



Andreas Knickmann • Jörg Oberkinkhaus • Tim Piepho (Hrsg.)

Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt

Planung • Führung • Taktik

Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt

Planung, Führung, Taktik

Herausgeber

ANDREAS KNICKMANN

JÖRG OBERKINKHAUS

TIM PIEPHO



Anmerkungen des Verlags

Die Herausgeber bzw. Autoren und der Verlag haben höchste Sorgfalt hinsichtlich der Angaben von Richtlinien, Verordnungen und Empfehlungen aufgewendet. Für versehentliche falsche Angaben übernehmen sie keine Haftung. Da die gesetzlichen Bestimmungen und wissenschaftlich begründeten Empfehlungen einer ständigen Veränderung unterworfen sind, ist der Benutzer aufgefordert, die aktuell gültigen Richtlinien anhand der Literatur zu überprüfen und sich entsprechend zu verhalten.

Die Angaben von Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. ohne die besondere Kennzeichnung ®/™/© bedeuten keinesfalls, dass diese im Sinne des Gesetzgebers als frei anzusehen wären und entsprechend benutzt werden könnten. Der Text und/oder das Literaturverzeichnis enthalten Links zu externen Webseiten Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat. Deshalb kann er für diese fremden Inhalte auch keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist stets der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seite verantwortlich.

Aus Gründen der Lesbarkeit ist in diesem Buch meist die männliche Sprachform gewählt worden. Alle personenbezogenen Aussagen gelten jedoch stets für Personen beliebigen Geschlechts gleichermaßen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen oder Textteilen, vorbehalten. Einspeicherung in elektronische Systeme, Funksendung, Vervielfältigung in jeder Form bedürfen der schriftlichen Zustimmung der Autoren und des Verlags. Auch Wiedergabe in Auszügen nur mit ausdrücklicher Genehmigung.

Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt

4. Auflage 2020

Begründet von Udo B. Crespin und Hanno Peter †

© Copyright by Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH, Edewecht 2020

Satz: Bürger Verlag GmbH & Co. KG, Edewecht

Umschlagbild: Sven Neumann, Leer; Peer G. Knacke, Eutin (Hintergrund)

Druck: mediaprint solution GmbH, 33100 Paderborn

ISBN 978-3-96461-023-2

Inhalt

Geleitwort	15
Vorwort	16
Einleitung	17
Verwendete Begriffe	19
Abkürzungen	25
1 Geschichtliches – Historie von OrgL und LNA	31
1.1 Initiative und Auslöser – Ende des Dornröschenschlafes	32
1.2 Gemeinsame zeitliche Entwicklung von Organisatorischem Leiter und Leitendem Notarzt	33
1.3 Der Anfang – zuerst jeder für sich, dann gemeinsam	34
1.4 Die Fortentwicklung – vom reinen Rettungsdienst zur nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr	35
1.5 Komplexe Einsatzlagen und Landeskonzepte als Weggefährten	36
1.6 Unaufhörliches Wachstum der Szenarienvielfalt – neue Herausforderungen bleiben	36
2 Rechtsgrundlagen	39
2.1 Gesetzliche Vorgaben	40
2.1.1 Rettungsdienstgesetze	40
2.1.2 Massenanfall von Verletzten/Großschadenslage	40
2.1.3 Katastrophenschutzgesetze	42
2.1.4 Betäubungsmittelrecht	42
2.2 Rechtsstellung von Organisatorischem Leiter und Leitendem Notarzt	43
2.2.1 Status und Bestellung	43
2.2.2 Pflichten	44
2.2.3 Beziehungen zu Dritten und Weisungsrechte	44
2.2.4 Haftung	45

3	OrgL und LNA in der Einsatz- bzw. Abschnittsleitung	49
3.1	Einsatz- und Abschnittsleitung	50
3.2	Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst	54
3.3	Der Leitende Notarzt	55
3.4	OrgL- und LNA-Systeme	57
3.4.1	Praxisbeispiel: OrgL/LNA-System Großstadt Hamburg	59
3.4.2	Praxisbeispiel OrgL/LNA-System Großstadt Berlin	62
3.4.3	Praxisbeispiel OrgL/LNA-System Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH)	66
3.4.4	Praxisbeispiel OrgL/LNA-System Landkreis Leer	69
4	Führung und Führungslehre	73
4.1	Grundlagen der Führung – Feuerwehr-Dienstvorschrift 100	74
4.1.1	Führungsorganisation	75
4.1.2	Führungsvorgang	76
4.1.3	Führungsmittel	78
4.2	Führungsebenen und Führungsstufen im Einsatzabschnitt Medizinische Rettung	79
4.3	OrgL und LNA im Kontext der DV 100	82
4.4	Führungsunterstützung für OrgL und LNA	83
4.4.1	Führungsmittel	85
4.4.2	Praxisbeispiel Unterstützungsgruppe Sanitätseinsatzleitung (UG SanEL) in Bayern	89
4.4.3	Praxisbeispiel ELW Rettungsdienst Malteser Hilfsdienst Euskirchen	91
4.4.4	Praxisbeispiel ELW Rettungsdienst in der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein	94
4.4.5	Praxisbeispiel ELW 1 Rettungsdienst in Kombination mit ELW 2 im Landkreis Leer	97
4.5	OrgL und LNA im Stab	101
4.5.1	Der Stab nach FwDV 100	101
4.5.2	Personal und Arbeitsweise des Stabes	102
4.5.3	Einbindung von OrgL und LNA in den Stab	103
4.5.4	Arbeit der Sachgebiete in notfallmedizinischen Lagen	103
4.5.5	Vorausschauendes, strategisches Handeln im Stab	105
4.6	Soziologische Aspekte der Einsatzführung – der Blick auf Unsichtbares und Entscheidungen	106

4.7	Zusammenarbeit mit Presse und Rundfunk bei Einsätzen	110
4.7.1	Der OrgL als Partner der Medien	110
4.7.2	Merkmale der Pressearbeit	110
4.7.3	Absprachen im Vorfeld	111
4.7.4	Mitarbeiter instruieren	112
4.7.5	Pressearbeit an der Einsatzstelle	113
4.7.6	Information von Angehörigen und der Bevölkerung	113
4.7.7	Social Media	114
4.8	Social Media im Führungsvorgang	116
4.8.1	Generierung lagerelevanter Informationen über Social Media	116
4.8.2	Online Netzwerke: Beispiel Facebook	121
4.8.3	Online Netzwerke: Beispiel Twitter	121
5	Schnittstellen und Zusammenarbeit	125
5.1	Polizei	126
5.1.1	Aufgaben	126
5.1.2	Zusammenarbeit	127
5.2	Feuerwehr	131
5.2.1	Stellung der Feuerwehr in der Gefahrenabwehr	131
5.2.2	Abgrenzung gegenüber THW	131
5.2.3	Arten von Feuerwehren	131
5.2.4	Aufbauorganisation	132
5.2.5	Leistungsspektrum	132
5.2.6	Kennzeichnungssystematik für Führungskräfte	133
5.2.7	Einsatzleitung	133
5.3	Wasserrettung	135
5.3.1	Organisationsformen der Wasserrettung	135
5.3.2	Träger des Wasserrettungsdienstes	136
5.3.3	Einsatzoptionen und -grenzen	136
5.3.4	Wasserrettung als Einsatzabschnitt/Schnittstellen	137
5.3.5	Taktische Grundsätze	137
5.4	Bergwacht	140
5.4.1	Träger	140
5.4.2	Organisation	140
5.4.3	Technische Möglichkeiten und Grenzen	140
5.4.4	Einsatz bei Einzel-, Flächen- und Sonderlagen	142

5.5	Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW)	143
5.5.1	Organisation, Struktur und Einsatzkonzept	144
5.5.2	Einsatzmöglichkeiten beim Massenansturm von Verletzten	146
5.6	Bundeswehr	147
5.6.1	Einsatz der Bundeswehr im Innern	147
5.6.2	Struktur der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit (ZMZ-Inland)	148
5.6.3	Zuständigkeiten	150
5.6.4	Search and Rescue (SAR)	150
5.6.5	Sanitätsdienst	151
5.7	Öffentlicher Gesundheitsdienst	153
5.7.1	Organisation	153
5.7.2	Aufgaben	153
5.7.3	Rolle	154
5.7.4	Schnittstelle zur Einsatzleitung	155
5.8	Deutsche Bahn AG Notfallmanagement	157
5.9	Havariekommando – maritimes Notfallmanagement auf Nord- und Ostsee	163
5.10	Rettungshunde	167
5.10.1	Einsatzwert von Rettungshunden	167
5.10.2	Organisation der Einheiten	167
5.10.3	Ausbildung der Hunde	168
5.10.4	Vorhandene Ressourcen und Alarmierung	169
5.10.5	Einsatztaktische Aspekte	169
6	Einsatzplanung	175
6.1	Arten von MANV-Einsätzen und Planungsverteilung	176
6.2	Allgemeine MANV-Planung	179
6.2.1	Die Problematik beim MANV	179
6.2.2	Aufbauorganisation	179
6.2.3	Ablauforganisation	179
6.2.4	Die strategische Patientenorientierung	180
6.2.5	Einsatzmöglichkeiten	181
6.2.6	Überörtliche Hilfe (ÜMANV)	181
6.2.7	Strukturierung und Raumordnung	181
6.2.8	MANV-Stufen	183

6.3	Leitstelle beim MANV	185
6.3.1	Einsatzvorbereitung	186
6.3.2	Einsatzeröffnung	186
6.3.3	Unterstützung für die Einsatzleitung Rettungsdienst und die operativen Einheiten der medizinischen Gefahrenabwehr	187
6.3.4	Lagedarstellung, Lagebildvermittlung und Einsatzdokumentation	187
6.4	MANV-Stufen und überörtliche Unterstützung	188
6.5	Alarm- und Ausrückeordnung und Einsatzmittelketten (bis MANV 1.000)	191
6.6	Unterstützungspersonal	193
6.7	Evakuierung – Einsatzplanung für besondere Objekte	197
6.7.1	Besondere Objekte	197
6.7.2	Planung einer Evakuierung	197
6.7.3	Besonderheiten des Patienten-/Bewohnerkollektives	201
6.7.4	Transportmittel für mobilitätseingeschränkte Bewohner	202
6.7.5	Transportmittel für bettlägerige Bewohner	204
6.7.6	Durchführung der Evakuierung in einem Pflege-/Seniorenheim	205
6.7.7	Führungsstruktur	206
6.7.8	Mitwirkung der Einsatzleitung RD bei der Einsatzplanung und -vorbereitung	206
6.7.9	Fazit	206
6.7.10	Praxisbeispiel rettungsdienstliche Einsatzplanung Krankenhaus: Evakuierungsübung beim Umzug der Kliniken Maria Hilf in Mönchengladbach	207
6.7.11	Praxisbeispiel rettungsdienstliche Einsatzplanung für Schulen bei polizeilichen Lagen	213
6.8	Einsatzplanung für CBRN-Einsätze	216
6.8.1	Herausforderungen des medizinischen CBRN-Einsatzes	216
6.8.2	Lösungsansätze zur kommunalen Vorbereitung auf CBRN-Lagen mit kontaminierten Verletzten und CBRN-MANV	219
6.9	Personenauskunft	222
6.9.1	Das Kreisauskunftsbüro/Arbeitskreis Suchdienst	222
6.9.2	Gemeinsame Auskunftsstelle/Emergency Procedure Information Center (GAST/EPIC) der Polizei – Ergänzung der Polizeiarbeit	223
6.9.3	Registrierungsarten und -unterlagen	223
6.9.4	KAB-Arbeitsmaterialien und -unterlagen	229
6.9.5	Ausfüllregeln/Weiterleitung der Registrier- und Suchdienstkarten	231
6.10	Erkundung und Dokumentation mit Drohnen	232

7	Logistik und Vorhaltung	237
7.1	Materielle Planung bei besonderen rettungsdienstlichen Einsatzlagen	238
7.2	Praxisbeispiel: Bevorratungssatz Sanität-KatS (San-KatS) in Hessen	240
7.3	Praxisbeispiel Sanitätsmittelbevorratung des Bundes	244
7.4	Praxisbeispiel GW San NRW	246
8	Unterstützungskräfte	249
8.1	Luftrettung	250
8.1.1	Ziele der Luftrettung	252
8.1.2	Organisation der Luftrettung, Einsatzradien	252
8.1.3	Aufgaben der Luftrettung	252
8.1.4	Anforderungen an die Landestelle und Umgang mit dem RTH	254
8.2	Schnelleinsatzgruppen (SEG)	255
8.2.1	Praxisbeispiel SEG in Rheinland-Pfalz	256
8.2.2	Praxisbeispiel GW San im Rhein-Erft-Kreis	261
8.3	Einheiten des Katastrophenschutzes	264
8.3.1	Medizinischer Katastrophenschutz: Praxisbeispiel MTF Dresden	265
8.3.2	Medizinischer Katastrophenschutz: Praxisbeispiel Schnelleinsatzeinheit Sanität inkl. AB MANV Brandenburg	274
8.4	Weitere medizinische Unterstützungseinheiten: Beispiel Rettungsbus	278
8.5	ÜMANV-Konzepte	280
8.5.1	Einheiten des Katastrophenschutzes in Nordrhein-Westfalen	282
8.5.2	Praxisbeispiel ÜMANV Niedersachsen	291
8.6	Betreuung	295
8.6.1	Definition „Betreuung“	295
8.6.2	Einsatzlagen für den Betreuungsdienst	295
8.6.3	Anlaufstelle	296
8.6.4	Betreuungsstelle	296
8.6.5	Betreuungsplatz	298
8.7	Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)	300
8.7.1	PSNV im Einsatz	301
8.7.2	PSNV für Einsatzkräfte: „Hilfen für Helfer“	302

9	MANV-Einsatztaktik	305
9.1	Ordnung von Zeit, Raum und Personal	306
9.1.1	Allgemeine, eigene und Schadenslage	306
9.1.2	Gefahren an der Einsatzstelle	307
9.1.3	Ordnung des Raumes	308
9.2	Einsatzführung durch den OrgL	313
9.2.1	Einsatzschwelle für den OrgL	313
9.2.2	Wie sollte ein Einsatz eines OrgL idealerweise ablaufen?	313
9.3	Einsatzführung durch den LNA	317
9.3.1	Aufgaben des LNA im Einsatz	318
9.3.2	Szenarioabhängige Führungsmodelle	322
9.3.3	Fazit	322
9.4	Einsatzführung mit Auftragstaktik	323
9.5	Einsatz von Unterabschnittsleitern	325
9.6	Einsatz von Führungsassistenten und Führungshelfpersonal	328
9.6.1	Führungsstufe A	328
9.6.2	Führungsstufe B	328
9.6.3	Führungsstufe C	329
9.6.4	Führungsstufe D	330
9.7	Erstversorgung beim MANV	331
9.7.1	Erstversorgung im Rahmen der (Vor-)Sichtung	331
9.7.2	Erstversorgung in der Patientenablage	331
9.8	Sichtung	335
9.8.1	Kategorien, Dokumentation und lebensrettende Handgriffe	337
9.8.2	Identifikation der richtigen Patienten	339
9.8.3	Das ideale Vorsichtungsverfahren	340
9.8.4	Sichtung bei CBRN-Einsatzlagen	345
9.8.5	Elektronische Hilfsmittel und Checklisten zur Sichtung	346
9.8.6	Fazit	346
9.9	Transportorganisation	348
9.9.1	Rückblick	348
9.9.2	Führung der Transportorganisation	349
9.9.3	Patientenverteilung	349
9.9.4	Ladezone	350
9.9.5	Tragetrupps	351

9.9.6	Ausbildung	352
9.9.7	Patientenströme in Krankenhäuser beim MANV	353
9.9.8	Praxisbeispiel Ticketsystem Oberbergischer Kreis	357
9.9.9	Praxisbeispiel IVENA Hessen	360
9.10	Bereitstellungsraum Rettungsdienst	363
9.11	Einsatzmöglichkeiten der Luftrettung beim MANV	367
9.11.1	Taktische Verwendung der RTH im Einsatzverlauf	368
9.11.2	Sicherheit und Informationsbedarf der RTH beim MANV	368
9.12	Behandlungsplatz	371
9.12.1	Aufbau eines klassischen Behandlungsplatzes	371
9.12.2	BHP als Pufferzone im Krankenhaus	374
9.13	Betreuungsplatz	375
9.14	Dokumentation	377
9.15	Checklisten und Einsatzhilfen	380
9.16	Motorisierter Marsch geschlossener Verbände	386
9.16.1	Kennzeichnung	386
9.16.2	Führung	387
9.17	Praxisbeispiel MANV-Einsatztaktik auf der Führungsstufe ELRD/OrgL – Bayern	391
9.17.1	Vorgaben, Gesetze, Aufgaben	391
9.17.2	Ausbildung und Qualifikation (gemäß §§ 15 und 16 AV BayRDG)	392
9.17.3	Alarmierungsschwellen	394
9.17.4	Personalausstattung und Vorgehen	395
9.18	Praxisbeispiel MANV-Einsatztaktik – Thüringen	399
9.19	Praxisbeispiel MANV-Einsatztaktik – MANV 500-Übung in Berlin-Schönefeld, Baustelle BER	403
10	Besondere Einsatzlagen	413
10.1	Besondere Bedrohungslagen (Amok, Terror, Geiselnahme)	414
10.1.1	Amok	420
10.1.2	Praxisbeispiel Einsatzkonzept Lebensbedrohliche polizeiliche Einsatzlagen (LEBE) in Schleswig-Holstein	422
10.2	CBRN-MANV – medizinische Versorgung CBRN-kontaminierter Betroffener	427
10.2.1	Konsentierete Abläufe des medizinischen CBRN-Einsatzes	427

10.2.2	Medizinische Versorgungskette beim CBRN-MANV	428
10.2.3	Aufbau und Betrieb der Kontaminiertenablage im CBRN-Einsatz	429
10.2.4	Tätigkeiten in der Kontaminiertenablage	430
10.2.5	Tätigkeiten in der Dekontaminationsstrecke Dekon-V und Übergabe	437
10.2.6	Übernahme dekontaminierter Verletzter in den Reinbereich	438
10.2.7	Kursangebot „Medizinisches Management im CBRN-Einsatz“ an der AKNZ	438
10.2.8	Praxisbeispiel Transport infektiöser Patienten bei Großevakuierungen/Räumungen (Koblenzer Modell)	438
10.3	MANV-Einsätze im schwierigen Terrain	441
10.3.1	Praxisbeispiel Zuganglück Bad Aibling	443
10.3.2	Praxisbeispiel Übung im Bahntunnel im Thüringer Wald	446
10.3.3	Praxisbeispiel Führunglück Amrum	452
10.3.4	MANV bei Extremwetterlagen	457
10.4	Großveranstaltungen	461
11	Ausbildung	465
11.1	Bedürfnisse an die Ausbildung von OrgL	466
11.2	Übersicht über die OrgL-Ausbildung in den Bundesländern	468
11.3	Musterausbildungsplan	473
11.4	Praxisbeispiel OrgL-Ausbildung in Thüringen	478
11.5	Praxisbeispiel OrgL-Ausbildung in Bayern (Staatliche Feuerweherschule Geretsried)	480
11.5.1	Konzept zur Aus- und Fortbildung der OrgL in Bayern	480
11.5.2	Zulassungsvoraussetzungen	480
11.5.3	Ablauf der Ausbildung	480
11.5.4	Gliederung der Ausbildung	481
11.6	Praxisbeispiel Zugführer-/OrgL-Ausbildung an der DRK-Landesschule Nordrhein (LANO)	484
11.6.1	Profil des Teilnehmers (Voraussetzungen)	484
11.6.2	Inhalt der Ausbildung	484
11.6.3	Gestaltung einer Prüfung	486
11.6.4	Ansprüche an die Dozenten	486
11.7	Bedürfnisse an die Ausbildung von LNA	487
11.8	Musterausbildungsplan	488
11.9	Praxisbeispiel gemeinsamer LNA/OrgL-Lehrgang in Rheinland-Pfalz	490

12	Fortbildung und Übung	493
12.1	Warum sollten MANV-Übungen regelmäßig durchgeführt werden?	494
12.2	Allgemeine Übungsproblematiken	495
12.3	Übungsarten	496
12.3.1	Planübung	496
12.3.2	Simulationstraining	497
12.3.3	Vollübung, Alarmübung	498
12.3.4	Teilübungen	499
12.3.5	Erkenntnisse	502
12.4	MANV-Simulation in Aus- und Fortbildung und bei Übungen	503
12.4.1	Dynamische Patientensimulation	503
12.4.2	Führungssimulation MANV	505
12.4.3	Ausblick	506
12.4.4	Praxisbeispiel: Simulationsübungen Wasserrettung	507
12.5	Kombinierte Übungen	509
12.5.1	Die Zielsetzung	509
12.5.2	Die MANV-Übung – Sinn und Unsinn	509
12.5.3	Praxisbeispiel: Kombinierte dPS / Realübungen BF Leer	511
12.5.4	Praxisbeispiel ELW RD-Übungen RKiSH	513
12.5.5	Praxisbeispiel: Zertifizierung und Rezertifizierung in Bayern	515
	Anhang	519
	Herausgeber und Autoren	520
	Abbildungsnachweis	526
	Index	527

Geschichtliches – Historie von OrgL und LNA



„Die Theorie hat es weise angeführt; aber es bedarf des Faktischen!“
(Quintilian, 30–96 v. Chr.)

Was in dieser Aussage zur Diskrepanz von Theorie und Praxis zutreffend beschrieben ist, lässt sich auch auf die Historie und hier zunächst die Geburtsstunde des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst (OrgL) übertragen. Sprechen wir metaphorisch von einer Geburtsstunde, so gilt es im Folgenden, das „Aufwachsen“ des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst und dessen Bedeutung darzustellen. Diese Entwicklung geht weit über den reinen Rettungsdienst hinaus und verortet den Organisatorischen Leiter im Gesamtsystem der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr (npol GA) heute.

1.1 Initiative und Auslöser – Ende des Dornröschenschlafes

UDO B. CRESPIN

Das Ereignis – der Weg zum Faktischen: Es ist Freitag, der 11. Januar 1985, 15.11 Uhr, Autobahn 61, Köln in Richtung Koblenz, Autobahnabschnitt Weilerswist in Fahrtrichtung Rheinbach und Gegenfahrbahn. Dies ist der Blick auf eine der höchstfrequentierten Autobahnen in der Bundesrepublik. Eine plötzlich auftretende Nebelbank über 14 Kilometer Länge, ausgebreitet über beide Fahrbahnen bei diffus blendender Wintersonne und +1 °C, gestaltet diese Fläche durch hinzukommendes Blitzeis zur nie dagewesenen größten einsatztaktischen, technischen und medizinischen Flächenlage auf Autobahnen im Land Nordrhein-Westfalen.

Das Ergebnis bzw. die Lage: 28 Kilometer Autobahn als Schadensgebiet, durch Mittelleitplanken

getrennt je 14 Kilometer, elf Unfallschwerpunkte und eine auch zum damaligen Zeitpunkt nicht abschließend festgestellte Anzahl von kleineren Schadensstellen, teils mit Verletzten, teils „nur“ Pkw, teils mit Lkw- und Busbeteiligung; 13 primär Tote, 52 polytraumatisierte Notfallpatienten, geschätzte 160 Leichtverletzte sowie eine nicht abschließend festgestellte Anzahl zu betreuender Personen. Die grobe Schätzung ergab eine Anzahl von ca. 650 Personen, die ihre Fahrzeuge nicht mehr bewegen konnten.

In der dem Einsatz nachfolgenden Einsatzanalyse wurde u. a. öffentlich objektiviert, ...

- dass Einsatzstellen bereits unterhalb dieser Eskalationsstufe im Bereich der Einsatzabschnittsführung und Einsatzabschnittsorganisation des Rettungsdienstes und zusätzlicher



Abb. 1: Einsatzstelle auf der A 61 im Januar 1985 bei Swisttal (Foto: Balthasar Schumacher, Feuerwehr Swisttal)

Komponenten (heute: Einsatzabschnitt Medizinische Rettung) eines frühzeitig am Einsatzort verfügbaren, für die Einsatzabschnittsführung weisungsbefugten taktischen Verantwortlichen bedürfen (Organisatorischer Leiter Rettungsdienst, OrgL),

- dass Einsatzstellen bereits unterhalb dieser Eskalationsstufe im Bereich der notfallmedizinischen und medizinischen Versorgung von Verletzten und Erkrankten eines frühzeitig am Einsatzort verfügbaren und weisungsbefugten ärztlichen Verantwortlichen in der medizinischen Organisation des Schadensgebietes bzw. der Einsatzstelle/des Einsatzraumes bedürfen (Leitender Notarzt, LNA).

Die aus dieser Einsatzanalyse nunmehr – wie im zeitlichen Vorfeld bereits auf theoretischer Basis geforderte – unabänderliche faktische Einsicht lautet: „No way out“ – es gibt kein zurück! Es ist die

Geburtsstunde des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst (OrgL).

Für den an der Einsatzbewältigung primär beteiligten Kreis Euskirchen erfolgte die seit Langem in der Theorie diskutierte offizielle Einführung der beiden Funktionen „Organisatorischer Leiter“ und „Leitender Notarzt“ noch im gleichen Halbjahr (1985). Das Konzept und die Aufgabenabgrenzung zu beiden Funktionen erfolgte sukzessive durch die weitere Auswertung von Informationen zu örtlichen und überörtlichen Realeinsätzen. Die Aufgabenstellung des Leitenden Notarztes wurde im Verlauf an die Vorgaben der Bundesärztekammer geknüpft (BÄK 1988). Die Funktion des Organisatorischen Leiters wurde sukzessive an die Vorgaben des Landes Nordrhein-Westfalen (IdF NRW 2000) angelehnt. Seit dem Jahr 1987 besteht ein kombiniertes OrgL-LNA-System mit einer Dienstbereitschaft von 24 Stunden über 365 Tage.

1.2 Gemeinsame zeitliche Entwicklung von Organisatorischem Leiter und Leitendem Notarzt

Es ist mitnichten Zufall, dass die Geschichte des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst und die des Leitenden Notarztes in zeitlicher und sachlicher Parallele zu einander geschrieben werden und in der Praxis vielerorts der gleiche Fortgang in Entwicklung und Umsetzung ersichtlich ist. Die intensive Betrachtung des zeitlichen Vorfeldes zu 1985 zeigt, dass bereits zum Zeitpunkt des eingangs genannten Schadensereignisses auf der Bundesautobahn bundesweit Forderungen der einschlägigen Vereinigungen im Rettungsdienst und in der Notfallmedizin nach einem „Leitenden Notarzt (LNA)“ laut geworden waren. Die Notwendigkeit einer organisatorischen Führungsfunktion im Rettungsdienst beispielsweise bei einer Vielzahl von Verletzten und Erkrankten war längst in ein fachliches und politisches Diskussionsfeld gerückt. Erste Ansätze für die Beschreibung der Stellung und des Aufgabengebietes eines mehr als wünschenswerten „Leitenden Notarztes“ für den Rettungsdienst ergaben sich dann beispielsweise im Rahmen des sogenannten „Wesergespräches“ im September 1987 (Stratmann

1988). Zu beachten ist hierbei, dass im Jahr 1987 eine Fokussierung der Tätigkeit im Bereich des reinen Rettungsdienstes erfolgte. Ein Blick auf die heute bestehenden, weit über den Rettungsdienst hinausgehenden Rollen des Leitenden Notarztes und des Organisatorischen Leiters als integrativer Bestandteil der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr blieb aus. Zum damaligen Zeitpunkt ist dies nachvollziehbar, da in der Regel weder die jeweiligen Funktionen in den Systemen eingerichtet waren, noch repräsentative Einsatzerfahrungen vorlagen.

Schauen wir nunmehr einmal zeitlich punktuell nach vorn: Ab dem Jahr 2010 erkennen wir allein in der Qualifizierung von Organisatorischen Leitern und Leitenden Notärzten, dass vielerorts gemeinsame Qualifizierungslehrgänge und gemeinsame Fortbildungen angeboten werden: so zum Beispiel die Lehrgänge „Leitender Notarzt und Organisatorischer Leiter“ der RWTH-Uniklinik Aachen in Zusammenarbeit mit der Malteser Ausbildungsstätte Aachen oder am Institut der Feuerwehr in Münster, die seit 2010 bzw. 2017 von der Ärzte-

kammer anerkannt sind, oder die Fortbildung „Massenanfall von Verletzten und Erkrankten (MANV)“ der Akademie für Notfallplanung und Zivilschutz des Bundes (AKNZ) in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Die Notwendigkeit eines weiteren einsatztaktischen Miteinanders angesichts wachsender Anforderungen und immer schnellerer Entwicklungen wurde auch an dieser Stelle erkannt.

Zurück zum Startpunkt des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst. Die Zeitenwende zunächst im System des Rettungsdienstes hin zum Organisatorischen Leiter Rettungsdienst findet sich im Zeitkorridor rund um das Jahr 1985. Bereits im Vorfeld existierten bundesweit disloziert erste probate gedankliche Ansätze zu einer mit organisatorischen Aufgaben beim Massenanfall von Verletzten und Erkrankten betrauten Führungskraft. Von einer

generellen oder konkreten Einführung einer solchen Führungskraft, insbesondere eines originären Organisatorischen Leiters Rettungsdienst (OrgL), waren die Systeme dennoch weit entfernt.

MERKE

Heute, nach mehr als 30 Jahren, sprechen wir sowohl beim Organisatorischen Leiter Rettungsdienst als auch beim Leitenden Notarzt von einer einsatztaktischen *conditio sine qua non* – einer unbedingten Bedingung, ohne die eine Einsatzbewältigung in Anwendung der Dienstvorschrift 100 „Führen und Leiten im Einsatz“ in komplexen notfallmedizinischen und medizinischen Lagen (Sammelbegriff) nur unzulänglich zu erfüllen wäre.

1.3 Der Anfang – zuerst jeder für sich, dann gemeinsam

Die Herleitungen und Planungen zur Einrichtung der beiden Führungsfunktionen Leitender Notarzt und Organisatorischer Leiter im Rettungsdienst fanden ab Mitte der 1980er-Jahre zunächst jedoch im Rahmen zweier getrennter Teilbereiche statt. Zum einen erfolgten diese im Bereich der Medizin, speziell der Notfall- und Katastrophenmedizin, zum anderen im Bereich der taktisch-technischen Organisation. Wurden auf der einen Seite dahingehend die begründeten Planungsgrundlagen durch die Ärzteschaft geltend gemacht, so standen auf der anderen Seite die Feuerwehren und die Hilfsorganisationen in Erwartung. Es gab in der Herleitung der beiden Positionen in der Erstphase der Entwicklungen, d.h. seit dem Jahre 1985 bis Anfang der 1990er-Jahre, stets eine wie ein Damoklesschwert über den Sachverhalt schwebende zentrale Fragestellung:

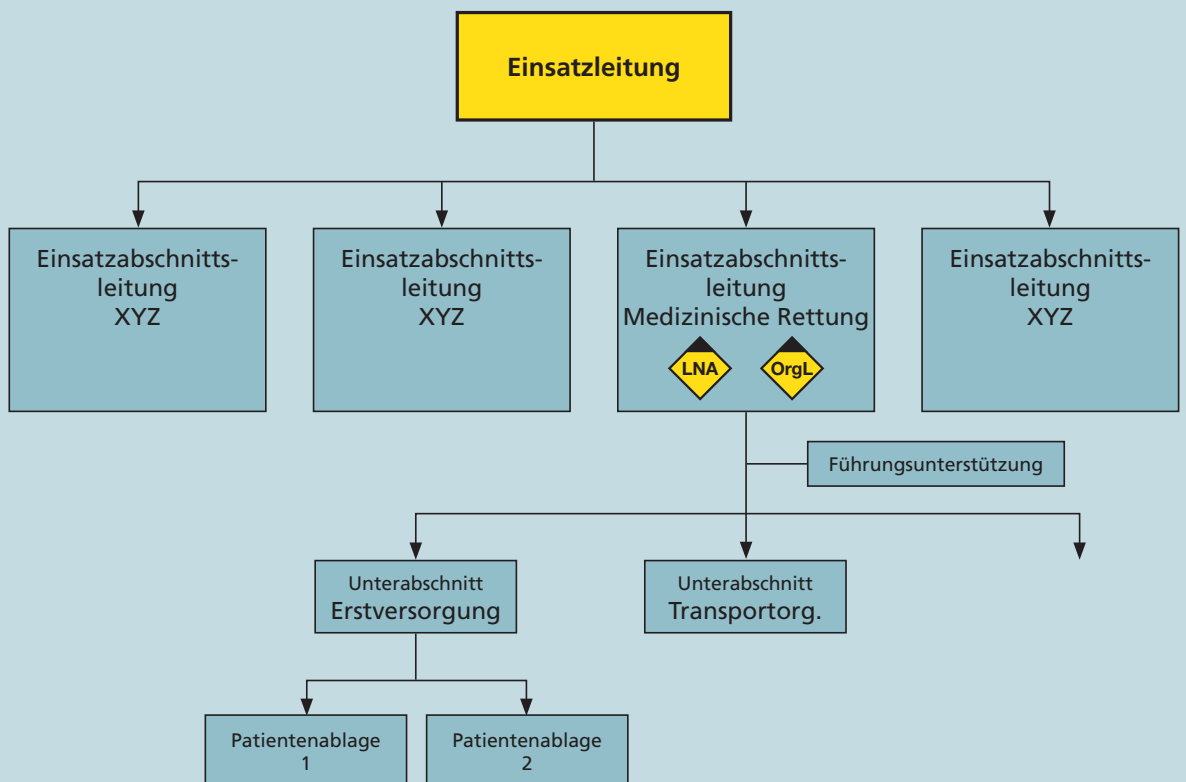
„Sind Leitender Notarzt und Organisatorischer Leiter nun Konkurrenten in der medizinisch-organisatorischen und einsatztaktisch-logistischen Aufgabenwahrnehmung (Konkurrenzgedanke) oder können die beiden Aufgabenstellungen in der Position und Funktion – hier einmal in der Sprache der Medizin – fein chirurgisch getrennt und in

der ganzheitlichen Einsatzabwicklung synergetisch zusammengeführt werden (Partnergedanke)?“

Der Blick in die Entwicklung der Rettungsdienstgesetze der Bundesländer lässt erkennen, dass der Leitende Notarzt den gesetzlich fundierten Weg in das Rettungssystem weitaus frühzeitiger als der Organisatorische Leiter gefunden hat. Am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen ist festzuhalten, dass der Leitende Notarzt bereits im Jahre 1992 als gesetzliche Pflichteinrichtung Eingang in den Rettungsdienst fand. Lässt auch im Jahre 1991 ein Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW erstmals den Begriff eines Organisatorischen Einsatzleiters erkennen, ist hier der gemäß Dienstvorschrift 100 eindeutig definierte Einsatzleiter (Gesamteinsatzleiter) angesprochen. Die Bundesländer Bayern und Rheinland-Pfalz haben zu diesem Zeitpunkt im Rahmen von Konzepten sowie Rahmen- und Einsatzplänen bereits den Organisatorischen Leiter Rettungsdienst mit landesweitem Ansinnen eingeführt.

Bei der Beantwortung der oben bei Weitem nicht rhetorisch gemeinten Frage, ob Organisatorischer Leiter und Leitender Notarzt nun Konkur-

OrgL und LNA in der Einsatz- bzw. Abschnittsleitung



Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst und der Leitende Notarzt sind nach den Vorgaben der Länder für den Einsatzabschnitt Medizinische Rettung (auch: Einsatzabschnitt Gesundheit) zuständig. Die Grundlage zur Ausübung dieser Führungsfunktion ist die Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 (FwDV), welche sich nach dem Schadensfeuer von August 1975 in der niedersächsischen Lüneburger Heide in Deutschland etabliert hat. Aufgrund der Größe dieses Einsatzabschnittes bedarf es zudem Unterabschnitten, die im Folgenden beschrieben werden. Hierüber hinaus werden Praxisbeispiele von OrgL/LNA-Systemen aus Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein vorgestellt.

3

3.1 Einsatz- und Abschnittsleitung

MALTE PÜTZ

Im August 1975 brannte die niedersächsische Lüneburger Heide. Das Schadensfeuer breitete sich über eine Fläche von 8.000 Hektar Forst aus und hinterließ eine Schneise der Verwüstung. Fünf Feuerwehrleute verloren ihr Leben, als sie von den Flammen eingeschlossen wurden. Dieser Brand war nicht nur wegen seiner Größe von besonderer Bedeutung. Auch zeigte diese Naturgewalt eklatante Mängel in der Abarbeitung einer solchen Einsatzlage auf. Es war ein „heilloses Durcheinander“ zwischen Funktionsträgern der örtlichen Feuerwehren, der administrativ-organisatorischen Ebenen, der Grenzpolizei, Fachleuten u. v. m.

Deutlich wurde, dass es an *einheitlicher Führung* fehlte. Man behalf sich schließlich mit Strukturen der Bundeswehr, um diese Einsatzlage in den Griff zu bekommen.

Heute, 45 Jahre später, ist eine solche Situation nicht mehr vorstellbar. In der Bundesrepu-



Abb. 2: Löschfahrzeuge der Freiwilligen Feuerwehr und der Bundeswehr sowie Wasserwerfer des Bundesgrenzschutzes (Wasserwerfer 4000) sammeln sich in Eschede für den Einsatz (Foto: Hildegard Markmann/Wikipedia).

blik Deutschland gilt flächendeckend die Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 (FwDV 100) „Führung und Leitung im Einsatz“. Diesem Beispiel folgten Hilfsorganisationen wie u. a. das DRK und die Bundesanstalt THW. Auch die Polizei bedient sich flächendeckend einer Vorschrift, der Polizei-Dienstvorschrift 100 (PDV 100), die nach Maßstäben der Polizei das Führen definiert.

Die FwDV 100 beschreibt ein schon oft in der Literatur dargelegtes Führungssystem, bestehend aus den Modulen Führungsorganisation, Führungsvorgang und Führungsmittel.

Die Führungsorganisation trägt Sorge, dass die Arbeit der Führungskräfte reibungslos verlaufen kann. Sie organisiert die *Führung und Leitung* eines Einsatzes unter dem Aspekt „WER ist WEM unterstellt“. Diese Führungsorganisation gelingt bei der kleinsten Einheit eines Trupps bis hin zur größten vorstellbaren Einsatzlage mit einer Menge an Großverbänden und hunderten von Einsatzkräften.



Abb. 1: Escheder Feuerwehrmänner im brennenden Wald in der Lüneburger Heide 1975 (Foto: Hildegard Markmann/Wikipedia)

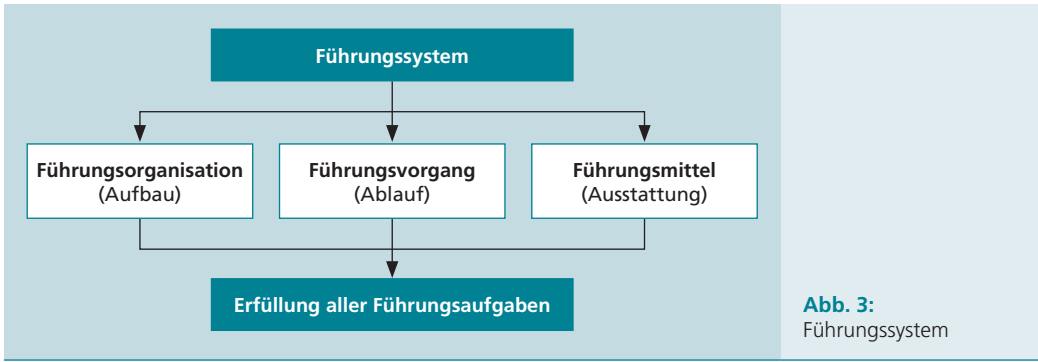


Abb. 3:
Führungssystem

Alle Führungsorganisationen haben eines gemeinsam: Einer steht an oberster Stelle. Ist es in einem Trupp noch ein Truppführer, so ist es an anderer Stelle ein Verbandsführer, Einsatzabschnittsleiter oder Einsatzleiter.

Der *Einsatzleiter* ist gesamtverantwortlich für den laufenden Einsatz. Man spricht hier auch von dem sog. Highlander-Prinzip (nach dem Spielfilm „Highlander – Es kann nur einen geben“ von 1986). Ihm sind alle Einsatzkräfte unterstellt und er ist allen weisungsbefugt.

Die Gesetzgebung der Bundesländer bezüglich des Feuerwehrrechts im Rahmen der Brand- und Katastrophenschutzgesetze geht hier näher darauf ein und differenziert die jeweiligen Zuständigkeiten.

Nach FwDV 100 besteht die Einsatzleitung aus dem Einsatzleiter, Führungsassistenten und einer rückwärtigen Führungseinrichtung wie zum Beispiel der Leitstelle. Je nach Größe des Einsatzes, der Menge der zu führenden Kräfte und dem daraus

entstehenden Führungsaufwand kann zwischen den *Führungsstufen A bis D* unterschieden werden.

MERKE :

Führungsstufen

- A: Führen ohne Führungseinheit
- B: Führen mit örtlichen Führungseinheiten (z. B. ELW mit Führungstrupp).
- C: Führen mit einer Führungsgruppe
- D: Führen mit einem Führungsstab

Bei langanhaltenden oder ausgedehnten Einsatzlagen kann eine übergeordnete Leitung durch den politisch *Gesamtverantwortlichen* (z. B. den Oberbürgermeister, Landrat etc.) vonnöten werden. Dieser übernimmt die Gesamtleitung und koordiniert die Aufgaben sowohl in einem Verwaltungs- oder Krisenstab (administrativ-organisatorische Komponente) als auch in einem Führungsstab bzw. einer

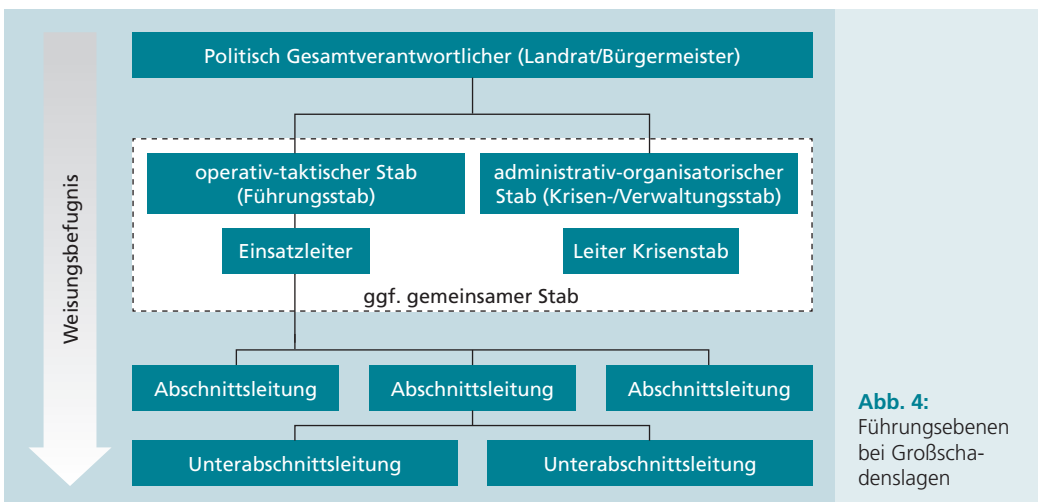


Abb. 4:
Führungsebenen bei Großschadenslagen

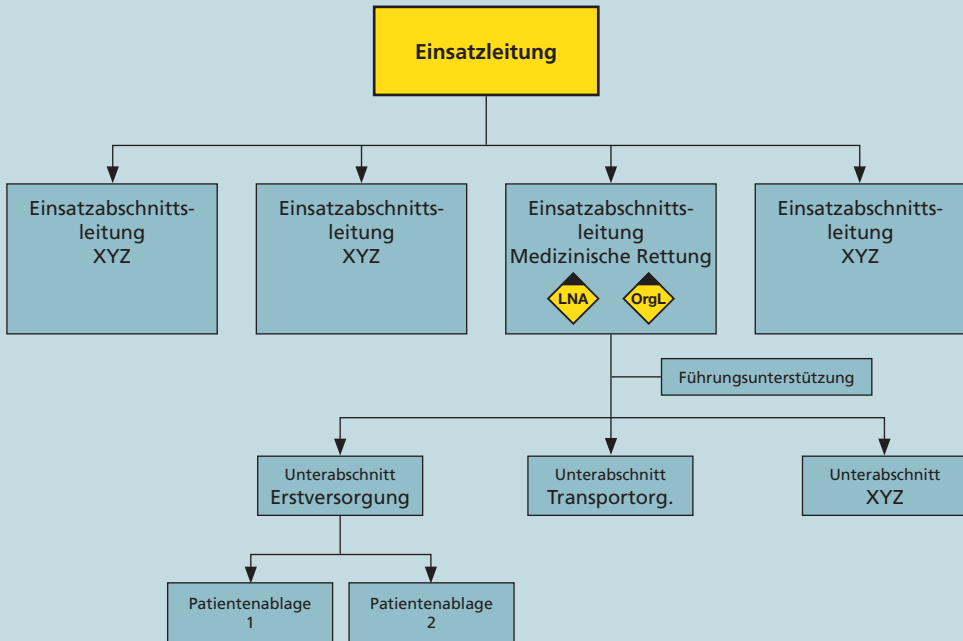


Abb. 5: Führungsorganisation

sog. Technischen Einsatzleitung (operativ-taktischen Komponente).

Da ein Einsatzleiter bei großen Lagen selten alle an der Einsatzstelle erforderlichen Maßnahmen selbst koordinieren kann, bedient er sich im Rahmen der Führungsorganisation des Instruments der Einsatzabschnittsbildung. Im Rahmen dieser kann er die *Einsatzabschnitte (EA)* entweder *nach Örtlichkeiten* (z. B. EA Bus, EA Bahnhof, EA Haupteingang usw.) oder aber *nach Art der Tätigkeit* (z. B. EA Technische Rettung, EA Medizinische Rettung, EA Betreuung, EA Wasserversorgung usw.) bilden (s. Abb. 5). Damit delegiert er die Zuständigkeit dann an die sog. Einsatzabschnittsleiter, die in der Folge gesamtverantwortlich für den entsprechenden Einsatzabschnitt sind. Auch hier besteht die Einsatzabschnittsleitung (EAL) wieder aus dem Einsatzabschnittsleiter, ggf. der rückwärtigen Führungseinrichtung (z. B. ELW o. Ä.) und ggf. Führungsassistenten, und es kann je nach Führungsaufwand im Einsatzabschnitt zwischen den oben genannten Führungsstufen gewählt werden.

Je nach Einsatzlage kann es für den EAL erforderlich werden, auch seinen Einsatzabschnitt wei-

ter zu untergliedern. In diesem Fall kann er sog. *Unterabschnitte (UA)* definieren, die wieder mit Führungskräften besetzt werden und dann eigenständig in ihrem UA tätig werden. Es gilt aber stets:

MERKE

Der Einsatzleiter bleibt allen Einsatzkräften weisungsbefugt. Er nutzt i. d. R. die Kommunikationswege gemäß Führungsorganisation, bei Gefahr im Verzug darf er aber jeder Einsatzkraft Weisungen erteilen.

Gemeinhin wird bei der Bildung von Einsatz- bzw. Unterabschnitten auch von der sogenannten *Linienorganisation* gesprochen. Die Linien, die die Abschnitte verbinden, gelten auch als Kommunikationswege. Somit lässt sich mithilfe einer Führungsorganisation auch ein Kommunikationsplan erstellen.

Um aber den jeweiligen Bereich effektiv führen zu können, muss bei der Gestaltung der Führungsorganisation darauf geachtet werden, nicht achtlos viele EA bzw. UA zu bilden. Man bedient sich hier der sogenannten *2-5er-Regel*.

BEACHTET**2-5er-Regel**

Es werden mindestens zwei, aber maximal fünf EA bzw. UA unter einem Führer gebildet. So bleibt der Einsatz auch bei komplexen Lagen noch übersichtlich.

Sollte allerdings ein weiterer Abschnitt bei schon gebildeter Führungsorganisation aufgrund von einer Lageänderung o. ä. nötig werden und es sind schon fünf Abschnitte gebildet, bleiben zwei Möglichkeiten. Entweder man bildet einen sechsten Abschnitt und kalkuliert vorher ein, welchen Führungsaufwand dieser neue Abschnitt bedeutet und ob dieser leistbar ist. Oder aber man zieht eine weitere Führungsebene ein und untergliedert den Einsatz komplett neu. Dies bedeutet in beiden Fällen zusätzliches Führungspersonal und Führungsmittel (z. B. weitere ELW, Funkgeräte, Funkkanäle oder

-gruppen u. v. m.) in unterschiedlicher Intensität. Hier muss man stets mit Blick auf die Einsatzentwicklung abwägen, was sinnvoller ist.

Grundsätzlich gilt bei ungeplanten Einsatzlagen, die sich immer weiterentwickeln, dass sich die Führungsorganisation schon mit dem Eintreffen der ersten Einsatzkräfte entwickeln muss. Häufig stehen in den Konzepten für Massenanfälle von Verletzten (MANV) fertige Strukturen für große Lagen bereit. Es wird jedoch in den meisten Fällen vernachlässigt, dass diese Strukturen nicht in den ersten Minuten zur Verfügung stehen. Um diese Zeit zu überbrücken, müssen Aufgaben kommissarisch übernommen werden. So übernimmt i. d. R. der ersteintreffende Notarzt die Funktion des Leitenden Notarztes und der ersteintreffende (qualifizierte) Mitarbeiter des Rettungsdienstes die Funktion des Organisatorischen Leiters. Selbstverständlich sind hierfür entsprechende Qualifikationen notwendig.

3

AUF EINEN BLICK:**Einsatz- und Abschnittsleitung**

- DV 100 gibt Führungssystem aus Führungsorganisation, Führungsvorgang und Führungsmitteln vor
- *Einsatzleiter* ist gesamtverantwortlich für den laufenden Einsatz und allen Kräften weisungsbefugt.
- Je nach Kräfteaufwand und Lage wird in Führungsstufen A bis D geführt.
- Bei stabsmäßiger Führung führt politisch Gesamtverantwortlicher administrativ-organisatorisch und operativ-taktische Komponenten.
- Einsatzabschnitte werden nach Örtlichkeit und/oder Aufgabe gebildet, von einem Einsatzabschnittsleiter (EAL) geleitet und in Führungsstufen geführt. Sie können in Unterabschnitte (UA) gegliedert werden.
- Es werden mindestens zwei, aber maximal fünf EA bzw. UA unter einem Führer gebildet (2-5er-Regel).

3.2 Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst

BJÖRN TESSMER

Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst (i. d. R. abgekürzt als OrgL, OrgL RD oder OLRD) stellt innerhalb seines Einsatzabschnittes die organisatorische, taktisch-operative Leitung für den medizinischen Einsatz an der Schadensstelle dar.

Nach DIN 13050 definiert sich der Organisatorische Leiter als:

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

Ähnliche Definitionen finden sich in den Ausbildungsunterlagen und Funktionsbeschreibungen der Hilfsorganisationen: Der OrgL wird dort als Führungskraft für den Bereich Rettungsdienst und Sanitätsdienst bei Großschadenslagen und Katastrophen und somit als Teil der sog. Sanitätseinsatzleitung bzw. Einsatzleitung Medizinische Rettung beschrieben. Teilweise übernimmt der OrgL weitere Aufgabenfelder. Bei den Hilfsorganisationen qualifizieren sich meist erfahrene Rettungssanitäter, Notfallsanitäter bzw. Rettungsassistenten zum OrgL.

Aus den Definitionen ergeben sich zwei Aspekte, die näher betrachtet werden müssen:

1. das Aufgabenspektrum des OrgL an der Einsatzstelle,
2. die Qualifikation und die damit verbundene Aus- und Fortbildung.

Beide Grundlagen sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Betrachtet man allein die gesetzlichen Grundlagen, so findet man unterschiedliche Gesetze bzw. Verordnungen, in denen der Organisatorische Leiter beheimatet ist (vgl. Kap. 2 und Tab. 1).

Obwohl teilweise unterschiedliche Gesetzesgrundlagen vorliegen, sind die Anforderungsprofile an den OrgL an der Einsatzstelle jedoch gleich. Ebenfalls ist in den meisten Fällen die „Doppelspitze“ aus dem Organisatorischen Leiter und dem Leitenden Notarzt vorgesehen. Allerdings sind die Regularien für Zulassung und Ausbildung der beiden Funktionen landesspezifisch.

In Rheinland-Pfalz finden sich beispielsweise keinerlei Hinweise im Katastrophenschutzgesetz über die Qualifikation des Organisatorischen Leiters. Hier ist weder die Zugangsvoraussetzung noch die Ausbildung bzw. die Fortbildung gesetzlich geregelt. Lediglich im „Rahmen-Alarm- und Einsatzplan Gesundheit“, welcher durch die kommunalen Aufgabenträger umgesetzt werden muss, finden sich versteckt hinter Fußnoten entsprechende Vorgaben.

In der Sächsischen Landesrettungsdienstplanverordnung ist zwar die Kennzeichnung von OrgL und LNA genau beschrieben (Weste oder Überwurf in signalblauer Farbe mit der Aufschrift „Leitender Notarzt“ bzw. reinweiße Weste oder Überwurf mit der Aufschrift „OrgL“), eine Angabe zu notwendigen Qualifikationen findet sich hier aber ebenfalls nicht.

Im Gesamtkontext lässt sich erahnen, wie unterschiedlich die Voraussetzungen, die Ausbildung, die

Tab. 1: Exemplarische Auflistung zur gesetzlichen Verankerung des Organisatorischen Leiters

Bundesland	Gesetz	Paragraf
Bayern	Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (AVBayRDG)	§§ 13 ff.
Nordrhein-Westfalen	Gesetz über den Rettungsdienst sowie Krankentransport durch Unternehmer (RettG NRW)	§ 7
Rheinland-Pfalz	Landesgesetz über den Brandschutz, die allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (LBKG)	§§ 5, 25, 29
Sachsen	Sächsische Landesrettungsdienstplanverordnung (SächsLRett-DPVO)	§§ 10, 12

Tab. 2: Erforderliche Vorausbildungen für den Organisatorischen Leiter

Führungsstufen	Erforderliche taktische Ausbildung	Fakultative Ausbildung
Führungsstufe A	Gruppenführerausbildung	
Führungsstufe B	Zugführerausbildung	
Führungsstufe C	Verbandsführerausbildung	Arbeiten in der TEL
Führungsstufe D	Verbandsführerausbildung	Stabslehrgänge

Rechtsgrundlagen und die Einsatzindikationen in den Bundesländern gehandhabt werden.

Um den Führungsanforderungen gerecht zu werden, ist für die Ausbildung zur Funktion „OrgL“ eine Kombination aus mehreren Ausbildungsgängen sowohl im einsatztaktischen als auch im ope-

rativ-administrativen Bereich erforderlich. Liegen die in Tabelle 2 genannten taktischen Ausbildungen vor, kann im OrgL-Lehrgang der Schwerpunkt auf die speziellen operativ-administrativen Besonderheiten gelegt werden.

3.3 Der Leitende Notarzt

TIM PIEPHO

Gemäß dem jeweils gültigen Landesbrand- und/oder Katastrophenschutzgesetz beauftragt der Einsatzleiter im Katastrophen- bzw. Großschadensfall die Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung mit der schnellstmöglichen Wiederherstellung einer den notfallmedizinischen Grundsätzen entsprechenden Versorgung. Des Weiteren veranlasst die Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung eine fachgerechte Betreuung von unverletzten betroffenen oder in anderer Art und Weise hilfsbedürftigen Personen. Die Mitglieder der Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung – also LNA und OrgL – unterstützen den Einsatzleiter und wirken in Abstimmung mit diesem in der Einsatzleitung mit. Zudem koordiniert die Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung bei Bedarf die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) von Betroffenen (PSNV-B) und Einsatzkräften (PSNV-E). Auch die Maßnahmen zur Suche und Identifizierung von Vermissten oder Betroffenen sowie zur Wiederherstellung von durch das Ereignis unterbrochenen Kontakten wird durch die Einsatzabschnittsleitung unterstützt.

In der DIN 13050 wird der Leitende Notarzt beschrieben als „Notarzt, der am Notfallort bei einer größeren Anzahl Verletzter, Erkrankter sowie auch bei anderen Geschädigten oder Betroffenen oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle medi-

zinischen Maßnahmen in Abstimmung mit dem organisatorischen Leiter zu leiten hat, über eine entsprechende Qualifikation verfügt und von der zuständigen öffentlichen Stelle berufen wird.“

Für die Qualifikation zum LNA wird von der Bundesärztekammer (BÄK 2011) eine mindestens fünfjährige ärztliche Tätigkeit oder Facharztanerkennung in den Gebieten Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin gefordert. Zudem soll die „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“ bzw. „Fachkunde Rettungsdienst“ vorliegen. Es soll ein 40-stündiger Kurs nach den Empfehlungen der BÄK besucht werden, dessen Durchführung jedoch von der jeweiligen Landesärztekammer geregelt ist (s. Kap. 11.7 u. 11.8).

Im Gegensatz zur sonstigen ärztlichen Tätigkeit in Notfallmedizin, Praxis oder Krankenhaus wird dem LNA eine völlig andere Aufgabe übertragen. Nicht ein Patient muss versorgt werden, sondern mit wenigen Ressourcen eine größere Anzahl von Patienten, die mitunter vital bedroht sind. Dies kann für den LNA eine Konfliktsituation bedeuten, wenn mehrere Patienten mit lebensbedrohlichen Verletzungen von ihm nicht (selbst) versorgt werden können.

Glücklicherweise sind Einsätze als LNA selten. Allerdings muss jederzeit mit einem Einsatz gerechnet werden, sodass die eigene Tätigkeit so organisiert werden muss, dass ein Ausrücken immer mög-

lich ist. Aus diesem Grund sollte der diensthabende LNA nicht im klinischen Alltag (Notfallambulanz, Intensivstation usw.) eingebunden sein. Vor allem in kleineren Krankenhäusern kann dies ein Problem darstellen, da verschiedene wichtige Aufgaben auf wenige Personen verteilt sind. Zudem bedeutet eine größere Schadenslage im Einsatzgebiet, dass auch im Krankenhaus zur Versorgung der eintreffenden Patienten eine größere personelle Besetzung notwendig ist.

Die Ernennung bzw. Bestellung zum Leitenden Notarzt erfolgt nach dem jeweiligen Landesgesetz (Katastrophenschutzgesetz, Rettungsdienstgesetz; vgl. Kap. 2). Entsprechend dem Landesgesetz muss jederzeit die sichere Alarmierung des LNA gewährleistet sein.

MERKE

Der Leitende Notarzt ist verantwortlich für die *Sicherstellung der medizinischen Versorgung* der Verletzten, Erkrankten und betroffenen Personen. Er hat die *medizinischen Maßnahmen* sowie die *Sichtungsmaßnahmen* zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen. Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für den Einsatz sind mit dem Einsatzleiter abzustimmen.

Im Einzelnen sind die Aufgaben des Leitenden Notarztes:

- Feststellung des Schadensumfanges aus medizinischer Sicht
- Sichtung der betroffenen Personen mit Einteilung nach Behandlungspriorität und Transportfähigkeit

- Festlegung der Verteilung der Kranken und Verletzten auf die Krankenhäuser unter Beachtung der freien Kapazitäten nach zeitlichen und Behandlungsprioritäten in Abstimmung mit der Integrierten Leitstelle (ILS)
- Beurteilung von Zusatzgefährdungen in Abstimmung mit dem Einsatzleiter
- Maßnahmen zur Panikverhütung
- Festlegung der zu alarmierenden Ärzte.

Als Teil der Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung ist der Organisatorische Leiter eigenverantwortlich für die gesamte organisatorische Abwicklung der Schadenslage(n) aus medizinisch-betreuungsdienstlicher Sicht zuständig. Er hat dabei die medizinischen Vorgaben des Leitenden Notarztes zu beachten. Leitender Notarzt und Organisatorischer Leiter sollten grundsätzlich vertrauensvoll zusammenarbeiten und sich gegenseitig unterstützen. So einfach dies theoretisch auch ist – so schwierig zeigt sich dies in der Praxis. So sind die Aufgabengebiete nicht exakt voneinander zu trennen.

Da die EAL Medizinische Rettung dem Einsatzleiter allgemein-organisatorisch untersteht, muss die Auswahl von Orten zur Versorgung, zur Fahrzeugpositionierung etc. eng abgesprochen werden, den Anweisungen des Einsatzleiters ist zu folgen. Allerdings untersteht die EAL Medizinische Rettung dem Einsatzleiter *nicht* fachlich. Entscheidungen darüber, welcher Patient wie und wann zu versorgen ist, obliegt der EAL Medizinische Rettung.

AUF EINEN BLICK:

OrgL

- = die organisatorische (taktisch-operative) Leitung des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung.
- Somit Teil der Doppelspitze mit LNA.
- Sowohl einsatztaktische wie operativ-administrative Qualifikationen nötig (Gruppen- bzw. Zugführer oder Verbandsführer, ggf. Stabslehrgänge).

LNA

- = die medizinische (taktisch-operative) Leitung des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung, d.h. er leitet, koordiniert und überwacht alle medizinischen Maßnahmen
- Somit Teil der Doppelspitze mit OrgL.
- Vorgaben zu Fachrichtung und Qualifikation durch die BÄK.

Wichtig ist eine enge und vertrauensvoll Zusammenarbeit bei der Abwicklung der medizinisch-betreuungsdienstlichen Aufgaben.

Führung und Führungslehre



Einsätze müssen nach einem festen Schema abgearbeitet werden, damit nicht wie etwa beim Schadensfeuer von August 1975 in der niedersächsischen Lüneburger Heide ein absolutes Chaos herrscht. Organisatorischer Leiter Rettungsdienst und Leitender Notarzt müssen daher über die gleichen Werkzeuge in der Führung verfügen, wie der Einsatzleiter der Feuerwehr oder andere BOS. Sie müssen Grundlagen der Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 „Führung und Leitung im Einsatz“ sicher beherrschen, um ihr Einsatzziel zu erreichen.

In vielen Qualifikationsmaßnahmen zum OrgL bzw. LNA kommt die Führungslehre jedoch zu kurz. Gründe können darin liegen, dass die LNA-Qualifikation in Deutschland nur 40 Stunden umfasst oder aber die OrgL-Ausbildung an manchen Einrichtungen innerhalb von einigen Tagen absolviert werden kann. Dabei stellt die FwDV 100 die Basis für die Abarbeitung von Einsätzen dar. Sie ist Grundlage von jeder Führungskraft, egal ob Trupp-, Gruppen-, Zug- oder Verbandsführer und somit auch für OrgL/LNA. Die folgenden Kapitel stellen diese Grundlagen der Führung dar. Sie zeigen auf, wie sich der Einsatzabschnitt Medizinische Rettung vom ersteintreffenden Fahrzeug bis hin zum Eintreffen von OrgL/LNA aufbaut bzw. organisiert. Des Weiteren werden die Strukturen erläutert, wenn es zu parallelen Einsatzlagen kommt. Wo müssen OrgL/LNA nun angesiedelt werden oder ist es sogar sinnvoll, wenn es eine eigene Rettungsdienst-Vorschrift 100 gibt? Anhand von Praxisbeispielen lässt sich sehr gut zeigen, wie sich Führungsorganisationen in Deutschland in den Kreisen und Kreisfreien Städten etabliert haben. Aber auch die Funktion „Fachberater“ oder die Arbeit im Stab werden vorgestellt. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Unterstützung im Führungsvorgang durch Social Media gelegt, d. h. wie diese den Führungsvorgang sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.

4.1 Grundlagen der Führung – Feuerwehr-Dienstvorschrift 100

MALTE PÜTZ

Für den Begriff „Führung“ gibt es eine Vielzahl an Definitionsmöglichkeiten. Eine mögliche Definition, die in den Bereich der Führung in Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz am ehesten passt, ist:

MERKE

„Führung ist die Fähigkeit, menschliche Ressourcen zur Durchsetzung bestimmter Ziele zu mobilisieren“ (Welsh 1979: 18).

Aus dieser Definition lassen sich für die Aufgabe der Führung mehrere Voraussetzungen ableiten.

Die erste Voraussetzung ist die „Fähigkeit“ zum Führen, sprich sog. *Kompetenzen*. Insbesondere sind die persönliche, die soziale, die Methoden- und die Fachkompetenz zu nennen. Eine Führungskraft muss persönlich geeignet und gereift sein, die Verantwortung für andere Menschen zu übernehmen.

In der Zusammenarbeit mit anderen Menschen muss sie zudem sozial geeignet sein, um mit diesen auch auf der zwischenmenschlichen Ebene agieren zu können. Um auf bestimmte Situationen wie zum Beispiel einen Konflikt o. Ä. adäquat reagieren zu können, muss eine Führungskraft auch auf gewisse Methoden zurückgreifen können, um einen solchen Konflikt erfolgreich zu deeskalieren. Und abschließend muss sie über fachliche Fähigkeiten verfügen, also zum einen das Wissen haben, wie in bestimmten Situationen zu führen ist, um zum anderen auch den Respekt und das Vertrauen der eigenen Mitarbeiter (der zu Führenden) zu gewinnen.

Im Bereich der Führung hat man mit Menschen, also den „*menschlichen Ressourcen*“ zu tun, die zu führen sind. Die Besonderheit dabei ist, dass diese Menschen keine statischen Faktoren sind, sondern zu jeder Zeit unterschiedlich reagieren und agieren können. Auch bei einer fest bestehenden Gruppe an Menschen ist dies der Fall, da Gruppen durch jedes Mitglied und durch die Beziehungen untereinander eine Dynamik entfalten.

Um führen zu können, bedarf es eines *Ziels*, welches erreicht werden soll. Hier gilt es auf unterschiedlichen Ebenen entweder taktisch oder strategisch zu agieren. Die Taktik bzw. Strategie muss einer Führungskraft klar sein. Und diesen Weg gilt es durchzusetzen, ggf. auch gegen den Willen der Mitarbeiter. Diese gilt es zu überzeugen, dass dieser Weg in diesem Moment der Richtige ist.

Um Methoden bzw. auch eine Handlungskompetenz zu besitzen, bedienen sich die Führungskräfte im Rettungsdienst, der Feuerwehr und im Katastrophenschutz der Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 (FwDV100). Diese Dienstvorschrift beschreibt das Führen und Leiten im Einsatz und baut auf drei Säulen auf:

- Führungsorganisation
- Führungsvorgang
- Führungsmittel.

4.1.1 Führungsorganisation

Entscheidend für den Eintritt eines Einsatz Erfolges sind die richtige Struktur und Aufgabenverteilung. Auch in der freien Wirtschaft bzw. in anderen Organisationsformen kann keine Führungskraft alle Aufgaben allein bewerkstelligen, ohne ab einem gewissen Zeitpunkt Reibungsverluste zu erfahren. Ein brennender Mülleimer lässt sich ohne große Führungsorganisation rasch abarbeiten. Dies ist aber auch möglich, da weder die Lage, die Örtlichkeit noch der Kräfteansatz dagegensprechen. Sobald die Einsatzstelle aber komplexer wird, bedarf es einer

geordneten Führung, die sich von unten nach oben aufbaut.

Bei einem schweren Verkehrsunfall zwischen einem Zug und einem Lkw, der Gefahrstoffe geladen hat, muss auf verschiedene Besonderheiten reagiert werden. Der Einsatzleiter kann nicht mehr alle Aufgaben allein erfüllen und gliedert die Einsatzstelle nun in *Einsatzabschnitte (EA)*.

MERKE

Einsatzabschnitte können geordnet werden nach örtlichen, nach fachlichen oder nach rechtlichen Erfordernissen.

Örtlich wäre zum Beispiel die Aufteilung in Einsatzabschnitt Zug, Einsatzabschnitt Gefahrgut Lkw und Einsatzabschnitt Medizinische Rettung.

Eine *fachliche* Sortierung wäre es, wenn die Einsatzabschnitte nach Technischer Rettung, Brandbekämpfung, Medizinischer Rettung, Betreuung etc. gegliedert würden.

Rechtlich käme in Nordrhein-Westfalen der Einsatzabschnitt Medizinische Rettung infrage. Denn im Rettungsgesetz von NRW ist geregelt, dass der Leitende Notarzt an der Einsatzstelle die medizinisch-organisatorische Weisungshoheit besitzt (§ 7 Abs. 4 RettG NRW).

Bei der Führungsorganisation gilt es allerdings zu beachten, dass die Einsatzabschnitte sinnvoll gebildet werden und die Regeln, wie zum Beispiel die 2-5er-Regel (s. Kap. 3.1), eingehalten werden.

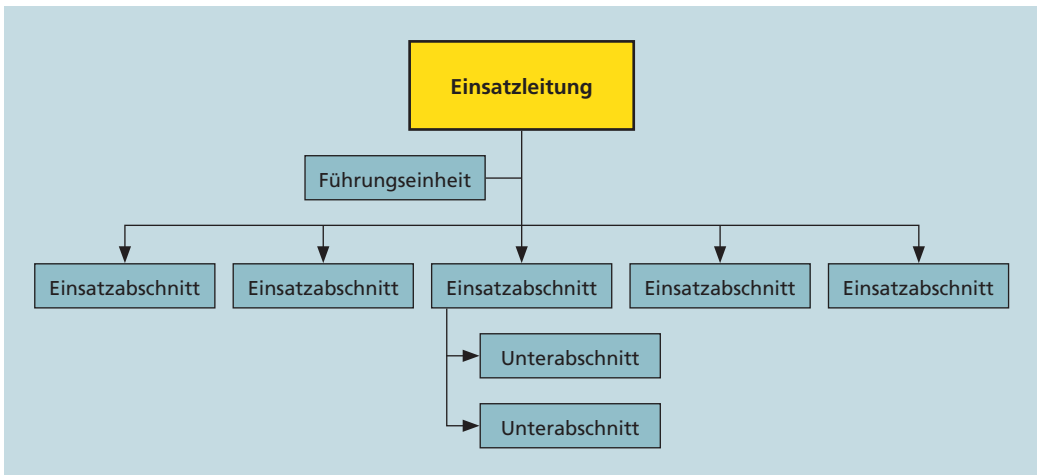


Abb. 1: Führungsorganisation nach FwDV 100

Es kann auch passieren, dass in einer Flächenlage (u. a. Hochwasser, Stromausfall) eine Einsatzleitung auf Kreisebene gebildet wird und die Kommunen sog. Technische Einsatzleitungen (TEL) für ihren kommunalen Bereich bilden, die dann die Einsätze in weiteren Abschnitten in ihrem Bereich organisieren. Grundsätzlich gelten aber unabhängig von der Größenordnung immer dieselben Regeln, die zum Erfolg des Gesamteinsatzes führen.

Zur weiteren Unterteilung folgen nach den Einsatzabschnitten die sog. *Unterabschnitte (UA)*. So kann der Einsatzabschnitt Medizinische Rettung zum Beispiel in die Unterabschnitte Erstversorgung und Transportorganisation unterteilt werden. Sollte der Einsatz größer werden, können im Unterabschnitt Behandlung noch die Behandlungsplätze geführt werden.

Ereignisse wie 2016 Paris I (Anschläge u. a. bei Charlie Hebdo) und Paris II (Anschläge u. a. am Stade France und im Bataclan) machen jedoch deutlich, dass eine solche Einsatzlage an den Einsatzabschnitt Medizinische Rettung gewisse Herausforderungen stellt. Um den Rettungsdienst einheitlich zu führen, wäre es hier erforderlich, die jeweiligen Schadensorte als Unterabschnitte zu führen, die sich dann jeweils in die Bereiche Erstversorgung und Transportorganisation unterteilen.

Um auch die jeweiligen Elemente der Führungsorganisation mit ausreichendem Personal besetzen zu können, gibt es vier *Führungsstufen*. Diese Führungsstufen richten sich nach dem Führungsaufwand, der durch die Schadensgröße und den damit

verbundenen Kräfte- und Materialansatz entsteht. Die Führungsstufen werden A, B, C und D genannt:

1. Führungsstufe A

In der Führungsstufe A wird ohne Führungseinheit geführt. Zum Beispiel führt hier der Fahrzeugführer des Hilfeleistungslöschfahrzeuges bei einem kleineren Einsatz, z. B. bei einer kleineren Ölspur.

2. Führungsstufe B

In der Führungsstufe B wird mit einer örtlichen Führungseinheit geführt. So zum Beispiel mit einem Zugtrupp. Der sog. AGBF Löschzug oder aber die Einsatzereinheit in NRW verfügen über solche Zugtrupps. Ab dem Einsatz von zwei Zügen wird eine Führungsstaffel erforderlich.

3. Führungsstufe C

In der Führungsstufe C wird mit einer Führungsgruppe geführt, welche erforderlich wird, sobald ein Verband bzw. mehrere Züge an einer Einsatzstelle geführt werden müssen.

4. Führungsstufe D

Die höchste Führungsstufe D entspricht dem Führen mit einem Führungsstab, sobald mehrere Verbände an einer Einsatzstelle geführt werden müssen.

4.1.2 Führungsvorgang

Ein weiteres Element der FwDV 100 ist der Führungsvorgang (s. Abb. 2). Dieser Vorgang (Kreislauf) ist ein Hilfsmittel für die Führungskraft, um ihren Führungsaufgaben gerecht zu werden und die Lage bzw. ihre Maßnahmen regelmäßig zu kontrollieren.

Lagefeststellung

Die Lagefeststellung beginnt, sobald man in der Lage eintrifft bzw. einen Auftrag von einer übergeordneten Führungsebene erhält. Zur Lagefeststellung gehören drei Lagen:

1. Allgemeine Lage

- Ort
- Zeit
- Wetter

2. Gefahren- und Schadenslage

- Schaden (Schadensart und -ursache)
- Schadensobjekt (Art, Größe, Material, Konstruktion, Umgebung)
- Schadensumfang (Menschen, Tiere, Umwelt, Sachwerte)

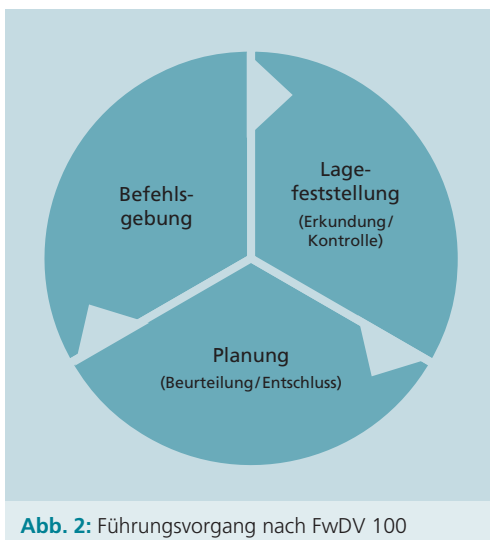


Abb. 2: Führungsvorgang nach FwDV 100

Einsatzplanung



Die erfolgreiche Bewältigung einer MANV-Lage setzt nicht mit dem Eintreten eines Schadensereignisses ein. Entscheidend ist vielmehr schon Monate und ggf. Jahre zuvor die proaktive Einsatzplanung für Ereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Betroffenen. Der Durchführungsphase geht die genauso wichtige Planungsphase voraus. In dieser müssen für die verschiedenen MANV-Stufen u. a. entsprechende Material- und Personalressourcen geplant und geschaffen werden, Einsatzmittelketten sowohl örtlich wie überörtlich definiert und Aufbau- und Ablauforganisation geschult und die Informationswege insbesondere an den Schnittstellen trainiert werden. Für bestimmte Lagen wie CBRN-Gefahren oder Großveranstaltungen oder Objekte wie Schulen oder Krankenhäuser sind gesonderte Einsatzpläne zu erstellen. Alle Planungsgrößen müssen den lokalen bzw. regionalen Gefahren bzw. wahrscheinlichen MANV-Szenarien angepasst sein. Für unübersichtliche Lagen kann der Einsatz von unbemannten Luftfahrtsystemen (sog. Drohnen) eine hilfreiche Ressource zur Lageerkundung und -darstellung sein.

6

6.1 Arten von MANV-Einsätzen und Planungsverteilung

SVEN NEUMANN

Bei MANV-Einsätzen differenziert man zwischen technischen Ereignissen, Brand- und Gefahrstoffereignissen, internistischen Lagen, Massenanfällen von Betroffenen (MANB), polizeitaktischen Lagen und Großveranstaltungen.

Technische Ereignisse

Technische Ereignisse ziehen meist eine hohe Anzahl von Traumata nach sich. So ist bei allen Lagen mit isolierten chirurgischen Schädigungen, mit Mehrfachverletzungen bis hin zu Polytraumata zu rechnen. Dabei reicht oftmals schon die Beteiligung zweier Pkw mit dementsprechender Personenzahl aus, um die Grundlage für einen MANV zu ebnet. Aber auch größere Dimensionen im Straßenverkehr (Ereignisse mit Massentransportmitteln), wie beispielsweise ein Bus- oder Straßenbahnunfall, bieten das Bild der chirurgischen Masselage. Dabei ist es völlig irrelevant, ob Linien-, Schul- oder Reisebusse beteiligt sind. Die meisten dieser technischen Ereignisse finden im Personenverkehr statt. Auch die Bahn spielt eine wesentliche Rolle, wie diverse Zugunfälle in der Vergangenheit zeigten. Bei Unglücken im Schienenverkehr ist mit deutlich mehr kritischen Patienten (Sichtungskategorie I, Rot) zu rechnen, da zum einen höhere Geschwindigkeiten auftreten, zum anderen deutlich mehr Personen befördert werden und diese nicht ausreichend gegen die auftretenden Kräfte gesichert sind (fehlende Sicherheitsgurte, Airbags etc.).

Brand- und Gefahrstoffeinsätze

Neben Verkehrsunfällen stellen Brand- und Gefahrstoffereignisse die am häufigsten vorkommenden Lagen mit einer möglichen Vielzahl von beteiligten Personen dar. Die Szenarien erstrecken sich vom Zimmerbrand über den Wohnungsbrand oder den Kellerbrand bis hin zum Großbrand. Ebenso sind Unfälle in chemieverarbeitenden Betrieben, mit Gefahrguttransporten und Austritte chemischer Gase, beispielsweise in Schwimmbädern, nicht selten.

Hat man bei Zimmer- und Wohnungsbränden meistens eine überschaubare Zahl von Betroffenen, kann sich die Lage bei der Verrauchung des Treppenhauses sehr schnell zum MANV entwickeln. Klassisch erscheint hier der Kellerbrand gerade in Mehrfamilienhäusern. Ist das Treppenhaus mit Brandrauch beaufschlagt und somit der Fluchtweg versperrt, kommt es häufig vor, dass Bewohner trotz allem Wohnungstüren öffnen und/oder versuchen, durch die toxischen Gase hindurch ins Freie zu gelangen. Auch vor Ort befindliche Schaulustige sollten als potenzielle Patienten gewertet werden, wenn sie Brandrauch ausgesetzt sind.

Mit weitaus mehr Betroffenen muss man bei Bränden in öffentlichen Gebäuden, beispielsweise Schulen, Krankenhäusern, Behinderteneinrichtungen und Altenheimen rechnen (s. Kap. 6.7). Hier kommen die zum Teil auftretenden Kommunikationshindernisse und motorischen Einschränkungen der unterschiedlichen Patientengruppen erschwerend hinzu.

BEACHTET

Der Austritt chemischer Stoffe kann eine Vielzahl von Patienten betreffen, hier ist besonderes Augenmerk auf die Einrichtung der Dekontamination zu legen, um eine mögliche Kontaminationsverschleppung zu vermeiden (s. Kap. 6.8).

MANV internistisch (MANI)

Internistische Lagen, die einer Größenordnung des Massenansturms von Verletzten/Erkrankten entsprechen, trifft man häufig in Einrichtungen an, in denen eine Vielzahl von Menschen untergebracht sind. Beispielhaft für diese Gemeinschaftseinrichtungen stehen die Alten- und Pflegeheime, aber auch Hotels, Jugendherbergen und (Fluss-)Kreuzfahrtschiffe bieten dementsprechende Schwerpunkte. Gerade bei Durchfallerkrankungen (u. a. Norovirus) können sehr schnell mehrere Bereiche/Stationen betroffen sein. Hier gilt es abzugrenzen, ob ein Transport aller Beteiligten in entsprechende Kliniken zielführend oder eine Abarbeitung des MANI mit ausschließlichem Transport von kritischen Patienten (Sichtungskategorie I, Rot) anzustreben ist. Alle anderen Patienten verbleiben nach Möglichkeit vor Ort und werden dort versorgt. Unter internistischen Lagen sind aber auch Intoxikationen zu nennen, zum Beispiel durch Alkohol- und Drogenkonsum in Gruppen (s. z. B. Köhlbrandt 2016).

Betreuung einer Vielzahl unverletzter Betroffener (MANB)

Bei bestimmten Lagen kann es zu Räumungen oder Evakuierungen größerer Menschenmengen kommen (z. B. Evakuierung liegendegebliebener Züge, Hochwasser, Bombenfund). Hier ist zu beachten, dass die Betroffenen eventuell unverletzt sind, aber dennoch einer Betreuung bedürfen. Für diese Fälle sollten schnellstmöglich Unterbringungsmöglichkeiten wie Sporthallen, Schulen oder öffentliche Gebäude (u. a. Gemeindehäuser) genutzt werden. Neben Betreuungskräften, die mit Decken, Getränken, eventuell Essen und Gesprächsangeboten tätig sind, darf die rettungsdienstliche/sanitäre Absicherung nicht fehlen (s. Kap. 8.6 u. 8.7). Auch lange andauernde Staus auf Autobahnen können eine Betreuungslage hervorrufen. Es muss auch hier immer bedacht werden, dass sich Patienten mit internistischen Vorerkrankungen in Fahrzeugen befinden können (z. B. Diabetiker) oder die Versorgung mit Kalt-/Warmgetränken sowie ggf. Decken erfolgen oder eventuell die Möglichkeit des Toilettengangs geschaffen werden muss.

Polizeitaktische Lagen

Alle Planungen, die für die bisher genannten MANV/MANI/MANB-Lagen erstellt wurden, können bei polizeitaktischen Lagen, d. h. Bedrohungen durch Schusswaffen, Terror, Amok oder auch Demonstrationen, nicht eins zu eins übernommen werden.



Abb. 1: MANV internistisch mit 29 Patienten in einem Tagungszentrum im Landkreis Harburg im September 2015 (Foto: Matthias Köhlbrandt, Harburg)

Lagen der polizeilichen Gefahrenabwehr bringen Besonderheiten mit sich, die häufig nur ungenügend trainiert und vorbereitet sind. Elementar wichtig sind vorausgehende planerische Gespräche aller Parteien, bei denen Grundlegendes deklariert wird. Hier ist es wichtig, dass unter allen Teilnehmern eine gewisse Vertrauensbasis herrscht. Nur so ist es möglich, die jeweiligen „Karten“ offenzulegen. Ein Verständnis füreinander sowie das Begreifen der unterschiedlichen Taktiken und die daraus resultierende Gesamttaktik sind als Ziel zu definieren. Ebenso müssen alle haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräfte geschult und praktisch trainiert werden. Es sollte allen bewusst sein, was bei polizeitaktischen Lagen Begriffe wie „sektoraler Bereitstellungsraum“, „Rote/Gelbe/Grüne Zone“, „Second Hit“ oder „Tactical Combat Casualty Care (TCCC = Taktische Verwundetenversorgung)“ zu bedeuten haben (s. Kap. 10.1).

MANV bei Großveranstaltungen

Im Vorfeld von Großveranstaltungen jeglicher Couleur gilt es, sich ein Bild der Besucher Klientel zu machen. Bürger älteren Jahrgangs werden sich bei einem Open-Air-Konzert von Philharmonikern mit hoher Wahrscheinlichkeit anders verhalten als Teenager beim Auftritt einer Boyband. Massenpaniken (Duisburg 2010) welchen Ursprungs auch immer, plötzliche Wetterereignisse, der Konsum von Rauschmitteln, aber auch Gewaltakte sollten als mögliche Auslöser für MANV-Lagen bei Großveranstaltungen mit in Betracht gezogen werden.

Planungsverteilung

MANV-Planungen sind auf vordefinierte Verteilungsschlüssel für die Sichtungskategorien I (Rot), II (Gelb) und III (Grün) ausgelegt (vgl. BBK 2017: 12). Diese prognostizierten Patientenaufkommen

sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und beruhen auf Erfahrungen aus „normalen“ MANV-Einsätzen, wie etwa Brandereignissen oder Bus- und Zugunglücken. Bei den nicht-polizeilichen Lagen werden zudem andere medizinische Schwerpunkte und Einsatztaktiken angesetzt als bei polizeitaktischen Lagen. Dies erschwert die Erstellung eines allgemeingültigen Schlüssels.

In Niedersachsen wurden beispielweise die Sichtungskategorie I (Rot) mit 20 %, die Sichtungskategorie II (Gelb) mit 20 % und die Sichtungskategorie III (Grün) mit 60 % vordefiniert. In NRW hingegen gelten für Rot (I) 40 %, Gelb (II) 20 % und Grün (III) 40 %. Dementsprechend sind auch die Kräfteansätze in den Bundesländern unterschiedlich veranschlagt.

BEACHTEN

Grundsätzlich ist ein planerisch hoher Anteil von roten Patienten nicht verkehrt, schafft er doch durch die Vorplanungen ein gewisses Polster an Rettungsmitteln.

Doch hier muss zwingend ein Augenmerk auf die Sicherung des Grundschutzes gelegt werden. Es dürfen keinesfalls alle Kräfte in die aktuelle MANV-Lage eingebunden sein. Der Anteil der kritischen Patienten (SK I Rot) wird bei zivilen Szenarien eher gering ausfallen, im Gegensatz dazu werden nicht-dringliche Patienten (SK III Grün) deutlich öfter vertreten sein. Ganz anders bei polizeitaktischen Lagen: Aufgrund des Einsatzes von Stich-/Schusswaffen und/oder Sprengsätzen mit teils hoher ballistischer Wirkung kommt es vermehrt zu Verletzungen durch penetrierende Fremdkörper. Hier nimmt die Zahl der Patienten mit Sichtungskategorie I (Rot) deutlich zu.

6.2 Allgemeine MANV-Planung

SVEN NEUMANN

6.2.1 Die Problematik beim MANV

MANV-Lagen mit einer größeren Patientenzahl stellen die eingesetzten Kräfte vielerorts vor Probleme. Nicht nur die meist unübersichtliche Lage verlängert die Chaosphase (auch Findungsphase genannt), sondern vielmehr die enormen Zeitfenster bis zum Eintreffen weiterer Kräfte. So kann es gerade im ländlichen Bereich durchaus passieren, dass ein Rettungsmittel (KTW, MZF oder RTW) als ersteintreffendes Fahrzeug bei einer MANV-Lage vor Ort ist und weitere Kräfte mit 20 bis 30 Minuten Verzögerung nachrücken, da sie im Alltagsgeschäft gebunden sind und weite Wege zu bewältigen haben. In Städten und Ballungsgebieten wird das Zeitfenster durchaus geringer ausfallen.

MERKE

Dem ersteintreffenden Rettungsmittel kommt beim MANV eine elementare Rolle zu, dieser müssen sich die Teams bewusst sein. Das ersteintreffende Rettungsmittel ist der Weichensteller für den weiteren Einsatzablauf. Um die anfängliche Chaosphase so gering wie möglich zu halten, ist die Planung von größeren MANV-Szenarien, einhergehend mit regelmäßigen Schulungen aller Beteiligten, als unabdingbare Grundlage zu sehen.

Informationsdefizite müssen im Vorfeld durch klare Begriffsdefinitionen, Vereinheitlichung von Checklisten und Formularen, Verinnerlichung der Taktik und vorgehaltenen Ressourcen ausgeräumt und vor Ort durch eine zügige Erkundung der gesamten Einsatzstelle mit abschließender Lagebeurteilung begrenzt werden. Auch für die ersten Kräfte vor Ort sollte in der MANV-Lage der Führungsvorgang basierend auf der Lagefeststellung mittels Erkundung, darauffolgender Planung durch Beurteilung mit Entschlussfassung und letztlich resultierender Befehlsgebung maßgebliches Mittel der Wahl sein (s. Kap. 4.1.2).

MERKE

Durch immer wiederkehrendes Durchlaufen des Führungsvorgangs sollten Informationsdefizite ausgeräumt, Lagebeurteilungen umfangreich erstellt und eine vollständige Übergabe der ersten Maßnahmen an nachfolgende Führungskräfte gewährleistet sein.

6.2.2 Aufbauorganisation

Im Rahmen der Aufbauorganisation hat sich das Einliniensystem etabliert. Hier erhält jede nachgeordnete Ebene ausschließlich durch die ihr unmittelbar vorgesetzte Ebene Weisungen. Ebenso werden Rückmeldungen in umgekehrter Reihenfolge abgesetzt (vertikale Kommunikation). Durch diese Stufenbildung entsteht ein hierarchisches System. Für alle Beteiligten ist schnell und einfach nachzuvollziehen, wie Kompetenzbereiche und damit verbundene Unterstellungsverhältnisse definiert sind. Die Gliederungsbreite erstreckt sich über mehrere Stufen, beginnend beim Einsatzleiter, über Abschnittsleiter, ggf. Unterabschnittsleiter bis hin in die einzelnen Bereiche. Als Faustregel sollte auch hier die 2-5er-Regel dienen, um Führungskräfte nicht zu überfordern (s. Kap. 3.1). Bei Einsätzen größeren Ausmaßes ist es möglich, das Einliniensystem zum Stabliniensystem aufzuwerten. Basierend auf dem Einliniensystem werden hierbei den vorgesetzten Führungsebenen Stabstellen zu deren Entlastung zugeordnet.

Bereits im Vorfeld ist eine Organisations-Matrix zu erstellen und den Einsatzkräften zu vermitteln. Sie muss bei allen MANV-Planungen einbezogen werden. Wer frühzeitig an eine übersichtliche Organisation der Einsatzstelle denkt und diese auch herstellt, sorgt für einen geordneten Einsatzverlauf und ebnet für nachfolgende Führungskräfte den Weg zum Ziel „vor die Lage gelangen“.

6.2.3 Ablauforganisation

Während sich die Aufbauorganisation der organisatorischen Ressourcen annimmt, liegt das Augenmerk der Ablauforganisation auf den einzelnen Arbeitsschritten unter der Ressourcennutzung. Ent-

scheidungsabläufe und daraus resultierende Tätigkeiten sollen detailliert gesteuert werden. Hier ist die hierarchische Führung maßgebend. Ohne diese und die mit ihr verbundenen, klar auf die unteren Ebenen übertragenen Objektentscheidungen wäre eine optimale Auftragsabwicklung nicht gegeben. Dabei kommt der Kommunikation eine besondere Rolle zu. Bereits im Vorfeld sollte man sich folgende Fragen beantworten:

- Welche Arten von Kommunikationsmitteln stehen zur Verfügung?
- Welche Informationen sollen an wen weitergeleitet werden?
- Gibt es bereits Organigramme? Wenn ja, welche Informationswege sind vorgeschrieben?
- Welche Arten von Informationen sind einzuholen?

Des Weiteren stellen schematisch dargestellte Prozessabläufe und Checklisten mit definierten Verantwortlichkeiten in allen Ebenen eine sehr gute Unterstützung dar. Einsatzkräfte haben bereits im Vorfeld die Möglichkeit, sich mit den Strukturen auseinanderzusetzen und eventuelle Fragen zu klären.

6.2.4 Die strategische Patientenorientierung

Dringlichstes Ziel in einer MANV-Lage ist es, die kritischen, d.h. vital bedrohten Patienten (SK I Rot) schnellstmöglich aufzufinden ([Vor-]Sichtung/Triage). Diese müssen aus allen Beteiligten herausgefiltert und mit dem Beginn der Transportphase in die jeweiligen Kliniken gebracht werden. Darunter befindliche Patienten mit Transportpriorität müs-

6

Erstintreffendes Rettungsmittel – Verkehrsunfall

Fahrzeugaufstellung – erste Maßnahmen

- An- und Abfahrtswege freigehalten
- wenn möglich: Längs- o. Schrägparkposition
- Entwicklungs- und Aufstellflächen für die Feuerwehr beachten
- Absicherung
- Brandschutz
- Gefahren erkennen

Erkundung

- Vier Phasen Erkundung
 - Frontalansicht/Lage auf Sicht
 - befragen beteiligter Personen
 - herangehen an des Objekt
 - herumgehen um das Objekt
- Anzahl und Art der beteiligten Fahrzeuge
- Anzahl der Patienten (Rot / Gelb/Grün)
- Patienten eingeklemmt/technische Rettung erforderlich
- Anzahl kritischer Patienten – „finde die Roten“
- Anzahl Leichtverletzter
- herumirrende Patienten
- unverletzt Betroffene
- aus dem Fahrzeug geschleuderte Patienten
- sonstige Hinweise auf Patienten

unübersichtliche Einsatzstellen benötigen längere Erkundungszeit, Rettungsmittel *nie* vorzeitig abbestellen!

Rückmeldung (Lagemeldung)/ Nachforderung

- Anzahl der Patienten (Rot/Gelb/Grün)
- Anzahl der benötigten Rettungsmittel X+1
- MANV-Stufe indiziert?
- ausreichend Notärzte (Versorgung und Transport)?
- RTH-Indikation?
- Schockraum notwendig?
- nachrückende Kräfte einweisen
- klare Aufgaben- und Patientenzuweisung
- wenn notwendig, Einsatzabschnitte bilden
- Maßnahmenkoordinierung der med. und technischen Rettung mit Technischem Einsatzleiter Feuerwehr
- Übergabe an OrgL/LNA

Materialbedarf

- Persönliche Schutzausrüstung
- Kennzeichnungsweste „Erster RTW“ / „Erstes NEF“
- Handsprechfunkgerät
- MANV-/Sichtungstasche

Besonderheiten der Funktion

- kommissarische Einsatzführung Rettungsdienst
- ...

Abb. 2: Ablaufplan für erstintreffendes Rettungsmittel beim MANV

sen zwingend durch rote Vorsichtsbänder oder entsprechende Anhängerkarten eindeutig deklariert sein und der Transportorganisation benannt werden. Neben den als kritisch (Rot) kategorisierten Patienten gibt es eine Anzahl an weiteren beteiligten Betroffenen mit aufgeschobener Behandlungsdringlichkeit. Hier ist die Farbe Gelb, Sichtungskategorie II, für mittelschwer verletzte Patienten zu nutzen. Diese können vorerst vor Ort versorgt und im Nachgang in ein ihnen Verletzungen/Erkrankungen entsprechendes Krankenhaus transportiert werden. Leicht verletzte Patienten werden unter der Sichtungskategorie III geführt und grün markiert. Diese sollten frühzeitig von der Einsatzstelle in eine Betreuungsstelle (z. B. Feuerwehrhaus, Dorfgemeinschaftshaus oder vordefinierte Betreuungsstelle) verbracht und von Betreuungskräften weiter versorgt werden.

BEACHT E

Mit einer einmaligen Sichtung bei allen Patienten ist es allerdings nicht getan. In den Patientenablagen muss kontinuierlich weitergesichtet werden, da sich der Patientenzustand durchaus verschlechtern, aber auch verbessern kann.

Zur Kennzeichnung des Sichtungsergebnisses gilt die Patientenanhängetasche, auch Verletztenanhängerkarte genannt, als Mittel der Wahl, da sehr leicht die verschiedenen Sichtungsfarben umgesteckt werden können.

6.2.5 Einsatzmöglichkeiten

Die Einsatzmöglichkeiten für Sanitäts- und Betreuungseinheiten erstrecken sich von der kleinen MANV-Lage bis hin zu Lagen mit weit über 50 Betroffenen und darüber hinaus. Leider gibt es keine bundeseinheitlichen Regelungen und Bezeichnungen. In Niedersachsen werden die Vorgaben beispielsweise durch den Landesausschuss Rettungsdienst getroffen. Jede Einsatzkraft sollte für ihr Einsatzgebiet die Vorgaben kennen, bewerten und umsetzen. Gerade in Flächenlandkreisen, die nicht über den Kräfteansatz von Ballungsgebieten verfügen und somit eine dünne Decke an Rettungsmitteln vorhalten, ist ein Einsatz von Sanitätseinheiten öfters denkbar. So kann es durchaus vorkommen, dass bei einer Lage mit 10 Beteiligten (MANV 10), in einigen Gebietskörperschaften bereits eine Trans-

portkomponente zum Einsatz kommt, während dies in anderen Rettungsdienstbereichen nicht der Fall ist.

Ehrenamtliche Unterstützer wie Sanitäts- und Betreuungskräfte stellen eine wesentliche Säule der MANV-Bewältigung dar (s. Kap. 8). Der Regelrettungsdienst allein ist nicht in der Lage, große MANV-Lagen abzuwickeln; hierzu fehlt es an Personal und Material. Zudem darf die Sicherstellung des Grundschutzes nicht vernachlässigt werden und bindet ebenfalls Kräfte. Somit können und müssen zwingend Sanitäts- und Betreuungseinheiten in den Patientenablagen eingesetzt werden. Sie unterstützen bei der Versorgung, beim Patiententransport in die jeweiligen Kliniken/Betreuungsunterkünfte, richten Örtlichkeiten zur Betreuung her, versorgen Einsatzkräfte und Betroffene mit Getränken, Verpflegung und Material.

6.2.6 Überörtliche Hilfe (ÜMANV)

Im ersten Schritt unterstützen benachbarte Kreise bzw. Städte über eine sofortige Bereitstellung von vordefinierten Kräften und Material, diese nachbarschaftliche Hilfe wird als überörtliche Hilfe bzw. Soforthilfe bezeichnet, kurz ÜMANV-S-Komponenten. Diese werden durch die jeweilige Leitstelle alarmiert und sind sofort zu entsenden. Meistens werden diese durch den hauptamtlichen Rettungsdienst gestellt und rekrutieren sich aus Fahrzeugen der rettungsdienstlichen Vorhaltung. In Niedersachsen beispielsweise sollen pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt jeweils zwei RTW und ein NEF bereitgestellt werden. Im Bereich des ÜMANV kommen ebenfalls ehrenamtliche Kräfte zum Tragen – bei großen MANV-Lagen mit zusätzlichem Material und Kräften, bei länger andauernden Lagen als Ablöseredundanz. Diese werden meist zu vordefinierten Sammelpunkten geleitet, von dort aus in Bereitstellungsräume gezogen und letztlich in der jeweiligen Lage eingesetzt. Hier gilt zu beachten, dass diese Kräfte – meistens aus Zügen bestehend – nicht auseinandergezogen, sondern geschlossen eingesetzt werden.

6.2.7 Strukturierung und Raumordnung

Neben der Vorsicht ist eine frühzeitige Raumordnung, möglichst durch das ersteintreffende Fahrzeug, elementar. Hierzu zählen auch die Ein-

AUF EINEN BLICK:**Leitstelle beim MANV**

- Integrierte Leitstellen = Einrichtungen zur zentralen Einsatzlenkung und -steuerung der nicht-polizeilichen Kräfte
- Leitstelle kann mit „(Über)Blick von außen“ Ressourcen vernetzen sowie Führung und Kommunikation koordinieren.
- Bei MANV werden die Einsatzbearbeitung der MANV-Lage unter einem Main Dispatcher und das Regelgeschehen voneinander getrennt. Dienstfreie Kräfte werden nachalarmiert.
- Einsatzbearbeitungsplätze übernehmen vordefinierte Aufgaben unter Leitung eines Lagedienstleiters. Ggf. werden Aufgaben an benachbarte Leitstellen abgegeben.
- Frühzeitig beginnen die Abfrage von freien Behandlungskapazitäten und die Information von benachbarten Leitstellen, Krankenhäusern etc.
- Auf Basis des MANV-Stichwortes wird eine Einsatzmittelkette ausgelöst und lageabhängig nachjustiert.
- Umfangreiche Unterstützungsleistungen für die Einsatzbearbeitung (Anfahrtswege, Zuweisung von Räumen oder Funkgruppen, Verfügbarkeitsprüfungen u. v. m.)
- Zentrale Aufbereitung der Einsatzlage für alle durch die Leitstelle vernetzten Akteure (kollaborative Lageerfassung) und Dokumentation aller Einsatzentscheidungen.

6

6.4 MANV-Stufen und überörtliche Unterstützung

JÖRG OBERKINKHAUS

Für einen MANV als Schadensereignis mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten müssen vorbereitend die im Ereignisfall zu alarmierenden Ressourcen festgelegt werden. Gängig ist dabei ein abgestuftes Vorgehen und die Definition von sog. *Einsatzschwellen* oder *MANV-Stufen*.

Häufig werden die MANV-Stufen anhand der Patientenzahl 10, 25, 50 und 100 definiert, so zum Beispiel in Hamburg oder Schleswig-Holstein (s. Kap 3.4) bzw. in Fünferschritten empfohlen wie in Hessen (HSM 2014: 5).

An diesen Stufen ausgerichtete Alarmpläne sollen somit orientiert an der Schadenslage eine abgestufte Alarmierung der vorgehaltenen Rettungsmittel ermöglichen. Die Alarmpläne müssen für die Leitstellen verbindliche Handlungsanweisungen sein, wie bei bestimmten Lagen zu verfahren ist. Sie müssen klar gegliedert sein und bedürfen der ständigen Aktualisierung. Praktische Umsetzung finden Alarmpläne in der Alarm- und Ausrückordnung (AAO).

Bedeutsam ist die Einsatzschwelle, ab der zusätzliche Kräfte und Einsatzmittel (über den Regelrettungsdienst) hinaus alarmiert werden, d.h. Katastrophenschutzeinheiten oder überregionale Hilfe hinzugerufen wird. Einsatzkonzepte für MANV-Lagen haben sich in der Vergangenheit häufig an rettungsdienstlichen Ereignissen mit bis zu 50 Patienten/Betroffenen orientiert. Diese MANV-Lagen erfordern in den betroffenen Rettungsdienstbereichen regelhaft eine Unterstützung aus benachbarten Regionen.

Neben der eigentlichen rettungsdienstlichen Sonderlage, dem MANV-Ereignis, muss (wenn auch eingeschränkt) parallel die Regelversorgung in der Notfallrettung des unmittelbar betroffenen Rettungsdienstbereiches sichergestellt werden. Je größer die Anzahl der Patienten und Betroffenen, um so umfangreicher wird sich auch der Unterstützungsbedarf im anfordernden Bereich darstellen. In den Metropolen und ihrer Peripherie lässt sich eine Einsatzlage mit einer größeren Anzahl von Verletzten, Erkrankten und Betroffenen leichter durch die Ressourcen des Regelrettungsdienstes abwickeln,

Unterstützungskräfte



8.3 Einheiten des Katastrophenschutzes

MALTE PÜTZ

In den Bundesländern haben die Landesregierungen mit den Hilfsorganisationen die Mitwirkung im Katastrophenschutz vereinbart. Dazu stellen die Hilfsorganisationen zusätzliche Einheiten (neben den SEG) auf, die im Katastrophenfall den Rettungsdienst der Kreise und kreisfreien Städte verstärken, d. h. sie wirken beim Sanitätsdienst sowie

bei der Betreuung von Patienten und sonstigen Betroffenen mit.

Die Länder können zusätzlich im Katastrophenfall die vom Bund im Rahmen des Zivilschutzes vorgehaltenen Ressourcen für den Katastrophenschutz einsetzen (sog. Katastrophenhilfe). Grundlage dafür ist das Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes (ZSKG). Die Ressourcen von Bund, Ländern und privaten Hilfsorganisa-

Tab. 5: Einheiten des Katastrophenschutzes der Länder

	Erstversorgung	Behandlung	Transport	Betreuung
Baden-Württemberg	Einsatzinheit Erstversorgung	Einsatzinheit Behandlung	Luftkranken-transportgruppe	–
Bayern	–	–	–	–
Berlin	SEG, Arztgruppen	Arztgruppen	Verletztentransportgruppen	SEG
Brandenburg	SEE San	SEE San (BHP 25, BHP 50)	SEE	–
Bremen	SEG, Einsatzzug NI	SEG, Einsatzzug NI	–	–
Hamburg	Sanitätseinheiten	Sanitätseinheiten	–	Betreuungseinheiten
Hessen	Sanitätszüge	Unterstützungszüge MTF	–	–
Mecklenburg-Vorpommern	Sanitätszüge	MTF	Sanitätszüge	–
Niedersachsen	Einsatzzug San	Einsatzzug San BHP 50	Ergänzungseinheit Transportstaffel	BTP 500
Nordrhein-Westfalen	SEG, EE, ÜMANV-S	BHP-B 50 NRW	PT-Z 10 NRW	BTP-B 500 NRW
Rheinland-Pfalz	Modul San	3 SEG San und 1 SEG Betreuung und 1 SEG Führung bilden einen BHP	–	SEG Betreuung
Saarland	MTF	MTF	MTF	–
Sachsen	Einsatzzug San	Einsatzzug San	Einsatzzug Transport	Einsatzzug Betreuung
Sachsen-Anhalt	Fachdienst San (Arzt- und SanGruppe)	Fachdienst San (Arzt- und SanGruppe)	Fachdienst San (Transportgruppe)	Betreuung (Verpflegung, Soziale Betreuung, Unterkunft)
Schleswig-Holstein	–	–	–	–
Thüringen	SBZ Sanitätsgruppe	SBZ Sanitätsgruppe	SBZ Transporttrupp	SBZ Betreuungsgruppe

tionen bilden somit ein gemeinsames integriertes Hilfeleistungssystem für Naturkatastrophen oder besonders schwere Unglücksfälle.

Aufgrund des Föderalismus gibt es entsprechend unterschiedliche Konzepte, was in welcher Qualität und Quantität vorgehalten wird (s. Tab. 5). Allerdings geht es gemeinhin immer um folgende vier Kräftearten, die bereitgehalten werden:

- Erstversorgung
- Behandlung
- Transport
- Betreuung.

Natürlich gibt es punktuell noch weitere Arten von Einheiten, die unterstützend eingesetzt werden.

Bund und Länder haben sich aber bereits 2002 auf eine „Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland“ verständigt und auf der Innenministerkonferenz der Länder im Jahr 2007 ein neues Ausstattungskonzept des Bundes zu einem effektiven, ergänzenden Bevölkerungsschutz verabschiedet; hier im Speziellen für die *Analytischen Task Forces (ATF)* und die *Medizinischen Task Forces (MTF)*.

Die ATF unterstützen die Einsatzleiter der Feuerwehren bei der Erkundung von Schadenslagen mit gefährlichen Substanzen (CBRN). Sie verfügen dazu über CBRN-Erkundungswagen mit besonderer Messtechnik oder Gerätewagen Dekontamination Personal (GW Dekon-P) sowie besonders ausgebildetes Personal (Bedienstete der Länder bzw. der Städte). Jeder Einsatzleiter kann bei Bedarf nach besonderer Unterstützung per Amtshilfe die ATF anfordern. Diese haben einen Einsatzradius von 200 km und sollen nach etwa drei Stunden vor Ort Hilfe leisten (derzeit acht Standorte). Jährlich werden sie etwa 200-mal von der örtlichen Gefahrenabwehr zur Unterstützung herangezogen (vgl. BBK 2019).

Die MTF sind im Aufbau befindliche arztbesetzte sanitätsdienstliche taktische Einsatzabteilungen mit Spezialfähigkeiten zur medizinischen Versorgung bei einem MANV. Die Teileinheiten werden langeabhängig überregional zusammengeführt. Fahrzeuge und Verbrauchsmaterial werden vom BBK gestellt. Die MTF umfassen Ausstattung und Einheiten für:

- Führung
- Dekontamination Verletzter
- Behandlung
- Patiententransport
- Logistik.

Es ist für die Einsatzplanung zu bedenken, dass die MTF jederzeit durch den Bund zu Einsätzen und Übungen abgezogen werden können, solange sie sich noch nicht in einem Einsatz der kommunalen Gefahrenabwehr befinden. Die Verfügbarkeit ist dann nicht gegeben.

Die Umsetzung des Konzeptes Medizinische Task Forces in den Bundesländern ist allerdings mit heutigem Stand noch unterschiedlich vorangeschritten. Beispielhaft werden im Folgenden die MTF Dresden und in Kapitel 8.5.1 das Bundesland Nordrhein-Westfalen mit seinen Konzeptionen herausgegriffen, um die Rolle von Unterstützungskräften deutlich zu machen.

8.3.1 Medizinischer Katastrophenschutz: Praxisbeispiel MTF Dresden

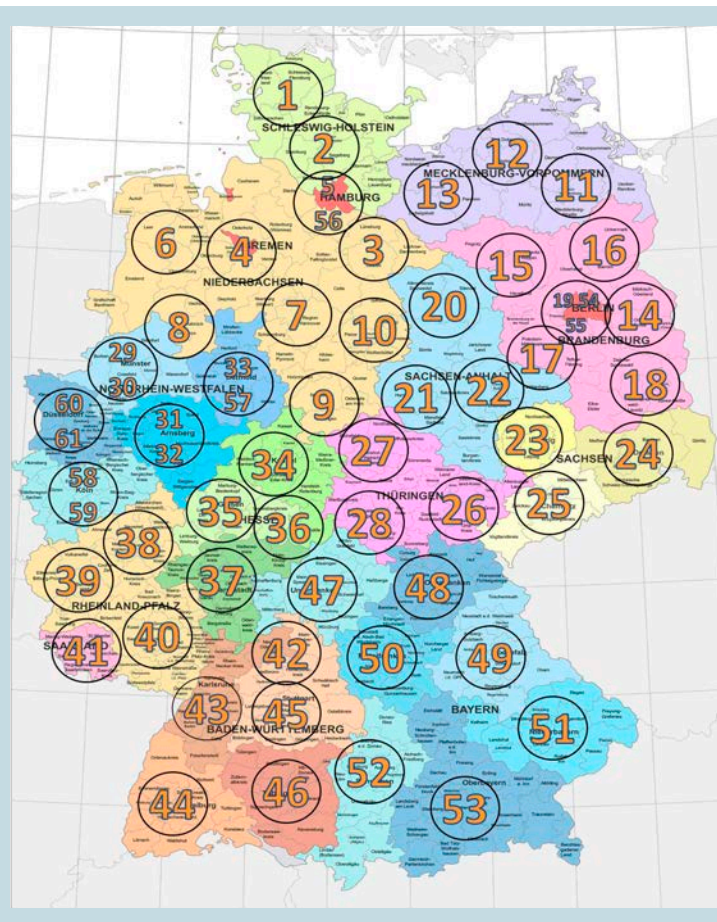
AXEL R. HELLER, KATHLEEN JUNCKEN

Das Flugzeugunglück von Ramstein im Jahr 1988 und andere Großereignisse zeigten das Fehlen von Strukturen und der Abstimmung einsatztaktischer Maßnahmen zwischen den Einsatzkräften und Fachdiensten bei Großschadensereignissen. Eine Lösung schien darin zu liegen, u. a. Behandlungsplätze (BHP) als taktisches Element der Einsatzbewältigung überörtlich zu standardisieren. Trotzdem existiert heute noch immer eine Vielzahl von parallelen Konzepten zum BHP-Aufbau bei Bund, Ländern und Gebietskörperschaften.

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) in Bonn hat im Zuge der Neuausrichtung im Bevölkerungsschutz die detaillierte Konzeptentwicklung und Ausstattung vorangetrieben. Hierzu gehört zunächst die Definition von Versorgungsstufen (s. Tab. 6) bei Schadenslagen. Die Stufen I und II stellen einen normierten alltäglichen sowie standardisierten flächendeckenden Grundschutz sicher und werden durch die Länder selbst erfüllt. Die Medizinischen Task Forces (MTF) hingegen sind ebenso wie die Analytischen Task Forces (ATF) als Ergänzungsausstattung des Bundes für den Zivilschutzfall und gezielt für die überörtliche, länderübergreifende Katastrophenhilfe konzipiert (explizit nicht am eigenen Standort) und befinden sich bundesweit gerade im fortgeschrittenen Aufbaustadium.

Tab. 6: Systematik der Versorgungsstufen (aus BBK-Rahmenkonzept MTF Stand 2017)

Versorgungsstufe	Beschreibung	Schutzziele	Schutzpotenziale
I	Normierter alltäglicher Schutz	Hilfeleistung für individuelle Notfälle im Rahmen des RD	RD gem. RD-Gesetzen der Länder
II	Standardisierter, flächendeckender Grundschutz	Hilfeleistung für Schadensereignisse mit definierter Anzahl Verletzter/Erkrankter in einem Zuständigkeitsbereich. Aufbau und Betrieb von Patientenablagen	RD, Schnelleinsatzgruppen, Teileinheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des KatS
III	Erhöhter Schutz für gefährdete Regionen und Einrichtungen	Hilfeleistung für Schadensereignisse, die nicht mit dem Potenzial des Grundschutzes abzudecken sind. Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes	RD, Schnelleinsatzgruppen, Einheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des KatS, überörtliche Hilfe, MTF
IV	Sonderschutz mit Hilfe von Spezialkräften	Hilfeleistung für Schadensereignisse, die nicht ausschließlich auf Stufe III bewältigt werden können. Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes mit der Möglichkeit zur Dekontamination Verletzter	RD, Schnelleinsatzgruppen, Einheiten des Sanitäts-/Betreuungsdienstes des KatS, überörtliche Hilfe, MTF

**Abb. 12:** Verteilung der 61 MTF über das Bundesgebiet mit Standortnummer (Quelle: BBK)

Die MTF ist als standardisierter arztbesetzter sanitätsdienstlich taktischer Verband mit Spezialfähigkeiten vor allem in der Schutz- und Versorgungsstufe III und IV in dynamischen Flächenlagen bei zu erwartender zerstörter Infrastruktur einzusetzen. Die MTF sollen also zum Einsatz kommen, wenn keine Transportkapazitäten vorhanden sind bzw. der Transport in Kliniken aufgrund beschädigter Infrastruktur nicht mehr möglich ist und/oder die weiterführenden Behandlungseinrichtungen im Umkreis von mehreren hundert Kilometern aufgrund des Ereignisses selbst nicht mehr einsatzfähig oder nur teileinsatzfähig sind.

MERKE

In der Versorgungsstufe IV kann die MTF einen medizinischen Einsatz operativ-taktisch selbstständig leiten oder sich lageentsprechend in bestehende Aufbauorganisationen eingliedern.

Für die überregionale Hilfe können so Komponenten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes sowie für chemische, biologische, radiologische sowie nukleare Gefahrenlagen (CBRN-Lagen) auch länderübergreifend herangeführt werden. In einem dualen Nutzungskonzept unterhalb dieser Schwelle (z. B.

MANV, KatS) stehen die Kräfte und Mittel der MTF auch örtlich zur Verfügung.

Laut Rahmenkonzept 2018 sind bundesweit 61 MTF mit jeweils 138 Einsatzkräften (Stärke: 23/31/84/138) auf 26 Fahrzeugen als taktische Einsatzverbände stationiert (s. Abb. 12). Die ärztliche Personalstärke einer MTF liegt bei zwölf. Davon besetzen sieben Ärzte die Behandlungsstellen (Zelte), zwei die Eingangssichtung und einer die Erstversorgung im CBRN-Schwarzbereich. Weiterhin gibt es einen medizinischen Leiter der Teileinheit Behandlung und einen Medizinischen Gesamtleiter der MTF. Die Auslieferung aller Fahrzeuge ist mit Drucklegung allerdings noch nicht abgeschlossen.

8.3.1.1 Teileinheiten und Fähigkeiten

Die MTF sind bundesweit hinsichtlich Fahrzeugen, Ausstattung, Personal und Gliederung standardisiert (Verband der Größe II). Die Einsatzabteilung ist nicht luftverlastbar und besteht aus den in Tabelle 7 dargestellten Teileinheiten (TE).

Sie ist nicht als Ersteinsatzeinheit konzipiert und bietet mit ihren Teileinheiten verschiedene Verwendungen mit den Schwerpunkten medizinische Versorgung, Patiententransport und Dekontamination von Verletzten. Beispiele für konkrete Aufgabstellungen gehen aus Tabelle 8 hervor.

Tab. 7: Gliederung der MTF in Teileinheiten (TE) mit Mannschaftsstärken (nach BBK-Rahmenkonzept MTF Stand 2018, vgl. Schmidt et al. 2018)

taktisches Zeichen	Bezeichnung	Abk.	Stärke	taktische Bezeichnung	Abk.	Fz
	Medizinische Task Force	MTF	23/31/84/138	Einsatzabteilung	MTF	26
	TE Führung	TE Fü	5/1/3/9	Führungsgruppe	FüGr	2
	TE Dekontamination Verletzter	TE Dekon-V	3/5/28/36	Dekontaminationszug für Verletzte	Dekon-V Z	5
	TE Behandlung	TE Be	13/19/34/66	Behandlungsbereitschaft	BeB	10
	TE Patiententransport	TE Pt	0/2/10/12	Patiententransportgruppe	PtGr	6
	TE Logistik	TE Log	2/4/9/15	Logistikzug	Log Z	3

Tab. 8: Mögliche Verwendungen für eine MTF

- Einrichtung und Betrieb eines BHP zur Versorgung von Verletzten und Erkrankten
- Aufbau und Betrieb einer Dekontaminationsstelle für kontaminierte Verletzte
- weiträumiger Patiententransport
- Aufbau und Betrieb von Patientenablage(n)
- Aufbau und Betrieb einer Sichtungsstelle vor einem Krankenhaus
- Aufbau und Betrieb einer Dekontaminationsstelle für Verletzte vor einem Krankenhaus
- Aufbau und Betrieb eines oder mehrerer Sanitätsräume (DGUV 100-001).

Teileinheit Führung (FüGr)

Die aus neun Kräften (Stärke: 5/1/3/9) bestehende Führungsgruppe (FüGr) führt und koordiniert die Teileinheiten der MTF im Einsatz. Nach Kontaktaufnahme mit der Örtlichen Einsatzleitung und den Behörden sowie der Lageerkundung und Bereitstellung weiterer Ressourcen vor Ort (Trinkwasser, Betriebsstoffe etc.) wird die MTF in die medizinische Versorgung ggf. auch selbstständig operierend eingebunden. Die FüGr baut eine mobile Führungs-

stelle auf und stellt die Arbeitsfähigkeit der Teileinheiten sicher, sorgt für Nachschub bei allen notwendigen Ressourcen in enger Zusammenarbeit mit der Teileinheit Logistik und stellt auch die erneute Einsatzbereitschaft bei Mehrfachdurchläufen sicher.

Teileinheit Behandlungsbereitschaft (BeB)

Die Teileinheit Behandlung stellt mit 66 Einsatzkräften (Stärke: 13/19/34/66) 50 parallel betriebene Versorgungsplätze für Patienten mit traumatisch/thermischen Verletzungsmustern zur Verfügung und kann bis zu 100 Verletzte bei kontinuierlichem Durchlauf oder – bei fehlender Transportmöglichkeit – 50 Patienten über einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden versorgen. Ebenso ist sie auf die ereignisunabhängige Versorgung akuter Erkrankungen eingestellt. Die personellen und materiellen Ressourcen sind nach der prozentualen Verteilung der Sichtungskategorien (15 % SK I, 20 % SK II, 60 % SK III, 5 % SK IV) bemessen, der zum Planungszeitpunkt aktuell war. Unter der Voraussetzung, dass immer auch Komponenten des erweiterten Regelrettungsdienstes am Einsatz beteiligt sind, ergibt sich summarisch mindestens eine Behandlungskapazität von 20 % SK I, 30 % SK II und 50 % SK III (SK IV ist der SK I zugerechnet, s. Kap. 9.8.1). Neben dem

Tab. 9: Ausrüstung Gerätewagen Sanität Bund (Auswahl)

40 m² Pneumatikzelt mit Kompressor

Außen- und Innenzeltbeleuchtung

Tische und Bänke

Ausrüstung für Verletzentransport und Immobilisation

Beatmungsgeräte, AED

Krankentragen

Lagerungsböcke

Notfallrucksäcke

Medizinisches Verbrauchsmaterial

Einwegdecken

Stromerzeuger 5 kVA

Diesel-Heizautomat 25 kW

Absperrmaterial

Werkzeugsatz



So. Kfz. Zivilschutz, Katastrophenschutz Einsatzwagen

Fahrzeugtyp:	TGL 10.220 4 × 2 BB
Hersteller:	MAN Nutzfahrzeuge AG
Forderung an den Kraftfahrer:	C
Zulässige Geschwindigkeit:	80 km/h
Verbrauch/Fahrbereich:	15 – 20 l/100 km / > 600 km
Wendekreisdurchmesser:	ca. 15,8 +/- 0,5 m
Steigfähigkeit:	> 40 %
Wadfähigkeit:	350 mm bei 10 km/h
Zulässiges Gesamtgewicht:	10.000 kg
Leergewicht:	6.700 kg
Nutzlast:	3.300 kg

Aufbau von Patientenablagen oder Sichtungsstellen vor einem Krankenhaus ist der BHP (s. Abb. 13/14) ein mögliches Entfaltungsszenario der Teileinheit Behandlungsbereitschaft mit den Aufgaben:

- Eingangs- und Verlaufssichtung
- Sicherung der Vitalfunktionen
- medizinische Behandlung
- Herstellen der Transportfähigkeit sowie
- prioritätsgerechte Transportorganisation.

Das Material für die Teileinheit Behandlung ist auf den sieben Gerätewagen Sanität Bund (GW San Bund, s. Tab. 9) bzw. einem bisher noch nicht ausgelieferten GW Behandlung verlastet. Eine Besonderheit des BHP-Aufbaus MTF Bund ist die Mischung der Sichtungskategorien innerhalb der Behandlungsstellen (Zelte). Diese Belegungsvariante ermöglicht eine gewisse Redundanz bei Ausfall einzelner GW San auf dem Marsch oder später beim Zusammenfall schadhafter pneumatischer Zelte. Zudem kann die Belegung der Zelte sofort nach deren Einrichtung mit allen SK beginnen und die Versorgungsbelastung der Helfer verteilt sich gleichmäßiger.

Kritisch muss hier allerdings angemerkt werden, dass Etablierung und Betrieb eines BHP zeitaufwen-

dig sind und der BHP den Versorgungsbedürfnissen von Patienten der Sichtungskategorie I (Rot) keinesfalls gerecht wird.

BEACHT E

Der frühzeitige Transport zur definitiven Weiterversorgung, insbesondere von roten Patienten, wird beim Einsatz von BHP regelmäßig relevant verzögert. Unter dieser Prämisse rechtfertigen nur wenige Gründe den Entscheid für einen BHP beim MANV. Hierzu gehört das aktuelle und perspektivische Fehlen von Patienten-Transportkapazitäten oder von Zielkliniken.

Entsprechend bieten Kräfte und Mittel einer MTF lageentsprechend modulare Einsatzmöglichkeiten; der BHP ist nur eine davon. Werden die Eintreffzeiten einer MTF bei konzeptgemäßem überörtlichem Einsatz mit länderübergreifendem Anforderungsweg über das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum von Bund und Ländern (GMLZ) kalkuliert, so wird klar, dass ein Antreffen von Patienten der SK I (Rot) am Einsatzort nicht mehr so wahrscheinlich ist (Marschbereitschaft nach 90 min am Standort,



Abb. 13: Übung „Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes MTF Bund“ der 24. MTF am 7. Mai 2016 in der Offiziersschule des Heeres, Dresden (Foto: 24. MTF Dresden)

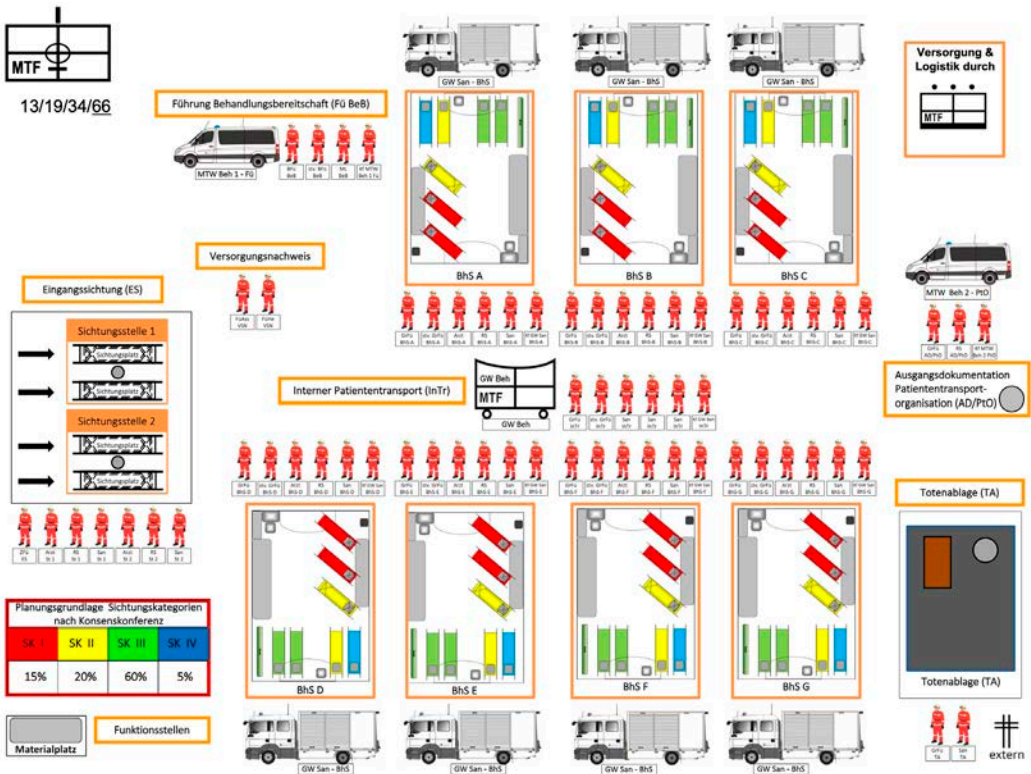


Abb. 14: Behandlungsplatz MTF Bund mit Funktionsstellen (Bild: F. Beissel/BBK)

Vorausstrupp, Mot-Marsch über >200 km, Aufnahme von Betriebsstoff, Verpflegung, Disposition etc.). Durch die Ausstattung aller MTF mit sieben arztbesetzten GW San und einer weiteren arztbesetzten Gruppe zur Betreuung der Patientenablage im Kontaminationsbereich können hier nach lageentsprechendem Bedarf allein aus der Behandlungsbereitschaft und dem Dekon-Zug heraus mindestens acht separat einsetzbare taktische Gruppen modular zur Verstärkung von Patientenablagen oder zum Betrieb von Unfallhilfsstellen etc. gebildet werden.

Patiententransportgruppe (PtGr)

Sobald Verletzte transportiert werden müssen, kommt die mit sechs Krankentransportwagen Typ B und zwölf Helfern (Stärke: 0/2/10/12) ausgestattete Teileinheit Patiententransport zum Einsatz. Die PtGr stellt im MTF-Konzept eine sofortige Transportkapazität für zwölf Patienten zur Verfügung. Die Aufgaben der PtGr sind das Aufsuchen von Verletzten/Erkrankten und lebensrettende Sofortmaß-

nahmen sowie die Verstärkung oder Anlage von Patientenablagen, die Patientenregistrierung und der Transport von Patientenablage(n) zum Behandlungsplatz und weiter in anknüpfende medizinische Behandlungseinrichtungen.

Teileinheit Dekontamination Verletzter (Dekon-V-Zug)

Eine Spezialfähigkeit der MTF für Verletzte wird vom Dekontaminationszug mit 36 Einsatzkräften (Stärke: 3/5/28/36) wahrgenommen. Bei CBRN-Lagen besteht immer das Hindernis in der Patientenversorgung, dass das Rettungsdienstpersonal nicht direkt am Patienten wirksam werden kann, weil geeignete persönliche Schutzausstattung fehlt (s. Kap. 6.8 u. 10.2). Diese Lücke schließt der Dekon-V-Zug insbesondere mit einer arztbesetzten Funktionsstelle mit neun Kräften (Stärke: 1/1/7/9) für die (Vor-)Sichtung, Erstversorgung, Spot-Dekontamination etc. bereits im Schwarzbereich. Nachgelagert ist eine Nassdekontamination mit zwei Dekonlinien (Standardaufbau). Diese haben

eine stündliche Durchlaufkapazität von 20 liegenden und 60 gehfähigen Patienten oder von 10 liegenden und 90 gehfähigen Patienten. Ohne liegende Patienten können 120 Gehfähige pro Stunde dekontaminiert werden.

Teileinheit Logistik

Der Logistikzug (Log Z) besteht aus 15 Einsatzkräften (Stärke: 2/4/9/15). Er betreibt für die MTF eine Versorgungsstelle mit Verbrauchsmaterial, u. a. Material für Hygiene, Reinigung, Abfallentsorgung, und unterstützt bei allen Transportaufgaben, die zum Betrieb der MTF erforderlich sind. Nach Eintreffen von Nachschub wird Sanitätsmaterial sowie

Kraftstoff gelagert und ausgegeben. Ebenso unterstützt der Log Z bei kleiner technischer Hilfe und betreibt eine Versorgungsstelle sowie einen Sanitär- und Ruhebereich für die Einsatzkräfte.

8.3.1.2 Ausbildung der MTF

Aufbauend auf den Fachdienst- und Führungskräfteausbildungen der Hilfsorganisationen, Feuerwehren und sonstigen Träger des Katastrophenschutzes durchlaufen alle MTF-Helfer eine Grundausbildung mit entsprechenden Spezialisierungsmöglichkeiten am Standort und an den Schulen der Träger. Hierzu zählen auch eine bundesfinanzierte Ausbildung zum Rettungssanitäter oder der Erwerb eines Lkw-Füh-

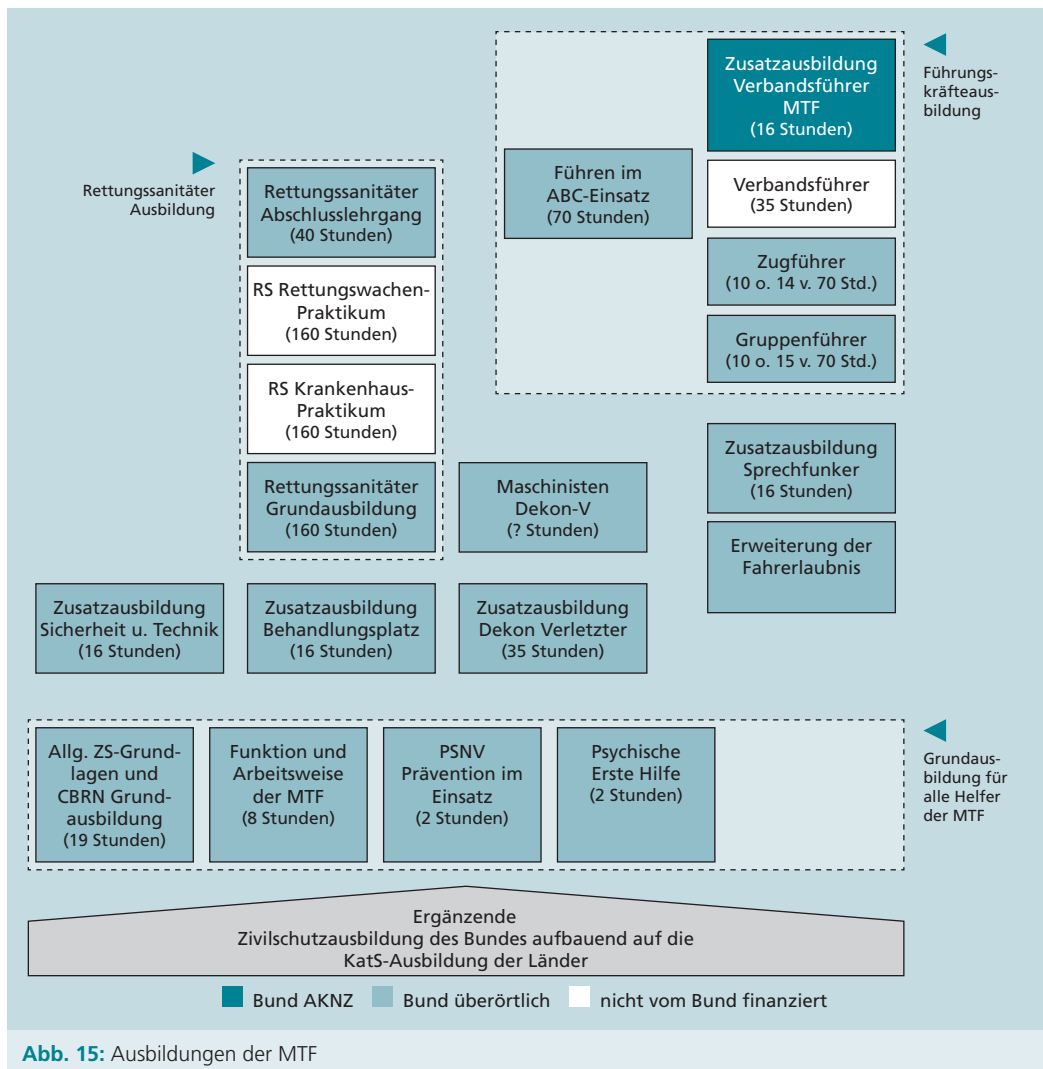


Abb. 15: Ausbildungen der MTF

8.5 ÜMANV-Konzepte

MALTE PÜTZ

Im Zuge der Entschärfung des Kalten Krieges und der deutschen Wiedervereinigung wurde der Katastrophenschutz auf allen Ebenen seit den 1980er Jahren immer weiter zurückgefahren. Mit den Ereignissen vom 11. September 2001 begann allerdings ein Umdenken. Man musste sich nun mit einer neuen Gefährdungslage auseinandersetzen (nicht-staatliche islamistische terroristische Angreifer). Nicht nur die internationalen Terroranschläge (s. Tab. 10), auch das Hochwasser 2002 führte zu einem Wiederbeleben des Katastrophenschutzes.

Die Verantwortlichen im Bevölkerungsschutz sahen sorgenvoll auf die Entwicklungen. Mit dem Terrorismus wuchsen Gefahren, die überhaupt nicht einzuschätzen waren, und das zu einer Zeit, in der die Planungen zu mehreren Großveranstaltungen anstanden. So war der Weltjugendtag 2005 in Köln zu Gast und ganz Deutschland war in Vorfreude zum „Sommermärchen 2006“, also der Fußball-Weltmeisterschaft der Herren. Die bis dahin vorhandenen Konzepte im Bevölkerungsschutz waren ausgerichtet auf die Versorgung von ca. 50 Patienten. Die Terroranschläge zeigten nun jedoch, dass die Zahl der Verletzten diese 50 um das Vielfache überschritt.

In Vorbereitung auf die o.g. Großveranstaltungen gründete die Berufsfeuerwehr Köln daher eine Projektgruppe (Rheinische Projektgruppe ÜMANV) mit Vertretern aus den übrigen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr und gab

Tab. 10: Opferzahlen bei internationalen Terroranschlägen

11. September 2001, New York/Washington: Flugzeug-Anschläge auf World Trade Center und Pentagon	ca. 3.000 Tote (darunter 351 Feuerwehrleute und Sanitäter sowie 60 Polizisten), 6.000 Verletzte
11. März 2004, Madrid: Detonation von zehn Sprengsätzen in Personenzügen	193 Tote, 2.051 Verletzte
7. Juli 2005, London: Bombenanschlag auf U-Bahnen und Busse	65 Tote, 700 Verletzte

sich die Aufgabe, ein Konzept zu entwickeln, durch das mithilfe überörtlicher Strukturen eine Vielzahl von Verletzten (bis ca. 1.200) versorgt werden könnte. Die Idee einer Projektgruppe wurde dann sogar von der Innenministerkonferenz zum Musterkonzept für die gesamte Fußball-Weltmeisterschaft definiert.

Die erste Hürde stellte der aktuelle Bestand an Personal und Material in den verschiedenen Rettungsdienstbereichen dar. Auch die Begrifflichkeiten waren uneinheitlich; so verstanden zum Beispiel die verschiedenen Gebietskörperschaften unter einem „Behandlungsplatz“ jeweils etwas anderes. Da sich die Begrifflichkeiten und die personelle und materielle Ausstattung so massiv voneinander unterschieden, wurden zunächst die erforderlichen Leistungen definiert. Die Leistungen umfassten zum Beispiel Angaben darüber, wie viele Patienten welcher Sichtungskategorien in welcher Zeit in welcher Qualität versorgt werden sollen. Ziel sollte es sein, Anforderungen spezifisch zu stellen bzw. mit Begriffen landesweit dasselbe zu meinen. So wurden u. a. die standardisierten Stichworte „ÜMANV-S“, „ÜMANV-T“ und „ÜMANV-B“ und die damit verknüpften Leistungen festgelegt (s. Tab. 11).

MERKE

Mithilfe der Komponente ÜMANV-S schafft man es, zeitnah Kräfte für die Erstversorgung von Patienten überörtlich in den Einsatz zu bringen, und man erhält zeitnah hochqualifizierte Unterstützung. Ziel der überörtlichen Hilfe ist also, den Mangel an Ressourcen in der betroffenen Gebietskörperschaft schnell und strukturiert zu kompensieren und eine bedarfsgerechte Hilfeleistung für die Betroffenen sicherzustellen.

Allerdings muss der entsendende Kreis in diesem Moment auch an seinen Grundschatz denken, der durch die Entsendung einer ÜMANV-S-Komponente je nach Stärke des Grundschatzes stark geschwächt werden kann. Darum unterbleibt meist die Entsendung einer weiteren Komponente der überörtlichen Hilfe.

Diese Grundüberlegungen sind heute immer noch aktuell, werden aber derzeit überarbeitet und

MANV-Einsatztaktik



Im Rahmen eines MANV-Einsatzes sind verschiedene Taktiken möglich und notwendig. Ziel ist, schnellstmöglich zur Individualmedizin zurückzukehren und das Überleben von möglichst vielen zu sichern. Es bedarf einer Priorisierung der Erstversorgung und des strukturierten Abtransports der Patienten bei gleichzeitiger massiver Reduzierung der Dokumentation. Standardmäßig werden verschiedene Bereiche (z. B. Patientenablagen und Transportorganisationen) eingerichtet, die lageabhängig um weitere spezielle Einrichtungen (z. B. Behandlungsplatz) ergänzt werden können. Ziel ist es, die für den Einsatz notwendigen „Werkzeuge“ richtig auszuwählen und sicher anzuwenden, d. h. (einsatz-)taktisch zu führen.

9.1 Ordnung von Zeit, Raum und Personal

SVEN NEUMANN, KLAUS HOFMANN

Das Vorgehen von OrgL und LNA in einer Einsatzlage sollte immer strukturiert erfolgen. Bereits auf der Anfahrt müssen wichtige Aspekte bezüglich der Lage überdacht und beachtet werden, u. a.:

- Welche Informationen über Schadensart und -ausmaß sind bereits bekannt (durch Alarmierung bzw. MANV-Stufe)? Zum Beispiel:
 - internistischer MANV vs. Unfall/chirurgische Massenlage?
 - CBRN-Lage oder taktische Lage sowie andere Gefahren?
 - Bereits Kräfte vor Ort (Feuerwehr, RD, Polizei)?
- Welche Informationen zur Einsatzstelle können aus Kenntnis des Einsatzbereiches oder der Einsatzvorplanung geschlossen werden?
 - Zugänglichkeit?
 - Besondere Objekte an Einsatzstelle oder in der Umgebung (die betroffen sein oder als Betreuungsstellen etc. dienen können)?
 - Rückgriff auf georeferenzierte Daten oder topografische Karten.

Diese „Vorabinformationen“ werden nach Eintreffen durch die Lageerkundung vor Ort erweitert. Besonderen Stellenwert haben hierbei die Gefahren für Einsatzkräfte oder Betroffene.

9.1.1 Allgemeine, eigene und Schadenslage

Die allgemeine Lage beinhaltet die aktuelle Windstärke und -richtung, die Tageszeit sowie das Wetter (ggf. mit Prognose). Dem schließt sich die eigene

Lage an. Sie umfasst die Topografie bzw. Bebauung, die aktuell eingesetzten Kräfte und Materialien/ Gerätschaften.

BEACHT E

Es sollte möglichst früh ein Ist-Soll-Vergleich angestrebt werden, um eventuell weitere benötigte Kräfte und/oder Material nachzualarmieren und somit das Zeitfenster bis zu deren Eintreffen klein zu halten.

Die allgemeine und eigene Lage werden auch als „kalte Lage“ bezeichnet. Vor Ort schließt sich die Gefahren- oder Schadenslage („heiße Lage“) an. Als Grundlage dient hier der *Führungsvorgang* (auch Führungskreislauf), wie in der Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 (FwDV 100) beschrieben (s. Kap. 4.1.2). In den meisten Fällen sind bei Eintreffen von OrgL/LNA bereits rettungsdienstliche Kräfte vor Ort. Vom aktuell kommissarisch eingesetzten OrgL und ersteintreffenden Notarzt erfolgt eine Übergabe an die Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung, bestehend aus OrgL/LNA. In der Übergabe müssen bisherige Lagererkenntnisse, Entscheidungsprozesse und getroffene Maßnahmen mitgeteilt werden. Nachdem diese Übergabe beendet ist, geht der OrgL nach dem Führungskreislauf vor.

BEACHT E

Frühestmöglich sollte eine Empfehlung zu Anfahrt und Ort der Aufstellung weiterer Einheiten bzw. Fahrzeuge gegeben werden (Bereitstellungsraum, s. u.).

In der ersten Phase wird die Lage durch Erkundung festgestellt. Darauf folgt durch Beurteilung und Entschlussfindung die Planung. Als Resultat schließt sich im *Führungsvorgang* die Befehlsgebung an. Die genannten Phasen wiederholt der Einsatz- oder Abschnittsleiter in regelmäßigen Abständen. Hierbei wird die Erkundung durch Kontrolle ersetzt. Sollten im Verlauf weitere Maßnahmen nötig sein, werden diese im Rahmen der Befehlsgebung weitergeleitet.

9.1.2 Gefahren an der Einsatzstelle

Jede Führungskraft sollte sich grundsätzlich immer mögliche Gefahren vor Ort verdeutlichen: zum einen zum Schutz der eingesetzten Kräfte und Patienten/Betroffenen, zum anderen für Tiere und die Umwelt bzw. Sachwerte. Hier ist die *Gefahrenmatrix* als Unterstützung hilfreich (s. Tab. 1). Die kurze Merkhilfe lautet 4A – 1C – 4E + ABEV (z. T. auch ACE-Schema).

Die vier A stehen für Atemgifte, Angstreaktion, Ausbreitung und Atomare Strahlung. Das C soll auf Chemische Stoffe aufmerksam machen. Erkrankung, Explosion, Einsturz und Elektrizität werden von den vier E symbolisiert. Hinzu kommt ABEV, bezeichnend für Absturz, Biologische Stoffe, Ertrinken/Wassergefahren und Verkehr. Ferner kann auch das Wetter eine Gefahr darstellen.

Tab. 1: Gefahrenmatrix

	Menschen	Tiere	Umwelt	Sachwerte	Einsatzkräfte	Geräte
4A 1C 4E + ABEV						
Atemgifte	•	•	•		•	
Angstreaktion	•	•			•	
Ausbreitung	•	•	•	•	•	•
Atomare Strahlung	•	•	•	•	•	•
Chemische Stoffe	•	•	•	•	•	•
Erkrankung	•	•			•	
Explosion	•	•	•	•	•	•
Einsturz	•	•			•	•
Elektrizität	•	•			•	•
Absturz	•	•			•	•
Biologische Stoffe	•	•	•	•	•	•
Ertrinken/ Wassergefahren	•	•			•	•
Verkehr	•	•			•	•

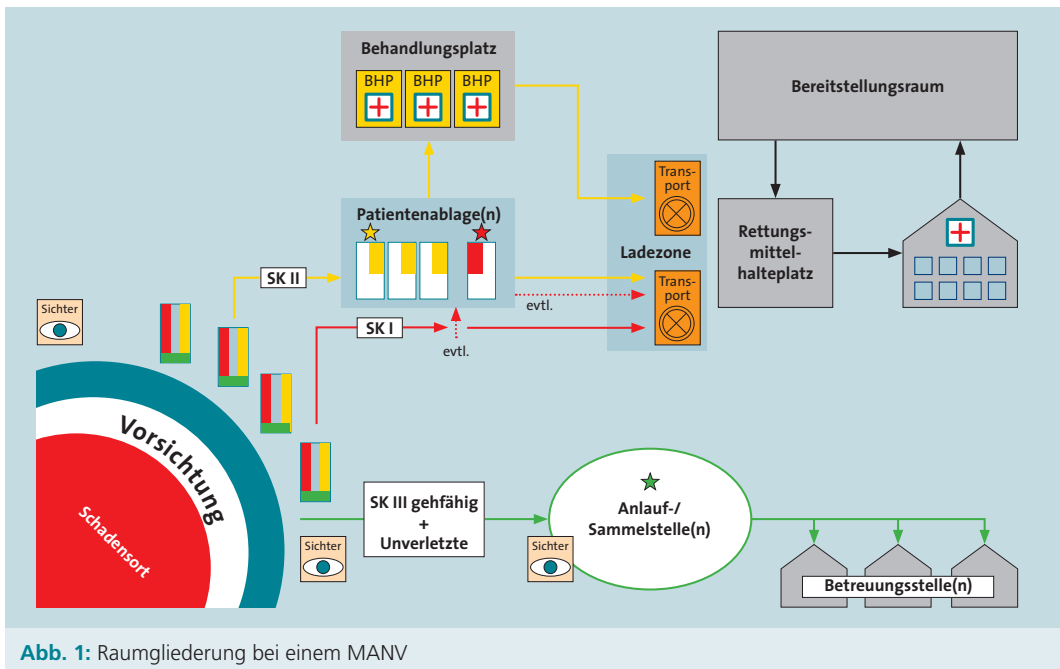


Abb. 1: Raumgliederung bei einem MANV

Bei Identifikation einer Gefahr müssen sinnvolle Schutzmaßnahmen für die Einsatzkräfte umgehend etabliert werden. Eine Rückmeldung an den Einsatzleiter oder die Polizei muss umgehend erfolgen.

9.1.3 Ordnung des Raumes

Um an einer Einsatzstelle oder in einem Schadensgebiet einen Überblick zu bekommen und diesen auch zu behalten, empfiehlt es sich, möglichst frühzeitig eine Ordnung des Raumes anzustreben. Darunter wird die *prinzipielle Aufteilung des Einsatzraumes* und des rückwärtigen Raumes verstanden (Crespin/Peter 2007: 233). Diese sollte im besten Fall bereits durch das erste treffende Fahrzeug, wenn auch nur grob, festgelegt und die räumlichen Gegebenheiten einbezogen werden. Bei größeren oder langgezogenen Einsatzstellen müssen Abschnitte bedacht und geplant werden.

Neben der Schadensstelle selbst, die bei besonderen Gefahren nur von der Feuerwehr oder der Polizei betreten werden darf, werden bei einem MANV folgende, den Einsatz strukturierende Räume gebildet (s. a. Abb. 1).

Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung

Die Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung (auch Örtliche Einsatzleitung, ÖEL) sollte möglichst so positioniert sein, dass das Führungsfahrzeug (ELW) für die eingesetzten Kräfte sichtbar ist, die Einsatzstelle mit Abstand eingesehen werden kann und OrgL und LNA somit die Möglichkeit

haben, sich ein Gesamtbild zu verschaffen. Zudem ist es ratsam, dass sich der ELW der *Abschnittsleitung in räumlicher Nähe zur (Gesamt-)Einsatzleitung* befindet, damit für Besprechungen und Sitzungen kurze Laufwege anfallen. OrgL und LNA haben sich, sollten sie sich in die Lage begeben, beim Führungsfahrzeug abzumelden und ihre Erreichbarkeit sicherzustellen.

Bei der ersten Lageerkundung vor Ort empfiehlt es sich, den Leiter des ELW der EAL mit in die Begehung einzubinden, damit er ein visuelles Bild der Lage erhält. Frühzeitig ist zu überlegen, wie viele Einheiten und somit Kräfte benötigt werden. Die 2-5er-Regel (s. Kap. 3.1) gilt es grundsätzlich zu beachten, damit die Gliederungsbreite vor Ort nicht bis zum Maximum ausgereizt, sondern durch die Einrichtung weiterer Führungsebenen schmal gehalten wird und somit die Gesamtlage auf allen Ebenen überschaubar bleibt.

Bereitstellungsraum

Für den späteren Einsatzverlauf kann es wichtig sein, einen primären Bereitstellungsraum (BR) einzurichten. Die anfahrenden Kräfte sollten dann diesen anfahren, um bei Bedarf angefordert und in die Lage einbezogen zu werden. So können die *ein-treffenden Kräfte nach dem Gießkannenprinzip und nach erfolgter Sicherstellung der Erstversorgung auf die einzelnen Einsatzabschnitte bedarfsgerecht verteilt* werden. Dies hat den Vorteil, dass die Einsatzstelle nicht mit Fahrzeugen überläuft sowie An- und Abfahrtswege freigehalten werden. Zu welchem Zeitpunkt es sinnvoll ist, einen Bereitstellungsraum

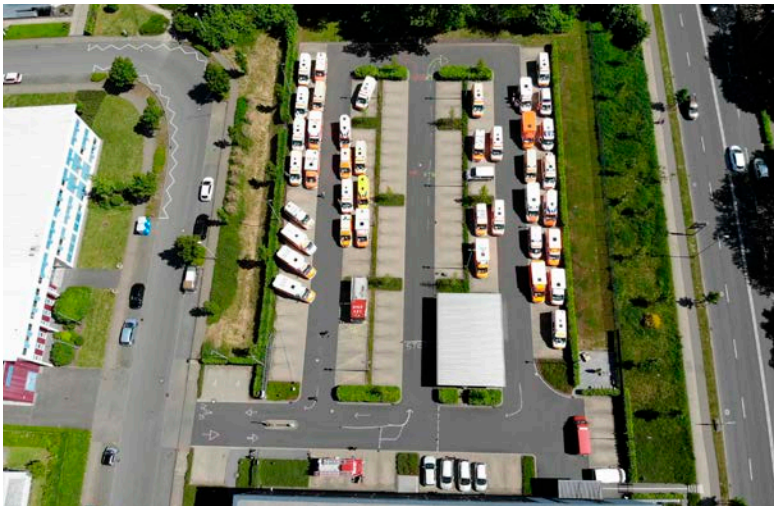


Abb. 2: Gefüllter Bereitstellungsraum (Foto: Pressestelle Fw Leverkusen)

einzurichten, ist abhängig von der jeweiligen Lage und den regionalen Konzepten.

Als Räumlichkeit mit ausreichend Stellfläche bieten sich Parkplätze, Bundesstraßen, Plätze größerer Liegenschaften etc. an. Das erste Fahrzeug, welches in den Bereitstellungsraum einfährt, übernimmt die Leitung, ausgenommen notarztbesetzte Rettungsmittel. Der Leiter hat die Aufgabe, eine aktuelle *Rettungsmittelübersicht* zu führen, auf Anforderung Kräfte in die Lage zu entsenden, sich kommunikativ mit dem ELW der ÖEL und dem Leiter Transportorganisation auszutauschen und stets verwaiste Plätze im Bereitstellungsraum durch Nachforderung aufzufüllen.

Beim MANV mangelt es häufig an der Ressource Notarzt, sodass es ggf. sinnvoll ist, die arztbesetzten Rettungsmittel direkt zur Einsatzstelle durchfahren zu lassen, ohne vorher den BR anzufahren. Liegt eine solche Abweichung vor, wurde diese i. d. R. durch die Einsatzplanung vorher berücksichtigt und entsprechend in den MANV-Einsatzplänen hinterlegt (s. a. Kap. 9.10).

Patientenablagen

Patientenablagen (PA) sind Stellen, an denen Verletzte oder Erkrankte gesammelt und soweit möglich erstversorgt und dann einer Transportkomponente oder einem Behandlungsplatz übergeben werden. Sie haben sich in den *meisten* Fällen bereits *spontan gebildet*. Befinden sie sich außerhalb des Gefahrenbereichs, so können sie beibehalten werden. Wenn nicht, müssen die spontanen PA aufgelöst und die Betroffenen in eine Patientenablage in einem sicheren Bereich verbracht werden.

Die Kapazität sollte auf maximal 10 – 15 Patienten pro Ablage beschränkt sein. Besteht die Möglichkeit, kleinere Patientenablagen zusammenzulegen, sollte man diese Option nutzen. Je weniger Ablagen vor Ort oder in einem Abschnitt, umso besser gestaltet sich die Orientierung. Je nach Wetterlage empfiehlt es sich, mögliche ortsfeste Einrichtungen, wie beispielsweise Hallen, zu verwenden. Der Kräfteansatz in den jeweiligen Patientenablagen richtet sich nach den dort befindlichen Sichtungskategorien. Auch hier wird ein Leiter pro Ablage bestimmt. Als Faustregel können ein NEF, zwei RTW und ein KTW zwei SK I-, drei SK II- und fünf SK III-Patienten versorgen.

Sollten der Lage entsprechend mehrere Patientenablagen eingerichtet sein oder es gar mehrere Abschnitte geben, so ist zu überlegen, mehreren

Patientenablagen, ebenfalls nach 2-5er-Regel, jeweils einen *Leiter Erstversorgung* überzustellen. Dieser organisiert in Zusammenarbeit mit den Leitern der ihm unterstellten Patientenablagen die Kräfteverteilung nach Ist-Soll-Abgleich und fungiert im linearen Führungssystem als Ansprechpartner für die Örtliche Einsatzleitung. Optimal ist es, eine Materialachse in der Patientenablage zu installieren (s. Abb. 3/4).

BEACHTEN

Die PA sollten zugunsten der Orientierung, der Kommunikation von Einsatzbefehlen und der Dokumentation eindeutig benannt werden, idealerweise mithilfe markanter Strukturen an der Einsatzstelle (z. B. Straßennamen oder Objekte wie „PA Domplatz, PA Besucherzentrum, PA Spielplatz“) anstelle einer bloßen Nummerierung („PA 1, PA 2 ...“) (vgl. Brüne et al. 2014: 18).

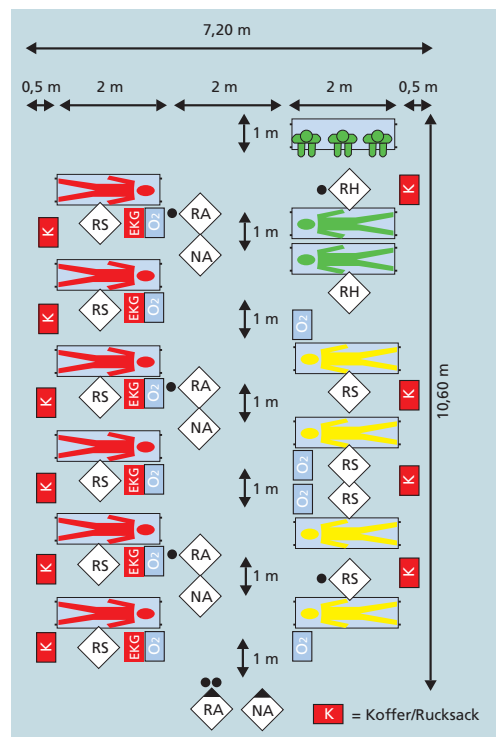


Abb. 3: Möglicher Aufbau einer Patientenablage mit Materialachse: Für eine strukturierte Patientenablage gäbe es für jede Sichtungskategorie einen entsprechenden Bereich.



Abb. 4: Patientenablage bei einer Übung: Materialachse besteht, jedoch fehlt Patiententransportgasse (zu enge Platzverhältnisse für Helferzahl; Foto: DRK-Kreisverband Euskirchen)

Bereits bestehende spontane PA umzusortieren, bindet viele Kräfte und kostet zusätzlich Zeit. Es empfiehlt sich daher die sog. *Insel-Strukturierung*, bei der zunächst die Stellen identifiziert werden, an denen sich schätzungsweise die meisten Patienten der Sichtungskategorie I befinden. Dort werden einige „Versorgunginseln“ aufgebaut, von denen aus sich die Einsatzkräfte dann in die Fläche vorarbeiten.

Behandlungsplatz

Sollte das Schadensereignis größer sein und länger andauern, ist ein Behandlungsplatz (BHP) einzurichten (s. a. Kap. 9.12). Hier finden die weitere Sichtung, die Notfallversorgung und die Anfor-

derung der Transport in geeignete Krankenhäuser statt. Der BHP zielt darauf, die Aufnahmekapazitäten der Kliniken und den Abtransport der Verletzten zu puffern und die Verletzten gezielter nach ihren jeweiligen Verletzungen zu priorisieren, um die vorhandenen Ressourcen bestmöglich aufzuteilen.

Es gibt keine Musterlösung, wie ein Behandlungsplatz aufgebaut und betrieben wird. Durchgesetzt haben sich Bezeichnungen mit Angabe der maximalen Patientenzahl wie „BHP 25“ bzw. „BHP 50“. Behandlungsplätze können in Zelten, aber auch in festen Gebäuden aufgebaut und betrieben werden. Zu beachten ist, dass der zeitintensive Aufbau eines Behandlungsplatzes viele Ressourcen

9



Abb. 5/6: Ordnung des Raumes beim Terroranschlag am Breitscheid-Platz Berlin 2016 (Fotos: Berliner Feuerwehr/Rolf-Dieter Erbe)



Abb. 7: Patientenablage für SK Rot und Gelb (Foto: Berliner Feuerwehr/Rolf-Dieter Erbe)

bindet, die zunächst nicht zur Patientenversorgung zur Verfügung stehen, und eine große Fläche benötigt wird (z. B. beim BHP 50 NRW mindestens 2.000 m²).

Transportorganisation/Ladezone

Die Transportorganisation (TO) positioniert sich zwischen Patientenablage(n) und Ladezone. Hier laufen alle Informationen (Patientendaten/-status, Transportmittel/-ziel) zusammen. Die Ladezone ist möglichst so anzulegen, dass ankommende Transportmittel ohne zu rangieren in gekennzeichnete Parkbuchten einfahren können. Der Abstand zum Vorderfahrzeug sollte hier gut 4 m betragen. Der *Leiter Ladezone* kommuniziert engmaschig mit dem Leiter Bereitstellungsraum, weist die jeweiligen Teams ein und gibt ihnen ein Zeitfenster für Ankunft, Patientenaufnahme und Transportbeginn vor. Die Ladezone sollte für vier bis fünf Rettungsmittel ausgelegt sein. Ihr vorgeschaltet ist die Pufferzone, in der nachrückende Rettungsmittel auf die Einfahrt in die eigentliche Ladezone kurzzeitig warten können. Dies soll einen reibungslosen, zeitlich nicht verzögerten Ablauf garantieren.

Zur Ladezone gehört auch die Hubschrauberlandestelle, die auch als *UEA Luft* bezeichnet wird, zu der die Patienten mittels bodengebundenen Rettungsmitteln transportiert werden. In der Regel ist es Aufgabe des OrgL, diese organisatorisch einzurichten und geeignetes Personal für den Betrieb einzuteilen. Die Entscheidung, eine Hubschrauberlandestelle anzufliiegen oder aus Gründen der Flugsicherheit einen anderen Landeplatz zu wählen, obliegt letztlich dem Piloten. In der Praxis hat es

sich bewährt, einen Piloten eines schon gelandeten Hubschraubers zu bitten, die Koordination der Hubschrauberlandestelle zu übernehmen und seine anfliegenden Kollegen einzuweisen (sollten Polizeihubschrauber involviert sein, kann auch der Pilot dieses Hubschraubers die Leitung des UEA Luft übernehmen).

Anlauf-/Sammelstelle

Anlaufstellen oder *Sammelstellen* sind Schnittstellen am Rand des Gefahrenbereichs, an denen unverletzt Betroffene aufgefangen, gesichtet, informiert, registriert und organisiert in eine weitere Einrichtung weitergeleitet werden. Abhängig von der räumlichen Ausdehnung und der Anzahl der zu erwartenden Betroffenen werden eine oder mehrere Anlaufstellen um das Schadensgebiet herum eingerichtet.

Betreuungsstellen

Betreuungsstellen sind Einrichtungen außerhalb des Schadensgebietes, in denen unverletzte Betroffene vorübergehend betreuungsdienstlich versorgt (Witterungsschutz, Verpflegung, Information, soziale Betreuung mit dem Angebot der PSNV) und je nach Lageentwicklung von dort in Betreuungsplätze gebracht oder nach Hause entlassen werden. Häufig wird hierfür auch der Begriff *Sammelplatz* verwendet (s. Kap. 8.6).

Betreuungsplatz

Der Betreuungsplatz ist ein räumlich festgelegter Ort, an dem Betroffene im Rahmen der Soforthilfephase untergebracht werden, Verpflegung sowie Dinge des dringenden täglichen Bedarfs erhalten

und sozial sowie im einfachen medizinischen Rahmen versorgt werden können. Ein Betreuungsplatz ist für mehr Personen ausgelegt als eine Betreuungs-

stelle. Etabliert hat sich der Betreuungsplatz 500, der in der Lage ist, die beschriebenen Betreuungsaufgaben für 500 Personen abzusichern.

AUF EINEN BLICK:

Ordnung von Zeit, Raum und Personal

- Vorgehen im MANV braucht Struktur und strenges Vorgehen nach Führungskreislauf (FwDV 100): ständige Wiederholung von Erkundung, Planung und Befehlsgebung.
- Auf Lageerkundung (allg. und eigene Lage + Gefahren- und Schadenslage) und Übergabe von Kräften vor Ort erfolgen Ist-Soll-Abgleich und Entscheidung über Nachalarmierung.
- Gefahrenanalyse nach 4A-1C-4E-Schema + ABEV und Einleitung von Schutzmaßnahmen.
- Ordnung des Raumes
 - = Aufteilung des Einsatzraumes und des rückwärtigen Raumes (unter Einbezug örtlicher Gegebenheiten) und
 - Bildung von Einsatzabschnitten und Unterabschnitten und somit Führungsebenen nach 2-5er-Regel
- 1) Abschnittsleitung (EAL im ELW)
 - in räumlicher Nähe zur (Gesamt-)Einsatzleitung
- 2) Bereitstellungsraum (BR)
 - im rückwärtigen sicheren Bereich, wo sich Einheiten sammeln und bedarfsgerecht zur Einsatzstelle angefordert werden (Leiter BR führt Rettungsmittelübersicht)
- 3) Patientenablage(n)
 - als (strukturiertes) Ort der Erstversorgung von je 10–15 Patienten (Leiter Erstversorgung führt mehrere PA); initial nach Insel-Strukturierung festgelegt
- 4) Behandlungsplatz (BHP)
 - als zentraler Ort der Sichtung und Versorgung bei längeren und dynamischen Lagen, um Patientenfluss zu puffern und Kliniken zu entlasten (zeit- und ressourcenintensiven Aufbau streng abwägen!)
- 5) Transportorganisation (TO) bzw. Ladezone
 - als Stelle zur Aufnahme von Patienten durch die Rettungsmittel; Schnittstelle zwischen PA und BR mit enger zeitlicher Taktung
- 6) Anlauf-/Sammelstelle
 - zum Auffangen, Sichten und Registrieren von Betroffenen aus dem Gefahrenbereich und Vermitteln an ...
- 7) Betreuungsstellen/-plätze (BTP)
 - zur kurzfristigen Unterbringung und Versorgung mit Dingen des täglichen Bedarfs/Verpflegung sowie zur psychosozialen Akuthilfe und ggf. Entlassung nach Hause (BTP kann längerfristig größere Personengruppen betreuen, z. B. BTP 500)

9.8 Sichtung

AXEL R. HELLER

Das erfolgreiche Management eines MANV bemisst sich zuallererst am Überleben möglichst vieler Patienten. Hierzu ist eine frühe und korrekte Identifikation derjenigen Patienten entscheidend, die eine medizinische Behandlung bzw. einen Transport in eine weiterversorgende Einrichtung am zeitkritischsten benötigen. Im Aufwuchs des Einsatzes zur Bewältigung einer Großschadenslage (GSL) ist bei beschränkten Kräften und Mitteln folglich eine *Priorisierung in der Behandlung der Patienten nach dem Grad ihrer Lebensbedrohung* notwendig, um dann aber zum frühestmöglichen Zeitpunkt wieder zu individualmedizinischen Behandlungsprinzipien zurückzukehren. Die Rückkehr zu den üblichen Standards des Regelrettungsdienstes wird dann möglich sein, wenn mit dem Aufwuchs von Kräften und Mitteln sowie deren bedarfsgerechter Verteilung auf die gesamte Einsatzlage ein Ausgleich zwischen Bedarf und Verfügbarkeit sanitätsdienstlicher Ressourcen geschaffen wurde.

BEACHT E

Das Wissen um diese grundsätzliche Notwendigkeit der Priorisierung und entsprechende Verfahren der Vorsichtung muss beim Rettungs- und Sanitätsdienstpersonal aller Berufsgruppen jederzeit abrufbar und anwendungsbereit sein.

Nach den Erfahrungen jüngerer Großschadensereignisse und deren wissenschaftlicher Auswertung (vgl. Brüne 2013) ergeben sich zum Teil neue Prozessabläufe zur medizinischen Lagebewältigung, die in den vergangenen Sichtungs-Konsensus-Konferenzen definiert wurden (s. u. a. BBK 2017a). Im Kern handelt es sich dabei um ...

- Ersteinschätzung der Patienten in Zusammenarbeit mit Polizei und Feuerwehr,
- Vorsichtung der Patienten durch Ärzte und Nichtärzte unter Einschluss lebensrettender Sofortmaßnahmen und
- CBRN-relevante Priorisierungs- und Ablaufaspekte.

Lebensbedrohliche Einsatzlagen wie Terroranschläge oder Amokläufe zeigten in diesem Zusammenhang sehr deutlich, dass der Rettungsdienst in der ersten Einsatzphase im unsicheren Bereich nicht agieren kann (Hossfeld et al. 2017). Daher ist unter Beachtung des Eigenschutzes eine Gefährdungsbeurteilung und Ersteinschätzung als erster Schritt des Sichtungsprozesses gemeinsam mit Polizei und Feuerwehr durchzuführen (s. Abb. 16). Ziel ist die schnelle abschätzende Meldung an die Leitstelle/Einsatzleitung, wie viele Verletzte sich im unsicheren Bereich befinden und wie deren Verletzungsschwere ist, um taktische Entscheidungen zu ermöglichen. Im unsicheren oder kontaminierten Bereich können diese Ersteinschätzung nur Polizei-

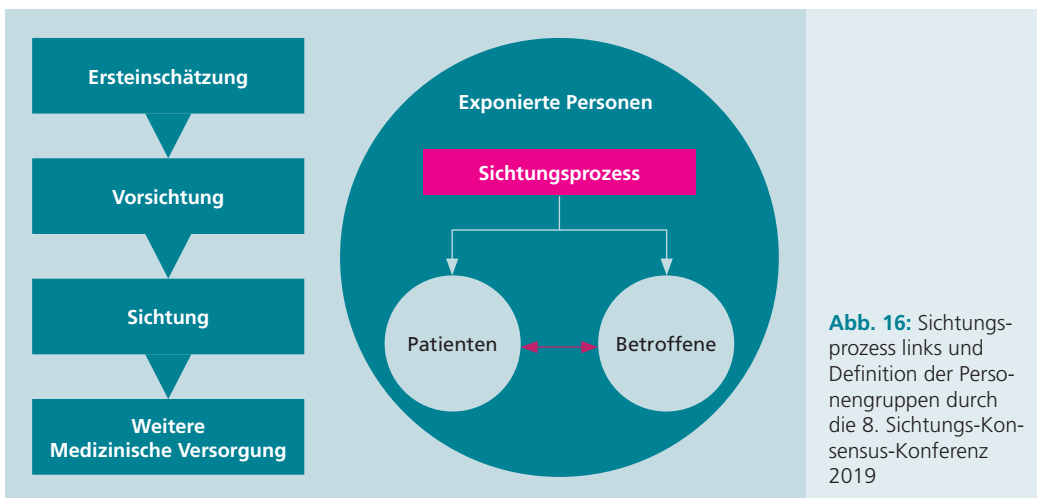


Abb. 16: Sichtungsprozess links und Definition der Personengruppen durch die 8. Sichtungskonsensus-Konferenz 2019

kräfte oder im zweiten Fall nur Feuerwehkräfte in geeigneter Schutzkleidung vornehmen. Letztlich muss bereits zu diesem Zeitpunkt der Bedarf weiterer Einsatzkräfte grob festgelegt und eine Einstellen-Raumordnung mit Einrichtung und Organisation von Patientenablagen vorgeplant werden.

MERKE

Der (Vor-)Sichtungsprozess trennt die exponierten Personen in Patienten und Betroffene. Die algorithmenbasierte Vorsichtung durch die verfügbaren medizinischen Einsatzkräfte hat das Ziel, Patienten der SK I (Rot) schnellstmöglich zu identifizieren und zu retten.

Aufgrund der unzureichenden Verfügbarkeit von Notärzten in der Initialphase von Großschadenslagen besteht die mittlerweile auch von der Bundesärztekammer anerkannte Notwendigkeit der Vorsichtung exponierter Personen durch nicht-ärztliches Personal. Dabei definiert sich *Vorsichtung* als: schnellstmögliche Identifizierung der vital bedroh-

ten Patienten, die lagebedingt als erste eindeutig gekennzeichnet werden. Es handelt sich um eine vorläufige Zustandsbeurteilung, die von Ärzten und Nicht-Ärzten durchgeführt und von einer ärztlichen Sichtung gefolgt wird.

Zur Sichtung dienen sog. Verletztenanhängerkarten mit vorgefertigten Einsteckkarten in den Sichtungsfarben, die den Patienten sichtbar umgehängt werden. Im Einsatz kann anhand der Art des Steckens der Farbfolien kenntlich gemacht werden, welche Patienten bereits ärztlich gesichtet wurden bzw. welche Patienten erst eine nicht-ärztliche Vorsichtung durchlaufen haben (vgl. Abb. 17). Die ärztliche Sichtung wird durch das vollständige Einschleiben der entsprechenden Farbkarte in die Sichtungstasche gekennzeichnet, während die Vorsichtung durch Einschleiben einer um die Hälfte geknickten Farbkarte deutlich wird.

Bereits während der Vorsichtung müssen *lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM)* erfolgen sowie die Kennzeichnung aller vorgesichteten Patienten. Eine prioritätsgerechte gerichtete Transportkette für die Patienten muss ebenfalls bereits zu diesem

9

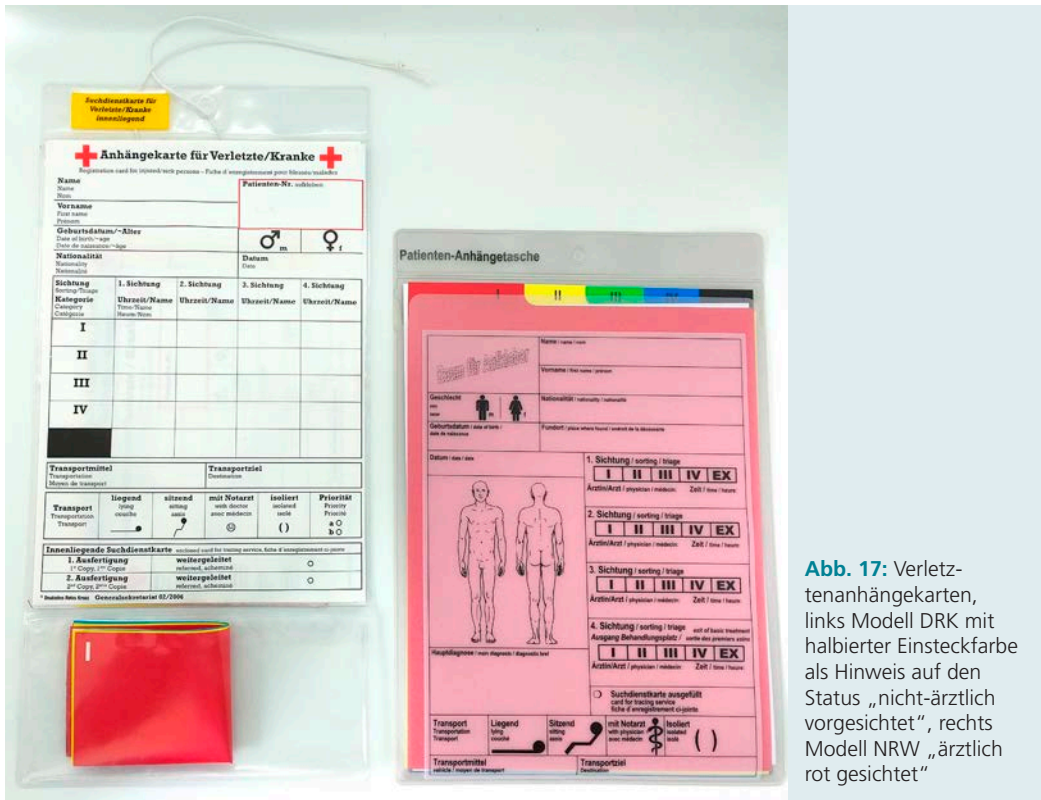


Abb. 17: Verletztenanhängerkarten, links Modell DRK mit halbiertes Einsteckfarbe als Hinweis auf den Status „nicht-ärztlich vorgesichtet“, rechts Modell NRW „ärztlich rot gesichtet“

Zeitpunkt initiiert werden, mit dem klaren Ziel des frühestmöglichen Transports der Patienten SK I (Rot) in die Krankenhäuser sowie eine lageabhängige Schwerpunktbildung. Wichtig ist die Dokumentation des Sichtungsergebnisses. Eine erste Dokumentation kann mit einfachen Mitteln erfolgen. In der primären Phase eignen sich z. B. farbige Armbänder.

Eine ärztliche Sichtung muss anschließend durchgeführt werden. Lageabhängig kann der Aufschub bis zur definitiven ärztlichen Sichtung so verzögert sein, dass die erste ärztliche Sichtung erst im Krankenhaus stattfinden kann. In diesen Fällen besteht die Notwendigkeit, präklinische Entscheidungen hinsichtlich der Behandlungsprioritäten ausschließlich durch nicht-ärztliches Personal fällen zu lassen. Hierzu müssen geeignete Vorsichtsalgorithmen bzw. -verfahren bereitgestellt werden.

9.8.1 Kategorien, Dokumentation und lebensrettende Handgriffe

Die in Deutschland anzuwendenden Sichtungskategorien sind in Tabelle 5 angegeben. Neben der reinen Farbcodierung besteht die Möglichkeit, eine Transportpriorität auf dem Farbfeld der Verletztenanhängekarte mit „TP“ zu kennzeichnen. Um darüber hinaus zu ermöglichen, dass alle einer Schadenslage zuzuordnenden Personen gekennzeichnet und dokumentiert werden, sollen Betroffene (entspr. Abb. 16) ebenfalls mit Anhängerkarten und „B“ auf weißem Farbgrund gekennzeichnet werden.

Für CBRN-Lagen besteht die Möglichkeit, den Zustand Kontamination durch „K“ auf dem jeweils zutreffenden Farbgrund kenntlich zu machen. Eine Kennzeichnung von Verletzten mit „K“ ist aber nur dann notwendig, wenn sie zur medizinischen Weiterversorgung die Einsatzstelle direkt von der Kontaminiertenablage *ohne* Dekontamination verlassen (SK I Rot) oder eine Dekontamination vor Ort nicht erfolgreich war.

BEACHT E

Beim Sichtungsprozess ist zu berücksichtigen, dass der Verlauf des Patientenzustandes dynamisch ist. Folglich sind Re-evaluierungen der Patienten und entsprechende Dokumentation (in der VAH) notwendig, um zeitnah reagieren zu können.

In diesem Zusammenhang ist Ausbildung und Training der entscheidende Faktor, um zeit- und bedarfsgerechte Entscheidungen und Behandlungen herbeizuführen.

Des Weiteren wird von der 7. Sichtungs-Konsensus-Konferenz gefordert, dass lebensrettende Sofortmaßnahmen, wie zum Beispiel die Anlage eines Tourniquets bei lebensbedrohlichen Blutungen, die stabile Seitenlage und die Einführung eines Wendl- oder Guedel-Tubus, bei entsprechender Indikation während der Vorsichtung *en passant* mit erledigt werden müssen (BBK 2017a).

Das Verschieben dieser einfachen Erstmaßnahmen auf die Phase nach Abschluss der Vorsichtung würde dazu führen, dass vermeidbare Zustandsver-

Tab. 5: Kategorien, (Zusatz-)Kennzeichnungen, Beschreibung und Konsequenzen der Sichtungskategorien (nach 6. Sichtungskonsensus-Konferenz 2015, spezifiziert 7. SKK 2017 und 8. SKK 2019)

	Kategorie	Beschreibung	Konsequenz	Planungsgrundlage
Sichtungskategorie	I (Rot)	Vital bedroht	Sofortbehandlung	20 %
	II (Gelb)	Schwer verletzt/erkrankt	Dringliche Behandlung	30 %
	III (Grün)	Leicht verletzt/erkrankt	Nicht-dringliche Behandlung	50 %
	IV (Blau)	Ohne Überlebenschance	Palliative Versorgung	–
Kennzeichnung	EX (Schwarz)	Tote		
	B (Weiß)	Unverletzt Betroffene	Betreuung	
Zusatzkennzeichnung	TP	Transportpriorität	Prioritärer Transport	
	K	Kontamination	Schutzmaßnahmen/ Dekontamination	

schlechterungen auftreten. Wenn diese Maßnahmen aber geordnet in die Vorsichtung integriert und geschult sind und das notwendige Material bei den Vorsichtungsteams vorhanden ist, können Todesfälle vermieden werden. Die Thoraxentlastungspunktion ist allerdings nicht in den Empfehlungen zur Vorsichtung bei zivilen Einsatzlagen enthalten (BBK 2017a). Insgesamt zeigen Daten aus den US-Kampfgebieten, dass zu den vermeidbaren Todesursachen in 91 % der Fälle kritische Blutungen, in 8 % Atemwegsverlegungen und nur in 1 % Pneumothoraces gehörten (Eastridge et al. 2012). Hieraus wurde eine ungünstige Aufwand-Nutzen/Risiko-Bewertung für die invasive Maßnahme Thoraxpunktion, bezogen auf die überwiegende Mehrheit der Einsatzkräfte, abgeleitet.

Da in Deutschland in den vergangenen 70 Jahren bei keiner MANV-Lage die Vergabe der Sich-

tungskategorie IV (Blau) erforderlich war, wird diese SK nun gemeinsam mit der SK I (Rot) geführt und soll nur nach expliziter Anweisung durch den Leitenden Notarzt angewendet werden (BBK 2017a). Diese Entscheidung kann nur in Kenntnis der lageabhängig verfügbaren Behandlungsressourcen und des Behandlungsbedarfs getroffen werden. Auswertungen jüngerer Großschadenslagen (Brüne 2013) legen folgenden Verteilungsschlüssel für die Patienten nahe, der auch in der 7. Sichtungskonsensus-Konferenz verabschiedet wurde; die Betrachtung von Terroranschlägen war allerdings nicht Bestandteil dieser Studie:

SK I	20 %
SK II	30 %
SK III	50 %
SK IV	0 %.

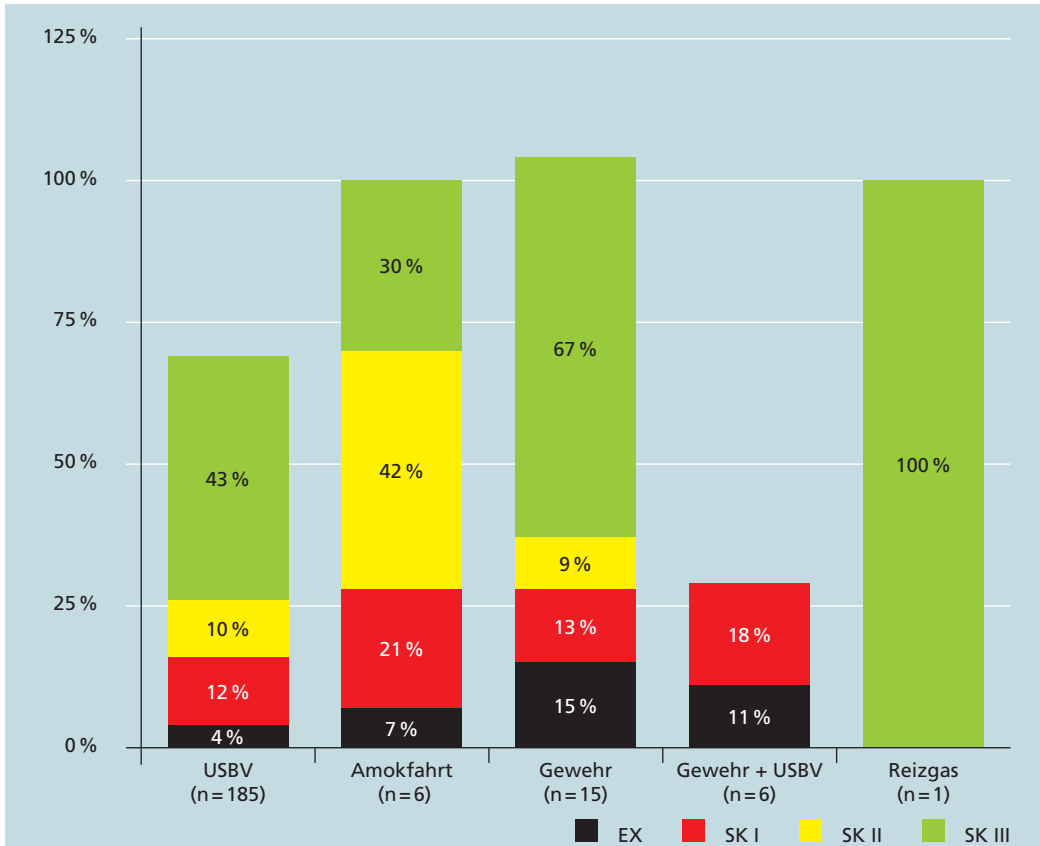


Abb. 18: Verteilung der Verletzungsschwere bei Terror-MANV nach Tatmitteln, in Klammern Anzahl der Ereignisse nach Juncken et al. (2019). Angegeben sind die Mittelwerte der berichteten SK-Verteilung (USBV = unkonventionelle Spreng- und Brandvorrichtung). Gesamtsummen über oder unter 100 % ergeben sich durch fehlende oder redundante Angaben zu den Ereignissen.

9.8.2 Identifikation der richtigen Patienten

Lange Zeit stand die ungenügende Identifikation von Schwerverletzten bzw. -erkrankten (Untertriage) mit der Folge einer Unterversorgung dieser Patienten im Fokus der Optimierungs- und Schulungsaktivitäten.

BEACHTET

Im Umfeld von größeren Schadenslagen lässt sich präklinisch allerdings mittlerweile die Tendenz erkennen, dass Patienten im Zweifel in eine höhere Sichtungskategorie klassifiziert werden, um eine Unterversorgung zu vermeiden (Übertriage).

Am Beispiel eines Busunfalls 2014 in Dresden mit letztlich 11 Verstorbenen und 69 Verletzten war die bei Aufnahme in das Universitätsklinikum nachweisbare Sichtungskategorie mit $2,5 \pm 0,3$ um 0,4 SK tatsächlich weniger kritisch als sie vom Rettungsdienst übergeben wurde ($2,1 \pm 0,2$). Von 10 Patienten wurden hier also vier Patienten in der Präklinik um eine Sichtungskategorie höher eingeschätzt, als sie tatsächlich waren.

Wissenschaftliche Studien konnten in diesem Zusammenhang belegen, dass die Sterblichkeit in einer MANV-Lage maßgeblich vom Grad der Übertriage abhängt: Die Patientensterblichkeit steigt demnach für jedes Prozent Übertriage um knapp 0,5 % (Frykberg 2002). Das heißt, wenn die Übertriage durch ein Sichtungsverfahren zum Beispiel um 20 % steigt, wird damit auch die Sterbewahrscheinlichkeit der Opfer um 10 % steigen. Ursache hierfür ist, dass die „unberechtigt“ in die schwerere SK gesichteten Patienten (falsch Positive) dort mit denjenigen um die knappen Ressourcen konkurrieren, die der tatsächlich schwereren SK (richtig Positive) vorbehalten sein sollten.

Tabelle 6 zeigt die Systematik und die Folgen der unterschiedlichen Fehleinschätzungsmöglichkeiten. Damit verdünnen sich bei Übertriage die für die schwereren Kategorien vorgehaltenen medizinischen Ressourcen über eine größere Zahl von Patienten. Diejenigen, die die Ressource tatsächlich in vollem Umfang benötigen, erhalten entsprechend nur einen geringeren Teil. Diese absolute Unterversorgung (bei relativer Gleichverteilung innerhalb der SK) der berechtigt in diese Kategorie Hineingesichteten (richtig Positive) führt zu deren vermehrter Sterblichkeit. Es fehlt hier also an der Spezifität in der Auswahl, also gesündere Patienten



Tab. 6: Über- und Untertriage: Fehlerbetrachtung und Konsequenzen anhand SK I

		Patient hat SK I		Folge für den Patienten	
		ja	nein		
Sichter oder Verfahren legt SK I fest	ja	Einschluss richtig positiv	Übertriage falsch positiv	Konkurrenz	Ressourcen individuell unterdimensioniert
	nein	Untertriage falsch negativ	Ausschluss richtig negativ		
statist. Problem		Sensitivität	Spezifität		

Sensitivität = Anteil der mit dem Verfahren als SK I Erkannten an allen Patienten, die der SK I tatsächlich zugehören.
 Spezifität = Anteil derer, die vom Verfahren von der SK I ausgeschlossen werden, von denen, die tatsächlich nicht in die SK I hineingehören.

dann auch in weniger kritische Sichtungskategorien einzuordnen.

Auch das umgekehrte statistische Phänomen ist bei der Sichtung unter dem Namen *Untertriage* bekannt. Hier fehlt die Sensitivität, also die Erkennungsfähigkeit, dass ein Patient in Wirklichkeit in eine höhere Sichtungskategorie gehört, als sie vergeben wurde (falsch Negative). Insbesondere wenn es das Ziel ist, Schwerverrannte früh zu erkennen, um ihnen prioritär Zugang zu den eingeschränkt verfügbaren Ressourcen zu gewähren, dann muss das Auswahlverfahren neben der Spezifität auch eine gute Sensitivität besitzen und vermeidet dadurch auch die Untertriage.

Tab. 7: Beschreibung eines idealen (Vor-)Sichtungsverfahrens (vgl. BBK 2017a, Heller 2017)

Ziele

- Grundlage einer umfassenden Lagebeurteilung und Ansatz zur (qualitativ/quantitativ) Verteilung von Kräften und Mitteln für Behandlung, Transport und Weiterversorgung
- Schwerverrannte/-verletzte zeitnah identifizieren
- Rettungs-/Transportreihenfolge definieren
- vorläufige Zustandsbeurteilung
- für chirurgische und internistische Patienten geeignet, unabhängig vom ABCDE-Problem
- objektive Nachvollziehbarkeit
- Berücksichtigung besonderer Umstände (CBRN/taktische Aspekte)
- internationale Kompatibilität
- orientiert an Planungszahlen

Mittel

- definierte Kriterien/Algorithmen
- Effizienz: Sensitivität (keine Untertriage) und Spezifität (keine Übertriage) Fehlerrobustheit/Resilienz
- unabhängig vom Erfahrungsgrad des Nutzers
- szenariounabhängige Eignung, vorstrukturierte Einsatzstelle nach SK z. B. durch Art der Einwirkung (Explosion), sequenzielle Sichtung (BHP)
- minimaler Zeitaufwand
- Nutzung patienteneigener Ressourcen (z. B. Gehfähigkeit)
- alltagstauglich, im Rettungsdienst handhabbar
- elektronische Systeme mit analoger Rückfallebene
- Ausbildung/Implementierung

9.8.3 Das ideale Vorsichtungsverfahren

Ziel muss es also sein, Verfahren zu entwickeln und anzuwenden, die sensitiv genug sind, alle Schwerverrannten zu erkennen (Vermeidung von Untertriage), gleichzeitig aber auch eine Übertriage zu vermeiden, damit also nur diejenigen Patienten in eine Sichtungskategorie eingeordnet werden, die dort wirklich hineingehören, um deren bedarfsgerechte Ressourcenzuordnung zu ermöglichen. Die 7. Sichtungs-Konsensus-Konferenz schlussfolgerte aus der aktuellen Studienlage, dass derzeit kein geeignetes Vorsichtungsverfahren zur Verfügung steht, dass allen Patientengruppen und Szenarien gleichermaßen gerecht wird (BBK 2017a).

Eine Untersuchung an 500 Luftrettungseinsätzen ergab bei chirurgischen Patienten eine vollständige Übereinstimmung aller drei ärztlichen Sichter für die Eingruppierung in die Sichtungskategorie I (Rot) in 68 % der Fälle, bei den internistischen Patienten nur in 35 % der Fälle (Heller et al. 2017). Hält man sich diese Unschärfe bereits in der ärztlichen Einschätzung vor Augen, so erscheint es praktisch schwierig zu sein, einen *Algorithmus* zu identifizieren, der den Ansprüchen an ein ideales Vorsichtungsverfahren genügt, wie sie in Tabelle 7 formuliert sind. Dazu muss auch berücksichtigt werden, dass chirurgische und nicht-chirurgische Patienten sich hinsichtlich der erreichbaren Trennschärfe der Sichtungskategorien unterscheiden, je nachdem, ob anatomische (Gehfähigkeit, spritzende Blutung) oder physiologische (SaO₂, Herzfrequenz) Auswahlkriterien im Algorithmus verwendet werden.

MERKE

Das gemeinsame Ziel von Vorsichtungsverfahren muss sein, die am schwersten Erkrankten und Verletzten möglichst *frühzeitig und richtig* zu erkennen.

Eine orientierende Untersuchung und Dokumentation muss zügig und zielorientiert durchgeführt werden. Zur Sichtungsuntersuchung kann das allgemein etablierte <c>ABCDE- oder <x>ABCDE-Schema verwendet werden:

<c>/x: Vorgezogenes <c> bzw. <x> für Critical Bleeding oder Exsanguination: Liegt eine lebensbedrohliche Blutung vor,

Besondere Einsatzlagen



Besondere Einsatzlagen finden in der Gefahrenabwehr abseits der Routine und außerhalb des regulären Einsatzgeschehens statt. Auch wenn der MANV abhängig von seiner Größe ebenfalls eine besondere Einsatzlage darstellt, werden die nachfolgend aufgezeigten Einsatzlagen von erschwerenden und speziellen Rahmenbedingungen begleitet, die durchaus auch in das Setting eines MANV eingebettet sein können und beispielsweise als Bedrohungs- oder CBRN-Lagen besondere Herausforderungen an die Aufbau- und Ablauforganisation stellen. Aber auch der MANV im Umfeld einer ungünstigen topografischen Situation oder geografischen Lage mit eingeschränkt verfügbarer rettungsdienstlicher Infrastruktur kennzeichnet eine besondere Einsatzlage ebenso wie eine Großveranstaltung als „geplanter MANV“.

10.1 Besondere Bedrohungslagen (Amok, Terror, Geiselnahme)

RENATE BOHNEN

Die Anschläge von Madrid (2004), London (2005), Boston (2013), Paris (2015), Brüssel (2016) u. a. und die umfangreiche Medienberichterstattung darüber prägen in der Bevölkerung die Vorstellungen von Terror und Bedrohung. Bilder von Polizeibeamten mit Schutzweste und Maschinenpistole oder wie zum Beispiel in Paris von patrouillierenden, schwer bewaffneten Soldaten in der Innenstadt dominieren die Berichte in Nachrichtensendungen und erzeugen mitunter falsche Vorstellungen oder sogar Verunsicherung. Angesichts einer nicht auszuschließenden, terroristischen Bedrohung auch für die Bundesrepublik Deutschland ist es umso wichtiger, dass sich Angehörige von Feuerwehr und Rettungsdienst/Katastrophenschutz differenzierter mit dieser Thematik auseinandersetzen und ihre Einsatzstrategien an die Besonderheiten solcher Einsatzlagen anpassen. Dabei gilt als oberstes Ziel, genau wie bei der Polizei, der Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit (Art. 2 GG). Gleichwohl sind die Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf derartige Einsatzlagen bei Polizei und Einsatzkräften der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr (u. a. Feuerwehr, Rettungsdienst, Katastrophenschutz) zum Teil sehr unterschiedlich ausgebildet, was im Zweifelsfall zu Missverständnissen, Kommunikationsproblemen oder Defiziten in der Schnittstellenarbeit dieser Organisationen führt.

Bedrohungslagen

Eine *Bedrohungslage* im polizeilichen Sinne ist ein eigenständiger, sog. besonderer, Anlass und somit

von anderen Anlässen wie zum Beispiel der Amoktat, der Entführung oder der Geiselnahme abzugrenzen. Der Begriff „Terror“ wird im polizeilichen Alltag gar nicht genutzt. Hier spricht man eher von „Anschlägen“, bzw. der „Gefahr von Anschlägen“ oder von „politisch bzw. religiös motivierter Gewaltkriminalität“.

MERKE

All diesen Einsatzanlässen gemein ist ein zu erwartendes, hohes Gewaltpotenzial beim polizeilichen Gegenüber, sei es durch hohe kriminelle Energie und Aggressivität, besondere Bewaffnung (Stich- und Schusswaffengebrauch) oder die Verfügbarkeit von Brennstoffen oder sogar Explosivstoffen.

Häufig ist es das Ziel der Täter, möglichst viele Menschen zu verletzen oder sogar zu töten und dadurch hohe Aufmerksamkeit in den Medien oder über Internetportale zu erreichen. Dabei haben sie i. d. R. die eigene Tötung im Vorfeld einkalkuliert. Es handelt sich nicht um planbare Zeitlagen wie zum Beispiel eine (Groß-)Veranstaltung oder einen Staatsbesuch, sondern um eine *Sofortlage*, die sowohl Polizei als auch Einsatzkräfte der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr zunächst aus den Alltagsstrukturen (bei der Polizei die sog. Allgemeine Aufbauorganisation, AAO) heraus bewältigen müssen, bis konzeptionell vorbereitete, besondere Einsatzstrukturen (bei der Polizei die sog. Besondere Aufbauorganisation, BAO) aufwachsen. Zudem unterliegen derartige Lagen einer *hohen Dynamik*

sowohl hinsichtlich des Handelns durch die Täter, aber auch räumlich etwa durch mehrere Anschlagorte zur gleichen Zeit oder durch den Wechsel von einer an einen Ort gebundenen Lage (sog. stationäre Lage) zu einer mobilen Lage, bei der die Täter die Örtlichkeit wechseln oder versuchen zu fliehen.

Mobile Lageentwicklungen sind immer nachteilig und gehen meist über mehrere Landkreise oder sogar Landesgrenzen und somit Zuständigkeiten hinaus. Daher ist die Polizei bestrebt, eine Lage stationär zu halten und schnellstmöglich die Handlungsunfähigkeit der Täter herzustellen.

BEACHTEN

Auch wenn die Tathandlung selbst häufig von kurzer Dauer ist (z. B. Umsetzung eines Sprengstoffgürtels bei einem Selbstmordattentäter, Amoklauf oder Anschlag mit Schusswaffengebrauch und schneller Lagelösung durch die Polizei), so kann die Gefahrensituation durchaus noch länger andauern, da erst geprüft werden muss, ob sich noch weitere, bisher unentdeckte Täter im Umfeld befinden.

Insbesondere aus Auslandseinsätzen ist bekannt, dass zum Beispiel islamistische Tätergruppierungen nach einem Erstschlag abwarten, bis genügend Hilfskräfte vor Ort sind, um dann gezielt einen zweiten Anschlag (sog. Second Hit) auszuüben.

Raumgliederung und Eigenschutz

MERKE

Wenn eine Gefährdung durch Gewalteinwirkung nicht ausgeschlossen werden kann, hat für Feuerwehr und Rettungsdienst/Katastrophenschutz an einer solchen Einsatzstelle der Eigenschutz oberste Priorität.

Die Polizei unterteilt aus diesem Grund die Einsatzstelle in unterschiedliche *Gefahrenbereiche* (s. Abb. 1).

- 1) Der Bereich, an dem mit direktem Täterkontakt zu rechnen ist oder noch Sprengfallen oder andere Explosivmittel vermutet werden, wird als „unsicherer Bereich“ (Synonym: Hot Zone, Heiße Zone, Rote Zone) bezeichnet.
- 2) Darüber hinaus gibt es einen Bereich, in dem man dem Täter zwar nicht direkt gegenübersteht, er aber durch entsprechende Bewaffnung trotzdem noch auf Einsatzkräfte einwirken könnte. Dieser Bereich wird als „teilsicherer Bereich“ (Synonym: Warm Zone, Warme Zone, Gelbe Zone) bezeichnet.
- 3) Um den teilsicheren Bereich herum legt die Polizei eine sog. äußere Absperrung fest, und außerhalb dieser Absperrung spricht man dann vom „sicheren Bereich“ (Synonym: Cold Zone, Kalte Zone, Grüne Zone).

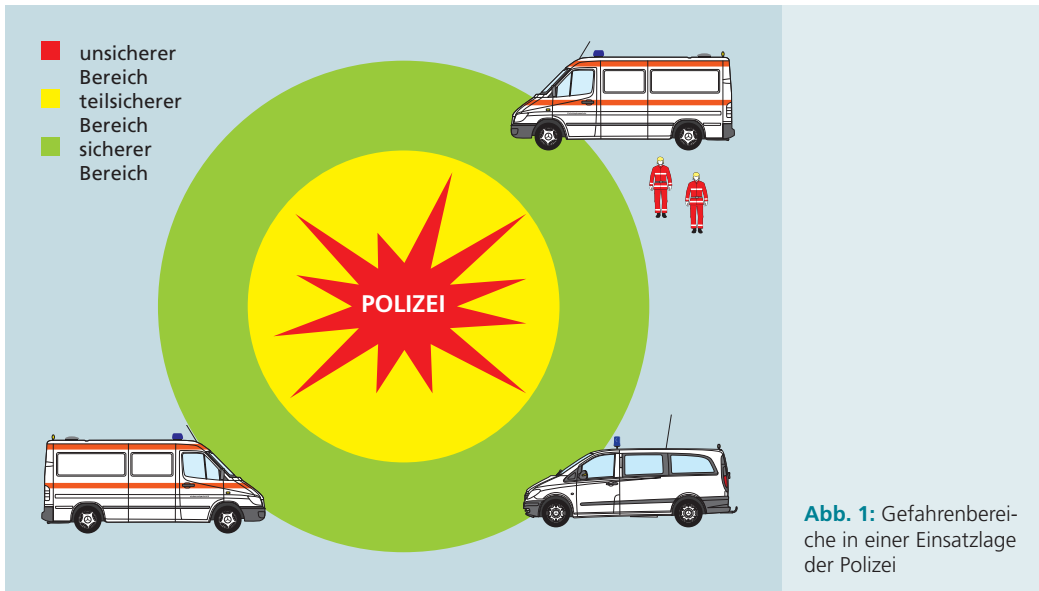


Abb. 1: Gefahrenbereiche in einer Einsatzlage der Polizei

BEACHTE:

Die Bewältigung der Täterlage im unsicheren Bereich ist zweifellos Aufgabe der Polizei.

Bis wohin Einsatzkräfte der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr vorrücken, um Verletzte zu versorgen, ist nicht eindeutig geklärt. Zwar gibt es zu dieser Frage Stellungnahmen der Fachverbände der Notärzte in den einzelnen Bundesländern und der Leitenden Notärzte, dass weder die Ausbildung, Ausrüstung noch die berufliche Verpflichtung beständen, im Gefahrenbereich eingesetzt zu werden, und man erwarte, dass die Verletzten von der Polizei an einem sicheren Ort übergeben werden. Dennoch gibt es immer wieder Lösungsmodelle, bei denen Rettungsdienstmitarbeiter – geschützt durch Polizeibeamte – auch in den teilsicheren Bereich gebracht werden. Dies bindet nicht nur Polizeibeamte, die eigentlich für die Lösung der Täterlage benötigt werden, sondern setzt die Rettungsdienstmitarbeiter aufgrund der Dynamik einer solchen Lage auch unnötiger Gefahr aus.

MERKE

Daher sollte es oberste Priorität haben, im Sinne des Eigenschutzes einen Übergabeort im sicheren Bereich festzulegen und dies auch konsequent durchzuführen.

An der Schnittstelle zwischen Polizeiarbeit und Arbeit von Feuerwehr und Rettungsdienst ergibt

Tab. 1: Mögliche Problemfelder bei einer polizeilichen Einsatzlage

- Informationsdefizit
- unkalkulierbare Lage (Eskalation, Gefahr der Geiselnahme, Second Hit, Wechsel zu einer mobilen Lage)
- hohes Gefährdungspotenzial für Einsatzkräfte
- Kräfterangel
- hoher Zeit- und Entscheidungsdruck
- Kommunikationsprobleme (digitaler vs. analoger Funk, Zusammenbruch GSM-Netz)
- getrennte Führung
- mangelnde Kenntnisse über die Fähigkeiten der jeweils anderen Behörde/Organisation
- unterschiedliche Begrifflichkeiten

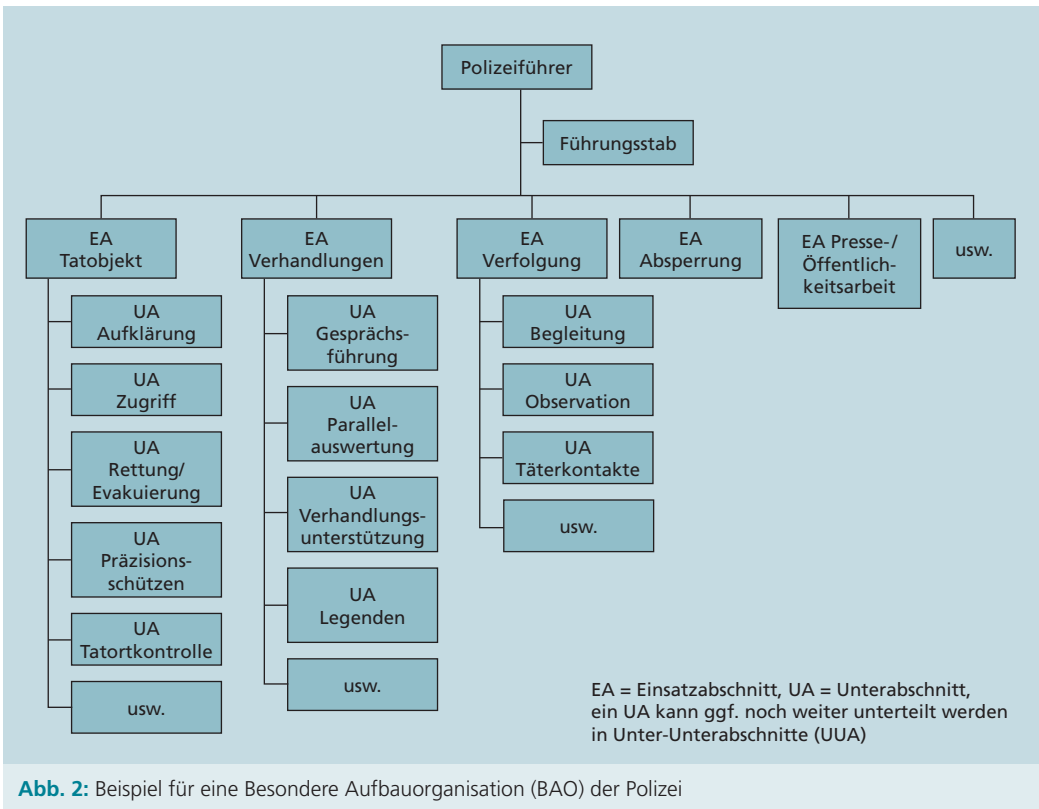
sich häufig ein *Problem durch unterschiedliche Führung*. Feuerwehr und Rettungsdienst sind mit ihrem Einsatzleitwagen einschließlich Leitendem Notarzt und Organisatorischem Leiter vor Ort an der Einsatzstelle („Führung von vorne“). Der eingesetzte Polizeiführer mit seinem Führungsstab sitzt unter Umständen viele Kilometer weit entfernt in einer Führungs- und Lagezentrale („Führung von hinten“), sodass eine direkte Kommunikation oder ein unvermittelter Informationsaustausch gar nicht zustande kommt. So muss sich die Führung von Feuerwehr und Rettungsdienst erst einen Ansprechpartner der Polizei vor Ort suchen, um an Informationen zu gelangen bzw. eigene Informationen durch den Ansprechpartner an die Führung der Polizei weiterzuleiten.

BEACHTE

Dabei ist dieser Ansprechpartner der Polizei unter Umständen nicht leicht zu finden, da die Polizei es nicht gewohnt ist, farbliche Westen zur Kennzeichnung der eigenen Funktion und somit zur leichten Identifizierung zu tragen. Erst recht tritt dieses Problem bei Einsatzlagen mit Spezialeinsatzkommandos (SEK) oder allgemein Spezialkräften auf. Hier wird aufgrund des Identitätsschutzes und der Tarnung ver mummt agiert, sodass ein Einsatzabschnittsführer vor Ort gar nicht erkennbar ist.

Bewährt hat sich in solchen Situationen das Arbeiten mit *Verbindungsbeamten* oder *Fachberatern*. Diese können sowohl von Feuerwehr und Rettungsdienst in den Stab der Polizei als auch von der Polizei bzw. dem SEK zum Einsatzleitwagen vor Ort entsendet werden. Viele Bundesländer bieten mit ihrem SEK inzwischen eine solche Entsendemöglichkeit an, bei der GSG 9 der Bundespolizei ist dies im Führungsstab eine fest vorgeplante Funktion.

Doch nicht bei jeder polizeilichen Einsatzlage sind sofort Spezialkräfte vor Ort. Zunächst herrscht neben einem Informationsdefizit über die genauen Umstände der Lage auch ein Kräfterangel (s. Tab. 1). Erst mit weiterem Aufwachen von Kräften und insbesondere Spezialkräften wird man den Einsatz strukturieren (Bildung einer BAO mit Einsatzabschnitten und Unterabschnitten, s. Abb. 2) und zunehmend besser kontrollieren und führen können.



Einsatztaktik

Zunächst sind jedoch schon bei der Notfallmeldung in der Leitstelle das nötige Fingerspitzengefühl und die richtigen Nachfragen erforderlich, um zu erkennen, dass es sich um eine polizeiliche Gefahrenlage handelt. Dementsprechend muss es Meldewörter geben, die die eingesetzten Kräfte von Feuerwehr und Rettungsdienst dazu veranlassen, zunächst einen räumlich abgesetzten, gesicherten Bereitstellungsraum einzurichten. Es ist zu klären, ob es Hinweise oder Erkenntnisse für einen Anschlag gibt und welche Gefahren vorhanden bzw. welche Sicherungsmaßnahmen erforderlich sind. Zur Lagefeststellung kann ggf. ein kleiner Erkundungstrupp vorgeschickt werden, um Kontakt mit der Polizei vor Ort aufzunehmen und weitere Erkenntnisse zu sammeln bzw. Absprachen zu treffen. Erst nach der anschließenden Lagebeurteilung und Planung des weiteren Einsatzes können vorgeschobene Übergabestellen für Verletzte eingerichtet werden. Dabei hat die Sicherheit der eingesetzten Kräfte absolute Priorität. Weiterführende Informationen bietet die Handlungshilfe HEIKAT des BBK (BBK 2018).

MERKE

Bei Bedrohungslagen sammeln sich die Einsatzkräfte der nicht-polizeilichen Gefahrenabwehr in einem abgesetzten sicheren bzw. gesicherten Bereitstellungsraum. Verletzte werden durch den Rettungsdienst an Übergabestellen von der Polizei übernommen und im Grünen Bereich präklinisch versorgt.

Das Herstellen der Sicherheit im Roten Bereich kann je nach Lageentwicklung, Anzahl der Täter oder Örtlichkeit unter Umständen mehrere Stunden dauern. Zu diesem Zeitpunkt gibt es aber eventuell schon Verletzte (Geiseln, unbeteiligte Dritte) im Roten Bereich, die versorgt werden müssen. Gerade bei Penetrationsverletzungen ist diese Versorgungszeit sehr kurz, da durch den möglichen, starken Blutverlust oder eine Atemwegsproblematik sonst mit einem raschen Tod zu rechnen ist. Daher liegt die Verantwortlichkeit für die Versorgung aller Verletzten im Gefahrenbereich zunächst bei der Einsatzleitung der Polizei. Insbesondere für die

Versorgung eigener, verletzter Einsatzkräfte und auch zum Erhalt der Einsatzfähigkeit der Kräfte im Einsatz unterhält die Polizei von Bund und Ländern sog. *Polizeiärztliche Dienste*, die im Rahmen der Garantenstellung und Ersten Hilfe auch für die Versorgung von Dritten zuständig sind. Sie können lebensbedrohliche Verletzungen medizinisch erstversorgen und eine Evakuierung zu einem vorher definierten Übergabeort zum Rettungsdienst einleiten. Dieser übernimmt dann die weitere professionelle präklinische Versorgung und den Transport in ein geeignetes Krankenhaus.

Medizinische Aspekte

Bei polizeilichen Lagen ist in erster Linie mit Verletzungen durch penetrierende Fremdkörper (Stich-, Schuss- und Explosionsverletzungen) zu rechnen. Diese kommen in der Einsatzrealität des Rettungsdienstes eher selten vor (s. Tab. 2). Erkenntnisse und Erfahrungswerte zur Behandlung dieser Verletzungen müssen daher aus der Militärmedizin herangezogen werden. Hier gibt es insbesondere aufseiten der amerikanischen Streitkräfte zahlreiche, wissenschaftlich fundierte Studien und Publikationen (vgl. Campbell et al. 2010, McDevitt 2001, Schwartz et al. 2008 sowie www.specialoperationsmedicine.org und www.c-tecc.org), aus denen sich Handlungsempfehlungen ableiten, aber auch neue Medizin-

produkte oder sogar Algorithmen der medizinischen Erstversorgung im Gefahrenbereich ergeben: sog. taktische Einsatzmedizin (TEMS = Tactical Emergency Medical Support, TECC = Tactical Emergency Casualty Care, TCCC = Tactical Combat Casualty Care). Die Spezialeinsatzkommandos der Bundesländer und die GSG 9 der Bundespolizei haben die taktische Medizin in ihre Einsatzkonzepte integriert und angepasst, sodass sich in der Schnittstelle auch der Rettungsdienst/Katastrophenschutz damit befassen sollte, um einen nach den Richtlinien der taktischen Medizin erstversorgten Verletzten nahtlos übernehmen und weiterversorgen zu können.

Die mit Abstand häufigste vermeidbare Todesursache bei penetrierendem Trauma ist der Tod durch Verbluten (Alam et al. 2005). Weitere Probleme stellen Atemwegsverlegungen und das penetrierende Thoraxtrauma mit Spannungspneumothorax dar. Im militärischen Bereich konnte die Mortalität in diesen Bereichen durch die Einführung von Produkten wie Tourniquets, Okklusivverbänden (= Chest Seal), Hämostyptika oder der Entlastungspunktion des Thorax und die Breitenausbildung der Soldaten in der Anwendung dieser Produkte deutlich gesenkt werden (s. Tab. 3).

Dabei müssen sich die medizinischen Maßnahmen der polizeilichen Taktik anpassen. Zu diesem Zweck unterteilt man in drei *Versorgungsphasen* und ordnet jeder Phase die möglichen medizinischen Maßnahmen zu (vgl. Tab. 4). Am Verletzten hat sich der im Rettungsdienst bekannte ABCDE-Algorithmus bewährt, dem jedoch in polizeilichen Lagen noch ein <c> oder <x> vorangestellt wird, um die Haupttodesursache, das Verbluten (Critical Bleeding oder Exsanguination), als Erstes zu bekämpfen (Hodgetts et al. 2006). Auch alternative Algorithmen sind in einzelnen Spezialeinsatzkommandos und der GSG 9 der Bundespolizei geläufig (s. Abb. 3). Es unterscheiden sich eigentlich jedoch nur die Buchstaben, während inhaltlich keine wesentlichen Unterschiede bestehen. Ziel muss jeweils eine schnelle Erstbehandlung, Evakuierung und schließlich die Weiterversorgung und der Weitertransport durch den Rettungsdienst sein, denn das Ausmaß einer penetrierenden Verletzung und die endgültige, ggf. lebensrettende Versorgung kann nur der Chirurg im Krankenhaus gewährleisten. Daher ist „Stay and Play“ sicher die falsche Variante bei penetrierendem Trauma.

Tab. 2: Einsatzrealität im Rettungsdienst (vgl. Bernhard et al. 2006, DGU 2009)

Einsatzart	Anteil
Internistische Fälle	74 %
Traumatologische Fälle	18 %, davon 94,9 % stumpf 5,1 % penetrierend
Todesfeststellungen	5 %
Fehlfahrten	3 %

Tab. 3: Vermeidbare Todesursachen bei penetrierendem Trauma (vgl. Holcomb 2007, Eastridge 2001-2011)

	2004	2011
Verbluten an Extremitätenverletzungen	60 %	14 %
Spannungspneumothorax	33 %	1 %
Atemwegsverlegung	6 %	8 %

Ausbildung



In diesem Kapitel werden Möglichkeiten der Ausbildung zum OrgL und LNA vorgestellt. Mit Blick auf die Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 wird deutlich, dass die Ausbildung sowohl zum OrgL als auch zum LNA aufwendig ist und nicht „nebenbei“ absolviert werden kann. Beide müssen über sehr viel Fachwissen verfügen, um die richtigen Einsatzentscheidungen treffen zu können, aber auch um mit dem Einsatzleiter und anderen beteiligten Diensten adäquat kommunizieren zu können. Dabei kann ein absolvierter Lehrgang immer nur eine Grundlage sein. Des Weiteren ist es notwendig, die örtlichen Besonderheiten und die „Mitspieler“ kennenzulernen. Weiterführende oder aufbauende Kurse sollten besucht werden, um das Wissen zu vertiefen.

11.1 Bedürfnisse an die Ausbildung von OrgL

TIMO SUBAT

Der Organisatorische Leiter Rettungsdienst ist als Führungskraft im Einsatzabschnitt Medizinische Rettung eingesetzt und unterstützt den Leitenden Notarzt bei der Abarbeitung von rettungsdienstlichen Einsatzlagen. Er kommt u. a. bei Einsätzen wie dem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten, Sonderlagen des Rettungsdienstes (u. a. Amok, Gefahrstoffunfall) oder zur Führung der Behandlungsplatz-Bereitschaft 50 NRW zum Einsatz.

Zu den *Kernaufgaben des OrgL* in diesen komplexen Einsatzlagen gehören:

- Unterstützung des LNA bei der Führung des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung
- organisatorische Leitung des Einsatzabschnittes Medizinische Rettung
- sach- und fachgerechte Umsetzung der Anordnungen des Einsatzleiters bzw. des LNA
- Entwickeln und Umsetzung von medizinisch taktischen Entscheidungen gemeinsam mit dem LNA
- Raumordnung im Einsatzabschnitt Medizinische Rettung
- Aufbau und Betrieb der für den Einsatz notwendigen rettungsdienstlichen Infrastruktur wie z. B. Patientenablagen, Behandlungsplätze, Ladezonen usw.
- Ermittlung und Verteilung der Behandlungskapazitäten
- Registrierung aller Betroffenen
- Personalmanagement (Austausch von Einsatzkräften ...)
- rechtssichere Dokumentation aller getroffenen Maßnahmen im Einsatzabschnitt Medizinische Rettung.

Es versteht sich von selbst, dass für diese verantwortungsvolle Aufgabe eine fundierte Ausbildung im Bereich Einsatzführung obligatorisch ist. Als Grundlage hierfür dienen mindestens eine Ausbildung zum Rettungssanitäter sowie eine mehrjährige Mitarbeit in einem Rettungsdienst.

Laut Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 ist der OrgL auf der Führungsstufe C („Führen mit einer Führungsgruppe“) anzusiedeln. Das bedeutet, dass der OrgL eine sehr umfangreiche Ausbildung benötigt.

BEACHTEN

Im Gegensatz zur Ausbildung der Leitenden Notärzte besteht jedoch für die Ausbildung der Organisatorischen Leiter bislang keine bundeseinheitliche Empfehlung.

Das heißt, die Ausbildung richtet sich nach landesspezifischen Regelungen. Derzeit bieten in Deutschland angefangen von den vier Hilfsorganisationen (ABS, DRK, JUH, MHD) über Feuerwehr bis hin zu Privatanbietern dieses Weiterbildungsangebot an, jedoch mit erheblichen Unterschieden. So gibt es zum Beispiel:

- 5 Tage Schulung, Mindestqualifikation „Rettungssanitäter“
- 6 Tage Schulung, Mindestqualifikation „Erfahrene Rettungsdienstmitarbeiter*Innen“
- 45 Unterrichtseinheiten, Mindestqualifikation „Rettungssanitäter“
- 5 Tage Schulung, Mindestqualifikation „Mitarbeit im Rettungsdienst“

- 9 Tage inkl. Ausbildung zum Zugführer Rettungsdienst, Mindestqualifikation „Rettungssanitäter“ und Gruppenführer Rettungsdienst (i. d. R. 7 Tage)
- 5 Tage Schulung, Mindestqualifikation Zugführer (Feuerwehr)
- Dauer gesamt ca. 1 – 2 Jahre zzgl. 6 Prüfungen (Bayern).

Ferner findet man fast überall die Maßgabe, dass eine fundierte Ausbildung sowie regelmäßige themenbezogene Fortbildungen dem OrgL in seinen Einsätzen die erforderliche Fach- und Handlungskompetenz geben. Dabei gibt es in Deutschland derzeit jedoch keine einheitlichen Regelungen bzgl. der Fortbildungspflicht. Bayern und Thüringen haben beispielsweise Rezertifizierungsregelungen (s. u.).

AUF EINEN BLICK:

Ausbildung zum OrgL

- Fundierte Ausbildung in Einsatzführung nötig.
- Bisher keine bundeseinheitliche Regelung wie beim LNA, daher landesspezifische Vorgaben.
- Voraussetzung sind i. d. R.:
 - eine rettungsdienstliche Berufsqualifikation (≥ RettSan)
 - Berufserfahrung (häufig fünf Jahre)
 - z. T. Mindestalter, Führungsausbildung oder Bestellung.
- Die Ausbildung zum OrgL ist in Struktur und Umfang äußerst heterogen.
- Die Landesvorgaben sehen zumeist eine Fortbildungspflicht, z. T. eine Rezertifizierung vor.

11.2 Übersicht über die OrgL-Ausbildung in den Bundesländern

Die folgenden Informationen basieren auf Gesetzesgrundlagen der Länder sowie den Angaben der ausbildenden Stellen. Sie ändern sich zum Teil kurzfristig, sind hier somit nicht vollständig oder mit Gewähr darstellbar und sollten für den eigenen Rettungsdienstbereich immer tagesaktuell überprüft werden.

Baden-Württemberg

Landeseinheitliches und mit der Landesärztekammer abgestimmtes Ausbildungskonzept, das in Baden-Württemberg absolviert werden muss.

Voraussetzungen

- Qualifikation als Notfallsanitäter/Rettungsassistent
- mit mindestens drei Jahren hauptberuflicher Berufserfahrung im Bereich der Notfallrettung sowie
- gute Kenntnisse im Sanitäts- und Betreuungsdienst.

Ausbildungsverlauf

OrgL-Weiterbildung nach abgestimmtem Landeskonzept. Umfang 80 Stunden.

Bayern

Seit 2008 ist in Bayern die Staatliche Feuerwehrschule Geretsried Zertifizierungsstelle für Organisatorische Leiter und mit der Aus- und Fortbildung der OrgL betraut. Über den Qualifizierungslehrgang OrgL wird zugleich die Ausbildung zum Einsatzleiter Rettungsdienst (ELRD) ermöglicht. Der sog. Landesarbeitskreis OrgL hat eine mehrstufige Qualifizierung und kontinuierliche Fortbildung eingeführt.

Voraussetzungen

- Notfallsanitäter oder Rettungsassistent, mindestens aber Rettungsassistent
- mindestens fünfjährige Einsatzerfahrung im Rettungs- oder Sanitätsdienst und regelmäßig im Rettungsdienstbereich im Einsatz, in dem er zum OrgL bestellt werden soll
- Kenntnisse der regionalen Organisation und Leistungsfähigkeit des Rettungs-, Sanitäts- und

Betreuungsdienstes und des Gesundheitswesens im künftigen Einsatzbereich

- Führungsausbildung
- mindestens 25 Jahre alt
- Ausbildung zum Organisatorischen Leiter in Bayern erfolgreich abgeschlossen.
- Die Bestellung zum OrgL erfolgt durch den Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung und ist vor Beginn der Ausbildung schon in Aussicht zu stellen. Die Bestellung ist auf fünf Jahre befristet und kann erneuert werden, bei Vollendung des 65. Lebensjahres endet die Tätigkeit.

Ausbildungsverlauf

Drei nacheinander zu absolvierende Lehrgänge: Qualifizierungs-, Grund- und Abschlusslehrgang OrgL (12 TN pro Lehrgang):

1. Qualifizierungslehrgang
 - soll eine einheitliche Wissensbasis schaffen
 - umfasst 40 UE einschließlich Zulassungsprüfung
 - wird von den Hilfsorganisationen durchgeführt
 - entbehrlich, wenn anderweitiger Nachweis der Kenntnisse;
2. Praktische Einweisungen Teil 1
 - im Zeitraum zwischen dem Qualifizierungslehrgang und dem Grundlehrgang (6 Monate)
 - dient der Orientierung im künftigen Wirkungskreis und der Kenntnis der örtlichen Besonderheiten
 - Einweisung in die Arbeit von:
 - Polizeieinsatzzentrale
 - Rettungsleitstelle/Integrierte Leitstelle
 - THW, Feuerwehr (Kreisbrandinspektion/Stadtbrandinspektion)
 - UG SanEL;
3. Grundlehrgang
 - soll befähigen, Aufgaben unterhalb der Katastrophenschwelle verantwortlich wahrzunehmen (Art. 15 Bayerisches KatS-Gesetz)
 - Voraussetzung ist erfolgreiche Zulassungsprüfung

Fortbildung und Übung



Dieses Kapitel beleuchtet, warum es unerlässlich ist, regelmäßige Übungen zum Thema MANV durchzuführen, welche Möglichkeiten der Umsetzung es gibt und welche Lernziele damit verfolgt werden.

12.1 Warum sollten MANV-Übungen regelmäßig durchgeführt werden?

RÜDIGER KÖRMANN, SASKIA PINNEN

Die Landeskatastrophenschutzgesetze und zugehörigen Verordnungen empfehlen oder verlangen regelmäßige Aus- und Fortbildungen zum Themenbereich MANV, um Abläufe zu verinnerlichen, die Zusammenarbeit der agierenden Kräfte zu verbessern und vorhandene Strukturen zu überprüfen. Nur Übungen machen krisenfest; die in Übungen erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen sind im Ereignisfall abrufbar und erleichtern die Orientierung in der Einsatzabwicklung. Um die Aktualität und Rechtssicherheit der Konzepte zu gewährleisten, müssen die Systeme regelmäßig überprüft und an aktuelle Rechtsprechungen angepasst werden.

MERKE

Diese Revision des Systems ist nicht nur unter den Aspekten Rechtssicherheit und Aktualität empfehlenswert, sondern ebenso unter dem Aspekt der Resilienzerhöhung. Konzepte und dahinter stehende Systeme können durch Übungen auf ihre Widerstandsfähigkeit untersucht werden.

Die in einer Übung erhobenen Daten können aus verschiedenen Perspektiven analysiert werden, sodass in einer Übungwiederholung *neue Konzepte und Möglichkeiten integriert und evaluiert* werden können. Zum einen lassen sich so Grenzen des Systems und der Akteure aufzeigen, aber zum anderen auch Umkehrpunkte weg von falschen Entwicklungen definieren. Durch die verschiedenen Sichtweisen können Problematiken an Schnittstellen zwischen verschiedenen Organisationen, aber auch in einzelnen Systemen identifiziert werden. Die dargestellten Faktoren können dabei helfen, ein Konzept zu erneuern oder zu verbessern.

Im Qualitätsmanagement geht man davon aus, dass Systeme, die nicht regelmäßig überprüft und

verbessert werden, dem Verfall preisgegeben sind. Ein Instrument, um regelmäßig Systeme zu überprüfen und Neuerungen oder Verbesserungen zu implementieren, stellt der PDCA-Zyklus dar (Deming 1982). Dieser in vier Schritte unterteilte Prozess umfasst die Analyse des Istzustandes eines bestehenden Prozesses bzw. die Grundidee einer Neuerung oder Verbesserung. Nach gründlicher Planung erfolgt die erste Testphase. Dafür können verschiedene Übungsarten verwendet werden (s. u. Kap. 12.3). Durch direktes Reassessment und immer wiederkehrende Optimierungen des einen kleinen Prozesses werden Fehler analysiert und Schwachstellen unmittelbar aufgezeigt. Stellt sich die fokussierte Testphase eines Prozesses als Erfolg heraus, so wird dieser in weitere bestehende Verfahrensabläufe implementiert und in breiter Front aufgestellt. Um die Resilienz dieser Konzepte in Bezug auf sich stetig verändernde Anforderungen zu erfassen, ist der PDCA-Zyklus als permanent fortlaufender Kreislauf angelegt (Plan – Do – Check – Act).

Wenn man diesen Gedanken auf komplexe Einsatzsituationen überträgt, wird klar, dass Konzepte zur Bewältigung von Einsätzen mit vielen Verletzten auch regelmäßig überprüft und verbessert werden müssen. Nur so kann eine reibungslose Umsetzung im Ernstfall garantiert werden. Bereits bestehende Konzepte können in einer Übung beispielsweise durch technische Neuerungen ergänzt und verbessert werden.

BEACHT E

Die Systemüberprüfung mittels Übungen erlaubt Fehler und Irrtümer. Im realen Einsatz ist „Versuch und Irrtum“ keine Option.

Im realen Einsatz muss bereits handlungskompetentes Personal mit Handlungssicherheit agieren, um die Ressourcenknappheit bei einem MANV so optimiert zu lenken, dass Schäden minimiert werden können. *Routinierte Handlungsabläufe*

können durch realitätsnahe Simulationen im geschützten Übungsumfeld verinnerlicht werden. Durch gezielte Nachbesprechungen und Wiederholbarkeit der Szenarien können festgelegte Lernziele verfolgt werden, die einen egalisierten Ausbildungsstand aller Kräfte begünstigen. Die Teilnehmenden erlangen durch stetige Wiederholung und Anwendung ihrer Fähigkeiten praktische Fertigkeiten, die auch in Stress- und Ausnahmesituationen sicher abgerufen werden können. Durch Übungen kann vermieden werden, dass das persönliche Stresslevel des Übungsteilnehmenden soweit ansteigt, dass der Stress negative Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit der Einsatzkraft hat. Ein gesundes Maß an Stress kann helfen, die eigene Leistungsfähigkeit zu erweitern. Während der Übung kann das Stresslevel kontinuierlich gesteigert werden und so die *Stress-toleranz positiv beeinflusst* werden, wodurch es zu einer Erweiterung der Leistungsfähigkeit in Stress-situationen kommt.

Bezugnehmend auf Ressourcenmanagement und Agieren im funktionierenden Team stellt die Literatur immer wieder heraus, dass zielgerichtetes Training mit einer strukturierten und gelenkten Nachbesprechung zu nachhaltigem Erfolg und guten Leistungen im realen Szenario führt (vgl. u. a. Hackstein et al. 2016, St. Pierre/Hofinger 2020).

Beim Simulationstraining können *Teampartner in einem geschützten Raum* gemeinsam schwierige Situationen üben, dabei ihr eigenes Handeln reflektieren, gemeinsame Lösungen erarbeiten und diese im gleichen Szenario nochmals anwenden. Damit kann der Erfolg der Maßnahme sofort selbst

erfahren werden oder eine andere Lösung etabliert werden.

MERKE

Durch gemeinsames Training von anspruchsvollen Szenarien entstehen Teams, die sich gegenseitig vertrauen und die Arbeit des jeweils anderen wertschätzen: „Dream teams are made – not born!“.

Durch das gewonnene Vertrauen entsteht die Möglichkeit, Fehler direkt anzusprechen und andere Blickwinkel zu beleuchten, dabei weiterhin auf Augenhöhe zu kommunizieren und konstruktiv mit Kritik umzugehen. Durch eine so entstehende offene Fehlerkultur können Fehler minimiert oder gar vermieden werden.

Beim Training in simulierten Szenarien sollen nicht nur direkte Teams gebildet werden, sondern dem *interdisziplinären Training* der verschiedenen Einsatzkräfte wird ebenfalls ein hoher Stellenwert zugemessen. Wenn Einsatzkräfte in lokalen und spezifischen Gegebenheiten gemeinsam trainieren, kann die Sozialisierungszeit im Einsatz minimiert und das gegenseitige Verständnis gestärkt werden. Dabei können alle Disziplinen gemeinsam und einheitlich Szenarien üben und so Sicherheit im gemeinsamen Einsatz gewinnen. Die organisationsübergreifende Arbeit ermöglicht den Austausch zu Bewältigungsstrategien und Arbeitstechniken, sodass von der Erfahrung des jeweils anderen profitiert wird.

12.2 Allgemeine Übungsproblematiken

Bei der Übung von Großschadenslagen bietet sich die Schwierigkeit, dass es keinen sog. Eich-MANV gibt. Das bedeutet, dass der Massenansturm von Verletzten von Region zu Region unterschiedlich definiert ist. Entsprechend ist auch die Alarm- und Ausrückeordnung für jede Region anders, und der Umfang der eingesetzten Rettungsmittel divergiert ebenfalls. Bei der Planung einer Übung muss dies stets beachtet werden, und die *Szenarien und Übungsmittel* müssen *an lokale Gegebenheiten angepasst* werden. Ferner sollte die Zielgruppe analysiert werden, damit Interessenskonflikte aufgrund von verschiedenen Anforderungen vermieden werden.

Ein weiteres Problem, das alle Übungsarten gemein haben, ist die vorhandene *Übungskünstlichkeit*. Diese kann in keinem Fall ganz ausgeschaltet werden, sondern bleibt immer im Bewusstsein der Lernenden und Lehrenden. Dennoch schaffen es einige Übungsarten, die Übungskünstlichkeit auf ein absolutes Minimum zu reduzieren, sodass die Teilnehmenden die Situation nachempfinden können und so handeln, als würden sie den Einsatz real erleben. Wenn die Übungskünstlichkeit auf ein Minimum reduziert wurde, ist es möglich, die Teilnehmenden so zu schulen, dass ein Übermaß an Stress auch im realen Einsatz vermieden werden kann.

12.3 Übungsarten

Alle Möglichkeiten der Nachstellung von Einsatzszenarien stoßen irgendwann an ihre Grenzen. Diese Grenzen sind abhängig von der Übungsart.

12.3.1 Planübung

Planübungen sind ein adäquates Hilfsmittel, um die Führungsausbildung möglichst realitätsnah abzubilden. Führungskräfte aus verschiedenen Hierarchieebenen können so in einem breiten Spektrum von Szenarien und Einsatzarten angeleitet werden. Ein klassisches Medium zur Umsetzung einer Planübung stellt die *Planübungsplatte* dar.

Auf einer Planübungsplatte können Landschaften und geografische Gegebenheiten realistisch und maßstabgetreu als Modellbau nachgestellt werden. Das Szenario wird entsprechend den lokalen Gegebenheiten angepasst, und die Übenden greifen auf örtlich und überörtlich verfügbare Ressourcen zurück. Der Beginn der Übung wird durch eine Einsatzmeldung gekennzeichnet, die nicht zwingend dem dann präsentierten Szenario entsprechen muss, somit kann die Divergenz zwischen Alarmierungstichwort und vorgefundener Einsatzsituation ebenfalls simuliert werden. Um mannigfaltige Lagedarstellungen mit einfachen Mitteln zu ermöglichen, stehen den Auszubildenden vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung.

Die gründliche Vorbereitung der Lehrenden stellt den Erfolgsgaranten für die Übung an der

Planspielplatte dar. Szenarien über verschiedene Instanzen mit diversen Eskalationsstufen benötigen eine gründliche Vorbereitung, um den reibungslosen Übungsablauf sicherzustellen. Die dazu benötigte Vorbereitungszeit ist ein maßgeblicher Faktor bei der Planung einer solchen Übung; dies stellt besonders im Bereich von freiwilligen und ehrenamtlichen Kräften häufig ein Problem dar. Die Möglichkeiten der Darstellung im Modellbau sind zwar sehr umfangreich, jedoch auch materiell begrenzt, sodass nicht alle Einsatzlagen dargestellt werden können und hier eine Grenze der Simulation an der Planspielplatte erreicht wird. Zusätzlich ist das Szenario in der Planübung sehr statisch und kann nur Dynamik erlangen, indem Lehrende physisch in die Lage eingreifen. Eine Grenze wird nicht nur durch Darstellungsmöglichkeiten erreicht, sondern ebenso durch die Größe der Planspielplatte. Die Größe der Platte steht in direktem Zusammenhang mit der Anzahl der Übenden und schränkt diese ein.

MERKE

Führungskräfte oder Führungskräfte in Ausbildung können durch Planübungen Handlungskompetenzen entwickeln, erweitern und festigen. So kann eine bestmögliche Vorbereitung von Führungskräften auf reale Einsatzsituationen gewährleistet werden.



Abb. 1: Üben an der Planspielplatte (Foto: Helge Regener, SIRMED AG)

12.3.2 Simulationstraining

Das Simulationstraining ist realistischer als die Planübung, aber eben keine echte Schadenslage. Dennoch werden beim Simulationstraining Ressourcen wie Personal, Zeit und Material so dargestellt, dass sie den realen Bedingungen entsprechen. Um Simulationstraining zu realisieren, stehen verschiedene Mittel und Systeme zur Verfügung. Zwei gängige Systeme des Simulationstrainings sind *Führungssimulation MANV (FüSim)* und *dynamische Patientensimulation (dPS)*.

Dynamische Patientensimulation

In der dynamischen Patientensimulation kann die realistische Darstellung der Patientenablage ebenso wie die des Behandlungsplatzes dargestellt werden. Somit können die Funktionen der „normalen Einsatzkräfte“ wie auch die Führungsfunktionen geübt werden. Dabei stehen Medizin, medizinische Maßnahmen und die Entscheidungsfindung unter Zeitdruck im Vordergrund.

Die Darstellung der Lage erfolgt mittels laminiertes Patientenkarten, die in fünf Phasen unterteilt sind. Dazu werden Maßnahmen und Material durch Aufkleber dargestellt, die den lokalen Vorkontingen entsprechend angepasst werden können (s. Kap. 12.4). Die Maßnahmen sind mit Zeitangaben versehen, die den Teilnehmenden ein Gefühl für die Dauer der einzelnen Versorgungsmaßnahmen vermitteln. Teilnehmende sollen unter Stress über Notwendigkeit, Dringlichkeit, Verfügbarkeit und zeitlichen Aufwand von Maßnahmen entscheiden.

Im Rahmen der dPS besteht die Aufgabe von Führungskräften darin, einen bereits laufenden Einsatz zu übernehmen, die weitere Ordnung des Raumes sicherzustellen und den Einsatz gemäß Führungsstrukturen zu lenken. Weiter soll die Kommunikation mit bereits eingesetzten Kräften und ggf. nachgeforderten Kräften geübt werden. Hierbei lassen sich Schnittstellenprobleme in der interdisziplinären Arbeit der verschiedenen Einsatzkräfte herausstellen, diese können analysiert und ggf. verbessert werden.

Führungssimulation MANV

Mit der Führungssimulation MANV wird die Möglichkeit geschaffen, reale Einsatzmittel des jeweiligen Rettungsdienstbereichs abzubilden sowie überörtliche Unterstützung anzufordern. Einsatzmittelketten sowie die wirkliche Entfernung zur



Abb. 2: Übungsleitung bei dynamischer Führungssimulation (Foto: F. Brüne)

Einsatzstelle werden hierbei berücksichtigt und lassen Fahrzeuge entsprechend realen Anfahrtszeiten in der in Echtzeit ablaufenden Übung versetzt eintreffen. Die Darstellung erfolgt – ähnlich wie bei dPS – mit Karten, die Einsatzmittel, Einsatzkräfte und Patienten darstellen, die mit dem Phasenwechsel ihren Zustand ändern.

Im Rahmen der Führungssimulation MANV besteht die Aufgabe von Führungskräften darin, mit wenigen Ressourcen die richtigen Führungsentscheidungen zu treffen, Raumordnung herzustellen und zu sichern sowie im weiteren Verlauf viele Einsatzkräfte zu führen.

Durch gezielte Analysen der Übungen sollen vor allem Defizite in den Bereichen der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation deklariert werden. Bereits bestehende Checklisten, Einsatzkonzepte und Formblätter können erprobt werden. Aufgrund der geringen Einsatzhäufigkeit können mithilfe dieses Systems vor allem Neuerungen erprobt und ggf. implementiert werden. Durch das Einbinden der Leitstelle oder anderer übergeordneter Führungsebenen lassen sich weitere Schnittstellenprobleme in der Kommunikation analysieren. Bereits vorhandene oder neue Führungsunterstützungen für LNA bzw. OrgL werden mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen ersichtlich.

Übungen von Führungssimulation MANV verlaufen selbstständig und dynamisch ab, sodass

Herausgeber

Andreas Knickmann

Jörg Oberkinkhaus

Tim Piepho

Organisatorischer Leiter (OrgL/OLRD) und Leitender Notarzt (LNA) führen bei größeren rettungsdienstlichen Einsatzlagen und Massenanfällen von Verletzten (MANV) den Einsatzabschnitt Medizinische Rettung und haben unter Zeitdruck Führungsentscheidungen zu treffen und logistische, medizinische und einsatztaktische Aspekte zu beachten.

Das »Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt« vermittelt die dafür notwendigen Grundlagen. Es informiert über die Rechtsvorschriften, die Führungslehre und die Zusammenarbeit mit anderen Behörden, Organisationen und Fachdiensten bei der medizinischen Rettung. Schwerpunkte sind insbesondere die Einsatzplanung und -führung beim MANV, die Einbindung der verschiedenen Unterstützungskräfte (auch überörtlich), die Einsatzgrundsätze bei besonderen Lagen sowie die Ausbildungs- und Übungsmöglichkeiten.

Mit diesem einheitlichen Führungswissen ist das Handbuch auf die bundesweite Schulung ausgerichtet. Zugleich berücksichtigt es verschiedene Länderkonzepte, betont deren Gemeinsamkeiten, weist aber auch auf Nachteile und Probleme hin. Neben regionalen Vorgaben werden lokale Lösungen und Vorhaltungen in Form von Praxisbeispielen und Fallberichten abgebildet. Merksätze und Praxistipps geben Hinweise zu häufigen Problemen abseits der Routine und des Regeleinsatzes. Kurzübersichten am Ende aller Hauptkapitel geben einen schnellen Überblick über die vielfältigen Themen und die wichtigsten Leitgedanken, sie eignen sich auch für eine spätere kurzfristige Auffrischung.

Das Buch richtet sich an OrgL und LNA gleichermaßen und kommt damit dem Anspruch einer kooperativen Zusammenarbeit im rettungsdienstlichen Führungsteam und der vielerorts gemeinsam absolvierten Ausbildung entgegen.

Handbuch für Organisatorischen Leiter und Leitenden Notarzt

Planung · Führung · Taktik