

Gesamtjahr 2024

Zeitbasierte Übersicht - Einheit: hh:mm:ss

Indikator	Ihr Bereich						Alle Bereiche					
	95. Perz.	Trend	Median	Trend	95. Perz. (Vorjahr)	Median (Vorjahr)	95. Perz.	Trend	Median	Trend	95. Perz. (Vorjahr)	Median (Vorjahr)
Ausrückzeit Notarzt	00:04:06	↗	00:01:57	↗	00:03:51	00:01:50	00:04:07	↘	00:01:55	↘	00:04:10	00:01:56
Ausrückzeit RTW	00:02:26	↘	00:01:04	↘	00:02:34	00:01:06	00:02:51	➡	00:01:13	➡	00:02:51	00:01:13
Fahrzeit Notarzt	00:14:24	↘	00:06:04	↘	00:15:12	00:06:05	00:13:33	↘	00:06:22	↗	00:13:34	00:06:21
Fahrzeit RTW	00:13:46	➡	00:06:06	↘	00:13:46	00:06:08	00:14:08	↘	00:06:17	↗	00:14:10	00:06:16
Prähospitalzeit	01:22:22	↗	00:48:50	↘	01:20:24	00:48:52	01:28:17	↗	00:52:15	↗	01:27:38	00:51:53
Prähospitalzeit - Einsätze ohne Notarzt	01:16:56	↗	00:46:15	↗	01:13:45	00:45:29	01:23:08	↗	00:49:58	↗	01:22:05	00:49:06
Prähospitalzeit - Notarzteinsätze	01:28:20	↗	00:52:32	↘	01:26:14	00:52:52	01:34:09	↗	00:55:31	↗	01:32:56	00:55:11

Indikatoren-Übersicht Rettungsdienstbereich Heidenheim

Gesamtjahr 2024

Ratenbasierte Übersicht - Einheit: %

Indikator	Ihr Bereich			Alle Bereiche		
	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)
Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	79,7	↗	76,94	78,94	↗	78,05
Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung - Notarzteinsätze	85,03	↘	87,92	87,68	↘	88,28
Kapnografie bei Reanimation	84,85	↗	55	89,61	↗	80,47
Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung	87,18	↗	80	94,88	↗	87,46
Leitliniengerechte Versorgung: akutes zentral-neurologisches Defizit - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	39,09	↗	36,73	53,63	↗	52,9
Leitliniengerechte Versorgung: akutes zentral-neurologisches Defizit - Notarzteinsätze	55,84	↘	64,38	67,99	↗	67,86
Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	53,61	↗	49,53	70,48	↗	68,89
Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot - Notarzteinsätze	68,66	↘	78,44	82,11	↘	82,28
Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma/schwerverletzt ohne/mit vitale(r) Gefährdung	84,62	↗	80,7	75,76	↗	75,54
Leitliniengerechte Versorgung: ST-Hebungsinfarkt	38	↘	41,86	60,08	↘	62,97
Patientenanmeldung in Zielklinik - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	99,28	↘	99,64	93,44	↗	93,06

Indikator	Ihr Bereich			Alle Bereiche		
	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)
Patientenanmeldung in Zielklinik - Notarzteinsätze	96,13	↘	96,8	98	↗	97,56
Prähospitalzeit <= 60 min: akutes zentral-neurologisches Defizit - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	80,7	↘	85,71	71,44	↘	71,89
Prähospitalzeit <= 60 min: akutes zentral-neurologisches Defizit - Notarzteinsätze	74,07	↘	75	64,43	↘	68,36
Prähospitalzeit <= 60 min: Herz-Kreislauf-Stillstand	41,94	↘	44,74	36,57	↗	35,22
Prähospitalzeit <= 60 min: Polytrauma/schwerverletzt mit vitaler Gefährdung	100	↗	62,5	48,93	↗	43,76
Prähospitalzeit <= 60 min: Sepsis - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	48,39	↗	46,67	48,78	↗	47,75
Prähospitalzeit <= 60 min: Sepsis - Notarzteinsätze	60	↗	59,26	48,38	↘	51,41
Prähospitalzeit <= 60 min: ST-Hebungsinfarkt	86,79	↗	66	68,28	↗	67,93
Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	99,38	↘	99,59	98,06	↗	97,65
Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit - Notarzteinsätze	96,61	↘	100	96,74	↗	96,44
Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt mit vitaler Gefährdung: regionales/überregionales Traumazentrum	100	➡	100	91,46	↘	92
Primärer Transport ST-Hebungsinfarkt: Klinik mit PCI	98,25	↗	98,11	99,05	↗	98,78
ROSC bei Klinikaufnahme	35,29	↘	37,21	34,82	↘	35,94
Schmerzreduktion - Einsätze ohne Notarztbeteiligung	45	↗	33,81	55,02	↗	46,45
Schmerzreduktion - Notarzteinsätze	88,93	↘	92,99	93	↘	93,03

Indikator	Ihr Bereich			Alle Bereiche		
	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)
Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten	88,45	↘	88,79	89,68	↗	89,11
Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten	92,28	↘	92,4	89,82	↗	89,21

Gesamtjahr 2024

Zeitbasierte Übersicht - Einheit: hh:mm:ss

Indikator	Ihr Bereich						Alle Bereiche					
	95. Perz.	Trend	Median	Trend	95. Perz. (Vorjahr)	Median (Vorjahr)	95. Perz.	Trend	Median	Trend	95. Perz. (Vorjahr)	Median (Vorjahr)
Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle	00:04:49	↗	00:02:29	↗	00:04:45	00:02:26	00:04:43	↘	00:02:18	↘	00:04:46	00:02:19
Gesprächsannahmezeit bei RD-Einsätzen	00:00:23	↗	00:00:06	➡	00:00:20	00:00:06	00:00:17	↘	00:00:05	➡	00:00:18	00:00:05

Gesamtjahr 2024

Ratenbasierte Übersicht - Einheit: %

Indikator	Ihr Bereich			Alle Bereiche		
	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)	Ergebnis	Trend	Ergebnis (Vorjahr)
Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel	20,18	↘	22,15	22,01	↗	21,62
Notarztindikation - Einsätze ohne Notarzt mit M-NACA < 4	73,42	↘	75,59	68,14	↘	70,25
Notarztindikation - Notarzteinsätze mit M-NACA >= 4	67,47	↘	68,01	69,91	↗	69,41
Reanimationserkennung durch die Leitstelle	72,92	→	-	61,14	→	-
Richtige Einsatzindikation	73,58	↘	74,45	73,21	↘	73,31

Anlage 2. Vereinbarungen mit Nachbar-Rettungsdienstbereichen

A) Vereinbarung über die bereichsübergreifende Durchführung der Notfallrettung im nordöstlichen Landkreis Heidenheim

vom 02.07.2010 zwischen dem Bereichsausschuss Heidenheim und dem Bereichsausschuss Ostalbkreis

VEREINBARUNG ÜBER DIE BEREICHSÜBERGREIFENDE DURCHFÜHRUNG DER NOTFALLRETTUNG IM NORDÖSTLICHEN LANDKREIS HEIDENHEIM

zwischen dem

Bereichsausschuss für den Rettungsdienst des Rettungsdienstbereiches Heidenheim, vertreten durch den Vorsitzenden Herrn Dr. B. Konyen
- im Folgenden „BA HDH“ genannt -

und dem

Bereichsausschuss für den Rettungsdienst des Rettungsdienstbereiches Ostalbkreis, vertreten durch den Vorsitzenden Herrn Jörg Hempel
- im Folgenden „BA OAK“ genannt -

1. Auf Grundlage der im Jahr 2009 in den Rettungsdienstbereichen Heidenheim und Ostalbkreis durchgeführten Rettungsdienstgutachten sowie der Beschlüsse des BA HDH vom 08.12.2009 und des BA OAK vom 15.01.2010 wird ab dem 01.08.2010, frühestens jedoch ab Inbetriebnahme des Notarzt-Standortes Neresheim, die Notfallrettung im nordöstlichen Landkreis Heidenheim vom Standort Neresheim aus sichergestellt. Dies umfasst die Versorgung der nicht-ärztlich besetzten Rettungsmittel (RTW) sowie die notärztliche Versorgung.
2. Die am Standort Neresheim vorgehaltenen Rettungsmittel versorgen als erste zuständige Rettungswache folgende Orte des nordöstlichen Landkreises Heidenheim:
 - die Gemeinde Dischingen mit allen Teilorten außer Ballmertshofen und Demmingen
 - die Teilorte Auernheim und Steinhilber der Gemeinde Nattheim,
 - die Teilorte Großkuchen, Kleinkuchen, Rotensohl und Nietheim der Stadt Heidenheim
3. Der BA OAK verpflichtet sich, bei der Bemessung der Rettungsmittelvorhaltung am Standort Neresheim die Versorgung der unter 2. genannten Orte zu berücksichtigen. Der BA OAK stellt sicher, dass ab 01.08.2010 am Standort Neresheim zumindest ein 24-Stunden RTW sowie ein 24-Stunden NEF vorgehalten werden. Der BA OAK stellt im Zusammenwirken mit dem Ostalb-Klinikum Aalen die Gestaltung eines Notarztes am Standort Neresheim sicher. Solange am Standort Neresheim nur 1 RTW vorgehalten wird, darf dieser zur Sicherstellung der Notfallrettung nicht für Krankentransporte, sondern nur für Einsätze der Notfallrettung eingesetzt werden.

4. Die bereichsübergreifende Integrierte Leitstelle Ostwürttemberg (ILS OWB) ist zuständig für die Lenkung aller Einsätze der Rettungsdienstbereiche Ostalbkreis und Heidenheim, so dass die Abwicklung und Dokumentation der bereichsübergreifenden Einsätze problemlos möglich ist. Die ILS OWB stellt dem BA HDH alle Daten zur Verfügung, die für die Planung und Überwachung des Rettungsdienstes durch den BA HDH erforderlich sind. Hierzu zählen insbesondere Daten zur Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Hilfsfrist.
5. Die Verantwortung bei besonderen Einsatzlagen, welche den Einsatz des Leitenden Notarztes und/oder des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst erfordern bleibt auch in dem unter 2. genannten Orten bei dem vom Landkreis Heidenheim bestellten Leitenden Notarzt bzw. Organisatorischen Leiter. Ebenso sind bei Schadenereignisse, die den Einsatz von Rettungsmitteln mehrerer Rettungswachen und ggf. unterstützender Kräfte (z. B. SEG, EE) erfordern, neben den Rettungsmitteln des Standortes Neresheim und ggf. weiterer unterstützender Kräfte benachbarter Rettungsdienstbereiche die Einsatzkräfte des Rettungsdienstbereiches Heidenheim nach der vom DRK Heidenheim vorgegebenen Alarm- und Ausrückeordnung einzusetzen.
6. Die Vereinbarung tritt am 01.08.2010 in Kraft und ist unbefristet. Sie kann frühestens nach 1 Jahr seit Inkrafttreten dieser Vereinbarung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Unbenommen bleibt eine Kündigung aus wichtigem Grund (Beschluss eines Bereichsausschusses).

Heidenheim, den 02.07.2010

Für den

Bereichsausschuss Heidenheim

Dr. Bernhard Konyga
Vorsitzender



Für den

Bereichsausschuss Ostalbkreis

Jörg Hempel
Vorsitzender



B) Vereinbarung über die gegenseitige Information und Unterstützung im Rettungsdienst mit dem DRK Ulm

vom 24.11.1999 zwischen DRK Heidenheim und DRK Ulm

Vereinbarung

zwischen

dem DRK-Kreisverband Heidenheim e.V.
- vertreten durch Kreisgeschäftsführer Thomas Barth

und

dem DRK-Kreisverband Ulm e.V.
- vertreten durch Kreisgeschäftsführer Guido Mayer

über die gegenseitige Information und Unterstützung im Rettungsdienst gemäß den Bestimmungen des Rettungsdienstgesetzes für Baden-Württemberg.

1. Gemäß § 13 des Rettungsdienstgesetzes für Baden-Württemberg(RDG) haben sich die Träger des Rettungsdienstes in benachbarten Rettungsdienstbereichen auf Anforderung der Rettungsleitstellen gegenseitig zu unterstützen, sofern dadurch die Wahrnehmung der Aufgaben im eigenen Rettungsdienstbereich nicht wesentlich beeinträchtigt wird.
2. Träger des Rettungsdienstes und der Rettungsleitstelle in Heidenheim ist der DRK Kreisverband Heidenheim e.V., er unterhält Rettungswachen in Heidenheim und Giengen, die notärztliche Versorgung erfolgt von Heidenheim aus.
Träger des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich Ulm sind der DRK Kreisverband Ulm e.V. und der ASB Ortsverband Ulm, Träger der Rettungsleitstelle ist der DRK Kreisverband Ulm, Rettungswachen werden vorgehalten in Ulm und in Langenau, die notärztliche Versorgung erfolgt von Ulm aus.
3. Die BAB A 7 durchquert die Rettungsdienstbereiche Ulm und Heidenheim in Nord – Süd - Richtung. In den angrenzenden Bereichen sind Ein- und Ausfahrten im Rettungsdienstbereich Ulm gelegen Langenau und im Rettungsdienstbereich Heidenheim gelegen Niederstotzingen. Zur Versorgung von Notfällen auf der A 7 in Nord – Süd - Richtung(Würzburg - Ulm) ist auch auf dem Gebiet des Rettungsdienstbereiches Ulm zuständig DRK Heidenheim bis Ausfahrt Langenau, zur Versorgung von Notfällen auf der A 7 in Süd – Nord - Richtung(Ulm - Würzburg) sind auch auf dem Gebiet des Rettungsdienstbereiches Heidenheim Einsatzkräfte der Träger des Rettungsdienstes aus dem Rettungsdienstbereich Ulm zuständig bis Ausfahrt Niederstotzingen.
4. Die beiden Rettungsleitstellen Ulm und Heidenheim klären nach Eingang von Notrufen aus vorgenanntem Gebiet die entsprechend schnellstmögliche Notfallrettung ab. Dieser Meldeweg erfolgt um abzuklären, ob im zu versorgenden Bereich ohne Kenntnis der anderen Rettungsleitstelle ein nächst mögliches Rettungsmittel vorhanden ist und aus Gründen der Dokumentation.

5. Die beiden Vertragspartner verpflichten sich im Rahmen der Bestimmungen zu § 13 RDG auf Anforderung der anderen Rettungsleitstelle bei Notfällen in den vorgenannten Bereichen entsprechend erforderliche Rettungsmittel einzusetzen.
6. Die beiden Vertragspartner verpflichten sich zur rechtzeitigen gegenseitigen Information diese Vereinbarung berührende Veränderungen.
Die Vereinbarung wird Gegenstand der jeweiligen Bereichspläne für den Rettungsdienst in den beiden Rettungsdienstbereichen.

Ulm, den 24.11.99

Kreisverband Ulm e.V.



Mayer
Kreisgeschäftsführer

Heidenheim, den 22.11.99

Kreisverband Heidenheim e.V.



Barth
Kreisgeschäftsführer

Anlage 3. Vereinbarungen über den Betrieb der Integrierten Leitstelle

A) DRK Landesverband, DRK KV Aalen, DRK Heidenheim RD gGmbH

Vereinbarung

zwischen

dem Deutschen Roten Kreuz Landesverband Baden-Württemberg e.V.
im Folgenden DRK-LV genannt

sowie

dem Deutschen Roten Kreuz Kreisverband Aalen e.V.
im Folgenden DRK Aalen genannt

und

dem Deutschen Roten Kreuz Heidenheim Rettungsdienst gGmbH
im Folgenden DRK Heidenheim genannt

über

den Betrieb einer Rettungsleitstelle für den Rettungsdienstbereich Heidenheim

§ 1

Vorbemerkung

Gemäß § 2 Rettungsdienstgesetz für Baden-Württemberg (RDG) besteht zwischen dem Land und dem DRK-LV eine Vereinbarung über die Trägerschaft des Rettungsdienstes. Diese schließt auch die Trägerschaft für Rettungsleitstellen ein. Der DRK-LV hat diese Aufgaben im Rahmen der Delegation auf seine Kreisverbände bzw. auf deren Gesellschaften übertragen.

Die bisher vom DRK Heidenheim in Heidenheim betriebene integrierte Leitstelle für Feuerwehr und Rettungsdienst für den Landkreis Heidenheim wird im Laufe des Jahres 2006 aufgegeben.

Die Aufgaben der Feuerwehroleitstelle nach dem Feuerwehrgesetz werden nach dem Beschluss des Kreistages des Landkreises Heidenheim vom 24.10.2005 auf die integrierte Leitstelle für den Ostalbkreis beim DRK Aalen mit Standort in Aalen übertragen. Hierüber haben die Beteiligten eine Vereinbarung geschlossen.

Der Bereichsausschuss für den Rettungsdienst im Rettungsdienstbereich Heidenheim hat am 20.10.2005 im Rahmen der Festlegungen zum Bereichsplan und zur Standortfrage einer Rettungsleitstelle für den Rettungsdienstbereich Heidenheim einer Verlegung der Aufgaben der Rettungsleitstelle für den Bereich Heidenheim auf die integrierte Leitstelle in Aalen beim DRK Aalen zugestimmt.

§ 2

Gegenstand

Die Aufgaben einer Rettungsleitstelle nach § 6 RDG für den Rettungsdienstbereich Heidenheim (Gebiet des Landkreises Heidenheim) werden ab Mitte des Jahres 2006 von der integrierten Leitstelle des DRK Aalen wahrgenommen. Wegen des genauen Termins der Inbetriebnahme wird noch eine gesonderte Vereinbarung getroffen. Das DRK Aalen stellt hierzu alle notwendigen personellen, baulichen und technischen Voraussetzungen sicher.

§ 3

Entgelte

Die Entgelte der Rettungsleitstelle gemäß § 6 Abs. 3 RDG werden im für die Rettungsleitstelle Aalen zuständigen Bereichsausschuss festgelegt. Sie werden dem jeweiligen Leistungsträger im Rettungsdienstbereich Heidenheim berechnet. Darüber hinaus erfolgt zwischen den Vertragspartnern kein weiterer Kostenausgleich.

§ 4

Betrieb

Das DRK Aalen als Träger der Rettungsleitstelle stellt den ständigen Betrieb einer Rettungsleitstelle für den Rettungsdienstbereich Heidenheim gemäß den gesetzlichen Bestimmungen und den hierzu ergangenen Rechtsvorschriften und Dienstanweisungen sowie landesweit geltenden Regelungen sicher.

Das DRK Heidenheim stellt die hierzu erforderlichen Daten zur Verfügung und liefert die entsprechenden Alarmierungs- und Einsatzabwicklungsdaten aus seinem Bereich.

Das DRK Aalen liefert dem DRK Heidenheim die für die Abrechnung von Leistungen des Rettungsdienstes notwendigen Daten sowie die für den Träger des Rettungsdienstes im Rettungsdienstbereich Heidenheim, insbesondere nach dem Rettungsdienstgesetz erforderlichen Auswertungen. Dies gilt auch für Daten gemäß der §§ 31 ff. RDG.

§ 5 Beirat

Das DRK Heidenheim wird Mitglied des bei der integrierten Leitstelle Aalen eingerichteten Leitstellenbeirates. Darüber hinaus informieren sich die Vertragspartner zeitnah über alle den laufenden Betrieb der Rettungsleitstelle betreffenden Veränderungen, insbesondere über geplante konzeptionelle und baulich-technische Veränderungen der Leitstelle.

Die Alarmierungs- und Einsatzabwicklung für den Rettungsdienstbereich Heidenheim erfolgt unter Beachtung der vom Sozialministerium bzw. vom Landesausschuss für den Rettungsdienst erlassenen Dispositionsgrundsätze für Rettungsleitstellen nach der Maßgabe des DRK Heidenheim. Soweit erforderlich, stellt das DRK Heidenheim diese Maßnahmen schriftlich zur Verfügung.

§ 6 Haftung

Das DRK Aalen haftet als Träger der Rettungsleitstelle für seine Tätigkeit im Rettungsdienstbereich Heidenheim gemäß den gesetzlichen Bestimmungen. Soweit die Einsatzabwicklung jedoch aufgrund ausdrücklicher schriftlicher und mündlicher Maßgabe des DRK Heidenheim erfolgt, stellt das DRK Heidenheim das DRK Aalen von Ersatzansprüchen Dritter frei.

§ 7 Vertragsdauer

Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Jahr zum 31. Dezember eines jeden Jahres gekündigt werden.

Die Vertragspartner verpflichten sich, nach Kündigung des Vertrages über die Umstände, die zur Kündigung geführt haben, zeitnah sich auszutauschen und möglichst eine einvernehmliche Regelung für die Weiterführung zu finden. Kommt diese nicht zustande, wird der DRK-LV dafür Sorge tragen, dass die Aufgaben der Rettungsleitstelle für den Rettungsdienstbereich Heidenheim entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und der Vereinbarung mit dem Land Baden-Württemberg wahrgenommen werden.

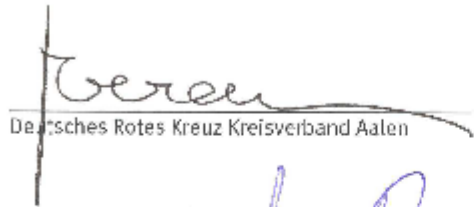
§ 8
Schlussbestimmung

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Sollten Regelungen dieses Vertrages oder künftige Änderungen oder Ergänzungen ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Regelungen dieses Vertrages nicht berührt werden.

Stuttgart/Aalen/Heidenheim, den 17. März 2006



Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg



Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Aalen



Deutsches Rotes Kreuz Heidenheim Rettungsdienst gGmbH

B) Ostalbkreis, Landkreis Heidenheim, DRK KV Aalen

**Vereinbarung
über die Errichtung und den Betrieb
der Integrierten Regionalleitstelle
Ostwürttemberg (IRLS)**

Präambel

Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. ist Träger der Integrierten Regionalleitstelle (IRLS) nach § 6 des Rettungsdienstgesetzes. Von hier aus werden die gesamten Einsätze nach dem Rettungsdienstgesetz sowie dem Feuerwehrgesetz für die Region Ostwürttemberg gelenkt.

Die Landkreise Ostalbkreis und Heidenheim haben nach § 4 des Feuerwehrgesetzes in der Fassung vom 02.03.2010 eine Leitstelle für die Feuerwehren zu schaffen und zu betreiben. Sie können jedoch vereinbaren, diese Aufgabe auf den Träger einer Rettungsleitstelle zu übertragen. Mit dem DRK-Kreisverband Aalen e.V. als Träger der IRLS wird vereinbart, dass er diese Aufgabe nicht nur für den Ostalbkreis, sondern auch für den Landkreis Heidenheim erledigt.

Aufgaben der Integrierten Regionalleitstelle Ostwürttemberg sind insbesondere:

- Die Lenkung der Einsätze des Rettungsdienstes.
- Die Alarmierung der Feuerwehren des Ostalbkreises und des Kreises Heidenheim und die Abwicklung des Funk- und Fernmeldeverkehrs bei Einsätzen.
- Die weiteren in der Betriebsanweisung und der Alarm- und Ausrückeordnung genannten Tätigkeiten.

Der Ostalbkreis

vertreten durch Herrn Landrat Klaus Pavel

der Landkreis Heidenheim

vertreten durch Herrn Landrat Thomas Reinhardt

das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Aalen e.V.

vertreten durch den 1. Vorsitzenden Herrn Dr. Eberhard Schwerdtner
und den 2. Vorsitzenden Herrn Rechtsanwalt Helmut Bezler

schließen deshalb folgende

Vereinbarung

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. betreibt mit eigenem Personal im Rettungszentrum in Aalen, Bischof-Fischer-Straße 121, eine Integrierte Regionalleitstelle (IRLS) sowohl für die Notfallrettung als auch für den Krankentransport im Ostalbkreis und im Landkreis Heidenheim sowie für die Feuerwehren des Ostalbkreises und des Landkreises Heidenheim nach den gesetzlichen Vorgaben und nachfolgenden Bestimmungen.

Grundlage hierfür ist einerseits das Feuerwehrgesetz von Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung, andererseits das Rettungsdienstgesetz von Baden-Württemberg in Verbindung mit dem Rettungsdienstplan in der jeweils gültigen Fassung.

In der IRLS erledigt das eingesetzte Personal sowohl die Aufgaben der Leitstelle für die Feuerwehren nach dem Feuerwehrgesetz als auch der Rettungsleitstelle nach dem Rettungsdienstgesetz. Dabei kommt eine einheitliche Leitstellentechnik zum Einsatz, die gemeinsam genutzt wird.

- (2) Die Landkreise sind Aufgaben- und Kostenträger für den Feuerwehrbereich und haben für ihren Kreis die volle Sachentscheidungsbefugnis.

§ 2

Betrieb

- (1) Die IRLS muss ständig (rund um die Uhr) mit ausreichend Personal besetzt sein. Eine kurzfristige Verstärkung des Personals bei besonderen Schadenslagen ist zu gewährleisten. Hierzu gehören auch Leistungen außerhalb der Einsatztätigkeit der Feuerwehren und des Rettungsdienstes, z.B. bei Übungen, sofern sie mit der Regelbesetzung nicht erbracht werden können.
- (2) Die Einzelheiten des Betriebsablaufes werden von den Vertragsparteien in einer „Betriebsanweisung der Integrierten Regionalleitstelle Ostwürttemberg“ entsprechend den jeweiligen fachtechnischen Anforderungen festgelegt.
- (3) Die Fachaufsicht liegt in Feuerwehrangelegenheiten für den jeweiligen Kreis beim zuständigen Kreisbrandmeister bzw. dessen Stellvertreter, im rettungsdienstlichen Bereich bei dem Leiter des Rettungsdienstes des DRK-Kreisverbandes Aalen e.V.. Ein Weisungsrecht im jeweils anderen Aufgabenbereich besteht nicht.
- (4) Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. als Träger der IRLS hat die organisatorische Verantwortung für den sicheren Betrieb der Leitstelle. Über die Vergaben von Aufträgen und den Abschluss von Verträgen, soweit es den Betrieb der IRLS betrifft, sind die Landratsämter Heidenheim und Ostalbkreis zu informieren und das Einvernehmen herzustellen. Die im Zusammenhang mit dem Bau des Rettungszentrums geschlossenen Vereinbarungen sind zu beachten.
- (5) Es wird ein Beirat unter Beteiligung des DRK-Kreisverband Aalen e.V., des DRK-Kreisverband Schwäbisch Gmünd e.V., der DRK-Heidenheim Rettungsdienst gGmbH, der Malteser Hilfsdienst gGmbH, der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. – Regionalverband Ostwürttemberg, des Arbeiter-Samariter-Bundes Baden-Württemberg e.V. – Regionalverband Ulm, Alb-Donau, Heidenheim, Aalen, der Feuerwehren des Ostalbkreises und des Landkreises Heidenheim, vertreten durch die jeweiligen Kreisbrandmeister, jeweils ein Vertreter der Kreisfeuerwehrverbände Ostalb und Heidenheim, jeweils ein Vertreter des Landkreises Heidenheim und des Ostalbkreises sowie ein Vertreter der Krankenkassen eingerichtet, der mindestens zweimal jährlich vom DRK-Kreisverband Aalen e.V. einzuberufen ist. Er ist auch auf Antrag von zumindest zwei im Beirat vertretenen Beteiligten einzuberufen. Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. kann Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die für die IRLS zuständig sind sowie externe Sachverständige zu den Sitzungen des Leitstellenbeirates zur fachlichen

Unterstützung beziehen.

Der Leitstellenbeirat erörtert alle wesentlichen Sachverhalte, Probleme und Entscheidungen in Bezug auf die IRLS. Insbesondere werden alle wesentlichen Maßnahmen in Bezug auf die technische, organisatorische und personelle Entwicklung der IRLS im Leitstellenbeirat behandelt.

Im Rahmen der Qualitätssicherung sind die Sprecher der leitenden Notärzte des Landkreises Heidenheim und des Ostalbkreises im Leitstellenbeirat beratend zu beteiligen.

Der Beirat ist vom DRK-Kreisverband Aalen e.V. über alle grundsätzlichen Angelegenheiten der IRLS zu informieren. Er kann dem DRK-Kreisverband Aalen e.V. als Träger der IRLS Empfehlungen aussprechen.

§ 3

Alarmierungswesen

- (1) Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. übernimmt als Träger der IRLS die zentrale Alarmierung der Notfallrettung in den Landkreisen Heidenheim und Ostalbkreis sowie der Feuerwehren in den beiden genannten Landkreisen, entsprechend den Bestimmungen des Feuerwehrgesetzes von Baden-Württemberg in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Einzelheiten des Alarmierungswesens richten sich nach der vom DRK-Kreisverband Aalen e.V. im Benehmen mit den Landkreisen Heidenheim und Ostalbkreis herausgegebenen Alarm- und Ausrückeordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Für die Fortschreibung der Alarm- und Ausrückeordnung der Feuerwehren sind die Landkreise Heidenheim und Ostalbkreis verantwortlich.
- (4) Die für das Alarmierungswesen notwendigen weiteren Unterlagen, Alarm- und Einsatzpläne, Ausstattungslisten, Funkrufnamenpläne und Gefahrgutkatalog werden seitens der Landkreise dem DRK-Kreisverband Aalen e.V. zur Verfügung gestellt und laufend fortgeschrieben bzw. ergänzt. Soweit Unterlagen von Dritten zur Wahrnehmung der Aufgaben notwendig sind, sind die Landkreise für die Beschaffung und Aktualisierung verantwortlich.
- (5) Für den Aufbau und den Betrieb eines digitalen Alarmierungsnetzes schließen der Landkreis Heidenheim, der Ostalbkreis und der DRK-Kreisverband Aalen e.V. als Betreiber der Leitstelle einen separaten Vertrag ab.

§ 4

Personal

- (1) Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. stellt für die Bedienung der IRLS das von ihm vorgehaltene Personal bereit.
- (2) Die personelle Ausstattung richtet sich nach dem vom DRK-Kreisverband Aalen e.V. im Einvernehmen mit dem Bereichsausschuss für den Rettungsdienst im Ostalbkreis genehmigten Stellenplan.
- (3) Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. ist Arbeitgeber des Personals mit sämtlichen hieraus sich ergebenden Rechten und Pflichten.
- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass alle zum Betrieb der IRLS notwendigen Personen sowohl für den Bereich des Rettungsdienstes als auch für den Bereich der Feuerwehr hinreichend qualifiziert und ausgebildet sein müssen.

Für den Bereich des Rettungsdienstes sind dabei die Bestimmungen im Rettungsdienstgesetz, im Rettungsdienstplan und den daraus resultierenden Verordnungen und Erlassen sowie die vertraglich festgelegten Anforderungen des DRK-Kreisverbandes Aalen e.V. zu beachten.

Für den Aufgabenbereich der Feuerwehr ist die in den gemeinsamen Hinweisen festgelegte feuerwehrtechnische Ausbildung erforderlich. Die Landkreise als Aufgaben- und Kostenträger für die Feuerwehr verpflichten sich, das eingesetzte Personal in feuerwehrtechnischer Hinsicht auf ihre Kosten aus- und fortzubilden. Das Personal muss mindestens die Ausbildung zum Gruppenführer absolvieren und einen Lehrgang „Leitstellenbedienpersonal“ im Bereich des DRK-Kreisverbandes Aalen e.V. oder an der Landesfeuerwehrschule besucht haben. Die Ausbildungskosten werden von den Landkreisen nach dem in § 7 genannten Schlüssel getragen.

- (5) Der DRK-Kreisverband Aalen e.V. erklärt sich bereit, sein Personal zu den Fortbildungsmaßnahmen auch der Feuerwehr nach rechtzeitiger Absprache im Rahmen des Dienstes freizustellen.

§ 5

Dienstvorgesetzter

Dienstvorgesetzter für das Personal der IRLS ist der Kreisgeschäftsführer des DRK-Kreisverbandes Aalen e.V..

§ 6

Investitions- und sächliche Betriebskosten

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten.

(2) Die Investitionskosten für die Technik der IRLS werden wie folgt finanziert:

- DRK-Kreisverband Aalen e.V.	50,00 %
- Ostalbkreis	35,00 %
- Landkreis Heidenheim	15,00 %

Bei geförderten Investitionen steht der gewährte Zuschuss ausschließlich den zuschussberechtigten Vertragsparteien zu.

(3) Werden von einem Vertragspartner Geräte, Vorrichtungen und Dienstleistungen (bspw. Softwareprodukte) in der IRLS angeschafft oder in Auftrag gegeben, die ausschließlich dem Interesse dieses Vertragspartners dienen, so trägt dieser Vertragspartner die auf ihn entfallenden Anschaffungs- und Betriebskosten (einschließlich Folgekosten, wie bspw. Wartungskosten).

Im Übrigen tragen die Kosten für die Wartung, Unterhaltung und Instandsetzung sowie die Hausbetriebskosten der zur IRLS gehörenden Einrichtungen der DRK-Kreisverband Aalen e.V., der Ostalbkreis und der Landkreis Heidenheim im Verhältnis von 50,00 % : 35,00 % : 15,00 %.

Sachkosten (wie bspw. die Leitungskosten für die Notrufnummer 112 sowie Leitungskosten zur Polizei und zum Krankenhaus, Wartungs- und Instandsetzungskosten und sonstige Kosten), die in Heidenheim anfallen oder durch die Aufschaltung der Leitstelle Heidenheim verursacht werden, sind vom Landkreis Heidenheim zu tragen.

Kosten, die aus der Übernahme weiterer Dienstleistungen entstehen, die nicht Bestandteil des Aufgabenkataloges einer IRLS sind, werden nicht über das Leitstellenbudget finanziert.

Der DRK-Kreisverband Aalen e. V. ist verpflichtet, die zur IRLS gehörenden Geräte und Einrichtungen pfleglich zu behandeln und ihre ständige Funktionsfähigkeit zu sichern.

Die hierfür notwendigen Kosten werden gemäß § 6 Abs. 3 vom DRK-Kreisverband Aalen e.V., dem Ostalbkreis und dem Landkreis Heidenheim getragen.

Bei wesentlichen Störungen und Defekten an Geräten, der Einrichtung oder Teilen hiervon sind die Landkreise unverzüglich zu verständigen.

§ 7

Personalkosten

- (1) Die Landkreise erstatten dem DRK-Kreisverband Aalen e.V. für die Wahrnehmung der Aufgabe der Feuerwehrleitstelle den auf den Landkreis Heidenheim und den Ostalbkreis entfallenden Personalkostenanteil der IRLS. Personalkosten sind die Kosten, die in Zusammenhang mit den in § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung genannten Aufgaben stehen.
- (2) Der Personalkostenanteil für den Feuerwehrbetrieb beträgt 47 % der vom Bereichsausschuss Ostalbkreis für den Betrieb der IRLS jährlich festgelegten Gesamtpersonalkosten. Dieser 47-%ige Personalkostenanteil der Landkreise ist beginnend vom 01.01.2016 auf die Dauer von 10 Jahren, mithin bis 31.12.2026 festgeschrieben.
- (3) Die Personalkostenerstattungsanteile der Landkreise betragen für den Ostalbkreis 35,95 % und den Landkreis Heidenheim 11,05 % der vom Bereichsausschuss nach Abs. 2 festgelegten Gesamtpersonalkosten. Der Personalkostenerstattungsanteil der Landkreise ist an die prozentuale Personalstellenverteilung (76,48 % Ostalbkreis und 23,52 % Landkreis Heidenheim) innerhalb der Landkreise angelehnt.
- (4) Abschlagszahlungen auf den Erstattungsbetrag sind jeweils zur Quartalsmitte zur Zahlung fällig. Zum Jahresende erfolgt zwischen den Vertragsparteien eine abschließende Abrechnung.

§ 8

Haftung

- (1) Die Landkreise stellen den DRK-Kreisverband Aalen e.V. von Ersatzansprüchen Dritter, die diese gegen den DRK-Kreisverband Aalen e.V. aus dem Betrieb der Feuerwehrleitstelle erheben frei, soweit sie dem Verantwortungsbereich der Landkreise entsprechend dieser Vereinbarung zuzurechnen sind.

§ 9

Vertragsdauer / Inkrafttreten

Diese Vereinbarung wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und tritt anstelle der Vereinbarung vom 22.12.2005. Sie kann von jedem Partner unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Jahr zum 31.12. gekündigt werden; frühestens zum 31.12.2020.

Nach Kündigung des Vertrages sind die Vertragspartner verpflichtet, sich über die Umstände, die zur Kündigung geführt haben, zu einigen. Kommt keine Einigung zustande, soll unter Mitwirkung des Regierungspräsidiums Stuttgart versucht werden, eine Einigung zu erzielen.

Diese Vereinbarung tritt rückwirkend ab 01.01.2016 in Kraft.

§ 10

Schriftform

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

§ 11

Schlussbestimmung

Sollten Regelungen dieses Vertrages oder künftige Änderungen oder Ergänzungen ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein, so soll hierdurch die Gültigkeit der übrigen Vereinbarungen des Vertrages nicht berührt werden.

Aalen, 03. Februar 2016

Für den Ostalbkreis



Klaus Pavel
Landrat

Für den Landkreis
Heidenheim



Thomas Reinhardt
Landrat

Für das Deutsche Rote Kreuz,
Kreisverband Aalen e.V.

Dr. Eberhard Schwerdtner
1. Vorsitzender

Helmut Bezler
2. Vorsitzender

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	Personenankunftssysteme	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 Aufwachen 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 Notfallkrankenzüge, 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, Rettungsanitäter, 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 bereit erklärt 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 Durchgangsarzten (von den Berufsgenossenschaften besonders anerkannte Ärzte mit vorgeschriebener Praxisausstattung)
- Erfassung von Chirurgischen Notfallpraxen sowie Praxen mit Kapazitäten zur ambulanten-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:
 - o Beleuchtung
 - o 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 Schwerebrandverletzten 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 verletzten 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 Grundschatzes 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 Bundesländern²
- 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 Rettungsdienst³ 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.

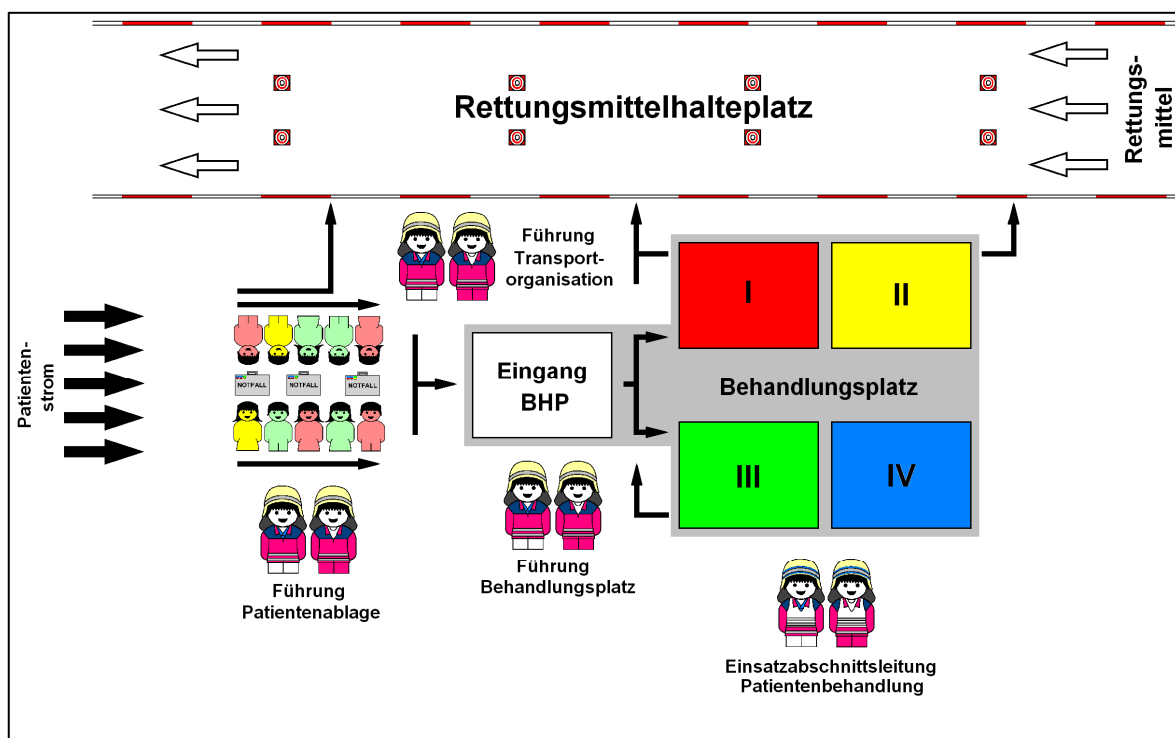


Abbildung 1: Aufbauprinzip Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“

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.

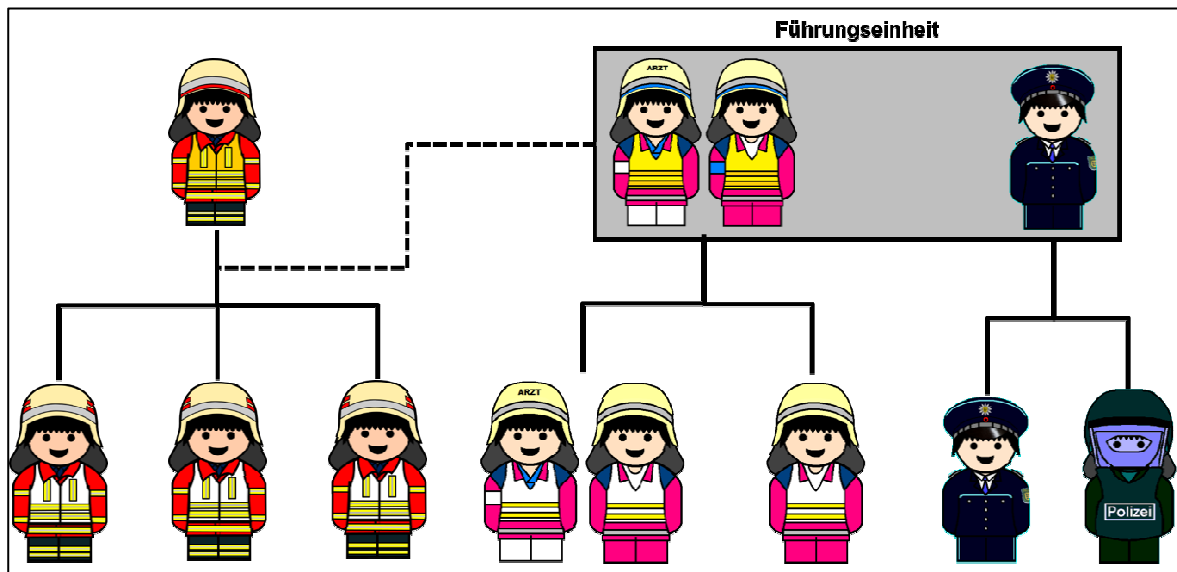


Abbildung 2: Drei unabhängige Einsatzleitungen mit gesetzlich unterschiedlichen Aufgaben – Der Technische Einsatzleiter der Feuerwehr hat eine Führungseinheit zu bilden, der Vertreter der eingesetzten Organisationen als Berater angehören.

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, indem 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.

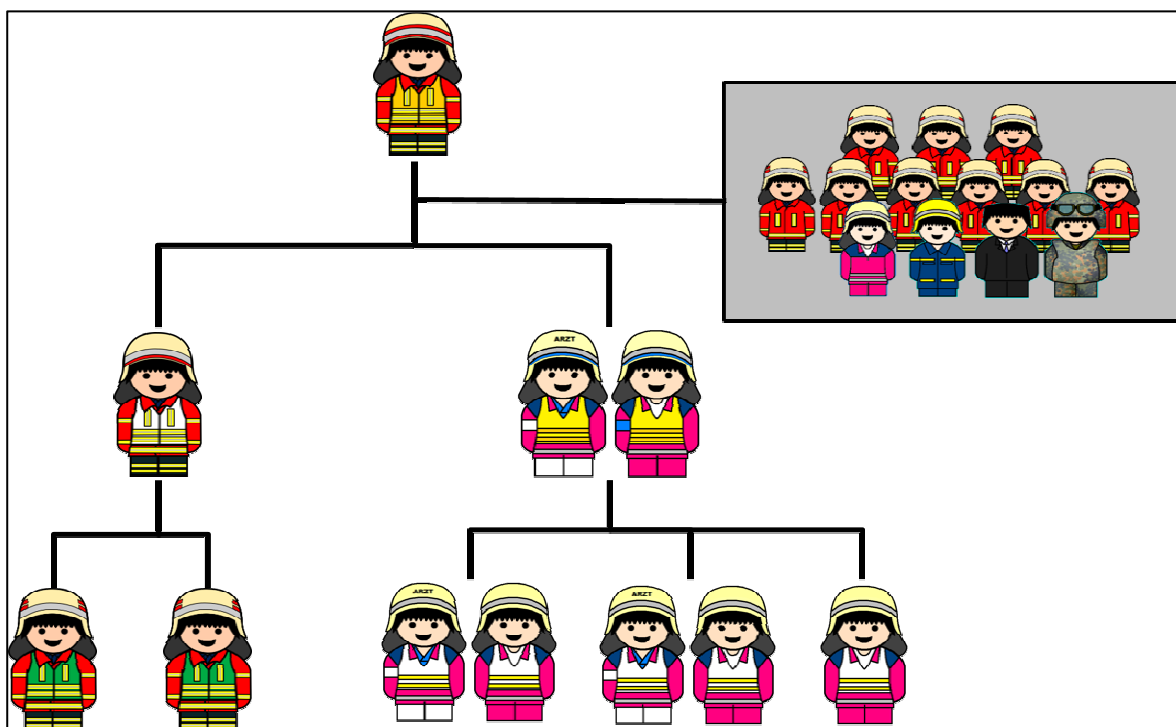


Abbildung 3: Bei mehreren Einsatzabschnitten „Patientenbehandlung“ müssen diese auch bei einem Einsatz nach LKatSG durch den LNA koordiniert werden. Die kann auch aus der Führungseinheit (i. d. R. Führungsstab) heraus erfolgen

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.

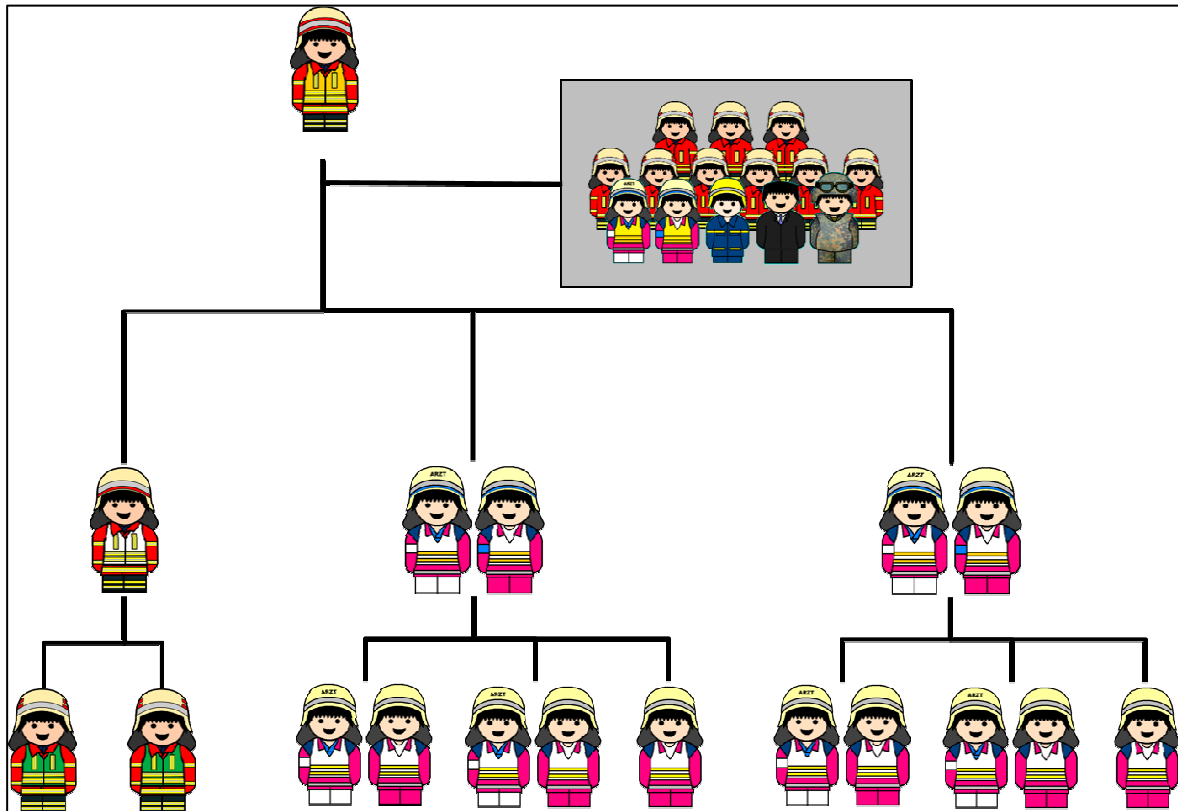


Abbildung 4: Einsatz nach LKatSG; der LNA übernimmt mit dem OrgL die Leitung des EA „Patientenbehandlung“

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 Aufwachen 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 Rettungsdienstes 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“.

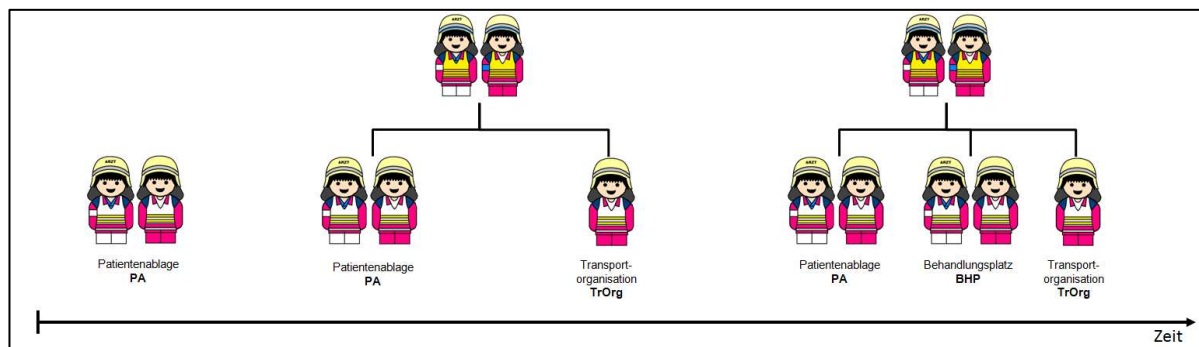


Abbildung 5: Aufwachsen der Führungsstruktur „Patientenbehandlung“

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.

Konzeption des Landkreises Heidenheim für die Einsatzplanung und Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten oder Erkrankten

MANV-Plan



Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines.....	3
1.1	Vorwort:	3
1.2	Anwendungsbereich der Gemeinsamen Hinweise MANV	3
1.3	Wesentliche Zielsetzung bei einem MANV	4
1.4	Planungsgrundlagen	4
2	Aufwachsen/Wellenkonzept	5
2.1	Wellenkonzept	6
3	Einsatzeinheiten	7
3.1	Einsatzeinheiten im Landkreis Heidenheim	7
4	Standardisierung von taktischen Abläufen.....	9
4.1	Einsatzabschnittsbildung.....	9
4.1.1	Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“	9
4.1.2	Einsatzabschnitt „Betreuung“	11
4.1.3	Einsatzabschnitt „Bereitstellung“ (Bereitstellungsraum).....	12
4.2	Patientenfluss	12
4.3	Führungsorganisation	13
4.3.1	Führungsorganisation im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ und Zusammenwirken mit anderen Einsatzabschnitten.....	13
4.4	Kommunikation	15
4.5	Personenauskunft / Dokumentation	15
4.6	Registrierung	15
4.7	Psychosoziale Notfallversorgung	16
4.8	Mitwirkung der Krankenhäuser.....	16
5	Alarmierung.....	16
6	Umsetzung.....	19
7	Abkürzungsverzeichnis	20
8	Verteiler.....	21

1 Allgemeines

1.1 Vorwort:

Schadensereignisse mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV) sind trotz ihrer Seltenheit - gemessen am Umfang des rettungsdienstlichen Tagesgeschäftes - durchaus Realität. Die Bewältigung solcher Schadensereignisse stellt an die Beteiligten große Herausforderungen, die nur gemeistert werden können, wenn rechtzeitig umfassende Vorbereitungen getroffen wurden.

Vor diesem Hintergrund hat das Innenministerium Baden-Württemberg die unteren Katastrophenschutzbehörden angewiesen, jeweils einen eigenen MANV-Plan zu erstellen. Grundlage für die Planerstellung sind das MANV-Konzept und die Gemeinsamen Hinweise MANV des Innenministeriums und des Ministeriums für Arbeit und Soziales vom 07. Juli 2008.

Auf eine Auflistung von Behörden, Organisationen und Hilfsmitteln wird in diesem Plan verzichtet. Diese können dem Allgemeinen Katastropheneinsatzplan des Landratsamtes Heidenheim entnommen werden.

1.2 Anwendungsbereich der Gemeinsamen Hinweise MANV

Ein Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten im Sinne der Gemeinsamen Hinweise MANV liegt vor, wenn ein Großschadensfall gemäß Kapitel III Ziff. 5.1 Rettungsdienstplan 2000 Baden-Württemberg oder eine Katastrophe mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten nach § 1 Abs. 2 Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) gegeben ist.¹

Ein Großschadensfall ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten 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 (Kapitel III, Ziffer 5.1 Rettungsdienstplan 2000 Baden-Württemberg).

Nicht jeder Großschadensfall ist eine Katastrophe. Die meisten MANV sind unterhalb der Katastrophenschwelle einzuordnen. Eine Katastrophe liegt nur unter den im § 1 Abs. 2 LKatSG genannten Voraussetzungen vor und muss vom Landrat oder einem Stellvertreter gem. § 18 LKatSG förmlich festgestellt werden. Dennoch sind die unteren Katastrophenschutzbehörden durch § 2 LKatSG verpflichtet, vorbereitende Maßnahmen zu treffen.

Dieser MANV-Plan konkretisiert die sich aus dem Feuerwehrgesetz (FwG), Polizeigesetz (PolG), Rettungsdienstgesetz (RDG) und Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG) ergebenden Bestimmungen. Die Zuständigkeiten nach diesen Gesetzen bleiben unberührt.

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

1.3 Wesentliche Zielsetzung bei einem MANV

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.

Um das Missverhältnis zwischen dem Versorgungsbedarf und den zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten möglichst schnell zu beseitigen, ist es erforderlich, unverzüglich zusätzliches Fachpersonal und medizinisches Material zum Notfallort zu bringen und dort eine Basis-Infrastruktur herzustellen, die eine medizinische Versorgung zulässt. Weiterhin ist es bis zur Wiederherstellung der medizinischen Regelversorgung notwendig, die Versorgung der einzelnen Patienten konsequent an der Dringlichkeit der jeweiligen Gesundheitsstörungen auszurichten (Sichtung), um durch die optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten das Überleben möglichst vieler Betroffenen zu sichern. Ferner ist die konsequente Umsetzung der Planungen für einen MANV geboten. Sofern nach der Sichtung eine stationäre Behandlung erforderlich ist, sind Verletzte und Erkrankte durch die gezielte Zuweisung in geeignete Krankenhäuser möglichst frühzeitig einer individualmedizinisch-klinischen Versorgung zuzuführen.

Eine Schadenslage mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten 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 befasst sich schwerpunktmäßig mit der Einbindung und den Planungen der Einsatzeinheiten „Sanität und Betreuung“. Es 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 Neuerungen:

Festlegung eines integrierten Hilfeleistungssystems mit einem lückenlosen Ineinandergreifen von Rettungsdienst, Schnelleinsatzgruppen (SEG), Einsatzeinheiten (EE) und Katastrophenschutz.

Harmonisierung der Abläufe, Begrifflichkeiten und taktischen Maßnahmen über Rettungsdienstbereiche hinweg

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

Als Mindestanforderung muss grundsätzlich jeder Stadt- und Landkreis in der Lage sein, über die Vorhaltungen für den Rettungsdienst laut Bereichsplan hinaus, insgesamt 50 Patienten schnellstmöglich versorgen zu können.

1.4 Planungsgrundlagen

Als Planungsgrundlage wird ein punktuell oder kleinflächiges Schadensereignis mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten 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)
- Einbindung der Krankenhäuser

Auf der Grundlage der Ergebnisse der 1. und 2. Konsensuskonferenz (Kapitel I Ziffer 4) 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

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

2 Aufwachsen/Wellenkonzept

Die zur Bewältigung einer Schadenslage benötigten Ressourcen sind in einem stufenförmig aufwachsenden Wellenkonzept dargestellt. Die Zuordnung der „Wellen“ soll nicht ausschließlich auf der Verletztenzahl basieren. Vielmehr ist die Zuordnung an den in jedem Schadensfall verschieden gelagerten örtlichen Gegebenheiten auszurichten wie beispielsweise vorhandenes Personal und Material. 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.

2.1 Wellenkonzept

1. Welle (ca. 1-5 Patienten)

Hilfeleistung für individuelle Notfälle. Regelversorgung auf örtlicher Ebene.

Eingesetzte Kräfte	Maßnahmen
- Regelrettungsdienst + Hintergrunddienste + Nachbarrettungsdienste + OrgLeiter-RD bei mehr als 3 Rettungsmitteln	○ Individuelle notfallmedizinische Versorgung ○ Individueller Transport in die geeignete Klinik

2. Welle (ca. 6-20 Patienten)

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten, deren Bewältigung neben den Ressourcen der 1. Welle weiterer Unterstützung bedarf: Standardisierter flächendeckender Grundschutz. Ggf. sind Patientenablagen einzurichten und der Aufbau und Betrieb von Behandlungsplätzen notwendig.

Eingesetzte Kräfte	Maßnahmen
6-10 Patienten: Kräfte der 1. Welle + 1 SEG + LNA + OrgL RD + FW-Unterstützung + ggf. NFS	6-10 Patienten: ○ Sichtung + Registrierung ○ Ggf. Patientenablage (evtl. mit Zelt)
Ab 11-20 Patienten zusätzlich: + 1 EE + 1 weitere SEG ggf. Großraum-RTH + NFS + LNFS	Ab 11-20 Patienten zusätzlich: ○ Patientenablage ○ Rettungsmittelhalteplatz ○ ggf. Behandlungsplatz ○ ggf. Bereitstellungsraum

3. Welle (21-50 Patienten)

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten, die nicht mit dem Potenzial des Grundschatzes 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.

Eingesetzte Kräfte	Maßnahmen
Kräfte der 2. Welle + 1-2 weitere EE 2-3 weitere SEG (Trsp.)	○ 2-3 Patientenablagen ○ Rettungsmittelhalteplatz ○ 1-2 Behandlungsplätze

+ AB MANV 25+ Ulm + G-RTH/ggf. G-RTW + erhebliche FW-Kräfte + KAB des DRK + PTN	○ Transportkapazität für regionale Verteilung der Patienten (50km-Radius) ○ Bereitstellungsraum
---	--

4. Welle (ca. 51-100 Patienten oder mehr)

Hilfeleistung für Schadensereignisse mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten, 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.

Eingesetzte Kräfte	Maßnahmen
Kräfte der 3. Welle + weitere EE überregional + ggf. Kräfte anderer Bundesländer + Kräfte der Bundeswehr + NFS überregional	○ mehrere dezentrale Behandlungsplätze je nach Lage und Bedarf ○ Transportkapazität für überregionale Verteilung der Patienten (150km-Radius) ○ Bereitstellungsräume ○ Einsatz Dekon-P

3 Einsatzeinheiten

Ein Schadensereignis mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten ist – bei entsprechendem Ausmaß – nicht mehr alleine mit den Ressourcen eines Landkreises zu beherrschen. Da die bisherigen regionalen oder organisationseigenen Konzepte zur überörtlichen Hilfeleistung untereinander nur eingeschränkt kompatibel sind, ist zur effektiven Abarbeitung von komplexen Schadenslagen eine Standardisierung von Leistungen erforderlich.

- Die Einsatzeinheit Erstversorgung wird in folgende Leistungsmodule gegliedert:

Führung, **Erstversorgung**, Transport, Betreuung und Logistik, Technik und Sicherheit

- Die Einsatzeinheit Betreuung wird in folgende Leistungsmodule gegliedert:

Führung, **Behandlung**, Transport, Betreuung und Logistik, Technik und Sicherheit

3.1 Einsatzeinheiten im Landkreis Heidenheim

Der Landkreis Heidenheim verfügt über zwei Einsatzeinheiten (EE), davon ist eine im nördlichen Teil und eine im südlichen Teil des Landkreises angesiedelt. Die EE werden vom DRK-Kreisverband Heidenheim aufgestellt.

Das Modul Katastrophenschutz umfasst Einsatzeinheiten (EE), die zusätzlich zu ihrer Grundausrüstung eine Zusatzausrüstung zur Erstversorgung bzw. zur Behandlung erhalten. Die EE-Erstversorgung und die EE-Behandlung unterscheiden sich im Wesentlichen durch die Zusatzausrüstung.

Die EE-Erstversorgung integriert eine Schnelleinsatzgruppe–Erstversorgung (SEG-E) gemäß Konzept.

Die EE-Behandlung verfügt über die ergänzende Ausrüstung für den Betrieb eines Behandlungsplatzes 25.

Jede ungerade (erste, dritte, fünfte, siebte) EE in einem Stadt-/Landkreis ist als EE-Erstversorgung auszustatten.

Für den Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes 25 sind grundsätzlich zwei Einsatzeinheiten notwendig. Idealerweise eine EE-Erstversorgung und eine EE-Behandlung.

Leistungsmodul	Führung	Erstversorgung	Behandlung	Transport	Betreuung und Logistik	Technik und Sicherheit
Mindeststärke und Qualifikation des Personals	3/2/1/6 1 Arzt 2 Zugführer 2 Gruppenführer	1/8/9	1/8/9	0/4/4	1/8/9	1/3/4
Optimale Stärke und Qualifikation des Personals	4/2/1/7 mit KBL					
Materielle Ausstattung	1 KdoW L	1 ArztWG L 1 MTW L	1 MTW B	2 KTW-B L 1 KTW B 1 KTW L	1 LKW L 1 LKW B 1 MTW L 1 KTW 4 L	1 TD L 1 FKH L
Optimale materielle Ausstattung	+ 1 KdoW O		+ GW-San Betr. B			

3.2 Zuordnung der Fahrzeuge zu den EE mit den Standorten

Einsatzeinheit 1 (Nord) - Behandlung (Träger: DRK Kreisverband Heidenheim)							
Nr.	KfzArt	Kennz.	Hersteller, Typ	EZ	Träger	Standort	O/L/B
1	KdoW / ELW	HDH-RK 142	Iveco		DRK	HDH	O
2	ArztWG	HDH-8911	DB 609-KA	07.09.1988	DRK	HDH	L
3	MTW	HDH-8905	Fiat	08.08.2001	DRK	Königsbronn	L
4	KTW-B Land	HDH-BS891	MB Sprinter	2010	DRK	Dischingen	L
5	KTW	HDH-8908	Ford VIL	16.12.1985	DRK	Zang	L
6	LKW	HDH-8025	MB	29.03.2000	DRK	Gussenstadt	B
7	MTW	HDH-8909	Ford VLS	17.03.1986	DRK	HDH	L
8	MTW	HDH-8930	Fiat	12.12.2001	DRK	Giengen	L
9	KTW 4	HDH- 8907	Ford VIL	16.12.1985	DRK	Königsbronn	L

Nr.	KfzArt	Kennz.	Hersteller, Typ	EZ	Träger	Standort	O/L/B
1	KdoW	HDH-MX 20	VW LT		DRK	Giengen	O
2	GW-San	HDH-BS893	Daimler AG	12.07.2010	DRK	Giengen	L
3	MTW	HDH-8906	Ford VLS	31.03.2001	DRK	Nattheim	L
4	KTW-B Land	HDH-BS 890	MB Sprinter	07.11.2008	DRK	Giengen	L
5	KTW 4	HDH-8027	MB Sprinter	09.11.2001	DRK	Herbrecht.	B
6	LKW	HDH-8901	IVECO ML 1Q	11.12.2003	DRK	Sontheim	L
7	MTW	HDH-8930	Fiat	12.12.2001	DRK	Burgberg	L
8	TD	HDH-8904	Ford FNDY	22.05.2003	DRK	Hürben	L
9	FKH	HDH-8903	Progress SND-Anh.	17.02.1982	DRK	Sontheim	L
10	KTW-B Land	HDH-BS892	MB Sprinter	20.04.2010	DRK	Herbrechtingen	L

4 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“.

4.1 Einsatzabschnittsbildung

Zur Bewältigung eines Schadensereignisses mit einer Vielzahl von Verletzten oder Erkrankten sind neben deren medizinischer Versorgung und Betreuung lageabhängig weitere Leistungen erforderlich wie z. B. die technische Rettung oder die Brandbekämpfung. Alle Maßnahmen zur Behandlung von Betroffenen sind im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ zusammenzufassen, der mindestens in „Patientenablage“ und „Transportorganisation“ zu gliedern ist - lageabhängig ergänzt um den Bereich „Behandlungsplatz“.

Die Maßnahmen der Betreuung werden in einem eigenen Einsatzabschnitt „Betreuung“ zusammengefasst. Lageabhängig können diese Aufgaben auch dem Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ angegliedert werden.

Bei Schadensfällen im Zusammenhang mit terroristischen Anschlägen muss bei der Bildung der Einsatzabschnitte im Hinblick auf deren örtliche Lage insbesondere auch die Gefahr von gezielten Folgeanschlägen berücksichtigt werden.

4.1.1 Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“

Die Leitung des Einsatzabschnittes „Patientenbehandlung“ obliegt der medizinischen Einsatzleitung bestehend aus dem Leitenden Notarzt (LNA) und dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL). Der Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ wird wie oben beschrieben in folgende Unterabschnitte gegliedert:

4.1.1.1 Patientenablage (PA)

Die Patientenablage ist eine Stelle an der Grenze des Gefahrenbereichs, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und soweit möglich erstversorgt werden. Dort werden sie zum Transport an einen Behandlungsplatz oder in Krankenhäuser übergeben. An der Patientenablage soll eine erste Sichtung durchgeführt werden. 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.

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.

Führung: Die Führung des Abschnitts „Patientenablage“ erfolgt durch eine - von der medizinischen Einsatzleitung bestimmte – Abschnittsführung, diese soll aus einem Arzt (möglichst mit LNA-Qualifikation) und einem organisatorischen Abschnittsführer (möglichst mit OrgL-Qualifikation) bestehen.

4.1.1.2 Behandlungsplatz (BHP)

Der Behandlungsplatz ist eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, an der Verletzte/ Erkrankte nach Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden. Von dort erfolgt der Transport in die Krankenhäuser.

Die Errichtung eines Behandlungsplatzes ist nur dann sinnvoll, wenn die Zeit zum Herstellen der Betriebsbereitschaft deutlich kleiner ist als die notwendige Zeit, die erforderlich ist, um alle Patienten in Krankenhäuser zu transportieren. Zudem müssen die erforderlichen Flächen zur Verfügung stehen.

Soweit noch nicht in der Patientenablage geschehen, muss vor dem Abtransport eine Registrierung/Dokumentation und Kennzeichnung der Betroffenen durchgeführt werden.

Um eine optimale Patientenbehandlung und einen effektiven Einsatz der Kräfte zu sichern, ist ein strukturierter Aufbau des Behandlungsplatzes notwendig. Anzustreben ist der Aufbau in kurzer Entfernung zur Patientenablage, weil auf diese Weise nur ein relativ geringer Personalbedarf für Trägerkolonnen erforderlich ist. Außerdem ist auf zweckmäßige Zu- und Abfahrten für Rettungsmittel zu achten.

Vor dem Aufbau des Behandlungsplatzes müssen folgende Punkte festgelegt und abgestimmt sein:

- Anzahl und Ort(e) der zu übernehmenden Patientenablage(n)
- Vorgesehener Ort zum Aufbau des BHP (bzw. Erweiterung der Patientenablage)
- Kommunikationsstruktur
- Führer der Patientenablagen als Ansprechpartner vor Ort
- Verfahren der Patientenzuweisung in die Krankenhäuser
- Sachstand der Patientensichtung und -behandlung
- Sachstand des Patiententransports
- Verfügbarkeit von Rettungsmitteln
- Zuweisung eines Rettungsmittelhalteplatzes und der An- und Abfahrtwege

Das Leistungsmodul Technik und Sicherheit unterstützt beim Aufbau des Behandlungsplatzes.

Führung: Die Führung des Abschnitts „Behandlungsplatz“ erfolgt durch eine - von der medizinischen Einsatzleitung bestimmte – Abschnittsführung, diese soll aus einem Arzt (möglichst mit LNA-Qualifikation) und einem organisatorischen Abschnittsführer (möglichst mit OrgL-Qualifikation) bestehen.

4.1.1.3 Transportorganisation

Bei einer großen Anzahl an Patienten soll die Transportorganisation nicht mehr von der Leitstelle wahrgenommen werden. Die Koordination erfolgt dann im Bereich „Transportorganisation“ als Element der Führungsstruktur.

Der Transport und die Disposition zu den Kliniken 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 Kliniken wird von der Transportorganisation umgesetzt.

Aufgaben der Transportorganisation:

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

Führung: Die Führung des Abschnitts „Transportorganisation“ erfolgt durch einen - von der medizinischen Einsatzleitung bestimmten – Abschnittsführer.

4.1.2 Einsatzabschnitt „Betreuung“

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

Bei größeren Schadensereignissen ist es sehr sinnvoll, gefährigte Patienten und nicht offensichtlich schwerer verletzte Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt einer „Sammelstelle für Gehfähige“ zuzuführen, um an der Schadenstelle eine bessere Übersicht zu haben. An der Sammelstelle für Gehfähige ist so schnell wie möglich eine Sichtung und Registrierung der Betroffenen durchzuführen, Patienten mit behandlungsbedürftigen Verletzungen werden dann der Patientenablage bzw. dem Behandlungsplatz zugeführt, unverletzte Personen sowie Patienten mit nicht-behandlungsbedürftigen Bagatell-Verletzungen werden vom Abschnitt „Betreuung“ übernommen.

Sofern eine psychologische Betreuung und/oder eine Betreuung Sterbender erforderlich ist, muss frühzeitig die Einbindung und Alarmierung der Notfallseelsorge gem. AAO erfolgen.

Führung: Die Führung des Abschnitts „Betreuung“ erfolgt durch einen - von der medizinischen Einsatzleitung bestimmten – Abschnittsführer.

4.1.3 Einsatzabschnitt „Bereitstellung“ (Bereitstellungsraum)

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.

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. Wenn die Übergabe der Patienten direkt am Ausgang des Behandlungsplatzes erfolgen kann, ist kein RMHP erforderlich.

Führung: Die Führung des Abschnitts „Bereitstellung“ erfolgt durch einen - von der medizinischen Einsatzleitung bestimmten – Abschnittsführer.

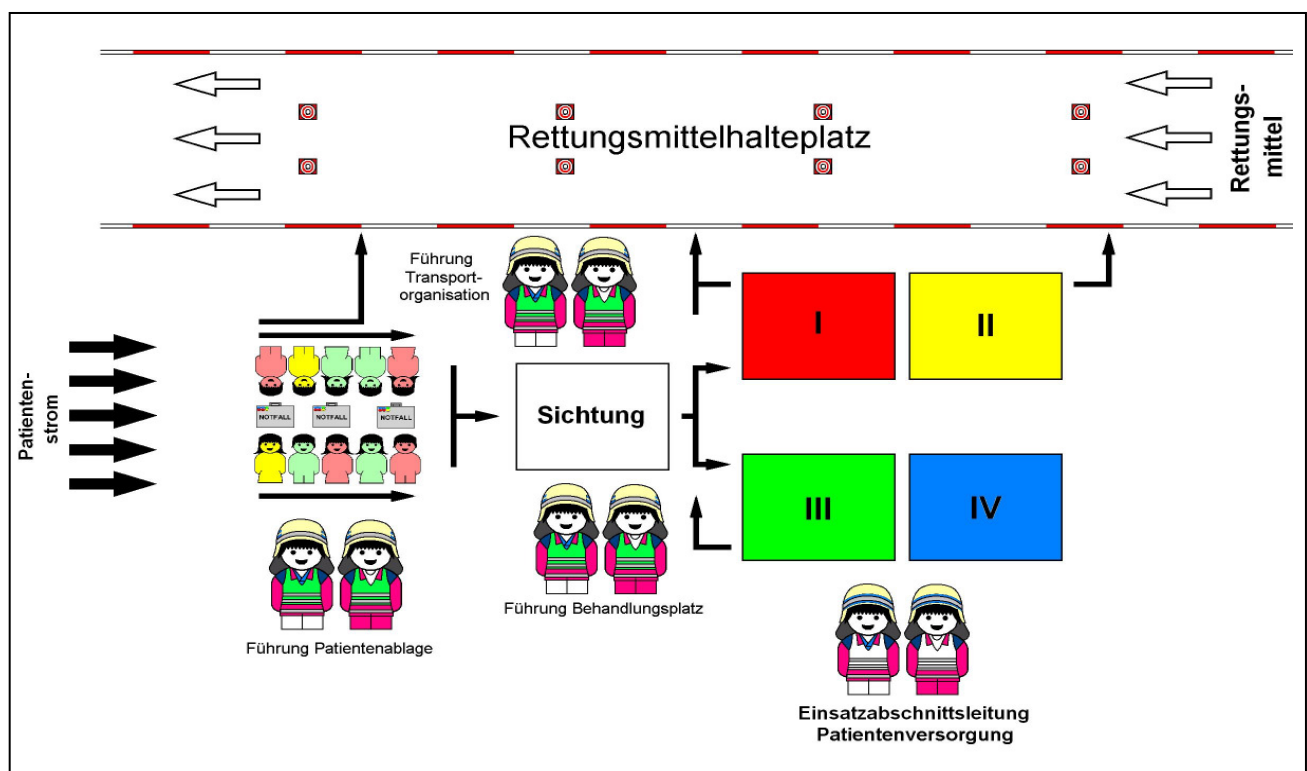
4.2 Patientenfluss

Vom Schadensgebiet werden die Patienten an der Patientenablage übergeben. Wird kein Behandlungsplatz nachgeschaltet oder ist dieser noch nicht eingerichtet, erfolgt der Transport von hier aus.

Beim Betrieb eines Behandlungsplatzes werden die Patienten nach Sichtung an diesen übergeben und behandelt sowie anschließend transportiert. Bei besonderen Verletzungsmustern ist ein Abtransport direkt von der Patientenablage möglich.

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 nachfolgend schematisch dargestellt:



Eine Beschleunigung des Ablaufs wird dadurch erreicht, dass

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

4.3 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.

Soweit es sich bei einem MANV gleichzeitig um einen Feuerwehreinsatz handelt, ist der Kommandant des Einsatzortes gleichzeitig Technischer Einsatzleiter (§ 28 Abs. 1 FWG), soweit nicht der Kreisbrandmeister die Einsatzleitung übernimmt.

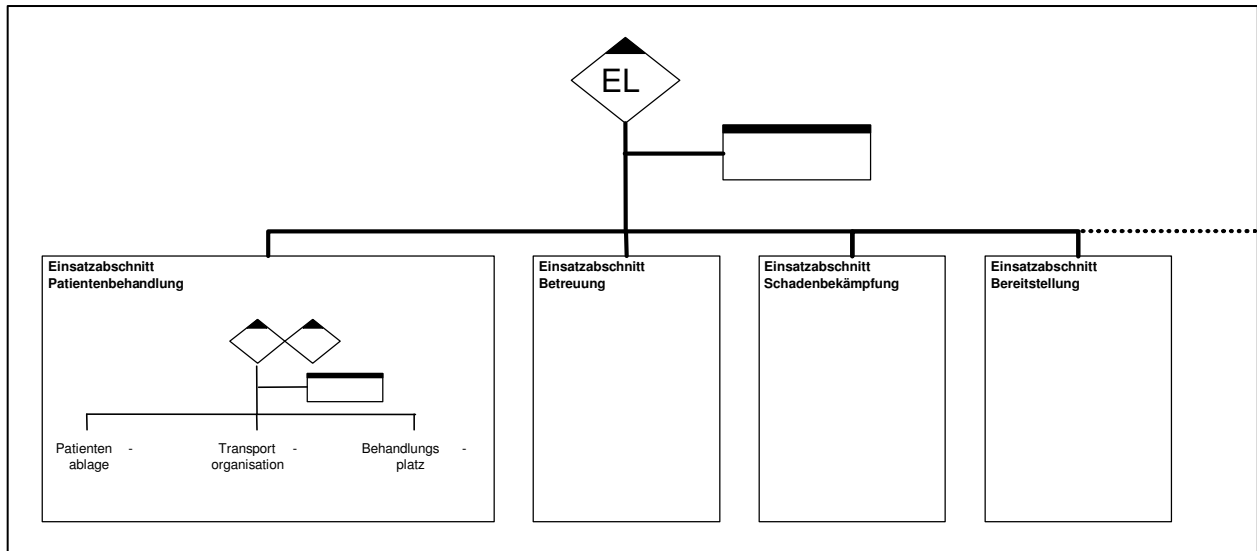
Ab einem MANV der 3. Welle ist durch den Kreisbrandmeister die Einrichtung eines Führungsstabes auch dann zu prüfen, wenn es sich nicht um einen Feuerwehreinsatz handelt. Wird ein solcher Führungsstab gemäß § 28 Abs. 3 FWG eingerichtet, wird dieser in der Regel vom Kreisbrandmeister oder dessen Stellvertreter geleitet, sofern im Einzelfall nicht ausnahmsweise eine andere geeignete Führungskraft bestimmt wird. Soll der Führungsstab von einer anderen Person geleitet werden, so ist diese durch das Landratsamt Heidenheim als zuständige Aufsichtsbehörde zu benennen.

Das Landratsamt Heidenheim kann als Aufsichtsbehörde dem Technischen Einsatzleiter Weisungen erteilen oder die organisatorische Oberleitung übernehmen (§ 22 Abs. 5 FWG). Dies gilt bei Feuerwehreinsätzen auch unterhalb der Katastrophenschwelle. Von dieser Befugnis soll bezüglich der operativ-taktischen Maßnahmen aber nur im Ausnahmefall Gebrauch gemacht werden

4.3.1 Führungsorganisation im Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ und Zusammenwirken mit anderen Einsatzabschnitten

Die Einsatzabschnittsleitung „Patientenbehandlung“ führt die Bereiche „Patientenablage“ und „Transportorganisation“, soweit vorhanden auch den Bereich „Behandlungsplatz“. Sind außer dem Einsatzabschnitt „Patientenbehandlung“ weitere Einsatzabschnitte notwendig, werden diese von einer gemeinsamen Einsatzleitung geführt.

In der nachfolgenden Abbildung ist die Gliederung des Einsatzabschnitts „Patientenbehandlung“ sowie das Zusammenwirken mit anderen Einsatzabschnitten dargestellt.



Folgendes ist zu beachten:

In der Frühphase eines Einsatzes übernehmen der zuerst am Schadensort eintreffende Notarzt und der zuerst eintreffende Rettungsassistent gemeinsam die medizinische Einsatzleitung bis zum Eintreffen des LNA und des OrgL. Der Notarzt führt die Sichtung der Patienten und ggf. erste ärztliche Maßnahmen der Patientenversorgung direkt am Einsatzort durch. Der ersteintreffende Rettungsassistent ergreift die ersten organisatorischen Maßnahmen, insbesondere die Lageerkundung und Lagemeldung an die Leitstelle sowie die Einrichtung einer Patientenablage und ggf. eines Rettungsmittelhalteplatzes. Bis zum Eintreffen des LNA/OrgL sind der ersteintreffende Notarzt und der ersteintreffende Rettungsassistent Mitglied der Einsatzleitung.

Der LNA ist zusammen mit dem OrgL Mitglied der Gesamt-Einsatzleitung. Wird ein LNA auch im Führungsstab (FüS) oder der Leitstelle benötigt und stehen nicht genügend LNA zur Verfügung, sind weitere LNA aus Nachbarkreisen über die Leitstelle zu alarmieren. Bis diese zur Verfügung stehen, muss im Einzelfall entschieden werden, wo diese am dringendsten benötigt und eingesetzt werden.

Die Ärzte der Einsatzeinheiten (Leistungsmodul 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“ sollte über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ verfügen. Die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ darf aber innerhalb der Führungsorganisation nur einmal auftauchen.

Innerhalb der Einsatzabschnittsleitung „Patientenbehandlung“ ist eine Führungskraft, die über detaillierte Kenntnisse der ehrenamtlichen Strukturen verfügt, als Führungsunterstützung einzusetzen (z.B. Einsatzleiter Fachdienst EFD).

4.4 Kommunikation

Die Kommunikation zwischen der Einsatzleitung und den Einsatzabschnittsleitungen erfolgt vor Ort über Funkgeräte im 2-Meter-Bereich. Der Funkkontakt zur Leitstelle erfolgt über Kanal 408 (regulärer Kanal des Rettungsdienstes) bzw. bei dessen Überlastung nach vorheriger Absprache mit der Leitstelle über Kanal 491 (Katastrophenschutz-Kanal). Sofern ein Führungsstab eingerichtet ist, erfolgt der Funkkontakt zu diesem entweder ebenfalls über Kanal 491 oder über den Feuerwehrkanal 504. Stehen der Einsatzleitung keine oder nicht genügend Führungsfahrzeuge des DRK für den Funkkontakt zur Verfügung, ist auf Einsatzleitwagen der Feuerwehren (ELW 1) zurück zu greifen, sofern diese nicht anderweitig benötigt werden.

Auf Sprechfunkverbindungen innerhalb der Patientenablage und des Behandlungsplatzes kann aufgrund der räumlichen Größe meist verzichtet werden.

4.5 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 vom DRK-Kreisauskunftsbüro (KAB) auch unterhalb der Katastrophenschwelle wahrgenommen.

4.6 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. Die Karten sind bereits im Vorfeld vom DRK Kreisverband Heidenheim zu kennzeichnen.

Die erste Ausfertigung der Suchdienstkarte dient dem Kreisauskunftsbüro (KAB) für die schnellstmögliche Erfassung aller Daten in einem Auskunftssystem. Sofern das KAB nicht am Schadensort vertreten ist, sind diese Ausfertigungen zunächst bei der Einsatzabschnittsleitung zu sammeln. Die Übergabe solcher gesammelten Belege an das KAB stimmen Einsatzabschnittsführer und KAB-Leitung frühzeitig ab. Ist eine Übergabe der Karten nicht gleich möglich, können Listen auch auf anderem Wege, z. B. per Fax oder E-Mail übermittelt werden, sofern entsprechende Kommunikationseinrichtungen in der näheren Umgebung zur Verfügung stehen.

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, an den sie die betreffende Person tatsächlich verbracht haben, und übermitteln diese Ausfertigung schnellstmöglich dem KAB zur Vervollständigung der Daten im Auskunftssystem.

4.7 Psychosoziale Notfallversorgung

Die Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) umfasst die psychologische, soziale, administrative und seelsorgliche Hilfe für von Notfällen Betroffene (Opfern, Angehörige, Einsatzkräfte). Im Landkreis Heidenheim wird diese Aufgabe von der Notfallseelsorgegruppe (NFS) und dem Psychotraumatologischen Notfallnetz (PTN) wahrgenommen. Soweit eine PSNV erforderlich ist, sind die NFS auf Veranlassung des Einsatzleiters über die Regionalleitstelle Ostwürttemberg zu alarmieren. Die Alarmierung des PTN erfolgt gemäß Absprache durch die eingesetzten NFS.

Die örtlichen Maßnahmen der PSNV werden im Einsatzabschnitt „Betreuung“ zusammengefasst und koordiniert. Die Notfallseelsorger sind im MANV-Einsatz dem Leitenden Notfallseelsorger (LNFS) unterstellt. Der LNFS ist Mitglied der örtlichen Einsatzleitung. In besonderen Schadensfällen wird ein LNFS als Fachberater dem FÜS zugeordnet. Sofern zusätzlich zur Vermisstenauskunftsstelle des DRK ein Sorgentelefon eingerichtet werden soll, ist die Zuständigkeit hierfür zwischen dem örtlich zuständigen Bürgermeisteramt, der Polizei, dem DRK und dem Führungsstab abzustimmen. Soweit ein Verwaltungsstab gebildet wird, kann diese Aufgabe von diesem übernommen werden.

4.8 Mitwirkung der Krankenhäuser

Die Rettungskette wird dadurch geschlossen, dass die Weiterbehandlung von am Notfallort erstversorgten Patienten in einem für die weitere Versorgung geeigneten Krankenhaus gewährleistet ist. Jedes Krankenhaus hat eine Aufnahmepflicht, unabhängig vom Vorliegen eines Katastrophenfalls. Diese ist allerdings 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.

Bei einem MANV-Fall muss davon ausgegangen werden, dass die Kapazität des Klinikums Heidenheim für die Versorgung aller Verletzten nicht ausreicht. Daher sind die umliegenden Krankenhäuser mit einzubinden. Die Regionalleitstelle Ostwürttemberg erfragt im Bedarfsfall die freien Kapazitäten der umliegenden Kliniken und führt einen Bettennachweis.

5 Alarmierung

Alarm- und Ausrückeordnung (AAO)

1. Alarmierung

Von der Leitstelle sind die Rettungsmittel nach dem folgenden Katalog zu alarmieren. Zu verständigende Stellen (lt. Katalog, Polizei, andere BOS) werden unmittelbar nach der Alarmierung der Rettungsmittel über Telefon alarmiert.

Bei der Alarmierung der FME ist auf eine Pause für die Alarmauslösung über Alarmumsetzer und die Dauer der Alarmsignalisierung der FME zu achten. Erst danach erfolgt die Durchsage über Funk: „Hier Leitstelle Ostalb mit Einsatz/Auftrag für [Funkrufname]...“ (siehe hierzu 2.).

Kürzel	Einsatzstichwort	zu alarmieren
Alarmierungen in Abhängigkeit vom Notfallbild		
	Hilfeleistung	1 KTW / 1 RTW
	Materialtransport	1 KTW
	Krankentransport - falls kein KTW verfügbar	1 KTW 1 RTW
	RTW-Transport	1 RTW
	NAW-Transport	1 RTW, 1 NA
	RTH-Transport	1 RTH
	ITW-Transport (NAW-Verlegung)	
	akute Erkrankung (akuter Verlauf, keine vitale Bedrohung erkennbar oder zu erwarten)	1 RTW, HvO
	akute Erkrankung (vitale Bedrohung erkennbar oder zu erwarten)	1 RTW, 1 NA, HvO
	Verletzungen, ärztliche Maßnahmen nicht unmittelbar erforderlich	1 RTW, HvO
	Verletzungen, ärztliche Maßnahmen unmittelbar erforderlich (z. B. Schmerzbekämpfung, Reposition)	1 RTW, 1 NA, HvO
	Päd. Notfall, ärztliche Maßnahmen nicht unmittelbar erforderlich	1 RTW, HvO
	Päd. Notfall, ärztliche Maßnahmen unmittelbar erforderlich	1 RTW, 1 NA, HvO
	Gyn. Notfall, ärztliche Maßnahmen nicht unmittelbar erforderlich	1 RTW, HvO
	Gyn. Notfall, ärztliche Maßnahmen unmittelbar erforderlich	1 RTW, 1 NA, HvO

Kürzel	Einsatzstichwort	zu alarmieren
	Einsatz zu Brand, Rauchentwicklung, Gasgeruch (ohne Brandmelderalarm, ohne Brandnachschau)	1 RTW, OrgL, HvO
	Einsatz mit Gefahrgut (Menge > 1.000 Liter), ohne Personenschaden	1 RTW, 1 NA, OrgL, LNA, HvO
	Einsatz mit Gefahrgut (Menge > 1.000 Liter), mit Personenschaden	1 RTW, 1 NA, OrgL, LNA, HvO, + weitere RTW nach Pat.-anzahl
	Einsatz mit Gefahrgut, ohne Personenschaden, unklare Gefahrenlage für Personen (z. B. Antrax-Verdacht)	OrgL, LNA
	Person im Wasser (Fluss, See)	1 RTW, 1 NA, Wasser-RD, OrgL, HvO
	Person in schwierigem Gelände	1 RTW, 1 NA, Bergwacht, OrgL, HvO

	Wohnungsöffnung mit vermuteter Gefahr	1 RTW, HvO
	Wohnungsöffnung mit konkreter Gefahr	1 RTW, 1 NA, HvO
	Bedrohung mit Waffen, Geiselnahme	1 RTW, 1 NA, OrgL, LNA
	Einsatz des SEK	OrgL, LNA (RM nach konkreter Lage)

Alarmierungen in Abhängigkeit von der Zahl der Verletzten

	1 Verletzter, ohne NA-Indikation	1 RTW, HvO
	1 Verletzter mit NA-Indikation	1 RTW, 1 NA, HvO
	2 Verletzte	2 RTW, 1 NA, HvO
	3 Verletzte	3 RTW, 1 NA, OrgL, HvO
	4 - 5 Verletzte	4 RTW, 2 NA, OrgL, HvO
	6 - 10 Verletzte	4 RTW, 3 KTW, 3 NA, OrgL, LNA, 2 HGD, 1 SEG, HvO
	11 - 20 Verletzte	5 RTW, 4 KTW, 4 NA, OrgL, LNA, 2 HGD, 1 SEG, 1 EE, ELW, HvO, LNFS, Hintergrunddienst
	20 - 50 Verletzte	10 RTW, 10 KTW, 5 NA, OrgL, LNA, 2 HGD, 2 SEG, 2 EE, HG OrgL, ELW, LNFS, Hintergrunddienst
	50 -100 Verletzte oder mehr	20 RTW, 20 KTW, 10 NA, OrgL, LNA, 2 HGD, 4 SEG, 4 EE, HG OrgL, ELW, + weitere RM nach Bedarf, LNFS, Hintergrunddienst

2. Einsatzvergabe

Die RM melden sich über FMS-Status 5 oder über Funk-Klartext einsatzbereit. Der LST-MA gibt den Einsatz durch:

- Einsatzstelle (Ort/Ortsteil, Strasse, Hausnummer, Nachname, Bezeichnung der Einsatzstelle, Treffpunkt o. ä.)
- Einsatzgrund (Leitsymptom, Ereignis)
- Hinweis auf Gefahren
- Hinweis zur Anfahrt

Das RM wiederholt die Einsatzstelle und bestätigt das Ausrücken durch FMS-Status 3. Bei unterlassenem Wiederholen der Einsatzstelle fordert der LST-MA die RM-Besatzung zum Wiederholen auf. Ggf. korrigiert der LST-MA die Angaben zur Einsatzstelle.

Das Ausrücken wird erst mit Status 3 bestätigt, wenn das RM als solches und komplett in seiner Besatzung ausgerückt ist. Bei notarztbesetzten Rettungsmitteln wird zusätzlich per Status 9 gemeldet, wenn der Notarzt von NEF oder NAW aufgenommen wurde.

Die Einsatzzeiten beeinflussende falsche FMS-Status von RM werden vom LST-MA ggf. manuell im Fenster „Einsatzzeiten“ korrigiert. Bei RM ohne FMS (NA) oder bei unmöglicher FMS-Sendung setzt der LST-MA die entsprechenden Status nach Klartexterhalt von Hand.

6 Umsetzung

Alle in dieser Konzeption genannten und in die MANV-Planungen eingebundenen Organisationen, insbesondere der DRK Kreisverband Heidenheim, die Feuerwehren, die Leitenden Notärzte, die Notfallseelsorger, das Psychotraumatologische Notfallnetz und das THW haben durch geeignete Schulungen ihrer Kräfte sowie durch Übungen sicherzustellen, dass die Vorgaben dieser Konzeption im Einsatzfall sicher und reibungslos umgesetzt werden können.

7 Abkürzungsverzeichnis

AAO:	Alarm- und Ausrückeordnung
AB:	Abrollbehälter
ArztWG:	Arztwagen
BHP:	Behandlungsplatz
Dekon-P:	Dekontamination – Personen
DRK:	Deutsches Rotes Kreuz
DV:	Dienstvorschrift
EE:	Einsatzeinheit
EFD:	Einsatzleiter Fachdienst
EL:	Einsatzleitung
ELW:	Einsatzleitwagen
FKH:	Feldkochherd
FÜS:	Führungsstab
FW:	Feuerwehr
FWG:	Feuerwehrgesetz
G-RTH:	Großraumrettungshubschrauber
G-RTW:	Großraumrettungswagen
GW-San:	Gerätewagen - Sanität
KAB:	Kreisauskunftsbüro
KBL:	Kreisbereitschaftsleiter
KBM:	Kreisbrandmeister
KdoW:	Kommandowagen
KatS:	Katastrophenschutz
KTW:	Krankentransportwagen
LKatSG:	Landeskatastrophenschutzgesetz
LKW:	Lastkraftwagen
LNA:	Leitender Notarzt
LNFS:	Leitender Notfallseelsorger
MANV:	Massenanfall von Verletzten
MTW:	Mannschaftstransportwagen
NFS:	Notfallseelsorger
OrgL:	Organisatorischer Leiter
PA:	Patientenablage
PolG:	Polizeigesetz
PTN:	Psychotraumatologisches Notfallnetz
PSNV:	Psychosoziale Notfallversorgung
RD:	Rettungsdienst
RDG:	Rettungsdienstgesetz
RMHP:	Rettungsmittelhalteplatz
RTH:	Rettungshubschrauber
SEG:	Schnelleinsatzgruppe
TD:	Technischer Dienst
TrOrg:	Transportorganisation
VAK:	Anhängekarte für Verletzte/Kranke
VWS:	Verwaltungsstab

8 Verteiler

Deutsches Rotes Kreuz
Fachbereich 40
Feuerwehr
Klinikum Heidenheim
Kreisbrandmeister Herr Spahr
Landrat Hermann Mader
LRA Ostalbkreis
LRA Dillingen
LRA Alb-Donau-Kreis
LRA Göppingen
LRA Günzburg
NFS
Polizeidirektion Heidenheim
PTN
Regierungspräsidium Stuttgart
Regionalleitstelle Ostwürttemberg
Stabsleiter Herr Feth
THW