



Mitteilungsvorlage Amt für Rettungsdienstmanagement Tagesordnungspunkt: 5		Drucksachen-Nr.: 2021-26/0677 Status: öffentlich Datum: 10.05.2024
Termin	Beratungsfolge:	
24.05.2024	Ausschuss für Feuerschutz und Rettungsdienst	

Bezeichnung:

Konzept zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept)

Sachverhalt:

Am 31.05.2023 wurde dem Ausschuss für Feuerschutz und Rettungsdienst der Entwurf des Konzept zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept) vorgestellt. Das nunmehr komplett fertiggestellte und von Landrat Prietz unterzeichnete Konzept kann nun der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

In Vertretung

(von Ostrowski)



Landkreis
Rotenburg
(Wümme)

Konzept zur Bewältigung
eines Massenanfalls von
Verletzten
(ManV-Konzept)

Vorwort

Ende 2013 konnte das erste „Konzept zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten (ManV-Konzept)“ nach mehrmonatiger Arbeit finalisiert und dem Ausschuss für Feuerschutz und Rettungsdienst des Kreistags zur Kenntnis gegeben werden.

Nach zehn Jahren in der Praxis und einigen Änderungen in den maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen war es an der Zeit, das ManV-Konzept des Landkreises zu überarbeiten, um zum einen die Hinweise der Praxis aufzunehmen, zum anderen aber auch den veränderten Gegebenheiten in unser aller Alltag Rechnung zu tragen. Die Corona-Pandemie sei hier nur stellvertretend für viele wegweisende Einschnitte genannt.

Auch haben sich im Laufe der Zeit zahlreiche „Ansichten“ und Lehrmeinungen zur Bewältigung von Massenanfällen von Verletzten oder Großschadensereignissen ergeben, als Beispiel dient hier die Einführung einer sogenannten „Ladezone“.

Um diesen umfangreichen Veränderungen Rechnung zu tragen, wurde das nun vorliegende neue „Konzept zur Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten“ überwiegend neu strukturiert und stark verkürzt.

Als nicht öffentliche Ergänzung zum vorliegenden Konzept ist auch die Überarbeitung des Handbuchs für Leitende Notärzte und Organisatorische Leiter Rettungsdienst in Arbeit – beides zusammengenommen soll den Verantwortlichen eine gute, umfassende und praxisnahe Hilfestellung bei der Bewältigung derartiger Einsätze geben. Dabei muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dem vorliegenden Konzept um den angestrebten Soll-Zustand, das angestrebte Ziel, handelt – der gegenwärtige Ist-Zustand liegt zwischen dem alten und neuen Konzept und bedarf sicher noch einiger Anstrengungen bis zur kompletten Umsetzung.

Diese Umsetzung, diese Entwicklung, ist jedoch nicht machbar ohne all diejenigen, die es im Ernstfall umsetzen sollen. Mein Dank gilt daher all denen, die den Landkreis Rotenburg (Wümme) und seine Bevölkerung in derartigen Einsätzen mit allen zur Verfügung stehenden Kräften unterstützen!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Menschen.

Rotenburg (Wümme), 17.10.2023



(Landrat)

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines	5
➤ Begriffsdefinitionen	5
➤ Rechtliche Grundlagen	6
➤ Der Rettungsdienstbereich Landkreis Rotenburg (Wümme)	8
2. Grundstruktur/Vorhaltung	10
➤ Infrastruktur des Rettungsdienstes im Landkreis Rotenburg (Wümme)	10
➤ Infrastruktur des Erweiterten Rettungsdienstes im Landkreis Rotenburg (Wümme)	10
➤ Weitere Organisationen im Landkreis Rotenburg (Wümme)	11
▪ Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)	11
▪ Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V. (DLRG)	11
▪ Johanniter-Unfall-Hilfe e. V (JUH)	12
▪ Technisches Hilfswerk (THW)	12
▪ DRK Kreisverband Bremervörde e.V.	13
▪ DRK Kreisverband Rotenburg (Wümme) e.V.	14
▪ Bundeswehr	14
3. MANV Stichworte/Sichtungskategorien	15
4. Führungsstrukturen/Führungsorganisation	16
➤ Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“	17
▪ Gesamteinsatzleiter	17
▪ ÖEL (LNA+OrgL)	17
▪ Ersteintreffender Notarzt	19
▪ Leitender Notarzt	20
▪ Ersteintreffendes Rettungsmittel	21
▪ Organisatorischer Leiter (OrgL)	21
▪ Unterstützungsgruppe-ÖEL	22
▪ Untereinsatzabschnittsleiter	23
○ Leiter Erstversorgung	23
○ Leiter Patientenablage	23
○ Leiter Transportorganisation	23
○ Leiter Bereitstellungsraum	23
▪ Feuerwehr	24

➤ Einsatzindikationen _____	24
➤ Kennzeichnung _____	25
➤ Funkkonzept _____	26
5. Einsatzleitstelle _____	27
➤ AAO _____	27
➤ Behandlungskapazitäten _____	28
➤ IVENA _____	28
➤ Grundschatz _____	29
➤ Festlegung Bereitstellungsraum _____	29
6. Einsatztaktik im ManV _____	30
➤ Ersteinschätzung/(Vor-)Sichtung nach PRIOR _____	30
➤ Erstversorgung _____	33
➤ Patientenablagen _____	33
➤ Transportorganisation _____	35
▪ Ladezone _____	37
▪ Pufferzone _____	38
▪ Ankabelzone _____	38
➤ Bereitstellungsraum _____	39
➤ Behandlungsplatz (BHP) _____	40
➤ Betreuung _____	41
7. ÜManV _____	41
8. Sonderlagen (CBRN, Evakuierung/Räumung, Großveranstaltungen) _____	41
9. Krankenhäuser _____	42
10. Einsatzdokumentation _____	42
11. PSNV _____	43
12. Tierheim _____	43
13. Aus- und Fortbildung _____	44
14. Schlusswort _____	44
15. Abkürzungsverzeichnis _____	45
16. Anlagen _____	46

1. Allgemeines

Aufgabe des Rettungsdienstes ist nach § 2 Abs. 2 des Niedersächsischen Rettungsdienstgesetzes (NRettDG) die Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignis), soweit nicht der Eintritt des Katastrophenfalls festgestellt wird.

Diese Großschadensereignisse, deren Bewältigung über die vorgehaltenen Ressourcen des Regelrettungsdienstes hinausgehen, erfordern neben erheblichem personellen und materiellen Aufwand auch besondere Einsatztaktiken.

Zur Bewältigung dieser Lagen sind besondere Konzepte notwendig, die eine bestmögliche Versorgung der Patienten in kürzester Zeit möglich machen. Solche Konzepte, die eine Versorgung von etwa 50 gleichzeitig anfallenden Patienten sicherstellen sollen, sind richtungsweisend und dienen als Grundlage zur Entwicklung von Konzepten zur Bewältigung von Großschadenslagen mit mehreren hundert Patienten.

Die örtlichen Rettungsdienste sind nur bis zu einer bestimmten Größenordnung in der Lage, mit den vorgehaltenen Ressourcen ein Großschadensereignis zu bewältigen. Dies bedeutet, dass eine Ergänzung um weitere Ressourcen notwendig ist.

Deshalb ist es dringend notwendig, eine Verzahnung der Ressourcen des Rettungsdienstes mit denen der Feuerwehr sowie der Hilfsorganisationen und ggf. des Katastrophenschutzes zu erreichen. Ein solches Konzept erzielt Synergieeffekte und trägt so zur Sicherung der Bevölkerung bei Großschadensereignissen bei.

➤ **Begriffsdefinitionen**

Massenanfall von Verletzten (ManV)

Ein Massenanfall von Verletzten (ManV) ist ein Notfall mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der mit der vorhandenen und einsetzbaren Vorhaltung des Rettungsdienstes aus dem Rettungsdienstbereich nicht bewältigt werden kann. *DIN 13050:2009-02 (Rettungswesen)*

Großschadensereignis

Ereignis mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen und/oder erheblichen Sachschäden unterhalb der Schwelle zur Katastrophe. *DIN 13050:200902 (Rettungswesen)*

Großschadenslage

Die Großschadenslage ist eine durch ein Großschadensereignis hervorgerufene Situation.

Katastrophe

Eine Katastrophe ist ein Notstand, bei dem Leben, Gesundheit, die lebenswichtige Versorgung der Bevölkerung, die Umwelt oder erhebliche Sachwerte in einem solchen Maße gefährdet oder beeinträchtigt sind, dass seine Bekämpfung durch die zuständigen Behörden und die notwendigen Einsatz- und Hilfskräfte eine zentrale Leitung erfordert. § 1 Abs. 2 *Niedersächsisches Katastrophenschutzgesetz (NKatSG)*

➤ **Rechtliche Grundlagen**

Die rechtlichen Grundlagen für die Bewältigung eines ManV ergeben sich im Wesentlichen aus dem NRettdG:

§ 2 Sicherstellungsauftrag

(1) ¹Der Rettungsdienst hat als medizinische, funktionale und wirtschaftliche Einheit die flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen nach Absatz 2 dauerhaft sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag).

²Die Sicherstellung erfolgt durch den bodengebundenen Rettungsdienst einschließlich der Wasser- und Bergrettung sowie durch die Luftrettung.

(2) ¹Der Rettungsdienst hat

1. bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten unverzüglich die erforderlichen medizinischen Maßnahmen am Einsatzort durchzuführen, die Transportfähigkeit dieser Personen herzustellen und sie erforderlichenfalls unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern (Notfallrettung), wobei dies auch die Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken einschließt (Großschadensereignis), soweit nicht der Eintritt des Katastrophenfalls festgestellt wird,
2. bei sonstigen Verletzten oder Erkrankten, bei denen medizinische Maßnahmen notwendig werden könnten, diese in kurzer Zeit am Einsatzort durchzuführen, die Transportfähigkeit dieser Personen herzustellen und sie erforderlichenfalls unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung zu befördern (Notfalltransport),
3. lebensbedrohlich Verletzte oder Erkrankte unter intensivmedizinischen Bedingungen in eine andere Behandlungseinrichtung zu verlegen (Intensivtransport),

4. sonstige Kranke, Verletzte oder Hilfsbedürftige zu befördern, die nach ärztlicher Verordnung während der Beförderung einer fachgerechten Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Rettungsmittels bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (qualifizierter Krankentransport).

²Der Rettungsdienst kann Arzneimittel, Blutkonserven, Organe und ähnliche Güter befördern, soweit sie zur Versorgung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter dienen sollen.

§ 7 Großschadensereignisse

- (1) ¹Jeder kommunale Träger bestimmt für seinen Rettungsdienstbereich eine örtliche Einsatzleitung, die bei einem Großschadensereignis am Einsatzort Aufgaben der Rettungsleitstelle übernimmt, soweit dies zur ordnungsgemäßen Lenkung des Einsatzes erforderlich ist, und die medizinische Versorgung leitet.
²Sie ist gegenüber den am Einsatzort tätigen Personen anstelle der Rettungsleitstelle weisungsbefugt, jedoch nicht gegenüber der Pilotin oder dem Piloten in flugtechnischen Angelegenheiten.
- (2) Die örtliche Einsatzleitung besteht mindestens aus einer Notärztin oder einem Notarzt, die oder der hierfür besonders fortgebildet sein muss (Leitende Notärztin oder Leitender Notarzt), und einer organisatorischen Leiterin oder einem organisatorischen Leiter.
- (3) Die Rettungsleitstelle bestimmt im Einzelfall, ob die örtliche Einsatzleitung an ihrer Stelle tätig wird.
- (4) Die Träger des Rettungsdienstes bereiten unter Beteiligung der Krankenhausträger Maßnahmen, insbesondere Notfallpläne, zur Bewältigung von Großschadensereignissen vor.
- (5) Werden zur Bewältigung von Großschadensereignissen ergänzend Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes eingesetzt, so gelten für die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer im Katastrophenschutz § 17 Abs. 3 Sätze 1 und 2 sowie Abs. 4 bis 6 und § 18 des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes (NKatSG) entsprechend mit der Maßgabe, dass in § 17 Abs. 5 und 6 NKatSG der Träger des Rettungsdienstes an die Stelle der Katastrophenschutzbehörde tritt.

Aber auch aus der Empfehlung des Landesausschuss „Rettungsdienst“ (LARD) nach § 13 NRettdG; Örtliche Einsatzleitung, in der grundsätzliche Aussagen zu den Grundlagen, allgemeine Organisation und Verfügbarkeit, Zusammensetzung und Aufgaben, Alarmierungsschwellen, Qualifikation, Fortbildung, Ausstattung, Versicherung und Finanzierung geregelt sind.

➤ **Der Rettungsdienstbereich Landkreis Rotenburg (Wümme)**

Der im Jahre 1977 aus den ehemaligen Landkreisen Bremervörde und Rotenburg gebildete Landkreis Rotenburg (Wümme) liegt zwischen den Ballungsräumen Hamburg und Bremen mitten im Elbe-Weser-Dreieck.

Mit einer Nord-Süd-Ausdehnung von fast 100 Kilometern und einer Fläche von 2.070 Quadratkilometern ist er einer der größten Kreise der Bundesrepublik Deutschland. Die Einwohnerzahl beträgt rund 165.000.

Zum Landkreis gehören die Städte Rotenburg (Wümme), Bremervörde, Visselhövede und Zeven, insgesamt 5 Einheitsgemeinden sowie 8 Samtgemeinden mit 52 Mitgliedsgemeinden. Kreissitz ist Rotenburg (Wümme), eine Nebenstelle der Kreisverwaltung befindet sich in Bremervörde und verschiedene Dienstleistungen werden in Zeven angeboten.

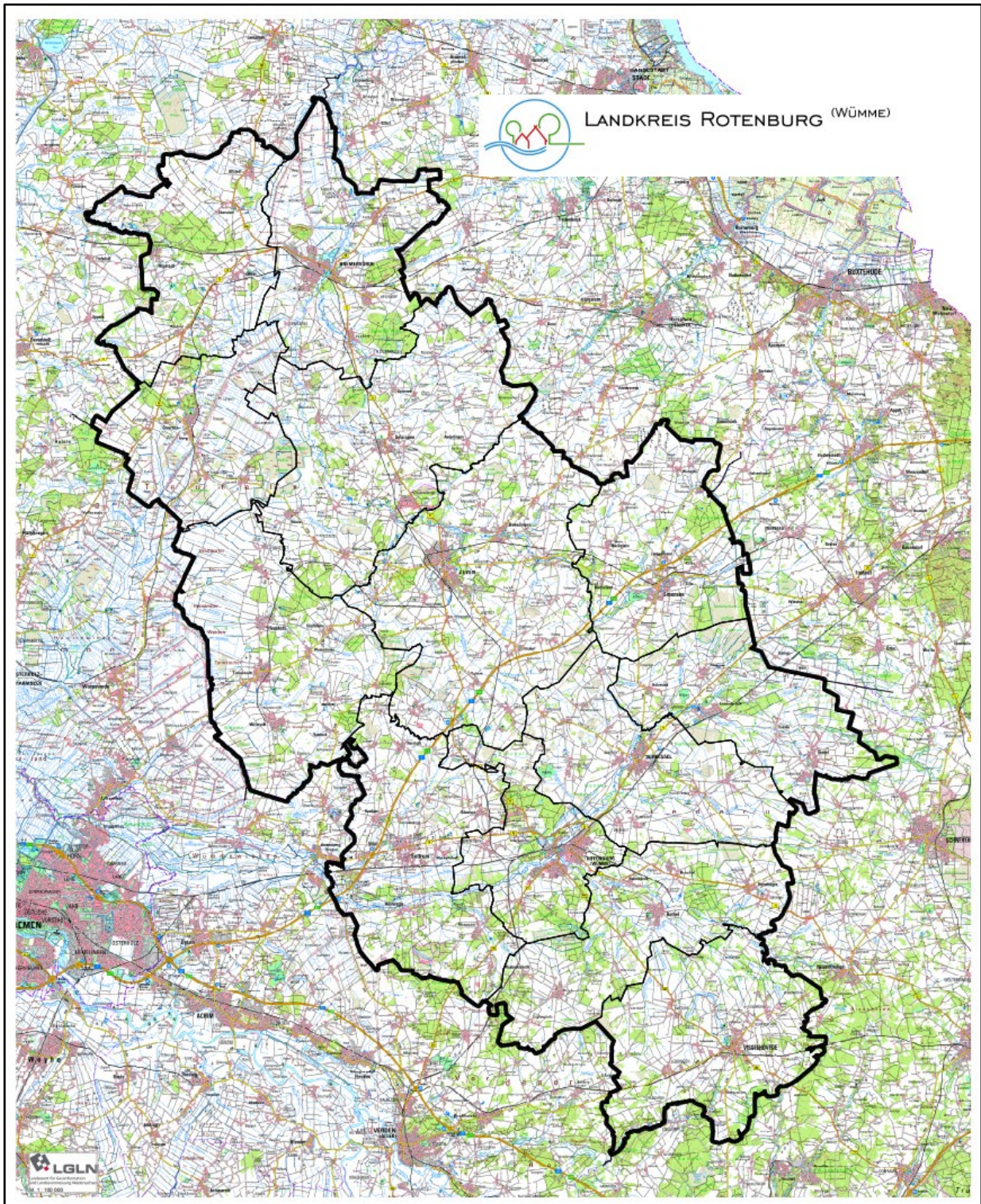
Hauptverkehrsadern im Landkreis Rotenburg (Wümme) sind die Bundesautobahn A 1 Hamburg-Bremen, die das Kreisgebiet in der Mitte auf einer Länge von rund 40 Kilometern durchquert, diverse Bundes- und Landesstraßen. Die innere Erschließung wird insbesondere durch 90 gut ausgebaute Kreisstraßen gewährleistet. Von den durch das Kreisgebiet verlaufenden Eisenbahnstrecken hat vor allem die Strecke zwischen Hamburg und Bremen überregionale Bedeutung. Im Streckenabschnitt Rotenburg-Bremen verkehren im Taktverkehr Regionalzüge innerhalb des Verkehrsverbundes Bremen/Niedersachsen (VBN). Im Abschnitt Rotenburg-Hamburg fährt zum Hauptbahnhof Hamburg ebenfalls im Taktverkehr der Metronom.

In den 1990er Jahren wurde eine neue Eisenbahnlinie der EVB (Eisenbahnverkehrsunternehmen Elbe-Weser) von Bremerhaven über Bremervörde nach Hamburg/Neugraben in Betrieb genommen, daneben gibt es noch eine Verbindung zwischen Rotenburg (Wümme) und Verden.

Eine Anbindung an das Wasserstraßennetz besteht für Sportbootfahrer über die bis Bremervörde schiffbare Oste. Luftlandeplätze mit besonderer Bedeutung sind die Plätze in Rotenburg (Wümme), Hellwege (Weser-Wümme), Lauenbrück und Karlshöfen.

Der Landkreis ist ländlich geprägt. Neben landwirtschaftlichen Nutzflächen bestimmen Wälder, Moore, die Flusstäler von Wümme und Oste mit den ihnen zufließenden Bachläufen sowie einige Heideflächen den Charakter einer noch weitgehend unzersiedelten Landschaft.

Der Landkreis Rotenburg (Wümme) ist im Westen von den Landkreisen Osterholz und Verden, im Norden vom Landkreis Cuxhaven, im Osten von den Landkreisen Stade und Harburg und im Süden vom Landkreis Heidekreis umgeben.



Landkreis Rotenburg (Wümme)

2. Grundstruktur/Vorhaltung

➤ Infrastruktur des Rettungsdienstes im Landkreis Rotenburg (Wümme)

Der Regelrettungsdienst des Landkreises Rotenburg (Wümme) verfügt über 9 Rettungswachen mit insgesamt 15 Rettungswagen (RTW), 1 Schwerlast-RTW und 5 Krankentransportwagen (KTW) sowie 3 Notarztstandorte (Stand 2023). Die Rettungswachen werden betrieben durch das Deutsche Rote Kreuz Kreisverband Bremervörde.

Des Weiteren wird noch ein Krankentransportwagenstandort mit insgesamt drei Krankentransportwagen im Stadtgebiet Rotenburg von einem privaten Anbieter betrieben.

Die aktuelle Anzahl der Rettungsmittel sowie deren Vorhaltezeiten ergeben sich aus dem jeweils aktuellen Bedarfsplan für den Rettungsdienstbereich Landkreis Rotenburg (Wümme).

➤ Infrastruktur des Erweiterten Rettungsdienstes im Landkreis Rotenburg (Wümme)

Zurzeit werden im Landkreis Rotenburg (Wümme), gemeinsam mit dem Kreisverband Bremervörde des Deutschen Roten Kreuzes sowie der Johanniter Unfallhilfe Visselhövede folgende Einheiten des Erweiterten Rettungsdienstes vorgehalten:

- SEG-Rettung Nord, Standorte Bremervörde und Gnarrenburg, mit den Komponenten Transport und Patientenablage
- SEG-Rettung Mitte, Standorte Zeven, Sittensen und Tarmstedt, mit den Komponenten Transport und Patientenablage
- SEG-Rettung Süd, Standorte Rotenburg und Visselhövede, mit den Komponenten Transport, Patientenablage und Führung

Die Alarmierung erfolgt durch die Einsatzleitstelle über DME entsprechend der AAO oder auf Anforderung der ÖEL.

➤ **Weitere Organisationen im Landkreis Rotenburg (Wümme)**

• Arbeiter Samariter Bund (ASB)

In einer Großschadenslage könnte der ASB Rotenburg (Wümme) nachfolgende Fahrzeuge zur Verfügung stellen:

- 1x N-KTW
- 1x KTW
- 2x MTW

Eine Alarmierung und Besetzung der Fahrzeuge ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich.

• Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V. (DLRG)

Die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft könnte für den Großschadensfall folgende Einsatzmittel und Einsatzkräfte bereitstellen:

<p>DLRG OG Rotenburg (Wümme):</p> <ul style="list-style-type: none">- 1x MTW- 1x RTB (Rettungsboot) <p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Retten und Bergen von Personen und Material aus dem Wasser- Lageerkundung wasserseitig / Hochwasserlage- Absicherung Einsatzkräfte / Einsatzstelle wasserseitig- Material- und Personentransport wasserseitig- Evakuierungsmaßnahmen wasserseitig- Patiententransport wasserseitig- Arbeiten am Ufer, im Wasser (kein Taucheinsatz)- Flächensuche auf dem Wasser (Sonar)- Fahrdienste mit einem MTW- personelle Unterstützung bei anderen Aufgaben im Rahmen der Qualifikationen, z. B. Betreuungskomponente, Aufbau und Betrieb Patientenablage / BHP	<p>DLRG OG Bremervörde:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1x MTW- 1x MZB (Mehrzweckboot)- 1x Geländegängiges Fahrzeug <p>Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none">- siehe OG Rotenburg Wümme) <p>plus</p> <ul style="list-style-type: none">- Aufbau von zwei Zelten (SG20 / SG30) ohne Ausstattung- Hilfe bei Löscharbeiten (TS Anschluss auf dem MZB)- Material- und Personentransport auf dem Wasser 1000kg Nutzlast
---	--

Die Alarmierung der DLRG Einsatzkräfte erfolgt über die Einsatzleitstelle. Der volle Leistungsumfang wird nur bei einer gemeinsamen Alarmierung der Ortsgruppen Bremervörde und Rotenburg erreicht.

- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH)

Die JUH Visselhövede könnte in einer Großschadenslage mit einer Schnelleinsatzgruppe Sanitätsdienst (SEG-San) unterstützen.

<u>Johanniter Unfallhilfe (JUH)</u> 1x RTW 1x KdoW (Kommandowagen) 1x MTW mit 1x Geräteanhänger Sanität mit Material z.B. für Patientenablage / BHP Leistungen: - Einsatz bei Großschadenslagen / MANV - Einsatz am Schadensort, Patientenablage oder Behandlungsplatz - Transportmittel - Übernahme und Betrieb eigener (Unter-)Einsatzabschnitte wie Bereitstellungsraum, Patientenablage, Transportorganisation - Unterstützung bei reinen Betreuungslagen oder Personensuche - Bereitstellung bei besonderen Lagen o. Ablösung eingesetzter Kräfte des Regelrettungsdienstes - Gebietsabdeckung (z.B. mit RTW und Notarzt), wenn Rettungsmittel des Regelrettungsdienstes z.B. bei MANV gebunden sind

Die Alarmierung erfolgt durch die Einsatzleitstelle über DME entsprechend der AAO oder auf Anforderung der ÖEL.

Die Einsatzbereitschaft in Gruppenstärke ist bis 60min nach Alarmierung möglich, Teilkomponenten (z.B. RTW) ggf. schon früher.

- Technisches Hilfswerk (THW)

Das Technische Hilfswerk (THW) könnte in einer Großschadenslage durch folgende Leistungen unterstützend tätig werden.

<u>THW OV Rotenburg (Wümme)</u> Leistungen: - Personalressourcen zur Unterstützung - Transport von Personal, Material und Betroffenen - Unterstützung beim Aufbau der Infrastruktur (PA, BHP, etc.) - Stromerzeugung (50kVA) - Ausleuchtung der Einsatzstelle oder der Untereinsatzabschnitte - Ausrüstung (Zelte, Feldbetten, Bierzeltgarnituren)

Über die eigenen Möglichkeiten hinaus, könnten aus dem Geschäftsbereich Buxtehude noch mehr Personalressourcen generiert werden, die oben aufgeführten Leistungen bleiben bestehen.

Die Alarmierung erfolgt durch die Einsatzleitstelle über DME entsprechend der AAO oder auf Anforderung der ÖEL.

- DRK Kreisverband Bremervörde e.V.

Der DRK KV Bremervörde besteht aus vier Bereitschaften (Bremervörde, Zeven, Gnarrenburg, Tarmstedt), die jeweils verschiedene Grund- und Teileinheiten beherbergen und stellen. Diese insgesamt 14 Grundeinheiten können im Großschadensfall einzeln oder in Verbänden alarmiert werden.

Die jeweiligen Einheiten werden durch die Einsatzleitstelle über DME entsprechend AAO oder auf Anforderung der ÖEL alarmiert.

Folgende Einheiten stehen im Einsatzfall zur Verfügung:

Einsatzverband Sanität und Betreuung				
Einheiten	Bezeichnung	Einsatzmittel	Stärke	Mindestqualifikation
Führung	KdoW	KdoW	5/10/60/75	1 x VF
	ELW 1 Zeven	ELW 1		1 x stellv VF
Erkundung	Drohnenstaffel	MZF Drohne		1 x ZF
	ATV	ATV		10 x GF
Sichtung und Registratur	Sichtung und Registratur	MZF		1 x SysB
		GA Registratur		1 x Masch
Behandlung	Sanitätsgruppe Bremervörde	GW San		2 x NA
		MTW San		9 x RS
	Sanitätsgruppe Zeven	MTW San		4 x RH
		GA San		17 x San
Betreuung/ Behandlung SK 3	Betreuungsgruppe Tarmstedt	4-KTW		10 x BtKft + San
		GW Bt		5 x BtKft
		MTW Bt		1 x FK Strom
	Betreuungsstaffel Bremervörde	GA San		8 x Küche
		MTW Bt	2 x Pilot Drohne	
	Betreuungstrupp Zeven	GA Bt	2 x LR Beobachter	
		GA WC		
Transport	N-KTW	N-KTW		
	N-KTW	N-KTW		
	N-KTW	N-KTW		
Versorgung	Stromversorgungstrupp	GA Bt		
		GW LuT klein		
	Feldküche Zeven	NEA 60 KvA		
		GW Küche		
		GA Feldküche		
		GA Kühl		

- DRK Kreisverband Rotenburg (Wümme) e.V.

Der DRK Kreisverband Rotenburg könnte in einer Großschadenslage mit folgenden Komponenten unterstützend tätig werden:

DRK Kreisverband Rotenburg (Wümme)

- 1x KdoW (Kommandowagen)
 - 2x MTW
 - 1x GW-Technik
 - 1x LKW (7,5t Gerätewagen)
 - 1x KTW
 - 3x N-KTW
- (Zelte 2x SG 20, 1x Zeltheizung für zwei Zelte 33kW, 1 SEA 13,8kVA, 8 Bierzeltgarnituren)

Leistungen:

- Betreuung von max. 50 Personen (insbesondere Einsatzkräfte)
- Logistik (1x LKW 7,5t mit Ladebordwand) -> Betrieb eines kleinen Logistikstützpunktes
- Liegendtransport von bis zu drei Patienten
- Personenbeförderung (max. 20 Personen)
- Ausleuchten einer Fläche von bis zu 2500m² oder z.B. von Wegen und Plätzen
- Errichten und Betrieb von Zelten z.B. Aufenthaltszelt für Einsatzkräfte/Ruhe-Zelt
- Stromerzeugung, insbesondere für Eigenbedarf mit 1x SEA

Die Alarmierung erfolgt durch die Einsatzleitstelle über DME entsprechend der AAO oder auf Anforderung der ÖEL.

- Bundeswehr

Zentrale Bedeutung bei Großschadenslagen hat die Bundeswehr. Das Grundgesetz sieht vor, dass die Länder bei einer Naturkatastrophe oder einem besonders schweren Unglücksfall die Streitkräfte anfordern können. In einer umfangreichen Alarmplanregelung, die in Abstimmung mit den zivilen Behörden erlassen wurde, hat die Bundeswehr detailliertes Regelwerk für Wasser-, Unwetter-, Brand- und Schneekatastrophen, sowie für sämtliche technischen Großschadensfälle erlassen.

Weiterhin besteht aber auch die Möglichkeit, die Bundeswehr im Rahmen der dringenden Eilhilfe auf Ersuchen von Behörden oder gegenüber Dritten einzusetzen. Dringende Eilhilfe ist als Hilfeleistung weniger Bundeswehrangehöriger gegebenfalls mit Fahrzeugen, Luftfahrzeugen, Wasserfahrzeugen und Geräten, z. B. zur Rettung von Menschenleben oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden sowie erheblicher Beeinträchtigungen der Umwelt oder des Verlustes von für die Allgemeinheit wertvollem Material, insoweit und solange zulässig, als geeignete Hilfskräfte und geeignetes Material der zuständigen zivilen Behörden oder Hilfsorganisationen nicht ausreichend oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Näheres regelt der Erlass des BMVg vom 15.05.2013 - Hilfeleistungen der Bundeswehr bei Naturkatastrophen oder besonders schweren Unglücksfällen und im Rahmen der dringenden Eilhilfe (R I 1 – Az. 39-05-05/-35-99).

Die Alarmierung der Bundeswehr erfolgt mit entsprechender Vorlaufzeit durch eine Kontaktaufnahme der Einsatzleitstelle mit dem Kreisverbindungskommando (KVK) Rotenburg (Wümme).

Über das KVK Rotenburg (Wümme) werden dem Landkreis Rotenburg (Wümme) personelle und materielle Ressourcen zur Verfügung gestellt, auch eine sanitätsdienstliche Unterstützung (KrKw), Bergfähigkeiten, etc. sind denkbar.

3. ManV-Stufen und Sichtungskategorien

Laut Empfehlung des LARD nach §13 NRettDG; Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse) (Bek. d. MI v. 19.11.2014 – 36.42 - 41576-10-13/0) sind für den jeweiligen Rettungsdienstbereich ManV-Stufen nach der Anzahl der maximal zu versorgenden Patienten zu benennen, um eine detaillierte Planung und adäquatere Festlegung für die Bewältigung von rettungsdienstlichen Großschadensereignissen durchführen zu können.

Für den Leitstellenverbund der Landkreise Harburg, Heidekreis und Rotenburg (Wümme) wurden folgende ManV-Alarmstufen definiert.

MANV 7	MANV 15	MANV 25	MANV 50	MANV > 50
--------	---------	---------	---------	-----------

In einer Großschadenslage mit einer größeren Anzahl Verletzter und/oder Erkrankter werden gemäß folgendem Schema die Patienten nach Erkrankungsschwere und Behandlungsdringlichkeit kategorisiert.

Sichtungskategorie (SK) Kennfarbe	Beschreibung	Konsequenz
SK I - Rot	Vital bedroht	Sofortbehandlung
SK II - Gelb	Schwer verletzt/erkrankt	Dringliche Behandlung
SK III - Grün	Leicht verletzt/erkrankt	Nichtdringliche Behandlung
SK IV - Blau	Ohne Überlebenschance	Palliative Versorgung
Ex - Schwarz	Tote	

Zudem kann gemäß 7. Sichtungskonsensus-Konferenz von 2017 in einer ManV-Lage ansatzweise mit folgender Verteilung der Verletzten/Erkrankten auf die Sichtungskategorien (SK I - III) gerechnet werden: SK I 20 % - SK II 30 % - SK III 50 %.

	ManV 7	ManV 15	ManV 25	ManV 50	ManV > 50
%	5 – 7 Patienten	bis 15 Patienten	bis 25 Patienten	bis 50 Patienten	> 50 Patienten
Rot 20%	1,5	3	5	10	> 10
Gelb 30%	2	4,5	7,5	15	> 15
Grün 50%	3,5	7,5	12,5	25	> 25

4. Führungsstrukturen/Führungsorganisation

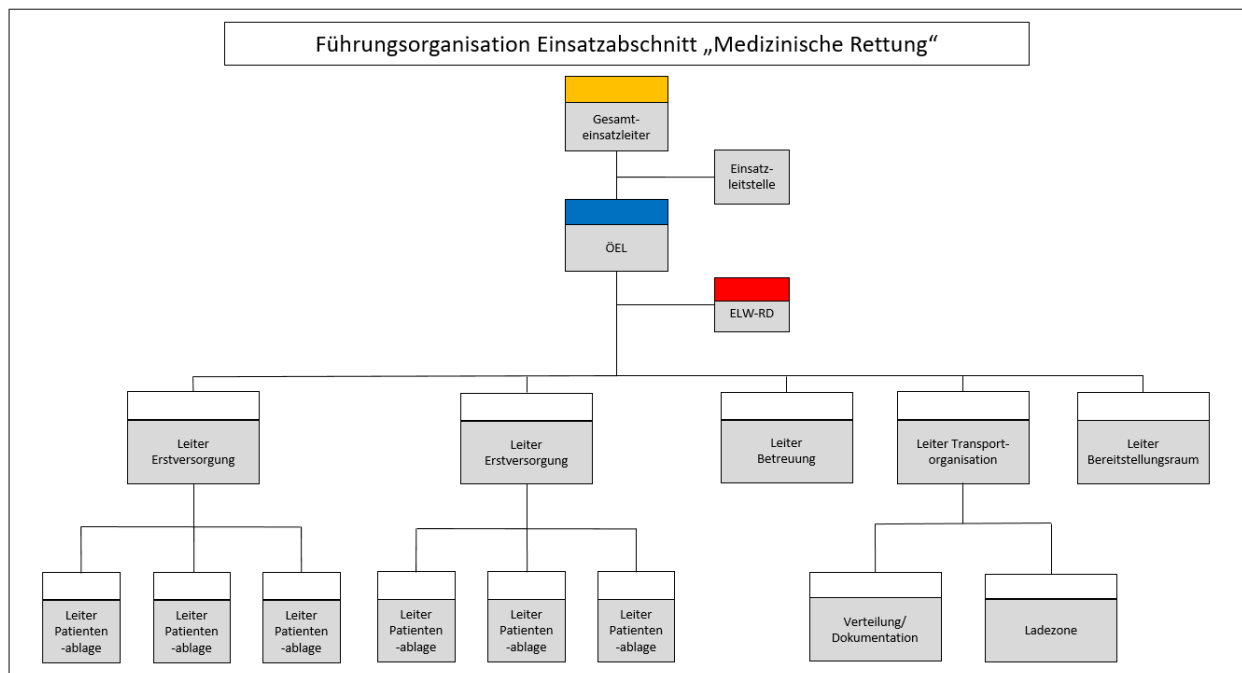
Für den Einsatzerfolg bei einem Großschadensfall ist eine schnelle Strukturierung mit Bildung von Einsatzabschnitten und Führungsebenen von entscheidender Bedeutung.

Insbesondere ManV-Lagen unterliegen häufig einer sehr dynamischen Entwicklung, mit steigenden Patientenzahlen erhöht sich auch der Führungsaufwand.

Beim Einsatz mehrerer rettungsdienstlicher Einsatzmittel ist eine rettungsdienstliche Führung zwingend erforderlich. Die Gesamteinsatzleitung obliegt bei gemischten Einsätzen dem Einsatzleiter der Feuerwehr oder bei polizeilichen Lagen dem Einsatzleiter der Polizei. Die Leitung des Einsatzabschnitts „medizinische Rettung“ übernimmt die ÖEL (LNA+OrgL).

Bei größeren Schadenslagen ist es unter Umständen notwendig, den Einsatzabschnitt „medizinische Rettung“ in weitere Untereinsatzabschnitte zu gliedern. Diese werden je nach Erfordernis vom Gesamteinsatzleiter in Absprache mit der ÖEL eingerichtet. Die Leiter dieser Untereinsatzabschnitte werden zunächst durch die ersteintreffenden Rettungsmittel kommissarisch, im weiteren Verlauf ggf. durch die ÖEL eingesetzt und mit entsprechender Funktionsweste gekennzeichnet.

Kommuniziert wird immer nur mit der nächst höheren bzw. nächst tieferen Führungsebene, das Überspringen einer Ebene ist untersagt.



Organigramm Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“

➤ Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“

• Gesamteinsatzleiter (GEL)

Die Gesamteinsatzleitung liegt nach Ausmaß bzw. Fortschritt des Ereignisses in den Händen des Einsatzleiters der Feuerwehr bzw. des Einsatzleiters der Polizei, der ggf. zur Wahrnehmung seiner Aufgaben einen Führungsstab bildet.

Gesamteinsatzleiter:

- Gesamteinsatzleitung aller Einsatzkräfte
- Erkundung und Beurteilung der gesamten Schadenslage aus einsatztaktischer und organisatorischer Sicht
- Bildung und Koordination von Einsatzabschnitten
- Versorgung und Austausch von Einsatzkräften
- Versorgung von Betroffenen (z.B. Verpflegung und Unterbringung)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Einsatznachbereitung

• Örtliche Einsatzleitung (ÖEL)

Nach §7 NRettdG hat jeder kommunale Träger für seinen Rettungsdienstbereich eine örtliche Einsatzleitung zu bestimmen, die bei einem Großschadensereignis am Einsatzort Aufgaben der Rettungsleitstelle übernimmt, soweit dies zur ordnungsgemäßen Lenkung des Einsatzes erforderlich ist, und die medizinische Versorgung

leitet. Sie ist gegenüber den am Einsatzort tätigen Personen anstelle der Rettungsleitstelle weisungsbefugt; jedoch nicht gegenüber der Pilotin oder dem Piloten in flugtechnischen Angelegenheiten.

Die örtliche Einsatzleitung des Einsatzabschnitts „medizinische Rettung“ besteht aus einem Leitenden Notarzt (LNA) und einem Organisatorischen Leiter (OrgL). Die ÖEL übernimmt also die rettungsdienstliche Führung. Die Gesamteinsatzleitung übernimmt in Anhängigkeit von der Einsatzlage die Einsatzleitung der Feuerwehr oder bei polizeilichen Lagen die Einsatzleitung der Polizei.

In den im Niedersächsischen Ministerialblatt vom 02.02.2011 veröffentlichten Empfehlungen des Landesausschuss „Rettungsdienst“ nach § 13 NRettDG; Örtliche Einsatzleitung, werden die Aufgaben, Bestandteile und wirtschaftlichen Kosten einer Örtlichen Einsatzleitung (ÖEL) gemäß § 7 NRettDG geregelt. Gemäß Nr. 2 der o. g. Empfehlungen soll die Verfügbarkeitszeit der ÖEL 30 Minuten nicht überschreiten; die ständige Bereitschaft der ÖEL ist sicherzustellen.

Um das in einem flächenmäßig sehr großen Landkreis wie dem Rettungsdienstbereich des Landkreises Rotenburg (Wümme) mit einer Größe von 2.070 qkm gewährleisten zu können, werden die OrgL aus zwei Bereichen (Nord/Mitte und Süd) zugeführt.

Für jeden der beiden Bereiche gibt es einen getrennten Dienstplan, so dass die Alarmierung des jeweils diensthabenden OrgL über die Einsatzleitstelle für Rettungsdienst und Feuerwehr ständig sichergestellt ist. Der Transfer des OrgL an den Einsatzort erfolgt durch ein eigenes Einsatzfahrzeug mit entsprechender Zusatzausrüstung für Führung und Dokumentation der Einsätze (Fernmeldeausstattung, Kartenmaterial, Material für Sichtung und Patientendokumentation). Dieses wird jeweils bei Dienstübergabe an den übernehmenden Kollegen übergeben.

Die LNA sind in einer Leitenden Notarztgruppe organisiert, ein eigener Dienstplan besteht nicht. Nach Alarmierung melden sich die LNA in der Einsatzleitstelle, der Erstanrufende bzw. der der Einsatzstelle nächstgelegene wird von der Einsatzleitstelle als LNA eingesetzt. Der Transfer des LNA zur Einsatzstelle erfolgt, soweit nicht anders möglich, mit dem Privat-PKW.

Die Alarmierung der OrgL/ÖEL/UG-ÖEL erfolgt automatisch nach vorher definierten Einsatzstichworten (siehe unten) oder auf Anforderung.

Alarmierung OrgL / ÖEL (LNA/OrgL) / UG-ÖEL				
X = Alarmierung				
Stichwort bzw. Eskalation	OrgL Primär- alarmierung	ÖEL (LNA/OrgL) Primär- alarmierung	UG-ÖEL ELW-RD	Bemerkung
NF4	X			
NFA4	X			
MANV7	X	X	X	
MANV15	X	X	X	
MANV25	X	X	X	
MANV50	X	X	X	
MANV50+	X	X	X	
F3-Y	X			
F4 / F4-Y	X		X	
F5 / F5-Y	X		X	
F6 / F6-Y	X		X	
FW3-Y	X			
FW4-Y	X		X	
FW5-Y	X		X	
FFLUG1	X			
FFLUG1-Y	X			
FFLUG2	X	X	X	
FFLUG2-Y	X	X	X	
FSCHIFF2-Y	X	X	X	
FBAHN1-Y	X			
FBAHN2 / FBAHN2-Y	X		X	
THBAHN2-Y	X		X	
THFLUG2-Y	X			
THSCHIFF2-Y	X			
THW-Y	X		X	
GEF2 / GEF2-Y	X		X	

Bei allen anderen Stichworten erfolgt die Alarmierung bei Bedarf oder auf Anforderung.

Alarm- und Ausrückeordnung OrgL/ÖEL/UG-ÖEL

- Erstintreffender Notarzt (1. Notarzt)

Alle am Einsatzort eintreffenden Notärzte melden sich umgehend bei der für sie zuständigen Einsatzleitung. Der ersteintreffende Notarzt übernimmt zunächst kommissarisch die Stellung und die Funktion des Leitenden Notarztes, solange der für diesen Einsatz bestellte LNA nicht an der Einsatzstelle ist. Nach Ankunft am Einsatzort kennzeichnet er sich mit der weißen Weste und der Aufschrift „1. Notarzt“. Treffen mehrere Notärzte gleichzeitig ein, verständigen sich diese über die Wahrnehmung der LNA-Funktion. Es erfolgt umgehend eine Rückmeldung an die für sie zuständige Einsatzleitung und an die Einsatzleitstelle.

Grundsätzlich geht mit dem Eintreffen des LNA die Funktion auf diesen über. Abhängig von dem bisherigen Einsatzgeschehen entscheidet der LNA, ob diese Funktion weiterhin vom 1. Notarzt wahrgenommen werden soll. Ein Wechsel ist unverzüglich der Gesamteinsatzleitung und der Einsatzleitstelle mitzuteilen. Der Zeitpunkt ist zu dokumentieren. In der Funktion des LNA übernimmt der 1. Notarzt die

beschriebenen Aufgaben des LNA (siehe unten). Nach Niederlegen der LNA-Funktion übernimmt der 1. Notarzt die ihm vom LNA übertragenen Aufgaben.

Die Aufgaben des ersteintreffenden Notarztes sind in der im Handbuch aufgeführten Checkliste dargestellt.

- Leitender Notarzt (LNA)

Grundsätzlich übernimmt der für die Einsatzstelle bestellte LNA bei Eintreffen am Einsatzort die Funktion und die Stellung des LNA und kennzeichnet sich durch die blaue Weste mit der Aufschrift „Ltd. Notarzt“. Wurde die LNA-Funktion von einem anderen Notarzt wahrgenommen, so erfolgt umgehend eine Rücksprache mit diesem bezüglich des bisherigen Einsatzgeschehens und eine Absprache bezüglich des Verbleibes der LNA-Funktion. Unter bestimmten Bedingungen kann es angebracht sein, die LNA-Funktion beim 1. Notarzt zu belassen. Die Entscheidung hierüber obliegt allein dem für diesen Einsatz bestellten LNA. Der bestellte LNA hat in diesem Fall das NEF zu übernehmen. Der LNA ist Mitglied der Gesamteinsatzleitung. Der LNA ist sowohl dem Rettungsdienstpersonal als auch den Ärzten gegenüber in medizinisch-organisatorischen Fragen weisungsbefugt.

Dem LNA obliegt in Zusammenarbeit mit dem OrgL die Leitung des Einsatzabschnitts „medizinische Rettung“.

Leitender Notarzt:

- Beurteilung der Lage aus medizinischer Sicht
- Anzahl Verletzter / Erkrankter
- Art und Ausmaß der Verletzungen / Erkrankungen
- Feststellung der Versorgungs- und Behandlungskapazitäten am Einsatzort, entsprechend der Informationen durch den OrgL
- Feststellung der Versorgungskapazitäten aufnehmender Krankenhäuser, entsprechend der Informationen durch den OrgL
- Organisation der Einsatzstelle (Erstversorgung, Patientenablagen, Transportorganisation, BHP, Bereitstellungsraum)
- Festlegung des medizinischen Personals und Materials (ggf. Nachforderung)
- Sicherstellung der Registrierung der Patienten mittels Verletztenanhängekarten
- Festlegung des Transportmittels, Transportziel und Zeitpunkt des Abtransportes
- Beratung der Gesamteinsatzleitung in medizinischen Fragen
- Sicherstellung der (Vor-)Sichtung
- Dokumentation

Die Alarmierung der LNA-Gruppe erfolgt automatisch nach vorher definierten Einsatzstichworten (siehe Abschnitt ÖEL) oder auf Anforderung.

- Ersteintreffendes Rettungsmittel (1. RTW)

Der Transportführer des ersteintreffenden Rettungsmittels übernimmt zunächst kommissarisch die Stellung und die Funktion des OrgL, solange der diensthabende OrgL nicht an der Einsatzstelle ist. Nach Ankunft am Einsatzort kennzeichnet er sich mit der weißen Weste und der Aufschrift „1. RTW“.

Treffen mehrere Rettungsmittel gleichzeitig ein, verständigen sich die Transportführer über die Wahrnehmung der kommissarischen OrgL-Funktion. Es erfolgt umgehend eine Rückmeldung an den Gesamteinsatzleiter bzw. an die Einsatzleitstelle. Grundsätzlich geht mit dem Eintreffen des diensthabenden OrgL die Funktion auf diesen über. Abhängig von dem bisherigen Einsatzgeschehen entscheidet der bestellte OrgL, ob diese Funktion weiterhin vom Transportführer des ersteintreffenden Rettungsmittels wahrgenommen werden soll. Ein Wechsel ist unverzüglich der Gesamteinsatzleitung und der Einsatzleitstelle mitzuteilen. Der Zeitpunkt ist zu dokumentieren.

Unter bestimmten Bedingungen kann es angebracht sein, die OrgL-Funktion beim Transportführer des ersteintreffenden Rettungsmittels zu belassen. Die Stellung des Transportführers des ersteintreffenden Rettungsmittels entspricht der beschriebenen Stellung des OrgL.

In der Funktion des OrgL übernimmt der Transportführer des ersteintreffenden Rettungsmittels die beschriebenen Aufgaben des OrgL. Nach Niederlegen der OrgL-Funktion übernimmt der Transportführer des ersteintreffenden Rettungsmittels die ihm vom OrgL übertragenen Aufgaben (siehe unten).

Die Aufgaben des ersteintreffenden Rettungsmittels sind in der im Handbuch aufgeführten Checkliste geregelt.

- Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL)

Der OrgL ist Mitglied der ÖEL und untersteht dem Gesamteinsatzleiter.

Der OrgL ist Berater des Gesamteinsatzleiters in rettungsdienstlich-organisatorischen Fragen. Er ist verantwortlicher Organisatorischer Leiter des Abschnitts „medizinische Rettung“. Der OrgL ist weisungsbefugt gegenüber dem im Abschnitt „medizinische Rettung“ tätigen Personal in organisatorischen Fragen.

Innerhalb der ÖEL trägt der LNA die Gesamtverantwortung für die medizinische Gefahrenabwehr.

Die Aufgaben des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst sind in der im Handbuch aufgeführten Checkliste geregelt.

OrgL:

- Wahrnehmung taktischer, organisatorischer und logistischer Belange des Einsatzabschnittes „medizinische Rettung“ zusammen mit dem LNA
- Rettungsdienstliche Lagebeurteilung und räumliche Aufteilung der Einsatzstelle
- Nachforderung von zusätzlichem Personal und Material in Absprache mit dem Gesamteinsatzleiter
- Einweisung von nachrückenden Einsatzkräften
- Einweisung des Betreuungsdienstes einschließlich PSNV-Kräften
- Benennung der Leiter von Untereinsatzabschnitten
- Erstellen einer Gesamtdokumentation und Übergabe an die Einsatzleitstelle umgehend nach dem Einsatzende
- Organisation des Abtransportes der Patienten in Krankenhäuser oder sonstige Versorgungseinheiten gemäß Vorgabe des LNA
- Erfassen der von der Einsatzleitstelle gemeldeten Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser

Die Alarmierung der OrgL erfolgt automatisch nach vorher definierten Einsatzstichworten (siehe Abschnitt ÖEL) oder auf Anforderung.

• Unterstützungsgruppe-ÖEL:

Die UG-ÖEL dient besonders im Großschadensfall der Unterstützung der ÖEL.

Ansprechpartner im Einsatz ist der jeweilige Führungsassistent, dieser ist mit der roten Weste und der Aufschrift „FüAss ELW-RD“ gekennzeichnet.

Die Alarmierung der UG-ÖEL erfolgt automatisch nach vorher definierten Einsatzstichworten (siehe Abschnitt ÖEL) oder auf Anforderung der ÖEL.

Unterstützungsgruppe-ÖEL

- Sammeln und Bereitstellen von Lageinformationen
- Anzahl Verletzter / Betroffener / Beteiligter (gesamt/nach PA)
- Schweregrad der Verletzungen (Kategorien) (gesamt/nach PA)
- Behandlungskapazitäten Krankenhäuser (Bettenkapazitäten)
- Transportkapazitäten / Bereitstellungsraum (Stärkemeldung)
- Lagekarte / Lagedarstellung
- Einsatztagebuch
- Transportorganisation bis MANV 25
- Führungsunterstützung für die ÖEL (LNA/OrgL) in sämtlichen Belangen
- Stellen des FüAss für die ÖEL
- Kontaktaufnahme zu den bereits im Einsatz tätigen Einheiten, insbesondere Feuerwehr und Polizei in Abstimmung mit der ÖEL
- Umsetzung der rettungsdienstlichen Kommunikation im Rahmen der übrigen Führungsorganisation (Abwicklung der kompletten Kommunikation nach unten in den gesamten Einsatzabschnitt, sowie nach oben zum Gesamteinsatzleiter bzw. zur Leitstelle in Abstimmung mit der ÖEL)
- Organisation des Verletztenabtransportes in Abstimmung mit der ÖEL
- Dokumentation des Einsatzes für den Einsatzabschnitt „medizinische Rettung“

- Untereinsatzabschnittsleiter

Die zunehmende Komplexität von Großschadenslagen und das Umdenken in ein-
satztaktischen Überlegungen führt bei größeren Einsätzen zwangsläufig zur Bil-
dung von Untereinsatzabschnitten, deren Organisation mit eigenen Leitern zu be-
setzen ist.

Folgende Untereinsatzabschnitte sind bei einem ManV je nach Schadenslage zu bil-
den:

<p><u>Leiter Erstversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Erkundung der rettungsdienstlichen Lage – Zusammentragen von Patientenzahlen mit Sichtungskategorien aus den Patientenablagen – Regelmäßige Meldung der Patientenzahlen mit Sichtungskategorien aus den Patientenablagen an den ELW-RD / OrgL / Einsatzleitstelle – Sicherstellung der Erstversorgung – Nachforderung von Rettungsmitteln nach Absprache mit dem OrgL beim ELW-RD bzw. ggf. auch direkt beim Leiter Bereitstellungsraum – Sicherstellung der Erstversorgung an ELW-RD / OrgL melden – Rettungsdienstliche Raumordnung – Erstmaßnahmen für eine Transportorganisation (Kapazitäten abfragen) – Ladezone planen und ggf. einrichten (in Absprache mit dem OrgL) – Soforttransporte organisieren – Nach Sicherstellung der Erstversorgung Abtransport roter Patienten – Abtransport dokumentieren 	<p><u>Leiter Patientenablage</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Zusammenarbeit mit dem medizinischen Leiter der Patientenablage – Raumordnung innerhalb der Patientenablage festlegen – (Vor-)Sichtung veranlassen – Dokumentation Verletzter / Erkrankter inkl. Sichtungskategorien sowie des Personals mit regelmäßiger Rückmeldung an die ÖEL – Fordert Material und Transportkapazitäten bei ÖEL bzw. beim Leiter TO an – Sicherstellung der Kommunikation mit den anderen Einsatzabschnitten – Personalmanagement in der Patientenablage – Transportreihenfolge festlegen, in Absprache mit medizinischen Leiter PA – Abtransport dokumentieren
---	---

<p><u>Leiter Transportorganisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Einrichten einer Ladezone mit Festlegung der Raumordnung – Festlegung des Kräftebedarfs in der Ladezone – Nachforderung erforderlicher Transportkapazitäten über die ÖEL – Einweisung anrückender Einsatzmittel in der Ladezone und Zuweisung zu den Patientenablagen – Zuweisung geeigneter Transportziele und Rettungsmittel für die Patienten – Koordinierung von Trägertrupps – Koordinierung der Übergabe aller relevanten Informationen der erstversorgenden Kräfte – Koordination und Dokumentation des Abtransports der Patienten – Sicherstellung der Kommunikation 	<p><u>Leiter Bereitstellungsraum</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Organisation des Bereitstellungsraumes – Dokumentation und Verwaltung der eintreffenden Rettungsmittel mit Rückmeldung an die ÖEL – Kommunikation mit der ÖEL und den Leitern EV/PA/TO – Weist nach Anforderung durch die ÖEL oder den Leiter TO die Rettungsmittel die Ladezonen oder der Erstversorgung zu
---	--

Weitere Einzelheiten zu den Untereinsatzabschnitten sind dem Kapitel „Einsatztak-
tik im ManV“ zu entnehmen.

- Feuerwehr

Der ManV ist ein Rettungsdiensteinsatz, der mit den Ressourcen des Regelrettungsdienstes und des erweiterten Rettungsdienstes allein nicht mehr bewältigt werden kann.

Von zentraler Bedeutung bei solchen Großschadenslagen ist u.a. das organisationsübergreifende Zusammenwirken mit der Feuerwehr, deren technische, materielle und personelle Ressourcen einen großen Beitrag bei der Bewältigung solcher komplexer Einsatzlagen leisten.

In den meisten Fällen handelt es sich bei diesen Großschadenslagen um gemischte Einsätze, bei denen der Feuerwehr die Gesamteinsatzleitung obliegt.

Für den Einsatzabschnitt „medizinische Rettung“ wurde daher ab > ManV 25 die Übernahme folgender Einsatzunterabschnitte mit der Feuerwehr abgesprochen:

- Ladezone
- Bereitstellungsraum

Der Aufbau und die Organisation dieser beiden Einsatzunterabschnitte erfolgt durch die Feuerwehr. Die Einheit ist dann dem Leiter TO bzw. der ÖEL unterstellt.

Die Alarmierung einer zusätzlichen Feuerwehr zum Zwecke der Unterstützung des Einsatzabschnitts „medizinische Rettung“ erfolgt georeferenziert durch die Einsatzleitstelle.

➤ **Einsatzindikationen**

Neben den in der Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) aufgeführten Einsatzstichworten sind im Landkreis Rotenburg (Wümme) folgende Einsatzindikationen für die ÖEL (LNA/OrgL) festgelegt worden:

- Ereignisse mit fünf oder mehr Notfallpatienten
- Ereignisse, bei denen drei oder mehr Notärzte an einer Einsatzstelle tätig sind
- auf Anforderung des Einsatzleiters der Feuerwehr
- auf Anforderung eines Notarztes
- nach Einschätzung des Lagebildes durch die Einsatzleitstelle
- bei besonderen rettungsdienstlichen Lagen (z.B. Großveranstaltungen, Großbränden, LebEL, Geiselnahme, CBRN, Demonstrationen)
- Räumungs- und Evakuierungsmaßnahmen

➤ Kennzeichnung

Um das Führungspersonal an der Einsatzstelle sofort erkennen zu können, wird das Leitungs- und Führungspersonal mit farbigen Funktionswesten gekennzeichnet. Die speziellen Funktionen sind der rückwärtigen Aufschrift zu entnehmen. Die Funktionswesten dürfen nur von den für diese Position bestimmten Kräften getragen werden, allen anderen Einsatzkräften des Einsatzabschnitts „medizinische Rettung“ ist das Tragen von Funktionswesten untersagt.

Die Funktionswesten für den Rettungsdienst befinden sich auf den KTW, RTW, NEF, OrgL-Fahrzeugen und dem ELW-Rettungsdienst (ELW-RD).

<u>Funktionswesten für den Rettungsdienst:</u>	
	Blaue Weste: LNA und OrgL <u>Aufschrift:</u> Ltd. Notarzt / Org. Leiter
	Weißer Weste: Leiter Untereinsatzabschnitte <u>Aufschrift:</u> 1. RTW, 1. Notarzt, PA_____, Bereitstellungsraum_____, Betreuung, Erstversorgung, Transportorganisation
	Rote Weste: Führungsassistent ELW-RD <u>Aufschrift:</u> FüAss ELW-RD
<u>Funktionswesten im Gesamteinsatz:</u>	
	Gelbe Weste: Gesamteinsatzleiter Feuerwehr
	Grüne Weste: Presse
	Lila Weste: Notfallseelsorger Der Leitende Notfallseelsorger ist durch einen entsprechenden Schriftzug auf dem Rückenschild gekennzeichnet

Der Transportführer des ersteintreffenden Rettungsmittels trägt bei Ankunft am Einsatzort die weiße Weste mit der Aufschrift 1. „RTW“, um sich als Ansprechpartner Rettungsdienst/kommissarischer OrgL kenntlich zu machen. Dasselbe gilt für den ersteintreffenden Notarzt, der sich durch die weiße Weste mit der Aufschrift „1. Notarzt“ als kommissarischer LNA kennzeichnet.

Bei Eintreffen von LNA/OrgL werden nach Verständigung über die weitere Vergabe dieser beiden Positionen die blauen Westen zur Kennzeichnung des LNA/OrgL eingesetzt.

Die Leiter der beim Großschadensereignis unter Umständen zu bildenden weiteren Untereinsatzabschnitte (Leiter Erstversorgung, Leiter Transportorganisation, Leiter Patientenablage, Leiter Bereitstellungsraum, Betreuungsstelle) werden mit weißen Westen und der jeweiligen Aufschrift gekennzeichnet.

➤ **Funkkonzept**

In einem Großschadensfall ist die Zusammenarbeit zwischen Rettungsdienst, HiOrg, Einsatzleitstelle, Feuerwehr und Polizei essentiell.

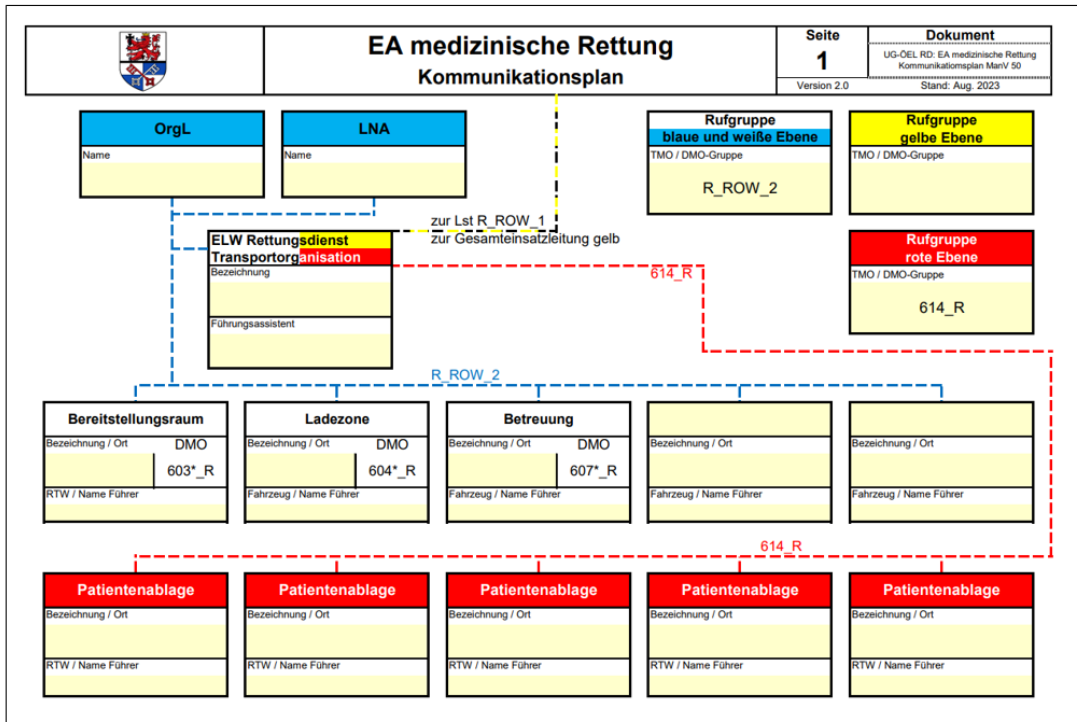
Wichtiger Bestandteil dieser Zusammenarbeit ist die Kommunikation untereinander und zwischen den verschiedenen Führungsebenen. Um einen reibungslosen Ablauf gewährleisten zu können, wurde für den Einsatzabschnitt „medizinische Rettung“ ein entsprechender Kommunikationsplan erstellt.

Die Kommunikation der ÖEL/Transportorganisation mit der Einsatzleitstelle erfolgt über die 1. Rufgruppe des Rettungsdienstes des LK Rotenburg (Wümme) (R_ROW_1), mit der Gesamteinsatzleitung über eine im Einsatzfall vom Gesamteinsatzleiter festzulegende Rufgruppe (gelbe Ebene).

Als Führungskanal zur Kommunikation der ÖEL/Transportorganisation mit den einzelnen Einsatzunterabschnittsleitungen (Bereitstellungsraum, Ladezone, etc.) im Schadensgebiet, wird die 2. Rufgruppe des Rettungsdienstes des LK Rotenburg (Wümme) (R_ROW_2) vorgehalten.

Für die Kommunikation in den einzelnen Einsatzunterabschnitten stehen weitere Rufgruppen zur Verfügung. Der Einsatzunterabschnitt „Bereitstellungsraum“ erhält die Rufgruppe 603*_R, der Einsatzunterabschnitt „Ladezone“ die Rufgruppe 604*_R, der Einsatzunterabschnitt „Betreuung“ die Rufgruppe 607*_R und der Einsatzunterabschnitt „Patientenablage“ die Rufgruppe 614_R.

Über die Rufgruppe 614_R läuft auch die Kommunikation der Patientenablagen mit dem ELW-RD/Leiter Transportorganisation.



Kommunikationsplan Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“

5. Einsatzleitstelle

➤ Alarm- und Ausrückeordnung (AAO)

	ManV 7	ManV 15	ManV 25	ManV 50	ManV > 50
ÖEL RD (LNA + OrgL)	1	1	1	1	1
ELW RD	1	1	1	1	1
OrgL-Gruppe				x	x
LNA-Gruppe	x	x	x	x	x
PSNV		x	x	x	x
NEF ¹	2	3	5	7	7 + n
RTW ^{1,2}	5	10	15 + n	15 + n	15 + n
¹ inkl. MANV-S aus Nachbarlandkreisen		1	1	2	2
² inkl. MANV-T aus Nachbarlandkreisen		1	2	4	4 + n
RTH	1	2	alle verfügbaren	alle verfügbaren	alle verfügbaren
Einsatzzug komplett					
Komponente Führung			x	x	x
Komponente Transport			x		
Komponente Betreuung			x		
Komponente Behandlung			x		
JUH/DRK Rotenburg			x	x	x
HiOrg (DLRG/THW)				x	x

➤ **Behandlungskapazitäten**

Mit Alarmierung des Einsatzstichwortes „ManV“ beginnt die Einsatzleitstelle, die Behandlungskapazitäten der umliegenden und überregionalen Krankenhäuser zu erfassen. Ziel muss es sein, jedem Patienten ein geeignetes Krankenhaus zuweisen zu können. Dabei sind auf Anforderung der ÖEL insbesondere spezielle Behandlungsmöglichkeiten (CO-Intoxikation, Polytrauma, Verbrennung, etc.) zu organisieren.

Die am IVENA beteiligten Krankenhäuser übermitteln nach Auslösung des IVENA-ManV ihre Behandlungskapazitäten direkt über IVENA an die Einsatzleitstelle, alle anderen Krankenhäuser werden über ein Abfrage-Fax aufgefordert ihre Kapazitäten anzugeben. Die gesammelten Informationen werden der ÖEL von der Einsatzleitstelle mitgeteilt.

➤ **IVENA**

Der webbasierte Interdisziplinäre Versorgungsnachweis IVENA eHealth ist eine Anwendung, mit der sich die Träger der präklinischen und klinischen Patientenversorgung jederzeit in Echtzeit über die aktuelle Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser informieren können.

Die Anwendung ermöglicht zudem eine überregionale Zusammenarbeit und bietet eine umfassende und detaillierte Ressourcenübersicht. Sie erlaubt einen schnellen Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Einsatzleitstellen und dem Rettungsdienst.

Das IVENA-ManV-Modul bietet die Möglichkeit einer ressourcenschonenden Alarmierung, da die Krankenhäuser einerseits sehr frühzeitig über das Geschehen informiert werden und andererseits selbst fortlaufend die eigenen Kapazitäten aktualisieren. Dabei werden auch die Bettenbelegungen und Ereignisse der Regelversorgung mit eingeschlossen. Daraus folgen zielgerichtete Alarmierungen. Alle am Einsatz Beteiligten haben zu jeder Zeit den gleichen Informationsstand durch die Darstellung der vorhanden freien Betten und Behandlungsmöglichkeiten der Kliniken. Die erfolgten Patientenzuweisungen fließen in die Ansicht ein. Die Kliniken können die Sichtungskategorien der eingelieferten Patienten anpassen, falls sich der Patientenzustand bei der Einlieferung besser oder schlechter darstellt als bei Transportbeginn. Damit wird die reale Versorgungskapazität der Klinik sofort aktualisiert dargestellt.

Patienten, die sich eigenständig von der Schadensstelle entfernt haben und selbständig ein Krankenhaus aufsuchen, werden Selbsteinweiser genannt und können von den Kliniken ebenfalls mittels IVENA-ManV erfasst werden.

Im Falle eines Großschadensereignis wird bereits vor der ersten Lagemeldung ab ManV 15 im IVENA ein Voralarm ausgelöst, der die umliegenden Krankenhäuser über das Vorliegen eines ManV informiert.

Mit Absetzen der ersten Lagemeldung durch die ersteintreffenden Einsatzkräfte wird der „Voralarm“ auf „Aktiver Einsatz“ geschaltet.

Der Rettungsdienst meldet seinen Patienten mit der Behandlungsdringlichkeit, der Verdachtsdiagnose und dem zu erwartenden Eintreffen in der Notaufnahme über IVENA an die ausgewählte Klinik. Die Zuweisung der Patienten erfolgt im ManV-Fall über den ELW-RD.

➤ **Grundschutz**

Um die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung des Landkreises auch im Großschadensfall weiter sicherstellen zu können, wird im Einsatzfall nicht auf den kompletten Grundschutz zurückgegriffen.

Es ist je nach Größe des ManV sicherzustellen, mindestens zwei Rettungsmittel pro Rettungsdienstbereich (Nord/Mitte/Süd) und ein NEF im Bereich Mitte für den gesamten Bereich zurückzuhalten.

Im weiteren Verlauf wird die Einsatzleitstelle versuchen, den Grundschutz durch Verlegung von Einsatzkräften oder den Einsatz des erweiterten Rettungsdienstes auszugleichen.

➤ **Festlegung Bereitstellungsraum**

Für die Strukturierung der Einsatzstelle ist die frühzeitige Auswahl eines Bereitstellungsraumes wichtig, um ein unkontrolliertes Anfahren der Einsatzkräfte an den Schadensort zu verhindern.

Hierfür werden entweder bereits vorher definierte Bereitstellungsräume genutzt oder Bereitstellungsräume in Absprache zwischen Einsatzleitstelle, dem Gesamteinsatzleiter sowie der ÖEL festgelegt.

Der Bereitstellungsraum ist den an- und nachrückenden Einsatzkräften bereits in der Einsatzmeldung (SDS) über die Einsatzleitstelle mitzuteilen.

6. Einsatztaktik im ManV

Die präklinische notfallmedizinische Versorgung von Betroffenen im Rahmen eines Rettungsdiensteinsatzes erfolgt wie jede medizinische Maßnahme grundsätzlich unter der ethisch - moralischen Prämisse der bestmöglichen Individualtherapie für jeden Menschen.

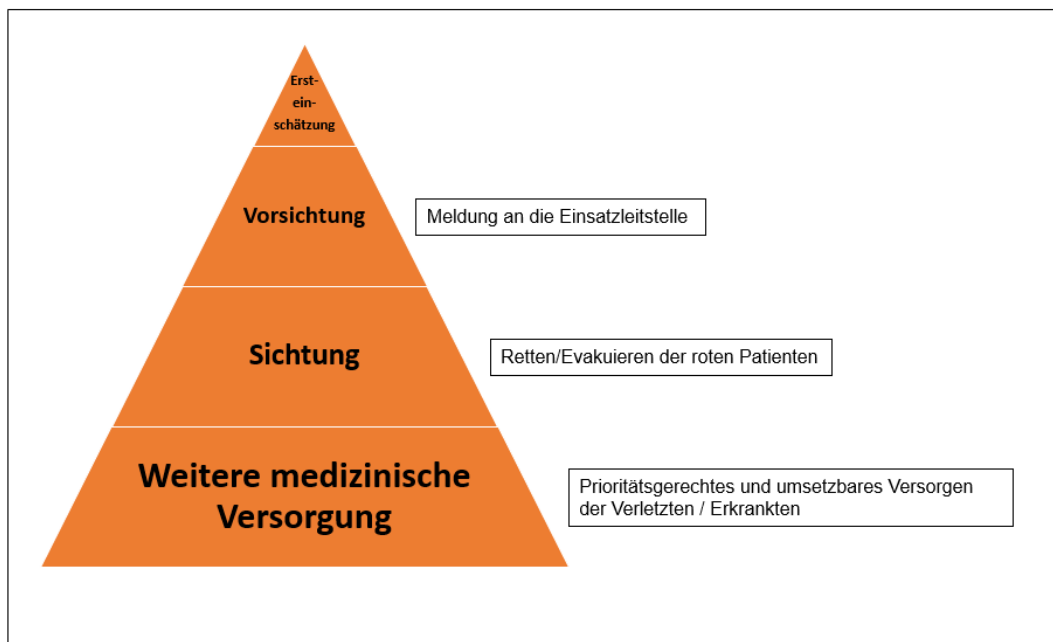
Bei einem ManV und bei Großschadensereignissen besteht jedoch besonders in der Anfangsphase in Bezug auf die Versorgungskapazitäten ein Missverhältnis zwischen Bedarf und Möglichkeiten, so dass der individualmedizinischen Handlungsmaxime nicht entsprochen werden kann. Um trotzdem allen Verletzten und Erkrankten eine individuell möglichst optimale Versorgung zukommen lassen zu können, ist eine vorherige (Vor-)Sichtung/Ersteinschätzung der Betroffenen zwingend erforderlich. Nur so ist der Bedarf an Personal und Material abzuschätzen und deren Einsatz optimal zu koordinieren.

Die Heranführung von Personal und Materialressourcen muss so gestaltet werden, dass zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Rückkehr zu individualtherapeutischen Prinzipien umsetzbar wird.

➤ **Ersteinschätzung/(Vor-)Sichtung nach PRIOR®**

Der ersten Lagemeldung bzw. der sich anschließenden (Vor-)Sichtung kommt im Großschadensfall entscheidende Bedeutung zu, weil sie wegweisend ist für alle am Einsatz beteiligten Kräfte und den ManV maßgeblich beeinflussen kann. Die gesammelten Informationen sind umgehend der Einsatzleitstelle zu übermitteln.

Die Sichtungskonsensus-Konferenz hat für die ersteintreffenden Kräfte den „Sichtungsprozess“ etabliert, nach dem in der Initialphase eines ManV vorgegangen werden soll.



„Sichtungsprozess“ nach Sichtungskonsensus-Konferenz

Die Sichtungskonsensus-Konferenz hat den Begriff der Vorsichtung definiert als „Vorläufige standardisierte medizinische Zustandsbeurteilung, die von Ärzten oder hierfür geschultem nichtärztlichen Einsatzkräften durchgeführt wird und der eine ärztliche Sichtung folgt“.

Unter Sichtung versteht man „die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Zeitpunkt, Art und Ziel des Transportes“.

Ein Großschadensereignis erfordert eine schnellstmögliche Behandlung und den Transport vital gefährdeter Patienten.

Ziel ist, ein frühestmögliches medizinisches Lagebild und die Detektion schwerstverletzter und erkrankter Betroffener (SK I), um die Überlebenschance dieser Patienten zu erhöhen.

Diese sind durch (Vor-)Sichtung als erste zu identifizieren, mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen zu versorgen, um eine Zustandsverschlechterung zu vermeiden und einen gezielten Abtransport in eine geeignete Klinik zu organisieren. Es erfolgt also eine vorläufige, standardisierte medizinische Zustandsbeurteilung, jedoch grundsätzlich noch keine Behandlung. Die Vorsichtung ist keine rein ärztliche Tätigkeit, sondern kann auch von qualifiziertem medizinischen Fachpersonal durchgeführt werden.

Das ersteintreffende Rettungsmittel nimmt eine orientierende Ersteinschätzung der vorliegenden Lage sowie Anzahl der Verletzten/Erkrankten vor. Diese dient der Einsatzleitstelle als erster Anhaltspunkt für weitere Alarmierungen und taktische Entscheidungen.

Die (Vor-)Sichtung erfolgt im Landkreis Rotenburg (Wümme) sowie den anderen zum Leitstellenverbund gehörenden Landkreisen (Harburg und Heidekreis) modifiziert nach PRIOR® (siehe auch die im Handbuch aufgeführten Anlagen „Algorithmus Vorsichtung“ und „Patientenanhängekarten“).

In die Vorsichtung werden zunächst alle ersteintreffenden Einsatzkräfte eingebunden, um möglichst schnell eine qualitativ hochwertige Aussage über Verletztenanzahl und Erkrankungsschwere zu erlangen und um die Einsatzkräfte mit Führungsaufgabe zügig zu entlasten, damit diese mit der Koordination der Einsatzstelle beginnen können. Die Aufgaben des Sichtungsteams sind in der im Handbuch aufgeführten Checkliste geregelt.

Während der Vorsichtung erhalten alle Patienten eine Patientenanhängekarte (PAK), mit der sie einer Sichtungskategorie (SK I-III) zugeteilt werden, zusätzlich werden lebensrettende Sofortmaßnahmen ergriffen. Das Ergebnis der Vorsichtung wird durch

entsprechendes Abtrennen der nächst niedrigeren Kategorie an den PAK gekennzeichnet.

Im Rahmen der ggf. nachfolgenden ärztlichen Sichtung erfolgt dann eine erneute Zustandsbeurteilung des Patienten und die Überprüfung, ob die zugeteilte Sichtungskategorie noch Bestand hat.

Die ärztliche Sichtung wird lageabhängig erst in den Patientenablagen oder in den weiterführenden Versorgungseinrichtungen durchgeführt.

Für die ärztliche Sichtung ist auf den PAK auf der Seite mit den Landkreis-Wappen ein Bereich für einen Aufkleber vorgesehen, mit dem die ärztliche Sichtung (SK I – IV, EX) dokumentiert werden kann.

Sichtungskategorie (SK) Kennfarbe	Beschreibung	Konsequenz
SK I - Rot	Vital bedroht	Sofortbehandlung
SK II - Gelb	Schwer verletzt/erkrankt	Dringliche Behandlung
SK III - Grün	Leicht verletzt/erkrankt	Nichtdringliche Behandlung
SK IV - Blau	Ohne Überlebenschance	Palliative Versorgung
Ex - Schwarz	Tote	

Die Gesamtergebnisse der Ersteinschätzung, Vorsichtung und der Sichtung sind jeweils dem ersteintreffenden Rettungsmittel/der ÖEL/der Einsatzleitstelle mitzuteilen.

Nach der Sichtungs-Konsensus-Konferenz ist die „Sichtung ein dynamischer Prozess und erfordert eine regelmäßige Re-Evaluation. Hierbei werden alle, auch noch nicht gesichteten exponierten Personen, vorgesichtet, gekennzeichnet, registriert und dokumentiert“.

Es handelt sich um einen während der Versorgung fortlaufenden Prozess, welcher ständig überprüft und ggf. angepasst werden muss.

Der Abtransport „Rot“ gesichteter Patienten mit Transportpriorität (Patienten, deren Verletzungen an der Einsatzstelle nicht therapierbar sind und denen eine operative Intervention das Leben rettet) muss unmittelbar im Anschluß an die (Vor)Sichtung/Erstversorgung erfolgen, im Bedarfsfall auch ohne Arztbegleitung.

Die Transportpriorität wird in den Patientenablagen festgelegt. Die ÖEL ist in jedem Fall umgehend über durchgeführte oder durchzuführende Soforttransporte inkl. Transportziel zu informieren.

Algorithmus (Vor-)Sichtung nach PRIOR® und Patientenanhängerkarten (PAK) siehe Handbuch.

➤ **Erstversorgung**

Die Untereinsatzabschnitte „Erstversorgung“ werden auf Weisung der ÖEL ab ManV-Lagen > 50 Patienten eingerichtet.

Aufgabe dieser Untereinsatzabschnitte ist neben der (Vor-)Sichtung mit Anwendung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen, die Bildung von Patientenablagen und die Vorbereitung der Patienten für den Transport.

Die Leitungen dieser Untereinsatzabschnitte werden durch die ÖEL eingesetzt und mit einer weißen Weste gekennzeichnet.

Nach Übernahme der Funktion des Leiters EV hat er für die Ordnung des Raumes zu sorgen, beginnt mit der Bildung von Patientenablagen und besetzt in Absprache mit der ÖEL deren Leitung. Die Kommunikation sowohl zur ÖEL, dem BR sowie zu den ihm unterstellten Patientenablagen muss gesichert sein. Zur Erstversorgung benötigtes Personal und Material werden von der ÖEL direkt aus dem BR angefordert. Noch anrückende Kräfte bzw. aus dem BR angeforderte Einsatzkräfte werden gezielt zur Erstversorgung in den PA eingesetzt.

Nach Sicherstellung der EV in den PA und nach Transportfreigabe durch die ÖEL übernimmt der Leiter TO die Zuteilung der Rettungsmittel.

Als Schlüssel für die Erstversorgung gilt ansatzweise:

2x Rot	1x RTW + 1x NEF
3x Gelb	1x RTW
5x Grün	1x RTW/KTW

Die Leiter EV sind jeweils für den Betrieb von bis zu 5 PA verantwortlich.

➤ **Patientenablagen**

Nach der DIN 13050 ist eine Patientenablage „eine Stelle an der Grenze des Gefahrenbereichs, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt, soweit möglich erstversorgt und an der sie zum Transport an einen Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtung übergeben werden“.

Unabhängig von der Art, muss die Patientenablage bezogen auf den Personal- und Materialansatz beherrschbar bleiben. Für die erste Einsatzplanung wird daher als Richtwert ein Patientenaufkommen von ca. 10 Patienten pro PA vorgesehen. Runtergerechnet auf die Sichtungskategorien ist mit einer Verteilung von 2x Rot, 3x Gelb und 5x Grün zu rechnen. Diese sollten von 3 RTW und einem NEF versorgt werden, damit stehen materiell und personell ausreichend Ressourcen zum Betrieb der PA zur Verfügung.

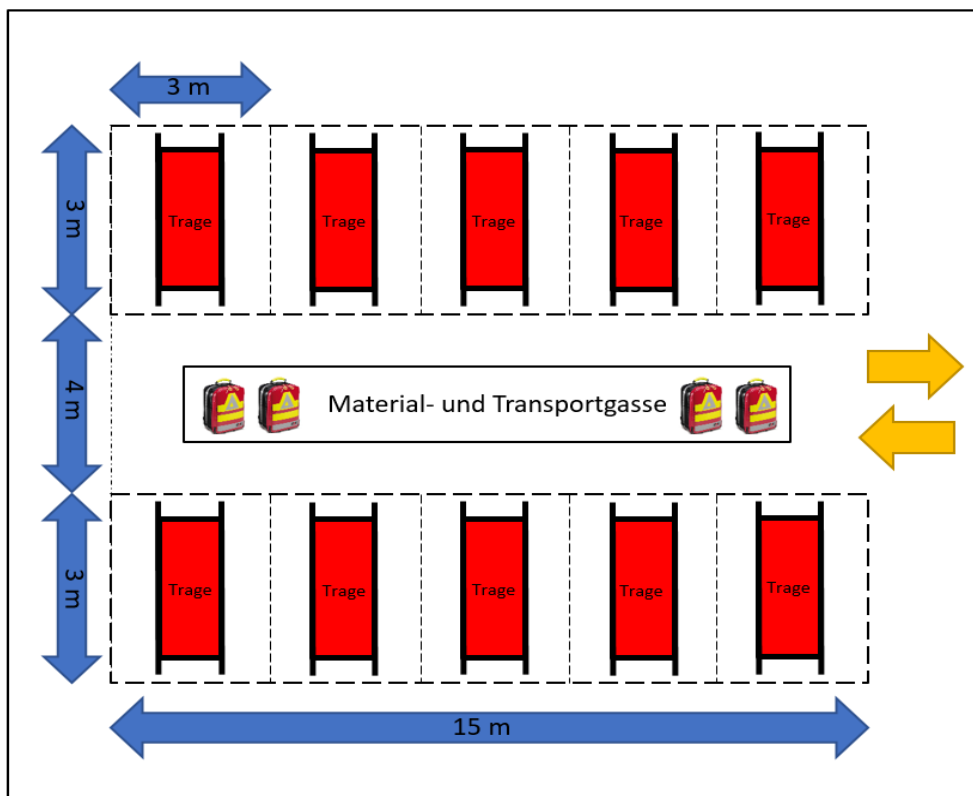
Erst ab der Patientenablage ist eine strukturierte Versorgung sichergestellt. Je nach Größe des Schadensereignisses oder der räumlichen Ausdehnung sind eine oder mehrere Patientenablagen notwendig. Sie ist außerhalb des Gefahrenbereiches nahe dem Schadensort zu errichten. Die Entwicklungsfläche feuerwehrtechnischer Einheiten ist zu beachten. Feste Gebäude sind zu bevorzugen. Die Erreichbarkeit mit Rettungsmitteln ist sicherzustellen.

Patientenablagen bilden sich noch vor Eintreffen der ersten Einsatzkräfte häufig spontan durch die Betroffenen, meist ohne klare Struktur. Abhängig vom Schadensereignis, von der Verletztanzahl und den Sichtungskategorien ist ein Überführen dieser spontanen PA in eine strukturierte Form notwendig. Im Einzelfall (geringe Verletztanzahl + ausreichend Rettungsmittel) kann eine direkte Versorgung in bereitgestellten Rettungsmitteln sinnvoll sein.

Bei Vorliegen mehrerer spontaner PA ist ein Überführen in eine strukturierte Form in jedem Fall sinnvoll. Die strukturierte PA beinhaltet eine Materialachse, rechts und links davon liegen die Verletzten. Pro Verletztem wird für die Versorgung eine Fläche von 3x3 m gerechnet, die Materialachse sollte 4 m breit sein. Somit kommt man für eine PA mit 10 Personen auf eine benötigte Gesamtfläche von mindestens 100 – 150 m², dies ist bei der Auswahl unbedingt zu berücksichtigen (siehe auch Abbildung Patientenablage).

Die Aufnahme von Betroffenen in die Patientenablage hat ausschließlich über einen Zugang zu erfolgen; im Zugangsbereich erfolgt – soweit noch nicht geschehen – eine Registrierung anhand der PAK und ggf. eine Sichtung.

Die Leiter der PA werden durch das Ersteintreffende Rettungsmittel eingesetzt, im weiteren Verlauf dann durch die ÖEL und mit einer weißen Weste gekennzeichnet.



Aufbau Patientenablage

Die Aufgaben des Untereinsatzabschnitts „Patientenablage“ sind in der im Handbuch aufgeführten Checkliste geregelt.

➤ **Transportorganisation**

Im Rahmen der Bewältigung eines ManV rückt in den letzten Jahren immer mehr die Transportorganisation in den Vordergrund. Ihre Aufgabe ist es, die Patienten zügig auf geeignete Rettungsmittel zu verteilen, sie einem geeigneten Krankenhaus zuzuweisen und eine abschließende Dokumentation durchzuführen.

Organisatorisch ist sie ein Untereinsatzabschnitt des Einsatzabschnitts „Medizinische Rettung“ und wird durch die Leitung Transportorganisation (Qualifikation LNA und OrgL) geleitet. Diese wird von der ÖEL eingesetzt und mit einer weißen Weste gekennzeichnet.

Abhängig von der Größe und Art des ManV untergliedert sie sich weiter in die Bereiche „Patientenzuweisung“ und „Ladezone“.

Ab ManV > 25 Patienten wird für die Organisation der Ladezone eine Ortsfeuerwehr eingesetzt.

Neben der (Vor-)Sichtung, Sicherstellung der Erstversorgung und Abtransport der Patienten mit Transportpriorität ist frühzeitig mit dem Aufbau einer geordneten Transportorganisation zu beginnen.

Die durch die ÖEL eingesetzte Leitung TO wird mit dem Aufbau und der Organisation des Untereinsatzabschnitts „Transportorganisation“ beauftragt.

Die Transportorganisation wird bei bis zu 25 Patienten (bis ManV 25) von der ÖEL aus dem ELW-RD heraus selbstständig durchgeführt, bei darüber hinaus gehenden Patientenzahlen übernimmt die Leitung TO die Organisation.

Noch während der Erstversorgung und nach Abtransport der Patienten mit Transportpriorität erhalten die „Rot“ gesichteten Patienten durch die Leitung TO ihr Transportziel. Der Transportbeginn aus den PA darf nur nach Freigabe durch die ÖEL begonnen werden.

Während des Abtransports der „Roten“ Patienten wird in gleicher Weise mit den „Gelben“ Patienten verfahren. Dabei ist darauf zu achten, dass der Abtransport der „Gelben“ erst nach Abtransport des letzten „Roten“ Patienten beginnen darf. Analog hierzu wird mit den „Grünen“ Patienten verfahren.

Ändert sich während der Erstversorgung oder des Abtransports der Gesundheitszustand eines Patienten und ändert sich damit die Sichtungskategorie, ist dies unverzüglich dem Leiter TO mitzuteilen, der dann die Transportpriorität und das entsprechende Rettungsmittel anpasst.

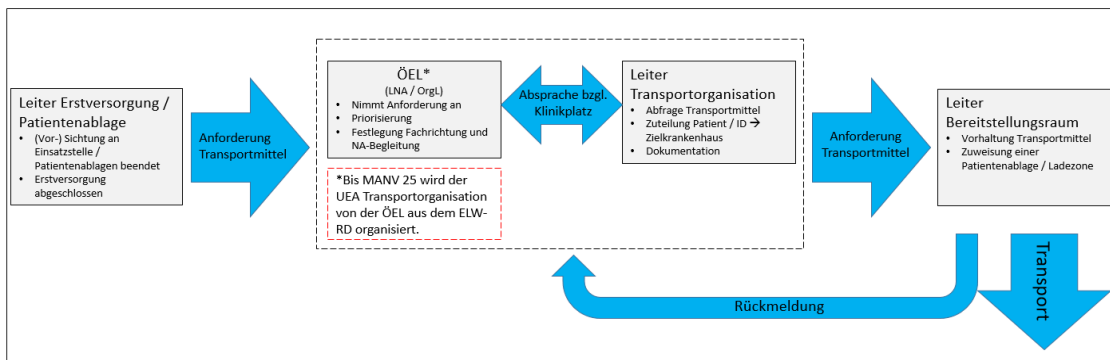
Nach Transportfreigabe durch die ÖEL fordert der Leiter TO die für den Abtransport der Patienten aus der Ladezone benötigten Rettungsmittel direkt vom Leiter Bereitstellungsraum ab. Die Zuweisung der Patienten zu einem Rettungsmittel sowie die Nennung der Zielklinik erfolgt durch den Leiter TO in der Ladezone. Dafür wird dem Rettungsmittel in der Ladezone die jeweilige PA mit Nennung der Patientenummer und der Zielklinik mitgeteilt und auf der Fahrzeugidentifikationskarte (FIK) dokumentiert. Diese verbleibt in der Patientenablage.

Für den möglichen Transfer von Patienten zu den Hubschrauberlandeplätzen werden Einsatzmittel aus dem Bereitstellungsraum genutzt. Die Organisation läuft ebenfalls über den Leiter TO.

Zur Schonung von Klinikressourcen (Schockraum, Diagnostik, OP) und zur Vermeidung von Belegung durch nicht kritische Patienten gilt:

KEIN Transport von Grün vor Gelb und Gelb vor Rot!

Zum Ablauf innerhalb des Untereinsatzabschnitts „Transportorganisation“ auch folgendes Schema beachten:



Die Aufgaben des Untereinsatzabschnitts „Transportorganisation“ sind in der im Handbuch aufgeführten Checkliste geregelt.

- Ladezone:

Die Ladezone ist eine Stelle, an der Rettungsmittel kurzzeitig halten, um Patienten aus einer Patientenablage oder einem Behandlungsplatz für einen Transport zu einem Zielort (i.d.R. Krankenhaus) aufzunehmen. Direkt vor der Ladezone wird bei Bedarf eine Pufferzone eingerichtet. Hier werden die aus dem Bereitstellungsraum angeforderten Rettungsmittel für den unmittelbaren Einsatz in der Ladezone gesammelt. Die Pufferzone ist Bestandteil der Ladezone. In jedem Fall soll ein paralleles Beladen mehrerer Rettungsmittel unabhängig voneinander gesichert sein. Die Ladezone ist organisatorisch dem Untereinsatzabschnitt „Transportorganisation“ unterstellt. Sie ist so zu gestalten, dass ein jederzeitiges An- und Abrücken aller Fahrzeuge gewährleistet wird.

Eine Ladezone sollte optimaler Weise aus vier, maximal sechs, Ladebuchten bestehen. Werden mehr Fahrzeuge gleichzeitig benötigt, sind weitere Ladezonen mit entsprechenden Puffer- und Ankabelzonen zu bilden (siehe auch unten aufgeführte Abbildung „Ladezone“ und „Arbeitsschritte“).

Ziel Zeitmanagement: 50 Patienten in 100 Minuten!

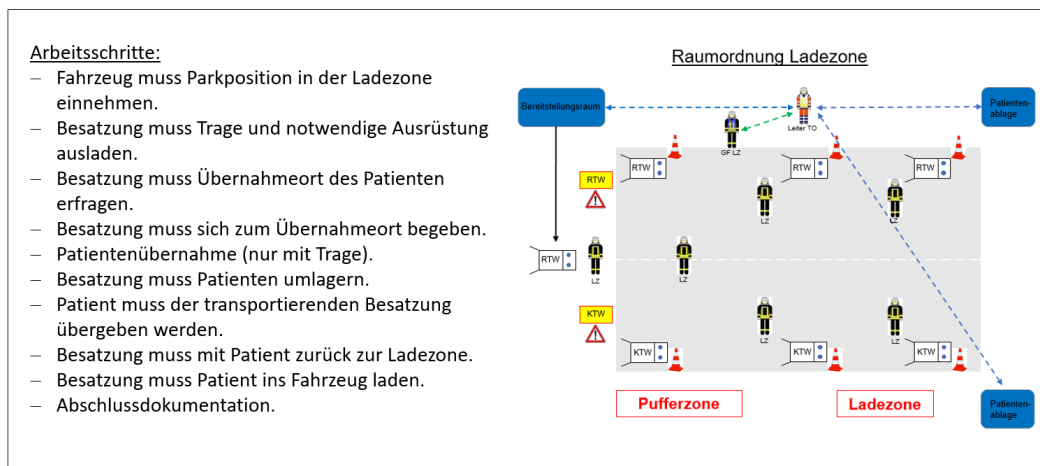


Abbildung „Ladezone“ und „Arbeitsschritte“

- Pufferzone:

In der Pufferzone werden Rettungsmittel gesammelt, um von dort zum Patiententransport aus den Patientenablagen über die Ladezone abgerufen zu werden. Die Rettungsmittel kommen aus dem Bereitstellungsraum und entsprechen in ihrer Anzahl den Plätzen in der Ladezone.

- Ankabelzone:

Eine Patientenversorgung im Rettungsmittel in der Ladezone selbst ist nicht vorgesehen, da die Patientenversorgung zu einem unnötig langen Verbleib des Rettungsmittels in der Ladezone und damit zu einer Verzögerung des gesamten Patiententransports führen würde. Das Rettungsmittel verlässt daher unmittelbar nach Aufnahme des Patienten die Ladezone und fährt direkt weiter in die Ankabelzone – erst dort wird der Patient transportfähig gemacht.

Die Ankabelzone darf nicht den Abfluss der Rettungsmittel aus den Ladezonen blockieren, dafür liegt sie in der Regel mindestens 500 m von der Ladezone entfernt.

➤ **Bereitstellungsraum**

In der Initialphase einer Großschadenslage ist es frühestmöglich erforderlich, klare Strukturen zu schaffen, um ein ungeordnetes Anfahren der Einsatzstelle durch die Einsatzkräfte zu verhindern und die Einsatzkräfte in eine strukturierte Ordnung des Raumes zu bringen.

Der Bereitstellungsraum ist ein Ort, an dem Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden.

Für alle anrückenden Kräfte wird ein Bereitstellungsraum durch die Einsatzleitstelle und die ÖEL bzw. dem Gesamteinsatzleiter festgelegt. Allen auf Anfahrt befindlichen Einheiten ist dieser Bereitstellungsraum durch die Einsatzleitstelle mitzuteilen.

Es sammeln sich dort zunächst alle an diesem Einsatz beteiligten Fahrzeuge. Ziel ist die Lenkung der Kräfte für die Erstversorgung und die Pufferung der Kräfte für den Transport.

Der Transportführer eines Rettungsmittels übergibt nach Eintreffen im BR die ausgefüllte FIK der Leitung des BR.

Fahrzeuge, die aus anderen Rettungsdienstbereichen kommen, erhalten Blanko-Fahrzeugidentifikationskarten, die auszufüllen und ebenfalls abzugeben sind. Die Besatzung des Rettungsmittels verbleibt im Fahrzeug und stellt eine Erreichbarkeit über Funk laut Checkliste sicher; auswärtigen Kräften wird die Rufgruppe durch die Leitung BR mitgeteilt.

Abrückende Rettungsmittel erhalten ihre Fahrzeugidentifikationskarten (FIK) zurück und fahren die Ladezone/Pufferzone an.

In der Phase der Erstversorgung dient der Bereitstellungsraum dem zielgerichteten Durchlauf der Kräfte mit bedarfsorientierter Verteilung auf die Abschnitte (z.B. Patientenablagen).

In der Transportphase werden die Einsatzmittel vom Leiter TO zum Transport der Patienten in ihre Zielkrankenhäuser eingesetzt.

Hierbei sollte beachtet werden, dass der Bereitstellungsraum für alle aus den verschiedensten Richtungen anfahrenden Rettungsmittel verkehrsgünstig gelegen und von angemessener Größe und Tragfähigkeit ist. Soweit möglich, ist eine getrennte An- und Abfahrt zu bevorzugen. Bei längerfristigen Einsätzen ist für eine ausreichende Infrastruktur (Verpflegung, WC, Unterkunft, Materialerhaltung, etc.) zu sorgen.

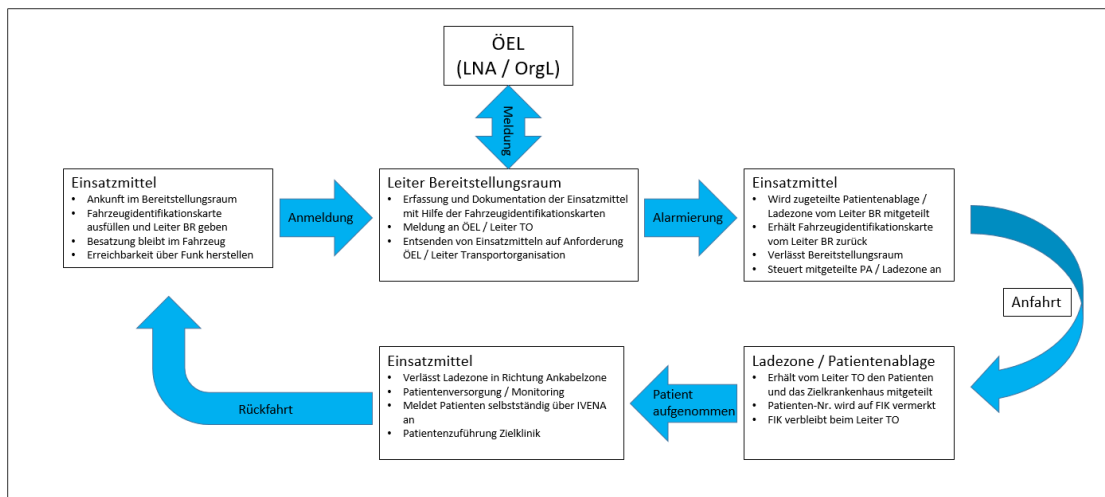
Für die Organisation des Untereinsatzabschnitts „Bereitstellungsraum“ wird in der Initialphase die Besatzung des 3. RTW eingesetzt, im weiteren Verlauf übernimmt je nach Schadenslage ggf. eine Ortsfeuerwehr die Organisation des BR. Der Untereinsatzabschnittsleiter „Bereitstellungsraum“ wird durch die ÖEL eingesetzt und mit einer weißen Weste gekennzeichnet.

Für die Kommunikation im Bereitstellungsraum steht die Funkgruppe 603*_R zur Verfügung.

Die Einsatzfahrzeuge sind nach Funktion und Einsatzmöglichkeiten zu ordnen. Alle Einsatzfahrzeuge sind so abzustellen, dass sie jederzeit abfahrbereit sind.

Zur Ordnung der eintreffenden Einsatzfahrzeuge/Rettungsmittel bieten sich die Schräg-, Fischgrät- und Linienparkpositionen an.

Zum Ablauf innerhalb des Untereinsatzabschnitts „Bereitstellungsraum“ auch folgendes Schema beachten:



Die Aufgaben des Untereinsatzabschnitts „Bereitstellungsraum“ sind in der im Handbuch aufgeführten Checkliste geregelt.

➤ **Behandlungsplatz (BHP)**

Der einsatztaktische Wert des BHP 50 ist die medizinische Versorgung von 50 Patienten pro Stunde mit zwei Durchläufen (Triageverteilung nach Konsensuskonferenz). Der BHP 50 Niedersachsen ist gemäß Einsatzkonzept Katastrophenschutz Niedersachsen nicht Teil der ManV-Komponenten des erweiterten Rettungsdienstes, sondern Einheit des Katastrophenschutzes.

Darum findet er in diesem Konzept zunächst keine weitere Berücksichtigung.

Er untersteht im Einsatzfall der ÖEL nach §7 NRettdG oder im Katastrophenfall der eingesetzten Technischen Einsatzleitung nach §22 NKatSG.

Der Untereinsatzabschnittsleiter „Behandlungsplatz“ wird durch die ÖEL eingesetzt und mit einer weißen Weste gekennzeichnet.

➤ **Betreuung**

In einer Großschadenslage ergibt sich häufig auch eine sehr hohe Zahl an Personen, die durch das Schadensereignis geschädigt wurden oder durch eine Gefahrenlage bedroht werden, ohne physisch verletzt worden zu sein. Auch diese Betroffenen bedürfen einer vorübergehenden betreuungsdienstlichen Versorgung.

Hierfür stehen die betreuungsdienstlichen Komponenten des Einsatzzuges Rotenburg (Wümme) zur Verfügung.

Der Untereinsatzabschnittsleiter „Betreuung“ wird durch die ÖEL eingesetzt und mit einer weißen Weste gekennzeichnet.

7. ÜManV

Unter dem Begriff ÜManV versteht man die Zusammenarbeit benachbarter kommunaler Träger des Rettungsdienstes bei einem Großschadensereignis.

Die Vorhaltung von ManV-Kräften für die überregionale Unterstützung im Großschadensfall ergibt sich aus der Empfehlung des Landesausschuss Rettungsdienst nach § 13 NRettDG; Bewältigung von Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken (Großschadensereignisse) Bek. d. MI v. 19.11.2014 – 36.42 - 41576-10-13/0.

Je nach Schadenslage werden die für die bereichsübergreifende Unterstützung benötigten ManV-Komponenten (ManV-Sofort, ManV-Transport und ManV-PA-tientenablage) über die Einsatzleitstelle aus den benachbarten Landkreisen alarmiert.

8. Sonderlagen (CBRN, Evakuierung/Räumung, Großveranstaltungen)

CBRN-Lagen sind aufgrund der aktuell fehlenden Verletzten-Dekontamination im Landkreis Rotenburg (Wümme) nicht zu bewältigen.

Die Mitwirkung des Rettungsdienstes bei Evakuierungen/Räumungen ergibt sich aus dem NRettDG nicht. Unter bestimmten Umständen kann der Rettungsdienst aber auch außerhalb des NRettDG bei Evakuierungen/Räumungen unterstützend tätig werden. So stellen die im Rahmen einer Evakuierung/Räumung durchzuführenden Verlegungen von behandlungs-/versorgungsbedürftigen Patienten z.B. eine Ausnahme dar.

Im Rahmen einer Großschadenslage, die während einer gleichzeitig im Landkreis Rotenburg (Wümme) durchgeführten Großveranstaltung (z.B. Hurricane Festival) eintritt, ist zu prüfen, ob nicht Einsatzkräfte zur Unterstützung abgezogen werden müssen.

9. Krankenhäuser

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Rotenburg (Wümme) wird aktuell durch zwei Krankenhäuser sichergestellt.

Das Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg (Wümme) ist ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe, daneben gibt es noch die Ostemed Klinik Bremervörde als Grund- und Regelversorger.

Des Weiteren steht mit der Median Klinik Gyhum eine Rehaklinik für Orthopädie, Geriatrie und Neurologie zur Verfügung, die im Großschadensfall Räumlichkeiten zur Versorgung von Leichtverletzten/Erkrankten zugesagt hat. Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die Einsatzleitstelle.

Überregional gibt es in den benachbarten Landkreisen sowie in den beiden Großstädten Bremen und Hamburg diverse weitere Krankenhäuser aller Versorgungsstufen.

Im Großschadensfall werden primär die beiden im Landkreis ansässigen Krankenhäuser zur Verfügung stehen, weitere überregionale Versorgungskapazitäten werden durch die Einsatzleitstelle organisiert.

10. Einsatzdokumentation

Für die Dokumentation der medizinischen (Vor-)Sichtung und der Registrierung der Verletzten, Erkrankten und Betroffenen bei einem ManV steht auf allen Rettungsmitteln des Landkreises Rotenburg (Wümme) entsprechendes Dokumentationsmaterial zur Verfügung.

Das Dokumentationssystem Massenanfall umfasst:

- Liste (Vor-)Sichtung/Transportorganisation
- Liste Behandlungskapazitäten
- Liste Bereitstellungsraum Übersicht Einsatzmittel
- Patientenanhängekarten (PAK)

11. PSNV/KIT/Notfallseelsorge/kollegiale Ansprechpartner/Einsatznachsorge

Bei einem Großschadensfall ist auch immer mit einer großen Zahl an Betroffenen (Patienten, Angehörige, Hinterbliebene, Augenzeugen und Ersthelfer) zu rechnen, die einer psychosozialen Notfallversorgung bedürfen.

Für diese Betroffenen wird über die Kirche und den DRK Kreisverband Bremervörde e.V. qualifiziertes Personal vorgehalten, welches im Bedarfsfall von der ÖEL über die Einsatzleitstelle alarmiert werden kann.

Auch für die Einsatzkräfte können solche großen Schadenslagen eine große, außergewöhnliche psychische Belastung darstellen, die eine entsprechende Nachsorge notwendig machen. Hierfür kann entweder direkt im Einsatz oder im Nachgang auf die Kräfte der PSNV oder die kollegialen Ansprechpartner zurückgegriffen werden.

12. Tierheim

Auch im Bereich von Massenanfällen von Verletzten kann es Situationen geben, in denen neben den Menschen auch Tiere betroffen sind. Vorstellbar ist dieses Szenario neben größeren Unfällen auf der Autobahn in erster Linie bei Evakuierungen/Räumungen. Hierbei ist es nicht immer möglich, neben den zu evakuierenden Anwohnern auch deren Haustiere z. B. in Turnhallen oder ähnlichen zeitweiligen Notunterkünften ebenfalls unterzubringen. Vor diesem Hintergrund hat der Tierschutzverein für den Landkreis Rotenburg (Wümme) e. V. mit Sitz in Rotenburg (Wümme) seine Unterstützung zugesagt.

Wenn bei Massenanfällen von Verletzten die Unterstützung des örtlichen Tierschutzvereins notwendig wird, kann der Verein über die Einsatzleitstelle angefordert werden.

Mit einer Mindestvorlaufzeit von 30 Minuten zuzüglich der Anfahrzeit kann dann ein Mitarbeiter des Tierschutzvereins vor Ort eintreffen. Je nach Schadenslage kann am Einsatzort entschieden werden, ob die Tiere vom Tierschutzverein zur Versorgung und ggf. Unterbringung mitgenommen werden oder ob eine Versorgung vor Ort organisiert werden soll. Bei schwer zugänglichen Einsatzorten, wie z. B. bei Großschadenslagen auf der Autobahn, wird jeweils im Einzelfall entschieden, wie eine sichere Zuführung des Tierschutzvereins, vorzugsweise in deren komplett ausgestattetem Fahrzeug, zum Einsatzort organisiert werden kann. Die Organisation der Rückgabe der Tiere wird jeweils, abhängig von der Gesamtlage, im Einzelfall geklärt.

13. Aus- und Fortbildung

Für den reibungslosen Ablauf solch komplexer Einsatzlagen wie dem ManV, mit zahlreichen Einsatzkräften aus verschiedenen Organisationen, ist eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung sowie praxisnahes Training notwendig.

Das Rettungsdienstpersonal im Landkreis Rotenburg (Wümme) sowie die Notärzte/Ltd. Notärzte sollen regelmäßig im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung auf das Einsatzkonzept weitergebildet werden. Dazu gehört auch die praxisnahe Schulung elementarer Bestandteile des Einsatzkonzeptes wie u.a. die (Vor-)Sichtung nach PRIOR.

Für den Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ ist auch ein Training der Führungskräfte mittels der Simulationsübung „dynamische Patientensimulation“ geplant, in dem ManV-Lagen trainiert werden sollen.

Darüber hinaus sollen in regelmäßigen Abständen realistische Einsatzübungen mit allen auch im Einsatzfall beteiligten Organisationen abgehalten werden.

14. Schlusswort

Dieses Konzept erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da sich gerade im Rettungsdienst viele Komponenten und Vorgaben regelmäßig ändern. Um diese Änderungen vollständig zu erfassen und in dieses Konzept einarbeiten zu können, ist die Unterstützung all derer notwendig, deren „Tagesgeschäft“ die im Vorangegangenen beschriebene Materie ist.

Korrekturen, Änderungen oder Anmerkungen bitte ich mir daher mitzuteilen; telefonisch unter der Rufnummer 04261-9832840 oder gern per E-Mail unter rettungsdienst@lk-row.de.

Da beabsichtigt ist, dieses Konzept auch auf der Internetseite des Landkreises zu veröffentlichen, kann dort die jeweils aktuelle Version heruntergeladen werden.

Mein ganz besonderer Dank gilt den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „ManV“ für ihre großartige und sehr zeitaufwendige Unterstützung bei der Erarbeitung dieses Konzeptes!

15. Abkürzungsverzeichnis

ASB = Arbeiter-Samariter-Bund
BHP = Behandlungsplatz
BR = Bereitstellungsraum
DLRG = Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft
DME = Digitaler Meldeempfänger
EL = Einsatzleiter
ELW = Einsatzleitwagen
ELW-RD = Einsatzleitwagen Rettungsdienst
EV = Erstversorgung
FIK = Fahrzeugidentifikationskarte
GEL = Gesamteinsatzleitung
HiOrg = Hilfsorganisationen
ITW = Intensivtransportwagen
IVENA = Interdisziplinärer Versorgungsnachweis
JUH = Johanniter Unfallhilfe
KIT = Kriseninterventionsteam
KTW = Krankentransportwagen
LARD = Landesausschuss Rettungsdienst
LebEL = Lebensbedrohliche Einsatzlagen
LNA = Leitender Notarzt
ManV = Massenanfall von Verletzten
MTW = Mannschaftstransportwagen
NAW = Notarztwagen
NEF = Notarzteinsatzfahrzeug
NKatSG = Niedersächsisches Katastrophenschutzgesetz
NRettDG = Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz
ÖEL = Örtliche Einsatzleitung
OrgL = Organisatorischer Leiter Rettungsdienst
PA = Patientenablage
PAK = Patientenanhängerkarte
PSA = Persönliche Schutzausrüstung
PSNV = Psychosoziale Notfallversorgung
RTH = Rettungshubschrauber
RTW = Rettungswagen
SEG = Schnell-Einsatz-Gruppe
SK = Sichtungskategorie
TO = Transportorganisation
UG-ÖEL = Unterstützungsgruppe-Örtliche Einsatzleitung

16. Anlagen

- Anlage 01: Checkliste Ersteintreffendes Rettungsmittel (1. RTW)
- Anlage 02: Checkliste Ersteintreffender Notarzt (1. Notarzt)
- Anlage 03: Checkliste Vorsichtungsteam (2. RTW)
- Anlage 04: Checkliste Bereitstellungsraum (3. RTW)
- Anlage 05: Checkliste Patientenablage(n) (4. RTW)
- Anlage 06: Checkliste Leitender Notarzt
- Anlage 07: Checkliste Organisatorischer Leiter
- Anlage 08: Checkliste Rettungsmittel Transport beim MANV
- Anlage 09: Liste (Vor-)Sichtung/Transportorganisation
- Anlage 10: Liste Behandlungskapazitäten
- Anlage 11: Liste Bereitstellungsraum Übersicht Einsatzmittel
- Anlage 12: Liste Bereitstellungsraum Übersicht Einsatzmittel – ELW
- Anlage 13: Liste Einsatzmittel/Einsatzkräfte Gesamtübersicht – ELW
- Anlage 14: Liste Patientenablagen – ELW Lagedarstellung
- Anlage 15: Liste Einsatztagebuch - ELW
- Anlage 16: Einsatzbericht Leitender Notarzt (LNA)
- Anlage 17: Einsatzbericht Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL)
- Anlage 18: Algorithmus (Vor-)Sichtung
- Anlage 19: Patientenanhängekarte (PAK)
- Anlage 20: Fahrzeugidentifikationskarte (FIK)

Die Anlagen zum ManV-Konzept sind im Handbuch hinterlegt.

Landkreis Rotenburg (Wümme)

Amt für Rettungsdienstmanagement

Hopfengarten 2

27356 Rotenburg (Wümme)

04261 983-2840

rettungsdienst@lk-row.de



Mitteilungsvorlage Ordnungsamt Tagesordnungspunkt: 6		Drucksachen-Nr.: 2021-26/0678 Status: öffentlich Datum: 10.05.2024
Termin	Beratungsfolge:	
24.05.2024	Ausschuss für Feuerschutz und Rettungsdienst	

Bezeichnung:

Bericht des Kreisbrandmeisters

Sachverhalt:

Herr Kreisbrandmeister Peter Dettmer stellt in seinem Bericht die Situation und Arbeit der Freiwilligen Feuerwehren im Landkreis Rotenburg für das erste Quartal 2024 dar.

Der Bericht enthält Kurzdarstellungen zum Einsatzgeschehen und zu allen relevanten Zahlen und Aktivitäten.

In Vertretung

(von Ostrowski)