Konzeption des Ministeriums für Inneres, Digitalisierung und Migration für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept)

Vom 1. August 2016, - Az.: 6-1441/73



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR INNERES, DIGITALISIERUNG UND MIGRATION

Inhalt

1 VORWORT 4
2 ZIELSETZUNG 5
3 PLANUNGSGRUNDLAGEN 7
3.1 Verteilung der Verletzungsgrade 7
3.2 Mitwirkende 8
3.2.1 Rettungsdienst 8
3.2.2 Schnelleinsatzgruppen (SEGen) 9
3.2.3 Feuerwehr 9
3.2.4 Katastrophenschutzdienst 9
3.2.5 Krankenhäuser 9
3.2.6 Polizeivollzugsdienst 10
4 PLANUNGEN FÜR DEN MANV 11
4.1 Verantwortlichkeiten für die Planungen für den ManV 11
4.2 Gegenstand und Inhalt der Planungen für den ManV 11
4.2.1 Rettungsdienst 12
4.2.2 SEG 13
4.2.3 Katastrophenschutz 14
5 BESTANDSAUFNAHME DER PERSONELLEN UND MATERIELLEN RESSOURCEN IM RETTUNGSDIENSTBEREICH / KREIS 15
5.1 Personelle Verstärkung des Rettungsdienstes bei einem ManV 15
5.2 Weitere organisationsinterne Kräfte 15
5.3 Ärzte 15
5.4 Krankenhäuser 16
5.5 Arzneimittel und Sanitätsmaterial 16
5.6 Schnelleinsatzgruppen (SEGen) 16
5.7 Katastrophenschutzdienst 16
5.8 Zentrale Landesvorhaltung Katastrophenschutz des DRK-Landesverbandes Baden-Württemberg e.V. 17
5.9 Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW) 17
5.10 Bundeswehr 17
5.11 Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) 17
5.12 Fachpläne 17
6 INTEGRIERTE LEITSTELLEN 18
6.1 Alarmierung der Helfer 18
6.2 Integrierte Leitstellen 18
6.3 Oberleitstelle Baden-Württemberg als besondere Leitstelle bei einem ManV 18
7 UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN FÜR BESONDERE GEFAHRENLAGEN / SCHNITTSTELLEN ZU WEITEREN KONZEPTEN DER GEFAHRENABWEHR 19
7.1 Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im Landesgesundheitsamt beim Regierungspräsidium Stuttgart 19
7.2 Unterstützungsleistungen bei der Arzneimittelbeschaffung 19
7.3 Einsatzlenkung des Patiententransports 19
7.4 Dekon-V 19
7.5 Einsatz der MTF 20
7.6 Personenauskunft / Dokumentation 20
7.6.1 Registrierung 20

7.6.2 Personenauskunftssysteme 21
8 AUFWACHSEN / WELLENKONZEPT 22
8.1 1. Welle 22
8.2 2. Welle 22
8.3 3. Welle 22
8.4 4. Welle 23
9 SONDEREINSATZMITTEL (AB-MANV, AB-MEDTECHNIK) 24
10 STANDARDISIERUNG VON LEISTUNGEN 25
10.1 Gliederung der Einsatzeinheiten 25
10.1.1 Aufgabenbereich Führung 26
10.1.2 Aufgabenbereich Sanität 26
10.1.3 Aufgabenbereich Transport 27
10.1.4 Aufgabenbereiche Betreuung (einschließlich Versorgung), Logistik und Technik (einschließlich Sicherheit) 27
10.2 Personelle und materielle Ausstattung der Einsatzeinheiten 27
11 STANDARDISIERUNG VON TAKTISCHEN ABLÄUFEN 28
11.1 Einsatzabschnittsbildung 28
11.1.1 Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ 28
11.1.2 Einsatzabschnitt „Betreuung“ 29
11.1.3 Einsatzabschnitt „Bereitstellung“ 29
11.2 Patientenfluss 30
11.3 Führungsorganisation 31
11.3.1 Einsatzleitung 31
11.3.2 Führungsorganisation im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ und Aufwachsen an der Einsatzstelle 34

1 VORWORT

Von März 2007 bis Juli 2008 wurde unter Federführung des Innenministeriums Baden-Württemberg die „Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten im Katastrophenschutz (ManV-Konzept)“ erarbeitet. Diese Konzeption ergänzte die „Gemeinsamen Hinweise ManV“ von Sozial- und Innenministerium.

Ziel dieses ManV-Konzeptes war es, einen Rahmen für die einheitliche Planung und Bewältigung derartiger Schadensfälle in Baden-Württemberg zu schaffen.

Durch die Zukunftsinvestitionsprogramme von Land und Bund konnten 2010 insgesamt 83 Gerätewagen Sanität, 73 Notfallkrankenwagen, 24 Mannschaftstransportfahrzeuge und vier Fahrzeuge für die überregionalen Kreisauskunftsbüros beschafft werden. Viele der „neuen“ 120 Einsatzeinheiten konnten so innerhalb kurzer Zeit angemessen ausgestattet werden.

Mit dem NATO-Gipfel 2009 und dem Papstbesuch 2011 fanden in Baden-Württemberg zwei Großveranstaltungen statt, bei denen umfangreiche Erfahrungen zur Bemessung eines „Massenanfalls an Verletzten“ gesammelt wurden. Zudem waren die Einsatzeinheiten oder Teile davon bei Schadenslagen im Einsatz.

Von Mai 2012 bis März 2016 wurde die Konzeption des Innenministeriums für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten im Katastrophenschutz (ManV-Konzept) überarbeitet, um das Konzept an aktuelle Erfahrungen und Entwicklungen anzupassen.

2 ZIELSETZUNG

Im vorliegenden ManV-Konzept werden Hinweise zur Bewältigung und Planung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV) gegeben. In Ziffer 3 bis 7 werden die Planungsgrundlagen und Zuständigkeiten beschrieben. Folgend werden Leistungen normiert und Hinweise zur Führungsorganisation gegeben. Die beschriebene Rahmenkonzeption beschreibt den Massenanfall von Verletzten. Grundsätzlich lässt sich das Vorgehen auch bei einem Massenanfall an Erkrankten anwenden.

Das ManV-Konzept legt die Mindestanforderungen für die Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten fest. Den KatS-Behörden, Hilfsorganisationen, Feuerwehren, Krankenhäusern und sonstigen an der Bewältigung einer entsprechenden Schadenslage beteiligten Stellen/Organisationen wird mit der Konzeption ein einheitlicher Rahmen für die Bemessung und Bewältigung solcher Schadenslagen gegeben.

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

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

Das vorliegende Konzept baut auf bewährten Strukturen und allgemein bekannten und etablierten Einsatzstandards auf. Diese sollen so weit wie möglich im Rahmen der neuen Konzeption beibehalten werden. Darauf aufbauend ergeben sich folgende Anforderungen:

- Festlegung eines lückenlosen Ineinandergreifens von Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppen (SEG), Einheiten des Katastrophenschutzes und weiteren geeigneten Einsatzstrukturen der Hilfsorganisationen.
- Harmonisierung der Abläufe, Begrifflichkeiten und taktischen Maßnahmen über Rettungsdienstbereiche hinweg.
- Stärkung der Einsatzfähigkeit der Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten.

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

Das ManV-Konzept verzichtet auf eine detailliertere Beschreibung zur Verfahrensweise bei der Dekontamination Verletzter. Einzelheiten hierzu sind Gegenstand eines gesonderten Konzepts.

Als Mindestanforderung ist anzustreben, dass grundsätzlich jeder Stadt- und Landkreis in der Lage ist, über die Vorhaltungen für den Rettungsdienst laut Bereichsplan hinaus – ggf. mit Unterstützung aus anderen Kreisen, insgesamt 50 Patienten schnellstmöglich versorgen zu können. In Kreisen, in denen die Kapazitäten der Krankenhäuser dafür nicht ausreichen, ist auf verstärkte kreisübergreifende Patientenverteilung zu setzen.

3 PLANUNGSGRUNDLAGEN

Ein ManV im Sinne der nachfolgenden Hinweise liegt vor, wenn ein Großschadensfall gemäß Rettungsdienstplan Baden-Württemberg oder eine Katastrophe mit einer größeren Anzahl von Verletzten nach § 1 Abs. 2 Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) gegeben ist.[1]

Ein **Großschadensfall** ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Verletzten bei häufig nicht mehr funktionsfähiger oder nicht mehr ausreichender Infrastruktur am Schadensort, teilweise auch durch das Bestehen einer erheblichen Gefährdung der Einsatzkräfte im Bereich des Schadensereignisses. Dabei ist davon auszugehen, dass ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf an der Schadensstelle und der Kapazität des Rettungsdienstes entsteht, so dass - zumindest für einen gewissen Zeitraum - nicht mehr nach den Kriterien der individuellen medizinischen Versorgung verfahren werden kann (vgl. Rettungsdienstplan 2014 Baden-Württemberg).

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

Nicht Gegenstand dieses Konzeptes sind die Regelungen des Seuchenalarmplans des Sozialministeriums für das Management und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in Baden-Württemberg.

3.1 Verteilung der Verletzungsgrade

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

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

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

- Einbindung der Krankenhäuser

Auf der Grundlage der Ergebnisse der 1. und 2. Konsensuskonferenz werden folgende Festlegungen getroffen:

Prozentuale Verteilung der Verletzungsgrade bei einem punktuellen Schadensereignis:

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

Tabelle 1 - Verteilung der Verletzungsgrade

Kategorisierung der Verletzungsgrade nach erfolgter Sichtung:

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

Tabelle 2 - Sichtungskategorien

Zusätzlich besteht die Möglichkeit zur Kennzeichnung hoher Transportpriorität.

3.2 Mitwirkende

3.2.1 Rettungsdienst

In jedem Rettungsdienstbereich bzw. Stadt-/Landkreis sind für den ManV Vorbereitungen zu treffen. Die Grundlagen bilden hierbei die Vorhaltungen der Regelversorgung im Rettungsdienst. Zur Verstärkung der präsenten Kräfte des Rettungsdienstes kann die Zuziehung von dienstfreiem rettungsdienstlichem Fachpersonal sowie der Rettungsdienstkräfte benachbarter Rettungsdienstbereiche bzw. Stadt-/Landkreise geplant werden. Die Träger des Rettungsdienstes in benachbarten Rettungsdienstbereichen haben sich auf Anforderung der Rettungsleitstellen gegenseitig zu unterstützen, sofern dadurch die Wahrnehmung der Aufgaben im eigenen Rettungsdienstbereich

nicht wesentlich beeinträchtigt wird (§ 13 Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg (RDG)).

3.2.2 Schnelleinsatzgruppen (SEGen)

Eine wesentliche Funktion bei der Planung und Bewältigung eines ManV kommt den Schnelleinsatzgruppen (SEGen) der Hilfsorganisationen als Bindeglied zwischen dem Rettungsdienst sowie den Sanitäts- und Betreuungseinheiten des Katastrophenschutzes zu. Neben den Schnelleinsatzgruppen Erstversorgung (SEG-E) und den teilweise bereits vorhandenen Schnelleinsatzgruppen Transport (SEG-T) sind weitere vor Ort vorhandene Schnelleinsatzgruppen (hilfsorganisationseigene Einsatzformationen der Regionalen Untergliederungen) einzubeziehen.

3.2.3 Feuerwehr

Sofern dies neben ihrer originären Aufgabenstellung möglich ist, können Einsatzkräfte der Feuerwehr zur Unterstützung eingesetzt werden.

3.2.4 Katastrophenschutzdienst

Um die dauernde Verfügbarkeit eines Teiles der im Katastrophenschutz mitwirkenden Kräfte für Katastropheneinsätze zu gewährleisten, wurden nach Fachdiensten gegliederte Einheiten des Katastrophenschutzdienstes - u.a. auch der Sanitäts- und Betreuungsdienst - gebildet (vgl. Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes).
Die Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzdienstes nach § 10 LKatSG und namentlich der Sanitäts- und Betreuungsdienst sind in die Planungen für den Fall einzubeziehen, dass der ManV vom Rettungsdienst und den Schnelleinsatzgruppen nicht bewältigt werden kann.
Über deren Einsatz entscheidet die Katastrophenschutzbehörde. Auf die besonderen Bestimmungen des LKatSG im Katastrophenfall wird verwiesen.

3.2.5 Krankenhäuser

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

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

Die Krankenhäuser wirken nach § 5 Abs. 1 LKatSG im Katastrophenschutz mit und haben eigenverantwortlich umfassende Vorsorge für ihre Einsatzfähigkeit bei Katastrophen zu treffen. Sie haben dazu nach § 5 Abs. 2 Nr. 2 LKatSG Alarm- und Einsatzpläne in Abstimmung mit den zuständigen Katastrophenschutzbehörden zu erstellen, diese regelmäßig zu überprüfen und fortzuführen. Gemäß § 28 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) stellen die Krankenhäuser zudem durch die Erstellung und Fortschreibung von Alarm- und Einsatzplänen sicher, dass auch bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten gewährleistet werden kann. Die untere Verwaltungsbehörde (Gesundheitsamt) ist berechtigt, sich diese Pläne vorlegen zu lassen.

Krankenhäuser haben außerdem nach § 5 Abs. 3 LKatSG auf Anforderung der Katastrophenschutzbehörden an Katastrophenschutzübungen teilzunehmen. Krankenhausintern sind in regelmäßigen Abständen unter Beteiligung der Feuerwehren und Hilfsorganisationen Übungen durchzuführen.
Die Krankenhäuser sind nicht verpflichtet, schon im Alltag eine Erhöhung der Bettenkapazität anzustreben. Vielmehr müssen Möglichkeiten geschaffen werden, die Aufnahmekapazität und die Behandlungsmöglichkeiten bei einem ManV sowie im Katastrophenfall kurzfristig erhöhen zu können. Entsprechende Verpflichtungen können fachaufsichtlich bei einem ManV durch das Regierungspräsidium/Gesundheitsamt, im Katastrophenfall durch die Katastrophenschutzbehörden durchgesetzt werden.

3.2.6 Polizeivollzugsdienst

Neben ihren originären Aufgabenstellungen gewährleistet die Polizei bei größeren Schadensereignissen den möglichst ungehinderten Einsatz der zuständigen Behörden und Fachdienste. Bei der Bewältigung eines ManV unterstützt der Polizeivollzugsdienst im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten, weshalb eine frühzeitige Verständigung des regional zuständigen Polizeipräsidiums (FLZ) erforderlich ist. Während der Einsatzmaßnahmen vor Ort sollte darüber hinaus eine ständige Abstimmung zwischen der nichtpolizeilichen und polizeilichen Einsatzleitung gewährleistet werden. Bis zum Eintreffen der originär zuständigen Behörden und Fachdienste am Einsatzort trifft die Polizei die unaufschiebbar notwendigen Maßnahmen. Die Einsatzmaßnahmen des Polizeivollzugsdienstes erfolgen im Regelfall in eigener Zuständigkeit.
Dazu gehören im Wesentlichen gefahrenabwehrende Maßnahmen wie beispielsweise die Absperrung des Einsatzortes oder das Freihalten der Hilfs- und Rettungswege. Darüber hinaus ist der gemeinsame Betrieb von Personensammelstellen sowie die Unterstützung von Betreuungsmaßnahmen und der ereignisabhängige Betrieb einer Personenauskunftsstelle in Betracht zu ziehen.

4 PLANUNGEN FÜR DEN MANV

4.1 Verantwortlichkeiten für die Planungen für den ManV

In Abstimmung zwischen der Katastrophenschutzbehörde, den Leistungsträgern des Rettungsdienstes (einschließlich der Integrierten Leitstellen/Rettungsleitstellen und der Oberleitstelle Baden-Württemberg), dem Bereichsausschuss für den Rettungsdienst, einem Vertreter der Leitenden Notärzte sowie der Organisatorischen Leiter Rettungsdienst des Rettungsdienstbereiches, den im Katastrophenschutz mitwirkenden Hilfsorganisationen und sonstigen berührten Behörden und Stellen nach § 5 Abs.1 LKatSG sind Planungen für einen ManV zu erstellen. Insbesondere die Krankenhäuser haben hierzu gemäß § 5 Abs. 3 LKatSG, § 28 Abs. 2 LKHG Fachpläne in Form von Alarm- und Einsatzplänen auch für den Fall eines ManV beizutragen.

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

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

4.2 Gegenstand und Inhalt der Planungen für den ManV

Die zur Bewältigung einer Schadenslage benötigten Ressourcen sind in einem stufenförmig aufwachsenden Wellenkonzept darzustellen (vgl. Ziffer 8). Die unteren Katastrophenschutzbehörden sind gehalten, in den Planungen anhand von Verletztenzahlen unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen zu definieren, ab welcher Größenordnung eines Schadensereignisses Ressourcen der nächsten Welle benötigt werden.
Als Mindestanforderung ist anzustreben, dass grundsätzlich jeder Stadt- und Landkreis in der Lage ist, über die Vorhaltungen für den Rettungsdienst laut Bereichsplan hinaus, insgesamt 50 Patienten schnellstmöglich versorgen zu können. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass die Planungen nicht nur die Ressourcen des eigenen Zuständigkeitsbereiches der unteren Katastrophenschutzbehörde einzubeziehen haben, sondern – sofern die Planungsgröße von 50 Patienten dies erfordert – auch Kräfte aus benachbarten Stadt- und Landkreisen berücksichtigen müssen. Die Planungen sollen dabei mindestens umfassen:

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

4.2.1 Rettungsdienst

4.2.1.1 Definition

Entsprechend der Aufgabenbeschreibung des Rettungsdienstes (Transport von Notfallpatienten und sonstigen Kranken, vgl. § 1 RDG) stellt der Rettungsdienst zur Bewältigung eines ManV primär Transportkapazitäten, d.h. Fahrzeuge (RTW, KTW) samt rettungsdienstgesetzlicher Besetzung (Notfallsanitäter, Rettungsassistenten, Rettungssanitäter, sonstiges rettungsdienstliches Personal), sowie Notärzte bereit.

Leistungen:

Mobilisierung der Regelvorhaltung.

Zuziehung der im Zeitpunkt des Eintritts des Schadensfalls als bedarfsgerecht im Bereichsplan festgelegten und einsatzbereiten Rettungsmittel (Regelvorhaltung) im betroffenen Rettungsdienstbereich (RTW, NAW und NEF sowie KTW).

Zuziehung der einsatzbereiten Regelvorhaltungen der umliegenden Rettungsdienstbereiche gemäß § 13 RDG -Gegenseitige Unterstützung.

Folge:

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

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

Aufstockung des Regelrettungsdienstes durch zusätzliche rettungsdienstliche Unterstützungseinheiten

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

Die Besetzung der rettungsdienstlichen Unterstützungseinheiten soll durch rettungsdienstliches Freischichtpersonal erfolgen, das sich durch Hinterlegung einer telefonischen Erreichbarkeit auf freiwilliger Basis (d.h. ohne arbeitszeitrechtlich relevante und durch entsprechende Ausstattung zu gewährleistende Rufbereitschaft) dazu bereiterklärt hat, im Ereignisfall aktiv zu werden.

4.2.1.2 Finanzierung

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

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

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

4.2.2 SEG

4.2.2.1 Definition

Das SEG-System besteht aus einer oder mehreren Gruppen medizinisch und/oder technisch ausgebildeter Kräfte, die von den Hilfsorganisationen auf freiwilliger Basis

vorgehalten werden, um bei einem ManV Verletzte, Erkrankte sowie unverletzt Betroffene versorgen zu können.

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

4.2.2.2 Finanzierung

Die SEGen sind weder dem Rettungsdienst noch dem Katastrophenschutz zuzuordnen. Sie unterstützen den Rettungsdienst bei einem ManV und schließen dabei die Lücke zwischen Rettungsdienst und Katastrophenschutz.
Die SEGen sind gemäß den zwischen dem Land Baden-Württemberg und den Hilfsorganisationen abgeschlossenen Überlassungsvereinbarungen berechtigt, die Fahrzeuge des Katastrophenschutzdienstes zu nutzen. Das Land stellt für jede Einsatzeinheit Mittel für die Ausstattung einer SEG-E zur Verfügung. Weitere SEGen-E können von den Hilfsorganisationen aufgestellt werden, sofern sie den mit Mitteln des Landes ausgestatteten SEGen-E entsprechen. Diese zusätzlichen SEGen-E sind von den Hilfsorganisationen zu finanzieren.
Sofern SEGen bei einem ManV mit mindestens 10 Verletzten, bei welchem mindestens drei notarztbesetzte Rettungsmittel zum Einsatz kommen, eingesetzt werden, erkennen die Kostenträger im Rettungsdienst als freiwilligen Finanzierungsbeitrag pro Patiententransport ein Viertel des örtlichen Benutzungsentgelts für den RTW an.

4.2.3 Katastrophenschutz

Für die Bewältigung von Schadensereignissen, die mit den Einheiten des Rettungsdienstes und der SEGen sowie der Mitwirkung der Feuerwehr nicht bewältigt werden können, haben die Träger des Katastrophenschutzes in eigener Verantwortung die Katastrophenschutzeinheiten einzuplanen.
Die Einheiten des Katastrophenschutzes umfassen insbesondere die Einsatzeinheiten Sanität und Betreuung des Katastrophenschutzdienstes (vgl. Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes).

5 BESTANDSAUFNAHME DER PERSONELLEN UND MATERIELLEN RESSOURCEN IM RETTUNGSDIENSTBEREICH / KREIS

Zur Erstellung der Einsatzplanung ist es notwendig, die personellen und materiellen Ressourcen für jeden Rettungsdienstbereich bzw. Stadt-/Landkreis in Übersichten bei den Katastrophenschutzbehörden sowie den Integrierten Leitstellen und der Oberleitstelle Baden-Württemberg zu erfassen.
Bei der Erfassung von Kräften und Mitteln für die Einsatzplanung ist darauf zu achten, dass die personellen und sachlichen Ausstattungen nicht mehrfach erfasst werden.
Insbesondere sind in die Erfassung folgende Einrichtungen, Personalkapazitäten und sächliche Ausstattungen einzubeziehen:

- Regelversorgung nach den Festlegungen der Bereichspläne und des Rettungsdienstplans Baden-Württemberg (§ 3 RDG),
- Feststellung der Rettungsmittelvorhaltung einschließlich des Rettungsmitteldienstplans, der Notarztsysteme sowie der nächstgelegenen Luftrettungsmittel anhand des aktuellen Bereichsplans des Rettungsdienstbereichs.

5.1 Personelle Verstärkung des Rettungsdienstes bei einem ManV

Leitende Notarztgruppe, Organisatorische Leiter Rettungsdienst, Freischichtpersonal des Rettungsdienstes und der Notärzte, rettungsdienstliches Personal benachbarter Rettungsdienstbereiche, rettungsdienstliches Personal der Spezialorganisationen, wie z.B. Berg- und Wasserrettung, Führungspersonal der Hilfsorganisationen und weitere für die Bewältigung eines ManV erforderliche Kräfte.

5.2 Weitere organisationsinterne Kräfte

Weitere organisationsinterne Kräfte, welche weder im Rettungsdienst (inklusive Spitzenabdeckung) noch im Katastrophenschutz mitwirken (z.B. Kreisverbände, Ortsvereine und Bereitschaften):

5.3 Ärzte

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

- Erfassung der Praxen von Durchgangsärzten (von den Berufsgenossenschaften besonders anerkannte Ärzte mit vorgeschriebener Praxisausstattung)
- Erfassung von Chirurgischen Notfallpraxen sowie Praxen mit Kapazitäten zur ambulant-operativen Versorgung (z.B. Gynäkologen)
- Erfassung von Dialysepraxen

- Erfassung von Praxen und Einrichtungen zur ambulanten akutpsychotherapeutischen Versorgung

5.4 Krankenhäuser

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

5.5 Arzneimittel und Sanitätsmaterial

- öffentliche Apotheken,
- Krankenhausapotheken
- krankenhausversorgende Apotheken
- Blutbanken und Blutdepots
- pharmazeutische Großhandlungen

5.6 Schnelleinsatzgruppen (SEGen)

- Anzahl, Qualifikation der Helfer, Sammelstellen, materielle Ausrüstung, Einsatzbereiche

5.7 Katastrophenschutzdienst

- vgl. Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes
- Anzahl der vorhandenen Einsatzeinheiten und ggf. ergänzende Leistungsmodule
- Erreichbarkeit der im Katastrophenschutz mitwirkenden Ärzte
- materielle Ausstattung des Katastrophenschutzes mit Fahrzeugen und Gerät
- personelle und materielle Reserven
- AB-MANV
- AB-MedizinTechnik
- Großraum-RTW

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

- Kapazitäten (z.B. Feldbetten)

5.9 Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW)

- Ortsverbände, Ansprechpartner
- Insbesondere Unterstützung des Sanitätsdienstes bei der Einrichtung und dem Betrieb von Patientenablagen / Behandlungsplätzen durch:
    - Beleuchtung
    - Stromversorgung

5.10 Bundeswehr

- Erfassung der Verbindungsorgane (die Kreis- bzw. Bezirksverbindungskommandos (KVK/BVK) mit einem Beauftragten der Bundeswehr für die zivilmilitärische Zusammenarbeit als Ansprechpartner)

5.11 Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)

- Notfallseelsorge, Notfallnachsorgedienst, Einsatzkräftebetreuung

5.12 Fachpläne

Vorhandene Fachpläne (zum Beispiel für die Versorgung einer Vielzahl von Schwerbrandverletzten oder Alarm- und Einsatzpläne der Krankenhäuser) sind bei der Planung zu berücksichtigen.
Auf die Empfehlungen und Planungshinweise der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. zur Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung wird hingewiesen. Bei der Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanung ist darauf zu achten, dass das ärztliche Personal nicht mehrfach - Notarztdienst bei einem ManV vor Ort und Einsatz im Rahmen der Notfallplanung im Krankenhaus – verplant wird. Dies gilt auch für das nichtärztliche Personal.

6 INTEGRIERTE LEITSTELLEN

6.1 Alarmierung der Helfer

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

6.2 Integrierte Leitstellen

Die Integrierten Leitstellen unterstützen die Einsatzleitung in den Teilbereichen Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport) sowie Sanitäts- und Betreuungsdienst. Das Vermittlungsmonopol der Leitstelle (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 RDG) ist insoweit zugunsten erforderlicher Entscheidungen vor Ort eingeschränkt.

Jede Integrierte Leitstelle in Baden-Württemberg gibt Informationen bei Kenntnis von einem ManV an die zuständige Katastrophenschutzbehörde und das regional zuständige Polizeipräsidium weiter.

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

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

6.3 Oberleitstelle Baden-Württemberg als besondere Leitstelle bei einem ManV

Die Oberleitstelle Baden-Württemberg (OLS) unterstützt als Alarmzentrale die Integrierten Leitstellen bei besonderen Einsätzen. Sie hält auf Landesebene Verbindung zu anderen im Notfall tätigen Organisationen, wie Polizei, Feuerwehr und Katastrophenschutz. Die OLS ist bei einem ManV durch die Integrierten Leitstellen frühzeitig zu informieren.

7 UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN FÜR BESONDERE GEFAHRENLAGEN / SCHNITTSTELLEN ZU WEITEREN KONZEPTEN DER GEFAHRENABWEHR

7.1 Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im Landesgesundheitsamt beim Regierungspräsidium Stuttgart

Unabhängig von seiner Zuständigkeit im Infektionsschutz (B-Stoffe) kann zur bevölkerungsmedizinischen toxikologischen Risikoanalyse und Risikoabschätzung das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz im Landesgesundheitsamt beim Regierungspräsidium Stuttgart im Rahmen seiner Möglichkeiten eingeschaltet werden. Im Mittelpunkt stehen insbesondere die Auswirkungen von Schadenslagen auf die Medien Luft, Wasser und Boden im Rahmen der Nachsorge. Eine telemedizinische Unterstützung der Einsatzkräfte vor Ort kann nicht geleistet werden. Das Kompetenzzentrum Gesundheitsschutz ist über das Lagezentrum der Landesregierung im Innenministerium rund um die Uhr erreichbar.

7.2 Unterstützungsleistungen bei der Arzneimittelbeschaffung

Bei bestimmten Krankenhäusern sind Arzneimitteldepots für bestimmte Fälle mit Mitteln des Bundes eingerichtet. Diese Arzneimittel können über die Oberleitstelle Baden-Württemberg angefordert werden. Die Oberleitstelle Baden-Württemberg stellt sicher, dass die Arzneimittel von den Krankenhausdepots abgeholt und an die Einsatzstelle verbracht werden.

7.3 Einsatzlenkung des Patiententransports

Die Integrierte Leitstelle lenkt nach ärztlicher Weisung die Kräfte, die zum Patiententransport eingesetzt sind, und koordiniert Art (=liegend, sitzend, Einzel- oder Sammeltransport), Fahrzeug und Ziel der Transporte. Die Integrierte Leitstelle und die Oberleitstelle Baden-Württemberg halten dabei engen Kontakt mit dem LNA, dem OrgL und den Aufnahmekrankenhäusern. Lageabhängig kann diese Aufgabe auch von Kräften der Einsatzleitung (OrgL) übernommen werden.

7.4 Dekon-V

Soweit Verletzte kontaminiert sind, werden diese gemäß dem im „Dekon-V Konzept“ beschriebenen Verfahren dekontaminiert und anschließend der Sichtung zugeführt. Hier treffen die Dekontaminierten mit den verletzen und unverletzten Nichtkontaminierten zusammen und werden dann weiter versorgt.

7.5 Einsatz der MTF

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

MTF anderer Bundesländer zur Unterstützung von Einsätzen in Baden-Württemberg werden auf Anfrage der zuständigen Katastrophenschutzbehörde über das Lagezentrum der Landesregierung beim Innenministerium bzw. den Verwaltungsstabsbereich 5 des Verwaltungsstabes des Innenministeriums über das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum von Bund und Ländern (GMLZ) angefordert.

7.6 Personenauskunft / Dokumentation

Grundlage für die Personenauskunft ist die Registrierung der Verletzten, Betroffenen und Toten mittels der “Anhängekarte für Verletzte/Kranke“ (VAK) mit der einliegenden „Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke“ des Generalsekretariats des Deutschen Roten Kreuzes.

Nach § 3 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. Abs. 2 LKatSG haben die Katastrophenschutzbehörden Auskunftsstellen zur Erfassung von Personen zum Zwecke der Vermisstensuche und der Familienzusammenführung einzurichten. Diese Aufgabe wird im Katastrophenfall vom DRK-Suchdienst wahrgenommen. Bei Großschadenslagen unterhalb der Katastrophenschwelle wird das DRK auf satzungsgemäßer Grundlage tätig. Hierzu sind auf Kreisebene mit dem DRK Vereinbarungen zur Einrichtung von Kreisauskunftsbüros (KAB) abzuschließen.

Der Polizeivollzugsdienst betreibt die Vermisstensuche aufgrund eigener Aufgabenzuständigkeit möglichst in Abstimmung mit der Personenauskunftsstelle.

7.6.1 Registrierung

Die Registrierung hat unverzüglich, lückenlos und noch am Schadensort zu erfolgen. Dabei ist sicherzustellen, dass für jeden Verletzten, Betroffenen oder Toten auf beiden Karten die Datenfelder soweit aktuell möglich ausgefüllt werden. Für jede Person ist dabei auf beiden Karten einheitlich eine individuelle und eindeutige Patientennummer

zu vermerken (z.B. S-12345 oder FR-67890). Die Kennzeichnung der Karten im Vorfeld wird empfohlen.
Die erste Ausfertigung der Suchdienstkarte dient dem KAB für die schnellstmögliche Erfassung aller Daten in einem Auskunftssystem. Die Ausfertigungen der Karten sind bei der Einsatzabschnittsleitung zu sammeln und schnellstmöglich dem KAB zur Verfügung zu stellen. Die Übergabe solcher gesammelten Belege an das KAB stimmen Einsatzabschnittsführer und KAB-Leitung frühzeitig ab.
Die weiteren Ausfertigungen der Suchdienstkarte verbleiben in der VAK zunächst an der jeweiligen Person. Auf der zweiten Ausfertigung vermerken die Besatzungen der jeweiligen Rettungs-/Transportmittel unter „Verbleib“ den Ort (z.B. Klinik xy oder Sammelstelle yz in xy), an den sie die betreffende Person tatsächlich verbracht haben, und übermitteln diese Ausfertigung schnellstmöglich dem KAB zur Vervollständigung der Daten im Auskunftssystem.

7.6.2 Personenauskunftssysteme

Der DRK-Suchdienst bedient sich für Zwecke der Vermisstensuche und Familienzusammenführung eines DV-Verfahrens, das mit Auskunftssystemen anderer Länder und der Polizei kompatibel sein soll. Der DRK-Suchdienst arbeitet dabei auch mit den jeweils zuständigen Polizeidienststellen zusammen. Im Falle einer Datenübermittlung wird der Datenbestand von der Polizei nur zur Vermisstensuche und Familienzusammenführung im konkreten Schadensfall und nicht zu anderen Zwecken verwendet.

8 AUFWACHSEN / WELLENKONZEPT

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

8.1 1. Welle

Hilfeleistung für individuelle Notfälle - Regelversorgung.
Notwendiges Personal und Gerät:

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

8.2 2. Welle

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten, deren Bewältigung neben den Ressourcen der 1. Welle weiterer Unterstützung bedarf:
In der Regel sind Patientenablagen einzurichten und die Verteilung und der Transport der Patienten zu koordinieren. Ggf. ist der Aufbau und Betrieb von Behandlungsplätzen notwendig.

Notwendiges Personal und Gerät:

- Personal und Gerät der 1. Welle
- zusätzlich SEGen
- ggf. Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten und/oder einzelne Leistungsmodule (Ziff. 10.1) aus dem eigenen Bereich
- ggf. Unterstützung durch Feuerwehr und oder THW

8.3 3. Welle

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten, die nicht mit dem Potenzial des Grundschutzes abzudecken sind. Der Einsatz von zusätzlichen Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten aus den Nachbarkreisen ist notwendig.

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

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

8.4 4. Welle

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten, die nicht mit dem Potenzial der 3. Welle bewältigt werden können. Zusätzlich sind die Infrastruktur zerstört und/oder Personen kontaminiert.
Die Versorgung der Patienten erfolgt nach den Grundsätzen der Mangelverwaltung. Ggf. ist der Aufbau und Betrieb von Behandlungsplätzen mit der Möglichkeit zur Dekontamination Verletzter notwendig.
Notwendiges Personal und Gerät:
- Personal und Gerät der 1. bis 3. Welle
- ggf. Einsatz Medizinischer Task-Forces (MTF) - aus benachbarten Bundesländern[2] ggf. Unterstützung durch die Bundeswehr im Rahmen der zivil-militärischen Zusammenarbeit

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

9 SONDEREINSATZMITTEL (AB-MANV, AB-MEDTECHNIK)

Die vom Land Baden-Württemberg beschafften Abrollbehälter ManV (AB-MANV), sowie Medizintechnik (AB-MedTechnik) können von den Katastrophenschutzeinheiten, in deren Zuständigkeit entsprechende Sondereinsatzmittel vorhanden sind, in den Wellen 1 bis 4 eingeplant werden. Zu beachten ist dabei der unterschiedliche taktische und technische Einsatzwert gegenüber den Einsatzeinheiten.

Die Sondereinsatzmittel AB-MANV und AB-MedTechnik werden darüber hinaus als Nachschub-Komponente zur Erhöhung der Durchhaltefähigkeit bei Großschadenlagen eingesetzt.

Die AB-MANV sind weiter besonders geeignet für geplante Großveranstaltungen wie beispielsweise große Sport- und Kulturveranstaltungen oder Kirchentage. Die dann angewandten Versorgungsstandards unterscheiden sich deutlich von den Standards bei einer „Spontanlage“ – insbesondere bei der Anzahl der Notärzte und des rettungsdienstlichen Personals.

Die Übernahme der Kosten für die Bereitstellung und den Einsatz der AB-MANV werden zwischen Innenministerium und den Standorten festgelegt.

10 STANDARDISIERUNG VON LEISTUNGEN

Ein Schadensereignis mit einer Vielzahl von Verletzten ist – bei entsprechendem Ausmaß – nicht mehr alleine mit den Ressourcen eines Landkreises zu beherrschen. Zur effektiven Abarbeitung von komplexen Schadenslagen ist eine Standardisierung von Leistungen erforderlich. Ziel ist, im Ereignisfall gezielt die fehlenden Leistungen landesweit anzufordern und Einsatzkräfte aus anderen Kreisen in die bereits an der Einsatzstelle bestehenden Strukturen einzubinden.

Um dies zu erreichen, sind in Baden-Württemberg die Katastrophenschutz-Einsatzeinheiten des Fachdienstes Sanität und Betreuung des Katastrophenschutzdienstes so strukturiert, dass diese zur Erstversorgung (Patientenablage) wie auch zur Behandlung (Behandlungsplatz) eingesetzt werden können.

Grundsätzlich soll bei einem Massenanfall von Verletzten die Versorgung und der Transport von Patienten der Sichtungskategorie I (SK I) durch Kräfte des Rettungsdienstes (Kräfte des Rettungsdienstes des eigenen Kreises, Kräfte des Rettungsdienstes aus Nachbarkreisen, dienstfreies Personal) erfolgen.

Die Einsatzeinheiten des Fachdienstes Sanität und Betreuung sollen vorrangig für die Versorgung und den Transport von Patienten der Sichtungskategorie II (SK II) und der Sichtungskategorie III (SK III) sowie bei der Betreuung von unverletzten Betroffenen, aufgrund ihrer längeren Vorlaufzeiten eingesetzt werden.

10.1 Gliederung der Einsatzeinheiten

Die Einsatzeinheiten (EE) des Katastrophenschutzes sind so ausgestattet, dass sie zur Erstversorgung (Patientenablage) wie auch zur Behandlung (Behandlungsplatz) eingesetzt werden können.

- Die EE umfasst eine Schnelleinsatzgruppe–Erstversorgung (SEG-E) und weitere Leistungsmodule.
- Zwei EE verfügen zusammen über die Ausstattung für den Betrieb eines Behandlungsplatzes 25.

Lediglich die Leistung und die Schnittstellen der einzelnen Module sind definiert. Die technische Umsetzung, insbesondere die Art der einzusetzenden Fahrzeuge und Geräte, ist als Standard in der Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes (VwV KatSD) definiert.

Zur vollumfänglichen Aufgabenwahrnehmung sind durch die Einsatzeinheiten die folgenden Aufgabenbereiche abzudecken. Einzelne Aufgabenbereiche können daneben ergänzend von der Feuerwehr oder dem THW wahrgenommen werden.

10.1.1 Aufgabenbereich Führung

Das Leistungsmodul Führung stellt die personelle und technische Unterstützung für den Zugführer der Einsatzeinheit bzw. den medizinischen und organisatorischen Leiter des BHP 25 zur Verfügung. Die Aufgaben dieses Leistungsmoduls können auch von der Feuerwehr oder dem THW ergänzend wahrgenommen werden.
Taktische Mindestvorgabe:

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

10.1.2 Aufgabenbereich Sanität

Die bisherigen Leistungsmodule Erstversorgung und Behandlung (künftig einheitlich: Sanität) führen die medizinische Ausstattung und Personal zur Erstversorgung (z.B. in einer Patientenablage) oder für die Patientenbehandlung innerhalb eines Behandlungsplatzes heran.

Das Leistungsmodul Sanität einer EE entspricht einer Schnelleinsatzgruppe-Erstversorgung (SEG-E).

Taktische Mindestvorgabe:

- Versorgung von mindestens zehn Patienten.
- Einrichtung von Strukturen zur Patientenbehandlung in der Patientenablage oder Heranführen von medizinischem Gerät für die Patientenbehandlung innerhalb eines Behandlungsplatzes.
- Registrierung und Dokumentation.
- Betrieb des Behandlungsplatzes mit den übrigen Leistungsmodulen.

10.1.3 Aufgabenbereich Transport

Das Leistungsmodul Transport stellt in Ergänzung zum Rettungsdienst Transportkapazitäten für Patienten der Kategorien II und I (soweit nicht ausreichend RTW zur Verfügung stehen) auch über größere Distanzen zur Verfügung.
Taktische Mindestvorgabe:

- Transport von mindestens vier Patienten der Kategorie II.
- Transport von Patienten mit situationsangemessenen Rettungsmitteln.

10.1.4 Aufgabenbereiche Betreuung (einschließlich Versorgung), Logistik und Technik (einschließlich Sicherheit)

Die mit diesen Aufgaben betrauten Leistungsmodule der EE gewährleisten die Versorgung Betroffener sowie der Einsatzkräfte, unterstützen die anderen Leistungsmodule technisch und übernehmen Materialtransporte. Die Feuerwehr und das THW können bei der Aufgabenerfüllung unterstützend tätig werden.
Taktische Mindestvorgabe:

- Versorgung und Betreuung von Personen mit lebensnotwendigen Versorgungsgütern.
- Verpflegung und vorübergehende Unterbringung.
- Sicherung der sozialen Belange.
- Technische Absicherung der anderen Leistungsmodule (z.B. Ausleuchtung).
- Verrichten handwerklich-technischer Tätigkeiten mit entsprechenden Werkzeugen und Hilfsmitteln (z.B. Unterstützung beim Aufbau von Zelten).
- Errichtung und Betrieb von technischem Gerät (z. B. Notstromversorgung, Beleuchtung, Zeltheizung).
- Logistische Unterstützung der anderen Leistungsmodule.
- Fachberatung der anderen Leistungsmodule.
- Registrierung und Dokumentation.

10.2 Personelle und materielle Ausstattung der Einsatzeinheiten

Die personelle und materielle Ausstattung der Einsatzeinheit ergibt sich aus der Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums über die Stärke und Gliederung des Katastrophenschutzdienstes (VwV KatSD).
Alternativ zu den Einsatzeinheiten können bei der örtlichen ManV-Planung auch andere Einheiten berücksichtigt werden, sofern sie über eine entsprechende Leistungsfähigkeit verfügen.

11 STANDARDISIERUNG VON TAKTISCHEN ABLÄUFEN

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

11.1 Einsatzabschnittsbildung

Zur Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten sind neben der direkten medizinischen Versorgung weitere Leistungen erforderlich wie z.B. der Patiententransport, die Verteilung der Patienten auf die entsprechenden Krankenhäuser.

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

11.1.1 Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“

11.1.1.1 Patientenablage

Die Patientenablage (PA) ist „eine Stelle an der Grenze des Gefahrenbereichs, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und soweit möglich erstversorgt werden. Dort werden sie dem Rettungsdienst[3] zum Transport an einen Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben“. Hier soll eine erste Sichtung/Priorisierung durchgeführt werden. Patientenablagen haben sich entweder vor dem Eintreffen der Einsatzkräfte an der Schadensstelle spontan gebildet oder werden durch die ersteintreffenden Führungskräfte festgelegt. Lageabhängig können auch mehrere Patientenablagen notwendig sein.

Die Patienten werden von der Patientenablage zum Transport an einen Behandlungsplatz oder an weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben. Soweit es Material und Personal in der Patientenablage erlauben, werden neben den lebensrettenden Sofortmaßnahmen bereits erste Therapiemaßnahmen eingeleitet, um die Transportfähigkeit herzustellen. Aus der Patientenablage wird so eine strukturierte Patientenablage.

[3] Abweichend zur Formulierung in der Norm ist der Transport auch mit Fahrzeugen des Katastrophenschutzes möglich.

11.1.1.2 Behandlungsplatz

Der Behandlungsplatz (BHP) „ist eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, an der Verletzte/Erkrankte nach Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden. Von dort erfolgt der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen“. Grundlegende Festlegungen zum BHP sind im „Konzept BHP25“ des DRK-Landesverbandes Baden-Württemberg getroffen. Diese Konzeption wird von allen Hilfsorganisationen als Standard definiert.
Soweit noch nicht in der Patientenablage geschehen, muss eine Registrierung/Dokumentation und Kennzeichnung der Betroffenen durchgeführt werden.

11.1.1.3 Transportorganisation

Bei einer großen Anzahl an Patienten muss die Transportorganisation in Abstimmung von Integrierter Leitstelle und Einsatzleitung wahrgenommen werden. Die Koordination erfolgt dann im Bereich „Transportorganisation“ als Element der Führungsstruktur.
Der Transport und die Disposition zu den Krankenhäusern bedürfen bei einer großen Anzahl von Patienten einer belastbaren Struktur. Der Bereich Transportorganisation (TrOrg) stellt den Transport, die Dokumentation und die Verteilung der Patienten auf weiterbehandelnde medizinische Einrichtungen sicher. Die gezielte Zuordnung der Patienten zu den Krankenhäusern wird von der Transportorganisation umgesetzt. Aufgaben der Transportorganisation:

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

11.1.2 Einsatzabschnitt „Betreuung“

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

11.1.3 Einsatzabschnitt „Bereitstellung“

Um einen zielgerichteten und optimalen Einsatz der Fahrzeuge und Geräte sicherzustellen, fahren alle nachrückenden Kräfte Sammel- oder Bereitstellungsräume an. Auf diese Weise wird ein „Zuparken“ der Schadensstelle verhindert.
Bei der Bereitstellung von Fahrzeugen und Geräten ist zwischen den einsatzbezogen festgelegten Bereitstellungsräumen und den vorgeplanten Sammelräumen zu unter-

scheiden. Lageabhängig können Bereitstellungsräume identisch mit Sammelräumen sein.
Die Übergabe der transportfähigen Patienten vom Behandlungsplatz oder direkt aus der Patientenablage geschieht am Rettungsmittelhalteplatz (RMHP) und gewährleistet die kontinuierliche Aufnahme der Patienten in den Rettungsmitteln sowie die ungehinderte Zu- und Abfahrt. Der RMHP soll in der Nähe des Ausgangs des BHP liegen. Lageabhängig kann die Übergabe der Patienten am Ausgang des Behandlungsplatzes erfolgen. In diesem Fall ist kein RMHP erforderlich.

11.2 Patientenfluss

Vom Schadensgebiet werden die Patienten an der Patientenablage übergeben. Wird kein Behandlungsplatz nachgeschaltet, erfolgt der Transport von hier aus.
Beim Betrieb eines Behandlungsplatzes werden die Patienten an den Behandlungsplatz übergeben, gesichtet, behandelt und anschließend transportiert oder bei besonderen Verletzungsmustern direkt von den Patientenablagen transportiert.
Entscheidend ist, dass die einzelnen Bereiche nicht nur nahe beieinander, sondern auch in räumlicher Nähe zum Schadensgebiet liegen – auf jeden Fall aber außerhalb des Gefahrenbereichs. Eine Verlängerung der Wegstrecke bedeutet ein massives Anwachsen des Trägerbedarfs.
Der räumliche Aufbau „Patientenablage“, „Behandlungsplatz“ und „Transportorganisation“ ist in Abbildung 4 schematisch dargestellt.

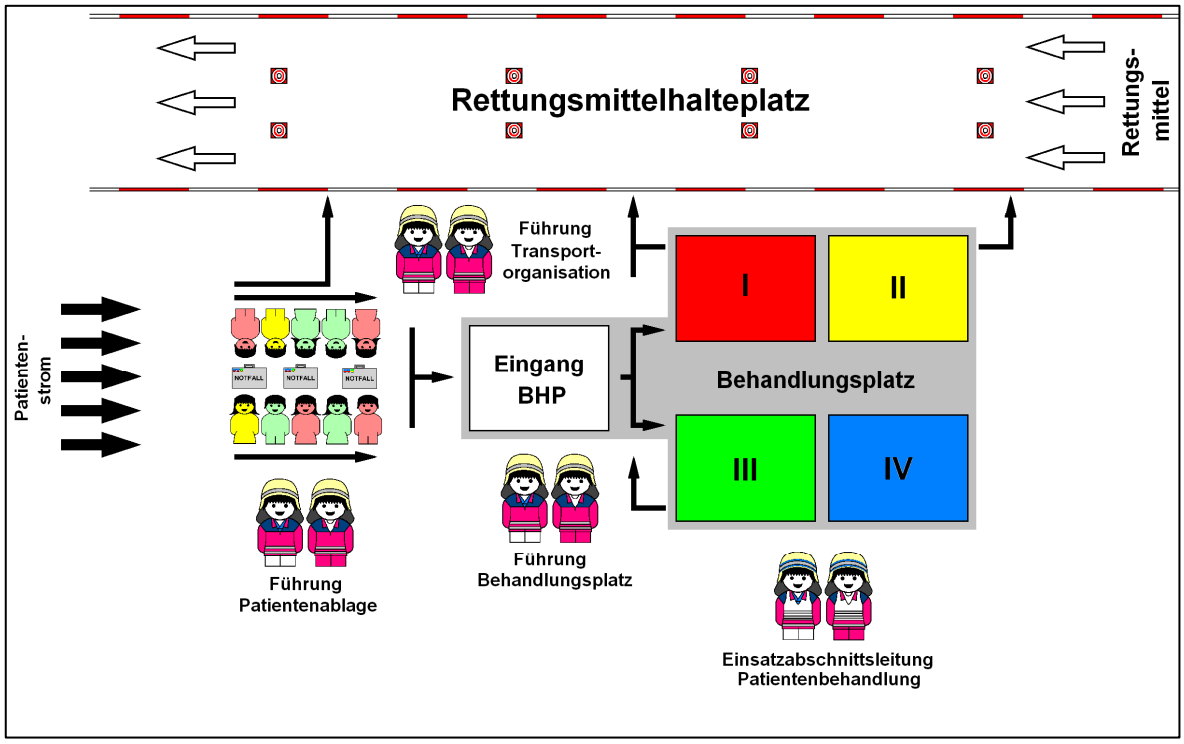


Abbildung 1: Aufbauprinzip Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“

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

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

11.3 Führungsorganisation

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

11.3.1 Einsatzleitung

Die Einsatzleitung für den Bereich „Patientenbehandlung“ obliegt nach § 10 Abs. 3 RDG dem Leitenden Notarzt (LNA). Dieser wird gemäß § 10a RDG durch den Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL) unterstützt.
Leistet die Feuerwehr dem Rettungsdienst an der Einsatzstelle Technische Hilfe gemäß § 11 RDG, so unterstehen die Kräfte der Feuerwehr dem Technischen Einsatzleiter nach § 27 Feuerwehrgesetz Baden-Württemberg (FwG) und nicht der Einsatzleitung „Patientenbehandlung“ (LNA mit OrgL).
Für die erforderlichen Absprachen an der Einsatzstelle ist der Technische Einsatzleiter der Feuerwehr verantwortlich. Er hat nach § 27 Abs. 3 FwG eine Führungseinheit zu bilden, der Vertreter der eingesetzten Organisationen als Berater angehören.

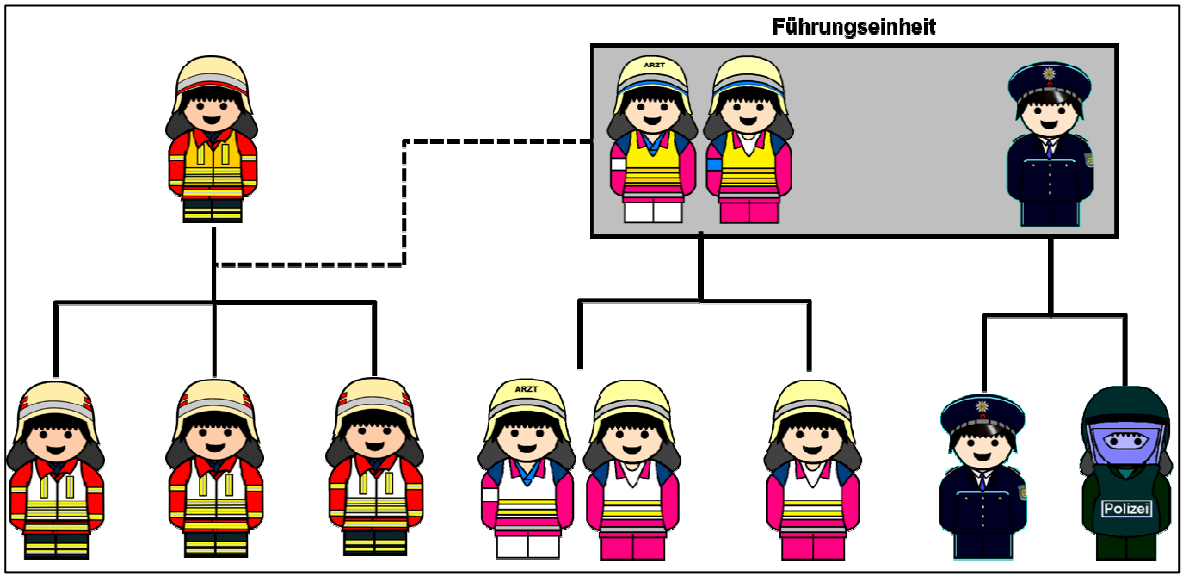


Abbildung 2: Drei unabhängige Einsatzleitungen mit gesetzlich unterschiedlichen Aufgaben – Der Technische Einsatzleiter der Feuerwehr hat eine Führungseinheit zu bilden, der Vertreter der eingesetzten Organisationen als Berater angehören.

Kräfte des Katastrophenschutzes unterstehen der Einsatzleitung „Patientenbehandlung“ (LNA mit OrgL), sofern diese vom Rettungsdienst zur Unterstützung bei dessen gesetzlichen Auftrag nach § 1 RDG herangezogen werden. Die Kräfte des Katastrophenschutzes werden hierbei nicht nach Katastrophenschutzgesetz tätig; sie werden organisationsintern eingesetzt.

Kräfte des Katastrophenschutzes unterstehen dem Technischen Einsatzleiter der Feuerwehr nach § 27 FwG, sofern diese von der Feuerwehr zur Unterstützung bei deren gesetzlichem Auftrag nach § 2 FwG gemäß § 30 Abs. 2 FwG herangezogen werden. Die Kräfte des Katastrophenschutzes werden hierbei nicht nach Katastrophenschutzgesetz tätig. Kräfte des Katastrophenschutzes unterstehen der Polizeibehörde, sofern diese zur Unterstützung bei ihrer Aufgabe nach § 1 und § 2 des Polizeigesetzes Baden-Württemberg (PolG) Kräfte des Katastrophenschutzes gemäß § 9 PolG als Unbeteiligte heranzieht.

Wird im Zusammenhang mit einem Massenanfall von Verletzten von einer Katastrophenschutzbehörde Katastrophenalarm nach § 18 LKatSG bzw. Katastrophenvoralarm nach § 22 LKatSG festgestellt, so unterstehen dem technischen Leiter des Einsatzes nach LKatSG alle dort eingesetzten Einsatzkräfte mit ihrem Führungspersonal für die Dauer des Einsatzes (§ 20 Abs. 1 LKatSG). Der technische Leiter des Einsatzes nach LKatSG wird von der Katastrophenschutzbehörde gemäß § 19 LKatSG bestellt.

Wird im Zusammenhang mit einem Massenanfall von Verletzten kein Arzt mit der Qualifikation „Leitender Notarzt“ als technischer Leiter des Einsatzes nach LKatSG von der Katastrophenschutzbehörde bestellt, so ist in der Führungsorganisation sicherzustellen, dass ein Arzt mit der Qualifikation „Leitender Notarzt“ die ärztliche Versorgung aller Patienten koordiniert. Dies kann erfolgen, in dem ein Arzt mit der Qualifikation „Leitender Notarzt“ mit der Leitung des Einsatzabschnittes „Patientenbehandlung“ beauftragt wird oder er in der Führungseinheit des technischen Leiters des Einsatzes nach LKatSG (in der Regel ein Führungsstab) mit der entsprechenden Aufgabe betraut wird. Gibt es an der Einsatzstelle mehrere Einsatzabschnitte „Patientenbehandlung“, so muss der Leitende Notarzt zwangsläufig in der Führungseinheit des technischen Leiters die Maßnahmen der einzelnen Abschnitte koordinieren.

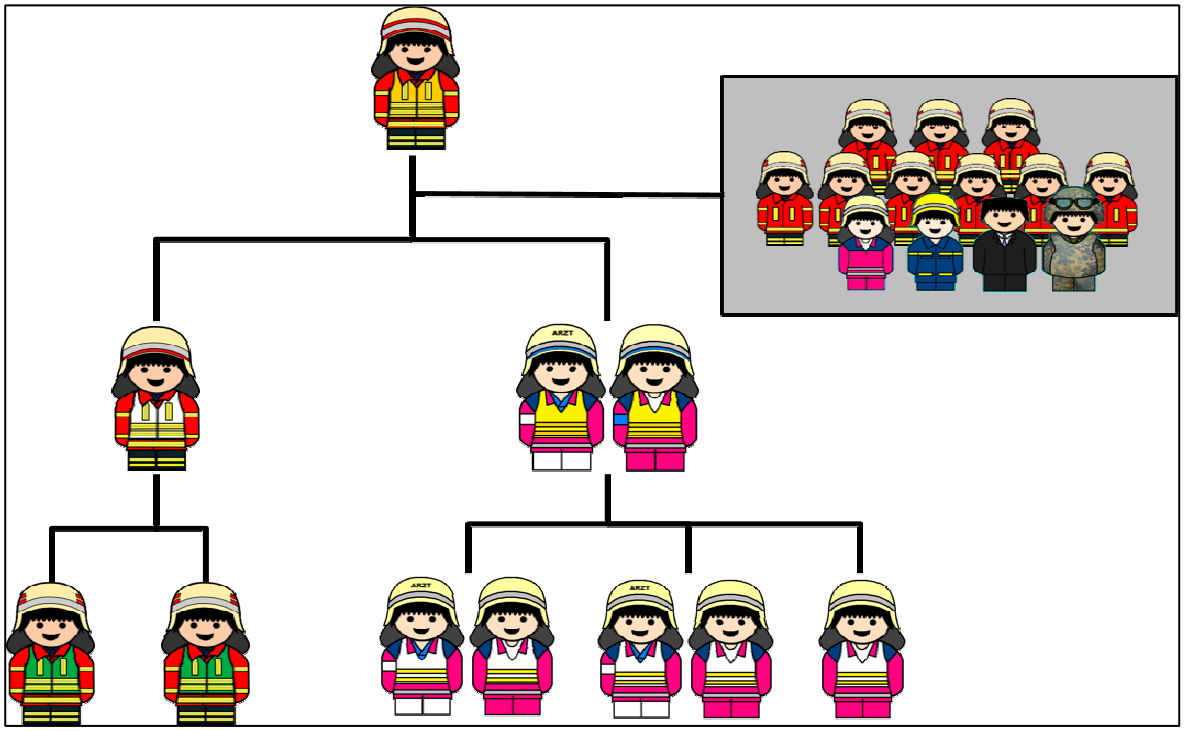


Abbildung 3: Bei mehreren Einsatzabschnitten „Patientenbehandlung“ müssen diese auch bei einem Einsatz nach LKatSG durch den LNA koordiniert werden. Die kann auch aus der Führungseinheit (i. d. R. Führungsstab) heraus erfolgen

Wird ein Arzt mit der Qualifikation „Leitender Notarzt“ mit der Leitung des Einsatzabschnittes „Patientenbehandlung“ beauftragt und in der Führungseinheit des technischen Leiters des Einsatzes nach LKatSG kein weiterer Arzt mit der Qualifikation „Leitender Notarzt“ eingesetzt, so führt der Leiter des Einsatzabschnittes „Patientenbehandlung“ die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ und sein organisatorischer Leiter trägt die Bezeichnung „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“. In der Führungseinheit des technischen Leiters des Einsatzes nach LKatSG soll in diesem Fall zumindest ein Fachberater „Sanität/Rettungsdienst“ vorhanden sein.

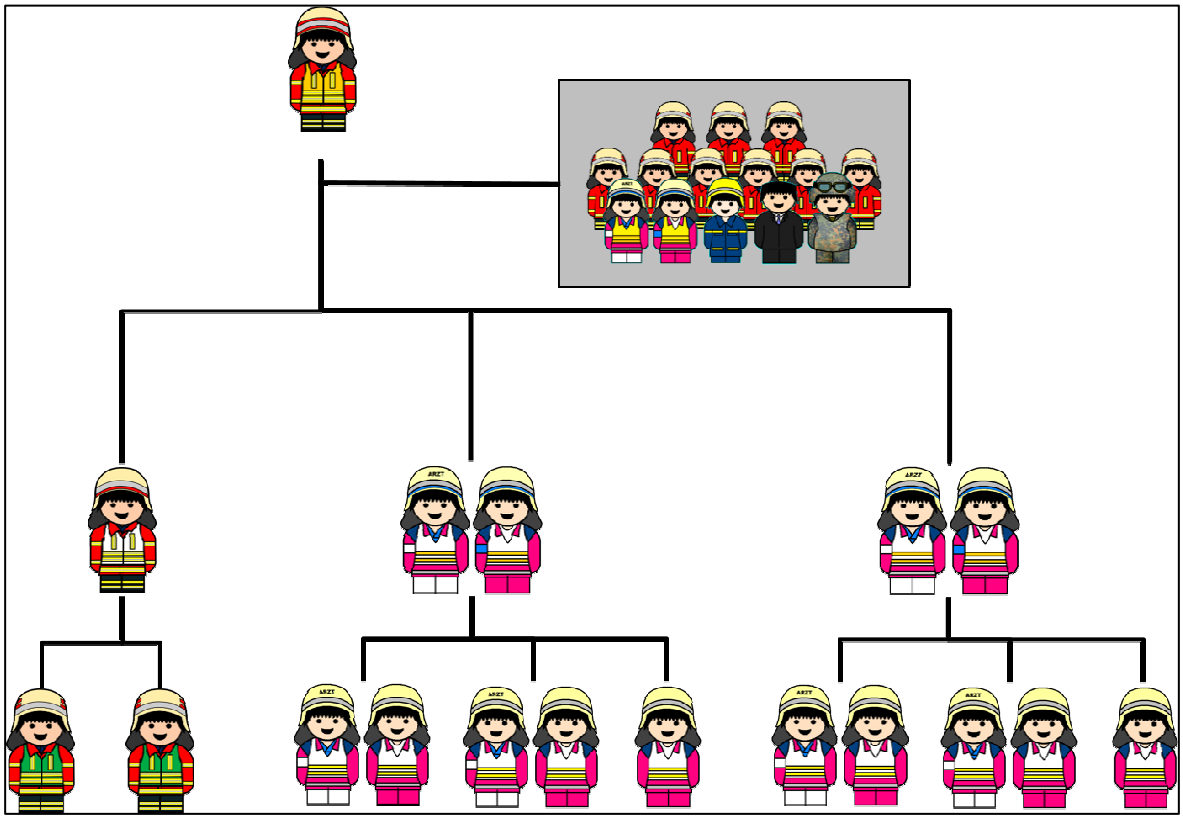


Abbildung 4: Einsatz nach LKatSG; der LNA übernimmt mit dem OrgL die Leitung des EA „Patientenbehandlung“

Kräfte des THW können außerhalb eines Katastrophenalarms bzw. Katastrophenvoralarms nur im Zuge einer „privatrechtlichen“ Vereinbarung bzw. im Zuge der Amtshilfe eingesetzt werden. Sie sind dann der anfordernden Stelle unterstellt. Diese trägt auch die Kosten für den Einsatz des THW.

11.3.2 Führungsorganisation im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ und Aufwachsen an der Einsatzstelle

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

Der Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ wird sich in aller Regel beginnend mit dem Bereich „Patientenablage“ aufbauen. Hier werden schwerpunktmäßig die Kräfte des Regelrettungsdienstes eingesetzt. Die ersteintreffenden Führungskräfte des Rettungsdiensts sollen deshalb die medizinische Koordination der Patientenablage sowie die organisatorische Unterstützung übernehmen. Sie werden im weiteren Verlauf die Einsatzabschnittsleitung „Patientenablage“ übernehmen.

Für einen organisierten Abtransport größerer Patientenzahlen in Einrichtungen zur weiteren Versorgung ist ein Einsatzabschnitt „Transportorganisation“ erforderlich.

Spätestens jetzt ist in der Führungsstruktur über den beiden Einsatzabschnitten „Patientenablage“ und „Transportorganisation“ eine Einsatzleitung Patientenbehandlung erforderlich. Der medizinische Einsatzleiter trägt nun die Bezeichnung „Leitender Notarzt“, sein organisatorischer Leiter trägt nun die Bezeichnung „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“.

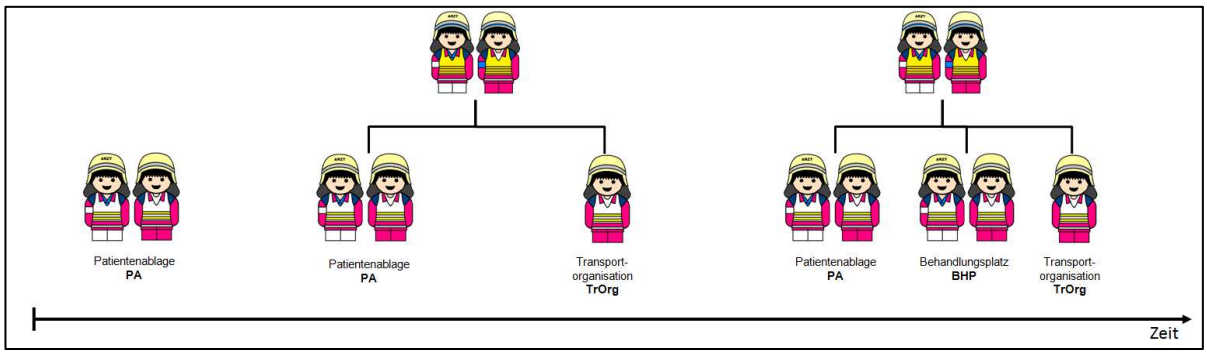


Abbildung 5: Aufwachsen der Führungsstruktur „Patientenbehandlung“

Besteht der Einsatz „Patientenbehandlung“ bei einer kleineren Schadenslage aus einem Einsatzabschnitt „Patientenablage“, so entfällt die übergeordnete Einsatzleitung. Der medizinische Leiter der Patientenablage trägt nun die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ und sein organisatorischer Leiter trägt die Bezeichnung „Organisatorischer Leiter Rettungsdienst“.

Folgendes ist zu beachten:

- Die Ärzte der Einsatzeinheiten (Modul Führung) kommen in den Bereichen „Behandlungsplatz“ und „Patientenablage“ - unbeschadet der Führungsaufgabe des LNA - als Arzt innerhalb der Einsatzeinheit zum Einsatz.
- Der medizinische Leiter des Einsatzabschnitts „Patientenbehandlung“ soll über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ verfügen. Die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ darf aber innerhalb der Führungsorganisation nur einmal auftauchen.
- In die Einsatzabschnittsleitung „Patientenbehandlung“ ist eine Führungskraft, die über detaillierte Kenntnisse der ehrenamtlichen Strukturen und der sanitätsdienstlichen Abläufe verfügt, als Berater einzugliedern.