

Vorwort

zum Bericht der Arbeitsgruppe „Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten – MANV“

Die Bewältigung von Notfällen größeren Umfangs gehört nicht zur alltäglichen Tätigkeit des Rettungsdienstes. Gleichwohl ist die Gefahr von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten (Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten – MANV) systemimmanent und macht es erforderlich, in enger Zusammenarbeit mit der Leitstelle und dem Katastrophenschutz rechtzeitig und ausreichend Vorsorge zu treffen. Dies haben vor allem schwere Unfälle, die Flutkatastrophe in Südostasien an Weihnachten 2004 sowie die Terroranschläge in Madrid und London gezeigt. Auch die fehlgeschlagenen Anschläge mit Kofferbomben im Jahr 2006 haben die Notwendigkeit aufgezeigt, sich auf einen MANV vorzubereiten.

Bei solchen außergewöhnlichen Schadensereignissen wird der Regel-Rettungsdienst an seine Grenzen stoßen. Daher ist eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst und Katastrophenschutz erforderlich. Mit dem vorliegenden Bericht der Arbeitsgruppe „Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten – MANV“ des Ausschusses „Rettungswesen“ soll den Verantwortlichen des Rettungsdienstes aus rettungs-, sanitäts- und betreuungsdienstlicher Sicht eine Handlungs- und Organisationsempfehlung an die Hand gegeben werden mit dem Ziel, für die verletzten oder erkrankten Menschen auch unter extremen Bedingungen möglichst schnell eine individualmedizinische Behandlung zu ermöglichen. Dabei gilt es, möglichst viele Patienten möglichst gut und möglichst schnell präklinisch zu versorgen und in geeignete Krankenhäuser und andere Einrichtungen zu transportieren.

Hierbei fallen insbesondere den Leitenden Notärzten (LNA) und Organisatorischen Leitern (OrgL) wichtige Führungsfunktionen zu. Rettungsdienst und Katastrophenschutz (vor allem Sanitäts- und Betreuungsdienst) müssen bei solchen außergewöhnlichen Ereignissen Hand in Hand arbeiten.

Die Arbeitsgruppe hat unter Einbeziehung aktueller Erkenntnisse und auf der Basis bestehender Regelungen ein Empfehlungspapier zu rettungsdienstlichen Eckpunkten erarbeitet, bei denen zur weiteren Verbesserung der Gefahrenabwehr – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der terroristischen Bedrohung – Handlungsbedarf gesehen wird. Das Vertrauen in die Qualität und Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes und nicht zuletzt sein Ansehen werden entscheidend auch an der erfolgreichen Bewältigung eines größeren Notfalles gemessen. Nur in einem Verbundsystem von Rettungsdienst und Katastrophenschutz, in das auch die vom Bund im Rahmen des Bevölkerungsschutzes vorgehaltenen Module einbezogen werden, kann den Herausforderungen begegnet werden, denen sich die nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr als wesentliche Stütze der inneren Sicherheit in unserem Land stellen muss. An dieser Stelle sei den Arbeitsgruppen-Mitgliedern Frau Dr. Christa Krieg, Frau Gerdiane

Meyer und Frau Elke Slawski-Haun sowie den Herren Claus Brucker, Armin Fibranz, Ulrich Granitzka, Dr. Martin Hochstatter, Thomas Linnertz, Dr. Uwe Lühmann, Dr. Thomas Luiz, Hanno Peter, Wilhelm Schier und Dr. Jörg Schmidt für die kollegiale Zusammenarbeit gedankt.

Im folgenden Text werden wegen der besseren Lesbarkeit nur die männlichen Funktionsbezeichnungen gewählt, dies gilt selbstverständlich auch für weibliche Funktionsträger.

Mainz, im November 2007

Gerd Gräff

Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Massenanfall von Verletzten und Erkrankten – MANV“
des Ausschusses „Rettungswesen“

**Bericht der Arbeitsgruppe
„Massenanfall von Verletzten und Erkrankten – MANV“
des Ausschusses „Rettungswesen“
im November 2007**

<u>Inhaltsübersicht</u>		Seite
1	Arbeitsrahmen	5
1.1	Vorbemerkung	5
1.2	Arbeitsauftrag	5
1.3	Arbeitsorganisation	5
2	Führung und Leitung	7
2.1	Leitstellen	7
2.1.1	Ausgangslage	7
2.1.2	Allgemeine Voraussetzungen	8
2.1.3	Planungen für die Ablauforganisation	8
2.2	Leitender Notarzt (LNA) und Organisatorischer Leiter (OrgL)	9
2.2.1	Vorbemerkung	9
2.2.2	Einsatzprinzipien	9
2.2.3	Eintreffzeit	10
2.2.4	Unterstützung	10
2.2.5	Haftung und Versicherungsschutz	10
2.2.6	Finanzierung	10
2.2.7	Qualitätsmanagement	10
2.3	Leitender Notarzt (LNA)	11
2.3.1	Aufgaben	11
2.3.1.1	Sichtung	11
2.3.1.1.1	„Vorsichtung“ durch Rettungsassistenten	12
2.3.1.2	Sichtungskategorien	13
2.3.1.3	Dokumentation	14
2.3.2	Bestellung	15
2.3.3	Einsatzindikationen	15
2.3.4	Aus- und Fortbildung	15
2.3.5	Organisation	15
2.3.6	Ausstattung	16
2.4	Organisatorischer Leiter (OrgL)	16
2.4.1	Aufgaben	16
2.4.2	Bestellung	17
2.4.3	Einsatzindikationen	17
2.4.4	Qualifikation	17
2.4.5	Organisation	17
2.4.6	Ausstattung	17

3	Einsatztaktik	17
4	Kräfte und Mittel	18
4.1	Soforteinheiten des Rettungsdienstes	18
4.2	Schnell-Einsatz-Gruppe (SEG)	19
4.2.1	Struktur	19
4.2.2	Einsatzauftrag und Aufgaben	19
4.2.3	Alarmierung	20
4.2.4	Ausrüstung, Ausstattung	20
4.2.5	Qualifikation, Aus- und Fortbildung	20
4.3	Weitere Einheiten	20
4.3.1	Einheiten des Sanitätsdienstes	20
5	Luftrettung	21
5.1	Zentrale Koordinierung durch SAR-Leitstellen	21
5.2	Vor-Ort-Koordinierung	23
5.3	Kommunikation in der Luftrettung	23
5.4	Landestellen	23
6	Organisation des Rettungsdienstes bei außergewöhnlichen Lagen	24
7	Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und Diensten	24
8	Kommunikation	25
9	Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten	26
10	Krankenhäuser	26
11	Länderübergreifende Patientenverlegung	27

1 Arbeitsrahmen

1.1 Vorbemerkung

Der Ausschuss „Rettungswesen“ hat sich in seiner 75. Sitzung am 14./15. September 2004 in Potsdam mit den Erfordernissen der Führungs- und Organisationsstruktur des Rettungsdienstes bei Großschadensereignissen nach DIN 13050 befasst. Zu berücksichtigen war, dass in den meisten der hierfür einschlägigen Rettungsdienst-, Brandschutz- und Katastrophenschutzgesetzen der Länder die Stellung und Mitwirkung des Rettungsdienstes bei extremen Lagen nur unzulänglich oder gar nicht geregelt wird. Es wird für erforderlich gehalten, dass die Organisation des Rettungsdienstes und dessen Zusammenarbeit mit anderen Stellen (z.B. Katastrophenschutz, Krankenhäuser) bei einem derartigen Massenansturm geregelt wird.

Im Hinblick auf eine wünschenswerte weitere Optimierung der organisatorischen Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes in den Ländern bei Notfällen größeren Ausmaßes mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten beschloss der Ausschuss nicht zuletzt im Hinblick auf die gewachsene terroristische Bedrohung die Wiedereinsetzung der Arbeitsgruppe „Massenanfall von Verletzten und Erkrankten – MANV“.

1.2 Arbeitsauftrag

Die Arbeitsgruppe erhielt den Auftrag, den im Januar 2001 vorgelegten Bericht entsprechend den neuen Anforderungen und neuen Strategien zum Schutz der Bevölkerung zu aktualisieren und zu konkretisieren, wobei soweit wie möglich auch die neue Strategie des Bundes und der Länder zum Bevölkerungsschutz zu berücksichtigen ist.

1.3 Arbeitsorganisation

Die Arbeitsgruppe MANV nahm im Dezember 2004 die Arbeit auf.

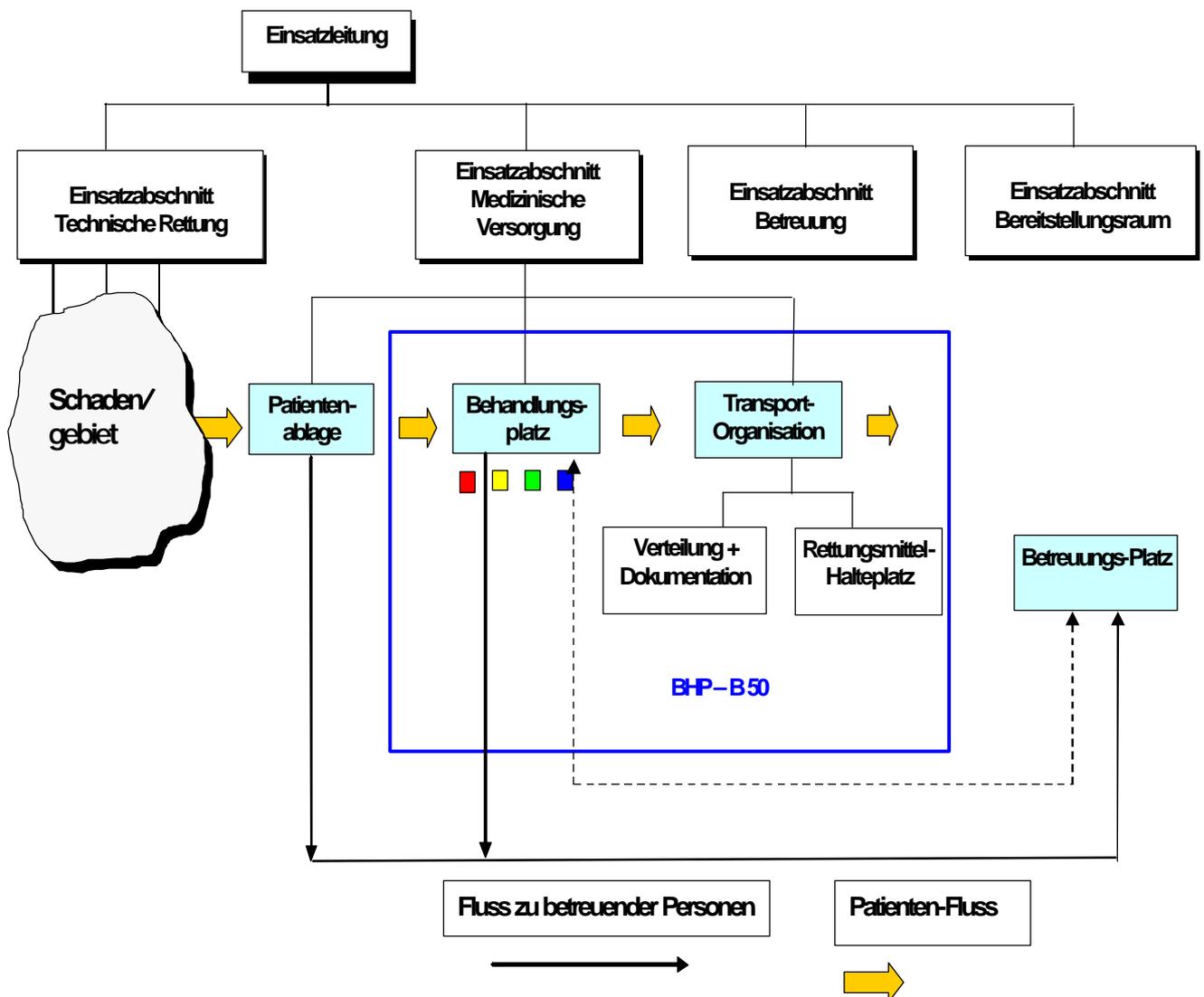
Bei der Umsetzung des Arbeitsauftrages war Folgendes zu berücksichtigen:

- Der Rettungsdienst ist bei der Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen ein unverzichtbarer Bestandteil des gesamten Hilfeleistungssystems.
- Der Massenanfall von Verletzten und Erkrankten – MANV – bezeichnet eine Situation, bei der mit einer großen Zahl von Notfallpatienten zu rechnen ist (z.B. bei Eisenbahnunglücken, Bombenattentaten, Lebensmittelvergiftungen oder Flugzeugabstürzen). Dabei stößt der Regel-Rettungsdienst einer Region sehr schnell an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit. Dies gilt insbesondere bei Großschadenslagen und Katastrophen.

Bei einem Massenanfall von Verletzten sollen die verschiedenen Rettungskräfte nach einem einheitlichen Schema in den Einsatz eingebunden werden, um eine angepasste Führungsorganisation sowie ein ausreichendes notfallmedizinisches Hilfeleistungspotenzial an der Einsatzstelle aufzubauen. Hierzu werden in der Nähe der Einsatzstelle Patientenablagen, Anlaufstellen für Unverletzte,

Behandlungsplätze für Verletzte/Erkrankte, eine Transportorganisation, Bereitstellungsräume für Rettungsmittel usw. errichtet. Diese wichtigen organisatorischen Maßnahmen müssen bereits von den ersteintreffenden Rettungskräften begonnen werden. Typischerweise führt das zum Interessenskonflikt mit der individualmedizinischen Behandlung von Patienten. Deshalb wird so schnell wie möglich eine erweiterte Führungsorganisation geschaffen, in der Einsatzabschnittsleiter (EAL), also Leitender Notarzt (LNA) und Organisatorischer Leiter (OrgL), die Aufgaben der Koordination übernehmen. Zusätzlich werden Verstärkungskräfte herangeführt.

- Bei kerntechnischen Unfällen und Schadensfällen, bei denen eine große Anzahl von Menschen radioaktiven, chemischen und biologischen Agenzien ausgesetzt sind, müssen zusätzliche besondere Maßnahmen getroffen werden. Diese sind nicht Gegenstand des vorliegenden Arbeitsberichtes. Das Gleiche gilt für Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (z.B. Pandemien).



Bildunterschrift: Grundsätzlicher Aufbau der Führungsorganisation bei einem MANV.

Berücksichtigung von Handlungsempfehlungen im Falle terroristischer Anschläge

Im Hinblick auf die zunehmende Gefährdung durch terroristische Anschläge müssen auch die Einsatztaktiken des Rettungsdienstes und des Katastrophenschutzes an solche Lagen angepasst werden. Für den Fall eines terroristischen Anschlags ist im Hinblick auf die Erfahrungen mit Anschlägen im Irak und weltweit, die dort zum Teil als Doppelanschläge (zeitlich versetzte Anschläge am gleichen Ort) erfolgt sind, folgendes zu beachten:

- Wenn möglich bereits Information der Einsatzkräfte auf der Anfahrt über die vermutete Schadensursache „Terroranschlag“
- Hinweis auf mögliche Folgeanschläge, deshalb
- keine Konzentration von Rettungsfahrzeugen und –kräften im Umfeld des Anschlagorts
- Vollständige Schutzbekleidung (mit Helm) tragen
- Schnellstmögliche Rettung von Verletzten aus dem Gefahrenbereich
- Patientenablagen nicht im Gefahrenbereich des Anschlagorts aufbauen
- Vom Anschlagort abgesetzte Erstversorgung hinter ausreichender Deckung durchführen
- Zentrale Bereitstellungsräume für Rettungskräfte und Feuerwehren nicht in der Nähe des Anschlagorts einrichten
- Auf das Notwendige beschränkter Kräfteinsatz am Anschlagort
- Schnellstmögliche Entfernung „Unbeteiligter“ aus dem Schadensgebiet
- Enge Abstimmung aller Maßnahmen mit der Polizei und der Feuerwehr auch in Bezug auf ABC-Gefahrenlagen.

2 Führung und Leitung

2.1 Leitstellen

2.1.1 Ausgangslage

Die Rettungsleitstelle bzw. Integrierte Leitstelle, künftig als „Leitstelle“ bezeichnet, ist Einsatzkoordinationszentrale für alle rettungsdienstlichen Hilfeersuchen im regionalen Zuständigkeitsbereich. Wenn bereits im regulären Tagesgeschäft personelle Qualität und Quantität, technische Ausstattung und der Grad der Vorbereitung über den Einsatzerfolg entscheiden, so beeinflussen diese Faktoren insbesondere den Erfolg bei einem Großschadensereignis. Die Rettungsdienstgesetze der Länder als

Rechtsgrundlage der Leitstellen sollten die besonderen Erfordernisse bei extremen Lagen berücksichtigen.

2.1.2 Allgemeine Voraussetzungen

Träger der Leitstelle sollte ein hoheitlicher Träger sein, während die Durchführung ausnahmsweise im Rahmen der Beauftragung verschiedenen Betreibern überlassen werden kann. Die Leitstellen müssen unter der Rufnummer 112 erreichbar sein. Andere evtl. vorhandene Rufnummern (z.B. 19222) sollten davon unberührt weiter bestehen bleiben. Die sofortige Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit ist zu gewährleisten. Es ist insbesondere eine für Großschadensereignisse gültige Abfrage-, Alarm- und Ausrückeordnung (Alarmierungsplanung) vorzuhalten.

Die Leitstellentechnik ist EDV-unterstützt und mit maximaler Kommunikations- und Ausfallsicherheit auf aktuellem Stand ausgestattet vorzuhalten. Der Sabotageschutz ist zu gewährleisten. Standleitungen bzw. geeignete Kommunikationswege zu Polizei und Krankenhäusern sind sicherzustellen. Einsatzzentralen der Leistungserbringer außerhalb des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes sollen insbesondere bei Großschadensereignissen eng mit der Leitstelle zusammenarbeiten.

2.1.3 Planungen für die Ablauforganisation

Die Leitstelle benötigt zur Abarbeitung eines MANV eine dezidierte Vorplanung unter Berücksichtigung der nachstehenden Notwendigkeiten.

Erste Aufgabe einer Leitstelle ist die Alarmierung der Einsatzkräfte und ihre Heranführung zur Einsatzstelle und bei Großschadensereignissen bei Bedarf auch zu Bereitstellungsräumen. Bei Einsatzbereitschaft der Einsatzleitungen nach der bundeseinheitlichen Führungsdienstvorschrift 100 (DV 100) geht die Verantwortung von der Leitstelle auf die Einsatzleitungen (auch: Örtliche Einsatzleitungen bzw. Einsatzabschnittsleitungen des Rettungs- und Sanitätsdienstes mit LNA und OrgL) über, soweit dies zur ordnungsgemäßen Lenkung des Einsatzes erforderlich ist.

Die Planungen sollten vorsehen, dass die Leitstelle auch beim MANV die Aufgaben des regulären Rettungsdienstes weiter wahrnehmen kann. Hierzu ist eine Planung für eine umgehende Leistungsverstärkung zwingend erforderlich. Die entsprechenden personellen, technischen und räumlichen Voraussetzungen sind zu schaffen. Daneben können die Planungen auch vorsehen, dass während der ersten Phase eines Großeinsatzes die Aufgaben des regulären Rettungsdienstes an eine andere Leitstelle abgegeben werden. Hierzu ist allerdings eine Vernetzung der Leitstellen notwendig. Bei Bedarf gehen die Befugnisse wieder auf die zuständige Leitstelle zurück.

Beim MANV sind unverzüglich auch Nachbarleitstellen zu alarmieren. Diese können in Absprache mit der örtlich zuständigen Leitstelle insbesondere die überörtliche Alarmierung sowie die Heranführung von Einsatzkräften in zentrale Bereitstellungsräume übernehmen. Danach übernehmen wiederum die Einsatzleitungen/Einsatzabschnittsleitungen die Führung der Einheiten.

Die Leitstelle hat auch unterstützende Funktion für die medizinische Einsatzleitung vor Ort, indem sie auf Grund ihrer verfügbaren Dokumentation (Behandlungsnach-

weise, Krankenhäuser etc.) die Transportunterstützung für den LNA/OrgL übernehmen kann (z.B. unter Nutzung einer online verfügbaren zentralen Datenbank, die die aktuelle Belegungssituation der beteiligten Krankenhäuser für die Leitstelle – einschließlich erweiterter Behandlungskapazitäten für Großschadensereignisse – zur Verfügung stellt und die Disposition erheblich erleichtert; dies ist beispielsweise in Rheinland-Pfalz und im Saarland bereits verwirklicht – siehe hierzu <http://www.leitstellen-info.de>, ebenso Traumanetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, <http://www.dgu-online.de>.

Ab einer bestimmten Anzahl von Patienten/Erkrankten ist eine Individualabfrage von Behandlungskapazitäten nicht mehr möglich, es muss auf vorbereitete Verteilungsmuster zurückgegriffen werden.

Ergänzend hierzu ist anzustreben, dass die Krankenhäuser überregional auf bestimmte Alarmierungsstichworte hin vorsorglich ihre Behandlungs- und Aufnahmekapazitäten gestuft erweitern und hierfür abgestimmte Alarm- und Einsatzpläne erstellen und fortschreiben. Die Planung muss in regelmäßigen Übungen erprobt werden.

Im Falle der Einschaltung der SAR-Leitstellen Münster oder Glücksburg bietet es sich an, diese für die Koordination militärischer und ziviler Luftrettungsmittel zu nutzen. Die Koordination des Einsatzes ziviler Hubschrauber der öffentlichen Luftrettung bei Großschadenlagen und Katastrophen kann dieser Leitstelle übertragen werden (siehe Nr. 5).

2.2 Leitender Notarzt (LNA) und Organisatorischer Leiter (OrgL)

2.2.1 Vorbemerkung

LNA und OrgL bilden bei einem größeren Notfall eine dem Schadensereignis angepasste Einsatzabschnittsleitung nach DV 100 für den Rettungs- und Sanitätsdienst. Bei Bedarf kann auch der Betreuungsdienst einbezogen werden.

Der LNA übernimmt medizinische Führungs- und Koordinationsaufgaben, dem OrgL obliegen organisations-technische Führungs- und Koordinierungsaufgaben. LNA und OrgL sind auf eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit angewiesen; sie unterstützen und informieren sich gegenseitig.

2.2.2 Einsatzprinzipien

LNA und OrgL werden zwingend gemeinsam eingesetzt. Der ersteintreffende Notarzt übernimmt zunächst medizinische Führungs- und Koordinierungsaufgaben bis zum Eintreffen des LNA. Entsprechende Maßnahmen, die einen strukturellen LNA-/OrgL-Einsatz ermöglichen, sind zu treffen (Aus- und Fortbildung, Checkliste etc.). Der ersteintreffende Rettungsassistent übernimmt zunächst organisations-technische Führungs- und Koordinierungsaufgaben bis zum Eintreffen des OrgL.

Es gibt nur **einen** LNA und **einen** OrgL. Ab einer bestimmten Größenordnung des Schadensereignisses sind Notärzte und Rettungsassistenten mit LNA- bzw. OrgL-Qualifikation als Unterabschnittsleiter (z.B. Medizinischer Leiter Behandlungsplatz,

Organisatorischer Leiter Behandlungsplatz) einzusetzen. Diese eingesetzten Kräfte sind entsprechend ihrer Funktionen eindeutig zu kennzeichnen.

2.2.3 Eintreffzeit

Hilfsfristen für den LNA- und OrgL-Einsatz bestehen in der Regel nicht. Dennoch sollte möglichst die Eintreffzeit für LNA und OrgL 30 Minuten nicht überschreiten. Die sofortige Abkömmlichkeit und Funktionsaufnahme erfordert für beide Funktionsträger eine ständige Einsatzbereitschaft mit der entsprechenden arbeitsrechtlichen und dienstplanmäßigen Organisation sowie Kommunikationstechnik (bei Zufallsbereitschaft ist eine entsprechende Mehrfachbesetzung der jeweiligen Funktionen erforderlich).

2.2.4 Unterstützung

Zur Unterstützung benötigen beide Funktionen Führungsassistenten und Führungspersonal für Personalplanung, Lagefeststellung, Einsatz, Versorgung sowie Kommunikation.

2.2.5 Haftung und Versicherungsschutz

LNA und OrgL werden vom Aufgabenträger bestellt und werden hoheitlich tätig. Für sie hat die Behörde, für die sie tätig werden, ausreichende Versicherungsschutzbedingungen zu gewährleisten (Amtshaftpflicht- und Unfallversicherung).

2.2.6 Finanzierung

Soweit nicht anders geregelt, gehören LNA- und OrgL-Systeme zu den Kosten des Rettungsdienstes. Dies betrifft auch Aufbau, Aus- und Fortbildung, Ausrüstung, Ausstattung, Unterhalt und Einsatz von LNA oder LNA-Gruppen sowie von OrgL und OrgL-Gruppen.

Soweit LNA- und OrgL-Systeme nach landesrechtlichen Regelungen im Bereich des Katastrophenschutzes angesiedelt sind, haben die hierfür zuständigen Behörden die entsprechenden Vorkehrungen zu treffen und die Kosten zu tragen.

2.2.7 Qualitätsmanagement

Wegen der geringen Zahl der Ereignisse ist eine Routine für die Beteiligten ausschließlich durch Einsätze im Ernstfall nicht zu erreichen. Deswegen müssen Möglichkeiten gesucht werden, die zu einem befriedigenden Trainingszustand führen bzw. ihn erhalten und den Sach- und Finanzmitteleinsatz begrenzen. Dies kann insbesondere dadurch erreicht werden, dass neben einer gründlichen Organisation von regelmäßigen Trainingsmaßnahmen – darunter in der Regel mindestens einmal jährlich eine Planübung und eine größere Stabsrahmen- oder Vollübung – auch Computersimulationen und E-learning-Programme entwickelt und genutzt werden; anzustreben sind möglichst bundeseinheitliche Lösungen.

Ein Qualitätsmanagement ist insbesondere für den Bereich der Struktur- und Prozessqualität notwendig. Anzustreben ist, dass nach jedem Großschadensfall die zuständigen Behörden ein unabhängiges interdisziplinäres Gremium beauftragen, wel-

ches die Maßnahmen, Abläufe und Ereignisse überprüft und bewertet; hierbei ist auch der Ärztliche Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) zu beteiligen.

2.3 Leitender Notarzt (LNA)

2.3.1 Aufgaben

Im Rahmen seiner Leitungsaufgaben hat der LNA insbesondere folgende Aufgabenschwerpunkte wahrzunehmen:

- Erkundung, Beurteilung und Rückmeldung der Lage aus medizinischer Sicht
- Festlegung der Art des medizinischen Einsatzes, des medizinischen Einsatzschwerpunktes und der Prioritäten
- Durchführung und ggf. Delegation der Sichtung und Organisation lebensrettender Sofortmaßnahmen mit der Zielvorstellung einer möglichst baldigen individualmedizinischen Behandlung, Einrichtung von Patientenablagen und Behandlungsplätzen
- Veranlassung des Transportes in geeignete Krankenhäuser durch Festlegung von Transportmittel, –ziel und –zeit; diese Aufgabe kann auch delegiert werden.

Oberstes Ziel muss es sein, unter den gegebenen Umständen möglichst vielen Patienten die jeweils bestmögliche medizinische Behandlung zukommen zu lassen.

2.3.1.1 Sichtung

Die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sollte vom LNA vorgenommen werden. Bei größeren Lagen wird dies aus organisatorischen Gründen erfahrenen Notärzten (möglichst mit LNA-Qualifikation) übertragen werden; die Einteilung muss durch den LNA erfolgen. Auch in der Primärphase eines MANV steht die Sichtung als ärztliche Schwerpunktaufgabe noch vor der notfallmedizinischen Behandlung im Mittelpunkt.

Ziel der Sichtung ist, die begrenzten Ressourcen möglichst optimal einzusetzen und so das bestmögliche Ergebnis für die größte Zahl der Patienten zu erreichen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die primäre Sichtung zu einem Zeitpunkt durchgeführt wird, zu dem ein Missverhältnis zwischen Behandlungsbedarf und zur Verfügung stehenden Ressourcen besteht. Die Vorgehensweise ist deshalb an die Verhältnisse anzupassen und die Sichtung zu wiederholen.

Sichtung ist und bleibt eine komplexe Aufgabenstellung mit hoher Verantwortung, die gewissenhaft vorbereitet, sorgfältig durchgeführt und laufend wiederholt werden muss.

Die Vorbereitung umfasst hierbei:

- medizinisches Sachwissen aus eigener Tätigkeit als fachliche Grundlage sowie operativ-taktische Kenntnisse als Basis der Kooperation mit den anderen Einsatzkräften vor Ort
- Schulung aller Einsatzkräfte, die über das Sichtungsverfahren mitsamt Grundlagen und Handlungsmöglichkeiten in Kenntnis gesetzt werden müssen
- Erreichen einer Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft für besondere Handlungsanweisungen beim MANV, außerhalb der Vorgehensweise des Regelrettungsdienstes (individualmedizinische Maximalbehandlung)
- in der Vorbereitung müssen Sichtungen unter den konkreten Rahmenbedingungen des MANV durch die
 - Entscheidungsfindung in kurzer Zeit
 - Anamnese, Fremdanamnese und einfache klinische Untersuchungsverfahren ohne Einsatz komplizierter Technologien als Entscheidungsbasis
 - Entscheidung in Form konkret umsetzbarer Handlungsanweisungenregelmäßig geübt werden.

Das Handeln unter den Bedingungen eines MANV bedarf eines typisierten Schemas, nämlich des Setzens von Behandlungsschwerpunkten durch Bildung von Sichtungskategorien, die die verfügbaren Ressourcen anhand weniger Grundannahmen streng bedarfsorientiert einsetzen.

Bei der ersten Sichtung aller geschädigten Personen ist in der Regel keine definitive Festlegung der Transportreihenfolge vorzunehmen. Allerdings ist bei bestimmten Verletzungsmustern (z.B. innere, unstillbare Blutungen) ein möglichst rascher Transport zur definitiven chirurgischen Behandlung zwingend.

Die erste Sichtung muss bei außergewöhnlichen Lagen (z.B. Terroranschläge, in Bussen eingeschlossene Personen) sehr kurz gehalten werden, um vital gefährdete Patienten schnellstmöglich zu erkennen.

2.3.1.1.1 „Vorsichtung“ durch Rettungsassistenten ¹

Um zu vermeiden, dass Notärzte in dieser kritischen Phase Zeit durch die Untersuchung minder schwerer oder sogar unverletzter Betroffener verlieren, sollte eine „Vorsichtung“ stattfinden mit dem Ziel, die von Notärzten schnellstens zu sichtenden Patienten zu identifizieren und als solche zu kennzeichnen. Die Sichtungskategorie SK IV („blau“) im Sinne der Ahrweiler Konsensus-Konferenz 2002 und die Todesfeststellung ist dementsprechend nicht Bestandteil der Vorsichtung.

¹ Stratmann D (2007): Sichtung – immer nur eine ärztliche Aufgabe?; Notarzt; 23:41-42 und Sefrin P, Kuhnigk H, Ibrom M, Cermak R (2007): „Vorsichtung“ als Konzept bei Großschadensereignissen und Katastrophen; Notarzt; 23:34-48

Diese Aufgabe der Vorsichtung sollte den Rettungsassistenten zugeordnet werden, da sie in der Regel schneller und in größerer Zahl als Notärzte an der Einsatzstelle zur Verfügung stehen. Gleichzeitig werden damit die notärztlichen Ressourcen für den eigentlichen Sichtung- und Behandlungsprozess frei. Die Vorsichtung trifft hierbei keinerlei Aussagen zur Diagnose oder gar zur Prognose, sondern schafft lediglich die Verknüpfung zwischen Betroffenen und nachrückenden Einsatzkräften.

Bei einem Massenanfall Verletzter oder Erkrankter mit mehr als 100 Patienten kann sich die Notwendigkeit einer Zustandsbeurteilung durch dafür ausgebildete Rettungsassistenten ergeben, um frühzeitig lebensbedrohliche Verletzungen erkennen zu können. Diese Vorsichtung ersetzt nicht die ärztliche Sichtung. Die dafür eingesetzten Rettungsassistenten müssen entsprechend ausgebildet sein. Als Ausbildungsgrundlage bietet sich beispielsweise der mSTaRT-Algorithmus² an. Die Ausbildung schließt mit einer Prüfung ab. Die Ausbildung ist in regelmäßigen Abständen zu wiederholen.

2.3.1.2 Sichtungskategorien

Mit der Perspektive, einheitliche und pragmatisch handhabbare Sichtungskategorien sowie einen minimalen Datensatz für die Sichtungsdokumentation zu erhalten, verständigten sich notfall- und katastrophenmedizinische Experten aus Deutschland sowie einigen europäischen Staaten auf Einladung der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern am 15. März 2002 und 29. Oktober 2002 (Konsensuskonferenz)³ auf folgende Sichtungskategorien:

Sichtungskategorien und ihre Behandlungskonsequenzen		
Sichtungskategorie	Beschreibung	Konsequenz
I	Akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung
II	Schwerverletzt / erkrankt	Aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
III	leicht verletzt / erkrankt	Spätere (ambulante) Behandlung
IV	ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung
	Tote	Kennzeichnung
rot = Sichtungsgruppe I; gelb = Sichtungsgruppe II; grün = Sichtungsgruppe III; blau = Sichtungsgruppe IV; schwarz = tot		

Die Zuordnung von schwerstverletzten/ -erkrankten Patienten mit besonders schlechter Prognose in eine Sichtungskategorie IV kann nur dann vorgenommen werden, wenn und so lange ein massives Missverhältnis zwischen Ressourcen (Personal und Material) und vital bedrohten Patienten besteht. Diese Patienten sind palliativ zu versorgen (z.B. menschliche Zuwendung, Schmerzbekämpfung).

² Kanz KG, Hornburger R, Kay MV, Mutschler W, Schäuble W (2006): mSTaRT-Algorithmus für Sichtung, Behandlung und Transport bei einem Massenanfall von Verletzten; Notfall + Rettungsmedizin 3:264-270

³ Deutsches Ärzteblatt, Katastrophenmedizin, Sichtungskategorien und deren Dokumentation, Köln 100. Jg. Heft 31/32, Seiten A-2057-2058, B-1711-1712, C-1615-1616

Tote werden nicht in einer gesonderten Sichtungskategorie geführt, sondern nach Feststellung des Todes durch einen Sichtungsarzt gesondert gekennzeichnet.

2.3.1.3 Dokumentation

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werden eine Vielzahl unterschiedlicher, wenig oder nicht kompatibler Dokumentationssysteme genutzt. Dringend notwendig wäre eine Vereinheitlichung, da bei einer außergewöhnlichen Schadenslage in der Regel eine überörtliche Zusammenarbeit erforderlich ist.

Der Ausschuss „Rettungswesen“ hat anlässlich seiner 74. Sitzung am 23./24. März 2004 in Saarbrücken (dort TOP 18.2) hierzu folgenden Beschluss gefasst:

„Der Ausschuss „Rettungswesen“ befürwortet die Einführung einer bundeseinheitlichen Patientenanhängekarte für Großschadensereignisse und den Katastrophenschutz entsprechend dem Bericht und dem Ergebnis der Konsensuskonferenz 2002.“

Die Dokumentation des Sichtungsergebnisses sowie die Registrierung der Betroffenen ist zum frühest möglichen Zeitpunkt durchzuführen. Deshalb ist bereits für die Regelrettungsmittel die Vorhaltung von Patientenanhängekarten vorzusehen (mindestens 5 bis 10 Karten je Rettungsmittel). Spätestens nach Eintreffen des LNA/OrgL ist durch diese zusätzlich eine Übersichtsdokumentation vorzunehmen.

In der Konsensuskonferenz bestand Einvernehmen über den nachfolgend aufgeführten Mindestdatensatz zur Sichtungsdokumentation:

Mindestdatensatz zur Sichtungsdokumentation	
Patientennummer	unverwechselbare Identifikationsnummer
Sichtungskategorie in römischen Zahlen	farbkodiert nach Ampel-Schema
Kurz-Diagnose	incl. „Strichmännchen“

Des Weiteren sollen im Mindestdatensatz die (durchgeführte) Therapie (z. B. Kurzfassung mittels Ankreuzfelder), das (Transport-) Fahrzeug, die Zielklinik sowie ein freies Feld für die Dokumentation von Besonderheiten vorhanden sein.

Es bestand weiter Einigkeit darüber, dass diese Dokumentation auch für Zwecke der Personalauskunft verwendet werden kann und hierzu, wenn Name und Vorname des Patienten zunächst nicht ermittelt werden können, zumindest die Identifikation männlich oder weiblich enthalten sein sollte, weiterhin das Alter, – wenn möglich das Geburtsdatum – , sowie die Nationalität.

Bezüglich der funktionellen Anforderungen an die Dokumentation wurde Folgendes gefordert:

- wetter- und wasserfest (auch bei Kälte), stabil und widerstandsfähig
- sicher am Patienten zu befestigen

- Patientennummer muss mehrfach vorhanden sein (Aufkleber!)
- dauerhaft beschriftbar.

Als Dokumentationsinstrument soll eine beschriftbare Tasche verwendet werden. Eine zusätzliche Fotodokumentation ist in Betracht zu ziehen.

2.3.2 Bestellung

Soweit nicht anders geregelt, bestellt der öffentliche Träger im Voraus die notwendige Anzahl von Leitenden Notärzten.

2.3.3 Einsatzindikationen

Entscheidend sind die regionalen Verhältnisse (Vorhaltung an Rettungsmitteln, Schadenslage vor Ort, Tageszeit, usw.), insbesondere der Koordinierungsbedarf an der Einsatzstelle. Der Einsatz des LNA ist an Einsatzstichworte (Indikationsliste) zu binden.

2.3.4 Aus- und Fortbildung

Zum LNA darf nur bestellt werden, wer die Anforderungen der Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung zum „Leitenden Notarzt (LNA)“ vom 25. Februar 1988 erfüllt.

Die Ausbildung hat entsprechend der Curricula der Ärztekammern bzw. den Richtlinien der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) zu erfolgen. Im Rahmen der Ausbildung und regelmäßigen Fortbildung sind insbesondere zu berücksichtigen:

- Einsatzlehre und -taktik gemäß DV 100 (ggf. in Abstimmung mit den Feuerwehr- und Katastrophenschutzschulen)
- Befähigung zu Stabsarbeit im operativ-taktischen Bereich (TEL, ÖEL o.a.)
- Erwerb der Befähigung zum BOS-Sprechfunk
- neue Bedrohungslagen (ABC-Lagen und Terroranschläge).

Die Curricula sind anzupassen. Eine Erfolgskontrolle ist anzustreben.

2.3.5 Organisation

Es sollte sichergestellt werden, dass ein LNA im Rahmen eines festen Dienstplans ständig einsatzbereit ist. Zur organisatorischen Sicherstellung gehört es, dass eine ausreichende Anzahl Leitender Notärzte ernannt wird. Diese sollen in einer Gruppe Leitender Notärzte zusammengefasst sein. Die Leitung der Gruppe soll einem besonders qualifizierten, erfahrenen und engagierten Arzt übertragen werden. Für die Gruppe ist eine Dienstanweisung als verbindliche Arbeitsgrundlage zu erstellen. So-

weit ausnahmsweise nur eine Zufallsbereitschaft möglich ist, ist eine ausreichende Anzahl von LNA zu bestellen.

2.3.6 Ausstattung

Um eine effektive Arbeit sicherzustellen, muss dem LNA eine entsprechende Ausstattung zur Verfügung gestellt werden. Dies sind insbesondere:

- Persönliche Schutzausrüstung, ggf. auch ABC-Schutzausstattung
- Farbliche Kennzeichnung der Kleidung mit abnehmbarer Beschriftung „Leitender Notarzt Musterstadt“ oder „LNA Musterstadt“
- Örtlicher Einsatzplan MANV
- Funkmeldeempfänger
- BOS-Funkverbindung (die jederzeitige Kommunikation mit den Kräften an der Einsatzstelle sowie der Leitstelle muss gewährleistet sein)
- Mobiltelefon mit Bevorrechtigung gemäß Telekommunikations-Sicherstellungs-Verordnung
- behördlicher Dienstaussweis.

Außerdem muss der Aufgabenträger den Transport zur Schadensstelle sicherstellen (z.B. Nutzung eines Einsatzfahrzeugs oder Rendezvous-System). Die Genehmigung von Sondersignalen für Privatfahrzeuge ist restriktiv zu handhaben.

2.4 Organisatorischer Leiter (OrgL)

2.4.1 Aufgaben

Der OrgL ist zuständig und verantwortlich für organisations-technische Führungs- und Koordinierungsaufgaben bei der Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter.

Der OrgL nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Feststellung und Beurteilung der Schadenslage aus taktisch-organisatorischer Sicht und Zuweisung entsprechender Einsatzaufträge an die Einheiten
- Beurteilung der Örtlichkeit und Festlegung der Standorte von Patientenablagen, Behandlungsplätzen und Bereitstellungsräumen, Rettungsmittelhalteplätzen und Hubschrauberlandestellen – im Benehmen mit dem Einsatzleiter und dem Leitenden Notarzt –
- Organisation des Patientenabtransports nach Vorgaben des LNA
- Durchführung oder ggf. Delegation der Registrierung und Dokumentation

- Verbindung zur Einsatzleitung und zur Leitstelle.

2.4.2 Bestellung

Nr. 2.3.2 gilt entsprechend.

2.4.3 Einsatzindikationen

Nr. 2.3.3 gilt entsprechend.

2.4.4 Qualifikation

Eine bundeseinheitliche Rahmenempfehlung zur Ausbildung der OrgL ist notwendig. Der Ausschuss „Rettungswesen“ wird gebeten, bundeseinheitliche Regelungen zu erarbeiten.

Zum OrgL soll nur bestimmt werden, wer

- mindestens Rettungssanitäter ist und über langjährige Einsatzerfahrung im Rettungsdienst sowie fundierte Kenntnisse im Sanitäts- und Betreuungsdienst verfügt und regelmäßig im Einsatz tätig ist
- über umfassende Kenntnisse der regionalen Organisation und Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes, des Katastrophenschutzes und des Gesundheitswesens verfügt
- eine Führungs- und Organisationsausbildung im Katastrophenschutz durchlaufen hat (mindestens Zugführerqualifikation oder vergleichbare Ausbildung im Rahmen der OrgL-Ausbildung sollte angestrebt werden)
- an einem entsprechenden Lehrgang erfolgreich teilgenommen hat.

Unbeschadet der Eingangsqualifikation wird der OrgL zusätzlich in den Bereichen Führung, Organisation, Taktik, sanitäts- und betreuungsdienstliche Maßnahmen zur Bewältigung von Großschadensereignissen fortgebildet. In Teilbereichen sollte dies möglichst gemeinsam mit den Leitenden Notärzten erfolgen, um bereits in der Ausbildung die spätere Zusammenarbeit in der Einsatzleitung kennen zu lernen und zu üben. OrgL, LNA und Einsatzleiter sollten in ihrem Einsatzbereich regelmäßig gemeinsame Übungen und Dienstbesprechungen durchführen.

2.4.5 Organisation

Nr. 2.3.5 gilt entsprechend.

2.4.6 Ausstattung

Nr. 2.3.6 gilt entsprechend.

3 Einsatztaktik

Heute ist unumstritten, dass die Bewältigung eines MANV über

- Patientenablagen
- Behandlungsplätze
- Transportorganisation und
- zugeordnete Bereitstellungsräume

erfolgt.

Aufgrund der besonderen Herausforderungen durch außergewöhnliche Einsatzlagen kann es notwendig werden, mehrere Behandlungsplätze zusammenarbeiten zu lassen und den weiträumigen Abtransport in großem Umfang zu organisieren (Überörtliche Bewältigung eines Massenanfalls von Patienten = ÜMANV). Dazu sind Konzepte der überörtlichen Bewältigung im Bereich Behandlung und Transport vorzubereiten. Grundsätzlich sollten bei der überörtlichen Hilfe statt Einzeleinheiten Leistungen angefordert werden, beispielsweise die Leistung „Behandlungsplatz für x Patienten“ oder die Leistung „Transport für X Patienten“.

Die Verteilung der Patienten hat großräumig zu erfolgen, um Überlastungen einzelner Krankenhäuser zu vermeiden. Die Möglichkeiten des Lufttransportes sind zu nutzen.

Für die (Erst)versorgung und Betreuung Leichtverletzter und/oder psychisch Traumatisierter sind – möglichst bereits im planerischen Vorfeld – geeignete sonstige Einrichtungen (z.B. Turnhallen, Schulen oder Unfallpraxen) einzubeziehen.

Unter besonderen örtlichen und zeitlichen Bedingungen (z.B. akute Lage im innerstädtischen Bereich einer Großstadt) können auch hierfür geeignete und vorbereitete große Krankenhäuser (sog. Erstversorgungs-Kliniken⁴) in die präklinische Behandlung einbezogen werden. Vor dem Transport in diese Kliniken müssen die Vitalfunktionen der Patienten gesichert sein. Entsprechende Planungen und regelmäßige Übungen sind hierfür Voraussetzung.

4 Kräfte und Mittel

4.1 Soforteinheiten des Rettungsdienstes

Zur Bewältigung eines Massenanfalls Verletzter oder Erkrankter sollte neben den örtlich verfügbaren Rettungsmitteln als Sofortreaktion die Entsendung eines vorher festgelegten Kontingentes aus dem Regel-Rettungsdienst der Nachbarbereiche zu jeder Tageszeit beschrieben und fest vereinbart werden. Diese Soforteinheiten bestehen dann beispielsweise aus drei Rettungswagen und einem Notarzt, die zu jedem Zeitpunkt von den Leitstellen angefordert werden können.

⁴ Adams HA, Mahlke L, Flemming A (2005): Medizinisches Rahmenkonzept für die überörtliche Hilfe beim Massenanfall von Verletzten (Ü-MANV); Anästh Intensivmed; 46: 215

Die Zusammensetzung dieser Soforteinheiten richtet sich nach regionalen Gegebenheiten.

4.2 Schnell-Einsatz-Gruppen (SEG)

4.2.1 Struktur

Unabhängig von der oft heterogenen Struktur der Schnell-Einsatz-Gruppen versteht man unter einer SEG eine Gruppe von ausgebildeten Helfern. Sie ist so ausgerüstet und ausgestattet, dass sie bei einem Großschadensereignis Verletzte, Erkrankte sowie andere Geschädigte oder Betroffene versorgen kann.⁵

Entsprechend ihrer fachlichen Aufgaben sollten SEG neben Sanitäts- und Rettungshelfern über einen ausreichend hohen Anteil an rettungsdienstlich qualifiziertem Personal (Rettungssanitäter, Rettungsassistenten, Notärzte) verfügen. Weiteres geeignetes Personal (z.B. Psychologen, Pflegehilfskräfte sowie technisches Personal) kann ergänzend zum Einsatz kommen.

Sie stellen ein bewährtes, vielerorts sogar unverzichtbares verstärkendes Element des Hilfeleistungssystems bei einem MANV dar.

4.2.2 Einsatzauftrag und Aufgaben

SEG kommen zum Einsatz, wenn die Leistungsgrenze des Rettungsdienstes einschließlich des Einsatzes von Reserven erreicht ist, d.h., wenn der Regel-Rettungsdienst nicht in der Lage ist, alle Patienten oder sonstigen Betroffenen in ausreichender Zeit zu behandeln oder zu betreuen. Die Unterstützung durch SEG kann aus Elementen des Sanitätsdienstes, der Betreuung, der Behandlung oder Technik und Logistik bestehen.

Für folgende unterstützende Funktionen sind SEG bei einem MANV denkbar:

- Einrichtung und Betrieb von Patientenablagen und Behandlungsplätzen
- Patiententransport oder Transport von Betroffenen
- Aufbau, Einrichtung und Betrieb von Betreuungseinrichtungen für Betroffene
- Führungsunterstützung für LNA und OrgL.

4.2.3 Alarmierung

Die Entscheidung über den Einsatz von SEG ist von der Leitstelle nach vorgegebenen Einsatzstichworten oder vom LNA/OrgL oder vom Einsatzleiter zu treffen. Die Alarmierung der SEG erfolgt insbesondere über Funkmeldeempfänger. Eine frühstmögliche Einbeziehung der SEG – bei Bedarf auch aus anderen Regionen – in das Einsatzgeschehen ist sinnvoll und entscheidet maßgeblich über den späteren

⁵ vgl. DIN 13050 (2002), Rettungswesen – Begriffe u.a. Nr. 3.50

Einsatzerfolg. Die zuständige Behörde hat in Zusammenarbeit mit der Leitstelle sowie den Hilfsorganisationen die Erfassung der SEG und die Fortschreibung sicherzustellen. Die Alarmierbarkeit ist regelmäßig zu überprüfen.

4.2.4 Ausrüstung, Ausstattung

Die Ausrüstung einer SEG zur Behandlung von Patienten hat sich an den zu erwartenden fachlichen Aufgaben zu orientieren. Die Ausstattung einer SEG sollte jedoch so beschaffen sein, dass mindestens 20 Personen durch diese behandelt werden können. Zu Ausstattungs-Mindeststandards für SEG wird beispielhaft auf die Empfehlungen des DRK⁶ verwiesen.

4.2.5 Qualifikation, Aus- und Fortbildung

Ehrenamtliche Mitarbeiter der SEG, die nicht hauptberuflich im Rettungsdienst tätig sind, sollten im Rahmen der Fortbildung regelmäßig Rettungsdiensteinsätze begleiten.

Die SEG muss regelmäßig zusammen mit anderen Einheiten der Gefahrenabwehr üben.

4.3 Weitere Einheiten

4.3.1 Einheiten des Sanitätsdienstes

In den meisten Ländern existieren taktische Einheiten des Sanitätsdienstes in Zugstärke, die dem Katastrophenschutz zugeordnet werden. Dabei gibt es zwei unterschiedliche Organisationsformen. Eine Reihe von Ländern hat per Erlass die Aufstellung von Einheiten nach dem Konzept der DRK-Einsatzinheit vorgeschrieben. Die DRK-Einsatzinheit ist eine gemischte Einheit, die Sanitäts- und/oder Betreuungsaufgaben wahrnehmen kann. Andere Länder praktizieren die getrennte Aufstellung von Sanitäts- und Betreuungseinheiten. Bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit sind alle diese Einheiten in den jeweiligen Ländern unterschiedlich zu bewerten, da sie nicht einheitlich organisiert sind.

Für die Bewältigung eines Massenanfalls Verletzter oder Erkrankter sind diese Sanitätseinheiten, gleichgültig wie sie organisiert sind, aber unverzichtbar. Der Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes kann, von Ausnahmen in den großen Städten abgesehen, ohne diese Einheiten nicht gewährleistet werden.

Es ist deshalb notwendig, dass auf Landesebene standardisierte Konzepte zur Einbindung von Sanitätseinheiten entwickelt werden, wobei die Struktur des Behandlungsplatzes nach dem Konzept der AGBF als Leitlinie anzusehen ist. Zukünftige Beschaffungen auf Landes- und Bundesebene sollten dem Rechnung tragen.

Ferner ist vorzusehen, dass diese Einheiten in Verbänden zusammengeschlossen, auch für den überörtlichen Einsatz, vorzusehen sind. Dies bedarf planerischer, organisatorischer und materieller Vorkehrungen. Dabei sind Verbände zum Aufbau und

⁶ Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, Die Einsatzinheit, Artikelnummer 825241, Bonn 1995

Betrieb von Behandlungsplätzen und Verbände zum Transport von Verletzten oder Erkrankten vorzusehen. Neben der fachlichen Ausstattung bedürfen diese Einheiten eigener Führungsmodule und logistischer Verstärkungen, um über eine gewisse Zeit führungs- und einsatzfähig zu bleiben. Die taktische Vorgehensweise in Hinblick auf Anforderung, Anrücken und Einsatz dieser Verbände ist zu beschreiben und zu üben.

Aus dem genannten Grund ist es auch erforderlich, dass der OrgL in Zukunft als wünschenswerte Qualifikation über die Kenntnisse und Fähigkeiten eines Verbandsführers verfügt.⁷

Der Sanitätsdienst ist enger mit dem Rettungsdienst zu verzahnen, wobei durch die höhere Qualifikation der Sanitätshelfer das Niveau des Rettungsdienstes zwar nicht vollständig, sondern möglichst annähernd erreicht werden sollte. Das Qualifikationsniveau eines Rettungshelfers und für einen Teil des ehrenamtlichen Personals des Rettungssanitäters ist anzustreben.

Sobald die vom Bund geplanten Medizinischen Task Forces (MTF) einsatzbereit sind, können diese ebenfalls zur Bewältigung eines MANV eingesetzt werden.

5 Luftrettung

Die Luftrettung ist bei der Bewältigung von Großschadensereignissen, unter Berücksichtigung der Einsatzfähigkeit durch Tageszeit und Schlechtwetter, ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil des Rettungsdienstes. Der Geschwindigkeitsvorteil gegenüber bodengebundenen Patiententransporten, die schnelle Erreichbarkeit und damit die Nutzbarkeit auch weit entfernter Akutkrankenhäuser und Spezialkliniken, die rasche Zuführung von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal und die Möglichkeit von Materialtransporten unterstreicht die Bedeutung der Luftrettung bei Großschadensereignissen. In der öffentlich-rechtlichen Luftrettung werden die Rettungshubschrauber (RTH) während der Tagzeit in Sofortbereitschaft vorgehalten. Einige Intensivtransporthubschrauber (ITH) sind 24-Stunden einsatzbereit. Die regional zuständige Leitstelle alarmiert den räumlich nächsten RTH/ITH und fordert je nach Schadenslage weitere umliegende RTH/ITH an. Die Einbindung von Hubschraubern der Polizeien des Bundes und der Länder, sowie der Bundeswehr ist standortbezogen zu prüfen. Hubschrauber der Bundespolizei werden über die Bundespolizei-Fliegergruppe, Sankt Augustin, oder über die örtlich nächste Bundespolizei-Fliegerstaffel angefordert. Hubschrauber der Bundeswehr werden über die SAR-Leitstellen angefordert.

5.1 Zentrale Koordinierung durch SAR-Leitstellen

Die SAR-Leitstellen des Lufttransportkommandos in Münster und Glücksburg bieten sich für eine zentrale Koordinierung der Luftrettung an. Danach können die Länder bei der Bewältigung von Schadenslagen durch die SAR-Leitstellen wie folgt unterstützt werden:

⁷ (vgl.2.4.4.)

- Festlegung von Lufträumen mit Durchflugverbot bei Not- und Katastrophenfällen und deren Beantragung bei der zuständigen Luftaufsichtsbehörde
- Planung, Koordination und Überwachung von Transporten, die über die Reichweite von Hubschraubern hinausgehen
- Koordination im grenzüberschreitenden Flugverkehr bei Einlieferungen in Spezialkliniken im benachbarten Ausland
- Herstellen von Rendezvousverfahren, wenn Notfallpatienten in verschiedene Krankenhäusern verbracht werden müssen
- Einholung von Sondergenehmigungen für Flugplätze (auch außerhalb der Platzöffnungszeiten)
- Einsatz von Großraumrettungshubschraubern.

Gemäß dem Handbuch für sanitätsdienstliche Hilfeleistungen der Bundeswehr bei Naturkatastrophen, besonders schweren Unglücksfällen und im Rahmen der dringenden Nothilfe vom 9. Juni 2005 (Az 13 - 29) stehen bei Naturkatastrophen oder besonders schweren Unglücksfällen im Rahmen der dringenden Nothilfe auch alle SAR-Mittel ersten und zweiten Grades zur Verfügung, die zentral über die Leitstellen eingesetzt und zugeführt werden können. Die SAR-Leitstelle der Bundeswehr hat auf SAR-Mittel ersten Grades (Mittel der Streitkräfte für SAR-Aufgaben) direkten und sofortigen Zugriff. Darüber hinaus kann auf alle SAR-Mittel zweiten Grades (z.B. Bundespolizeihubschrauber, Hubschrauber ziviler Betreiber) zugegriffen werden. Das Angebot der SAR-Leitstellen ist als unterstützende Maßnahme für die örtlichen und zentralen Leitstellen gedacht, denen dadurch keine Kompetenzen genommen werden.

So kann die Bundeswehr durch einen On-Scene-Coordinator die Koordination der ein- und abfliegenden Maschinen übernehmen. Der On-Scene-Coordinator koordiniert den Flugverkehr und ist gleichzeitig für alle Rettungshubschrauber (RTH) Relais-Station zur SAR-Leitstelle.

Gegenüber einer zivilen Leitstelle, die bei Großschadensereignissen zuerst betroffen sein wird, bieten die SAR-Leitstellen nachfolgende Möglichkeiten, die bundeslandübergreifend sich teilweise auf das benachbarte Ausland erstrecken können:

- Krankenhausdateien mit Landeplätzen der Bundesrepublik Deutschland und der angrenzenden Länder
- Dateien der örtlichen Leitstellen mit Telefonnummern und Funkkanälen im 4-m-Band des BOS-Funks
- modernes und computergestütztes Telekommunikationssystem mit schnellem Zugriff auf Krankenhäuser, Leitstellen und Bereichssuchstellen
- flächendeckendes Flugfunksystem zur Führung sämtlicher Einsatzmittel auf allen VHF- und UHF-Flugfrequenzen

- Direkt-/Standleitungen zu den regionalen Flugsicherungskontrollstellen
- Unterstützung bei der Anforderung von MedEvac Flugzeugen der Bundeswehr
- Verzeichnis aller Flug- und Landeplätze innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Vor-Ort-Koordinierung

Erfahrungen aus Großschadensereignissen zeigen, dass es insbesondere in der Anfangsphase bei einer Vielzahl von operierenden, z.T. fremden Luftfahrzeugen zu kritischen Situationen kommen kann. Der Pilot des ersten eintreffenden Luftfahrzeuges, in den meisten Fällen ein Christoph-RTH, sollte deshalb nach Absprache mit der zuständigen Leitstelle vor Ort über Funk die Einweisung der Luftfahrzeuge übernehmen, bis eine zentrale Koordinierung, etwa durch den On-Scene-Coordinator des SAR-Dienstes der Bundeswehr gebildet ist. Gegebenenfalls benennt der Pilot unter Berücksichtigung der Luftraumordnung eine Koordinierungsfrequenz im Flugfunkverkehr zur Gewährleistung der Flugsicherheit der an- und abfliegenden Hubschrauber.

5.3 Kommunikation in der Luftrettung

Sicherzustellen ist für die Alarmierung und Heranführung der Luftrettungsmittel in den Bereitschaftsraum zunächst die sofortige Erreichbarkeit der RTH am Boden und in der Luft. Die Erreichbarkeit ist in der Regel durch die Stationierungsleitstellen der RTH gewährleistet. Unterstützende Funktion zur Alarmierung und Anforderung der RTH können die Koordinierungsstellen für Verlegungsflüge, soweit sie in den Ländern vorhanden sind, als Sonderaufgabe übernehmen.

Eine ausschließliche Verständigung über BOS-Funk zwischen den Luftfahrzeugen untereinander und mit den Rettungskräften am Boden ist problematisch (z.B. überlastete Funknetze, begrenzte Reichweite, ggf. Überreichweiten).

Im Falle der Inanspruchnahme der zentralen Koordinierung durch die Bundeswehr kann bei Übernahme auf eine Arbeitsfrequenz der SAR-Leitstellen – bekannt gemacht durch Rundruf – umgeschaltet werden.

5.4 Landestellen

Für regelmäßig stattfindende Massenveranstaltungen sind für den MANV Landestellen für den Tag- und Nachtflugbetrieb vorsorglich vorzubereiten. Die aktuellen Informationen über diese Landestellen müssen vorbereitet werden und jederzeit abrufbar sein.

Dies muss auch besondere Landestellen für größere Hubschrauber (z.B. CH 53) umfassen.

6 Organisation des Rettungsdienstes bei außergewöhnlichen Lagen

Bei außergewöhnlichen Lagen, die unter Nutzung aller bisherig genannten Komponenten nicht mehr zu bewältigen sind, kann ausnahmsweise die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung vorübergehend eingeschränkt werden. Hierfür sind Alarm- und Einsatzpläne für den überregionalen Einsatz des Rettungsdienstes zu erstellen (z. B. Sonderalarmplan Rettungsdienst), die insbesondere von folgenden Grundlagen ausgehen:

- Erweiterung der Rettungsdienstkapazitäten (z.B. Alarmierung von Freischichten, Besetzung aller verfügbaren Rettungsmittel, Einbeziehung von qualifizierten privaten Leistungserbringern)
- vorübergehende Einstellung aller disponiblen Krankentransporte und Abzug der entsprechenden Rettungsmittel
- vorübergehende Einschränkung der Notfallrettung
- Einsatz von Rettungsmitteln in geschlossenem Verband nach überörtlich hinterlegten Alarm- und Einsatzplänen unter Beachtung der unter Nr. 8 genannten Einsatzstrategien.

Erfahrungen beim Weltjugendtag 2005 und bei der Fußballweltmeisterschaft 2006 haben gezeigt, wie mit Hilfe geplanter, einheitlich strukturierter Verbände gezielt auf MANV-Lagen reagiert werden kann. Voraussetzung dafür sind länderübergreifende, einheitliche Konzepte.

7 Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und Diensten

Im Zusammenhang mit außergewöhnlichen Schadenslagen ist auch eine Beeinträchtigung kritischer Infrastrukturen zu erwarten (z.B. Stromausfall, Verkehrswege, Zusammenbruch von Kommunikationsnetzen, Kontamination des Trinkwassers, teilweiser oder völliger Ausfall von Krankenhäusern, etwa durch Überflutung). Deshalb ist in solchen Fällen eine noch engere interdisziplinäre, fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit auch mit anderen Organisationen und Stellen (z. B. Feuerwehr, Bundesanstalt Technisches Hilfswerk, privaten Hilfsorganisationen und Unternehmen, Polizei, Bundeswehr etc.) geboten, etwa in den Bereichen

- Retten aus Gefahrenzonen
- Ortung Verschütteter
- Dekontamination
- Energieversorgung
- Kommunikationstechnik

- Logistik (z. B. Einrichtung von Bereitstellungsräumen, Nahrungsmittel, Arzneimittel und Medizinprodukte, Treibstoffe, Transportleistungen, Wasseraufbereitung)
- Aufbau und Betrieb von (Not-) Lazaretten, Sanitäts-, Entgiftungsplätzen oder anderen Einrichtungen der Bundeswehr
- Unterkünfte
- Notfallseelsorge usw.

8 Kommunikation

Eine der wesentlichen Voraussetzungen für die reibungslose Bewältigung eines MANV ist die Möglichkeit der Kommunikation. Großeinsätze sind auf funktionierende Kommunikationsnetze angewiesen. Bei Großschadensereignissen ist eine besondere Kommunikationsstrategie erforderlich (siehe hierzu DV 100).

Durch die Einführung von Automatismen entfällt für die anfordernde Stelle bei der Alarmierung von externen Einheiten eine Vielzahl von bisher notwendigen Tätigkeiten.

Bei der Alarmierung überörtlicher Kräfte empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- Die Anforderung für definierte überörtliche Unterstützungsleistungen an die Nachbarleitstellen kann durch festgelegte Einsatzstichworte erfolgen.
- Die unterstützende Leitstelle stellt die Einheiten zusammen und bestätigt der anfordernden Leitstelle den Einsatz in geeigneter Form.
- Die unterstützenden Einheiten sammeln sich in ihrem Bereich nach Vorgabe ihrer Leitstelle an Sammelplätzen. Sie rücken geschlossen unter Führung eines Notarzt-Einsatzfahrzeugs (NEF) oder eines anderen Führungsfahrzeuges zum Bereitstellungsraum im betroffenen Bereich ab.
- Während der Fahrt erfolgt keine Kommunikation mit der Leitstelle des Schadensortes. Innerhalb des Verbandes kann die Kommunikation über den bundesweiten Marschkanal 510 U/W erfolgen.
- Die unterstützenden Kräfte werden von dem Bereitstellungsraum aus eingesetzt. Hierfür haben die örtlich zuständigen Behörden entsprechende Pläne vorzubereiten (z.B. Lotsen, Ausschilderung, Pläne).

Die Einsatzleitung hat den jeweiligen Stand der Technik zur Datenübermittlung und Datenverarbeitung zu nutzen. Ein Ausfall dieser Technik ist einzukalkulieren (redundante Systeme einplanen bis zum Einsatz von Kradmeldern usw.).

Im Hinblick auf die in naher Zukunft bestehenden Möglichkeiten des Digitalfunks sollten diese bereits heute schon planerisch berücksichtigt werden (z.B. Vorhaltung von Funkgruppen).

9 Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten

Die Bewältigung von Großschadensfällen erfordert eine ausreichend bemessene Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowohl für die Einsatzstelle als auch für die Krankenhäuser. Diese sind den regionalen Erfordernissen anzupassen und im Schadensfall unverzüglich an die Einsatzstelle zu bringen

Für die Frühphase von Großschadensereignissen müssen ausreichende Mengen an Medikamenten und medizinischem Sachmaterial gelagert werden, die bei entsprechender Schadensmeldung zeitnah an den Einsatzort transportiert werden können, um die medizinische Erstversorgung vor Ort frühzeitig gewährleisten zu können.

10 Krankenhäuser

Bei Großschadenslagen ist in der Regel keine individuelle Voranmeldung jedes einzelnen eingelieferten Patienten möglich. Die Verteilung von Patienten zu den Behandlungsmöglichkeiten muss nach anderen Verfahren erfolgen, beispielsweise dem Kontingenzprinzip, bei dem bereits im Vorfeld bestimmte Aufnahmekontingente für die einzelnen Krankenhäuser festgelegt werden.

Wichtigste Maßnahme ist die frühzeitige Information der Krankenhäuser, etwa durch Auslösung von Krankenhausalarm, um den Betrieb für die Aufnahme bei einem Massenansturm vorzubereiten. Die Krankenhäuser müssen über aktuelle Alarm- und Einsatzpläne verfügen und die Regelungen in diesen Plänen müssen allen Mitarbeitern des Krankenhauses bekannt sein sowie regelmäßig geübt werden. Die Krankenhäuser sind im Schadensfall fortlaufend über Art und Verlauf des Schadenereignisses sowie die Zahl der aufzunehmenden Patienten zu informieren.

Die Leitstelle muss sich darauf einstellen, Sekundärtransporte zu organisieren.

Unabhängig vom Einsatz großer Kontingente des Rettungs- und Sanitätsdienstes muss bei Großschadenslagen auch damit gerechnet werden, dass eine große Zahl – zumeist Leichtverletzte – zu Fuß oder mit privaten Fahrzeugen unkoordiniert die Krankenhäuser aufsuchen. Dies müssen die Krankenhäuser – in enger Abstimmung mit der örtlichen Gefahrenabwehr- und Gesundheitsbehörde – in ihren Alarm- und Einsatzplänen berücksichtigen.

Hierbei kann es sinnvoll sein, nach Sichtung im Eingangsbereich der Klinik die weitere Versorgung von Leichtverletzten ggf. durch Nutzung geeigneter Räumlichkeiten in der Nachbarschaft der Klinik durchzuführen.

Eine mögliche „Überfüllung“ der dem Schadensort nächstgelegenen Klinik(en) ist bereits in den MANV-Planungen der Katastrophenschutzbehörden einzukalkulieren. Im Ereignisfall muss eine derartige Lage durch enge Kommunikation zwischen der

Krankenhauseinsatzleitung und der Leitstelle / Einsatzleitung frühzeitig erkannt werden.

11 Länderübergreifende Patientenverlegung

Es ist zu prüfen, ob eine nationale Koordinierungsstelle (z. B. GMLZ) eingerichtet werden kann, die bei außergewöhnlichen Lagen auf Anforderung der zuständigen Stellen die länderübergreifende Patientenverlegung organisiert. Dabei kann sie auf vorhandene Übersichten über Krankenhauskapazitäten der Länder zurückgreifen.