



RETTUNGSDIENST KREIS DÜREN

EINSATZKONZEPT VERSION 1.1

für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl
Verletzter oder Erkrankter.

Impressum

Das Einsatzkonzept für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter ist ausschließlich für den Dienstgebrauch durch den Rettungsdienst im Kreisgebiet Düren, der beteiligten Organisationen und Einheiten, sowie beteiligter Krankenhäuser und Vereinigungen bestimmt.

Die Übersetzung und jede andere Verwendung bedarf der schriftlichen Zustimmung der RDKD. Jede Zuwiderhandlung ist unzulässig und kann als strafbare Handlung verfolgt werden.

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt

Rettungsdienst Kreis Düren AöR (RDKD)
 Marienstraße 29
 52372 Kreuzau-Stockheim
 Telefon: 02421/559 0
 Fax: 02421/559 206
 Email: info@rdkd.de

<https://kreis-dueren.de/kreishaus/amt/bevoelkerungsschutz/gefahrenabwehr.php>



Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

in Ihren Händen halten Sie das aktualisierte Einsatzkonzept für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter und Kranker für den Kreis Düren.

Mit diesem Einsatzkonzept passt der Kreis Düren seine Einsatzvorbereitung an aktuelle Herausforderungen an. Nicht nur die Hochwasserkatastrophe im Juli 2021, sondern auch der Anschlag auf die Feuerwehr in Ratingen Mai 2023, machen eine stetige Prüfung der vorbereitenden Maßnahmen für solche Ausnahmesituationen erforderlich.

In dieses Einsatzkonzept fließen Erkenntnisse und Entwicklungen der letzten Jahre ein. Dazu gehören wissenschaftliche Erkenntnisse aber auch Erfahrungswerte von Kreisen und kreisfreien Städten, die leidvoll solche Schadensereignisse erfahren mussten. Ferner ist das Einsatzkonzept darauf ausgerichtet, sich auch in die landesweit gültigen Konzepte zu integrieren und somit eine landesweite Zusammenarbeit zu erleichtern.

Neben den planerischen Maßnahmen findet auch eine technische Anpassung des Rettungsdienstes im Kreis Düren statt, um bestmöglich gewappnet zu sein.

Eine Vorbereitung auf diese außergewöhnlichen Einsatzsituationen ist nur möglich, wenn alle Beteiligten eng zusammen arbeiten. Ein großer Dank gilt den Kollegen und Kolleginnen der Feuerwehr und der Hilfsorganisationen, welche wertvolle Aufgaben im Rahmen des Einsatzkonzeptes übernehmen.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Ralf Noltén
(Landrat des Kreises Düren)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
Einleitung	6
01 Allgemeines	7
1.1 Zuständigkeit des Rettungsdienstes Kreis Düren	8
1.2 Grundsätzliches zum Einsatzkonzept	9
1.3 Der Massenanfall von Verletzten und Erkrankten	10
02 Vorbereitende Maßnahmen	11
2.1 MANV Stichworte	12
2.2 Spitzenbedarf Rettungsdienst	14
2.3 Sonderbedarf Rettungsdienst	14
2.4 Materielle Ausstattung Rettungsmittel	14
2.5 Bereitstellungsraum RettD / SEG Bereitstellungsraum	15
2.6 SEG Transportorganisation	16
2.7 Gerätewagen Sanitätsdienst	18
2.8 SEG Führungsunterstützung	18
2.9 Materialreserve	18
03 Führung Rettungsdienst	19
3.1 Leitender Notarzt und OrgL	20
3.2 Einsatzindikation LNA und OrgL	21
3.3 Führungsorganisation	22
3.4 Kennzeichnung	23
3.5 Funkkonzept	24
04 Einheitliche Leistelle des Kreises Düren	26
4.1 Einsatzeröffnung nach Stichwort	27
4.2 Festlegung Bereitstellungsraum Rettungsdienst / 4. RTW	27
4.3 Abfrage Behandlungskapazitäten	27
4.4 Sicherstellung des Grundschutzes	
Rettungsdienst im Kreisgebiet / Krankentransport	28
4.5 Meldewesen nach Meldeerlass von Nordrhein-Westfalen	28
4.6 Kräftenmanagement nachbarlicher bzw. überörtlicher Hilfe	28
4.7 Führungsunterstützung / Einsatzdokumentation	28

05	Einsatzstrategie beim MANV– Maßnahmen Erstphase	29
5.1	Ersteinschätzung	30
5.2	Vorsichtung	30
5.3	Sichtung	32
5.4	Sichtungskategorie IV/blau im Kreis Düren	33
5.5	Sicherstellung der Erstversorgung /weitere med. Vers.	35
5.6	Patientenablage	36
5.6.1	Spontane Patientenablage	36
5.6.2	Strukturierte Patientenablage	36
5.6.3	Vorgeplante Patientenablage	36
5.6.4	Geschützte Patientenablage	37
5.7	Kontaminiertenablage	37
5.8	Übergabepunkt zwischen Spezialkräften und dem Rettungsdienst	37
06	Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern	39
6.1	Krankenhaus-Informations-Stufe 1	40
6.2	Krankenhaus-Informations-Stufe 2	40
6.3	Krankenhaus-Informations-Stufe 3	40
07	Einsatznachbereitung	41
7.1	PSNV-E Kreis Düren	42
7.2	Einsatzdokumentation	42
7.3	Nachbesprechungen	43
7.4	Auswertungen	43
7.5	Statistik	43
08	Aus- und Fortbildung	44
8.1	Rettungsdienstfortbildung	45
8.2	Gruppenführer Rettungsdienst Ausbildung	45
8.3	LNA und OrgL Fortbildung	45
09	Sonstiges	46
9.1	Verhalten Rettungsmittel Kreis Düren bei MANV Lagen außerhalb des eigenen Kreisgebietes	47
9.2	Anlagenübersicht	47
9.3	Literaturverzeichnis	47
9.4	Alarm- und Ausrückeordnung	49
9.5	Änderungsverzeichnis	50

Einleitung

Gemäß Rettungsgesetz (RettG) des Landes NRW ist die Beförderung von Notfallpatienten gemäß § 1 RettG Aufgabe des Rettungsdienstes. Der Rettungsdienst umfasst nach § 2 RettG NRW auch die Versorgung einer größeren Anzahl an Verletzten oder Kranker unter Berücksichtigung der im Gesetz über den Brandschutz, die Hilfeleistung und den Katastrophenschutz, des Landes NRW (BHKG) beschriebenen Regelungen.

Im § 7 Abs. 4 RettG wird der Träger des Rettungsdienstes aufgefordert, den Einsatz von Leitenden Notärzten sowie Vorbereitungen für den Einsatz zusätzlicher Einsatzmittel / -kräfte zu regeln bzw. zu treffen.

Um die Aufgabe zu erfüllen, erstellt der Rettungsdienst des Kreises Düren ein "Einsatzkonzept für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter" und schreibt dieses im Rahmen der übrigen Bedarfsplanung kontinuierlich fort.

Hinweis: Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben auf alle Geschlechter.

ALLGEMEINES

01

- 1.1 Zuständigkeitsgebiet
- 1.2 Grundsätzliches
- 1.3 Der Massenanfall von Verletzten



1.1

Zuständigkeitsgebiet

Rettungsdienst

Kreis Düren

Der Rettungsdienst des Kreises Düren ist zuständig für die Versorgung von 270.000 Bürgerinnen und Bürger (Stand: 2025). Der Kreis unterteilt sich in 15 Gemeinden auf einer Gesamtfläche von 941,37 km².

An den Kreis Düren grenzen der Kreis Heinsberg, Rhein-Kreis-Neuss, Rhein-Erft-Kreis, Kreis Euskirchen und die Städteregion Aachen.

Im Kreis Düren befindet sich als größtes Unternehmen ein Getränkekartonhersteller, neben dem noch weitere Unternehmen der Papierindustrie im Kreis ansässig sind. Zudem liegen im Kreis Düren Tagebaue der RWE Power. Am bekanntesten ist der Tagebau Hambach, der 2019 mediale Berühmtheit erlangte.

In Jülich befindet sich die größte Forschungsanlage Deutschlands, das „Forschungszentrum Jülich“ und in Nörvenich befindet sich der „Fliegerhorst Nörvenich“ der deutschen Luftwaffe.

In das Einzugsgebiet des Rettungsdienstes im Kreis Düren fällt die A4, die A44 und ein Teilstück der A61. Durch die Autobahnen werden die Großstädte Aachen, Düsseldorf, Köln erreicht, ebenso sind dies die Anschlüsse für Belgien und die Niederlande.

Insgesamt verfügt der Kreis Düren über sechs Notarztstandorte und 12 Rettungswachen mit 23 Rettungswagen (RTW). Ferner führen 6 Krankentransportwagen (KTW) den Transport von Nicht-Notfall Patienten durch.

Die Rettungswachen werden betrieben durch den Rettungsdienst Kreis Düren (RDKD), die Feuerwehr Stadt Düren, den Malteser Hilfsdienst



und das Deutsche Rote Kreuz jeweils in Düren und Jülich und seit 2021 auch durch die Johanniter Unfallhilfe auf der Rettungswache Heimbach.

Durch das DRK und den MHD werden vier Einsatzeinheiten NRW gestellt.

1.2

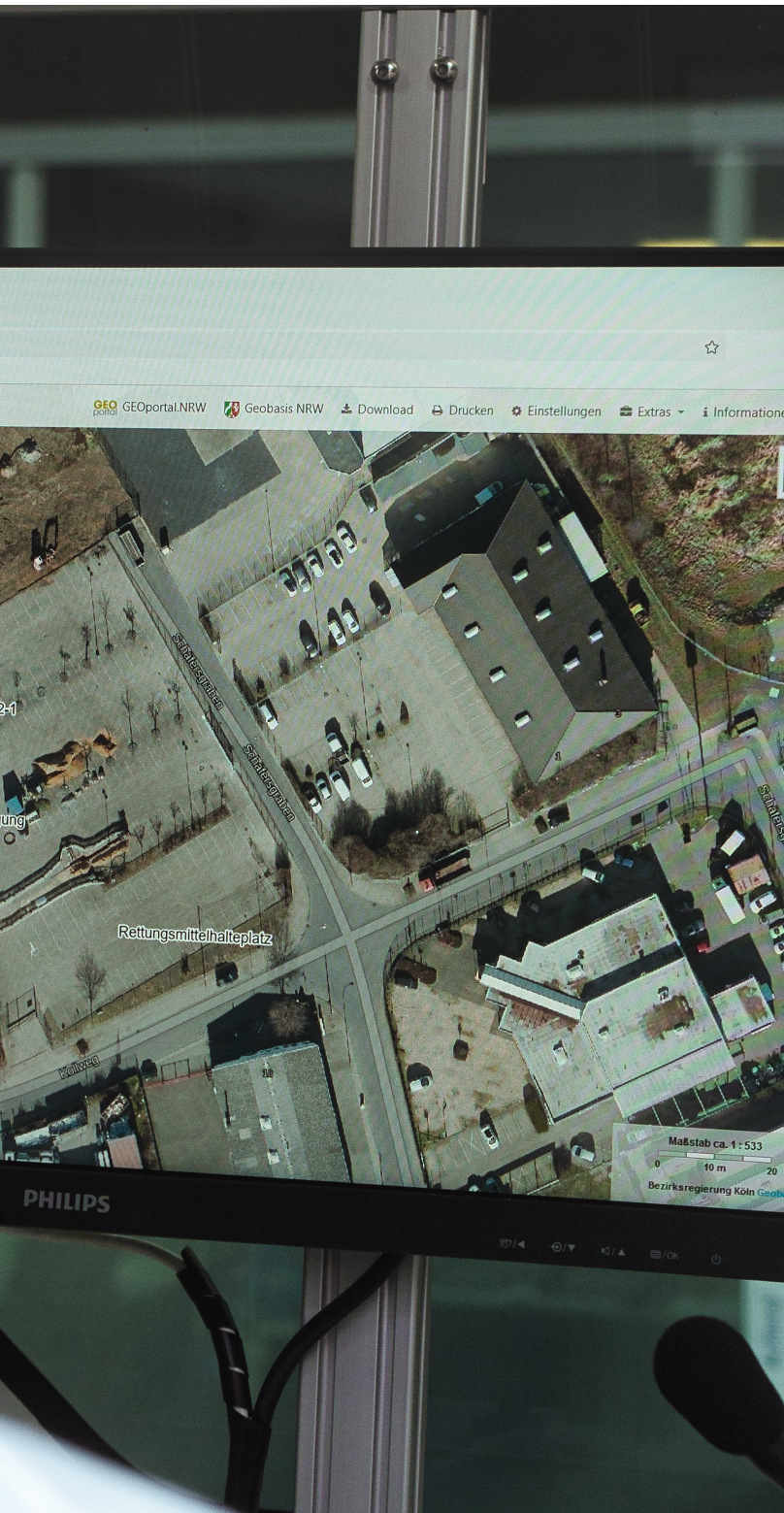
Grundsätzliches zum Einsatzkonzept

In dieses vorliegende Einsatzkonzept fließen die aktuellen Erkenntnisse aus der Wissenschaft ein. Aber auch die Grundlagen aus dem Landeskonzept für Sanitäts- und Betreuungsdienst NRW mit Stand 2013, den Positionspapieren der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in Nordrhein-Westfalen (AGBF) und die fortschreibenden Ergebnisse und Empfehlungen der Sichtungs-Konsensus-Konferenzen mit letztem Stand 2019.

Des Weiteren wird die MANV Statistik des Kreis Düren berücksichtigt.

Die Philosophie im vorliegenden Konzept ist, so wenig Maßnahmen wie möglich einzuführen, die ausschließlich in einer MANV Lage Anwendung finden. Vielmehr sollen Maßnahmen aus der täglichen Arbeit des Regelrettungsdienstes auf die MANV Lage adaptiert oder umgekehrt in den rettungsdienstlichen Alltag integriert werden.

Auf diesem Wege soll erreicht werden, dass in der Ausnahmesituation einer MANV Lage gewohnte und trainierte Handlungsabläufe weiter Bestand haben und nicht außergewöhnliche Maßnahmen angewendet werden müssen. In Einzelfällen ist das sicherlich nicht unumgänglich.



1.3

Der Massenanfall von Verletzten und Erkrankten

Nach der DIN 13050:2021-10 ist der Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten wie folgt definiert: „Notfall mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen, der mit der vorhanden und einsetzbaren Vorhaltung des Rettungsdienstes aus dem Rettungsdienstbereich nicht versorgt werden kann.“

Als Strategie für das Abarbeiten einer solchen Einsatzlage hat sich die PEST Strategie bewährt: **P**-riorisieren, **E**-rstversorgen, **S**-oforttransporte, **T**-ransportorganisation

Nach dieser Strategie ist das hier vorliegende Einsatzkonzept für Schadensereignisse mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker ausgelegt.

Übersicht Bereitstellungsraum Rettungsdienst

VORBEREITENDE MAßNAHMEN

02

- 2.1 MANV Stichworte
- 2.2 Spitzenbedarf Rettungsdienst
- 2.3 Sonderbedarf Rettungsdienst
- 2.4 Materielle Ausstattung Rettungsmittel
- 2.5 Bereitstellungsraum RettD / SEG Bereitstellungsraum
- 2.6 SEG Transportorganisation
- 2.7 SEG Führungsunterstützung
- 2.8 Materialreserve
- 2.9 Gerätewagen Sanitätsdienst

2.1

MANV Stichworte

Den Stichworten für den sogenannten Massenanfall von Verletzten und Kranker (MANV) und der dahinter hängenden Alarm- und Ausrückordnung (AAO) liegen wissenschaftliche Erhebungen und Empfehlungen der Sichtungskonsensus-Konferenz zur Grunde. So wurde von der 40%-20%-40% Regel Abstand genommen. Vielmehr haben wissenschaftliche Ergebnisse gezeigt, dass es bei MANV Lagen im Durchschnitt wenig rote, mehr gelbe und vor allem grüne Patienten an Einsatzstellen gibt.

Die Sichtungskonsensus-Konferenz empfiehlt die Planung nach 20-30-50; sprich 20% rote, 30% gelbe und 50% grüne Patienten. Die realen Zahlen der wissenschaftlichen Erhebung und auch des MANV-Registers des Kreises Düren zeigen, dass die Anzahl der roten Patienten um einiges weniger sind. Allerdings muss der mögli-

chen Situation, dass es mehr rot gesichtete Patienten als im Durchschnitt gibt, Rechnung getragen werden. Aus diesem Grunde sind die 20 Prozent rote Patienten in die Planung eingeflossen.

Es wurde ferner in der Personalplanung zwischen dem Auftrag "Erstversorgung" und dem Auftrag "Transport" differenziert. Im Bereich der Erstversorgung ist das Schutzziel definiert worden, dass alle roten Patienten dann erstversorgt sind, wenn sie jeweils durch einen RettAss/NotSan und 0,5 Notarzt versorgt sind. Sobald dies erreicht ist, kann mit dem Abtransport der roten Patienten begonnen werden, um diese rasch einer Versorgung in einer geeigneten Klinik zuzuführen. Das durch den Transport freiwerdende Personal kümmert sich in der Folge dann zunächst um die gelben und danach um die grünen Patienten, welche bis dahin durch das übrige, an der Einsatzstelle anwesende, Personal versorgt wurden.

Für den Transport wurden für die roten Patienten RTW und Notarzt, für die gelben Patienten RTW und für die grünen Patienten RTW/KTW eingeplant.

MANV 5 MANV 10 MANV 15 MANV 20 MANV 25 MANV 30 MANV 40 MANV 50

	%	5	10	15	20	25	30	40	50
Rot	20	1	2	3	4	5	6	8	10
Gelb	30	1,5	3	4,5	6	7,5	9	12	15
Grün	50	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25

EV	NEF	1	1	2	2	3	3	4	5
EV	RTW	2	2	2	4	5	5	7	9

Transport	NEF	0	2	3	4	5	6	8	10
Transport	RTW	3	5	8	10	12	15	20	25
Transport	KTW	0	3	4	5	6	7	10	13

Summe	NEF	1	3	5	6	8	9	12	15
Summe	RTW	5	7	10	10	17	20	27	34
Summe	KTW	0	3	4	5	6	7	10	13

Alarm- und Ausrückordnung

Um immer noch auf Individual-Einsätze reagieren zu können, wird nicht auf den vollständigen Grundschutz des Rettungsdienstes Kreis Düren zurückgegriffen. So wird angestrebt, ein NEF des Kreises Düren als Grundschutz zurückzuhalten, um bei lebensbedrohlichen Notfällen außerhalb der MANV-Lage weiter eine notärztliche Versorgung gewährleisten zu können.

Aus diesen Überlegungen heraus ergibt sich für den Kreis Düren eine Alarm- und Ausrückeordnung, die seit dem 01.06.2023 Gültigkeit besitzt (siehe Abb. Alarm- und Ausrückeordnung).

MANV 0 ist die Möglichkeit, LNA und OrgL ohne weitere Rettungsmittel zu alarmieren, um diese zum Beispiele bei einer Evakuierungslage oder ähnlichen Einsatzlagen einzusetzen.

Das rettungsdienstliche Stichwort wird in der Anfangsphase durch die Leitstelle ausgewählt und gegebenenfalls aufgrund der Rückmeldung von der Einsatzstelle erhöht. Hierbei ist in der Initialphase die Anzahl der Patienten ausschlaggebend. Die Rückmeldung der Kräfte vor Ort ist ausreichend. Ein Nachfragen bei noch nicht vor Ort befindlichen Einsatzmitteln hat, aufgrund der fehlenden Erkenntnisse, zu unterbleiben. Im weiteren Verlauf des Einsatzes (insbesondere bei Anwesenheit des LNA und OrgL) kann über eine Einzelalarmierung von Kräften ohne Stichworterhöhung nachgedacht werden.

Bei Anwesenheit des LNA und OrgL sind diese stets in die Auswahl des Rettungsdienst-Stichwortes mit einzubinden.

Der Einsatzleiter der Feuerwehr wird über eine Änderung des Rettungsdienst-Stichwortes informiert.



2.2

Spitzenbedarf

Rettungsdienst

Kommt es im regulären Einsatzdienst zu einer Einsatzspitze, so ist diese mit taktischen Maßnahmen zeitnah zu kompensieren.

Für diesen Fall stehen in Kreuzau-Stockheim Fahrzeuge der Ausfallreserve. Diese Fahrzeuge können dem Spitzen- und Sonderbedarf dienen. Kommt es während den Bürozeiten zu einer Einsatzspitze, so kann die Leitstelle den Spitzenbedarf alarmieren, um kurzfristig weitere Fahrzeuge in Dienst zu nehmen. Dies soll dabei helfen, mit den Regel-Fahrzeugen eine Bereichsabdeckung durchzuführen. Der Spitzenbedarf stärkt sodann die dadurch verwaisten Bereiche.

Eine Gebietsabdeckung durch den Spitzenbedarf ist primär nicht angedacht, da das dort eingesetzte Personal primär ihrer originären Aufgabe (z.B. Bürotätigkeit) nachkommen soll und nur bei einem Notfall-Einsatz ausrückt.

Außerhalb der Bürozeit ist nach Rücksprache mit dem Führungsdienst RDKD der Sonderbedarf zu alarmieren. (Hierzu kann dann auch der Nachalarm RDKD genutzt werden.)

2.3

Sonderbedarf

Rettungsdienst

Der Sonderbedarf Rettungsdienst wird anlassbezogen und zeitlich begrenzt in Dienst genommen. Beispiele sind Evakuierungen, Großveranstaltungen, MANV-Lagen.

Die Fahrzeuge des Sonderbedarfs stammen primär von den Leistungserbringern und werden durch die Leitstelle alarmiert. In einer MANV Lage wird gemäß AAO der Sonderbedarf alarmiert, besetzt verwaiste Rettungswachen oder fährt direkt die Einsatzstelle an.

2.4

Materielle Ausstattung

Rettungsmittel

Die RTW sind für Sonderlagen ausgestattet mit

- 1x HRT (primär auf 603_R* eingeschaltet)
- 1x 2m Funkgerät (primär 20 W/U geschaltet, Kommunikation mit der Feuerwehr)
- 1x Traumatasche
- 1x MANV Tasche NRW
 - 10x Patientenanhängetasche
 - 1x blau-weiße Funktionsweste "Patientenablage"
- 1x Erweiterungssatz für Kladde mit MANV Vordrucken

Die NEF sind für Sonderlagen ausgestattet mit

- 2x HRT ein Gerät ist auf 603_R* eingeschaltet, ein Gerät ist auf DN_26 geschaltet, kann ausgeschaltet sein.
- 1x 2m Funkgerät
- 1x Traumatasche
- 1x MANV Tasche
 - 15x Patientenanhängetasche
- 1x rot-weiße Funktionsweste "Erstversorgung"
- 1x Kladde mit MANV Vordrucken

2.5

Bereitstellungsraum¹ Rettungsdienst *BR-RettD*

Bei dem Einsatz einer Vielzahl an Rettungsmitteln ist es erforderlich, diese taktisch korrekt einzusetzen.

In der Strukturierungsphase einer größeren Einsatzlage ist der richtige Ort für die Einsatzmittel nicht unbedingt von Beginn an vorne an der Einsatzstelle. Darum ist es erforderlich, dass insbesondere die Kräfte des Rettungsdienstes in eine strukturierte Ordnung des Raumes gebracht werden. Hierzu muss frühzeitig der "Bereitstellungsraum Rettungsdienst" gebildet werden.

Um zeitnah eine Struktur zu bilden, übernimmt der viert eintreffende RTW die kommissarische Führung des "Bereitstellungsraum Rettungsdienst". Sowohl der vierte RTW als auch der Ort des Bereitstellungsraumes werden durch die Leitstelle definiert. Bei gemischten Einsätzen stimmt die Leitstelle den Bereitstellungsraum Rettungsdienst beispielsweise mit dem Einsatzleiter Feuerwehr ab. Sollte ein anderer RTW als erster im Bereitstellungsraum stehen, so übernimmt dieser die Führung um zeitnah die Struktur zu etablieren.

Diese Aufgabe erfüllt der vierte RTW solange, bis die SEG Bereitstellungsraum eingetroffen ist. Diese SEG hat den Auftrag, den Bereitstellungsraum im Einsatzabschnitt medizinische Rettung zu führen.

Zur Kommunikation innerhalb des Bereitstellungsraumes steht hier die Funkgruppe 607_R* zur Verfügung.

Im BR-RettD werden alle Kräfte des Rettungs- und Sanitätsdienstes gesammelt, die noch keinen Auftrag erhalten haben. Sobald die Fahrzeuge einen Auftrag erhalten haben, werden sie entweder zur Erstversorgung oder zum Trans-

port eingesetzt.

Die Größe und der Umfang des Bereitstellungsraumes Rettungsdienst wird in zwei Stufen unterschieden:

Bereitstellungsraum – Stufe A

Zur Führung des Bereitstellungsraumes in der Stufe A ist es ausreichend, als Führungseinheit einen KDOW zu entsenden in der Stärke 0/1/2/3.

Der Bereitstellungsraum umfasst eine geringe Anzahl an Einsatzkräften und Fahrzeugen, die jedoch nur einen kurzen Aufenthalt im BR haben werden.

Bereitstellungsraum – Stufe B

Zur Führung des Bereitstellungsraumes in der Stufe B wird neben der Führungseinheit mit KDOW in der Stärke 0/1/1/2 zusätzlich noch ein Techniktrupp in der Stärke 0/1/3/4 entsendet. Dieser Techniktrupp sorgt für eine Kenntlichmachung des Bereitstellungsraumes und unterstützt die Führungseinheit bei der Koordination der Kräfte im Bereitstellungsraum z.B. mit Einweisungsaufgaben.

¹ Stelle, an der Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden, DIN 13050

2.6

SEG

Transportorganisation

Nachdem gemäß PEST²-Strategie die Patienten priorisiert wurden und die Erstversorgung sichergestellt ist, gilt es Soforttransporte der Patienten mit Transportpriorität durchzuführen und dann in eine geordnete Transportorganisation überzugehen.

Die SEG Transportorganisation hat folgenden Auftrag:

- Erkundung der Lage nach Auftrag
- Ggf. Nachforderung erforderlicher Transportkapazitäten (ggf. auch Luftrettung) über LNA und OrgL
- Einweisung anrückender Rettungsmittel in der Ladezone und von da aus Zuweisung in die Patientenablagen
- Zuweisung geeigneter Transportziele und Rettungsmittel für jeden Patienten
- Ggf. Koordinierung von Trägertrupps
- Klärung von Spezial-Behandlungskapazitäten wie z.B. für Brandverletzte, CO-Intox und pädiatrischer Versorgung über LNA und OrgL
- Koordinierung der Übergabe aller relevanten Informationen der erstversorgenden Kräfte
- Koordination und Dokumentation des Abtransportes der Patienten

Die Strategie ist, die Transportorganisation so früh wie möglich einzuplanen, damit ab dem Moment, in dem die Erstversorgung sichergestellt ist, unverzüglich mit dem Abtransport begonnen werden kann.

Darum führen bis 10 Patienten noch LNA und OrgL die Transportorganisation eigenständig durch. Ab **MANV 10** wird die Führung und ab **MANV 15** wird die komplette SEG Transportorganisation alarmiert. Diese wird dann folgende Funktionen stellen:

- Leiter Transportorganisation (unterstützt durch einen KDOW oder ELW1)
- Verteilung und Dokumentation incl. einem Notarzt aus der LNA Gruppe Kreis DN
- Rettungsmittelhalteplatz
- Ladezone

Während die Erstversorgung noch läuft, wird das Team "Verteilung und Dokumentation" bereits eingesetzt und teilt den roten Patienten ihre Transportziele zu. Dies wird auf den jeweiligen Patientenanhängetaschen dokumentiert. Hierzu wird das Ticketsystem genutzt, welches aus IG NRW generiert wird.

Sobald die Erstversorgung sichergestellt ist, kann unverzüglich nach Freigabe durch LNA und OrgL mit dem Abtransport begonnen werden.

Während dies erfolgt, teilt das Team "Verteilung und Dokumentation" den gelben Patienten ihre Transportziele zu. Sobald der letzte rote Patient abtransportiert wurde, kann somit nahtlos mit dem Abtransport der gelben Patienten begonnen werden, während sich das Team "Verteilung und Dokumentation" bereits um die Zuteilung der grünen Patienten kümmert.

Sollte sich während des Abtransportes ein gelber Patient durch eine Zustandsverschlechterung hin zu Rot entwickeln, so ist dies per Sofortmeldung anzuzeigen. Die nächsten Rettungsmittel werden durch die TO unverzüglich dorthin entsandt. Sollte dies an mehreren Stellen erfolgen, so ist die Erstversorgung nicht mehr sichergestellt und der Leiter Erstversorgung übernimmt die Koordination der Kräfte aus dem Bereitstellungsraum, um die Erstversorgung wieder sicher zu stellen.

Sollte ein roter Patient im Verlauf versterben und dadurch kein Transport mehr erforderlich sein, so ist dem Leiter Transportorganisation über den Meldeweg mitzuteilen, welche Behandlungskapazität nun wieder frei ist. Diese kann dann einem anderen Patienten zugeteilt werden.

² **PEST:** Priorisieren, Erstversorgung, Soforttransporte, Transportorganisation

Durch die Transportorganisation ist auch der Transfer zwischen Patientenablage und einem möglichen Hubschrauberlandeplatz zu koordinieren. Hierzu werden Rettungsmittel aus dem Bereitstellungsraum genutzt.

Die SEG Transportorganisation wird durch den DRK KV Düren und den DRK KV Jülich gestellt.

Die **Führung der TO** besteht aus einem Führungsfahrzeug, 1 Zugführer (erstrebenswert ist die OrgL Qualifikation) und 2 Führungsassistenten bzw. -gehilfen.

Der Bereich **Verteilung und Dokumentation** besteht aus einem Gruppenführer (RettSan) und 4 Helfer (RettSan).

Die **Rettungsmittelorganisationen**, sprich Rettungsmittelhalteplatz und Ladezone, wird durch einen Gruppenführer mit 10 Helfern gestellt.

Der Rettungsmittelhalteplatz ist ein Puffer-Bereich vor der Ladezone, in dem eine geringe Anzahl an Rettungsmitteln vorgehalten wird, um die Ladezone kontinuierlich mit Fahrzeugen zu füllen.

Der Leiter Rettungsmittelhalteplatz fordert entsprechend aus dem Bereitstellungsraum Kräfte an, um stets die Ladezone füllen zu können. Hierzu ist, wenn möglich, eine TMO Gruppe als Bypass zum BR anzufordern und einzusetzen.

Die Ladezone ist der Bereich, wo die Fahrzeuge die Patienten einladen. Die Lade-Boxen sind so zu organisieren, dass die Rettungsmittel unabhängig voneinander an- und abrücken können.

Die SEG Transportorganisation hält hierfür verschiedene Muster vor, die den verschiedenen Platzsituationen Rechnung tragen.

2.7

SEG

Führungsunterstützung

Am Standort Campus Stockheim steht ein ELW Rettungsdienst. Dieses Fahrzeug wird durch die SEG Führungsunterstützung besetzt, die sich primär aus dem Pool der RDKD rekrutiert.

Ab MANV 10 (oder bei spezieller Anforderung) wird der ELW Rettungsdienst mit alarmiert und unterstützt vor Ort LNA und OrgL. Das Einsatzfahrzeug des OrgL kann je nach Einsatzlage als Arbeitsraum für den Leiter Erstversorgung genutzt werden.

Die SEG Führungsunterstützung unterliegt der Administration der RDKD. Die Alarmierung der SEG Führungsunterstützung erfolgt über GroupAlarm.

Durch die SEG Führungsunterstützung kann beispielsweise auch der OrgL-Reserve besetzt werden. Dies kann bei Sonderlagen (bspw. Hambacher Forst) oder aber bei lang andauernden OrgL Einsätzen wie bspw. Evakuierungslagen nach Kampfmittelfund oder größeren MANV-Lagen erforderlich werden.

2.8

Materialreserve

Primär steht zur Versorgung der Patienten das Material aller Rettungsmittel und insgesamt vier Gerätewagen Sanitätsdienst zur Verfügung.

Ab MANV-30 wird der AB-ManV durch das FTZ der Einsatzstelle zugeführt. Der AB-MANV steht in der Ausrückefolge des FTZ hinten, da primär wasserführende bzw. Einsatzmittel der technischen Hilfe der Einsatzstelle zugeführt werden sollen. Vor Ort wird der AB-MANV je nach Lage abgesattelt und steht dann als Reserve zur Verfügung. Betrieben wird der AB-MANV an der Einsatzstelle durch einen Trupp der JUH Düren, die auch die Wartung und Pflege des Materials vom AB-MANV durchführen.

Eine weitere Material-Reserve bietet der GW-Logistik der RDKD mit dem entsprechenden zu ladbaren Material. Das Fahrzeug müsste allerdings im Alarmfall erst personell besetzt und dann materiell aufgerüstet werden.

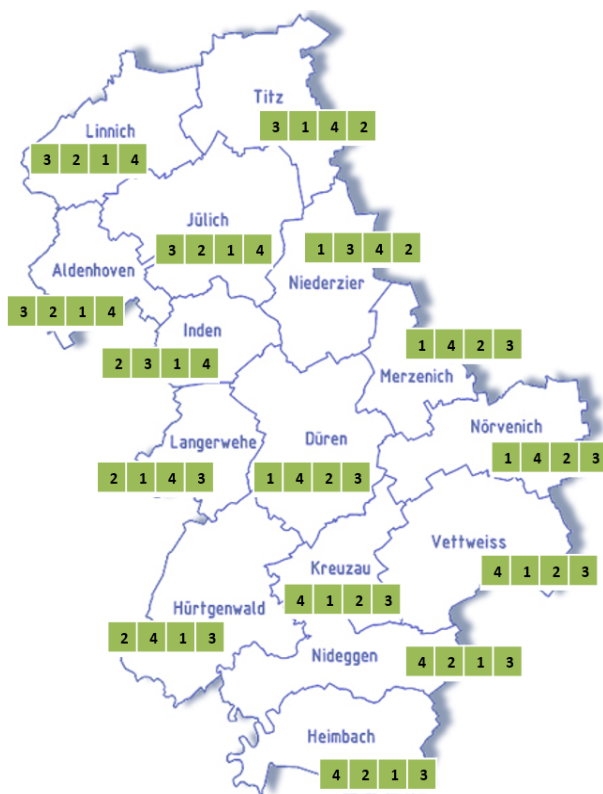
2.7

Gerätewagen Sanitätsdienst

Dem Kreis Düren stehen vier Gerätewagen Sanitätsdienst (GW San) des Katastrophenschutzes des Landes Nordrhein-Westfalen zur Verfügung. Diese Fahrzeuge sind Bestandteil der vier Einsatzeinheiten im Kreis Düren. Den Kreisen ist es gestattet, diese Fahrzeuge im Rahmen der örtlichen Gefahrenabwehr einzusetzen. Aus diesem Grunde wird ab MANV 15 (ab dem 11. Patienten) ein GW San alarmiert. Dieses Fahrzeug hat eine Ausrückzeit von 30 Minuten und muss mindestens mit Fahrer und Beifahrer besetzt sein, welche in der Lage sind, das Fahrzeug samt Material zu bedienen.

Die Aufgabe vor Ort ist die logistische Unterstützung der Einsatzkräfte mittels des Materials vom GW San. Sollte das Fahrzeug mit zusätzlichem medizinischem Personal anrücken, so kann dieses auch in die Versorgung von Patienten bzw. Betroffenen eingesetzt werden.

Um klare Abläufe zu gewährleisten, wurden den GW San Zuständigkeitsbereiche zugeordnet. Somit ist im Leitstellenrechner hinterlegt, welcher GW San für welche Kommune der primäre GW San ist. Es ist ferner eine Nachrückfolge geregelt. Selbiges existiert für die Autobahnabschnitte im Zuständigkeitsbereich des Kreises Düren.



Autobahn	Anschlussstelle	Ausrückfolge
44	Titz	3,1,4,2
44	Jülich Ost	3,2,1,4
44	Jülich West	3,2,1,4
44	Aldenhoven	3,2,1,4
4	Langerwehe	2,1,4,3
4	Düren	1,4,2,3
4	Merzenich	1,4,2,3

Ausrückfolge GW-SAN gem. Einsatzeinheiten-Nummerierung

FÜHRUNG RETTUNGSDIENST

03

- 3.1 Leitender Notarzt und OrgL
- 3.2 Einsatzindikation LNA und OrgL
- 3.3 Führungsorganisation
- 3.4 Kennzeichnung
- 3.5 Funkkonzept



3.1

Leitender Notarzt und OrgL

Bei Einsätzen mit einem erhöhten Führungsaufwand im Bereich des Rettungsdienstes übernehmen der LNA und der OrgL gemäß §7 Abs.4 RettG NRW die rettungsdienstliche Führung vor Ort. Näheres wird in der Anlage Stellenbeschreibung von LNA und OrgL geregelt.

Die Gesamteinsatzleitung obliegt, bei entsprechender Einsatzlage, der Einsatzleitung der Feuerwehr. Hier findet § 34 BHKG Anwendung. Bei gemischten Einsätzen wird der Rettungsdienst als Einsatzabschnitt medizinische Rettung der Einsatzleitung BHKG unterstellt.

Leitender Notarzt (LNA)

Für das Kreisgebiet Düren steht ein diensthabender LNA gem. Dienstplan zur Verfügung. Er meldet nach Alarmierung die Einsatzübernahme persönlich an die Leitstelle.

Die Anfahrt zur Einsatzstelle erfolgt gemäß nächster Fahrzeugstrategie. Dafür steht sowohl der zweite OrgL als auch der KDOW1 zur Verfügung. Sollte ein anderes Einsatzmittel besser für den Transport des LNA geeignet sein, so kann

die Leitstelle auch dieses wählen.

Der LNA kann nicht von der Einsatzstelle abbestellt werden. Vielmehr sind die Rückmeldungen so zu formulieren, dass der LNA aufgrund dieser Rückmeldungen eigenständig über den Einsatzabbruch entscheiden kann.

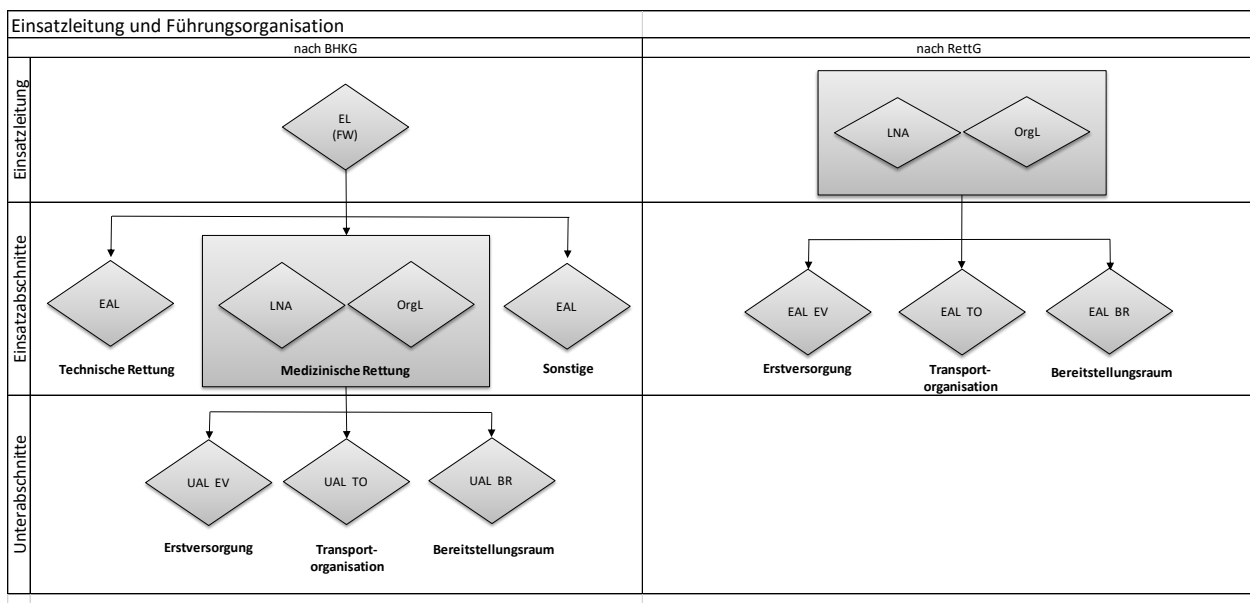
Bei Paralleleinsätzen mit einer Einsatzindikation für einen LNA werden die Einsatzstellen im ersten Schritt mit einem OrgL beschickt. Der LNA entscheidet, zu welcher Einsatzstelle er persönlich fährt. Bei mehreren und/oder unübersichtlichen Lagen kann es eine Maßnahme sein, dass der LNA sich Richtung Leitstelle begibt und beispielsweise aus dem Lagezentrum heraus die rettungsdienstlichen Maßnahmen koordiniert. Hauptziel muss es sein, dass es eine abgestimmte Transportorganisation von allen betreffenden Einsatzstellen gibt.

Die SEG Führungsunterstützung kann dann auch die rückwärtige Führung des LNA unterstützen.

Organisatorischer Leiter (OrgL)

Für das Kreisgebiet Düren stehen ständig zwei diensthabende OrgL gem. Dienstplan zur Verfügung. Die jeweils diensthabenden OrgL rekrutieren sich aus den durch die RDKD bestellten OrgL und werden über die Leitstelle mittels Melder und Groupalarm alarmiert. Nach der Alarmierung meldet der OrgL die Einsatzübernahme persönlich an die Leitstelle.

Die Funktion des diensthabenden OrgL kann nicht



Führungsorganisation bei gemischten und alleinigen Einsätzen

im Rahmen einer anderen dienstlichen Tätigkeit im Einsatzdienst erfolgen.

Einsatzfahrzeug "Organisatorischer Leiter"

Ab dem Jahr 2018 stellt die RDKD zwei Einsatzfahrzeuge (ELW 1) zur Verfügung, welche zum Ende der diensthabenden Woche oder je nach Absprache an die übernehmende Organisation zu übergeben ist. Die Übergabe erfolgt grundsätzlich am Standort der abgebenden Organisation und in einwandfreiem Zustand. Einvernehmlich können auch andere Übergabeorte vereinbart werden.

Ferner steht am Standort Campus Stockheim ein Reserve-Fahrzeug. Dieses Fahrzeug ist primär als

Ausfallreserve gedacht.

Jedoch kann bei Sonderlagen oder bei lang andauernden Einsatzlagen nachbesetzt werden. Dafür trägt es die Kennung „Rettung Kreis Düren OrgL 03“ und ist analog der Original-Fahrzeuge ausgestattet.

Persönliche Ausstattung von OrgL und LNA

Alle OrgL und LNA verfügen über eine persönliche Schutzausrüstung und tragen diese im Einsatzgeschehen.

Ergänzende Ausstattungen (z.B. Kennzeichnungswesten) werden seitens der RDKD gestellt.

Besetzung OrgL-01	Besetzung OrgL-02
DRK KV Jülich	DRK KV Düren
RDKD	MHD Düren
MHD Jülich	Feuerwehr Stadt Düren

3.2 Einsatzindikation LNA und OrgL

Ein Einsatz von LNA und OrgL kann ausschließlich in Kombination beider Funktionen erfolgen. Neben den gemäß AAO aufgeführten Einsatzstichworten gilt für folgende Lagen eine Einsatzindikation für LNA und OrgL:

- bei mindestens zwei Patienten mit Notarztindikation³ an einer Einsatzstelle mit derselben Einsatznummer (Alarmierung LNA und OrgL erfolgt zwangsläufig, je nach Einsatzlage empfiehlt sich vor dem Ausrücken eine telefonische Rücksprache zwischen LNA und Leitstelle. Sollten noch keine Einsatzmittel vor Ort sein, rücken LNA und OrgL zwangsläufig aus.)
- Häufung von rettungsdienstlichen Einsätzen an einer Örtlichkeit mit Beeinträchtigung des Regelrettungsdienstes
- Lagen nach PDV 100 Teil M (z.B. Geiselnahmen, Bedrohungslage, Schießerei, Bombendrohung, Demonstrationen, Einsätze mit SE-Kräften)
- längere, schwierige und außergewöhnliche Rettungsdiensteinsätze
- Räumungs- und/oder Evakuierungsmaßnahmen (auf Anforderung durch das zuständige Ordnungsamt)
- Auf Anforderung der Einsatzleitung
- bestätigtes Feuer in einem Sonderobjekt mit einer großen Anzahl an gefährdeten Personen (Krankenhaus, Altenheim, Behindertenwohnheim)
- sonstiges Schadensereignis mit einer größeren Anzahl an gefährdeten Personen
- Unklare rettungsdienstliche Lagen mit Erkundungsauftrag

³ gemäß aktuell gültigem Notarzt-Indikationskatalog der Bundesärztekammer

3.3

Führungsorganisation

Einsatzabschnitt

medizinische Rettung

Sobald mehrere rettungsdienstliche Einsatzmittel im selben Einsatz eingesetzt werden, ist eine rettungsdienstliche Führung erforderlich.

Hierfür werden verschiedene Funktionen auf Grundlage der Feuerwehr Dienstvorschrift 100 (FwDV 100) und unter Berücksichtigung des BHKG eingesetzt.

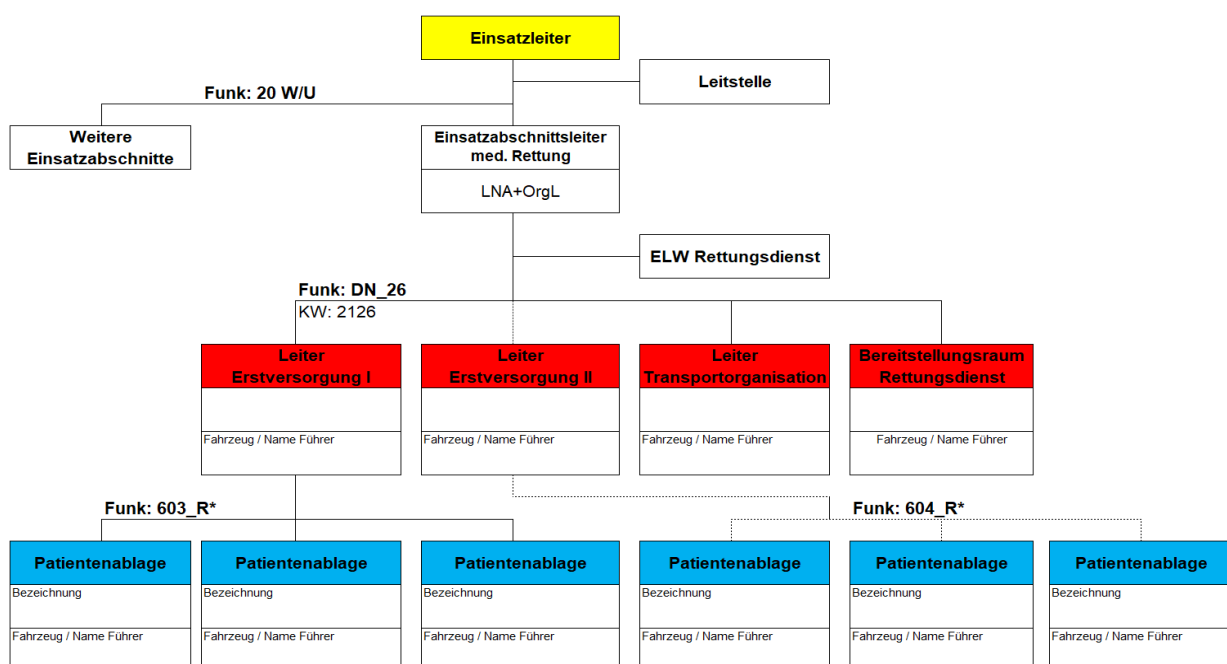
Bei gemischten Einsätzen übernimmt die Einsatzabschnittsleitung medizinische Rettung der Leitende Notarzt und wird durch den Organisatorischen Leiter Rettungsdienst ergänzt (s. §7 Abs. 4 RettG.). Der Leitende Notarzt ist den mitwirkenden Ärztinnen und Ärzten in medizinischen und organisatorischen Fragen weisungsbefugt. Aus dieser Weisungsbefugnis heraus ergibt sich auch die Weisungsbefugnis gegenüber dem weiteren medizinischen Personal.

Der Einsatzabschnitt medizinische Rettung wird, gemäß Landeskonzept Sanitäts- und Betreuungsdienst mit Stand 2013 und dem Positionspapier der AGBF vom Juni 2012, in Unterabschnitte aufgeteilt.

Der Unterabschnitt "Erstversorgung" wird durch einen NEF Fahrer geführt. Hierfür ist die Grundqualifikation "Gruppenführer Rettungsdienst" erforderlich. Im Einsatz übernehmen diese die Funktion "Leiter Erstversorgung". Erfahrungsgemäß kann durch einen Leiter Erstversorgung nur zwei bis drei Patientenablagen geführt werden. Sollte eine vierte Patientenablage hinzu kommen, wird ein weiterer NEF Fahrer in die Funktion Leiter Erstversorgung gehoben. Sie werden differenziert in "L-EV 1" und "L-EV 2". Es empfiehlt sich je nach Führungsaufwand, dass sich die Unterabschnittsleiter anderer NEF Fahrer als Führungsassistenten bedienen.

Die jeweiligen Patientenablagen werden durch RTW Besatzungen geführt. Hierfür ist die Gruppenführer Rettungsdienst Ausbildung zu empfehlen. Im Rahmen der heutigen Notfallsanitäterqualifikation im Kreis Düren erhalten alle Auszubildenden diese Qualifikation.

In der Initialphase wird der Bereitstellungsraum Rettungsdienst durch das erste Rettungsmittel geführt, welches dort eintrifft. Dies ist konzeptionell der vierte RTW im Gesamteinsatz. Im Einsatzverlauf



wird dieses Einsatzmittel durch die "SEG Bereitstellungsraum" ausgelöst und steht wieder als RTW zur Verfügung.

Ab MANV 15 wird der Abtransport der Patienten durch einen eigenen Unterabschnitt Transportorganisation organisiert. Hierfür steht eine SEG Transportorganisation zur Verfügung. Diese stellt den Leiter Transportorganisation, Einsatzkräfte für die Verteilung und Dokumentation und das Betreiben einer Ladezone bzw. eines Rettungsmittelhalteplatzes.

3.4

Kennzeichnung der rettungsdienstlichen Führungskräfte

Um die rettungsdienstlichen Führungskräfte für alle Externen (z.B. Feuerwehr, Polizei etc.) aber auch für die eingesetzten Rettungsdienstkräfte kenntlich zu machen, haben sich Funktionswesten bewährt. Aus diesem Grunde ergibt sich folgende Verlastung von Führungswesten auf den Einsatzmitteln des Rettungsdienstes Kreis Düren:

Einsatzmittel	Farbe	Beschriftung
RTW	Blau/Weiß	Patientenablage
NEF	Rot/Weiß	Erstversorgung
OrgL	Weiß	Leitender Notarzt
OrgL	Weiß	Organisatorischer Leiter
-	Rot/Weiß	Führungsassistent
KDOW 1	Weiß	Leitender Notarzt
SEG Transportorganisation	Rot/Weiß	Transportorganisation
SEG Bereitstellungsraum	Rot/Weiß	Bereitstellungsraum

Der ersteintreffende RTW trägt sofort ab Eintreffen die blau-weiße Weste, um sich als Ansprechpartner Rettungsdienst kenntlich zu machen. Sollten sich verschiedene Patientenablagen bilden, so tragen die Leiter Patientenablage eine blau-weiße Weste.

Der Gruppenführer Rettungsdienst des erst eintreffenden NEF trägt sofort die rot-weiße Weste "Erstversorgung".

Bei Eintreffen des OrgL trägt dieser zunächst keine Funktionsweste, bis er die erste Erkundung durchgeführt und geprüft hat, ob er die rettungsdienstliche Leitung an der Einsatzstelle übernehmen wird.

Der Leitende Notarzt trägt die Weste ebenfalls erst nach der ersten Erkundung und seiner Entscheidung, dass er seine Funktion als LNA übernehmen kann.

Das Rettungsmittel, welches den Bereitstellungsraum Rettungsdienst führt, trägt die blau-weiße Weste und nimmt das Rückenschild "Patientenablage" für den Zeitraum als "Leiter Bereitstellungsraum" ab.

Der Einsatz der Funktionswesten ist nicht zwingend nur bei MANV erforderlich. So kann es auch bei z.B. schwereren Verkehrsunfällen oder Einsätzen mit Feuerwehr oder Polizei erforderlich werden, den rettungsdienstlichen Ansprechpartner zu kennzeichnen. Hier würde sich hauptsächlich der NEF-Fahrer kenntlich machen.

Aufgaben Leiter Patientenablage

- Übernahme Führung Patientenablage
- Kennzeichnung mit Funktionsweste
- Dokumentation Anzahl Patienten/Sichtungskategorien, Personal
- Sicherstellung der Kommunikation mit Leiter Erstversorgung samt Meldeverhalten
- Personalmanagement (Personal den Patienten zuteilen, um Erstversorgung sicher zu stellen.)
- Transportreihenfolge mit med. Ltr. PA festlegen
- Rettungsmittel mit Transportauftrag Patienten zuweisen
- Abtransport dokumentieren

Aufgaben Leiter Erstversorgung

- Erkundung rettungsdienstliche Lage
- Übernahme Funktion Leiter Erstversorgung
- Kennzeichnung mit Funktionsweste
- Dokumentation
- Rückmeldung an Leitstelle o. Einsatzleiter
- rettungsdienstliche Raumordnung
- Sicherstellung der Erstversorgung (Personal aus Bereitstellungsraum gem. Schutzziele MANV auf PA verteilen)
- Erstmaßnahmen für eine Transportorganisation (bspw. Behandlungskapazitäten abfragen)
- Ladezone planen und ggf. einrichten
- Soforttransporte organisieren
- Nach Sicherstellung der Erstversorgung Abtransport roter Patienten
- Abtransport dokumentieren

3.5

Funkkonzept im Einsatzabschnitt medizinische Rettung

Bei dem Einsatz mehrerer Rettungsmittel lässt sich der Führungsaufwand der rettungsdienstlichen Führungskraft extrem verringern, indem eine Kommunikation über Funk erfolgt. So können ohne großen Aufwand kleinere Probleme gelöst oder Absprachen schnell getroffen werden.

Bei Einsatz mehrerer Rettungsmittel steht die Gruppe 603_R* zur Kommunikation zur Verfügung. Nachrückende Kräfte melden sich über die Gruppe an und erhalten ihren Auftrag.

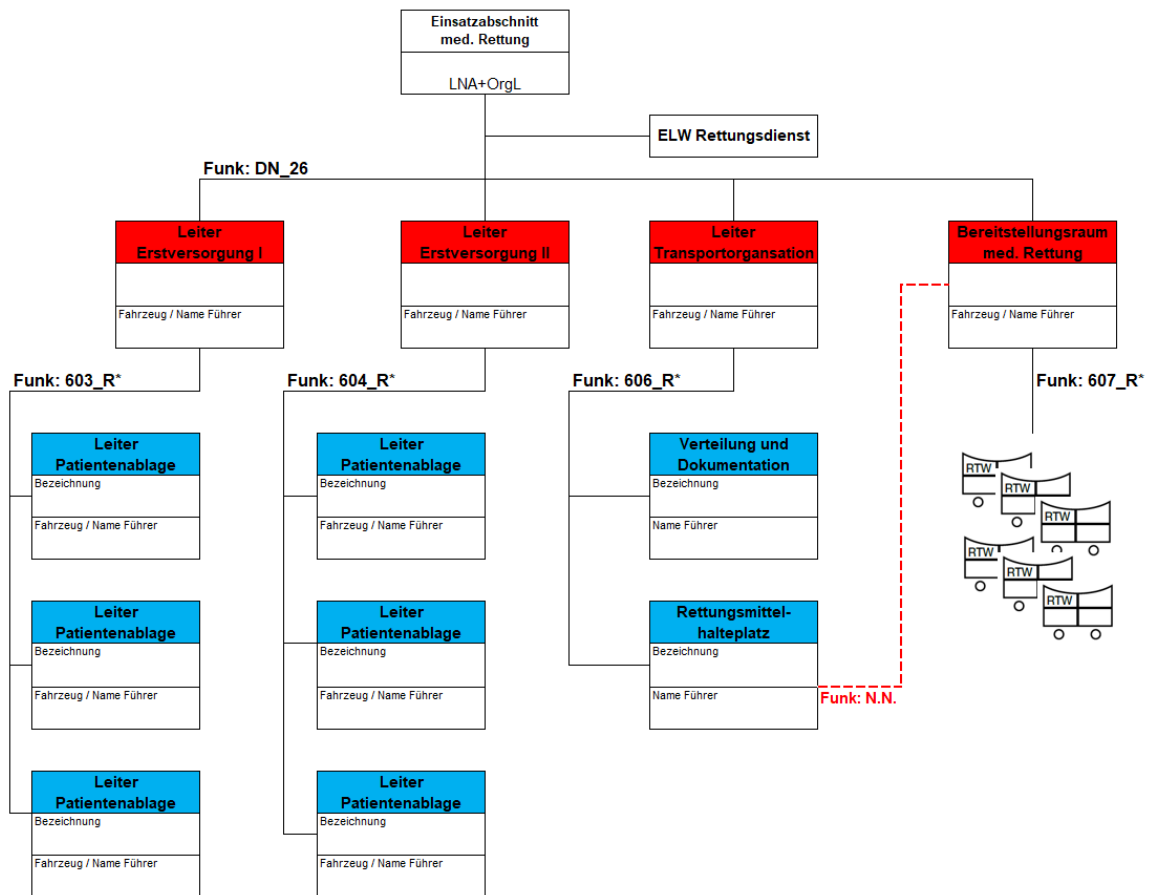
Als Führungskanal (zwischen Einsatz- zu Unterabschnittsleitung) steht die Funkgruppe DN_26 mit der Kurzwahl 2126 zur Verfügung.

Zur Kommunikation mit dem Einsatzleiter wird entweder ein 2m Gerät auf Kanal 20 W/U oder ein Digitalfunkgerät auf entsprechender Führungsgruppe genutzt. (Dies gilt auch für Rettungsmittel, die zu Feuerwehreinsätzen unter der MANV-Schwelle alarmiert werden.)

Die Rettungsmittel schalten ihr HRT standmäßig auf 603_R*. Das ist der Arbeitskanal für den L-EV 1. Sollte der L-EV 2 in Betrieb gehen, so schaltet dieser mit seinen Patientenablagen den Arbeitskanal 604_R*.

Der Unterabschnitt Transportorganisation erhält die Funkgruppe 606_R* als Arbeitskanal.

Für die Kommunikation im Bereitstellungsraum steht die Funkgruppe 607_R* zur Verfügung.

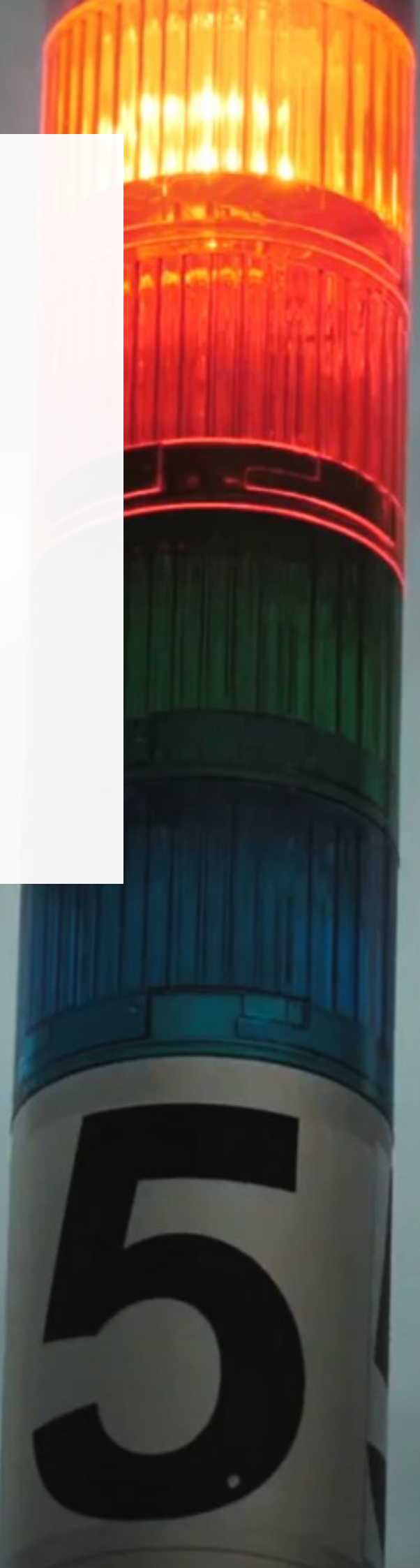


Funkkonzept Rettungsdienst beim MANV im Kreis Dürren

EINHEITLICHE LEITSTELLE DES KREISES DÜREN

04

- 4.1** Einsatzöffnung nach Stichwort
- 4.2** Festlegung Bereitstellungsraum Rettungsdienst / 4. RTW
- 4.3** Abfrage Behandlungskapazitäten
- 4.4** Sicherstellung des Grundschatzes Rettungsdienst im Kreisgebiet / Krankentransport
- 4.5** Meldewesen nach Meldeerlass von Nordrhein-Westfalen
- 4.6** Kräftemanagement nachbarlicher bzw. überörtlicher Hilfe
- 4.7** Führungsunterstützung / Einsatzdokumentation



Die einheitliche Leitstelle für den Brandschutz, die Hilfeleistung, den Katastrophenschutz und den Rettungsdienst des Kreises Düren (im Weiteren nur noch als Leitstelle beschrieben) hat ihren Sitz am Campus Stockheim.

Sie ist im 24 Stunden Dienst mit insgesamt sechs Disponenten besetzt, die unterschiedliche Tischzeiten haben, je nach Lage aber alle gleichzeitig eingesetzt werden können. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, werktags weitere Funktionen aus dem Tagdienst des Amtes 38 zu besetzen.

4.1

Einsatzeroöffnung nach Stichwort

In der Regel werden Schadensereignisse per Notruf der Leitstelle mitgeteilt. Die Leitstelle wird je nach Ereignis abfragen, wie viele Personen augenscheinlich verletzt sind und damit medizinische Hilfe bedürfen. Aufgrund der ersten Anzahl an möglichen Patienten wird initial das entsprechende Einsatzstichwort ausgewählt. Die eintreffenden Rettungsmittel sollen zeitnah eine Rückmeldung geben, aus der eine weitere Bewertung der Anzahl an Patienten hervorgeht. Sollte es eine Abweichung der Zahl nach oben geben, wird automatisch das nächst höhere MANV-Stichwort ausgewählt.

4.2

Festlegung Bereitstellungsraum Rettungsdienst

Wie im Kapitel **Bereitstellungsraum Rettungsdienst** beschrieben, ist es nötig, dass zeitnah für den Rettungsdienst ein Bereitstellungsraum eingerichtet wird.

Die Leitstelle wird aufgrund den ihr vorliegenden Informationen eine passende Örtlichkeit aussuchen, dies (bei gemischten Einsätzen) mit dem Einsatzleiter nach BHKG abstimmen und

dann den anrückenden Rettungsmitteln mitteilen. Ferner bestimmt die Leitstelle einen Rettungswagen, möglichst der als viertes eintrifft, mit dem Begriff „4.RTW“. Dieses wird dann im vorbestimmten Bereitstellungsraum die Führung übernehmen.

4.3

Abfrage Behandlungskapazitäten

Nachdem an der Einsatzstelle die Erstversorgung sichergestellt ist, bzw. beim Vorliegen von notwendigen Soforttransporten auch früher, muss mit einem raschen Abtransport begonnen werden. Ziel muss es sein, die Patienten in ein für sie geeignetes Krankenhaus zu transportieren. Damit die Versorgungskette nicht unterbrochen ist, ist es wichtig, den Krankenhäusern zeitnah Informationen zukommen zu lassen. Das erfolgt mittels den im Konzept beschriebenen Krankenhausinformationstufen.

Sollten weitere oder besondere Behandlungskapazitäten erforderlich sein (beispielsweise bei Schwerbrandverletzten oder Patienten mit CO-Intoxikationen) organisiert die Leitstelle in Absprache mit dem LNA entsprechende Behandlungskapazitäten. Hierzu sind die entsprechenden überregionalen Absprachen zu berücksichtigen.

4.4

Sicherstellung des Grundschatzes

Da ein MANV eine Sonderlage für den Rettungsdienst darstellt und ad hoc bedient werden muss, müssen sofort die Kräfte des Regelrettungsdienstes eingesetzt werden. Das führt dazu, dass neben den bereits laufenden Individueinsätzen die vorhandenen Ressourcen gebündelt eingesetzt werden.

Das führt zu einer Mangelvorhaltung an Kräften, die es zeitnah auszugleichen gilt. Aus diesem Grund kümmert sich die Leitstelle mit ausgleichenden Maßnahmen um eine Sicherstellung des Grundschatzes. Hierzu kann sie Rettungsmittel zur Gebietsabdeckung verlegen bzw. Einsatzmittel aus dem Sonderbedarf zur Gebietsabdeckung einsetzen.

4.5

Meldewesen nach Meldeerlass von NRW

Im Meldeerlass des Landes Nordrhein-Westfalen – Anlage 1 sind folgende Punkte aufgeführt, die im Falle eines MANV zu einer entsprechenden Sofortmeldung durch die Leitstelle führt:

- Einsätze mit einer größeren Anzahl von verletzten Personen (1.2)
 - ⇒ Meldepflicht bei 5 Schwerverletzten und/oder Toten (Anmerkung: Im Kreis Düren wird Schwerverletzt als mindestens gelb gesichtet definiert.)
 - ⇒ Mehr als 25 Verletzten
- Einsätze von Einheiten gemäß Landeskonzzept des Katastrophenschutzes (1.5.)
- Einsätze mit landesweitem Medieninteresse (1.7)

- Vielzahl von Erkrankten, zum Beispiel durch Vergiftungen oder in Folge von Pandemien (1.22)

4.6

Kräftemanagement nachbarlicher bzw. Überörtlicher Hilfe

Sind weitere Kräfte von Nöten, so ist es erforderlich überregionale Hilfe anzufordern. Kommen Kräfte aus den angrenzenden Gebietskörperschaften wird von der „nachbarlichen Hilfe“ gesprochen. Ist weitere Unterstützung aus nicht direkt angrenzenden Gebietskörperschaften erforderlich, so spricht man von „überörtlicher Hilfe“. Überörtliche Hilfe wird mittels Sofortmeldung bei der Bezirksregierung Köln angefordert.

4.7

Führungsunterstützung / Einsatzdokumentation

Neben den bis jetzt beschriebenen Aufgaben ist eine Ur-Aufgabe der Leitstelle die lückenlose Einsatzdokumentation. Am Einsatzleitplatz werden alle Informationsein- und ausgänge im Einsatzprotokoll dokumentiert.

Des Weiteren unterstützt die Leitstelle LNA und OrgL als Führungsmittel und kann im Hintergrund entsprechende Informationen etc. beschaffen und an LNA und OrgL weiterleiten. In einer besonderen Aufbauorganisation richtet die Leitstelle einen ELP für die Unterstützung im Bereich Rettungsdienst ein.

EINSATZSTRATEGIE BEIM MANV- MAßNAHMEN ERSTPHASE

05

- 5.1 Ersteinschätzung
- 5.2 Vorsichtung
- 5.3 Sichtung
- 5.4 Sichtungskategorie IV / blau im Kreis Düren
- 5.5 Sicherstellung der Erstversorgung / weitere med. Versorgung
- 5.6 Patientenablagen
 - 5.6.1 Spontane Patientenablage
 - 5.6.2 Strukturierte Patientenablage
 - 5.6.3 Vorgeplante Patientenablage
 - 5.6.4 Geschützte Patientenablage
- 5.7 Kontaminiertenablage
- 5.8 Übergabepunkt zwischen Spezialkräften und dem Rettungsdienst

Dem ersten Rettungsmittel beim MANV kommt eine besondere Aufgabe zuteil. Es sind die ersten qualifizierten Kräfte des Rettungsdienstes an der Einsatzstelle, welche als erste Augen und Ohren der Leitstelle verstanden werden können.

Aus diesem Grunde sind die Maßnahmen in der Anfangsphase auch weniger medizinischer, sondern eher taktischer Natur.

Die Sichtungs-Konsensus-Konferenz hat für diese Phase den sogenannten "Sichtungsprozess" etabliert. Dieser Sichtungsprozess beinhaltet die Erfahrungen aus den Einsatzlagen Breitscheidplatz, Amoklauf OEG in München und Bahnunglück in Bad Aibling.

5.1

Ersteinschätzung

Im Rahmen der Ersteinschätzung soll der Ersteindruck der Lage durch den ersten Augenschein mit Abschätzung der Anzahl der exponierten Personen⁴ und einer Gefahrenanalyse als Grundlage für eine Lagemeldung erfolgen. Im Rahmen der Maßnahme ist auch abzuschätzen, wie viele Personen verletzt oder erkrankt sein könnten. Diese Zahl ist umgehend der Leitstelle per Rückmeldung mitzuteilen. Diese wird dann entsprechend eine Alarmstichwörterhöhung durchführen.

Beispiel: Bei einem Busunfall befinden sich 30 Personen im Bus, wovon aber nur 12 beim groben Durchschauen Anzeichen von Verletzungen zeigen. So erfolgt eine Rückmeldung über 30 exponierte Personen, wovon 12 verletzt erscheinen. Die Leitstelle erhöht dann auf MANV 15.

Sollte es bei der Ersteinschätzung Hinweise auf Gefahren geben, so zieht sich der Rettungsdienst zurück und erwartet das Eintreffen von Spezialkräften (Feuerwehr, Polizei etc.).

Ersteinschätzung

Vorsichtung

Sichtung

Weitere
Medizinische
Versorgung

Grafische Darstellung des Sichtungsprozesses.

5.2

Vorsichtung

Der Begriff der Vorsichtung wurde im Rahmen der Sichtungs-Konsensus-Konferenz neu definiert:

"Vorläufige standardisierte medizinische Zustandsbeurteilung, die von Ärztinnen/Ärzten oder hierfür geschulten nichtärztlichen Einsatzkräften durchgeführt wird und der eine ärztliche Sichtung folgt."

Das Ziel der Vorsichtung ist die schnellstmögliche Identifizierung von vitalbedrohten Patienten.

Lagebedingt werden Lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM) durchgeführt, es erfolgen eine eindeutige Kennzeichnung und der Start der gerichteten Transportkette⁵."

⁴ Exponierte Person: Eine Person, auf die ein Ereignis direkt (unmittelbar) oder indirekt (mittelbar) wirkt und die hierdurch beeinträchtigt sein kann.

⁵ Protokoll der 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz 2019

Nachdem die Rückmeldung an die Leitstelle über die Anzahl der vermeintlich verletzten oder erkrankten Personen erfolgt ist und das Einsatzstichwort angepasst wurde, beginnt nun die Vorsichtung. In die Vorsichtung werden alle eintreffenden Kräfte eingebunden. Je mehr Kräfte eingebunden werden, umso schneller kann sich der ersteintreffende RTW aus den Maßnahmen zurückziehen und koordinierend tätig werden. Es hat sich bewährt, dass sich dieser RTW mit einer Funktionsweste kennzeichnet.

Die Patienten erhalten eine Patientenanhängetasche und werden gemäß den Empfehlungen der Sichtungskonsensus-Konferenz in den Kategorien rot, gelb und grün vorgesichtet. Dies wird mittels halb rausgezogener Farbkarte kenntlich gemacht. (Um das zurückrutschen zu vermeiden, kann die Karte einmal nach dem oberen Drittel geknickt werden.)

Patienten mit sicheren Todeszeichen werden auf gleicher Weise mit schwarz markiert. Leblose Patienten ohne sichere Todeszeichen werden rot vorgesichtet. Als Grundlage der Vorsichtung gilt der **xABCDE-Algorithmus**. Im MANV muss der tatsächliche Zustand des Patienten gewertet werden. Der Kinematik darf beispielsweise kein zu hoher Stellenwert wie in der Individualversorgung eingeräumt werden.

Wichtig: Die Vorsichtung ist eine Momentaufnahme, um eine erste Priorisierung zu erreichen. Insgesamt ist die Maßnahme der Sichtung ein dynamischer Prozess, welcher während der ganzen Versorgung regelmäßig geprüft und bei Patientenverschlechterung korrigiert werden muss.

Im Rahmen der Vorsichtung gilt es die ersten medizinischen Maßnahmen zu ergreifen, um ei-

ne weitere Zustandsverschlechterung bei den Patienten zu vermeiden.

In der Phase der Vorsichtung sind gemäß Sichtungskonsensus-Konferenz drei Maßnahmen frei gegeben:

- Blutungen stoppen
- Atemwege freimachen
- Lagerung (z.B. Schocklage, stabile Seitenlage)

In Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst des Oberbergischen Kreises hat der Rettungsdienst Kreis Düren einen eigenen Vorsichtungsalgorithmus entwickelt.

Kennzeichnung Vorsichtung

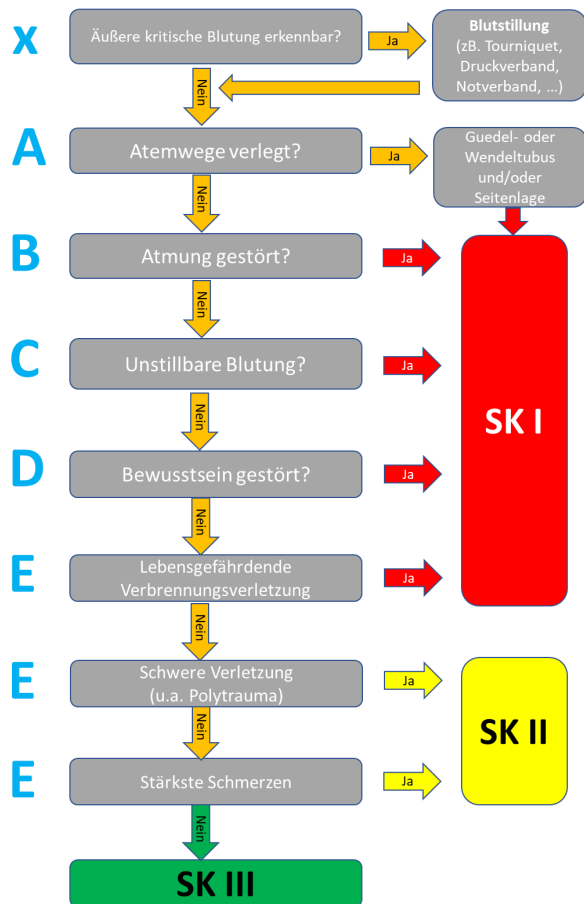
Philosophie ist: Das Personal soll in der MANV Lage nicht mit Abläufen o.ä. konfrontiert werden, dass ausschließlich nur im MANV angewendet wird. Sondern viel mehr das zu nutzen, dass den Kolleginnen und Kollegen aus dem täglichen Einsatz vertraut ist. Dies ist der xABDCE-Algorithmus.

Aus diesem Grunde wurde ausschließlich eine "Übersetzungshilfe" geschaffen, die ein entsprechendes xABCDE-Problem einer Sichtungskategorie zuordnet. Die Vorsichtung soll zügig und unkompliziert von staten gehen.

Ziel ist es:

- rasche Identifikation der kritischen Patienten ("Findet den Roten!")
- Kennzeichnung (Patientenanhängetasche, rot, gelb oder grün halb raus gezogen)
- Durchführen lebensrettender Sofortmaßnahmen
- Blutungsstoppung (z.B. Druckverband, Tourniquet)
- Atemwege frei machen
- Lagerungen (z.B. stabile Seitenlage, Schocklage etc.)

In diesen Zusammenhang gehört immer das Bewusstsein, dass sich der Vorsichtung definitiv noch die ärztliche Sichtung anschließen wird.



Vorsichtungsalgorithmus

*"Sichtung ist ein dynamischer Prozess und erfordert eine regelmäßige Re-Evaluation. Hierbei werden alle, auch noch nicht vorgesichtete exponierte Personen, gesichtet, gekennzeichnet, registriert und dokumentiert."*⁶

Trifft der Notarzt in der Phase der Vorsichtung ein, so begibt er sich zu noch nicht vorgesichteten Patienten. Als Arzt beginnt er bei diesen allerdings schon mit der Sichtung und führt ebenfalls lebensrettende Sofortmaßnahmen durch.

Danach begibt er sich zu den vorgesichteten Patienten und beginnt bei den roten Patienten mit der Sichtung und delegiert gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen an das Rettungsdienst Personal.

Das erklärte Einsatzziel ist: Die roten Patienten so schnell wie möglich zu identifizieren, mittels lebensrettender Sofortmaßnahmen eine Zustandsverschlechterung zu vermeiden und einen gezielten Abtransport der vital bedrohten Patienten zu organisieren.

Neben der farblichen Kennzeichnung dokumentiert der Arzt bei der Sichtung auch, in welche Fachrichtung und mit welchem Rettungsmittel der Patient zu transportieren ist. Dies stellt die Grundlage für die Transportorganisation dar, die mit den Informationen auf der Patientenanhängetasche in Folge den Abtransport plant.

5.3 Sichtung

Der Begriff Sichtung ist in der DIN 13050 definiert:

"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."

Hierzu gehören:

- standardisierte Zuordnung in die jeweilige Sichtungskategorie
- Lebensrettende Sofortmaßnahmen
- Kennzeichnung Toter

Im Gegensatz zur Vorsichtung wird allerdings die farbliche Karte nach vorne durchgesteckt, sodass die Farbe durch die transparente Tasche ersichtlich wird.

Rote Patienten, bei denen eine erhöhte Transportpriorität festgestellt wird (z.B. unstoppbare innere Blutungen etc.), werden mit TP gekennzeichnet. Meist sind dies Patienten, die sehr zügig einer operativen Versorgung zugeführt werden müssen.

Patienten, die unverletzt betroffen sind, werden mittels der weißen Karte und einem schwarzen B gekennzeichnet.

Die Rückseiten der Farbkarten (rot und weiß) sind entsprechend (TP und B) vorbereitet, so dass die Karte einfach gedreht werden kann.

⁶ 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz

Die PAT verbleibt bei dem Patienten, da sie nach dem Einsatz der Patientennummer nicht weiter gebraucht werden kann. Die PAT sind ab dem fünften Patienten zwingend einzusetzen.

	Bezeichnung	Beschreibung	Konsequenz
Kategorie	I (rot)	Vital bedroht	Sofortbehandlung
	II (gelb)	Schwer verletzt / erkrankt	Dringliche Behandlung
	III (grün)	Leicht verletzt / erkrankt	Nicht dringliche Behandlung
	IV (blau)	Ohne Überlebenschance	Palliative Versorgung
Kennzeichnung	EX (schwarz)		Tote
	B (weiß)	Betroffene	Betreuung

Sichtungskategorien nach Sichtungs-Konsensus-Konferenz 2019

5.4 Sichtungskategorie IV / blau im Kreis Düren

Aufgrund der Konsequenzen ist die Sichtungskategorie IV / blau immer mit einem besonderem Augenmerk zu versehen.

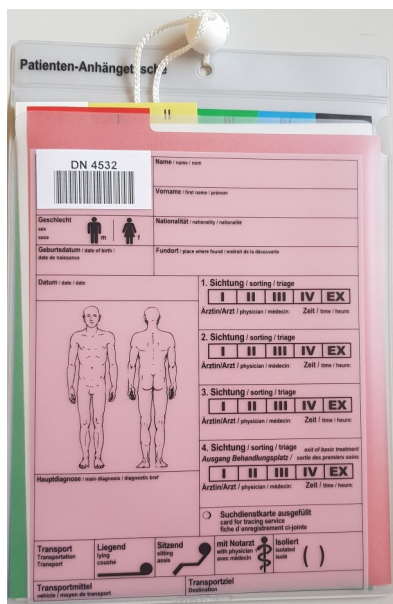
Im Kreis Düren ist der Ablauf wie folgt definiert:

Die Entscheidung über die blaue Kategorie liegt beim diensthabenden Leitenden Notarzt. Um der besonderen Situation Rechnung zu tragen, wird die Entscheidung im 4-Augen Prinzip getroffen. Primär soll der ÄLRD kontaktiert werden. Sollte dieser nicht erreichbar sein, ist sich mit deinem vor Ort tätigen NA aus der LNA-Gruppe abzustimmen.

Die Entscheidung ist schlüssig zu dokumentieren. Es ist auch vorstellbar, dass bereits bei einer geringen Patientenanzahl blau gesichtet wird, wenn das Verletzungsmuster ein Überleben nicht ermöglicht.

Ist die Kategorie Blau ärztlich festgelegt worden, obliegt es der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst je nach Lage den Landrat bzw. den Allgemeinen Vertreter des Landrates zu informieren.

Der Abtransport der Patienten der Kategorie blau wird vom LNA festgelegt.



Patienten-Anhänge tasche

DN 4532

Name / name / nom

Vorname / first name / prénom

Geschlecht / sex / sexe

Nationalität / nationality / nationalité

Geburtsdatum / date of birth / date de naissance

Fundort / place where found / endroit où la découverte

Datum / date / date

1. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

2. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

3. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

4. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

Hauptdiagnose / main diagnosis / diagnostic principal

Transport / Transportation / Transport

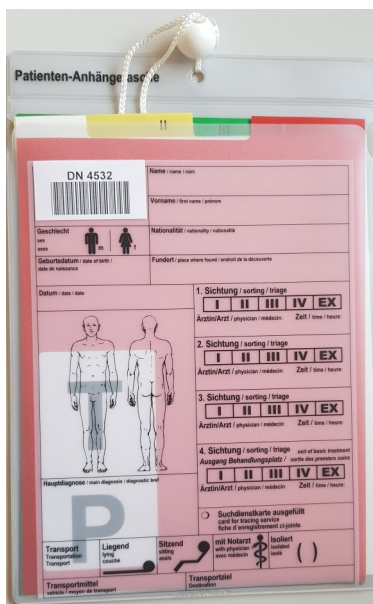
Liegend / lying / couché

Sitzend / sitting / assis

mit Notarzt / with physician / avec médecin

Isoliert / isolated / isolé

Transportmittel / vehicle / moyen de transport



Patienten-Anhänge tasche

DN 4532

Name / name / nom

Vorname / first name / prénom

Geschlecht / sex / sexe

Nationalität / nationality / nationalité

Geburtsdatum / date of birth / date de naissance

Fundort / place where found / endroit où la découverte

Datum / date / date

1. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

2. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

3. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

4. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

Hauptdiagnose / main diagnosis / diagnostic principal

Transport / Transportation / Transport

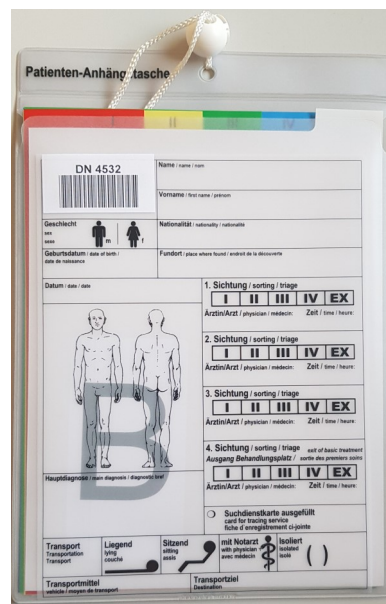
Liegend / lying / couché

Sitzend / sitting / assis

mit Notarzt / with physician / avec médecin

Isoliert / isolated / isolé

Transportmittel / vehicle / moyen de transport



Patienten-Anhänge tasche

DN 4532

Name / name / nom

Vorname / first name / prénom

Geschlecht / sex / sexe

Nationalität / nationality / nationalité

Geburtsdatum / date of birth / date de naissance

Fundort / place where found / endroit où la découverte

Datum / date / date

1. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

2. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

3. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

4. Sichtung / sorting / triage

Arztin/Arzt / physician / médecin

Zeit / time / heure

Hauptdiagnose / main diagnosis / diagnostic principal

Transport / Transportation / Transport

Liegend / lying / couché

Sitzend / sitting / assis

mit Notarzt / with physician / avec médecin

Isoliert / isolated / isolé

Transportmittel / vehicle / moyen de transport

Kennzeichnung Sichtung

Verteilung Fahrzeuge und Abrollcontainer:

Aufbewahrungsort/ Fahrzeug	Stückzahl
NEF	Jeweils 15 Stück
RTW	Jeweils 10 Stück
OrgL – Einsatzfahrzeug	25 Stück
GW-San	Jeweils 25 Stück
AB MANV	200 Stück
RWE Power (Tagebau Hambach, Rettungsdienst)	50 Stück
NATO-Bunkeranlage "Castle Gate" (Glimbach)	100 Stück
ELW Rettungsdienst	25 Stück
AB-V-Dekon	50 Stück

Verteilung Krankenhäuser:

Aufbewahrungsort/ Fahrzeug	Stückzahl
St. Augustinus Krankenhaus, DN-Lendersdorf	100 Stück
St. Elisabeth Krankenhaus, Jülich	50 Stück
St. Marien-Hospital, DN-Birkesdorf	100 Stück
Krankenhaus Düren, DN-Roonstraße	500 Stück
Rheinische Kliniken Düren, DN-Meckerstraße	200 Stück

5.5

Sicherstellung der **Erstversorgung** / weitere med. Versorgung

Nach Vorsichtung/Sichtung und Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, ist nun der nächste Schritt die Erstversorgung sicherzustellen, um danach den Abtransport zu starten. Das Einsatzziel bzw. das Schutzziel, das vor dem Transportstart erreicht werden muss, ist wie folgt definiert:

- Erstversorgung roter Patienten: 1 Notfallsanitäter/Rettungsassistent und 0,5 Notarzt
- Erstversorgung gelber Patienten (wenn keine roten Patienten vorhanden): 1 Notfallsanitäter/Rettungsassistent und 0,25 Notarzt
- Erstversorgung grüner Patienten (wenn keine roten und gelben Patienten vorhanden): beispielsweise 0,25 Notfallsanitäter/Rettungsassistent/Rettungssanitäter. Aufgrund der leichten Verletzung/Erkrankung der Patienten ist hier auch eine lageangepasste Bemessung möglich.

Ausschließlich Patienten mit Transportpriorität sind von der Versorgungsregel ausgenommen. Hier kann im Einzelfall ein früherer Transport angestrebt werden. Es darf sich aber ausschließlich nur um Einzelfälle handeln.

5.6

Patientenablagen

Die Definition der Patientenablage unterliegt aktuell einem Wandel. Gemäß der DIN 13050 ist die Patientenablage noch wie folgt definiert:

"Stelle an der Grenze des Gefahrenbereiches, an der Verletzte oder Erkrankte gesammelt und, soweit möglich, erstversorgt werden und an der sie zum Transport an einen Behandlungsplatz oder weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen übergeben werden."

Die Sichtungs-Konsensus-Konferenz erwägt in ihrem Protokoll aus dem Jahr 2019 eine Änderung der Definition:

"Stelle außerhalb des Gefahrenbereiches, an der Patienten gesammelt werden. Hier beginnt die strukturierte medizinische Versorgung."

In der Literatur werden verschiedene Typen an Patientenablagen beschrieben:

- spontane Patientenablage
- strukturierte Patientenablage
- vorgeplante Patientenablage

Die Sichtungs-Konsensus-Konferenz sieht ferner noch folgende Ablagen vor:

- geschützte Patientenablage
- kontaminiertenablage

5.6.1

Spontane Patientenablage

In den meisten Ereignissen werden sich spontane Patientenablagen bilden. Auch PKW, Busse, Bahnwaggons können als Patientenablage verstanden werden. Ein zwingendes Herausholen zum Beispiel aus einem Fahrzeug muss nicht immer erforderlich sein. Solange keine Gefahr herrscht und der Patient weitestgehend ver-

sorgt werden kann, verbleibt er solange an dem Auffindeort, bis er durch Kräfte übernommen werden kann, die ihn ggf. immobilisieren und dann auch abtransportieren.

Eine Patientenablage sollte allerdings die Zahl 10-15 Patienten nicht überschreiten, da ansonsten der Führungsaufwand für die "Leiter Patientenablage" überschritten wird.

5.6.2

Strukturierte

Meist wird eine strukturierte Patientenablage dann benötigt, wenn es einen Gefahrenbereich gibt und die Patienten diesen verlassen oder von Spezialkräften gerettet werden.

Um eine strukturierte Patientenablage effektiv betreiben zu können, gilt es ausreichend Platz zu schaffen. Pro Patient ist eine Fläche von 3m x 3m vorzuhalten. Zwischen den beiden Seiten der Patientenablage ist eine Transportgasse von 4m vorzusehen.

Somit muss mit dem Einsatzleiter ein passender Ort gefunden werden, wo eine oder gar auch mehrere Patientenablagen betrieben werden können.

Der Einsatz eines Zeltes ist kritisch zu prüfen, da das Zelt an sich nur ein eingeschränktes Platzangebot hat und definitiv keine 15 Patienten gleichzeitig aufnehmen kann.

5.6.3

Vorgeplante Patientenablage

Unter einer vorgeplanten Patientenablage versteht die Literatur eine Unfallhilfsstelle oder Sanitätsstelle bei Großveranstaltungen. Diese liegt meist so, dass sie durch den Rettungsdienst gut erreichbar ist. Sollte es also bei einer Großveranstaltung zu einem Ereignis kommen und der Rettungsdienst kann nicht in die Menschenmenge

einfahren, so fährt der Rettungsdienst primär die vorgeplanten Patientenablagen an und übernimmt dort die Patienten bzw. entwickelt sich von dort aus in das Einsatzgebiet.

- Antidot-Gabe
- Erstmaßnahmen der Dekontamination
- Ablegen kontaminierter Kleidung
- Reduzierung erkennbarer Kontamination durch schnelle Spülung mit Wasser oder durch tro-

5.6.4 Geschützte Patientenablage

Die Sichtungs-Konsensus-Konferenz hat 2019 die geschützte Patientenablage wie folgt definiert: "Besondere Form der Patientenablage unter Polizeischutz bei einer Lebensbedrohlichen Einsatzlage."

Diese Art der Patientenablage wird hier ausschließlich der Vollständigkeit halber aufgeführt. Grundsätzlich richtet sich der Rettungsdienst Kreis Düren nach der Vorgabe, außerhalb von Gefahrenbereichen tätig zu werden. Die Rettung der Patienten aus der Gefahrenzone obliegt den Spezialkräften, in diesem Fall den Kräften der Polizei. Diese übergeben die Patienten an den Rettungsdienst, welcher dann in den anderen Typen von Patientenablagen tätig wird.

5.7 Kontaminiertenablage

Definition nach Sichtungs-Konsensus-Konferenz 2019: "Besondere Form der Patientenablage bei einem CBRN-Einsatz.⁷ Dort werden kontaminierte Personen vor deren Dekontamination gesammelt und unter den besonderen Bedingungen des Schutzes der Einsatzkräfte und des Schutzes vor Kontaminationsverschleppung durch Lebensrettende Sofortmaßnahmen und Ergänzende Lebensrettende Sofortmaßnahmen erstversorgt."

Neben den schon beschriebenen Lebensrettenden Sofortmaßnahmen kommen in einer CBRN Lage noch hinzu:

5.8 Übergabepunkt zwischen Spezialkräften und dem Rettungsdienst

Nicht jede Einsatzstelle mit mehreren Verletzten ist direkt für den Rettungsdienst sicher. Sollte dies bereits auf der Anfahrt festzustellen sein, fahren alle Rettungsmittel in den Bereitstellungsraum Rettungsdienst und warten dort auf weitere Informationen bzw. Aufträge seitens der Leitstelle.

Wird bei der Erkundung eine Gefahr festgestellt, zieht sich der Rettungsdienst aus dem Gefahrenbereich zurück und geht in Bereitstellung.

Wenn der Einsatz sich entwickelt und exponierte Personen aus dem Gefahrenbereich durch Spezialkräfte gerettet / evakuiert werden, besteht die Möglichkeit an der Grenze des Gefahrenbereiches eine oder mehrere Übergabepunkte einzurichten, an denen die exponierten Personen von beispielsweise Feuerwehr- oder Polizeikräften an den Rettungsdienst übergeben werden. Der Einsatzleiter, beispielsweise der Feuerwehr, entscheidet, ob der Übergabepunkt nach Konzept eingerichtet werden soll.

Nachgeordnet zum Übergabepunkt richtet der Rettungsdienst eine Patientenablage ein, in die die Patienten vom Übergabepunkt verbracht und erstversorgt werden bzw. bei ausreichend vorhandenen Rettungsmitteln abtransportiert werden.

Sollte sich der Rettungsdienst für einen Übergabepunkt in Absprache mit dem Einsatzleiter Feuerwehr bzw. dem einsatzführenden Beamten der Polizei entscheiden, legt der Einsatzleiter Feuerwehr bzw. der einsatzführende Beamte der Polizei den

⁷ CBRN: Chemisch, Biologisch, Radioaktiv, Nuklear

Ort des Übergabepunktes fest. Für den Übergabepunkt wird folgender Standard festgelegt.

Material / Personal:

- Führer Übergabepunkt mit Kennzeichnungsweste „Patientenablage“ und HRT (Einbindung in Führungsorganisation wie eine Patientenablage)
- 1-2 RTW Besatzungen mit Fahrtrage, Traumatrasche und MANV Tasche oder Tragelagerungsgestell aus dem GW San aufbauen
- 1 Notarzt
- Material zur Rettung von Personen (Stühlchen, Tragetuch, Spineborad, Schaufeltrage, aus den RTW und/oder aus dem Gerätewagen Sanitätsdienst)

Maßnahmen:

- Übernahme der Patienten
- Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen
 - ⇒ Blutungsstoppung (z.B. Druckverband, Tourniquet)
 - ⇒ Atemwege frei machen
 - ⇒ Lagerungen (z.B. stabile Seitenlagen, Schocklage etc.)
- Sichtung mittels Patientenanhängetasche und Dokumentation welche Patienten durch den Übergabepunkt geschleust wurden
- Weitertransport in eine Patientenablage bzw. wenn möglich rascher Abtransport kritischer Patienten bei vorhandener

Transportressource, ohne die Versorgung anderer Patienten zu gefährden

- **! Keine weiterführende Behandlung !**

Sollte ein lebloser Patient in den Übergabepunkt verbracht werden, so wird die Reanimation in der Patientenablage durchgeführt, sprich nicht am Übergabepunkt.

Stellt der Notarzt den Tod bereits am Übergabepunkt fest, so ist mit der Polizei abzuklären, wo die verstorbene Person abgelegt wird, da sie weder in die Patientenablage kommt noch am Übergabepunkt verbleiben kann.

Stellt der Notarzt fest, dass ein Patient Transportpriorität hat und es stehen mittlerweile ausreichend Rettungsmittel zur Verfügung, so kann auch ein direkter Transport vom Übergabepunkt in ein Rettungsmittel erfolgen. Wichtig an dieser Stelle ist die Kommunikation an alle, damit dieser Patient dokumentiert wird und auch ein entsprechendes Transportziel zugeteilt werden kann.



Mögliche Gestaltung eines Übergabepunktes



ZUSAMMENARBEIT MIT DEN KRANKEN- HÄUSERN

06

- 6.1 Krankenhaus-Informations-Stufe 1
- 6.2 Krankenhaus-Informations-Stufe 2
- 6.3 Krankenhaus-Informations-Stufe 3

Eine effektive Transportorganisation ist nur dann präklinisch möglich, wenn auch entsprechende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde ist eine Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern des Kreises Düren im Vorfeld zwingend erforderlich.

6.1

KH-Informationsstufe 1

Die Krankenhäuser werden über ein Ereignis telefonisch unter Nennung der Art des Schadensereignis informiert. Eine Aussage über die Zuteilung von Patienten und deren Verletzungsmustern kann noch nicht erfolgen. Das Krankenhaus ist aufgefordert sich einen Überblick über die freien Kapazitäten zu verschaffen und dies der Leitstelle nach 15 Minuten zurück zu melden.

6.2

KH-Informationsstufe 2

Die Krankenhäuser werden über ein Ereignis informiert. Eine Zuteilung erfolgt nach dem Status der Häuser in IG NRW.

Die Leitstelle informiert ferner ihre Nachbarleitstellen und die Leitstelle der Stadt Köln aufgrund der dortigen Maximalversorger und bittet dort ebenfalls um eine Behandlungskapazitätenübersicht. Die KH-Informationsstufe 2 wird durch den LNA angewiesen.

6.3

KH-Informationsstufe 3

Die Krankenhäuser werden über ein Ereignis informiert. Das Ereignis ist von einer solchen Größenordnung, dass eine geordnete Zuteilung nur schwierig erfolgen kann. Es ist daher mit einer großen Anzahl an Patienten über einen unbestimmten Zeitraum zu rechnen. Es sind entsprechende Maßnahmen durch das Krankenhaus zu treffen, um Patienten vom Rettungsdienst zu übernehmen.

Die Leitstelle bittet ferner die Bezirksregierung Köln mittels Sofortmeldung um eine Gesamtübersicht der Behandlungskapazitäten aus den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf. Die KH-Informationsstufe 3 wird durch den LNA angewiesen.

Sollte die Einsatzlage besondere Behandlungskapazitäten erforderlich machen, wie beispielsweise Verbrennungsbetten oder Druckkammern, so müssen durch LNA und OrgL in Zusammenarbeit mit der einheitlichen Leitstelle des Kreises Düren die erforderlichen Behandlungskapazitäten organisiert werden.

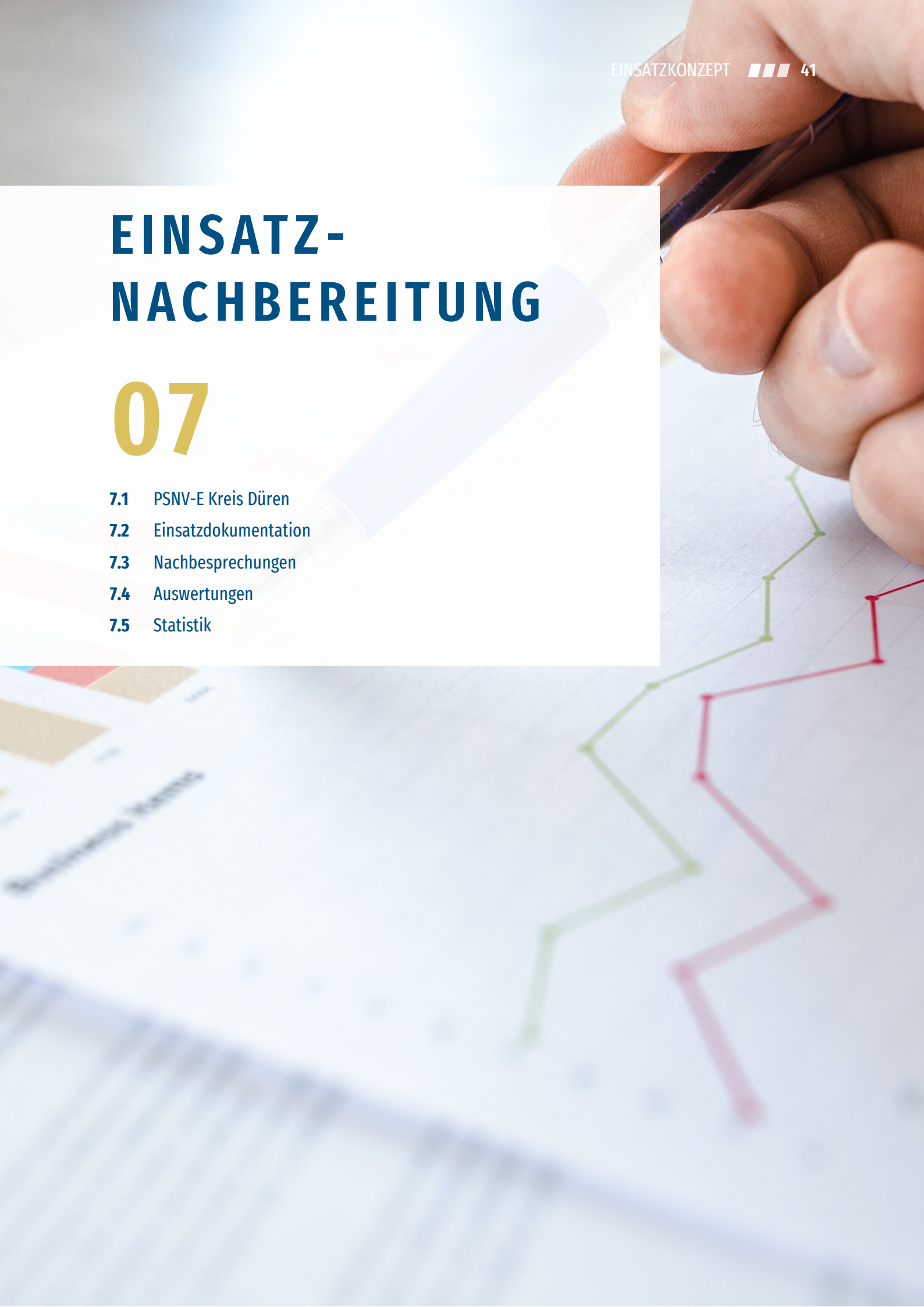
Name	Ort	Telefon (24 Std.)	Traumazentrum	SK I: 0-2 Std.	SK I: 3-4 Std.	SK II: 0-2 Std.	SK II: 3-4 Std.	SK III: 0-2 Std.	SK III: 3-4 Std.	Entfernung in km
Krankenhaus Düren	Düren	02421/300	RTZ	1	1	2	4	20	40	5,9 km
St. Elisabeth Krankenhaus Jülich	Jülich	02461/6200	LTZ	0	0	2	4	8	16	21,8 km
St. Marien Hospital Düren	Düren	02421/8050	LTZ	1	0	0	2	6	6	8,2 km
St. Augustinus Krankenhaus	Düren	02421 599-0	LTZ	1	1	2	2	5	5	2,8 km
LVR-Klinik Düren, psych. Fachklinik	Düren, Rheinland	02421 400		0	0	0	0	0	0	7,0 km
Summe Kreis Düren				3	2	6	12	39	67	

Auszug IG NRW

EINSATZ- NACHBEREITUNG

07

- 7.1 PSNV-E Kreis Düren
- 7.2 Einsatzdokumentation
- 7.3 Nachbesprechungen
- 7.4 Auswertungen
- 7.5 Statistik



Ein wichtiger Bestandteil eines funktionierenden Einsatzkonzeptes ist eine effektive Fortschreibung und ständige Prüfung. Dafür ist unter anderem eine geordnete Kultur der Einsatznachbereitung erforderlich.

Unter die Überschrift Einsatznachbereitung fallen:

- PSNV-E
- Einsatzdokumentation
- Nachbesprechungen
- Auswertungen
- Statistik

7.1

PSNV-E Kreis Düren

Größere wie auch kleinere Einsätze können zu einer außergewöhnlichen psychischen Belastung führen. Je nach Intensität der Ereignisse ist eine entsprechende Nachsorge erforderlich. Dafür existiert die sogenannte Psychosoziale-Notfallversorgung für Einsatzkräfte (PSNV-E), die durch die jeweils zuständige Einsatzleitung über die Einheitliche Leitstelle aktiviert wird.

LNA und OrgL haben aus Sicht einer Fürsorgepflicht ebenfalls zu bewerten, ob die PSNV-E frühzeitig in den Einsatz eingebunden werden soll bzw. bietet dieses den Einsatzkräften an.

7.2

Einsatzdokumentation

Der Dokumentation ist ein hoher Stellenwert beizumessen. Es gilt der Grundsatz: **"Was nicht dokumentiert wurde, wurde nicht geleistet, beachtet oder durchgeführt"**. Dieser Grundsatz gilt sowohl für eine spätere juristische Betrachtung als auch für eine Effektivitätsanalyse durch die Untere oder Obere Aufsichtsbehörde.

Ziel ist es, im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses mögliches Verbesserungspotenzial aus der Dokumentation zu erkennen und umzusetzen.

Nach jedem Einsatz erhält die Leitstelle und der MANV-Planer der RDKD innerhalb von drei Stunden nach Einsatzende das von dem jeweiligen diensthabenden OrgL und LNA gemeinsam auszufüllende Formular "Schnelldokumentation Einsatz OrgL/ LNA" und die am Einsatzort erstellte Einsatzdokumentation (MANV-Formulare) per FAX (02421 559 155) oder per E-Mail (einsatz.manv@rdkd.de).

Bei Einsätzen, bei denen der Einsatz seitens LNA und OrgL abgebrochen wurde und diese somit die Einsatzstelle nicht anfahren, füllt nur der OrgL das Formular "Schnelldokumentation Einsatz OrgL/ LNA" aus und unterschreibt dieses. In diesen Fällen wird das Dokument innerhalb von 24 Stunden an den MANV-Planer der RDKD per FAX (02421 559 155) oder E-Mail (einsatz.manv@rdkd.de) versendet. Ebenso bei Einsätzen, bei denen der OrgL als LNA-Zubringer fungierte.

Bei Einsätzen ab dem Einsatzstichwort "MANV 10" und nach Absprache mit dem Leiter Einsatzdienst oder dem diensthabenden Führungsdienst RDKD ist zusätzlich zum Formular "Schnelldokumentation Einsatz OrgL/ LNA" eine ausführliche Einsatzdokumentation innerhalb einer Woche nach Einsatzende an die E-Mail-Adresse manv@rdkd.de zu senden. Die Erstellung hat in Absprache zwischen dem OrgL und LNA zu erfolgen.

Bei Einsätzen, die durch die Einsatzleitung der Feuerwehr geführt wurden, erhält die örtliche Einsatzleitung ebenfalls die Dokumentation durch den OrgL.

Dies erfolgt ausschließlich nach Anfrage durch die Verwaltung RDKD.

⁸ Die drei Stunden ergeben sich daraus, dass bei diesen Ereignissen ein hohes Interesse aus Politik und Verwaltung zu erwarten ist. Damit man hier seitens des Träger Rettungsdienstes schnell sprachfähig ist, ist diese kurze Zeitspanne entsprechend definiert.

7.3

Nachbesprechungen

Seitens der RDKD besteht jederzeit die Möglichkeit Einsätze nach zu besprechen. Kleine Einsätze können ggf. direkt im Anschluss eines Einsatzes nachbesprochen werden. Hierbei empfiehlt es sich, einen Moderator hinzuziehen, der keine Funktion im Einsatz hatte und darauf achtet, dass bestimmte Regeln für eine Nachbesprechung eingehalten werden.

Größere Einsätze werden seitens der RDKD nachbereitet und es wird zu einer Nachbesprechung eingeladen. Hierfür ist eine gewisse Vorbereitungszeit (von maximal 4 Wochen) erforderlich.

Auch diese Nachbesprechung soll von einer Person moderiert werden, die nicht am Einsatz beteiligt war und auch keine Vorgesetztenfunktion bekleidet.

7.4

Auswertung

Seitens des MANV Planers RDKD werden Einsätze ausgewertet. Hierfür zieht er sich das Einsatzprotokoll der Leitstelle und das Einsatzprotokoll LNA/OrgL zu Rate. Ferner informiert er sich bei den eingesetzten Kräften über Besonderheiten und steht diesen auch entsprechend zur Verfügung.

In regelmäßigen Abständen setzen sich Leiter Einsatzdienst RDKD, Leiter Leitstelle und dem SB Einsatzorganisation zusammen, um Abläufe vergangener Einsätze zu bewerten und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung zu ergreifen.

7.5

Statistik

Seitens des SB Einsatzorganisation wird eine Einsatzstatistik für ein Kalenderjahr erstellt. Hier werden die Einsatzdaten, die Anzahl der Patienten samt Sichtungskategorien, die Einsatzstichworte und die Einsatzursachen aufgeführt.

AUS- UND FORTBILDUNG

08

- 8.1 Rettungsdienstfortbildung
- 8.2 Gruppenführer Rettungsdienst Ausbildung
- 8.3 LNA und OrgL Fortbildung



Eine wichtige Säule für das Funktionieren eines Einsatzkonzeptes ist eine fundierte Aus- und Fortbildung der Einsatzkräfte.

Aus diesem Grunde findet im Kreis Düren auf unterschiedlichen Ebenen eine Aus- und Fortbildung statt:

- jährliche Rettungsdienstfortbildung jedes MA mit 8 Stunden
- alle Notfallsanitäter-Auszubildenden erhalten in ihrer Ausbildung die Gruppenführer Rettungsdienst Ausbildung
- alle NEF Fahrer des Kreis Düren müssen mindestens über die Gruppenführer Rettungsdienst Ausbildung und über eine kreisspezifische Fortbildung im Bereich Einsatzkonzept MANV verfügen
- OrgL und LNA sind verpflichtet an der jährlichen Fortbildung für LNA und OrgL des Kreises teilzunehmen
- Für die SEG Transportorganisation und SEG Bereitstellungsraum werden zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten. Das Haupttraining erfolgt allerdings in den Gliederungen.
- Für die Notärzte des Kreises Düren wird ebenfalls ein Angebot zur Fortbildung im Bereich MANV geschaffen

8.1 Rettungsdienst- fortbildung

Im Rahmen der Rettungsdienstfortbildung wird zum einen das Einsatzkonzeptes thematisiert, zum anderen findet Praxistraining mittels der gängigen Simulationstechniken für den Bereich MANV statt. Ziel der Fortbildung ist es, die Fertigkeiten in folgenden Gebieten zu festigen:

- Ersteintreffendes Rettungsmittel bei MANV
- Vorsichtung
- Führen einer Patientenablage
- Übernahme der Funktion Leiter Erstversorgung

- Umgang mit den digitalen Handfunkgeräten und Umsetzen des Funkkonzepts MANV

8.2

Gruppenführer Rettungsdienst Ausbildung

Im Rahmen der Gruppenführer Rettungsdienst Ausbildung werden die Teilnehmer dahingehend geschult, sich in der Einsatzlage MANV, aber auch in übrigen Einsatzlagen, in Zusammenarbeit mit beispielsweise Feuerwehr und Polizei zurecht zu finden und sich in die notwendigen Strukturen einzugliedern.

Inhalt der Ausbildung ist:

- Feuerwehr Dienstvorschrift 100
- Landeskonzept Sanitäts- und Betreuungsdienst NRW
- Ersteintreffendes Rettungsmittel
- Sichtungsprozess
- Vorsichtung
- Patientenablagen
- Führen eines Bereitstellungsraumes
- Sonderlagen Polizei
- Praktische Simulationen MANV

8.3

LNA und OrgL Fortbildung

Die LNA und OrgL des Kreises Düren sind verpflichtet, einmal im Jahr an der vom Kreis Düren ausgerichteten Fortbildung teilzunehmen.

Hier werden vergangene Einsätze nach dem Motto "lessons learned" nachbereitet. Des Weiteren werden mittels dynamischer Führungssimulation MANV-Lagen trainiert.

Im Mittelpunkt der Fortbildung steht u.a. das Arbeiten im ELW Rettungsdienst, das Einrichten und Durchführen einer geeigneten Transportorganisation und das Führen einer „größeren“ MANV Lage.

⁹ Empfehlung der Sichtungs-Konsensus-Konferenz 2019

SONSTIGES

09

- 9.1** Verhalten Rettungsmittel Kreis Düren bei MANV Lagen außerhalb des eigenen Kreisgebietes
- 9.2** Anlagenübersicht
- 9.3** Literaturverzeichnis
- 9.4** Alarm- und Ausrückeordnung

9.1

Verhalten Rettungsmittel Kreis Düren bei MANV Lagen außerhalb des eigenen Kreisgebietes

Sollten Rettungsmittel des Kreises Düren erst-eintreffend bei einem MANV sein, der sich nicht auf Dürener Kreisgebiet befindet, werden erst-mal die Maßnahmen nach eigenem MANV Ein-satzkonzept durchgeführt. Sobald Kräfte der zuständigen Gebietskörperschaft eintreffen, wird abgestimmt, welche Anpassungen erforder-lich sind, damit das örtliche MANV Konzept Anwendung findet.

- Die Patientenanhängetaschen des Kreises Düren können ohne Probleme in anderen Kreises genutzt werden. Die „DN“- Ken-nung erlaubt eine Differenzierung und produziert keine Doppelung.

9.2

Anlagenübersicht

Anlage 1 – Dokument Ersteintreffendes Ret-tungsmittel

Anlage 2 – Dokument Leiter Patientenablage / kleine Lage

Anlage 3 – Dokument Leiter Erstversorgung

Anlage 4 – Dokument Übersicht Bereitstellungs-raum Rettungsdienst

Anlage 5 – Dokument Übersicht Behandlungska-pazitäten

Anlage 6 – Dokument Dokumentation Abtrans-port

Anlage 7 – Schnelldokumentation LNA / OrgL

Anlage 8 – Stellenbeschreibung LNA

Anlage 9 – Stellenbeschreibung OrgL

9.3

Literaturverzeichnis

- Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW - RettG NRW)
- Gesetz über den Brandschutz, die Hilfelei-tung und den Katastrophenschutz (BHKG)
- Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)
- Verordnung über die Bevorratung von Arznei-mitteln und Medizinprodukten für Großscha-densereignisse in Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen (Arzneimittelbevorratungsverordnung)
- Vorsorgeplanungen für die gesundheitliche Versorgung bei Großschadensereignissen RdErl. d. Ministeriums für Gesundheit, Sozia-les, Frauen und Familie v. 12.2.2004 – III 8 – 0713.7.4 –
- Einführung einer einheitlichen Patienten-anhängekarte/-tasche im Rettungsdienst und bei Großschadensereignissen Gem. RdErl. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und So-ziales - III 8 – 0713.2.6.5 - u. d. Innenministeri-ums - 72-52.03.04 - v. 4. 11.2005
- Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Bevorratung von Arzneimitteln und Medizinprodukten für Großschadensereignis-se in Krankenhäusern im Land Nordrhein-Westfalen (Arzneimittelbevorratungsverordnung)
- FwDV 100 -Feuerwehr-Dienstvorschrift 100 Ausgabe: März 1999 - Führung und Leitung im Einsatz

- Schutzziele, Organisation und Taktik der medizinischen Rettung bei Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten - Grundlegendokument MANV -
- Gemeinsames Positionspapier des Verbandes der Feuerwehren in NRW (VdF NRW) und der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in NRW (AGBF NRW)
- Protokolle der Sichtungs-Konsensus-Konferenzen
- MANV Register des Kreis Düren

9.4 Alarm- und Ausrückordnung

	MANV_5	MANV_6	MANV_7	MANV_8	MANV_9	MANV_10	MANV_15	MANV_20	MANV_25	MANV_30	MANV_40	MANV_50	MANV_60	MANV_70	MANV_80
RTW	5	6	7	7	7	7	10	14	13	11	19	22	22	22	22
NEF	2	2	2	2	2	3	5	6	8	8	5	5	5	5	5
KTW (oder RTW)				1	2	3	4	5	2	0	3	13	13	13	13
RTH								1	1	1	3	3	5	7	9
LNA															
OrgL															
AB MANV															
PT-Z 10									1	2	3	4	5	6	7
GW San								1	1	2	2	3	4	4	4
ELW RettD (SEG Füst)															
SEG TO						Führung									
SEG BR															
SEG Notärzte															

Ein sat zimi tte l

9.5 Änderungsverzeichnis

Seiten :	Version 1.0	Version 1.1
Seite. 5	Verzeichnis Punkte 5 bis 5.7	Verzeichnis Punkte 5 bis 5.8
Seite. 8	263.466 Bürger	278.000 Bürger
Seite. 8	20 RTW & 5 KTW	22 RTW & 6 KTW
Seite. 14,24,25	DN_RD-Son	DN_26
Seite. 21	OPTA OrgL Süd & OrgL Nord	OPTA OrgL 01 & OrgL 02
Seite. 23	/	Führungsassisstent
Seite. 29-38	Punkte 5 bis 5.7	Punkte 5 bis 5.8
Seite. 33		Sichtungskategorie IV/Blau
Seite. 35, 40	KH Linnich	entfällt