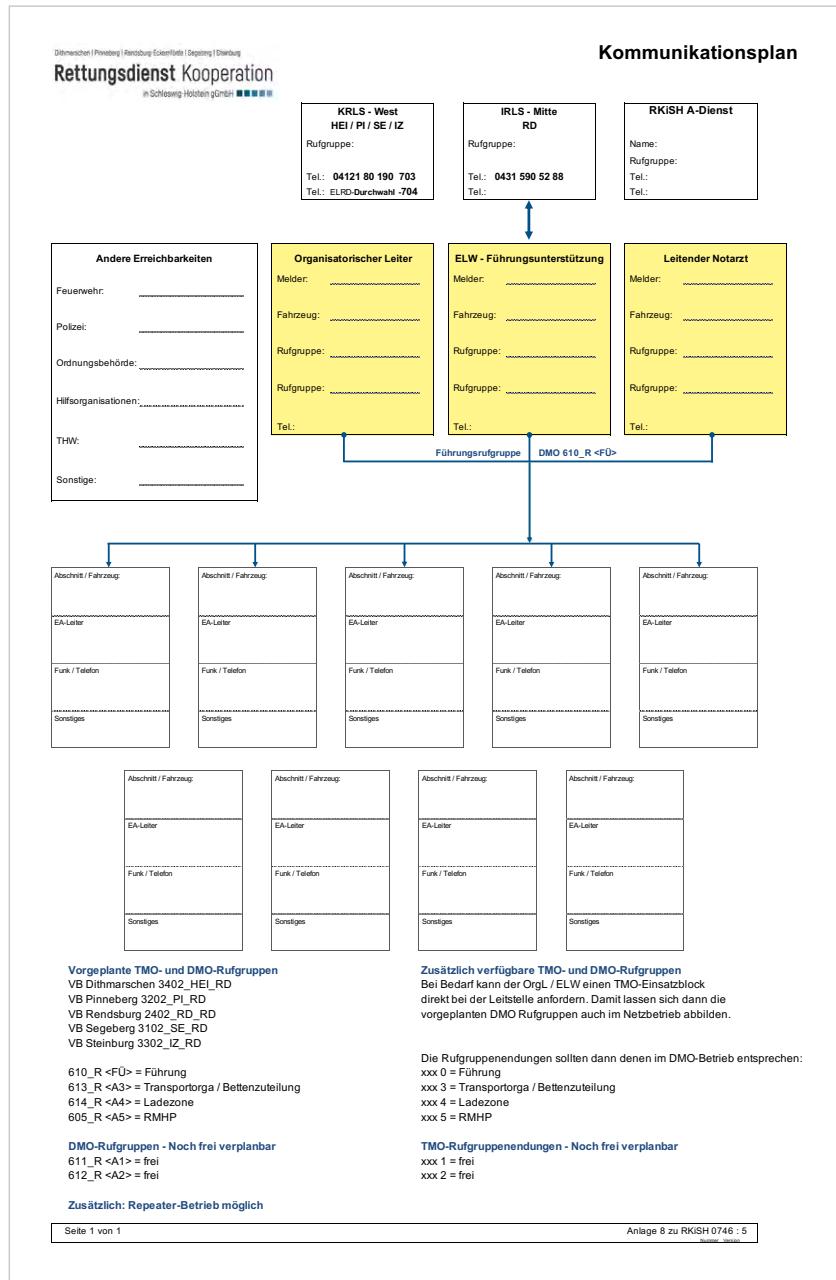
Rettungsdienst Kooperation		Lagetabelle (Patienten / Rettungsmittel)					Lfd. Blatt-Nr.
Uhrzeit	:	Meldung an ELW 2 / LSt				Alle 15 Minuten aktualisieren!	
Anzahl Patienten		Sichtungskategorie				Transport-priorität	
		ROT	GELB	GRÜN	SCHWARZ	<P. WEISS> (Betreuung)	
im Schadengebiet ca.							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
<input type="checkbox"/> Patientenablage (PA)	Bezeichnung						
<input type="checkbox"/> Behandlungsplatz (BHP)							
SUMME							
RETTUNGSMITTEL	RTW	KTW	NEF	RTH	KTW KatS o.ä.	MTW	Sonderfahrz./SEGn etc.
Halteplatz / BR							
Alarmiert / Anfahrt							

Anlage 7 zur RKISI 0746 : 4

Muster 6: Lagetabelle

Die Lagetabelle dient dazu im Einsatzleitwagen – Führungsunterstützung den aktuellen Sachstand aus allen Patientenablagen, Behandlungsplätzen sowie den Rettungsmittelhalteplätzen zu notieren. Dieser ist alle 15 Minuten zu aktualisieren. Hierzu werden die Sichtungskategorien, die Transportprioritätspatienten und Rettungsmittel jeweils zeilenweise eingetragen.

12.7 KOMMUNIKATIONSPLAN



Muster 7: Kommunikationsplan

Der Kommunikationsplan fasst sämtliche Erreichbarkeits- und Zuständigkeitsangaben an einer größeren Einsatzstelle zusammen. Er kann vom OrgL als eigene Übersicht im DIN A4 Format oder im DIN A3 Format bei der Einsatzleitung bzw. dem ELW-Führungsunterstützung geführt werden.

12.9 TAKTISCHES ARBEITSBLATT

						Taktisches Arbeitsblatt	
OrgL	LNA			Einsatzort			
Allgemeines / Wetterdaten	Uhrzeit 	Windrichtung 	Witterung 	Temperatur 	Gefahren 		
Einsatzstelle	Patienten			Anmerkungen			
	ROT	GELB	GRÜN	SCHWARZ			
Kommunikation	ELW Feuerwehr	Polizei / SEK	THW	DLRG	Hundestaffel		
	Telefon / Funk	Telefon / Funk	Telefon / Funk	Telefon / Funk	Telefon / Funk		
Bahn	Schiff	Taucher	Presse	Sonstige			
	Telefon	Telefon / Funk	Telefon	Telefon	Telefon		
Funkgruppen / -kanäle	Sonstiges						
Seite 1 von 1				Anlage 10 zu RKSH 0746:3 Nummer Version			

Muster 9: Taktisches Arbeitsblatt

Zur weiteren Dokumentation steht ein taktisches Arbeitsblatt zur Verfügung. Hier können die Wettersituation, Gefahrenlagen und sonstige Besonderheiten und Ansprechpartner anderer BOS dokumentiert werden. Es dient dem Einsatzleiter insbesondere in der Anfangsphase zur Planung des Einsatzes.

12.10 EVAKUIERUNGSÜBERSICHT UND EVAKUIERUNGSKARTEN

Rettungsdienst Kooperation		Evakuierungsübersicht				
Datum	Evakuierungsart	Abschnittsleiter	Seite			
Notizen / Bemerkungen						
Pat.Nr.	Name	Station	Fahrzeug	Zeit-S7	Ziel	Besond.
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		
			L TS S	:		

Dithmarschen | Pinneberg | Rendsburg-Eckernförde | Segeberg | Steinburg
Rettungsdienst Kooperation
in Schleswig-Holstein gGmbH ■■■■■

Datenkarte für
EVAKUIERUNG

Name	Vorname
Wohnort	Strasse
ggf. Station	
Zusatzinfo	

Anlage 12 zu RKISH 0746 : 1

L – liegend / TS- Tragestuhl / S – sitzend

Anlage 11 zu RKISH 0746 : 1

Muster 10: Evakuierungsübersicht

Dieser Vordruck dient zur Unterstützung bei Evakuierungen aus Sonderobjekten, wie z.B. Alten- und Pflegeheimen oder Krankenhäusern. Als weitere Unterstützung stehen vereinfachte Anhänge- bzw. Evakuierungskarten zur Verfügung. Sie können bspw. an die zuständigen Wohnbereichs- bzw. Stationsleitungen übergeben und durch diese entsprechend ausgefüllt werden. So ist eine schnelle Evakuierung mehrerer Patienten zeitgleich möglich. Durch die Evakuierungskarten wird zudem die gezielte Rückführung insbesondere von dementen oder bewusstlosen Patienten erleichtert.

12.11 BETREUUNGSÜBERSICHT

Rettungsdienst Kooperation in Bergkamen, Münster und Werne		Betreuungsübersicht		
Datum	Betreuungsort	Abschnittsleiter	Seite	
		✓		
Personenidentifikation Name, Vorname, ggf. Nummer	Wohnort Straße und Ort	Eingang in Betreuung	Ausgang aus Betreuung / Verbleib der Person	<input type="checkbox"/> Entlassung <input type="checkbox"/> Weitertransp.
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	
		① = = übern. von:	① : Ziel / Be- sonderes:	

Hinweis: **10 Personen pro Seite**

Anlage 13 zu RKiSH 0746 : 1

Muster II: Betreuungsübersicht

Mit der Betreuungsübersicht ist es möglich unverletzt Betroffene (Sichtungskategorie WEIß) zu erfassen und ihren Verbleib zu dokumentieren. Dies kann z.B. durch Betreuungseinheiten der Hilfsorganisationen erfolgen, die den Einsatzabschnitt »Betreuung« führen bzw. die dortige Betreuung komplett übernehmen sollten.

12.12 INFORMATIONSBLATT FÜR BETROFFENE

<small>Unfallrettung Erste Hilfe Anwendung Rettungsdienst Kooperation Schleswig-Holstein</small> Rettungsdienst Kooperation <small>© Schleswig-Holstein 2011</small>	Merkblatt für Unfallbeteiligte
<p>Information für Betroffene, Angehörige, Verursacher und Augenzeugen von Unfällen und Notfällen</p> <p>Sie sind unverletzt</p> <p>Wenn Sie die Einsatzstelle als Unverletzte/r verlassen haben (oder sich auch nicht behandeln lassen wollen), dann berücksichtigen Sie bitte die folgenden Informationen: Es kann Verletzungen geben, die innerhalb der ersten Stunden oder sogar Tagen nicht in Erscheinung treten und erst später Schmerzen oder körperliche Einschränkungen verursachen. Bitte suchen Sie dann möglichst zeitnah einen Arzt auf. Dies kann Ihr eigener Hausarzt sein oder über den Ärztlichen Notfalldienst (§ 116 117) erfolgen. Bei sehr akuten Krankheitsbildern wenden Sie sich bitte sofort an Ihre Rettungsleitstelle (§ 112) und lassen sich dort weiter beraten bzw. fordern Sie dort Hilfe an.</p> <p>Sie sind psychisch betroffen</p> <p>Ein Ereignis, wie Sie es erlebt haben, wird unterschiedlich verarbeitet. Die einen kommen schneller darüber hinweg, andere reagieren darauf mit psychischen und körperlichen Symptomen. Sie stellen beispielsweise noch Tage nach dem Notfall erhöhten Herzschlag, eine erhöhte Muskelanspannung oder Schweißausbrüche bei sich fest. Ebenso können Ängste, ein Gefühl der Leere oder Erinnerungslücken auftreten, manchmal auch Konzentrations- und Schlafstörungen, oder das Geschehen läuft schlagartig noch einmal wieder vor Ihnen ab. Derartige Reaktionen können auftreten, aber sie müssen es nicht. Sie sollten also nicht „auf sie warten!“ Wenn sie doch eintreten, sollte Sie das nicht beunruhigen:</p> <p>Derartige Reaktionen zeigen sehr viele Menschen nach einem Notfall bzw. solch einem Ereignis.</p> <p>Was sollten Sie jetzt tun?</p> <p>Falls die oben genannten Reaktionen überhaupt auftreten, klingen sie oft nach 3-4 Tagen von selbst wieder ab. Sie können aber einiges tun, um sie zu vermeiden oder sie zu mildern.</p> <p><u>Hier einige Hinweise:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gönnen Sie sich zunächst etwas Ruhe. Hören Sie Musik, die Sie gerne mögen, stellen Sie sich entspannende Bilder vor oder machen Sie sonst irgendetwas, das Sie beruhigt. 2. Sprechen Sie über das Erlebte, wenn Ihnen danach ist. Klären Sie ihre Gesprächspartner darüber auf, dass dies Ihnen hilft, auch wenn Sie sich wiederholen! 3. Überlegen Sie, ob Sie das Erlebte nicht in irgendeiner Form aufschreiben (oder malen) möchten. 4. Geben Sie Ihr Leben nicht aus der Hand! Bemühen Sie sich, es weiter aktiv zu gestalten! Gehen Sie wieder Ihrem Beruf nach, pflegen Sie Ihre Hobbys. 5. Strukturieren Sie Ihren Tagesablauf. Stehen Sie zu einer bestimmten Zeit auf und planen Sie den weiteren Tagesablauf. 6. Betätigen Sie sich körperlich: Gehen Sie spazieren, fahren Sie Rad, schwimmen Sie etc. 7. Eine „gesunde Ernährung“ (Gemüse, Obst, Fisch, Ballaststoffe etc.) ist immer nützlich, besonders in diesem Fall. 8. Sollten andere Personen wie Bekannte oder Medienvertreter Sie auf das Ereignis ansprechen, geben Sie nur Auskunft, so weit Sie dies wollen. Sie können aber auch deutlich sagen, dass Sie darüber nicht sprechen wollen. <p>Sollten die Reaktionen nicht von selbst abklingen oder sollten Sie innerhalb der nächsten Tage ein Gespräch hierzu wünschen, können Sie sich zunächst einfach an Ihre/n Hausärztin/Hausarzt wenden, diese/r hilft Ihnen weiter.</p> <p>An Wochenenden steht Ihnen auch hier der Ärztliche Notdienst (§ 116 117) zur Verfügung.</p> <p>Ihre Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein</p> <p style="text-align: right;">Anlage 14 zu RKSH 0746 : 1</p>	

Muster 12: Informationsblatt für Betroffene

12.13 EINSATZDOKUMENTATION ORGL / LNA

Anlagen Einsatzdokumentation		
Patientendokumentation	Seitenzahl	—
Dokumentation Leitstelle	Seitenzahl	—
Taktisches Arbeitsblatt	Seitenzahl	—
Rettungsmittelübersicht	Seitenzahl	—
Kommunikationsplan	Seitenzahl	—
Patientendokumentation Ablage(n)	Seitenzahl	—
Einsatzgebuch	Seitenzahl	—
Legetabelle Patienten am Einsatzort	Seitenzahl	—
Patienten- / Kräfteübersicht	Seitenzahl	—

Anlage 15 zu RKiSH 0746-5

Muster 13: Einsatzdokumentation OrgL / LNA

Nach einem Einsatz werden sämtliche Aufzeichnungen dem gemeinsamen Abschlussprotokoll der Einsatzleitung Rettungsdienst beigefügt und über die jeweiligen Teamleiter der OrgL-Gruppen an die Abteilungsleitung Einsatztaktik weitergeleitet. Dies sollte maximal fünf Werktagen nach dem Einsatz geschehen. Das Abschlussprotokoll umfasst ein gemeinsames Protokoll von LNA und OrgL. Hierzu steht der Vordruck Einsatzdokumentation OrgL / LNA zur Verfügung. Hier können im Feld Einsatzverlauf / Bemerkungen entsprechende Einträge gemacht werden. Für Skizzen steht die Rückseite zur Verfügung. Anlagen zur Einsatzdokumentation werden mit der Angabe der Seitenzahlen mit zum Protokoll genommen. Die Gesamtzahl der Patienten an der Einsatzstelle wird den Sichtungskategorien zugeordnet. Anschließend wird die Einsatzdokumentation von der ELRD gemeinsam unterschrieben.

12.14 VERFÜGBARKEIT DER DOKUMENTATION

Auf den OrgL- bzw. LNA-Fahrzeugen befinden sich je fünf rote Abschnittsleitertaschen und die entsprechende gelbe Mappe für den OrgL bzw. LNA. Weiterhin werden zwei grüne Mappen für die »Pressebetreuung RKiSH« und »PSNV« mitgeführt. Zur Dokumentation von Eigenunfällen, welche über einen Bagatellschaden hinausgehen, steht gemäß RKiSH-Dokument 0134 in der jeweils gültigen Fassung eine Mappe zur Unfallaufnahme zur Verfügung.

Auf den Notarzteinsatzfahrzeugen der RKiSH steht je eine gelbe Mappe für den vorläufigen Leitenden Notarzt und eine für den vorläufigen Einsatzleiter (C-Dienst) zur Verfügung. Eine rote Mappe wird für die Einrichtung eines Einsatzabschnittes mitgeführt.

13

PSYCHOSOZIALE NOTFALLVERSORGUNG

- 13.1 Notfallseelsorge [PSNV-B]
- 13.2 Einsatznachsorge [PSNV-E]



13. PSYCHOSOZIALE NOTFALLVERSORGUNG

Grundsätzlich wird in der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) eine Unterscheidung zwischen Unterstützungsangeboten für Betroffene (PSNV-B) und für Einsatzkräfte (PSNV-E) vorgenommen. Die Organisation und Ausbildung der jeweiligen Teams sind auf die entsprechenden Aufgaben ausgerichtet und der Einsatz erfolgt ausschließlich für die jeweilige Zielgruppe. In den Versorgungsbereichen der RKiSH wird PNV-B durch die Notfallseelsorge abgedeckt. Die Einsatznachsorge bei der RKiSH wird durch ein eigenes PNV-E Team gewährleistet. Das Team arbeitet nach Konzept der Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE).

13.1 NOTFALLSEELSORGE [PSNV-B]

Oft benötigen Opfer, Angehörige und Zeugen nach Unglücken, Gewalttaten oder häuslichen Notfällen (plötzlicher Kindstod, erfolglose Wiederbelebung, MANV-Lagen) psychosoziale Unterstützung. Notfallseelsorger können in derartigen Fällen durch das Einsatzpersonal über die jeweils zuständige Leistelle angefordert werden. Neben der individuellen Betreuung von Betroffenen ist auch der Einsatz in einem Einsatzabschnitt Betreuung für Unverletzte/ Betroffene im Sinne einer Anlaufstelle im Umfeld des Ereignisses möglich.

13.2 EINSATZNACHSORGE [PSNV-E]

Einsatzkräfte aus Rettungsdienst, Feuerwehr und Polizei sind gewohnt mit ihren alltäglichen Belastungen umzugehen. Dennoch werden sie manchmal mit Ereignissen konfrontiert, die ihren normalen Bewältigungsmechanismus überfordern.

Solche Ereignisse sind z. B.

- Einsätze mit starkem Medieninteresse
- Komplikationen im Einsatz
- Schwere Verletzungen oder Tod von Kindern
- Schwere Verletzungen oder Tod von Kollegen
- Einsätze mit vielen Toten und Verletzten
- Ein persönlicher Bezug zu Patient oder Einsatzsituation
- Individuell als besonders belastend erlebte Ereignisse

Die PNV-E der RKiSH arbeitet nach dem SbE Konzept. Die *SbE-Bundesvereinigung für Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen e. V.* ist ein Zusammenschluss von Fachleuten und Initiativen, die sich die ereignisorientierte Nachsorge für Einsatzkräfte zur Aufgabe gemacht hat.

Einsatz des PNV-E-Teams

Neben den präventiven Maßnahmen liegt der Schwerpunkt der PNV-E-Arbeit in der Einsatznachsorge. Die einsatzbegleitenden Maßnahmen finden generell nicht an der Einsatzstelle, sondern ggf. an Rettungs- oder Feuerwachen oder in Sammelbereichen statt, in die Einsatzkräfte unmittelbar nach dem Einsatz zurückkehren. Hintergrund ist die priorisierte Einsatzdurchführung, die eine PNV-E-Arbeit in der eigentlichen Einsatzstelle in den meisten Fällen nicht sinnvoll erscheinen lässt. In MANV-Lagen wird eine PNV-E-Kraft als Einsatzbegleiter und fachlicher Ansprechpartner für die Einsatzleitung Rettungsdienst bereitgestellt. Die Kennzeichnung dieser Fachkraft erfolgt dann mit einer lilafarbenen Überwurfweste □ [siehe Kapitel 5.9](#).

Was macht das PNV-E-Team?

- Präventive Aus- und Fortbildung
- Einsatzbegleitende Angebote
- Einsatznachsorge in Form von:
 - Einzelgespräche
 - Defusing (PSNV-E-Kurzbewerfung)
 - Debriefing (PSNV-E -Nachbesprechung)
 - Nachfolgeangebote

Wie sind die PSNV-E-Teams zu erreichen?

Wenn sich Einsatzkräfte durch das Erlebte bei einem Einsatz belastet fühlen und psychische Unterstützung benötigen, kann über die jeweils zuständige Leistelle das regional zuständige PSNV-E-Team angefordert werden. Das Team wird dann schnellstmöglich Kontakt aufnehmen. Zusätzlich können die Teams über die zentrale Telefonnummer **0172.150 85 29** sowie die interne Kurzwahl **»SBE« bzw. »723«** über alle RKiSH-Dienstmobilitäten direkt erreicht werden.

Es kann aber auch der persönliche Kontakt zu einem der Teammitglieder in Dithmarschen, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg oder Steinburg gesucht werden.

Über das PSNV-E-Team

Das PSNV-E-Team ist ein Zusammenschluss von Einsatzkräften (Peers) und psychosozialen Fachkräften (PF), die sich die ereignisorientierte Nachsorge für Einsatzkräfte zur Aufgabe gemacht haben. Die psychosozialen Fachkräfte setzen sich zusammen aus Pastoren, Seelsorgern, Sozialpädagogen und Psychologen. Die Ausbildung des Teams entspricht immer den Qualitätsmerkmalen der PSNV-Koordinierungsstelle Schleswig-Holstein (z.B. nach SbE-Konzept oder CISM-Konzept).

Grundsätze der Arbeit

Die PSNV-E-Arbeit ist vertraulich und dient allein der Unterstützung der Einsatzkräfte. Hierzu kann die Angabe einer PSNV-E-Maßnahme im Zusammenhang mit ggf. zeitlich späteren Ansprüchen an die Berufsgenosenschaft sinnvoll und notwendig sein, um Ansprüche in Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufserkrankung geltend zu machen.

Belastungsreaktionen

Wenn bei Einsätzen die sonst vorhandenen Bewältigungsstrategien eingeschränkt sind oder versagen, können unter anderem die folgenden Belastungsreaktionen schon während des Einsatzes oder danach beobachtet werden:

Vermeidung:

Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle, die sich auf das Ereignis beziehen, zu vermeiden. *Ausdruck in: starrer Gesichtsausdruck – fokussierendes starren; Hyperaktivität – zu viele Aufgabe gleichzeitig; »Ich bin Schuld« Aussagen; Vermeidung einer »sachlichen« Einsatznachbesprechung, Angst vor dem nächsten Einsatz- Ärger (Unfähigkeit) auf andere übertragen; Amnesie – keine Erinnerung an das Ereignis oder Teile des Ereignisses.*

Erhöhte Erregung:

Dieser Zustand ist durch Wachheit, Wachsamkeit, erhöhte Reaktionsbereitschaft oder Aufmerksamkeit charakterisiert, ohne dass die gefühlsmäßige Komponente eine Rolle spielt. *Ausdruck durch: Schlafstörungen; Wutausbrüche; übermäßige Wachsamkeit; Konzentrationsschwierigkeiten; übertriebene Schreckreaktionen.*

Nach einem anfänglichen Zustand der Betäubung kommt es zu Symptomen aus den beschriebenen Kategorien. In der natürlichen Verarbeitung des Menschen klingen die Symptome in der Regel ab.

SbE-Ziele sind:

- Abgleich des Informationsstandes eingesetzter Einsatzkräfte
- Erhöhung der Stabilität und Ressourcenaktivierung
- Milderung der Stresswirkung
- Erleichterung der belastenden Gefühle
- Stärkung des Gruppenzusammenhaltes
- Verbesserung der Stressbewältigung
- Psychoedukation: Information der Einsatzkräfte
- Identifikation belasteter Teilnehmer mit dem Ziel von Folgeangeboten

14

POLIZEILICHE EINSATZLAGEN

- 14.1 Abgrenzung von polizeilichen Lagen
- 14.2 Konzept – Lebensbedrohliche polizeiliche Einsatzlagen »LEBE-Lagen«
- 14.3 Sicherer Bereitstellungsraum
- 14.4 Definition der Bereiche – Raumordnung
- 14.5 Rettungsstrategien
- 14.6 Patientenablage bei einer LEBE-Lage
- 14.7 Meldungen und besondere Durchsagen



LEBE

14. POLIZEILICHE EINSATZLAGEN



Rettungsdienstliche Großschadensereignisse mit einer Vielzahl verletzter oder erkrankter Personen stellen alle beteiligten Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) vor besondere Herausforderungen, die nur durch direkte Absprachen und enge Zusammenarbeit bewältigt werden können. So ist es beispielsweise bei einem Mehrfamilienhausbrand zunächst erforderlich die Patienten durch entsprechend geschützte Feuerwehrkräfte aus dem Gefahrenbereich retten zu lassen bevor der Rettungsdienst die medizinische Versorgung in einer Patientenablage übernehmen kann [siehe Kapitel 2 und 8.4](#). Dies ist der Tatsache geschuldet, dassrettungsdienstliche Einsatzkräfte nicht über die dort erforderliche Schutzausrüstung verfügen und sich dort somit in akute Lebensgefahr begeben würden.

Auch polizeiliche Einsatzlagen können Gefahren für dierettungsdienstlichen Einsatzkräfte mit sich bringen, für die sie nicht ausgerüstet oder ausgebildet wurden. Regelmäßig wird daher die Polizei hierbei als einsatzführende BOS fungieren und die erforderlichen Maßnahmen durchführen. Dies wird insbesondere bei eskalierenden Demonstrationen, Amoktaten oder terroristischen Ereignissen der Fall sein, sodass der Rettungsdienst sowie die Feuerwehr dort erst nachgelagert und unter dem größtmöglichen Eigenschutz tätig werden. Enge Absprachen der drei parallelen Einsatzleitungen von Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst sind somit auch und insbesondere bei polizeilichen Einsatzlagen elementar für einen effektiven Einsatzverlauf und müssen daher immer angestrebt werden.

14.1 ABGRENZUNG VON POLIZEILICHEN LAGEN

Bisher wurde in Schleswig-Holstein versucht polizeiliche Einsatzlagen mit speziell zugeschnittenen Einzelkonzepten zu lösen. So wurde beispielsweise im Jahre 2014 das Landeskonzept Amoklagen von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitet. Teilnehmer waren insbesondere Vertreter der folgenden Behörden und Organisationen:

- Ministerium für Inneres, ländliche Räume und Integration
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
- Landes- und Bundespolizei
- Leiter der Regionalleitstellen
- Leiter der Berufsfeuerwehren und Rettungsdienste

Hierbei wurde zunächst versucht die einzelnen Szenarien klar zu benennen, voneinander abzugrenzen und die konkreten Aufgaben der beteiligten Akteure zu definieren.

Eine Amoklage liegt vor, wenn ein oder – in seltenen Ausnahmefällen – mehrere Tatverdächtige scheinbar wahllos, insbesondere mittels Waffen, Sprengmitteln, gefährlichen Werkzeugen oder mit außergewöhnlicher Gewaltanwendung gegen Personen an einem Ort vorgehen. Es handelt sich um eine sehr dynamische Tat, welche in der Regel bei dem Eintreffen der Einsatzkräfte von Polizei und Rettungsdiensten noch nicht abgeschlossen ist. Der Täter setzt also seine Tat bis zur Intervention durch die Polizei fort. Erschwerend kommt hinzu, dass häufig das eigene Überleben durch den Täter bei seiner Tat nicht eingeplant wurde.

Bei Terrorlagen standen bislang vorbereitete Anschläge durch zumeist mehrere Terroristen an einem oder mehreren Orten im Vordergrund. Zudem muss mit weiteren zeitlich zusammenhängenden Anschlägen gerechnet werden.

Aus diesen – im Gegensatz zu den Amoklagen – deutlich veränderten Anforderungen an die Einsatzplaner und diensthabenden Einsatzkräfte entstand der Bedarf nach einem verbindlichen Landeskonzept zur Bewältigung von Terrorlagen. Im Jahre 2017 wurde daher erneut eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe auf Landesebene eingesetzt. Schnell wurde jedoch allen Beteiligten klar, dass gerade in der Anfangsphase eines solchen Einsatzes eine genaue Unterscheidung zwischen einer Amok- oder einer terroristischen Einsatzlage kaum oder nur sehr schwierig möglich sein wird. Somit würde die Gefahr bestehen mit falschen Einsatzstichworten oder falschen Taktiken einen Einsatz zu beginnen. Daher wurde das Ziel der Arbeitsgruppe entsprechend angepasst. Ziel war es nun ein einheitliches Landeskonzept für alle Lebensbedrohlichen polizeilichen Einsatzlagen zu entwickeln und den Führungskräften der Polizei, Feuerwehren und Rettungsdiensten zur Verfügung zu stellen.

14.2 KONZEPT – LEBENSBEDROHLICHE POLIZEILICHE EINSATZLAGEN »LEBE-LAGEN«

Von der Landesarbeitsgruppe »Zusammenarbeit von Polizei und Rettungsdienst bei lebensbedrohlichen polizeilichen Einsatzlagen« wurde das dynamische Konzept »LEBE-Lagen« entwickelt, welches die Verzahnung aller beteiligten Behörden und Organisationen beschreibt und insbesondere den größtmöglichen Schutz der Rettungs Kräfte in den Fokus stellt. Seitdem weist das Einsatzstichwort Einsatzstichwort »POLIZEI LEBE« die Einsatzkräfte darauf hin, den Eigenschutz in diesem Einsatz besonders zu beachten. Es wird daher als vorangestellte Klartextinformation auf die Digitalen Meldeempfänger der Einsatzkräfte des Rettungsdienstes sowie der Schnelleinsatzgruppen und Feuerwehren übermittelt.

Die Leitstellen der Polizei sowie die der Feuerwehren und Rettungsdienste treffen bei der Auswahl des Alarmierungsstichwortes »POLIZEI LEBE« bereits von Beginn an die ersten Absprachen und führen einen kontinuierlichen Lageabgleich durch.

Als Hilfestellung für die Einsatzkräfte der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein sowie der Schnelleinsatzgruppen wurde die Taschenkarte »Lebensbedrohliche Einsatzlagen« erarbeitet □ siehe Abbildung 54.

■■■■■ LEBENSBEDROHLICHE EINSATZLAGEN (LEBE)	
	STAND: RKiSH-02 2023
1. Sichern Bereitsstellungsraum anfahren	<ul style="list-style-type: none"> - Durch Leitstelle festgelegt und bekannt gegeben - Cave Navigation: Gefahrenbereich muss umfahren werden!
2. Warten auf weitere Anweisungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschließlich durch Einsatzleitung Rettungsdienst - Bereichsfestlegung, je nach Gefährdungslage: ROT: Kein Rettungsdienst => Gefahrenbereich! GELB: Zugang nur nach Freigabe durch die ELRD GRÜN: Rettungsdienst wird vollenfänglich tätig
3. Eigenschutz	<ul style="list-style-type: none"> - Ständige Rückzugsbereitschaft (Fahrzeugauflistung, Schlüssel steckt, Motor läuft) - Vollständige PSA anlegen (Jacke, Helm usw.)
4. Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Ständige Erreichbarkeit sicherstellen (Handfunkgerät und Diensthandy) - Strengste Funkdisziplin halten - Sofortiges Melden von verdächtigen Personen, Gegenständen, Eindrücken usw.
4.1 Lebensgefahr	<ul style="list-style-type: none"> - »Mayday, Mayday, Mayday!« + Lagebild
4.2 Evakuierung	<ul style="list-style-type: none"> - Sofortiger Rückzug aller Einsatzkräfte: »Evac, Evac, Evac!« + Klartextdurchsage
5. Rettungsstrategie (wird von ELRD festgelegt)	<p>Polizeibasierte Rettung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Übergabe von Hilfsmitteln an die Polizei (Tragetücher, Tourniquets, OLAES usw.) - Patientenübernahme an definierten Übergabepunkten an der Grenze zum GRÜNEN Bereich - Patientenversorgung im GRÜNEN Bereich <p>Rettungsdienstbasierte Rettung: Nur nach Freigabe durch ELRD und Polizei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsames Vorgehen zusammen mit der Polizei in den GELBEN Bereich - Patienten auf gefährliche Gegenstände durchsuchen lassen - Patientengepäck verbleibt vor Ort - Tote verbleiben vor Ort
6. Patientenversorgung und Transport	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen nach cABC, nur lebensrettende Maßnahmen durchführen: <ul style="list-style-type: none"> · Stillung lebensbedrohlicher Blutungen · Atemwegssicherung · Entlastungspunkt bei Spannungspneumothorax · Schnellstmöglicher Transport nach Rücksprache mit ELRD

Seite 21

Quelle: MANV-Konzept der RKiSH Anlehnung an das Einsatzkonzept LEBE-SH

Abb. 54: RKiSH-Taschenkarte »LEBE-Lage«

14.3 SICHERER BEREITSTELLUNGSRAUM

Von den Leitstellen soll sofort bei den ersten Absprachen ein sicherer Bereitstellungsraum gefunden und den Einsatzkräften der Rettungsdienste, Schnelleinsatzgruppen und Feuerwehren zugewiesen werden. Auf keinen Fall darf der eigentliche Einsatzort durch die Einsatzkräfte direkt angefahren oder passiert werden. Hier ist besonders bei der Benutzung von Navigationsgeräten eine besondere Vorsicht angezeigt.

Wird kein Bereitstellungsraum zugewiesen, so wird dieser durch das ersteintreffende Rettungsmittel in ausreichender Entfernung zum Einsatzort erkundet. Der Standort wird dann über TMO-Digitalfunk den nachrückenden Einsatzkräften sowie der Rettungsleitstelle mitgeteilt (mindestens 1,5 km Entfernung vom eigentlichen Einsatzort, z.B. am Ortseingang oder der Stadtteilgrenze). Wichtig ist, dass der zunächst vom ersteintreffenden Rettungsmittel ausgewählte Bereitstellungsraum nach der Rücksprache der Rettungsleitstelle mit der Leitstelle der Polizei noch ggf. angepasst bzw. verlegt werden muss.

Folgende Punkte sind bei LEBE-Lagen zwingend in Bereitstellungsräumen zu beachten:

- Fahrzeuge in Fluchtrichtung aufstellen
- Motor laufen und Schlüssel stecken lassen – Abfahrbereitschaft
- Versierter Fahrer am Steuer
- Besatzung bleiben im Fahrzeug (nur kurze Meldung beim Einsatzabschnittsleiter Bereitstellungsraum)
- Schutzausrüstung komplett anlegen
- Zugewiesene Digitalfunkrufgruppe schalten und mithören (RKiSH-Lösung: DMO 605_R* <A5>)

Bevor Rettungskräfte bei diesem Stichwort zum direkten Einsatz kommen, muss zwingend ein Zusammentreffen der Führungskräfte von Polizei und Rettungsdienst erfolgen. Da dies besonders bei schwierigen räumlichen Gegebenheiten nicht leicht ist, müssen die Leitstellen dieses Treffen aktiv herbeiführen und unterstützen.



14.4 DEFINITION DER BEREICHE – RAUMORDNUNG

Für den größtmöglichen Eigenschutz der Einsatzkräfte sind, neben zügigen Absprachen der Leitungskräfte, eine »einheitliche Sprache« mit klaren Begriffen notwendig. So müssen bspw. die unterschiedlichen Bereiche an der Einsatzstelle eindeutig und unmissverständlich voneinander abgegrenzt und benannt werden.



Abb.55: Raumordnung bei LEBE-Lagen

Roter Bereich

In diesem Bereich herrscht ein erhöhtes, unkalkulierbares Risiko. Der Zutritt ist nur für taktisch ausgebildete und entsprechend ausgerüstete Polizeikräfte gestattet. Rettungskräften ist der Aufenthalt im roten Bereich generell nicht erlaubt. Eine Rettung von Verletzten erfolgt hier ausschließlich durch Polizeikräfte.

Gelber Bereich

In diesem Bereich herrscht ein erhöhtes Risiko. Dieser Bereich kann durch polizeiliche Maßnahmen abgesichert werden. Ein Zutritt für Rettungskräfte ist ausschließlich nach Freigabe durch die Einsatzleitungen der Polizei und des Rettungsdienstes (OrgL/LNA) erlaubt. Ein Zutritt erfolgt nur unter Absicherung durch die Polizei, die Aufenthaltsdauer ist dort möglichst kurz zu halten.

Jede Einsatzkraft bestimmt die Grenze des eigenen Handelns durch gewissenhafte Abwägung aller zum Zeitpunkt der Entscheidung bekannter Faktoren (Freiwilligkeit)!

Grüner Bereich

In diesem Bereich herrscht ein ausschließlich allgemeines Lebensrisiko. Der Einsatz des Rettungsdienstes kann und muss hier vollumfänglich erfolgen. Eine Absperrung für andere Personengruppen wird hier jedoch durch die Polizei oder Feuerwehr erfolgen (Umleitung des ÖPNV sowie Individualverkehrs).

14.5 RETTUNGSSTRATEGIEN

Eine adäquate Patientenversorgung kann direkt am Tatort erst erfolgen, wenn die Sicherung und vollständige Durchsuchung des Objektes durch die Polizeikräfte erfolgt ist. Damit die Patienten dennoch möglichst frühzeitig stabilisiert und anschließend in die entsprechenden Zielkliniken befördert werden können ist zunächst eine Evakuierung aus dem unsicheren Tatortbereich in einen sicheren Bereich erforderlich. Hierfür gibt es zwei Rettungsstrategien, die lageabhängig angewandt werden können.

Polizeibasierte Rettung:

Im roten Bereich ist die polizeibasierte Rettung die einzige durchführbare Rettungsstrategie. Diese hängt in der Anfangsphase stark von der Anzahl der zur Verfügung stehenden Polizeikräfte ab. Durch den Rettungsdienst müssen der Polizei zudem geeignete Transporthilfsmittel wie z.B. Tragetücher und weiteres medizinisches Equipment zur Verfügung gestellt werden (Tourniquets, Olaes-Binden usw.).

Die Übergabe der Patienten von der Polizei an den Rettungsdienst erfolgt an zuvor vom Organisatorischen Leiter und dem Leitenden Notarzt mit dem Polizeiführer klar definierten Punkten. Diese Übergabe- bzw. Abholpunkte sind polizeilich zu schützen. Von hier aus werden die Patienten schnellstmöglich in weiter entfernte, sichere Patientenablagen weiterverlegt.

Im gelben Bereich kann der Rettungsdienst die Polizei nur nach vorheriger Absprache der beiden Einsatzleitungen bei der Evakuierung von Patienten unterstützen, indem die Rettungsdienstkräfte den Polizeiteams entgegen-eilen und die Patienten übernehmen. Hierdurch stünden die Rettungsteams der Polizei dann schneller wieder im roten Bereich zur Verfügung.

Rettungsdienstbasierte Rettung:

Bei dieser Rettungsstrategie werden Rettungsdienstkräfte unter ständiger polizeilicher Absicherung im gelben Bereich tätig. Hier sollen lediglich lebensrettende Sofortmaßnahmen und eine parallele Vorsichtung der Patienten durchgeführt werden. Diese Maßnahmen sind ausschließlich nach Freigabe durch die Einsatzleitung Rettungsdienst und nach Absprache mit der Polizei Einsatzleitung möglich. Zudem bestehen sie auf der Basis der Freiwilligkeit für die dort eingesetzten Kräfte des Rettungsdienstes.

Vorrangiges Ziel ist dabei die Transportvorbereitung bzw. die schnelle Durchführung des Transportes zu den Übergabestellen oder direkt zu den eingerichteten Patientenablagen. Die Transportkapazitäten in den Rettungsmitteln sind maximal auszunutzen (Liege- und Sitzplätze).

Rettungsstrategien in Kombination:

Je nach Lage und Absprache sind die beiden Varianten der polizei- und rettungsdienstbasierten Rettung auch in Kombination einsatzbar. Für beide Rettungsoptionen stellt sich der Rettungsdienst auf eine größere Anzahl ggf. auch gefährlicher Patienten ein. Jeder Patient der in einer Übergabestelle kommt soll zuvor durch die Polizei auf gefährliche Gegenstände untersucht worden sein. Der Rettungsdienst führt möglichst sofort bei Eintreffen des Patienten nochmals eine kurze Überprüfung des Patienten auf gefährliche Gegenstände durch.

Sämtliche Koffer und andere Gepäckstücke verbleiben am Einsatzort und werden somit ausdrücklich nicht vom Rettungsdienst mitgenommen.

14.6 PATIENTENABLAGE BEI EINER LEBE-LAGE

Patientenablegen werden ausschließlich im grünen Bereich eingerichtet. Je nach Einsatzlage gibt es hier jedoch auch hier zwei optionale Möglichkeiten.

Abgesetzte Patientenablage:

Bei unklaren oder dynamischen LEBE-Lagen ist die räumlich abgesetzte Patientenablage zu bevorzugen. Patientenübergabepunkte können diesen weiter vom eigentlichen Tatort entfernten Patientenablagen vorgelagert sein. Rettungsmittel rücken erst auf konkrete Anweisung durch die Einsatzleitung Rettungsdienst zu den Übergabe- bzw. Abholpunkten vor und bringen so viele Patienten wie möglich zur abgesetzten Patientenablage. Die vorhandenen Transportkapazitäten sind dabei maximal auszunutzen (Liege- und Sitzplätze). Eine über lebensrettende Sofortmaßnahmen hinausgehende Versorgung kann erst in der Patientenablage erfolgen. Patienten werden sowohl an den Abholpunkten als auch an der Patientenablage auf gefährliche Gegenstände untersucht.

Angrenzende Patientenablage:

Die angrenzende Patientenablage kann bei statischen Lagen erwogen werden. Sie befindet sich direkt angrenzend an den gelben Bereich, jedoch ausdrücklich noch im grünen Bereich. Hierdurch können die Transportwege vergleichsweise kurz und die Zeitspanne bis zur medizinischen Versorgung optimiert werden. Bei einer entsprechenden Lageveränderung muss die angrenzende Patientenablage allerdings gegebenenfalls zügig verlegt werden können. Dies ist sofort von der dortigen Einsatzabschnittsleitung der Einsatzleitung Rettungsdienst zu melden.

Die Entscheidung über die Art der Patientenablagen sowie der Abholpunkte und deren konkrete Positionierungen liegt bei der Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. dem OrgL und LNA nach der Abstimmung mit der Einsatzleitung der Polizei.

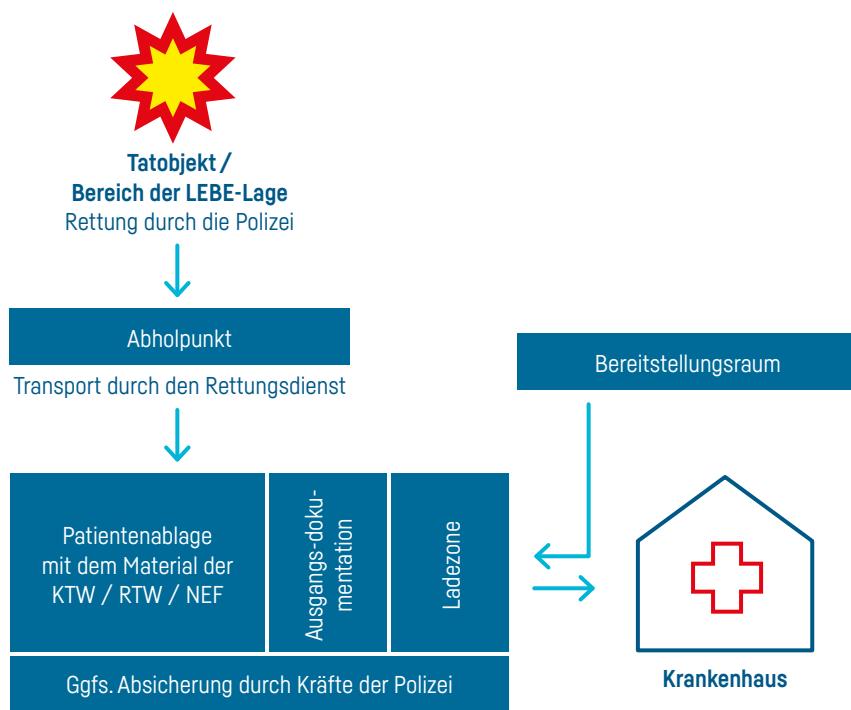


Abb. 56: Schematische Darstellung einer Patientenablage bei einer LEBE-Lage

14.7 MELDUNGEN UND BESONDERE DURCHSAGEN

Aufgrund der brisanten Einsatzsituation ist es erforderlich klare Kommunikationsstrukturen aufzubauen und dabei strenge Funkdisziplin zu halten. Nur so können aktuelle Lageveränderungen und besondere Meldungen sicher weitergegeben werden:

- Ständige Wachsamkeit
- Besonderheiten der Patienten
- Umgang mit besonderen Gegenständen
(ggf. Absicherung von Waffen- oder USBV-Funden)
- Außergewöhnliche Notsituationen

Wird eine Evakuierung bzw. der sofortige Rückzug von Einheiten des Rettungsdienstes erforderlich, so wird dies von der Einsatzleitung mit dem dreimaligen Stichwort »Evac, Evac, Evac« eingeleitet und mit einem eindeutigen Klartext konkretisiert.

Beispielfunkdurchsage: »*Evac, Evac, Evac! Alle Einheiten im Übergabepunkt – Vorderseite ziehen sich sofort zurück zur abgesetzten Patientenablage – Evac!*«. Die dortigen Einsatzkräfte müssen diese Aufforderung quittieren und das vollständige Verlassen des gefährlichen Bereiches bei der Einsatzleitung Rettungsdienst bestätigen.

Mit dem dreimaligen Stichwort »*Mayday, Mayday, Mayday*« können die Einsatzkräfte besondere (Eigen-)Gefahrenlagen an die Einsatzleitung weitergeben. Dies wird dann durch einen eindeutigen Klartext konkretisiert.

Beispielfunkdurchsage: »*Mayday, Mayday, Mayday! Täter in der Nähe des Patientenübergabepunktes – Hinterhof. Wir ziehen uns sofort zusammen mit der Polizei zurück zur abgesetzten Patientenablage. Mayday!*«



15

EINSÄTZE MIT GEFÄHRSTOFFEN (CBRN/E)

- 15.1 Grundsätzliches Handeln
- 15.2 Beurteilung der Einsatzstelle
- 15.3 Kennzeichnung von Gefahrstoffen und Gefahrgütern
- 15.4 Organisation der Einsatzstelle
- 15.5 Persönliche Schutzausrüstung
- 15.6 Dekontamination
- 15.7 Medizinische Versorgung und Patiententransport
- 15.8 Patientenübergabe im Krankenhaus



15. CBRN/E

Unter der Abkürzung CBRN/E werden alle Gefahren zusammengefasst, die von chemischen (C), biologischen (B), radioaktiven (R) und nuklearen (N) Stoffen, Substanzen und Agenzien sowie den Auswirkungen von Explosionen (E) ausgehen.

Unbeabsichtigt austretende Gase oder Unfälle mit Chemikalien sind deutlich häufiger imrettungsdienstlichen Alltag vertreten als große CBRN/E-Lagen, zumeist gilt es lediglich erkrankte oder verletzte Einzelpatienten zu versorgen. Trotzdem ist jeder CBRN/E-Einsatz durch besondere Rahmenbedingungen mit taktischen Konsequenzen für die Einsatzorganisation und die Einsatzabarbeitung verbunden.

GEFÄHRDUNGSPOTENTIAL		RELEVANZ FÜR DEN RETTUNGSDIENST (AUSWAHL)
Chemisch	Ätzende, reizende oder erstickend wirkende chemische Stoffe und Verbindungen sowie Gefahren, die daraus entstehen können	In Industrieanlagen, Einrichtungen des Gesundheitswesens, im Haushalt, im Güterverkehr, bei Brandeinsätzen
Biologisch	Viren, Bakterien und andere Mikroorganismen, die gesundheitsschädigend sein können	Übertragung von Mensch zu Mensch, von Tier zu Mensch, durch kontaminierte Gegenstände, versehentliche Freisetzung oder absichtliche Verbreitung als Anschlag möglich; Die Differenzierung zwischen üblichem Infektionstransport und B-Gefahr ist fließend und abhängig vom Pathogen. Patienten mit hoch ansteckenden Krankheiten (z.B. viral-hämorrhagische Fieber, Lungenpest) stellen regelhaft eine B-Gefahr dar
Radiologisch	Strahlende und ionisierende Gefahren durch radioaktive Stoffe	Labore, medizinische Einrichtungen (z.B. Radiologie), Industrie, natürliche Strahlenquellen, Terrorismus (schmutzige Bombe)
Nuklear	Strahlende und ionisierende Gefahren durch Kernbrennstoffe und die Auswirkungen von nuklearen Kettenreaktionen	Kernkraftwerke, Umgang mit nuklearen Brennelementen, Atommülltransporte, Nuklearwaffenzündung
Explosiv	Schäden durch die Druck- und Hitzewirkung von explosiven Stoffen	Als Folge oder Kombination mit vielen CBRN-Gefahren möglich; außerdem bei Brandeinsätzen sowie als beabsichtigt oder unbeabsichtigt herbeigeführte Sprengstoffzündung

Abb. 57: Mögliche CBRN/E-Gefahren im Rettungsdienst

15.1 GRUNDSÄTZLICHES HANDELN

Die ersteintreffenden Kräfte sind an der Einsatzstelle in besonderem Maße gefordert. Hier hilft die GAMS-Regel der Feuerwehr, die bei CBRN/E-Gefahr auch für den Rettungsdienst geeignet ist.

Feuerwehr DV 500		Bedeutung für den Rettungsdienst
G	Gefahr erkennen	Gefahren der Einsatzstelle beurteilen
A	Absperrnen	Abstand halten; Raumordnung etablieren, Arbeitsbereiche definieren (in Abstimmung mit der Feuerwehr und Polizei)
M	Menschenrettung durchführen	Rettungsmaßnahmen im Rahmen der eigenen Möglichkeiten durchführen, unvertretbare Eigengefährdung vermeiden (Menschenrettung durch die Feuerwehr)
S	Spezialkräfte alarmieren	Spezielle, qualifizierte Lagemeldung mit Ergänzung <i>CBRN/E-Gefahr</i> an die Leitstelle geben; Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL / LNA) anfordern; nachfolgende Kräfte einweisen

Abb. 58: GAMS-Regel für den Rettungsdienst

Auch Verhaltenshinweise für Betroffene wie die Aufforderung bestimmte Bereiche zu verlassen oder Kleidungsstücke abzulegen können rettende Maßnahmen sein. Die qualifizierte Rückmeldung an die Leitstelle mit der Ergänzung »*CBRN/E-Gefahr*« sollte nach dem MELDEN-Schema erfolgen.

Qualifizierte Lagemeldung mit der Ergänzung CBRN / E	
M	Meldendes Rettungsmittel [Funkrufname]
E	Einsatzstelle [genaue Bezeichnung der Örtlichkeit]
L	Lage: » <i>CBRN/E-Gefahr</i> « - Gefahrstoff/Gefahrgut bekannt/unbekannt? (ggf. Stoffnummer oder Bezeichnung) - Quelle der CBRN/E-Gefahr erkennbar? - Anzahl, Verletzungsschwere und Lage Betroffener/Verletzter? - Ggf. Witterungsverhältnisse an der Einsatzstelle? (z.B. Regen, Nebel, Wind)
D	Durchgeführte Maßnahmen - Durchgeführte Maßnahmen der Raumordnung
E	Eingesetzte Einheiten - Eigene Lage (Standort im Gefahrenbereich?)
N	Nachforderungen - Bereitstellungsraum und Anfahrt festlegen (oder an Leitstelle delegieren)! - Einsatzleitung Rettungsdienst nachfordern (wenn nicht schon alarmiert)! - Weitere Rettungsmittel nach Notwendigkeit

Abb. 59: MELDEN-Schema mit Ergänzung „CBRN/E-Gefahr“

In besonderem Maße sind bei CBRN/E-Gefahr an der Einsatzstellerettungsdienstliche Führungsaufgaben zu erfüllen:

- Kontakt mit der Feuerwehr-Einsatzleitung aufnehmen und halten
- Informationen über CBRN/E-Gefahr und Gefahrenabschätzung einholen (über die Feuerwehr)
- Informationen über Stoff und Patientenversorgung einholen (z.B. Giftinformationszentrale)
- Entsprechende persönliche Schutzausrüstung (PSA) auswählen
- Rettungsdienstliche Raumordnung der Einsatzstelle etablieren
- Rettungsdienstliche Tätigkeiten am Patienten festlegen
- Verhaltensanweisungen an betroffene Personen geben
- (Not-)Dekontamination mit Feuerwehr abstimmen
- Patientenversorgung und Patiententransport koordinieren

Für alle Einsatzkräfte des Rettungsdienstes gelten bei CBRN/E-Gefahr drei Schutzziele:

1. Inkorporation ausschließen
(= keine Aufnahme des Stoffes in den Körper)
2. Kontamination verhindern
(= keine Beaufschlagung auf der Körperoberfläche)
3. Gefährliche Einwirkung von außen möglichst gering halten

Für die Erreichung dieser Schutzziele dienen die Auswahl der geeigneten persönlichen Schutzausrüstung, die Raumordnung an der Einsatzstelle und die Festlegung derrettungsdienstlichen Tätigkeit am Patienten sowie die strikte Beachtung der grundsätzlichen Einsatzstellen-Hygiene (nicht essen, trinken, rauchen; Einhaltung der Hygienevorschriften).

15.2 BEURTEILUNG DER EINSATZSTELLE

Nicht immer ist schon bei Alarmierung eines Rettungsmittels eine vorhandene CBRN/E-Gefahr an der Einsatzstelle bekannt. Bei der Beurteilung von Szene, Sicherheit und Situation im Einsatz gilt es Hinweise auf eine CBRN/E-Gefahr wahrzunehmen und als solche zu erkennen.

Mögliche Hinweise auf CBRN/E-Gefahr an der Einsatzstelle

- Mehrere Patienten mit ähnlicher Symptomatik an einer Einsatzstelle
- Symptomatik (z.B. Atemnot/Stridor, Reizhusten, Augenreizung, Bewusstseinstrübung/Bewusstlosigkeit, gleiche Symptomatik bei Ersthelfern)
- Ein charakteristisches Umfeld (z.B. Industrie, Unfallsituationen, Gemeinschaftsbereiche)
- Warnhinweise auf Verpackungen, Fahrzeugen oder an Gebäuden
- Zeugen, die entsprechende Hinweise geben
- Wahrnehmbare Anzeichen (z.B. Gerüche, Rauch, Nebel, Alarm des CO-Warners)

Werden Hinweise auf eine CBRN/E-Gefahr wahrgenommen oder ist diese bei Alarmierung bekannt, gilt es möglichst umfassend Informationen zur Einsatzstelle und der CBRN/E-Gefahr zu beschaffen.

Abstand halten!

- Welche Örtlichkeit ist betroffen? (z.B. Gebäude oder im Freien, Umgebung, Geländestruktur)
- Wie viele Personen sind betroffen oder verletzt?
- Um welche CBRN/E-Gefahr handelt es sich?
- Gibt es Informationen zum Gefahrstoff/Gefahrgut (je nach CBRN/E-Gefahr)?
 - (Stoff-)Bezeichnung, UN-Nummer des Stoffes, Art bzw. Aggregatzustand
 - Eigenschaften des Stoffes bzw. der CBRN/E-Gefahr
 - Art der Freisetzung (z.B. dynamisch oder stabil?)
 - Freigesetzte oder potenzielle Menge
 - Auswirkungen auf Menschen (z.B. Pathogenität, Aufnahme in den Körper, Symptome)
 - Vermutlicher Verlauf von Ausbreitung und Betroffenheit
- Falls relevant: derzeitige Witterung und Wetterentwicklung in der nächsten Zeit

15.3 KENNZEICHNUNG VON GEFAHRSTOFFEN UND GEFÄHRGÜTERN

Warnhinweise kennzeichnen Verpackungen von Gefahrstoffen oder Transportmittel von Gefahrgütern. Die Pikogramme des global harmonisierten Systems zur Einstufung und Kennzeichnung von Chemikalien (GHS) der Vereinten Nationen sind weltweit gebräuchlich, um Chemikalien einzustufen und deren Verpackungen sowie die Sicherheitsdatenblätter entsprechend zu kennzeichnen [siehe Abbildung 60](#).

Alte Kennzeichnung nach EU			Neue Kennzeichnung nach GHS			Alte Kennzeichnung nach EU			Neue Kennzeichnung nach GHS		
Gefahrensymbole alt	Gefahrenbezeichnung alt	Kennbuchstabe alt	Gefahrenpiktogramme neu	Signalwort	Gefahrenklasse	Gefahrensymbole alt	Gefahrenbezeichnung alt	Kennbuchstabe alt	Gefahrenpiktogramme neu	Signalwort	Gefahrenklasse
	Explosionsgefährlich	E		Gefahr oder Achtung	explosive Stoffe (instabil) selbstzersetzliche Stoffe und Gemische, organische Peroxide		Giftig	T		Gefahr	Keimzellmutagenität, karzinogene Wirkung, reproduktionstoxische Wirkung, spezifische Zielorgan-Toxizität bei einmaliger Exposition, spezifische Zielorgan-Toxizität bei wiederholter Exposition
	Hochentzündlich	F+		Gefahr oder Achtung	entzündbare Gase, entzündbare Aerosole, entzündbare Flüssigkeiten, entzündbare Feststoffe, pyrophore Flüssigkeiten, pyrophore Feststoffe, Stoffe und Gemische, die in Berührung mit Wasser entzündbare Gase entwickeln, selbstzersetzliche Stoffe und Gemische, selbsterhitzungsfähige Stoffe und Gemische		Gesundheitsschädlich	Xn		Gefahr oder Achtung	Sensibilisierung der Atemwege, Aspirationsgefahr, Keimzellmutagenität, karzinogene Wirkung, reproduktionstoxische Wirkung, spezifische Zielorgan-Toxizität bei einmaliger Exposition, spezifische Zielorgan-Toxizität bei wiederholter Exposition
	Leichtentzündlich	F		Achtung	entzündbare Aerosole, entzündbare Flüssigkeiten		Gesundheitsschädlich	Xn		Achtung	akute Toxizität, oral, dermal, inhalativ
	Entzündlich			Achtung	organische Peroxide, oxidierende Gase, oxidierende Flüssigkeiten, oxidierende Feststoffe		Ätzend	C		Gefahr	hautätzende Wirkung
	Brandfördernd	O		Gefahr oder Achtung	Gas unter Druck, verdichtete Gase, verflüssigte Gase, tiefgekühlte verflüssigte Gase, gelöste Gase		Reizend	Xi		Gefahr	schwere Augenschädigung
	keine Kennzeichnung			Achtung	akute Toxizität, oral, dermal, inhalativ		Reizend	Xi		Achtung	hautreizend, augenreizend, Sensibilisierung der Haut, spezifische Zielorgan-Toxizität bei einmaliger Exposition, atemwegsreizend narkotischer Effekt
	Sehr giftig	T+		Gefahr			Umweltgefährlich	N		Achtung	akut gewässergefährdend, chronisch gewässergefährdend
	Giftig	T									

Abb.60: Kennzeichnung mittels GHS nach Gefahrenklassen

Eine weitere Art der Kennzeichnung wird durch das Europäische Übereinkommen über die internationale Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße (ADR) vorgeschrieben. Hier geben Piktogramme auf Gefahrzetteln Hinweise auf die Gefahrstoffklassen und kennzeichnen somit Gefahrgüter [siehe Abbildung 61](#) im Transport auf Straßen, aber auch auf Schienen oder dem Wasser. Diese Gefahrzettel kennzeichnen Einzelverpackungen und Transportmittel.



Abb. 61: Kennzeichnung von Gefahrstoffklassen nach ADR

Zusätzlich werden die Transportmittel durch eine Gefahrenrentafel oder Warntafel gekennzeichnet. Die Warntafel ist rechteckig, orangefarben sowie schwarz umrandet und kommt beschriftet wie unbeschriftet vor.



Abb. 62: Warntafel unbeschriftet (links) sowie mit ausgewiesener Gefahr- und Stoffnummer (rechts)

Eine solche unbeschriftete Tafel kennzeichnet einen Gefahrguttransport mit unterschiedlichen oder getrennt verpackten Gefahrgütern und verweist für nähere Informationen zum Gefahrgut auf die Ladepapiere. Zusätzlich weisen Gefahrzettel die Gefahrstoffklassen aus.

Wird das Gefahrgut unverpackt befördert, beispielsweise in Tanks oder loser Schüttung, ist die Warntafel zweizeilig beschriftet: in der oberen Zeile mit der Gefahrnummer (Kemmler-Zahl) und unten mit der vierstelligen Stoffnummer (UN-Nummer) zur Bezeichnung des Stoffes bzw. der Stoffgruppe.

Nr.	Gefahr
2	Entweichen von Gas durch Druck oder chemische Reaktion
3	Entzündbarkeit von flüssigen Stoffen (Dämpfen) und Gasen oder selbsterhitzungsfähiger flüssiger Stoff
4	Entzündbarkeit von festen Stoffen oder selbsterhitzungsfähiger fester Stoff
5	Oxidierende (brandfördernde) Wirkung
6	Giftigkeit oder Ansteckungsgefahr
7	Radioaktivität
8	Ätzwirkung
9	Gefahr einer spontanen heftigen Reaktion
X	Stoff reagiert in gefährlicher Weise mit Wasser
0	Wenn die Gefahr eines Stoffes ausreichend von einer einzigen Ziffer angegeben werden kann, wird dieser Ziffer eine »0« angefügt. Die Verdopplung einer Ziffer weist auf die Zunahme der entsprechenden Gefahr hin.

Abb. 63: Gefahrnummern-Systematik für Warntafeln an Gefahrguttransporten

Zu beachten ist, dass es stoffspezifische Freimengenregelungen im Gefahrgutrecht gibt. Demnach sind kleinteilige Mengen eines Gefahrgutes teilweise kennzeichnungsbefreit, die jeweilige Menge ist abhängig vom Gefahrgut und der Art des Transportes (z.B. gewerblich oder privat).

15.4 ORGANISATION DER EINSATZSTELLE

Die Feuerwehr definiert zwei besondere Bereiche für Einsatzstellen mit CBRN/E-Gefahr: den »Gefahrenbereich« und den »Absperrbereich«. Diese sind auch für den Rettungsdienst von Relevanz.

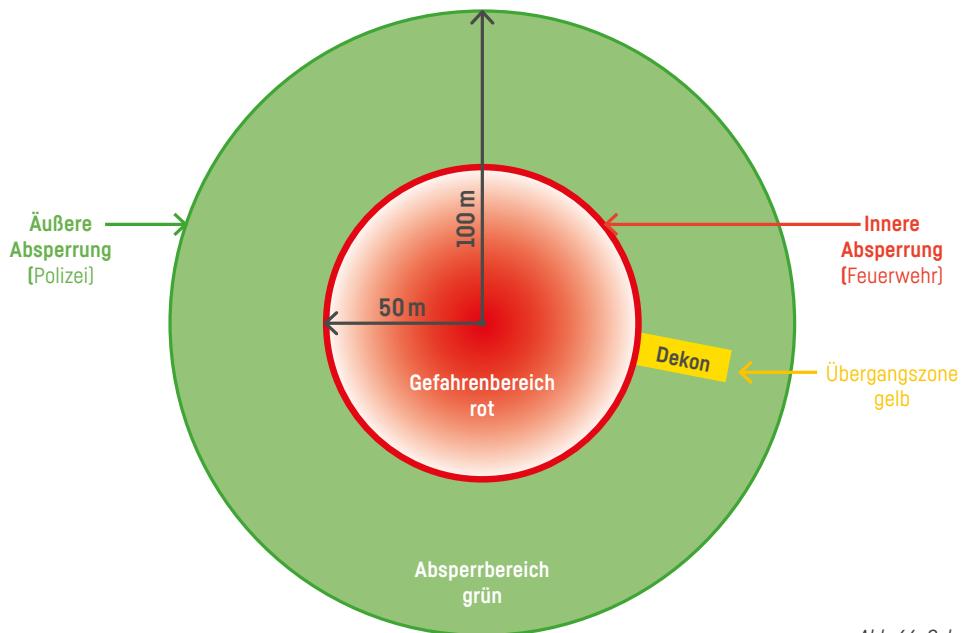


Abb.64: Schematische Darstellung der Einsatzstellenorganisation im CBRN/E Einsatz

GEFAHRENBEREICH (ROT)	ÜBERGANGSZONE (GELB)	ABSPERRBEREICH (GRÜN)
Umgibt die Quelle der CBRN/E-Gefahr	Liegt zwischen Gefahren- und Absperrbereich	Umgibt den Gefahrenbereich
Direkte Gefährdung durch primäre CBRN/E-Einwirkung	Indirekte Gefährdung durch sekundäre Kontaminationsübertragung	Keine Gefährdung durch CBRN / E-Einwirkung
Personen, die sich ungeschützt hier aufhalten, gelten als kontaminierte Patienten und werden nach der Dekontamination vom Rettungsdienst gesichtet und nach Notwendigkeit versorgt	Kontaminierte Personen werden hier durch die Feuerwehr dekontaminiert und ggf. vom Rettungsdienst zuvor gesichtet (Dekon-Sichtung) und medizinisch erstversorgt	Rettungsdienstliche Versorgung nach Standard-Verfahren

Abb.65: Festlegung der Bereiche und Zonen

Grundsätzlich sind Gefahren- und Absperrbereich von den jeweiligen Bedingungen an der Einsatzstelle abhängig und werden durch den Einsatzleiter der Feuerwehr lageabhängig angepasst.

15.5 PERSÖNLICHE SCHUTZAUSRÜSTUNG

Die persönliche Schutzausrüstung (PSA) schützt die Beschäftigten im Rettungsdienst vor alltäglichen Gefahren (Witterung, in begrenztem Umfang mechanischen Einwirkungen). Mit dieser PSA als Grundschutz kann der Rettungsdienst im Absperrbereich von Einsatzstellen, beispielsweise bei Verkehrsunfällen, tätig werden (Rettungsdienstjacke, -hose, Sicherheitsschuhe und Schutzhelm sowie Arbeitshandschuhe).

Eine angepasste PSA ist für Einsätze mit besonderer Infektionsgefahr wie Infektionstransporte notwendig. Hierfür stehen Infektionsschutzsets und ergänzende Ausstattung gemäß Hygieneplan zur Verfügung. Diese Ausstattung umfasst derzeit:

- Infektionsschutzkittel (verschiedene Längen)
- Infektionsschutzoveralls (verschiedene Größen)
- Einmalmundschutz / OP-Masken
- Atemschutzmasken FFP 3 V (Partikelfilternde Halbmaske mit Ausatemventil)
- Schutzbrillen
- OP-Hauben
- Kunststoffüberschuhe
- Einweguntersuchungshandschuhe
- Verstärkte Nitril-Schutzhandschuhe



Abb. 66: Ergänzende Schutzausstattung

Für Tätigkeiten im Zusammenhang mit CBRN/E-Gefahren ist diese angepasste PSA in der Regel nicht ausreichend. Allerdings gibt es für rettungsdienstliche Tätigkeiten am Dekontaminationsplatz in der Übergangszone eine Ausnahme: Gebläsefiltergeräte in Kombination mit flüssigkeitsdichten Schutanzügen. Diese Atemschutzgeräte filtern die Umgebungsluft mit einem Gas- sowie Partikelfilter und verfügen über ein aktives Gebläse, so dass keine Erhöhung des Atemwiderstandes entsteht und somit keine Tauglichkeitsuntersuchung gemäß G26.3 nötig ist. Solche Gebläsefiltergeräte und Schutanzüge werden beispielsweise vom Löschzug-Gefahrgut Steinburg für den Rettungsdienst vorgehalten. Während die Dekontamination von Spezialkräften der Feuerwehr (Löschzug-Gefahrgut) durchgeführt wird, kann der Rettungsdienst die medizinische Versorgung von Patienten vor und während der Dekontamination in der Übergangszone übernehmen.

GEFAHRENBEREICH (ROT)	ÜBERGANGSZONE (GELB)	ABSPERRBEREICH (GRÜN)
= Höchste Schutzwirkung <ul style="list-style-type: none"> - Rettungsdienst wird nicht tätig - Chemikalienschutanzug und umluftunabhängiger Atemschutz 	= erweiterte PSA <ul style="list-style-type: none"> - Rettungsdienst bei Bedarf gemeinsam mit der Feuerwehr tätig - Gebläsefiltergerät in Kombination mit flüssigkeitsdichtem Schutanzug (von Feuerwehr gestellt) 	= ggf. angepasste PSA <ul style="list-style-type: none"> - Rettungsdienst ist uneingeschränkt tätig - Normale PSA, bei Bedarf angepasst für besondere Infektionsgefahr

Abb. 67: PSA-Bereiche

15.6 DEKONTAMINATION

Einen ganz wesentlichen Beitrag zur Dekontamination können Betroffene selbstständig durch vorsichtiges Ablegen ihrer Bekleidung leisten. Da zumeist ein Großteil der Hautoberfläche mit Kleidung bedeckt ist, kann mit dieser einfachen Maßnahme eine Reduktion der Gefahrstoffbelastung von über 90 % erzielt werden. Die weitere Dekontamination ist Aufgabe der Feuerwehr und wird in drei Stufen eingeteilt:

Stufe I Not-Dekon	Stufe II Standard-Dekon	Stufe III Erweiterte Dekon
Ablegen der Oberbekleidung, großzügiges Abspülen der Kontamination mit Wasser	Dekontamination mit Wasser und Zusätzen am Dekontaminationsplatz	Dekontamination mit Wasser und Zusätzen am Dekontaminationsplatz
<ul style="list-style-type: none"> - schnelle Notdekontamination im Sinne einer Crash-Rettung - kann durch jede Feuerwehr geleistet werden - ggf. unter Wahrung des Eigenschutzes mit Bordmitteln des Rettungsdienstes möglich [Infusionslösungen, Aqua für Trockeneis / Replantat-Set, Leitungswasser] 	<ul style="list-style-type: none"> - Standard-Dekontaminationsplatz - in der Regel vom Löschzug-Gefahrgut betrieben - Dekontamination der im Gefahrenbereich tätigen Einsatzkräfte 	<ul style="list-style-type: none"> - erweiterter Standard-Dekontaminationsplatz - vom Löschzug-Gefahrgut betrieben - Dekontamination für Betroffene und Verletzte, gehend und liegend - bei der Dekontamination Verletzter (Dekon V) muss der Rettungsdienst in erweiterter PSA die medizinische Versorgung übernehmen

Abb. 68: Dekonstufen

Dekontamination Verletzter (Dekon V)

Bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis mit CBRN/E-Beteiligung findet die Dekontamination Verletzter/Erkrankter am erweiterten Dekontaminationsplatz der Stufe III statt. Hier muss vor der Dekontamination eine »Patientenablage für Kontaminierte« als Wartezone etabliert werden, da nicht alle Betroffenen zeitgleich dekontaminiert werden können. In dieser Patientenablage für Kontaminierte werden gemeinsam von Feuerwehr und Rettungsdienst folgende Maßnahmen durchgeführt:

- Erfassung der Betroffenen und Verletzten
- Entkleidung
- Spot-Dekontamination nach Notwendigkeit
- Lebensrettende Maßnahmen, auch während der Dekontamination
- Dekon-(Vor-)Sichtung
- Wärmeerhalt

Bei der Spot-Dekontamination werden zunächst einzelne Körperregionen (»Spots«) von Patienten dekontaminiert, um eine weitere Aufnahme des Gefahrstoffes in den

Körper zu vermeiden und lebensrettende medizinische Maßnahmen zu ermöglichen. Zur Spot-Dekontamination zählen:

- Mund-Rachenraum ausspülen (orale Inkorporation vermeiden)
- Gesicht abspülen und waschen (Inkorporation vermeiden, A/B-Probleme versorgen)
- Augen spülen (Inkorporation vermeiden)
- Offene Wunden spülen; anschließend trocken tupfen, blutstillend versorgen und mit wasserfester Folie abkleben (Inkorporation vermeiden)
- i.v.-Punktionsstellen am Arm dekontaminieren (periphervenöser Zugang bei C-Problematik und für eine Antidot-Therapie)
- eine Hand dekontaminiieren (Pulsoxymetrie, Anlage von Registrierungsarmbändern)

Die Dekontamination Verletzter/Erkrankter ist ein komplexer Vorgang, für den ein gemeinsames Verfahren der Feuerwehr und des Rettungsdienstes entwickelt und gesondert beschrieben wird.

15.7 MEDIZINISCHE VERSORGUNG UND PATIENTENTRANSPORT

Die medizinische Versorgung von kontaminierten Patienten erfolgt in der Regel symptombasiert. Die erste Maßnahme sollte es immer sein, die schädigende Einwirkung der CBRN/E-Gefahr abzustellen.

»Entferne den Patienten vom Gefahrstoff und den Gefahrstoff vom Patienten.«

1. Räumliche Distanz zur CBRN/E-Quelle
= Menschenrettung

2. Schnelle Entfernung des Gefahrstoffs vom Patienten
= (Not-)Dekontamination

Dies ist auch Voraussetzung für den gefahrlosen Patiententransport. Besonders zu beachten ist dabei, dass die Dekontamination in der Regel nur die Körperoberfläche des Patienten betrifft. Eine Kontaminationsverschleppung durch kontaminierte Kleidungsstücke des Patienten oder Erbrechen nach Ingestion größerer Mengen einer hoch toxischen Substanz ist auch nach einer äußerlichen Dekontamination möglich.

CBRN/E-Gefahren können bei Patienten lokale und systemische Wirkungen entfalten. Die medizinische Versorgung orientiert sich am ABCDE-Standard.

ABCDE-Standard	Bedeutung CBRN/E-Gefahr	Beispiel	Möglicher Aufnahmeweg
A	wirkt auf die Atemwege	Reizende Gase: Ammoniak, Chlorgas	Inhalation
B	wirkt auf die innere / äußere Atmung	Erstickende Gase: Kohlenmonoxid, Schwefelwasserstoff	Inhalation
C	wirkt auf das Herz-Kreislauf-System	Kohlenwasserstoffe: Benzin, Lösungsmittel	Inhalation Haut und Schleimhäute
D	wirkt auf das Nervensystem	Organophosphate: Pestizide	Haut und Schleimhäute
E	Elimination: wirkt auf die Stoffwechselorgane	Eher selten; oral aufgenommene Gifte	Schleimhäute und orale Aufnahme

Abb.69: Bedeutung der CBRN/E Gefahren für die Patienten und Einsatzkräfte

Für bestimmte Gefahrstoffe existieren Antidote, die spezifisch oder unspezifisch wirken können. Spezifische Antidote wirken dabei jeweils gegen einen Gefahrstoff beziehungsweise die Auswirkungen des Gefahrstoffes auf den menschlichen Organismus. Unspezifische Antidote entfalten ihre Wirkung systemisch, indem sie beispielsweise Resorption des Gefahrstoffes hemmen. Wird eine Antidot-Therapie in Erwägung gezogen, sollte hierzu vorab Expertenrat, beispielsweise in Form der Giftnotrufzentrale (GIZ) eingeholt werden.

15.8 PATIENTENÜBERGABE IM KRANKENHAUS

Bei CBRN/E-Beteiligung ist eine frühzeitige Ankündigung des Patienten bei der Zielklinik notwendig. Das Übergabegepräch muss alle nötigen Informationen zum Einsatzgeschehen sowie zur Dekontamination und zur Therapie enthalten.

Zusätzlich sollte bei einem Massenanfall von Verletzten und Betroffenen mit CBRN/E-Beteiligung an eine frühzeitige Information der umliegenden Kliniken über die Leitstelle gedacht werden, um eine Kontaminationsverschleppung zu vermeiden. Hier empfiehlt sich eine enge Absprache zwischen dem Einsatzleiter der Feuerwehr und der Einsatzleitung Rettungsdienst vor Ort sowie der Rettungsleitstelle.

16

SONDEROBJEKTE

- 16.1 Patienten auf Sportbooten sowie Binnen- und Seeschiffen
- 16.2 Hochseeinsel Helgoland
- 16.3 Eisenbahnhochbrücken über dem Nord-Ostsee-Kanal
- 16.4 Weitere Sonderobjekte



16. SONDEROBJEKTE

Die Versorgungsbereiche der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein erstrecken sich von städtischen Einsatzbereichen bis hin zu ländlich geprägten Regionen. Diese Unterschiede bringen große Herausforderungen bei der Patientenversorgung mit sich. Aber auch Sonderobjekte und die regionalen Verkehrsinfrastrukturen stellen besondere Anforderungen an die RKiSH. So durchziehen beispielsweise die beiden Bundesautobahnen A7 und A23 sowie zahlreiche Trassen des Schienengüter-

und Personenverkehrs das Einsatzgebiet. Hinzu kommen unter anderem mit der Nord- und Ostsee sowie der Elbe und dem Nord-Ostsee-Kanal einige der meistbefahrenen Schiffahrtswege in Europa. Dabei dürfen die rettungsdienstlichen Strukturen nicht nur auf die Versorgung einzelner Patienten ausgerichtet werden, sondern müssen auch die Bewältigung eines Großschadensereignisses gewährleisten können  [siehe Kapitel 2](#).

16.1 PATIENTEN AUF SPORTBOOTEN SOWIE BINNEN- UND SEESCHIFFEN

Zahlreiche Handels- und Fahrgastschiffe passieren täglich das Einsatzgebiet der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein. Zudem befinden sich hier neben sehr beliebten Sportbootrevieren auch einige der größten Yachthäfen Deutschlands. Die dort möglichen Einsatzszenarien können von Erkrankungen und Verletzungen einzelner Besatzungsmitglieder oder Passagiere bis hin zu Großschadenslagen mit einer Vielzahl gleichzeitig verletzter bzw. erkrankter Personen reichen.

Insbesondere bei Seeschiffen ist, neben der konkreten Positionsbestimmung und Lageerkundung, zusammen mit den anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, ein möglichst schneller und zugleich sicherer Zugang zu den Patienten entscheidend. Hier steht der Eigenschutz der Einsatzkräfte im Vordergrund (Erweiterung der persönlichen Schutzausrüstung mit Rettungswesten, parallele Absicherung durch Wasserrettungskräfte usw.). Es muss zunächst unterschieden werden, ob das Schiff die Wasserstraße befährt – sich also aktuell noch in Fahrt befindet – oder an einer geeigneten Anlegestelle festgemacht hat.

Anlegestellen in Hafenanlagen und Schleusenbereichen können in der Regel direkt von den bodengebundenen Einsatzkräften angefahren werden. Der Zugang erfolgt dann über schiffseigene Gangways oder über Hubrettungsfahrzeuge der mitalarmierten Feuerwehren. Nur so kann der zumeist mehrere Meter betragene Höhenunterschied zwischen Kaianlage und Schiffsdeck sicher überwunden werden.

Sollte das Schiff sich noch in Fahrt befinden, so muss abgewogen werden, wie groß der Zeitverlust bis zur nächsten geeigneten Anlegestelle ist. Auf dem Nord-Ostsee-Kanal (NOK) hat es sich bewährt, die dortigen Kanalfähren zur technischen Unterstützung einzusetzen. Hierbei fahren mindestens eine Drehleiter und ein Löschfahrzeug auf die Fähre, zusätzlich steigen die erforderlichen Einsatzkräfte mit ihrer tragbaren Notfallausrüstung zu. Über die in Stellung gebrachte Drehleiter gelangen die Einsatzkräfte dann auf das Schiff bzw. von dort aus zusammen mit den Patienten wieder auf die Fähre.

Außerhalb des NOK werden die Teams mit Booten der Partnerorganisationen bedarfsweise direkt zum Schiff gebracht und der dortige Höhenunterschied mit Leitern überbrückt oder, sofern dies möglich ist, das Eintreffen an der nächstmöglichen Anlegestelle abgewartet.



Abb. 70: Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Organisationen im Bereich der Elbe

An Land müssen währenddessen weitere Strukturen bedarfsgerecht aufgebaut und parallel auf das Eintreffen der Patienten vorbereitet werden. Hierbei sind die Patientenzahl sowie deren jeweilige Sichtungskategorien entscheidend:

- Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL / LNA)
- ELW-Führungsunterstützung und Transportorganisation
- Dienstfreie Kräfte der RKiSH und Einsatzkräfte der Schnelleinsatzgruppen
- Bereitstellungsraum, Rettungsmittelhalteplatz und Hubschrauberlandestelle
- Patientenablage(n) und ggf. ergänzende Behandlungsplätze
- Patientenladezone

Unterstützend können spezialisierte see- und/oder luftgestützte Verletzenversorgungsteams und Brandbekämpfungseinheiten beispielsweise aus Brunsbüttel, Hamburg oder Kiel zur Erstversorgung eingesetzt werden. Diese müssen jedoch über das Havariekommando in Cuxhaven angefordert werden und haben einen erheblichen zeitlichen Vorlauf von ca. 60 – 90 Minuten.

Näheres regelt der MANV-Plan Bundeswasserstraßen
[□ siehe Anlage vom RKiSH Dokument 0746.](#)

16.2 HOCHSEEINSEL HELGOLAND

Die deutsche Hochseeinsel Helgoland liegt ca. 48 km von der Dithmarscher Nordseeküste entfernt in der deutschen Bucht, gehört jedoch kommunalpolitisch zum Kreis Pinneberg. Neben den ca. 1.300 Insulanern befinden sich je nach Jahreszeit und Wochentag mehrere hundert Besucher auf der Nordseeinsel, die dann zumeist mit Fahrgastschiffen oder über den kleinen Regionalflugplatz nach Helgoland kommen. Zusätzlich ist die Insel mittlerweile ein bedeutender Industriestandort für die Windenergiegewinnung geworden und zieht ganzjährig entsprechend viele Arbeitskräfte an.

Neben der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein sind auch die Nordseeklinik Helgoland und mehrere Arztpraxen an der medizinischen Notfallversorgung beteiligt. Dieses regionale Netzwerk wird bei rettungsdienstlichen Großschadensereignissen mit einer Vielzahl gleichzeitig verletzter oder erkrankter Personen besonders gefordert. In diesen Fällen muss zumeist, neben den anderen sofort verfügbaren Einsatzkräften der regionalen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben, auch noch überregionale Hilfe vom Festland angefordert werden.

Dann werden, je nach Wetterlage und Uhrzeit, zivile und militärische Rettungshubschrauber aber auch bspw. die Schiffe der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger und Fährgesellschaften eingesetzt. Nur hierdurch können weitere Einsatz- und Führungskräfte sowie deren notfallmedizinische Ausrüstung schnell auf die Nordseeinsel gelangen.

Dafür werden insbesondere die Transporthubschrauber der Bundespolizei die Rettungskräfte an den Regionalflugplätzen in den Versorgungsbereichen der RKiSH aufnehmen und umgehend nach Helgoland übersetzen. Bis zu deren Eintreffen müssen die regionalen MANV-Strukturen insbesondere die (Vor-)Sichtung und gezielte Versorgung der Patienten der Sichtungskategorien ROT (SK I) und GELB (SK II) gewährleisten. Hierfür wurden weitreichende Absprachen mit den anderen BOS sowie der Nordseeklinik getroffen und erweiterte Ausstattung vor Ort eingelagert. Aber auch der Patientenabtransport in die Versorgungseinrichtungen auf dem Festland stellt eine Herausforderung dar.

Näheres regelt der MANV-Plan Helgoland [siehe Anlage vom RKiSH Dokument 0746](#).



Abb. 71: Nordseeklinik auf der Insel Helgoland

16.3 EISENBAHNHOCHBRÜCKEN ÜBER DEM NORD-OSTSEE-KANAL

Damit der Schiffsverkehr auf dem Nord-Ostsee-Kanal zu jeder Zeit ungestört ablaufen kann verfügen die dortigen Straßen- und Eisenbahnhochbrücken alle über eine lichte Durchfahrtshöhe von mindestens 42 m. Güter- und Personenzüge können diese Höhen nur mit Hilfe von langgezogenen, rampenartigen Stahlkonstruktionen und Dammbauwerken erreichen. Sollte sich bei einem Notfallereignis ein nicht mehr fahrbereiter Zug in diesen Bereichen befinden, so können die Einsatzkräfte der Feuerwehren und des Rettungsdienstes die dortigen Patienten nicht direkt erreichen.

An vordefinierten Stellen können die Einsatzkräfte über Wendeltreppen oder mit der Hilfe von Teleskopmastfahrzeugen der mitalarmierten Feuerwehren auf die Hochbrückenbauwerke gelangen. Doch auch dann sind unter Umständen noch immer weite Wegstrecken bis zur eigentlichen Schadenstelle zurückzulegen. Erschwerend kommt hinzu, dass die gesamte notfallmedizinische Ausrüstung sowie die Ausstattung zur technischen Hilfeleistung getragen werden muss. Gleiches gilt für den aufwändigen Rückweg mit den Patienten zu den bereitstehenden Rettungsmitteln.

Dieses Vorgehen bringt große Zeitverluste mit sich und erfordert zahlreiche Kräfte als Trägerunterstützung. Eine realistische Einsatzbewältigung kann daher im weiteren Verlauf nur über den Schienenweg erfolgen.

Doch auch dies bringt eine Zeitverzögerung mit sich, die insbesondere die Patienten der Sichtungskategorie ROT (SK I) wohl nicht überleben würden. Die ersteintreffenden Einsatzkräfte des Rettungsdienstes müssen daher zusammen mit der Feuerwehr möglichst zügig die Schadestelle zu Fuß erreichen und dort eine Lageerkundung bzw. die (Vor-)Sichtung und gezielte Erstversorgung sicherstellen. Weitere Unterstützungs Kräfte rücken mit ergänzender Ausstattung in zwei Arten von Rettungszügen zum Schadensort nach. Hiermit kann dann auch der spätere Patientenabtransport erfolgen.

Damit alle erforderlichen Einsatzkräfte schnell und lageoptimiert zur Schadenstellen gelangen können, wurden Alarm- und Rettungskonzepte für die beiden Eisenbahnhochbrücken in Rendsburg und Hochdonn erstellt
□ siehe Anlage vom RKiSH Dokument 0746.



Abb. 72: Hochbrücke über dem Nord-Ostsee-Kanal im Bereich Hochdonn

Stand: 08/2023

Rettungszüge

Die Einsatzkonzepte für die Eisenbahnhochbrücken in Rendsburg und Hochdonn sehen, neben der schnellen Lageerkundung und Erstversorgung durch die ersteintreffenden Einsatzkräfte, zwei Arten von schienengebundenen Rettungszügen vor:

- Medizinischer Rettungszug (MRZ)
- Technischer Rettungszug (TRZ)

Im Einsatzfall stehen die zuständige Rettungsleitstelle und die Leitstelle der Bahn in engem Dialog. Die Bahnleitstelle wiederum hat dauerhaften Kontakt zu allen Schienenfahrzeugen und weist die örtlich nächstgelegene Regionalbahn an umgehend einen der vordefinierten Bahnhöfe anzufahren. Dort müssen alle bisherigen Fahrgäste den Zug verlassen und werden dann mit Bussen zu ihrem Zielort weiterbefördert. Der nun leere Zug kann zum Medizinischen Rettungszug aufgerüstet werden. Er dient dem Transport von Mannschaft und Gerät auf direktem Weg zur Schadensstelle und im Anschluss als Transportmittel für Verletzte, Erkrankte und Betroffene zurück zu den zwischenzeitlich am Bahnhof errichteten Versorgungsstrukturen.

Standardvorgehen – Schadenstelle

Bei einem rettungsdienstlichen Großschadensereignis wird zunächst mit den sofort verfügbaren Einsatzkräften reagiert. Ein Notarzteinsatzfahrzeug und vier Rettungswagen sowie ergänzende Kräfte der Feuerwehren fahren soweit möglich die Einsatzstelle an und begeben sich dann zu Fuß zur Schadenstelle. Weitere Kräfte werden bedarfsgerecht hinzugezogen  siehe Kapitel 2 und 6.

Standardvorgehen – Medizinischer Rettungszug

Ein Notarzteinsatzfahrzeug und vier Rettungswagen sowie ergänzende Kräfte der Schnelleinsatzgruppen und der Feuerwehren begeben sich zum vordefinierten Bahnhof. Diese Einsatzkräfte nehmen ihre tragbare Ausrüstung mit in die Regionalbahn, die damit zum medizinischen Rettungszug wird. Ergänzt wird die Ausstattung durch die umfangreichen Materialien der Schnelleinsatzgruppen.

Einsatzführungsstrukturen

Die Einsatzleitung Rettungsdienst (OrgL/LNA) baut im rückwärtigen Bereich eine gemeinsame Einsatzleitung zusammen mit der Einsatzleitung der Feuerwehr auf. An der Schadenstelle und im medizinischen Rettungszug werden jeweils Einsatzabschnittsleiter des Rettungsdienstes sowie jeweils ein leitender Arzt durch die Einsatzleitung Rettungsdienst eingesetzt.

Es muss eine dauerhafte Abstimmung erfolgen, damit die erforderlichen Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht aufgebaut und die Transportorganisation der ankommenen Patienten vorbereitet werden kann. Hierbei ist zu beachten, dass eine sehr hohe Anzahl Patienten mit sämtlichen Sichtungskategorien gleichzeitig ankommen wird.

Transport der Patienten im MRZ

Die Regionalzüge der Deutschen Bahn in Schleswig-Holstein bieten Platz für ungefähr 140 sitzende Personen, die leicht verletzt und gehfähig oder nur betroffen sind. Alternativ können bis zu 20 Patienten liegend transportiert werden, indem die DIN-Krankenträger der Schnelleinsatzgruppen auf die Kopfstützen der Sitze gelagert werden. Die Kufen der Trage verhindern dabei ein Verrutschen in Längsrichtung. Neben den 20 liegenden Patienten können dann noch bis zu 60 Personen sitzend von der Schadensstelle in Richtung Behandlungsplatz befördert werden.

Gemäß den Vorgaben der Deutschen Bahn AG darf der Zug dann noch mit einer maximalen Geschwindigkeit von 20 km/h fahren.

Für eine effektive Patientenversorgung ist eine klare räumliche Struktur innerhalb des medizinischen Rettungszuges erforderlich. Dafür wird der Zug ca. in der Mitte geteilt und so in zwei Unterabschnitte untergliedert.

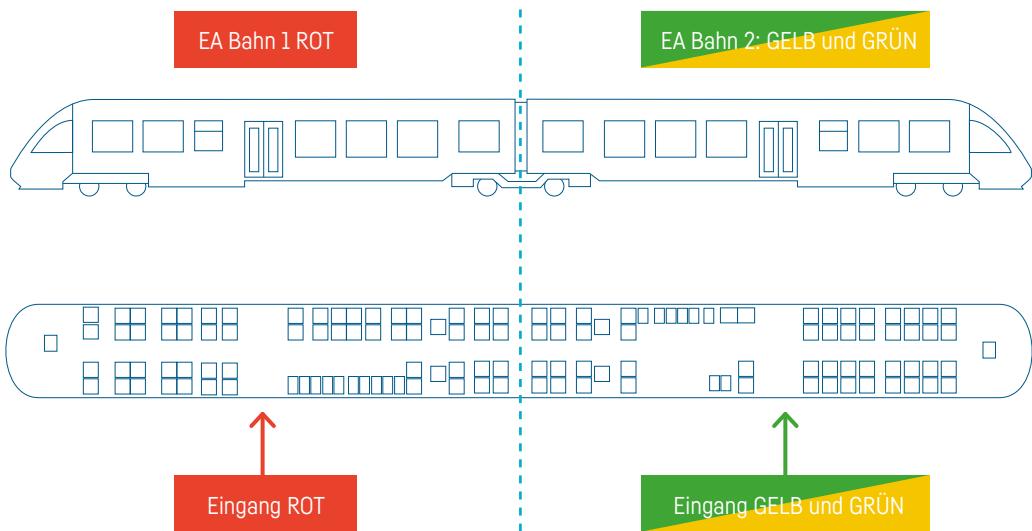


Abb. 73: Einteilung des MRZ in zwei Unterabschnitte

Der Unterabschnitt »GELB und GRÜN« ist dabei immer der Zugteil mit der Toilette, da hier aufgrund der Sitzplatzkonfiguration deutlich weniger DIN-Krankenträger abgestellt werden können.

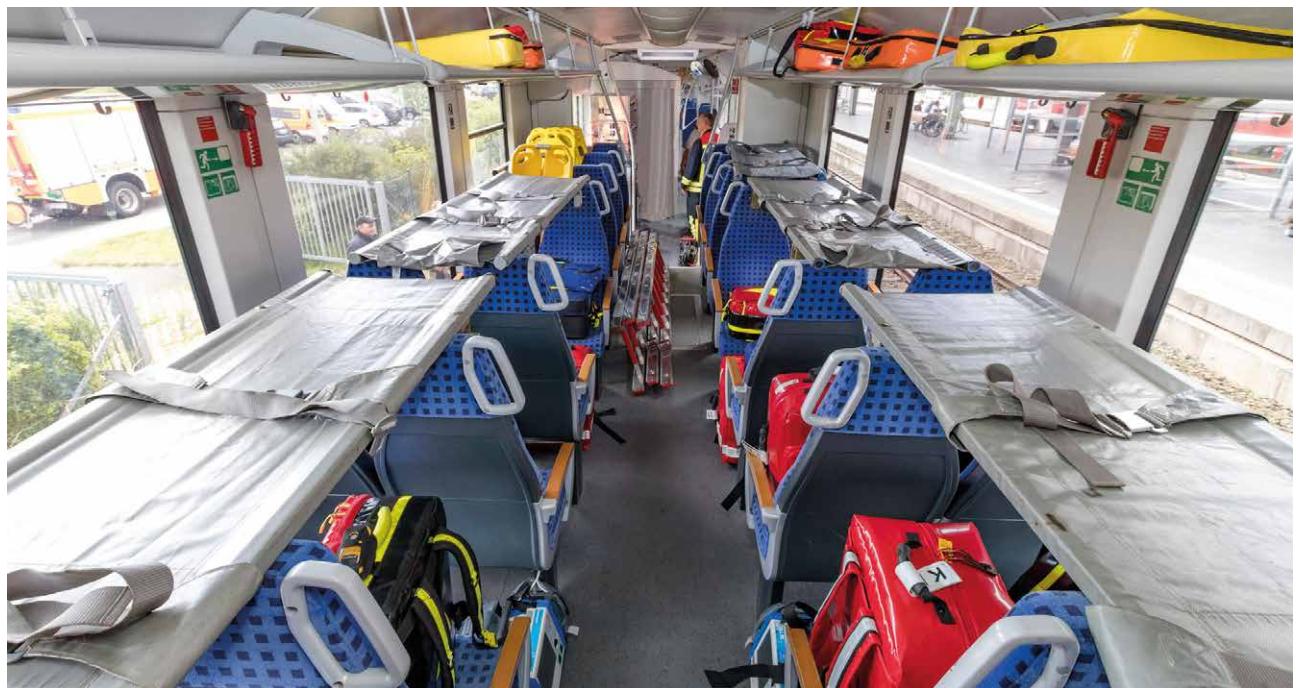


Abb. 74: Unterabschnitt ROT

Stand: 08/2023



Abb. 75: Behandlungsbereich für einen Patienten der Sichtungskategorie ROT. Die vier Holme der Trage müssen bei einem Patiententransport zur zusätzlichen Absicherung herausgezogen werden.

Neben den regelmäßigen Absprachen zwischen dem Einsatzabschnittsleiter »Medizinischer Rettungszug« und der ELRD bzw. dem ELW-Führungsunterstützung und der Transportorganisation muss auch nach der Aufnahme der Verletzten, Erkrankten und betroffenen Personen eine Abstimmung zur möglichen Abfahrt in Richtung Bahnhof erfolgen [siehe Kapitel 4.4 und 4.6](#). Der Triebfahrzeugführer des MRZ und der DB-Notfallmanager sind dabei unbedingt einzubeziehen, um die entsprechende bahnseitige Organisation sicherzustellen.

Die Entladung am Zielbahnhof erfolgt möglichst nach Sichtungskategorien priorisiert durch das rettungsdienst-

liche und feuerwehrtechnische Personal in der Reihenfolge: ROT/GELB/GRÜN. Dabei sollten die Patienten der Sichtungskategorie ROT mit einer Transportpriorität möglichst direkt vom medizinischen Rettungszug aus zu den in der Ladezone bereitstehenden Rettungsmitteln gebracht werden. Alle weiteren Patienten kommen in die entsprechenden Behandlungsbereiche des Behandlungsplatzes.

Im Anschluss könnten bei Bedarf die erschöpften Einsatzkräfte abgelöst, das verbrauchte Material wieder aufgefüllt und der medizinische Rettungszug dann umgehend wieder zur Schadenstelle zurückgeschickt werden.

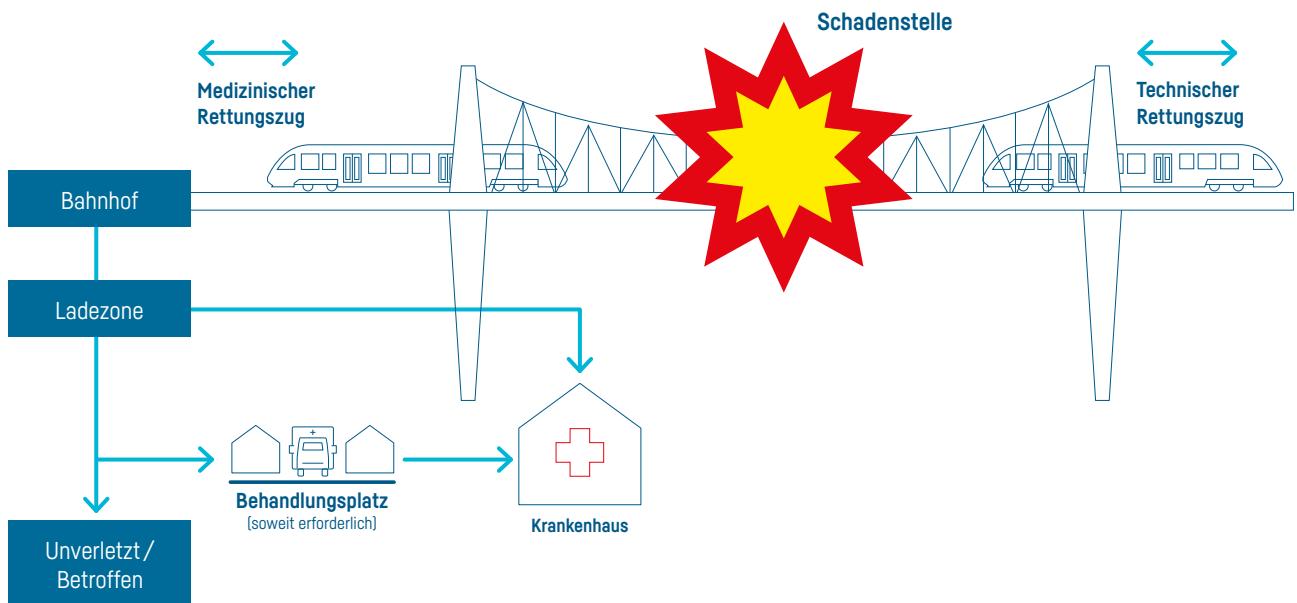


Abb. 76: Schematische Darstellung eines MRZ-Einsatzes

Technischer Rettungszug

Für den Transport weiterer personeller sowie zusätzlicher Ausrüstungskomponenten zur technischen Rettung wird im Bedarfsfall auf einen zu bildenden Technischen Rettungszug (TRZ) zurückgegriffen. Dieser TRZ wird von der anderen Seite zur Schadenstelle in Betrieb genommen. Dadurch wird die ungehinderte Zu- und Abfahrt des medizinischen Rettungszuges (MRZ) sichergestellt. Für den TRZ wird ebenfalls auf die Züge der DB Regio zurückgegriffen. Das Procedere ist ähnlich dem des MRZ. Die Feuerwehren und ergänzende THW-Einheiten fahren ihren Bereitstellungsraum an, beladen den Zug und fahren dann zur Schadensstelle. Eine Rettungswagenbesatzung sollte den TRZ zur medizinischen Absicherung mit ihrer tragbaren notfallmedizinischen Ausrüstung begleiten.

Näheres regeln die Alarm- und Rettungskonzepte für die beiden Eisenbahnhochbrücken in Rendsburg und Hochdonn [siehe Anlage vom RKiSH Dokument 0746](#).

Andere Bahnstrecken

Das Konzept der medizinischen und technischen Rettungszüge kann auf alle anderen Bahnstrecken übertragen werden, wenn beispielsweise die Zuwegung zu der eigentlichen Schadenstelle mit regulären Rettungsmitteln nicht oder nur sehr schwer möglich ist.

16.4 WEITERE SONDEROBJEKTE

In den Anlagen des RKiSH Dokuments 0746 finden sich weitere MANV-Pläne und Übersichten zu den jeweiligen Absprachen mit den anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben.

17

CHECKLISTEN

- 17.1 Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel
- 17.2 Checkliste – Einsatzleitung Rettungsdienst
- 17.3 Checkliste – Patientenablage
- 17.4 Checkliste – Rettungsmittelhalteplatz
- 17.5 Checkliste – Patientenladezone
- 17.6 Checkliste – ELW-Führungsunterstützung
- 17.7 Checkliste – Transportorganisation



17. CHECKLISTEN

17.1 CHECKLISTE – ERSTEINTREFFENDES RETTUNGSMITTEL

RKiSH ■■■■■

Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel

Seite 1/1

1 Noch nicht behandeln

Die Versorgung eines einzelnen Patienten verzögert die Hilfe für alle

2 Kurze Erstrückmeldung (über Funk)

- Lage auf Sicht [MELDEN]
- Offensichtliche Gefahren?
- ELRD erforderlich?

- M eldendes Rettungsmittel
- E-insetzt
- L-age
- D-urchgeführte Maßnahmen
- E-ingesetzte Kräfte
- N-achforderungen

3 Überblick verschaffen

- Persönliche Schutzausrüstung anlegen und HRT und Vorsichtungstasche mitnehmen
- Teamtrennung erforderlich?
- Gefahren an der Einsatzstelle?
- Abschätzung: Wie viele Verletzte? Davon vermutlich ROT?
- Feuerwehr / Polizei erforderlich?

4 Konkrete Zweitrückmeldung (über Funk)

- Ungefähr **Patientenzahl**; Davon vermutlich ROT
- Erste Nachforderung (RTW / NA / RTH)
- Konkrete Gefahren an der Einsatzstelle

5 Vorläufige Einsatzleitung übernehmen

- Vorl. Einsatzleitung Rettungsdienst übernehmen (**über Funk mitteilen**)
- Patientenablagen** im sicheren Bereich strukturieren
- Rettungsmittelhalteplatz festlegen
- An- und Abfahrtswege bestimmen

6 Spontanabtransporte verhindern

Transport- und Klinikkapazitäten für Patienten mit **Transportpriorität** freihalten

7 (Vor-)Sichtung / Versorgung

- (Vor-)Sichtung und lebensrettende Maßnahmen
- Versorgungssicherheit anstreben
- Erforderliche (Spezial-) Klinikkapazitäten
- Ständige Kontrolle auf Therapie- / Transportpriorität

8 Nachrückende Einsatzkräfte anweisen

- Versorgungssicherheit in den Einsatzabschnitten herstellen und halten
- Aufgaben konkret formulieren und klar erteilen

9 Abtransport planen (mit vorl. LNA / LNA)

- Patient + Zielklinik + geeignetes Transportmittel
- Bei Transportpriorität Abfahrt anordnen und dokumentieren

10 Übergabe an die ELRD

- Stand der bisher organisierten Maßnahmen
- Aktueller Versorgungszustand in den Einsatzabschnitten
- Bisherige Abtransporte
- Neue Aufgabe geben lassen

Checkliste – Ersteintreffendes Rettungsmittel 1/1

17.2 CHECKLISTE – EINSATZLEITUNG RETTUNGSDIENST

RKiSH ■■■■■

Checkliste – Einsatzleitung Rettungsdienst

Seite 1/2

1 Lageübergabe von der vorl. Einsatzleitung Rettungsdienst einholen

2 Kontakt zu den anderen Einsatzleitern aufnehmen (Feuerwehr / Polizei)

3 Lageerkundung durchführen

- Gefahren an der Einsatzstelle?
- Feuerwehr / Polizei erforderlich?
- Anzahl Verletzte / Erkrankte / Vorsichtungsergebnis

R-Stufe	Patientenanzahl	Alarmierte Einheiten / Module						
		RTW	KTW	NEF/RTH	MANV-T	MANV-PA25	ELW	Gruppenruf-OrgL
R5	3 bis 5	4	1	2	0	0	0	0
R10	6 bis 10	7	3	3	0	0	1	0
R15	11 bis 15	9	3	3	1	0	1	1
R20	16 bis 20	12	4	4	2	1	1	1
R30	21 bis 30	15	5	5	3	1	2	1
R40	31 bis 40	18	7	6	3	1	3	2
R50	41 bis 50	23	9	7	4	2	3	3
R75	51 bis 75	25	11	9	6	3	4	4
R100	76 bis 100	30	14	11	8	4	5	5
R125	101 bis 125	35	16	14	10	5	5	5
R150	126 bis 150	40	16	16	15	7	5	5

- Verteilung der Sichtungskategorien // verfügbare Kräfte überprüfen:
Vorplanung bei den R-Stufen: **20% ROT | 30% GELB | 50% GRÜN**
- Führungsassistenz / ELW-Führungsunterstützung erforderlich?

4 Einsatzleitung übernehmen (vor Ort und über Funk mitteilen)

- Stichworterhöhung / gezielte Nachforderungen erforderlich?
- Führungs- und Funkstruktur am Einsatzort festlegen (*siehe Rückseite*)
- Raumordnung festlegen, mit Klarnamen benennen und kommunizieren
 - Patientenablagen und ggf. Behandlungsräume
 - Rettungsmittelhalteplatz und ggf. Bereitstellungsraum
 - Hubschrauberlandestelle
 - Ladezone ggf. mit vorgelegter Pufferzone
 - Festlegung der jeweiligen Zu- und Abfahrtsregelungen

5 Einsatzabschnittsleitungen mit roten Systemmappen und HRT arbeitsfähig machen

Mit Funkgeräten ausstatten (lassen) und konkrete Arbeitsaufträge geben.
Patientendokumentation sicherstellen: Vordruck *Patientendokumentation*

- Patient (Name und Anhängekartennummer)
- Zielklinik
- Sichtungskategorie
- Transportmittel

6 Leiter Ladezone mit blauer Systemmappe + Rüstsatz und HRT Funkgeräten ausstatten (lassen) und konkreten Arbeitsauftrag geben

7 Personal- und Ressourceneinsatz (Versorgungssicherheit)

ROT Ein NotSan/RettAss pro Patient und ein Notarzt für 3 Patienten
GELB Ein NotSan/RettAss für 3 Patienten oder einen RettSan pro Patient
GRÜN Ein NotSan/RettAss/RettSan für 5 Patienten oder zwei SanH für 5 Patienten
 Dokumentation sicherstellen - Vordruck *Patienten- und Kräfteübersicht*

8 Abtransport planen (Transportprioritäten / -reihenfolge)

9 Regelmäßige Abfrage der Sichtungskategorien und Patientenzahlen

ROT | GELB | GRÜN | SCHWARZ | WEISS | Anzahl der Transportprioritäten
 Fachrichtungen / Spezialbetten

10 Abfrage der Klinikkapazitäten gezielt ergänzen

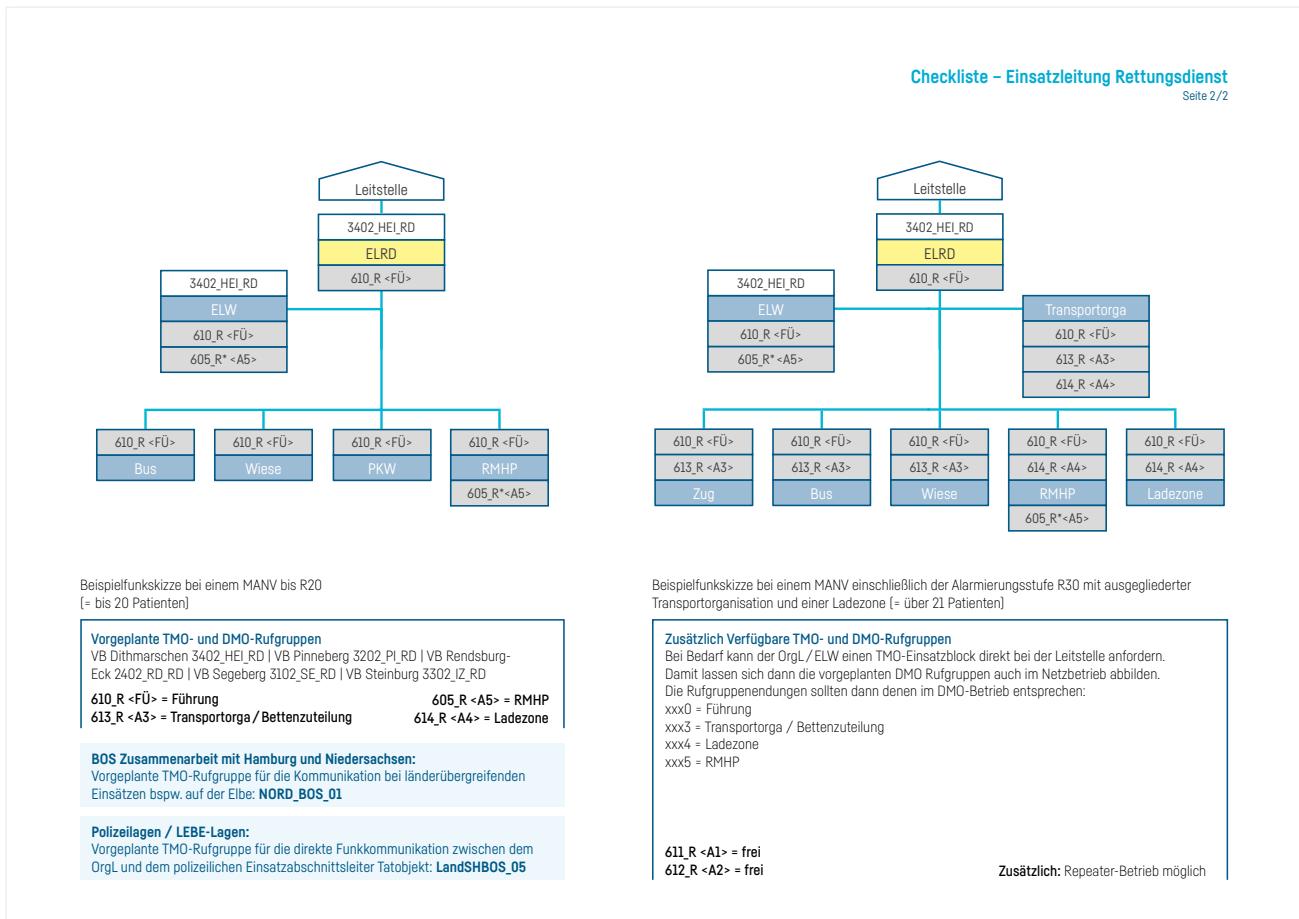
11 Rettungs- / Transportmittel zuweisen

12 Regelmäßig die **Arbeitsfähigkeit** der Einsatzabschnitte überprüfen und Hilfestellungen geben

13 Bedarfsgerechte Planung mit den anderen Einsatzleitern und der Leitstelle

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Regelmäßige Lagermeldungen an die Leitstelle sicherstellen | <input type="checkbox"/> Getränke und ggf. Wärmeversorgung |
| <input type="checkbox"/> Patientenablage für die Patienten der SK GRÜN | <input type="checkbox"/> Ablösung der Einsatz- und Führungskräfte |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsmöglichkeiten für die Patienten der SK WEISS | <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin |
| <input type="checkbox"/> PSNV/SbE/Notfallseelsorge | <input type="checkbox"/> Pressebetreuung |

Checkliste – Einsatzleitung Rettungsdienst 1/2



17.3 CHECKLISTE – PATIENTENABLAGE

RKiSH ■■■■■

Checkliste – Patientenablage

Seite 1/1

ARBEITSFÄHIGKEIT HERSTELLEN

1 Lageeinweisung vom vorl. Einsatzleiter / OrgL / ELW / Einsatzabschnittsleitung einholen

- Führungs- und Funkstruktur am Einsatzort
- Konkreter Arbeitsauftrag
- Klarnamenbezeichnung der Patientenablage
- Kommunikation und Anforderungen über OrgL / ELW / Transportorganisation / Einsatzabschnittsleitung?

2 Raumordnung / Transportorganisation (TO)

- Genaue Position und Abgrenzungen der Patientenablage
- Position des Rettungsmittelhalteplatzes und ggf. der Ladezone
- Wie kommen die Patienten zu den Rettungsmitteln / der Ladezone?
 - 1. Die jeweiligen Besetzungen holen die Patienten ab
 - 2. Tragetrupps bringen die Patienten in die Ladezone

3 Welche Digitalfunkrufgruppen werden genutzt?

- Führungsruftyp für Rückmeldungen und Nachforderungen
Vorgeplant = DMO 610_R _____
- Transportorga-Rufliste für die Bettenanforderungen / -zuweisungen
Vorgeplant ab R30 = DMO 613_R _____
- In der Funktion als Untereinsatzabschnittsleitung
Digitalfunkrufgruppe erfragen: _____

4 Rote Abschnittsleitermappe mit Führungsmaterial nutzen

- Mit weißer Weste als Einsatzabschnittsleitung kennzeichnen
- HRT-Funkgeräte aktivieren und überprüfen
- Vordrucke nutzen: *Patienten- und Kräfteübersicht und Patienten-Dokumentation*

Jeder Patient muss vor dem Abtransport in der Patientenablage dokumentiert werden
Patient [Name und Anhängerkennnummer] | Sichtungskategorie | Zielklinik | Transportmittel

MASSNAHMEMUMSETZUNG

1 Überprüfung: Liegt die Patientenablage im Gefahrenbereich?

- Kontakt zu den ggf. in diesem Bereich anwesenden Führungskräften der anderen BOS suchen [Absprachen treffen].

2 Unterstellte Einsatzkräfte einweisen und konkrete Aufträge geben

3 (Vor-)Sichtung veranlassen und dabei Anhängekarten nutzen lassen

4 Personal- und Ressourceneinsatz (Versorgungssicherheit)

ROT: Ein NotSan/RettAss pro Patient und ein Notarzt für 3 Patienten
GELB: Ein NotSan/RettAss für 3 Patienten oder einen RettSan pro Patient
GRÜN: Ein NotSan/RettAss/RettSan für 5 Patienten oder zwei SanH für 5 Patienten
 Dokumentation sicherstellen – Vordruck *Patienten- und Kräfteübersicht*

5 Regelmäßige Lagemeldungen und Anforderungen an OrgL / ELW / Einsatzabschnittsleitung

6 Abtransport mit Notarzt / LNA vorbereiten

- Transportprioritäten festlegen und melden
- Zielkrankenhäuser + Transportkapazitäten anfordern und zuordnen
- Weitere Transportreihenfolge festlegen
- Patienten-Dokumentation vor Transport immer durchführen
- Wenn die Patienten mit Tragetrupps in die Ladezone gebracht werden, so darf dies jeweils **nur** nach der vorherigen Freigabe durch OrgL / ELW / Transportorganisation erfolgen!

Regelmäßige Meldungen an OrgL / ELW / EAL abgeben (15 Min. Abfragerhythmus):
 Patientenzahl + Kategorien + Spezialbetten + freie Kräfte melden
 Spezialbetten z.B. Neurochirurgie | Beatmung | Verbrennung | Kinder

ROT – GELB – GRÜN – SCHWARZ | Anzahl der Pat. mit Transportpriorität

Sofortige Meldung an die Einsatzleitung (Führungsruftyp):
 Bei Gefahr für die Einsatzkräfte / akuten Lageveränderungen

Checkliste – Patientenablage

17.4 CHECKLISTE – RETTUNGSMITTELHALTEPLATZ

RKiSH ■■■■■

Checkliste – Rettungsmittelhalteplatz

Seite 1/2

ARBEITSFÄHIGKEIT HERSTELLEN

1 Lageeinweisung vom (vorl.) Einsatzleiter Rettungsdienst / Einsatzabschnittsleitung einholen

- Führungs- und Funkstruktur am Einsatzort
(Wem ist der Rettungsmittelhalteplatz unterstellt / Funkerreichbarkeiten)?
- (vorl.) Einsatzleitung Rettungsdienst
- ELW-Führungsunterstützung
- Einsatzabschnittsleitung / Ladezone
- Konkreter Arbeitsauftrag

2 Raumordnung / Transportorganisation (siehe Rückseite)

- Genaue Position und Abgrenzungen des Rettungsmittelhalteplatzes
 - Zu- und Abfahrtsregelung
 - Ist zusätzliches Assistenzpersonal erforderlich / angefordert?
- Positionen und Bezeichnungen der Patientenablagen / Ladezone
- Soll es einen Mindestbestand im Rettungsmittelhalteplatz geben, ab dem Rettungsmittel über den ELW angefordert werden sollen?

3 Welche Digitalfunkgruppen werden genutzt?

- Führungsruftag für Rückmeldungen und Nachforderungen
Vorgeplant = DMO 610_R
- Rettungsmittelhalteplatz-Rufgruppe für die anfahrenden Besatzungen
Vorgeplant = DMO 605_R*
- Nur auf Anweisung des Orgl. / ELW:
Ladezonenruftag (Kontakt zur Transportorga. und Ladezone)
Vorgeplant = DMO 614_R

4 Rote Mappe »Rettungsmittelhalteplatz« mit Führungsmaterial nutzen

- Mit weißer Weste als Einsatzabschnittsleitung kennzeichnen
- Mit blauer Weste als Unterabschnittsleitung kennzeichnen
- HRT-Funkergeräte aktivieren und überprüfen
- Vordruck nutzen: *Rettungsmittel-Übersicht*

MASSNAHMENUMSETZUNG

1 Ist Führungsunterstützung erforderlich?

2 Sind weitere Unterstützungs Kräfte erforderlich?

3 Raumordnung im Rettungsmittelhalteplatz festlegen

- Zu- und Abfahrtsregelung
- Halteordnung der Rettungs- / Transportmittel festlegen
Einzelzugriff: KTW / RTW / NEF

4 Jede Rettungsmittelbesatzung im Rettungsmittelhalteplatz in Empfang nehmen und eine kurze Lageeinweisung geben (lassen):

- Einsatzszenario
- Gefahren an der Einsatzstelle und Patientenanzahl vor Ort
- Positionen und Bezeichnungen der Patientenablagen / Ladezone
- Hohe Disziplin einfordern: Besatzungen müssen ihre HRT-Funkergeräte auf DMO 605_R* einstellen und bleiben bis zum Einsatzauftag an ihren Fahrzeugen

Regelmäßige Meldungen an den Orgl. / ELW (15 Min. Abfragerhythmus):

Anzahl RTW / NEF / RTH / KTW / Sonderfahrzeuge

Beispiel: 1 NEF / 3 RTW / 1 GW San / 1 Vito mit 6 Dienstfreien Kräften RKiSH

Sofortige Meldung an die Einsatzleitung / übergeordnete Einsatzabschnittsleitung (Führungsruftag):

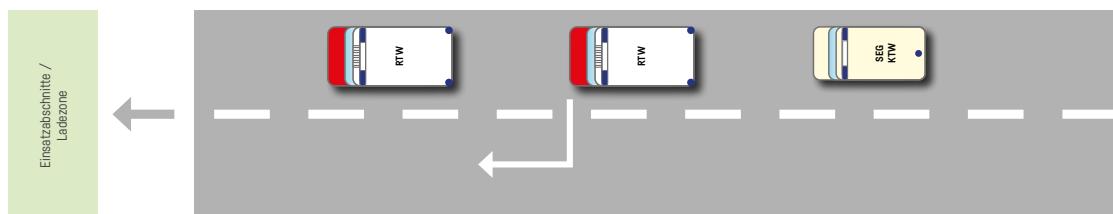
Bei Gefahr für die Einsatzkräfte / akuten Lageveränderungen

Checkliste – Rettungsmittelhalteplatz 1/2

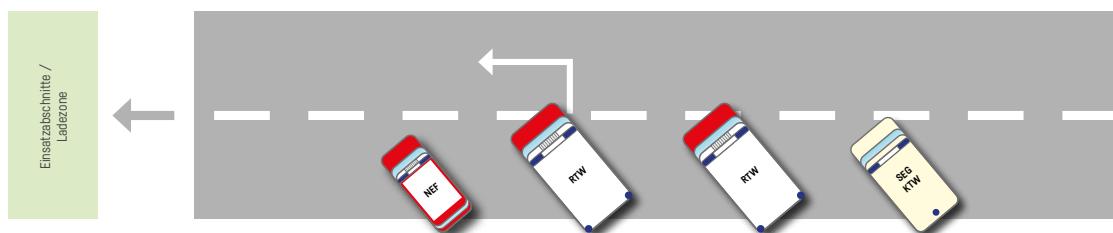
Checkliste – Rettungsmittelhalteplatz

Seite 2/2

Rettungsmittelhalteplatz mit einer freibleibenden Fahrspur



Rettungsmittelhalteplatz [Schrägparkordnung]



Checkliste – Rettungsmittelhalteplatz 2/2

17.5 CHECKLISTE – PATIENTENLADEZONE

RKISCH ■■■■■

Checkliste – Patientenladezone

Seite 1/2

ARBEITSFÄHIGKEIT HERSTELLEN

1 Lageeinweisung vom OrgL/ELW oder Transportorganisation einholen

- Führungs- und Funkstruktur am Einsatzort
- Konkreter Arbeitsauftrag
- Kommunikation und Anforderungen über OrgL, ELW oder Transportorganisation?
- Bereits direkter Zugriff auf RMHP/BR oder noch über den ELW?

2 Raumordnung / Transportorganisation (siehe Rückseite)

- Genaue Position und Abgrenzungen der Patientenladezone
 - Zu- und Abfahrtsregelung
 - Anzahl und Position der Halteplätze für die Rettungsmittel
 - Kann eine Pufferzone eingerichtet werden?
 - Ist zusätzlichen Assistenzpersonal erforderlich / angefordert?
 - Ist eine Beleuchtung erforderlich?
- Position des Rettungsmittelhalteplatzes/Bereitstellungsraumes
- Position und Bezeichnungen der Patientenablagen/BHP
- Wie kommen die Patienten in die Ladezone?
 - Besatzungen holen die Patienten ab
 - Mit Tragetrupps ⇒ Ladezone

3 Welche Digitalfunkrufgruppen werden genutzt?

- Führungsruftyp: Vorgeplant = DMO 610_R _____
- Ladezonen-Ruftyp: Vorgeplant = DMO 614_R _____
- Rettungsmittelhalteplatz: Vorgeplant = DMO 605_R* _____

4 Blaue Ladezonensmappe mit Führungsmaterial + Rüstsatz nutzen

- Mit weißer Weste kennzeichnen
- HRT-Funkgeräte aktivieren und überprüfen
- Jede Halteposition mit dem Rüstsatz kennzeichnen
- Vordrucke nutzen: Rettungsmittel-Übersicht und Patientendokumentation

MASSNAHMENUMSETZUNG

1 Ist Führungsunterstützung erforderlich?

2 Raumordnung in der Ladezone festlegen

- Zu- und Abfahrtsregelung
- Halteordnung der Transportmittel festlegen: KTW/RTW/NEF

3 Unterstelle Einsatzkräfte einweisen und konkrete Aufträge geben

4 Abklärung über OrgL/ELW: Freigabe für den direkten Zugriff auf die Rettungs- / Transportmittel im Rettungsmittelhalteplatz?

Taktgeber: Sofortige Anforderung von Rettungsmitteln sobald Halteplätze frei werden.
Dann sofortige Meldung von bereitstehenden Rettungsmitteln an den ELW / die Transportorganisation

5 Jede Rettungsmittelbesatzung in der Ladezone in Empfang nehmen

und eine kurze Einweisung in die Ladezone geben (lassen):

→ **1) Besetzungen holen Patienten aus den Einsatzabschnitten:**
Bezeichnung und Position der jeweiligen Patientenablage, sobald die Abforderung eines Rettungsmittels durch die Transportorga erfolgt [nur Rolltrage mitnehmen]. Die Transportdokumentation erfolgt im jeweiligen Einsatzabschnitt
und / oder

→ **2.) Tragetrupps bringen die Patienten:** Besetzungen müssen an ihren Rettungsmitteln bleiben (Rolltragen vorbereiten). Die Tragetrupps werden dem Leiter der Ladezone zugeordnet, sodass dieser die konkreten Aufträge von der Transportorganisation empfangen und an die Trupps weitergeben kann [DMO 614_R]

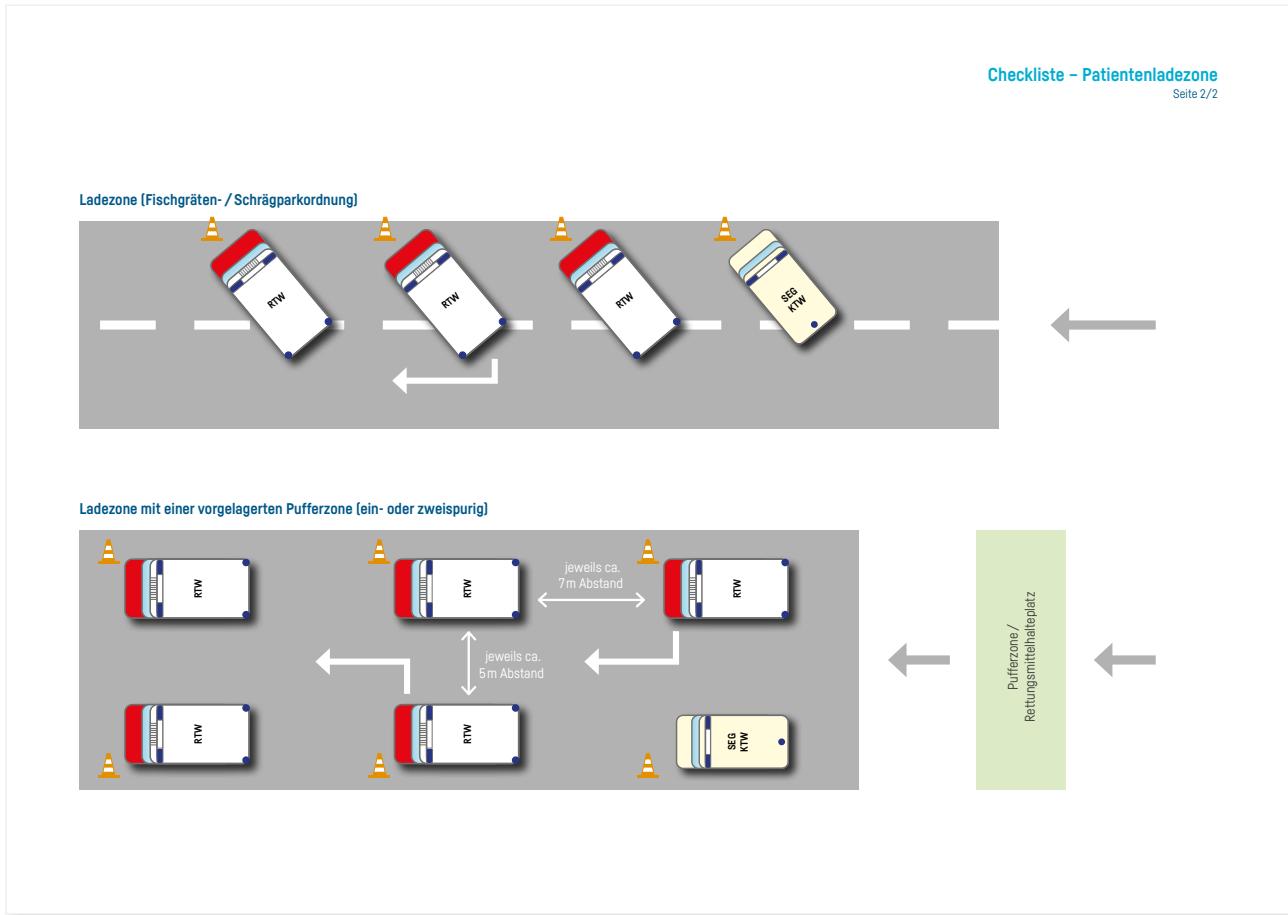
6 Dokumentation: Minimaldatensatz erheben (wenn möglich):

Patientenanhängekartennummer, Rettungsmittel und Zielklinik

7 Direkte Abfahrt! Keine weiterführende Patientenversorgung in der Ladezone.

Jede Besatzung meldet auf der Fahrt ihren Patienten über die Leitstelle an:
Patientenanhängekartennummer, Geschlecht, Sichtungskategorie, Zielkrankenhaus

Checkliste – Patientenladezone 1/2



Checkliste – Patientenladezone 2/2

17.6 CHECKLISTE – ELW-FÜHRUNGSUNTERSTÜZUNG

RKISH ■■■■■

Checkliste – ELW-Führungsunterstützung

Seite 1/3

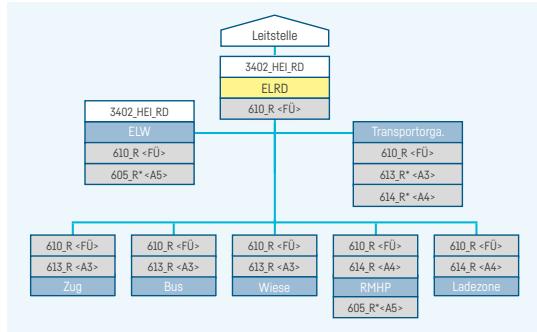
POSITION: LEITUNG-ELW

1 Mindestqualifikation

- Zugführer - Rettungsdienst

2 Aufgaben

- Funktions- und Aufgabenzuteilung im ELW
- Aufrechterhalten der ELW-Arbeitsfähigkeit
- Führungsunterstützung für OrgL./LNA
 - Führungsstrukturen etablieren
 - Eindeutige Benennung und Abgrenzung der Einsatzabschnitte
 - Kommunikationsstrukturen etablieren
 - Versorgungssicherheit herstellen
 - Patientenladezone einrichten
 - Lagemeldungen vorbereiten und übermitteln
- Transportphase einleiten
- Führen einer Lagekarte (delegierbar)



3 Was ist zu tun?

- Ausführliche Lageeinweisung vom OrgL. aktiv einholen
- Kennzeichnung als Abschnittsleitung (weiße Weste)
- Lageeinweisung des ELW-Teams | Aufgabenzuweisung
- Engen Kontakt zur Einsatzleitung Rettungsdienst halten Führungsrufruppe
- Kommunikationsplan erstellen (lassen)
- Lagekarte erstellen und führen (lassen)
- Transportorganisation initiieren (Krankenhauskapazitäten / Patientenladezone / Rettungsmittelhalteplatz / Bereitstellungsraum)
- Regelmäßig den Rettungsmittelhalteplatz abfragen (lassen)
- Regelmäßig die Patienten- und Kräftemeldungen aus den Einsatzabschnitten abfragen (lassen)
- Sind die Rettungs- und Transportmittel ausreichend?
- Regelmäßig Lagemeldungen an die Leitstelle weitergeben (lassen)
- ! Alle ELW-Positionen bei ihrer Arbeit unterstützen**
- ! Es ist ein sehr enger Kontakt zum organisatorischen Leiter erforderlich**

Ressourcen und Vordrucke nutzen:

Kommunikationsplan
Lagetafel
Taktfoler oder Whiteboard zur Lagedarstellung
OrgL-Laptop zur elektronischen Lagedarstellung | Rescuetrack | EDV | Metropoly Geobyte

Checkliste – ELW-Führungsunterstützung 1/3

Checkliste – ELW-Führungsunterstützung
Seite 2/3

<p>POSITION: KOMMUNIKATION</p> <p>1 Mindestqualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zugführer – Rettungsdienst oder Führungskraft Hilfsorganisation (mind. Fernmelder) <p>2 Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kommunikation über Digitalfunk Draht Mobilfunk <input type="checkbox"/> Übermittlung der Arbeitsaufträge an die Einsatzabschnitte <input type="checkbox"/> Entgegennahme von Anforderungen und Meldungen aus den Einsatzabschnitten <input type="checkbox"/> Ständige Verbindung zur Leitstelle halten <p>3 Was ist zu tun?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lageeinweisung vom Leiter-ELW einfordern <input type="checkbox"/> Kenntnis der Raumordnung an der Einsatzstelle <input type="checkbox"/> Kenntnis des Kommunikationsplanes <input type="checkbox"/> Sicherstellung der Kommunikation (Verbindungen herstellen, prüfen, betreiben) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TMO- / DMO-Rufgruppen: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Leitstelle: VB Dithmarschen 3402 HEI RD VB Pinneberg 3202 PL RD VB Rendsburg 2402 RD RD VB Segeberg 3102 SE RD VB Steinburg 3302 IZ RD</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Führung (610_R):</td> <td style="padding: 2px;">Bettenzuteilung (613_R):</td> <td style="padding: 2px;">Ladezone (614_R):</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">RMHP (605_R*):</td> <td style="padding: 2px;">Weitere Rufgruppe:</td> <td style="padding: 2px;">Weitere Rufgruppe:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Telefon:</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Fax:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Regelmäßig den Rettungsmittelhalteplatz abfragen <input type="checkbox"/> Regelmäßige Abfrage der Sichtungskategorien und Patientenanzahlen aus den Einsatzabschnitten jeweils zur vollen Viertelstunde sicherstellen: ROT GELB GRÜN SCHWARZ WEISS Anzahl der Transportprioritäten <input type="checkbox"/> Fachrichtungen? <input type="checkbox"/> Spezialbetten? <input type="checkbox"/> Sind die Rettungs- und Transportmittel ausreichend? <input type="checkbox"/> Regelmäßig Lagemeldungen an die Leitstelle weitergeben 	Leitstelle: VB Dithmarschen 3402 HEI RD VB Pinneberg 3202 PL RD VB Rendsburg 2402 RD RD VB Segeberg 3102 SE RD VB Steinburg 3302 IZ RD	Führung (610_R):	Bettenzuteilung (613_R):	Ladezone (614_R):	RMHP (605_R*):	Weitere Rufgruppe:	Weitere Rufgruppe:	Telefon:			Fax:			<p>POSITION: DOKUMENTATION</p> <p>1 Mindestqualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zugführer – Rettungsdienst oder Führungskraft Hilfsorganisation <p>2 Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dokumentation von: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Festgelegten Einsatzschwerpunkten <input type="checkbox"/> Entscheidungen und Arbeitsaufträgen der ELRD <input type="checkbox"/> Relevanten Lageveränderungen und Besonderheiten <ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt der Versorgungssicherheit - Beginn der Transportphase <input type="checkbox"/> Ergebnissen von Besprechungen <input type="checkbox"/> Regelmäßige Kontrolle der erteilten Aufträge <input type="checkbox"/> Recherchemöglichkeit <p>3 Was ist zu tun?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lageeinweisung vom Leiter-ELW einfordern <input type="checkbox"/> Kenntnis der Raumordnung an der Einsatzstelle <input type="checkbox"/> Kenntnis des Kommunikationsplanes <input type="checkbox"/> Informationswege innerhalb des ELW planen und sicherstellen <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Lagedarstellung (Lagekarte) <ul style="list-style-type: none"> ! Kombination von »Kommunikation« und »Dokumentation« ggf. sinnvoll (siehe Checkliste Position: Kommunikation) <p>Vordrucke nutzen: Kommunikationsplan Lagetabelle Einsatztagebuch</p> <p style="text-align: right;">→</p> <p>Vordrucke nutzen: Kommunikationsplan Lagetabelle</p>
Leitstelle: VB Dithmarschen 3402 HEI RD VB Pinneberg 3202 PL RD VB Rendsburg 2402 RD RD VB Segeberg 3102 SE RD VB Steinburg 3302 IZ RD														
Führung (610_R):	Bettenzuteilung (613_R):	Ladezone (614_R):												
RMHP (605_R*):	Weitere Rufgruppe:	Weitere Rufgruppe:												
Telefon:														
Fax:														

Checkliste – ELW-Führungsunterstützung 2/3

Checkliste – ELW-Führungsunterstützung
Seite 3/3

POSITION: TRANSPORTORGANISATION

1 Mindestqualifikation

- Zugführer – Rettungsdienst

2 Aufgaben

- Abfrage der Klinikkapazitäten (über die Leitstelle)
- Übersichten aktuell halten (Abfragen veranlassen):
 - Patientenzahl an der Einsatzstelle
 - Verteilung auf Sichtungskategorien in den Einsatzabschnitten
 - Anzahl und Positionen der Transportprioritäten
 - Verfügbare Rettungs- / Transportmittel
- Planung und Zuweisung der Klinikbetten bzw. Abtransporte
- Patientenladezone einrichten
- Patiententransfer zur Patientenladezone und Logistik festlegen und kommunizieren:
Besetzungen holen die Patienten ab oder Mit Tragetrupps => Ladezone

3 Was ist zu tun?

- Lageeinweisung vom Leiter-ELW einfordern
- Kenntnis der Raumordnung an der Einsatzstelle
- Kenntnis des Kommunikationsplanes
- Grundlegende Abfrage der Klinikkapazitäten starten
- Abtransport der Patienten planen (mit LNA)
- Regelmäßige Abfrage der Sichtungskategorien und Patientenzahlen aus den Einsatzabschnitten jeweils zur vollen Viertelstunde sicherstellen [Delegation an die ELW-Position Kommunikation]: **ROT | GELB | GRÜN | SCHWARZ | WEISS**
Anzahl der Transportprioritäten Fachrichtungen
 Spezialbetten? Neurochirurgie | Beatmung | Kindertraumatologie| Verbrennungszenrum usw.

→

Checkliste – ELW-Führungsunterstützung 3/3

Checkliste – ELW-Führungsunterstützung

Vordrucke nutzen:
Kommunikationsplan | Lagetabelle | Krankenhausplätze

Ab der Alarmierungsstufe R30 (= über 20 Patienten) übernimmt ein ELW aus einem benachbarten Versorgungsbereich die Aufgaben der Transportorganisation.
Dafür steigt die bisherige ELW-Position »Transportorganisation« auf dieses Fahrzeug über (siehe *Checkliste – Transportorganisation*). Der freiwerdende Platz wird durch eine weitere Position Kommunikation / Dokumentation wieder aufgefüllt.
Der erste eingetroffene ELW behält die Einsatzführung und hält die Verbindung zur Leitstelle. Die konkrete Abfrage der Sichtungskategorien erfolgt ab diesem Zeitpunkt über die Transportorganisation. Der einsatzführende ELW übernimmt das Kräfteamanagement und führt die folgenden Vordrucke: Kommunikationsplan | Lagetabelle | Einsatztagebuch.

RMHP = Rettungsmittelhalteplatz | KAEP = Krankenhausalarm- und Einsatzplan

17.7 CHECKLISTE – TRANSPORTORGANISATION

RKiSH ■■■■■

Checkliste – Transportorganisation

Seite 1/4

POSITION: LEITUNG TRANSPORTORGANISATION

1 Mindestqualifikation

- Zugführer - Rettungsdienst

2 Aufgaben

- Funktions- und Aufgabenzuteilung an die TO-Positionen
- Aufrechterhalten der Arbeitsfähigkeit der Transportorganisation
- Übernahme der Aufgabe Transportorganisation vom ELW-Führungsunterstützung
- Transportorganisation initiieren
 - Gezielte Abfrageerweiterung der Klinikkapazitäten
 - Auslösen der Krankenhausalarm- und -einsatzpläne (LNA)
 - Schnittstelle zwischen dem Rettungsmittelhalteplatz/BR und der Patientenladezone
 - Transportphase einleiten (falls noch nicht geschehen)

3 Was ist zu tun?

- Kennzeichnung als Abschnittsleitung (weiße Weste)
- Lageeinweisung des neu eingetroffenen TO-Teams | Aufgabenzuweisung
- Kommunikationsplan und Lagekarte vom ELW übernehmen
- Engen Kontakt zum ELW / LNA halten
- Regelmäßig den Rettungsmittelhalteplatz/BR abfragen (lassen)
- Transportorganisation initiieren (*Krankenhauskapazitäten / Ladezone / Rettungsmittelhalteplatz / Bereitstellungsraum*)
- Freiwerdende Halteplätze in der Ladezone müssen sofort nachbesetzt werden. Leerlauf vermeiden!
- Klärung: Darf die Ladezone Transportmittel eigenständig anfordern (Bypass). Voraussetzung: Versorgungssicherheit und Freigabe durch den OrgL. Ansonsten erfolgt die Zuteilung der Rettungsmittel über den ELW-Führungsunterstützung
- Entscheidung: Patiententransfer von den Einsatzabschnitten zur Ladezone organisieren:
 - Variante I.: Die Besatzungen holen die Patienten aus den Einsatzabschnitten ab
 - Variante II.: Die Patienten werden durch Tragetruppen in die Ladezone gebracht
= Sehr schnell | hoher Koordinierungsaufwand
- Lagetabelle vom ELW einfordern (alle 15 Min.)
- Sind die Transportmittel ausreichend?
- Bei Bedarf Lagemeldungen an den ELW weitergeben (lassen)
- ! Alle Positionen der Transportorganisation bei ihrer Arbeit unterstützen**
- ! Es ist ein sehr enger Kontakt zum Leiter-ELW erforderlich**

Ressourcen und Vordrucke nutzen:

Kommunikationsplan und Lagetabelle | Taktifol oder Whiteboard zur Lagedarstellung
 OrgL-Laptop zur elektronischen Lagedarstellung
 Rescuetrack | EDV | Geobyte Metropoly BOS

Ab der Alarmierungsstufe R30 (= über 20 Patienten) steigt die Führungskraft von der bisherigen ELW-Position *Transportorganisation* in den zweiten ELW über und wird dort zur Leitung Transportorganisation.

Checkliste – Transportorganisation 1/4

Stand: 08/2023

Checkliste – Transportorganisation

Seite 2/4

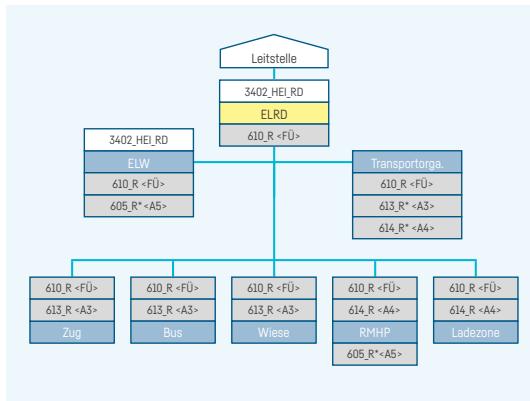
POSITION: TRANSPORTORGANISATION – KOMMUNIKATION

1 Mindestqualifikation

- Zugführer – Rettungsdienst oder Führungskraft Hilfsorganisation (mind. Fernmelder)

2 Aufgaben

- Kommunikation über Digitalfunk | Draht | Mobilfunk
- Entgegennahme von Rückmeldungen und Klinikanforderungen aus den Einsatzabschnitten
- Übermittlung der Klinikzuweisungen / -betten
- Übermittlung von Einsatzaufträgen
- Ständige Verbindung zum ELW halten



3 Was ist zu tun?

- Lageeinweisung vom Leiter Transportorganisation einfordern
- Kenntnis der Raumordnung an der Einsatzstelle
- Kenntnis des Kommunikationsplanes
- Sicherstellung der Kommunikation (Verbindungen herstellen, prüfen, betreiben):

TMO- / DMO-Rufgruppen:

Leitstelle: VB Dithmarschen 3402_HEI_RD VB Pinneberg 3202_PI_RD VB RD I V Segeberg 3102_SE_RD VB Steinburg 3302_IZ_RD		
Führung (610_R):	Bettenzuteilung (613_R):	Ladezone (614_R):
Weitere Rufgruppe:	Weitere Rufgruppe:	Weitere Rufgruppe:
Telefon:		
Fax:		

- Regelmäßige Abfrage der Sichtungskategorien und Patientenzahlen aus den Einsatzabschnitten jeweils zur vollen Viertelstunde
- Bettentzuweisung in die Einsatzabschnitte übermitteln
- Rettungsmittelanforderungen aus dem Rettungsmittelhalteplatz
- Vorgehen je nach Weisung des Leiters Transportorganisation:
 - Patienten von den Fahrzeugsbesetzungen aus den Einsatzabschnitten abholen lassen
 - Patienten von Tragetrupps in die Ladezone bringen lassen

Vordrucke nutzen:
Kommunikationsplan | Lagetabelle

Checkliste – Transportorganisation
Seite 3/4

POSITION: TRANSPORTORGANISATION – DOKUMENTATION I

1 Mindestqualifikation

- Zugführer - Rettungsdienst oder Führungskraft Hilfsorganisation (mind. Fernmelder)

2 Aufgaben

- Abfrage der Klinikkapazitäten (über die Leitstelle)
- Übersichten stets aktuell halten (Abfragen veranlassen):
 - Patientenanzahl an der Einsatzstelle
 - Verteilung auf Sichtungskategorien
 - Anzahl und Positionen der Transportprioritäten
 - Verfügbare Rettungsmittel zum Transport
 - Planung von Klinikzuweisung und Abtransport

Die Positionen TRANSPORTORGANISATION – DOKUMENTATION I und II haben die identischen Aufgaben und unterstützen sich gegenseitig. Sie arbeiten entsprechend der Vorgaben der Leitung Transportorganisation.

3 Was ist zu tun?

- Lageeinweisung vom Leiter Transportorganisation einfordern
- Kenntnis der Raumordnung an der Einsatzstelle
- Kenntnis des Kommunikationsplanes
- Abfrage der Klinikkapazitäten über die Leitstelle
- Abtransport von Patienten planen (Ladezone, Pufferzone, RMHP)
- Regelmäßige Abfrage der Sichtungskategorien und Patientenanzahlen aus den Einsatzabschnitten jeweils zur vollen Viertelstunde sicherstellen:
ROT | GELB | GRÜN | SCHWARZ | WEISS Anzahl der Transportprioritäten
- Fachrichtungen? Spezialbetten?
- Konkretisierung der Bettentabfrage und fachgerechte Zuteilung der Klinikbetten
- Transportmittel den Einsatzabschnitten / der Ladezone zuweisen
- Ladezone erforderlich? ⇒ Erlaubnis für den direkten Zugriff der Ladezone auf die Rettungsmittel im RMHP nur bei Versorgungssicherheit und Freigabe durch den OrgL
- Patientendokumentation sicherstellen ⇒ An Patientenablagen delegieren. Vordruck **Patientendokumentation** und Patientenanhängekarten nutzen lassen. Im ELW erfolgt keine Dokumentation der Patientendaten.

! Es ist ein sehr enger Kontakt mit dem LNA erforderlich
! Kombination von »TO-Kommunikation« und »TO-Dokumentation« sinnvoll
 (siehe Checkliste Position: Kommunikation)

Vordrucke nutzen:
 Kommunikationsplan | Lagetabelle | Krankenhausplätze

Checkliste – Transportorganisation 3/4

Checkliste – Transportorganisation
Seite 4/4

POSITION: TRANSPORTORGANISATION – DOKUMENTATION II

1 Mindestqualifikation

- Zugführer – Rettungsdienst oder Führungskraft Hilfsorganisation (mind. Fernmelder)

2 Aufgaben

- Abfrage der Klinikkapazitäten (über die Leitstelle)
- Übersichten stets aktuell halten (Abfragen veranlassen):
 - Patientenanzahl an der Einsatzstelle
 - Verteilung auf Sichtungskategorien
 - Anzahl und Positionen der Transportprioritäten
 - Verfügbare Rettungsmittel zum Transport
 - Planung von Klinikzuweisung und Abtransport

Die Positionen TRANSPORTORGANISATION – DOKUMENTATION I und II haben die identischen Aufgaben und unterstützen sich gegenseitig. Sie arbeiten entsprechend der Vorgaben der Leitung Transportorganisation.

3 Was ist zu tun?

- Lageeinweisung vom Leiter Transportorganisation einfordern
- Kenntnis der Raumordnung an der Einsatzstelle
- Kenntnis des Kommunikationsplanes
- Abfrage der Klinikkapazitäten über die Leitstelle
- Abtransport von Patienten planen (Ladezone, Pufferzone, RMHP)
- Regelmäßige Abfrage der Sichtungskategorien und Patientenzahlen aus den Einsatzabschnitten jeweils zur vollen Viertelstunde sicherstellen:
ROT | GELB | GRÜN | SCHWARZ | WEISS | Anzahl der Transportprioritäten
 - Fachrichtungen? Spezialbetten?
- Konkretisierung der Bettenabfrage und fachgerechte Zuteilung der Klinikbetten
- Transportmittel den Einsatzabschnitten / der Ladezone zuweisen
- Ladezone erforderlich? ⇒ Erlaubnis für den direkten Zugriff der Ladezone auf die Rettungsmittel im RMHP nur bei Versorgungssicherheit und Freigabe durch den OrgL
- Patientendokumentation sicherstellen ⇒ An Patientenablagen delegieren.
 Vordruck *Patientendokumentation* und Patientenanhängekarten nutzen lassen.
 Im ELW erfolgt keine Dokumentation der Patientendaten.

! Es ist ein sehr enger Kontakt mit dem LNA erforderlich
! Kombination von »TO-Kommunikation« und »TO-Dokumentation« sinnvoll
(siehe Checkliste Position: Kommunikation)

Vordrucke nutzen:
 Kommunikationsplan | Lagetabelle | Krankenhausplätze

Checkliste – Transportorganisation 4/4



MANV-Ausbildung der
RKiSH- und SEG-Kräfte mit der
»dynamischen Patientensimulation«
und »Führungssimulation«

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Bedeutung
A-Dienst	Leiter Rettungsdienst [oberster Einsatz- und Führungsdienst der RKiSH]
A AAO	Alarm- und Ausrückeordnung
ÄLRD	Ärztliche Leitung Rettungsdienst
B-Dienst	Organisatorischer Leiter der RKiSH
B BHP	Behandlungsplatz
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben [Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst, Ordnungsbehörden usw.]
BrSchG	Brandschutzgesetz
C C-Dienst	Vorläufiger Einsatzleiter – Rettungsdienst
DEKON V	Dekontamination Verletzter
D DLK	Drehleiter mit Korb
DME	Digitaler Meldeempfänger
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DMO	Direct Mode Operation [Digitalfunkverfahren]
E EA	Einsatzabschnitt
EAL	Einsatzabschnittsleitung
ELRD	Einsatzleitung Rettungsdienst [OrgL und LNA] = TEL-RD aus dem alten Rettungsdienstgesetz
ELW	Einsatzleitwagen
F FB	Fachberater
FF	Freiwillige Feuerwehr
FwDV	Feuerwehr Dienstvorschrift
G gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GröNo	Größeres Notfallereignis = Rettungsdienstliches Großschadensereignis [MANV] gemäß Rettungsdienstgesetz

Abkürzung	Bedeutung
H	HVB Hauptverwaltungsbeamter [Landrat]
	HRT Handheld Radio Terminal [Handfunkgerät]
I	ITH Intensivtransport Hubschrauber
J	JUH Johanniter-Unfall-Hilfe
K	KBM Kreisbrandmeister
	KdoW Kommandowagen
	KTW Krankentransportwagen
L	LF Löschfahrzeug
	LNA Leitender Notarzt
M	MANV/E Massenanfall von Verletzten / Erkrankten = Rettungsdienstliches Großschadensereignis
	MRT Mobile Radio Terminal [Fahrzeugfunkgerät]
	mStaRT modified Simple Triage and Rapid Treatment [Algorithmus für die Vorsichtung]
N	NA Notarzt
	NAW Notarztwagen
	NEF Notarzteinsatzfahrzeug
	NotSan Notfallsanitäter
O	OrgL Organisatorischer Leiter – Rettungsdienst
P	PA Patientenablage
	PSNV Psychosoziale Notfallversorgung
	PTZ5 Patiententransportzug für fünf liegende Pat. sowie ggf. zusätzlich fünf sitzende Pat.
	PuMa Presse- und Medienarbeit

Abkürzung	Bedeutung
RD	Rettungsdienst
RettAss	Rettungsassistent
RettSan	Rettungssanitäter
R	RKiSH Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein
RMHP	Rettungsmittelhalteplatz
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
SAA	Standardarbeitsanweisungen // bzw. Algorithmen und Hilfestellungen für die Patientenversorgung
SAE	Stab für außergewöhnliche Ereignisse [interner Krisenstab der RKiSH]
S	SbE Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen [PSNV]
SEG	Schnelleinsatzgruppe
SHRDG	Rettungsdienstgesetz
SHRDG-DVO	Durchführungsverordnung für das Rettungsdienstgesetz
TEL-RD	Technische Einsatzleitung – Rettungsdienst = ELD gemäß Rettungsdienstgesetz
TMO	Trunked Mode Operation [Digitalfunkverfahren]
T	TO Transportorganisation
Transportorga	Aufgabenbereich Transportorganisation im ELW-Führungsunterstützung oder eigenständig vor Ort [ab R30 bzw. über 20 Patienten vor Ort]
U	Ü-MANV Konzept zur Bewältigung von überörtlichen Massenanfällen von Verletzten und Erkrankten
USBV	unkonventionelle Spreng- und Brandvorrichtung
V	VB Versorgungsbereich – entspricht einem [Land-]Kreis
W	WL Wachenleitung

STAND 8/2023

Dieses Konzept und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes bedarf der Zustimmung der RKiSH.

Konzeption und Inhalt: Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein
Fachbereich Einsatzdienst – Abteilung Einsatztaktik

Gestaltung: vingervlug Hamburg
www.vingervlug.com

Druck: MW Medien GmbH, Hamburg
www.druck-mit-uns.de

