



Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenanfall von Patienten und betroffenen Personen (MAN-RL)

vom 07.01.2025



Inhalt

1. Vorbemerkungen	5
1.1 Ziel.....	5
1.2 Definitionen.....	6
2. Alarmierungs- und Einsatzplanung.....	7
3. Führungsorganisation.....	8
3.1 Ersteintreffende Rettungsmittel und vorläufige Einsatzführung.....	8
3.2 Sanitätseinsatzleitung	10
3.2.1 Leitender Notarzt.....	11
3.2.2 Organisatorischer Leiter	12
3.2.3 Abschnittsleiter (ärztlich und nichtärztlich).....	14
3.2.4 Unterstützungsgruppe Sanitätseinsatzleitung	15
3.2.5 Verhältnis der SanEL zum ÖEL nach Art. 6 und 15 BayKSG	17
3.2.6 Verhältnis der SanEL zur ILS – Einsatzlenkung und Einsatzleitung.....	17
4. Vorsichtung, Sichtung, Kennzeichnung und Registrierung	19
4.1 Ersteinschätzung.....	19
4.2 Vorsichtung.....	19
4.3 Sichtung.....	20
4.4 Kennzeichnung, Registrierung und Umgang mit der Anhängkarte für Verletzte/Kranke	20
5. Raumordnung zur Versorgung und Betreuung (Einsatzabschnitte)	21
5.1 Logistik, Bereitstellung der Rettungsmittel.....	21
5.1.1 Verfügungsraum	21
5.1.2 Bereitstellungsraum.....	21
5.1.3 Bereitstellungsraum Luft	22
5.2 Versorgung von Patienten.....	23
5.2.1 Einsatzabschnitt Schaden	23
5.2.2 Übergabepunkt.....	24



5.2.3	Patientenablagen.....	24
5.3.4	Transportorganisation	25
5.2.5	Behandlungsplatz.....	26
5.2.6	Zusammenarbeit mit den Zielkliniken – Verteilungskonzept.....	27
5.3	Betreuung von betroffenen Personen.....	28
5.3.1	Anlaufstelle für betroffene Personen	29
5.3.2	Betreuungsstelle.....	30
5.3.3	Betreuungsplatz.....	30
5.4	Bildung sonstiger Einsatzabschnitte	31
6.	Verhalten bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen	32
6.1	Kommunikation zwischen Sicherheitsbehörden und Rettungsdienst.....	32
6.2	Zeitpunkt und wesentliche Inhalte der Informationsweitergabe bei LbEL	33
6.3	Einsatztaktik des Rettungsdienstes bei LbEL	34
6.3.1	Einteilung des Einsatzraumes in Zonen durch die Polizei.....	34
6.3.2	Steuerung der Patienten innerhalb einer LbEL.....	36
6.4	Bereitstellung der Rettungsmittel.....	36
6.4.1	Ringbereitstellung.....	37
6.4.2	Geschützter Bereitstellungsraum	37
6.5	Verhalten an der Einsatzstelle und Versorgung.....	37
7.	Psychosoziale Notfallversorgung.....	39
7.1	Einsatzabschnitt PSNV.....	40
7.2	Fachberater PSNV.....	40
8.	Qualitätsmanagement.....	42
9.	Abkürzungsverzeichnis.....	43



Anlagen:

1. Einsatztaktik Bayern – Checklisten
2. Kennzeichnung von Führungskräften
3. Ersteinschätzung, Vorsichtung, Kennzeichnung und Registrierung
4. Empfehlung zur Vorsichtung (in der jeweils aktuell gültigen Fassung nach Empfehlung des Rettungsdienstausschusses Bayern)

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



1. Vorbemerkungen

1.1 Ziel

Durch diese Richtlinie wird das Zusammenwirken aller an einem Massenanfall von Patienten und betroffenen Personen (MAN) beteiligten Kräfte und Strukturen geregelt und im Sinne einer Verfahrensanweisung aufeinander abgestimmt. Allen am Einsatz Beteiligten sollen – auch über die Grenzen von Rettungsdienstbereichen (RDB) hinaus – zielgerichtete, einheitliche und vordefinierte Arbeits- und Organisationsabläufe vor allem zur Bewältigung der sog. „ersten Stunde“, also der frühen Phase eines solchen Einsatzes, zur Verfügung stehen. Diese muss im Regelfall zunächst durch Einsatzkräfte des öffentlichen Rettungsdienstes beherrscht werden, welche dann durch Kräfte des Sonderbedarfs, überörtliche Kräfte, Einheiten des Sanitäts- und Betreuungsdienstes, Hintergrundnotärzte und vergleichbare Einheiten zunehmend verstärkt werden.

Die Versorgung von Patienten muss auch bei einem MAN möglichst rasch wieder individualmedizinischen Handlungsmaximen entsprechen. Eine längerfristige Abweichung von diesem Ziel ist nur bei einem anhaltenden und schweren Ressourcenmangel gerechtfertigt. Ein MAN ist damit eine komplexe rettungsdienstliche Herausforderung, dessen Strukturierung und Management das wesentliche Ziel dieser Richtlinie ist. Sie bildet außerdem die Grundlage für die entsprechende Aus- und Fortbildung in Bayern.

Die Umsetzung dieser Richtlinie erfordert insbesondere regionale Absprachen aller Beteiligten und der verantwortlichen Funktionsträger in Rettungsdienst und Katastrophenschutz. Diese Absprachen können beispielsweise in einem ergänzenden Handbuch des jeweiligen Zweckverbands für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung (ZRF) festgehalten werden.

Für den Bereich der Zivilen Verteidigung bzw. des Zivilschutzes wird ergänzend auf die beiden Rahmenkonzepte des Bundes „Massenanfall von Verletzten in der Zivilen Verteidigung“ sowie „Massenanfall von Verletzten in CBRN-Lagen in der Zivilen Verteidigung“ hingewiesen.



1.2 Definitionen

Ein **Massenanfall** im Sinne dieser Richtlinie ist ein Notfall mit einer großen Anzahl von Patienten sowie von anderen Geschädigten oder betroffenen Personen, durch die eine über das gewöhnliche Einsatzgeschehen hinausgehende besondere Vorgehensweise des Rettungs-, Sanitäts- und Betreuungsdienstes unter der Führung einer Sanitäts-Einsatzleitung (SanEL) erforderlich ist. Er stellt zugleich einen **Großschadensfall**, also ein Ereignis mit einer großen Anzahl von Verletzten und/oder Erkrankten sowie Betroffenen nach Maßgabe des § 6 Abs. 4 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) dar.

Eine **exponierte Person** ist eine Person, auf die ein Ereignis direkt (unmittelbar) oder indirekt (mittelbar) wirkt und die hierdurch beeinträchtigt sein kann. Eine exponierte Person kann entweder Patient oder betroffene Person sein – die Zuordnung ergibt sich aus dem Sichtungsprozess.

Ein **Patient** ist eine Person, deren Zustand den Einsatz ausreichend geschulten Personals für eine medizinische Versorgung und/oder einen geeigneten Transport erfordert. Eine Person, die Patient ist, kann erkrankt und/oder verletzt sein.

Eine **betroffene Person** ist eine Person, auf die ein Ereignis direkt (unmittelbar) oder indirekt (mittelbar) einwirkt, die hierdurch beeinträchtigt wird, aber kein Patient ist.



2. Alarmierungs- und Einsatzplanung

Grundlage für die Alarmierungsplanung bei einem MAN ist die Bekanntmachung „Alarmierung im Rettungsdienst, Brand- und Katastrophenschutz in Bayern (Alarmierungsbekanntmachung – Abek)“ in der jeweils gültigen Fassung. Die Alarmierungs- und Einsatzplanung ist auf eine frühestmögliche Versorgung nach individualmedizinischen Prinzipien auszurichten.

Für Großveranstaltungen sollten bereits vorab seitens des Veranstalters Planungen nach den Vorgaben dieser Richtlinie entsprechend dem Vorgehen bei der Einsatzplanung erstellt, mit dem ZRF abgestimmt und bekanntgegeben werden. Unterstützt werden kann der Veranstalter dabei von dem von ihm beauftragen Anbieter des Sanitätswachdienstes.

Die örtlich zuständige Integrierte Leitstelle (ILS) alarmiert entsprechend dem vorliegenden Lagebild und den dafür vorgesehenen Einsatzstichworten und führt außerdem insbesondere folgende Maßnahmen durch:

- Auslösung von Alarm- und Einsatzplänen
- Festlegung eines Verfügungsraums (VR)
- Festlegung und Bekanntgabe der vorläufigen Einsatzführung (1. RTW, 1. Notarzt)
- Verständigung von medizinischen Behandlungseinrichtungen zur dortigen Auslösung von Alarm- und Einsatzplänen
- Inkraftsetzung von Verteilungskonzepten
- Verständigung notwendiger Behörden und Organisationen
- Information der Einsatzbeteiligten bei relevanter Veränderung des Lagebildes



3. Führungsorganisation

Auf Grund der unterschiedlichen Farbgebung der verwendeten Einsatzkleidungen, aber auch durch die Verbreitung von Warnwesten in allen Farben ist es unbedingt erforderlich, dass sich jegliche beteiligte Führungskraft anhand der in der Anlage 2 „Kennzeichnung von Führungskräften“ beschriebenen Kennzeichnung mittels Weste und Helm entsprechend ihrer im Einsatz ausgeübten Funktion kenntlichmacht.

3.1 Ersteintreffende Rettungsmittel und vorläufige Einsatzführung

Der ersteintreffende Notarzt (1. Notarzt) und der Notfallsanitäter des ersteintreffenden Rettungswagens (1. RTW) bilden die vorläufige Einsatzführung. Die Übernahme der Funktion des 1. RTW sowie die Funktion des 1. Notarztes werden nach Rücksprache mit diesen von der ILS bestimmt und per Sprechfunk übermittelt. Sie muss vom jeweiligen Rettungsmittel bestätigt werden. Die Festlegungen sind im Einsatzprotokoll der ILS zu dokumentieren.

Die vorläufige Einsatzführung hat folgende Aufgaben:

- ❖ *Bestätigung der Übernahme der Funktion als ersteintreffendes Rettungsmittel.*
- ❖ *Frühestmöglich kurze Rückmeldung mit einem ersten Eindruck („Lage auf Sicht“) an die ILS, unmittelbar beim Eintreffen an der Einsatzstelle über Funk:*
 - Bestätigung bzw. Korrektur des Einsatzortes
 - Bestätigung der Einsatzmeldung oder Meldung einer offensichtlichen Diskrepanz zur Lage vor Ort
 - Mitteilung offensichtlicher Gefahren an der Einsatzstelle (z. B. Gefahrgut, Feuer, Explosion)



- ❖ *Nach Erkundung der Einsatzstelle unverzüglich Abgabe einer **Lagemeldung** mit nachfolgend aufgezählten Inhalten. Erfolgt keine Lagemeldung durch das ersteintreffende Einsatzmittel, so soll diese beispielsweise nach 5 Minuten nach Eintreffen an der Einsatzstelle durch die ILS eingefordert werden.*
 - Gefahren an der Einsatzstelle
 - Schätzung über die Anzahl der Patienten (mit Art und Ausmaß der Verletzungen/Erkrankungen) sowie der betroffenen Personen; alternativ, wenn eine Zuordnung noch nicht möglich ist: Schätzung über die Anzahl der exponierten Personen
 - Ggf. erste Nachforderung
 - einsatztaktische Hinweise für nachrückende Einsatzkräfte
 - Erreichbarkeit und Standort der vorläufigen Einsatzführung

- ❖ *Weitere Maßnahmen nach der Lagemeldung sind insbesondere:*
 - Sicherheit an der Einsatzstelle beachten
 - Abstimmung mit der anrückenden Einsatzleitung Rettungsdienst/SanEL
 - Organisation von Maßnahmen der medizinischen Erstversorgung
 - ggf. Organisation der Vorsichtung gemäß Anlage 3 „Ersteinschätzung, Vorsichtung, Kennzeichnung und Registrierung von Patienten“
 - Abstimmung mit anderen Fachdiensten (z. B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk (THW), Polizei) insbesondere im Hinblick auf Festlegung des Gefahrenbereichs sowie des Patientenübergabepunktes

Soweit ein Örtlicher Einsatzleiter (ÖEL) nach Art. 6 oder 15 des Bayerischen Katastrophenschutzgesetzes (BayKSG) die Leitung der Einsatzmaßnahmen vor Ort übernommen hat, stimmt die vorläufige Einsatzführung ihre Maßnahmen mit diesem ab. Ansonsten erfolgt die Abstimmung mit den benachbarten Fachdiensten unmittelbar.

Trifft die Führungsstruktur gemäß § 12 der Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (AVBayRDG) – Einsatzleiter Rettungsdienst (ELRD) oder SanEL – ein, wird die Einsatzführung entsprechend ihren Bestimmungen



(LNA/OrgL/ELRD) an diese übergeben. Die Kräfte der vorläufigen Einsatzführung stehen dann für andere Aufgaben zur Verfügung.

Die Kennzeichnung der vorläufigen Einsatzführung erfolgt gemäß der Anlage 2 „Kennzeichnung von Führungskräften“.

3.2 Sanitätseinsatzleitung

Die Alarmierung der SanEL erfolgt durch die ILS. Dabei hat diese den Anforderungen des ÖEL oder der Kreisverwaltungsbehörde, eine SanEL einzusetzen, zu entsprechen.

Falls die Einrichtung einer **Befehlsstelle der SanEL** erforderlich ist, soll diese idealerweise abseits des Schadensorts – je nach Ereignis mobil oder ortsfest – eingerichtet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Standort

- außerhalb des Gefahrenbereichs liegt,
- der ILS eindeutig mitgeteilt wird,
- gut erreichbar ist,
- nach Möglichkeit in unmittelbarer Nähe zu den Einsatzleitungen der anderen Fachdienste ist und
- eine enge und kontinuierliche Abstimmung mit den anderen Fachdienstleitungen und dem ÖEL, sofern im Einsatz, ermöglicht.

Die SanEL bildet im Rahmen der Aufbauorganisation Einsatzabschnitte (EA) zur taktischen bzw. räumlichen Gliederung des Einsatzes. Zur Führung der jeweiligen EA werden Einsatzabschnittsleiter (EAL) und ggf. Ärztliche Abschnittsleiter (ÄAL) eingesetzt.

Die SanEL mit der Unterstützungsgruppe SanEL (UG SanEL) und den EAL sowie ÄAL sind entsprechend der Alarmierungsplanung anhand der Vorgaben der AVBayRDG, der ABek sowie des vom Rettungsdienstausschuss (RDA) empfohlenen Indikationskataloges in seiner aktuellen Form zu alarmieren.



3.2.1 Leitender Notarzt

Der Leitende Notarzt (LNA) übernimmt die Führungsaufgaben für die übergeordnete Koordinierung der medizinischen Versorgung und Betreuung von betroffenen bzw. beteiligten Personen an der Einsatzstelle, samt deren rechtzeitigen und angemessenen Verbringung in geeignete Zielkrankenhäuser. Damit sollen selbst unter Bedingungen eines MAN alle Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten, zumindest sobald wo möglich und so lange wie möglich. Gemäß Art. 19 Abs. 3 des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) kann der LNA auch den mitwirkenden Ärzten in medizinisch-organisatorischen Fragen Weisungen erteilen. Er nimmt insbesondere die nachfolgend beschriebenen Aufgaben wahr.

❖ *Feststellung und Beurteilung der Lage aus medizinischer Sicht:*

- Art des Schadens
- Art der Verletzungen/Erkrankungen
- Anzahl der Patienten
- Intensität/Ausmaß der Schädigung
- Zusätzliche Gefährdungen
- Schadensentwicklung
- Medizinischer Behandlungsbedarf

❖ *Beurteilung des medizinischen Einsatzpotenzials:*

- Anzahl und Qualifikation der benötigten medizinischen Kräfte einschließlich der Ärzte
- Bedarf an medizinischem Material, Medikamenten und medizinischem Gerät
- notwendige Transportkapazitäten
- Feststellung des voraussichtlichen Bedarfs an stationären und ambulanten Behandlungskapazitäten (nach Art und Anzahl)
- Entscheidung über die Verwendung der Sichtungskategorie IV (blau)



❖ *Abstimmung mit dem Organisatorischen Leiter (OrgL), damit*

- Vorsichtung, Sichtung und Priorisierung, insbesondere für Soforttransporte,
- medizinische Versorgung und
- Transporte im erforderlichen Umfang durchgeführt werden. Der LNA legt aus medizinischer Sicht die notwendigen Anforderungen an die Transportmittel und die erforderlichen Behandlungskapazitäten fest.

3.2.2 Organisatorischer Leiter

Der OrgL übernimmt alle Leitungsaufgaben im taktisch-organisatorischen Bereich. Er hat alle organisatorischen und logistischen Maßnahmen, die zur Bewältigung des Schadensereignisses erforderlich sind, zu koordinieren und zu überwachen. Er nimmt dabei insbesondere die nachfolgend beschriebenen Aufgaben zur Feststellung und Beurteilung der Schadenslage wahr.

❖ *Feststellung und Beurteilung der taktischen Lage:*

- Art des Schadens
- Art der Verletzungen/Erkrankungen
- Anzahl Patienten
- Intensität/Ausmaß der Schädigung
- Zusatzgefährdungen
- Schadensentwicklung

❖ *Beurteilung des vorhandenen Einsatzpotenzial:*

- Kräfte, Einheiten
- Medizinisches Material (Geräte und Medikamente)
- Transportkapazität



❖ *Taktisch-organisatorische Leitung des Einsatzes der Kräfte des Rettungsdienstes, des Sanitäts- und Betreuungsdienstes, der PSNV-B-Kräfte sowie der UG SanEL:*

- Ordnung des Raumes: Beurteilung der Örtlichkeit und Einrichtung von Patientenablagen (PA), Behandlungsplätzen (BHP), Anlaufstellen für betroffene Personen, Betreuungsstellen oder -plätzen sowie Bereitstellungsräumen (BR) für Land- und Luftrettungsmittel oder Rettungsmittelhalteplätzen (RMHP) im Zuge der Transportorganisation, in Abstimmung mit den benachbarten Fachdiensten bzw. dem ÖEL
- Ordnung der Zeit: Festlegung einer Ablauforganisation (Sekundärorganisation), Koordination von Abläufen, Vorgabe eines Führungstaktes
- Regelung der Patientenerfassung
- Organisation des Patientenabtransports (in Abstimmung mit der ILS und unter Berücksichtigung der Festlegungen des LNA)

❖ *Verbindung zur ILS, anderen Fachdiensten und zum ÖEL:*

- falls kein ÖEL im Einsatz,
 - o Anforderung/Nachforderung von Einsatzmitteln bei der ILS in Abstimmung mit dem LNA
 - o Lagemeldungen an die ILS
 - o enge Abstimmung und Informationsaustausch mit weiteren am Einsatz beteiligten Fachdiensten (z. B. Feuerwehr, THW, Polizei)
- falls ein ÖEL im Einsatz
 - o Anforderungen und Lagemeldungen an den ÖEL
 - o enge Abstimmung mit diesem



3.2.3 Abschnittsleiter (ärztlich und nichtärztlich)

Um die durch die SanEL vorgegebene Raumordnung mit einer Führungsstruktur zu versehen, soll diese EAL dorthin entsenden. Bei Abschnitten, in denen auch medizinische Entscheidungen zu treffen sein könnten (z. B. PA, BHP), sollen auch ÄAL eingesetzt werden. Die Entscheidung über den Einsatz des ÄAL obliegt dem LNA, in dessen Auftrag der ÄAL tätig wird und dessen medizinisch organisatorisches Weisungsrecht er wahrnimmt. Zielführend sollten auch diese Strukturen bereits bei der Alarmierungsplanung berücksichtigt werden (z. B. dienstfreie ELRD/OrgL und LNA via Sammelschleifen).

Die EAL nehmen unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Führung der ihrem EA zugeteilten Einsatzkräfte; hierzu haben sie eine entsprechende Weisungsbefugnis
- Ordnung von Raum, Zeit und Ressourcen im zugeteilten EA
- Enge Abstimmung mit und laufende Lagemeldung an die SanEL
- Vertrauensvolle Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung mit dem ÄAL, falls dieser im entsprechenden Abschnitt eingesetzt ist

Die ÄAL nehmen unter anderem folgende Aufgaben wahr:

- Führung der ihrem Abschnitt zugewiesenen Einsatzkräfte im medizinisch-organisatorischen Bereich, hierzu haben sie eine entsprechende Weisungsbefugnis
- Falls erforderlich Organisation der Sichtung
- Ggf. Festlegung von Transportprioritäten
- Veranlassung von Nachforderungen weiteren insb. ärztlichen Personals in Abstimmung mit dem EAL
- Enge Abstimmung mit und laufende Lagemeldung an die SanEL
- Vertrauensvolle Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung mit dem EAL



Als EAL sind vorrangig Einsatzkräfte mit abgeschlossener Führungsausbildung (z. B. zum Zugführer oder ELRD sowie Einsatzleiter Berg- und Höhlenrettung oder Einsatzleiter Wasserrettung (ELBR und ELWR) einzusetzen, bei den ÄAL vorrangig Ärzte mit abgeschlossener LNA-Ausbildung.

3.2.4 Unterstützungsgruppe Sanitätseinsatzleitung

Für den Bereich einer Kreisverwaltungsbehörde soll von den freiwilligen Hilfsorganisationen in Abstimmung mit dem zuständigen ZRF und der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde eine UG SanEL aufgestellt werden. Im Ausnahmefall ist auch eine Kreisverwaltungsbehörden-übergreifende Lösung (z. B. bei kreisfreien Städten) denkbar.

Die UG SanEL ist eine Führungseinheit im Sinne der DV 100, deren personelle Stärke und Ausstattung im jeweiligen Einsatzfall von den zu bewältigenden Aufgaben bestimmt wird. Sie besteht aus

- einem Leiter und
- mindestens drei Mitgliedern.

Die leitenden Personen sollen als direkte Ansprechpartner von den freiwilligen Hilfsorganisationen auf Ebene der Kreisverwaltungsbehörden dem ZRF und der Kreisverwaltungsbehörde vorab benannt werden.

Jedes Mitglied der UG SanEL muss in der Lage sein, alle unten genannten Aufgaben wahrzunehmen.

Die Mitglieder der UG SanEL unterliegen in Bezug auf Ausbildung und Dienstbetrieb der Aufsicht der freiwilligen Hilfsorganisationen, der sie angehören. Weisungen der freiwilligen Hilfsorganisationen sollen im Benehmen mit den bestellten Mitgliedern der SanEL ergehen.



Die UG SanEL unterstützt die SanEL bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben insbesondere:

- durch Einrichtung einer geeigneten und betriebsbereiten Befehlsstelle für die SanEL
- bei der Kommunikation mit über- und untergeordneten Führungsebenen
- bei der Sammlung und Ermittlung von für die SanEL wesentlichen Lageinformationen (Anzahl Patienten und Sichtungskategorien, Art der Verletzungen/Erkrankungen, eigene Kräftelage, Lage in den EA etc.) und insbesondere bei deren adäquater Darstellung in der Befehlsstelle
- durch die nachvollziehbare Dokumentation von Entscheidungen der SanEL
- bei der Erfassung von Patienten, von betroffenen und ggf. zu evakuierenden Personen und der Erfassung der Abtransporte unter Einbeziehung der Transportorganisation

Der OrgL und der LNA sind für ihren jeweiligen Aufgabenbereich gegenüber der UG SanEL weisungsbefugt.

Die Alarmierung der Mitglieder der UG SanEL erfolgt über Funkmeldeempfänger. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist der UG SanEL ein geeignetes Einsatzfahrzeug zur Verfügung zu stellen. Die UG SanEL begibt sich nach Alarmierung mit diesem Fahrzeug zu ihrem von der SanEL zugewiesenen Aufstellungsort.

Zur Erfüllung der Aufgaben der UG SanEL kommt folgende Mindestausstattung in Betracht:

- zwei HRT mit Ladestationen
- vier MRT-Kfz-Funkanlagen, davon ein MRT mit DMO-Repeater und ein MRT mit Gateway-Funktion und einer Sprech- und Bedienungseinrichtung im Fahrer-/Beifahrerbereich; ein zeitgleicher Betrieb von drei MRT im TMO-Modus ist vorzusehen
- Mobilfunkeinrichtung für Telefonie
- ein mobiler PC (Notebook) mit der Möglichkeit zur Datenfernübertragung sowie ein mobiler Drucker



- die zur Erfassung von Patienten und betroffenen Personen erforderliche Ausstattung

3.2.5 Verhältnis der SanEL zum ÖEL nach Art. 6 und 15 BayKSG

Soweit ein ÖEL nach Art. 6 oder 15 BayKSG die Leitung der Einsatzmaßnahmen vor Ort übernommen hat, ist dieser im Rahmen seiner Aufgaben gegenüber der SanEL weisungsbefugt. In die fachdienstlichen Aufgaben soll dabei nur eingegriffen werden, wenn dies zur Wahrnehmung der Gesamteinsatzleitung notwendig ist.

3.2.6 Verhältnis der SanEL zur ILS – Einsatzlenkung und Einsatzleitung

Einsatzlenkung ist die Disposition von Einsatzmitteln, also deren Zuweisung zu Einsätzen. Dazu kann die ILS nach Art. 2 Abs. 8 des Gesetzes über die Errichtung und den Betrieb Integrierter Leitstellen (Integrierte Leitstellen-Gesetz – ILSG) allen im Rettungsdienst tätigen Personen Weisungen erteilen.

Diese Befugnis beinhaltet die Disposition und Alarmierung von Einsatzkräften, das Festlegen von Verfügungsräumen und die Zuweisung von geeigneten Behandlungskapazitäten.

Einsatzleitung ist das gesamtverantwortliche Handeln für eine Einsatzstelle bzw. einen Fachdienst und für die unterstellten Einsatzkräfte. Dazu hat die Einsatzleitung alle Maßnahmen zur Abwehr der Gefahren und zur Begrenzung der Schäden zu veranlassen. In Bezug auf die SanEL meint dies insbesondere die Veranlassung operativ-taktischer sowie medizinischer Maßnahmen des Rettungs-, Sanitäts- und Betreuungsdienstes im konkreten Einsatz. Dazu kann die SanEL den ihr unterstellten Einsatzkräften Weisungen erteilen.

Die Einsatzleitung übernimmt je nach Einsatzschwelle die SanEL oder der ELRD (bzw. der ELBR oder der ELWR). Das Weisungsrecht der Einsatzleitung beschränkt sich auf operative-taktische Aufträge an die unterstellten Einsatzkräfte (Art. 19 Abs. 3 BayRDG



i. V. m. § 13 Abs. 2 AVBayRDG). Es bezieht sich somit auf ein konkretes, örtlich begrenztes Ereignis.

Die ILS begleitet alle Einsätze und unterstützt die Einsatzleitung beispielsweise durch Disposition und Alarmierung von nachgeforderten Einsatzkräften.

Die **Übernahme** der Einsatzleitung durch ELRD bzw. SanEL erfolgt mit dem Eintreffen am Einsatzort bzw. am Ort einer vorgesehenen oder bereits eingerichteten Befehlsstelle und muss der ILS eindeutig mitgeteilt werden. **Bereits vor der eigentlichen Übernahme** kann die noch anrückende Einsatzleitung auf eine frühzeitige Ordnung des Raumes in Abstimmung mit der ILS hinwirken, z. B. durch Strukturierung der EA, Festlegung von EAL, Zuweisung von Rettungsmitteln direkt an die Einsatzstelle, Alarmstufenerhöhungen auf Grund erster Rückmeldungen von der Einsatzstelle und vergleichbare Maßnahmen. Eine vorläufige Einsatzführung vor Ort muss dabei in geeigneter Weise eingebunden werden.

Zusammengefasst entscheidet die Einsatzleitung, wie viele und welche Einsatzmittel und -kräfte benötigt werden und wie das Einsatzpersonal einen Einsatz vor Ort medizinisch und taktisch abarbeitet. Die ILS entscheidet, welches Rettungsmittel zu welchem Einsatz disponiert wird.

Grundsätzlich ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit erforderlich, die auch den gegenseitigen Informationsaustausch betrifft. Die Einsatzleitung muss adäquate Lagemeldungen an die ILS veranlassen, genauso muss die ILS alle neuen Erkenntnisse (beispielsweise nach Informationsaustausch mit der Polizei) an die Einsatzleitung weitergeben.



4. Vorsichtung, Sichtung, Kennzeichnung und Registrierung

Der Sichtungsprozess ist ein standardisierter Handlungsablauf zur Festlegung medizinischer Behandlungsprioritäten bei einem MAN, bei dem eine individualmedizinische Behandlung von Patienten zunächst nicht möglich ist. Die einzelnen Schritte dabei sind Ersteinschätzung, Vorsichtung und Sichtung.

4.1 Ersteinschätzung

Die Ersteinschätzung ist Aufgabe der vorläufigen Einsatzführung und wird verstanden als die erste Erfassung und Beurteilung der Lage durch eine Einsatzkraft in der Phase des ersten Augenscheins, aus der eine Abschätzung der Anzahl an exponierten Personen sowie die vorhandenen Gefahren als Grundlage für eine Lagemeldung an eine übergeordnete Stelle hervorgehen muss.

4.2 Vorsichtung

Die Vorsichtung dient der schnellstmöglichen Identifizierung von vital bedrohten Patienten, die lagebedingt als erste eindeutig gekennzeichnet werden. Dabei werden auch lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM) eingeleitet. Es handelt sich um eine vorläufige, standardisierte Zustandsbeurteilung, die von hierfür geschulten Einsatzkräften durchgeführt wird und der eine ärztliche Sichtung folgt. In diesem Rahmen erfolgen eine eindeutige Kennzeichnung und ggf. der Start der gerichteten Transportkette zur weiteren Versorgung.

Die Personaleinteilung zur Vorsichtung erfolgt idealerweise bereits durch die vorläufige Einsatzführung, spätestens jedoch durch die Einsatzleitung.

Unabhängig davon werden darüber hinaus zur Verfügung stehende Einsatzkräfte im Rahmen der Einsatzorganisation mit der medizinischen Erstversorgung nach Dringlichkeit betraut.



4.3 Sichtung

Sichtung ist die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Zeitpunkt, Art und Anforderungen an das Transportziel. Hierzu gehören eine standardisierte Zuordnung in die jeweilige Sichtungskategorie und die Kennzeichnung Toter. Sichtung ist ein dynamischer Prozess und erfordert eine regelmäßige Reevaluation. Hierbei werden alle, auch noch nicht vorgesichtete, exponierten Personen, gesichtet, gekennzeichnet, registriert und dokumentiert. Eine ärztliche Sichtung kann lageabhängig ggf. auch erst während des Transports bzw. in einer Behandlungs- oder Betreuungseinrichtung erfolgen.

Die Sichtung und Priorisierung der Patienten wird durch die eingesetzten Notärzte oder ggf. andere entsprechend geeignete Ärzte unter Leitung des LNA sichergestellt. Eine im Ausnahmefall durch den LNA selbst durchgeführte Sichtung bleibt unbenommen.

4.4 Kennzeichnung, Registrierung und Umgang mit der Anhängkarte für Verletzte/Kranke

Die Kennzeichnung und Dokumentation der Patienten erfolgt mittels der Anhängkarte für Verletzte/Kranke (VAK) oder einem elektronischen Äquivalent und entsprechender Einsatzprotokolle.

Bei der Vorsichtung erfolgt aus Gründen initial eingeschränkter Ressourcen zunächst lediglich eine farbliche Kennzeichnung der Patienten der Sichtungskategorien Rot und Gelb. Sobald ausreichend Einsatzkräfte zur Verfügung stehen, müssen auch die Patienten der Sichtungskategorie Grün an der entsprechenden Sammelstelle mit VAK ausgestattet und registriert werden.

Die Sichtungskategorie Schwarz kann erst nach ärztlicher Sichtung vergeben werden, die Sichtungskategorie Blau erst nach Freigabe durch den LNA.

Die Vorgehensweisen sind in der Anlage 3 „Ersteinschätzung, Vorsichtung, Kennzeichnung und Registrierung“ beschrieben.



5. Raumordnung zur Versorgung und Betreuung (Einsatzabschnitte)

Bei Einsätzen zur Bewältigung eines MAN sollen zur taktischen bzw. räumlichen Gliederung EA gebildet werden. Dies erfolgt, sofern kein ÖEL die Einsatzleitung übernommen hat, im Benehmen mit den Einsatzleitungen der anderen Fachdienste. Für sämtliche EA soll ein EAL und, falls erforderlich und möglich, ein ÄAL bestimmt werden. Zur Sicherstellung der Kommunikation sowohl mit den Einsatzmitteln, aber auch der Führungskräfte untereinander soll ein lokaler Standard erstellt werden.

5.1 Logistik, Bereitstellung der Rettungsmittel

5.1.1 Verfügungsraum

Ein VR ist ein vorläufiger BR, der im Zuge der Erstalarmierung für ein größeres Schadensereignis durch die zuständige ILS festgelegt und den anrückenden Kräften auf geeignete Weise (Alarmschreiben, Funk) bekannt gegeben wird.

Die Festlegung eines VR durch die ILS soll die spätere Raumordnung durch die Einsatzleitung unterstützen. Durch die frühzeitige Bekanntgabe eines VR wird eine Blockade des unmittelbaren Schadensortes durch ziellos anfahrende Kräfte vermieden. Wird dieser durch die Einsatzleitung bestätigt, wird er zum BR. Dies ist der ILS unverzüglich mitzuteilen.

5.1.2 Bereitstellungsraum

Der BR ist eine Stelle, an der Einsatzkräfte und Einsatz- und Rettungsmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden.



BR können nach verschiedenen Kriterien eingerichtet werden:

- nach den Organisationen (Feuerwehr oder Rettungs-, Sanitäts-, Betreuungsdienst, THW), aber auch als gemischter BR
- nach der vermutlichen Verweildauer der Einheiten (Halteposition bis Ende der ersten Erkundung, Parkplatz für Ablöse- oder Reservekräfte, Feldlager für Einsatzkräfte und -mittel)
- nach der Ausstattung (mit oder ohne Meldekopf, mit Führungsstelle, mit Lotsenstellen)
- zum Sammeln überörtlicher Einsatzkräfte können entsprechende Bereiche definiert werden („überörtlicher Sammelraum“)

Idealerweise werden die Fahrzeuge nach Typen (Notarztrettungsmittel, Rettungswagen, Krankentransportwagen Typ A2 und B, Einsatzmittel der Berg- und Höhlenrettung sowie Wasserrettung) geordnet aufgestellt.

5.1.3 Bereitstellungsraum Luft

Bei der Planung für einen MAN ist neben den bodengebundenen Rettungskräften der Einsatz von Luftrettungsmitteln zur Versorgung und zum Transport von Patienten über größere Entfernungen zu berücksichtigen. Dazu ist im Vorfeld auf regionaler Ebene ein entsprechendes Konzept unter Beachtung der örtlichen Gegebenheiten und vorhandene operative Strukturen für den Einsatz zu entwickeln. Durch Transport von Patienten zu weiter entfernten Behandlungskapazitäten wird die Gefahr der Überlastung der nahegelegenen Krankenhäuser reduziert.

Wo es notwendig und geboten scheint (z. B. größere Stadt, Großveranstaltung etc.), kann es sinnvoll sein, einen BR Luft bereits vorab zu definieren. Durch die zuständige Kreisverwaltungsbehörde können gemeinsam mit dem ZRF geeignete Hubschrauberlandeplätze identifiziert, festgelegt und der ILS mitgeteilt werden.

Der Platzbedarf und die Umgebung sind auf ungehinderte Landung und Start mehrerer Hubschrauber unterschiedlicher Größe auszulegen. Die einschlägigen Richtlinien und Verfahren, wie z. B. die DGUV Information 214-911, sind einzuhalten.



Meldekopf, Ausleuchtung und Absperrung sind sicherzustellen. Im Bedarfsfall ist rechtzeitig eine Versorgung mit Treibstoff für die Luftfahrzeuge vorzusehen. Der Flugverkehr ist zu dokumentieren.

Der ersteintreffende Luftrettungsmittelführer bewertet den vorgesehenen Raum und koordiniert den Luftverkehr. Er arbeitet mit dem Leiter des BR Luft zusammen. In die Führung des BR Luft ist nach Möglichkeit die Polizeihubschrauberstaffel Bayern einzubinden. Es gelten die Vorschriften des Luftverkehrsrechts.

5.2 Versorgung von Patienten

Die nachfolgend beschriebenen EA skizzieren den Weg eines Patienten aus dem EA Schaden bis hin zur optimalen klinischen Versorgung. Anzahl, Ort und Umfang der EA sind lageabhängig festzulegen.

Falls zusätzliche Ressourcen für Patiententransporte zwischen den jeweiligen Abschnitten erforderlich werden, müssen diese vom EAL, aus dessen Abschnitt Patienten abtransportiert werden sollen, über die SanEL angefordert werden.

5.2.1 Einsatzabschnitt Schaden

Als Schaden wird die unmittelbare Unglücksstelle bezeichnet. Je nach Situation ist der Einsatzabschnitt Schaden (EA Schaden) für den Rettungsdienst als Gefahrenbereich zu definieren. Dies erfordert in der Regel den Einsatz von weiteren Fachdiensten (z. B. Feuerwehr, THW, Polizei). Kann die Unglücksstelle durch den Rettungsdienst betreten werden, können hier bereits (Vor)-Sichtung und Erstversorgung etabliert werden. Andernfalls kann zunächst die technische Rettung, Dekontamination oder eine andere Maßnahme durch den jeweiligen Fachdienst notwendig sein.



5.2.2 Übergabepunkt

Der Übergabepunkt ist die Stelle, an der die Übergabe zwischen der technischen und der medizinischen Rettung erfolgt. Die genaue Örtlichkeit ergibt sich aus den Gefahren an der Unglücksstelle und deren Wirkradius, den Schutzmöglichkeiten und den Ressourcen zur technischen und medizinischen Rettung sowie aus den medizinischen Notwendigkeiten. Der Übergabepunkt sollte frühestmöglich zwischen den beteiligten Fachdienst-Einsatzleitungen abgestimmt und kommuniziert werden. Es kann erforderlich sein, dass Vorsichtung/Sichtung und lebensrettende Handgriffe in räumlicher Nähe oder auch zeitgleich zur technischen Rettung stattfinden.

5.2.3 Patientenablagen

Eine PA ist eine Stelle an der Grenze des Gefahrenbereichs, an der Verletzte und/oder Erkrankte gesammelt und, soweit möglich, erstversorgt und zur Weiterversorgung oder zum direkten Abtransport vorbereitet werden.

Eine oder mehrere PA werden von der SanEL im Einvernehmen mit den Leitern der anderen zuständigen Fachdienste eingerichtet und kommuniziert.

Man unterscheidet

- **Spontane PA:** Durch Selbst- oder Laienrettung faktisch geschaffene Ablage, die in der Regel nicht nach taktischen Gesichtspunkten gewählt wurde; es muss gemeinsam mit allen Fachdienst-Einsatzleitungen überprüft werden, ob sie am Ort strukturiert werden kann oder an eine andere Stelle verlegt werden muss.
- **Strukturierte PA:** Gezielt nach taktischen Gesichtspunkten durch die Einsatzleitung eingerichtete Ablage.

Aufgaben an der PA sind:

- Kennzeichnung der PA (auch bei spontanen PA)
- Vorsichtung bzw. ärztliche Sichtung



- Ausstattung der Patienten mit VAK mit eindeutig identifizierender Patientenkennzeichnung oder elektronische Erfassung mit einem dafür geeigneten System (falls noch nicht erfolgt)
- Wiederherstellung und Sicherung der Vitalfunktionen
- stetige Überprüfung, ob für Patienten eine medizinisch gebotene Transportpriorität besteht, und entsprechende Veranlassung in Absprache mit dem EA Transportorganisation
- Übergabe der Patienten an Rettungsmittel zum direkten Transport in geeignete Behandlungskapazitäten
- ggf. Transport zum BHP
- Führung von Übersichtslisten der Patienten im eigenen Abschnitt zur Lagerdarstellung

5.3.4 Transportorganisation

Dieser EA stellt den Patiententransport in geeignete Behandlungskapazitäten sicher und dokumentiert dies. Der verantwortliche EAL (Transportkoordinator) übernimmt die Disposition der dafür geeigneten und verfügbaren Transportmittel. Die Verteilung auf die Behandlungskapazitäten muss mit der ILS abgestimmt werden. Die Zuweisung der Zielkliniken und die dafür erforderliche Kommunikation sollen dazu nach Möglichkeit zwischen den jeweiligen Rettungsmitteln und der ILS erfolgen (s. a. Zusammenarbeit mit den Zielkliniken).

Aufgaben der Transportorganisation sind:

- Abrufen von Rettungsmitteln aus dem BR und Zuteilung von Patienten zu den Rettungsmitteln
- Planung und Organisation schneller Abtransporte von SK1-Patienten
- Erfassung aller abtransportierten Patienten mit Patientenummer der VAK, dabei ist möglichst das Transportziel auf den entsprechenden Übersichtslisten festzuhalten
- Planung und Organisation von Personen-Verlagerungen zu einem BHP oder einer Betreuungsstelle



Sofern der **Soforttransport** eines Patienten medizinisch geboten und unter Berücksichtigung des Gefahrenpotenzials möglich ist, soll ein unmittelbarer Transport in eine geeignete Behandlungskapazität ermöglicht werden. Der Transport ist dabei grundsätzlich ärztlich freizugeben.

Rettungsmittelhalteplatz

Ein RMHP ist eine Stelle, an der aus dem BR abgerufene Rettungsmittel gesammelt werden, um von dort zum Patientenabtransport aus der PA oder dem BHP abgerufen zu werden. Idealerweise wird ein RMHP in räumlicher Nähe zu den entsprechenden Abschnitten eingerichtet und unterliegt der Führung des jeweiligen Transportkoordinators.

Ladezone

In diesem Bereich erfolgt die Zusammenführung von Patienten und Transportmitteln. Bei der Aufstellung der Fahrzeuge sind die verfügbaren Flächen und der erforderliche Raumbedarf für das Be- und Entladen zu berücksichtigen. Sie soll in räumlicher Nähe zu PA oder BHP eingerichtet werden und unterliegt der Führung des jeweiligen Transportkoordinators. Zwischen Ladezone und RMHP müssen Kommunikationswege verfügbar sein.

Die Rettungsmittel müssen die Ladezone nach erfolgter Patientenaufnahme möglichst schnell wieder verlassen. Ein Behandeln des Patienten in der Ladezone verzögert den gesamten Abtransport und darf dort nicht stattfinden.

5.2.5 Behandlungsplatz

Der BHP ist eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, an der Verletzte/Erkrankte nach Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden und von der aus der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen erfolgt. Er wird errichtet, wenn nicht zeitgerecht ausreichend Transportmittel oder Kapazitäten in geeigneten Behandlungseinrichtungen zur Verfügung stehen und eine längere Zeitspanne bis zur definitiven Versorgung überbrückt werden muss.



Die Einrichtung eines BHP bewirkt:

- Konzentration von Patienten, Personal und Kräften
- zentrale Registrierung und Versorgung von Patienten
- Pufferung der Aufnahme in Krankenhäuser

Zusammengefasst können in einem BHP beispielsweise folgende Aufgaben geleistet werden:

- ärztliche Ein- und Ausgangssichtung der Patienten
- Durchführung der notfallmedizinischen Behandlung
- eindeutige Kennzeichnung der Patienten mit VAK
- Registrierung der Patienten
- ärztliche Festlegung der Transportprioritäten
- Herstellen und Aufrechterhalten der Transportfähigkeit und Übergabe der Patienten an die Transportmittel
- bei fehlender Behandlungsnotwendigkeit Entlassung

Die nähere Spezifizierung eines BHP kann den einschlägigen Konzepten entnommen werden.

5.2.6 Zusammenarbeit mit den Zielkliniken – Verteilungskonzept

Es ist das Ziel, kritisch verletzte oder erkrankte Patienten adäquat (Versorgungsspektrum) und zeitnah in geeigneten Behandlungskapazitäten zu versorgen. Deshalb ist es im Rahmen einer regionalen MAN-Planung bzw. für jeden RDB unbedingt erforderlich, eine adäquate Verteilungsplanung (z. B. Wellenplan, MANV-Modul von IVENA eHealth ® etc.) in gegenseitiger Absprache mit den Kliniken vor Ort zu vereinbaren. Grundsätzlich liegt die Zuständigkeit zur Planung bei den jeweiligen ZRF in Abstimmung mit den jeweils zuständigen Sicherheits- und Katastrophenschutzbehörden. Besondere Beachtung soll hier auch eine überregionale Abstimmung finden. Die Umsetzung der Zuweisung der Patienten in die Kliniken obliegt wie sonst auch der einsatzführenden ILS.



Das Verteilungskonzept für einen MAN wird durch die ILS in Abstimmung mit der San-EL in Kraft gesetzt. Es müssen Konzepte vorhanden sein, mit denen frühzeitig die entsprechenden Lageinformationen in die Kliniken übertragen und regelmäßig aktualisiert werden, damit auch dort entsprechende Vorkehrungen für einen MAN getroffen werden können.

5.3 Betreuung von betroffenen Personen

Bei Schadenslagen muss stets mit betroffenen Personen und auch Angehörigen gerechnet werden, die einer Betreuung bedürfen. Auch wenn der erste Einsatzschwerpunkt immer bei der adäquaten Versorgung von Patienten liegt, ist der zeitliche Vorlauf von Betreuungsmaßnahmen zu berücksichtigen. Eine frühzeitige Lagefeststellung und Beurteilung der nach Art, Schwere und Umfang der Schadenslage zu erwartenden Anzahl an betroffenen Personen und deren Betreuungsbedarf ist daher geboten.

Für diese Personen, die keine notfallmedizinische Behandlung benötigen, ist die Erforderlichkeit einer Anlaufstelle und einer Betreuungsstelle oder eines Betreuungsplatzes (BTP) zu prüfen.

Folgende Aufgabenbereiche sind dort grundsätzlich zu berücksichtigen:

- soziale Betreuung inklusive psychosozialer Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B)
- Sicherstellung mindestens einer sanitätsdienstlichen Versorgung
- Unterbringung, ggf. Übernachtungsmöglichkeiten
- Verpflegung und Versorgung
- Transport
- Registrierung und Dokumentation

Eine enge Abstimmung mit dem Einsatzabschnitt Taktische Betreuung der Polizei ist dabei erforderlich.



Die Einsatzkräfte des Betreuungsdienstes sollen über Grundkenntnisse und Fähigkeiten der psychosozialen Unterstützung (psychische Erste Hilfe) verfügen. Spezielle Fachkräfte aus dem Bereich PSNV-B sollten entsprechend der Notwendigkeit in diesen EA integriert werden.

Auch der EA Betreuung muss analog der bereits beschriebenen Abschnitte mit einer entsprechenden Führungsstruktur versehen sein, die grundsätzlich in der bestehenden Struktur eingegliedert ist (z. B. SanEL). Sollte auf Grund des fortgeschrittenen Einsatzablaufs eine SanEL nicht mehr erforderlich sein, untersteht diese Führungskraft direkt dem ÖEL oder der Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK).

5.3.1 Anlaufstelle für betroffene Personen

Die Anlaufstelle soll als solche eindeutig gekennzeichnet sein und kann unter anderem folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Bündelung betroffener Personen und ggf. Angehöriger
- Feststellung von Bedürfnissen und Erwartungen
- Information über weitere Maßnahmen
- Beginn der Registrierung, sofern zeitlich machbar (z. B. mit entsprechend gekennzeichneteter VAK)
- in Abhängigkeit vom Einsatzgeschehen ggf. von Einsatzkräften begleitetes Weiterleiten in eine Betreuungsstelle oder andere mit der Einsatzleitung abgestimmte Aufenthaltsorte

Die Anlaufstelle kann mobil oder ortsfest eingerichtet werden. Als Planungsansatz kann von 50 betroffenen Personen pro Stunde ausgegangen werden, die eine Anlaufstelle betreuen können sollte. Eine Abstimmung zwischen betreuenden und versorgenden Abschnitten ist zu gewährleisten. Von der Anlaufstelle aus erfolgt der Weitertransport zu einer Betreuungsstelle.



5.3.2 Betreuungsstelle

Die Betreuungsstelle ist eine in einer festen Örtlichkeit oder in Zelten untergebrachte Einrichtung, in der betroffene Personen und Angehörige sozial betreut und gepflegt werden können. Die Betreuungsstelle ist eine Vorstufe zum BTP und soll unter anderem folgende Aufgaben erfüllen:

- Bereitstellen von Parkmöglichkeiten
- Bereitstellen von Aufenthalts- und Ruhebereichen
- Information und Registrierung der betroffenen Personen
- Bereitstellung sanitätsdienstlicher Versorgung
- Bereitstellung PSNV-B
- Ausgabe von Kalt- und Warmverpflegung sowie von Getränken je nach Witterung und Tageszeit

Als Planungsgröße kann von 200 zu betreuenden Personen pro Betreuungsstelle ausgegangen werden. Eine Mischung von zu betreuenden Personen und Einsatzkräften in einer Betreuungsstelle ist zu vermeiden.

5.3.3 Betreuungsplatz

Der BTP ist ein Bereich an der Einsatzstelle, an dem bis zu 500 Personen sozial betreut, gepflegt und vorübergehend untergebracht werden können.

Die Alarmierung zu Errichtung und Betrieb soll entsprechend der Dringlichkeit stattfinden. Der BTP kann durch lokale und regionale Kräfte aufgebaut und betrieben werden, alternativ kann er von einem Hilfeleistungskontingent Betreuung aufgebaut und betrieben werden.



5.4 Bildung sonstiger Einsatzabschnitte

Falls es für die Einsatzabwicklung erforderlich ist, können durch die Einsatzleitung weitere Abschnitte gebildet werden. Voraussetzung sind immer die Festlegung einer eindeutigen Führungsstruktur und entsprechend festgelegter Kommunikationswege.



6. Verhalten bei lebensbedrohlichen Einsatzlagen

Lebensbedrohliche Einsatzlagen (LbEL) im Sinne dieser Richtlinie und auch im Sinne der Handlungskonzeption für die Bewältigung LbEL durch die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr (IMS vom 28.03.2018, Az. ID4-2252-57-10) sind zunächst nicht eindeutig klassifizierbare Einsatzlagen mit hohem Gefährdungspotential für das Leben von Opfern, Unbeteiligten und Einsatzkräften, bei denen ein oder mehrere Täter insbesondere mittels Waffen, Sprengmitteln, gefährlichen Werkzeugen/Stoffen oder außergewöhnlicher Gewaltanwendung gegen Personen vorgehen, diese verletzt oder getötet haben und möglicherweise weiter auf Personen einwirken. Eine LbEL liegt bereits dann vor, wenn Anhaltspunkte ein solches Täterverhalten unmittelbar erwarten lassen.

6.1 Kommunikation zwischen Sicherheitsbehörden und Rettungsdienst

Rettungsdienstliche Einsätze bei LbEL können nur bei rechtzeitiger Lageinformation und Lagebewertung sicher und angemessen durchgeführt werden. Daher müssen bereits im Vorfeld in enger Abstimmung mit der Polizei regionale Konzepte für die Abwicklung und insbesondere den Informationsaustausch für entsprechende Einsätze erstellt werden. Folgende Punkte sollen dabei berücksichtigt werden:

- Festlegung der Art und Weise der Kontaktaufnahme zur Polizeiführung
- Festlegung der Kommunikationswege zur Sicherstellung des laufenden Informationsaustausches zwischen Polizeiführung vor Ort, zuständiger Sicherheits- und Katastrophenschutzbehörde, ÖEL, SanEL und ILS v. a. bzgl. Lageentwicklung aus polizeilicher Sicht (Gefahrenbereiche, Sperrungen, bedrohte Einrichtungen u. a.)



6.2 Zeitpunkt und wesentliche Inhalte der Informationsweitergabe bei LbEL

Ein vorab festgelegter Zeitpunkt zur Informationsweitergabe von polizeilichen zu rettungsdienstlichen Aufgabenträgern und Führungsstrukturen kann nicht allgemein definiert werden. Die Informationsweitergabe ist im Einzelfall von der konkreten Einsatzlage und Gefährdungssituation abhängig. Die zuständige ILS ist so schnell wie möglich durch die zuständige Einsatzzentrale (EZ) der Polizei über das Vorliegen einer LbEL zu verständigen. Die Feststellung einer LbEL erfolgt durch die zuständige Polizeibehörde. Alle zum Einsatz alarmierten oder im Gefahrenbereich befindlichen Kräfte sind durch die zuständige ILS unverzüglich über die besondere Gefahrenlage, bei vorliegender Feststellung durch die Polizei zusätzlich mit dem Stichwort **“Lebensbedrohliche Einsatzlage!”** zu informieren.

Erster Ansprechpartner zur Informationsweitergabe ist dabei die zuständige ILS. Dabei informieren sich ILS und EZ der Polizei fortlaufend gegenseitig. Der gegenseitige Austausch von fachlich geeigneten Verbindungspersonen ist frühzeitig in Erwägung zu ziehen. Erlangt die ILS ihrerseits Hinweise auf eine potentielle LbEL, informiert sie umgehend die zuständige EZ.

Sobald die Polizei eine Besondere Aufbauorganisation (BAO) eingerichtet hat, erfolgt die Kommunikation mit der Polizei grundsätzlich über den Polizeiführer (PF) oder den Führungsstab der Polizei. Die Informationswege sind entsprechend anzupassen. Insbesondere soll frühzeitig die gegenseitige Entsendung von Verbindungspersonen in Betracht gezogen werden.

Folgende Inhalte sollen in jedem Fall gegenseitig übermittelt werden:

- Abklärung sicherer An- und Abfahrtswege für rettungsdienstliche Einsatz- und Unterstützungskräfte
- Abklärung geeigneter, sicherer Bereiche für die Ordnung des Raumes von rettungsdienstlichen Einsatz- und Unterstützungskräften
- Abfrage und Weitergabe von Verhaltensmaßnahmen aus polizeilicher Sicht für rettungsdienstliche Einsatz- und Unterstützungskräfte



- Übermittlung von Sachverhalten zu schutzbedürftigen Einrichtungen der rettungsdienstlichen Einsatz- und Unterstützungskräfte
- ständige beiderseitige Aktualisierung des Lagebildes

6.3 Einsatztaktik des Rettungsdienstes bei LbEL

6.3.1 Einteilung des Einsatzraumes in Zonen durch die Polizei

Zum Schutz der Einsatzkräfte des Rettungsdienstes bzw. zur Klarstellung, wo ausschließlich nur Polizeikräfte oder auch zusätzlich Kräfte des Rettungsdienstes tätig werden können, wird der Einsatzraum in die nachfolgend beschriebenen Bereiche eingeteilt. Die Festlegung des „Einwirkungsbereichs – rote Zone“ und des „erweiterten Gefahrenbereichs – gelbe Zone“ erfolgt dabei durch die Polizei. Die Bereichseinteilung kann sich im Verlauf des Einsatzes dynamisch verändern.

Der „gesicherte Bereich – grüne Zone“ muss zwischen Polizei und ÖEL oder – falls ein solcher die Einsatzleitung noch nicht übernommen hat – Führungskräften des Rettungsdienstes abgestimmt werden. Nicht unter nachstehende Kategorien zu subsumierende Bereiche werden als neutrale Bereiche wie im Alltag behandelt.

Dabei ist insbesondere zu beachten, dass in der Frühphase eines derartigen Einsatzes die Festlegung einer grünen Zone ggf. nicht möglich sein wird.

Einwirkungsbereich – rote Zone:

Vermutlicher Aufenthaltsort bzw. Einwirkungsbereich des Täters/der Täter. Mit hoher, konkreter Gefährdung aller in diesem Bereich befindlichen Personen muss gerechnet werden. Auf Grund der Verwendung vielfältiger Gewaltmittel wie beispielsweise Schusswaffen oder Sprengmittel können Gefahren auch weit über den Aufenthaltsort des Täters/der Täter hinauswirken. Die rote Zone darf nur von der Polizei betreten wer-



den. Rettungsmaßnahmen in diesem Bereich, der Abtransport von Verletzten aus diesem Bereich zum Übergabepunkt und evtl. Räumungsmaßnahmen aus diesem Bereich erfolgen daher nur durch die Polizei.

Erweiterter Gefahrenbereich – gelbe Zone:

Der erweiterte Gefahrenbereich ist der Bereich eines Tatortes/Schadensortes, in dem potentielle Gefahren für das Leben oder die Gesundheit von Menschen sowie Schäden an Sachgegenständen durch den oder die Täter zu erwarten sind. Er schließt grundsätzlich an den “Einwirkungsbereich – rote Zone” an.

Die gelbe Zone wird durch Einsatzkräfte des Rettungsdienstes nur auf ausdrückliche Weisung des ÖEL (in Abstimmung mit der SanEL) oder – falls ein solcher die Einsatzleitung noch nicht übernommen hat – der Führungskräfte des Rettungsdienstes betreten, wenn bei Betrachtung der Gesamtlage ein Handeln zwingend erforderlich ist (wenn z. B. die Rettungskapazitäten der Polizei auf Grund der Zahl der Verletzten nicht ausreichen oder die Größe des Bereiches ein Handeln erfordert). Diese Weisung kann erst nach Zustimmung der Polizeiführung vor Ort erfolgen. Ein Einsatz von Kräften des Rettungsdienstes erfolgt nur unter flankierenden polizeilichen Sicherungsmaßnahmen.

Gesicherter Bereich – grüne Zone:

Bereich im Anschluss an den erweiterten Gefahrenbereich, in dem auf Grund polizeilicher Maßnahmen ein Einwirken des Täters/der Täter grundsätzlich nicht möglich ist. Der Aufenthalt von Kräften des Rettungsdienstes ist in diesem Bereich – nach Abstimmung mit der Polizeiführung – in der Regel ohne besondere Sicherungsmaßnahmen, aber mit besonderer Aufmerksamkeit möglich. Die Festlegung der grünen Zone kann in der Strukturierungsphase eines Einsatzes ggf. noch nicht erfolgen.



6.3.2 Steuerung der Patienten innerhalb einer LbEL

Die **Übergabepunkte** und **PA** sind vor Ort zwischen ÖEL, SanEL und PF abgestimmte Stellen nach Möglichkeit im gesicherten Bereich (grüne Zone), an denen die durch die Polizei geretteten Personen an Kräfte des Rettungsdienstes übergeben werden. Im Idealfall erfolgt ein sofortiger Abtransport vom Einsatzort.

Patientenablagen sind grundsätzlich im gesicherten Bereich (grüne Zone) einzurichten. Falls eine Einrichtung in einem gefährdeten Bereich (gelbe Zone) unbedingt erforderlich und nicht vermeidbar ist, kann diese nur unter Polizeischutz aufgebaut werden (**geschützte PA**). Die Entscheidung zum Betrieb einer PA in der gelben Zone (beispielsweise bei spontanen PA) kann nur durch polizeiliche und nicht-polizeiliche Führungskräfte gemeinsam getroffen werden.

Behandlungsplätze und Strukturen zur **Betreuung** sind grundsätzlich im gesicherten Bereich (grüne Zone) einzurichten. Sie sind ggf. in Abhängigkeit zur Einsatzintensität und Verfügbarkeit polizeilicher Einsatzkräfte durch diese zu schützen.

6.4 Bereitstellung der Rettungsmittel

Bei der Bereitstellung von Rettungsmitteln muss bei einer LbEL auf den größtmöglichen Eigenschutz geachtet werden. Sie erfolgt grundsätzlich in der grünen Zone. Auf Grund örtlich unterschiedlicher Voraussetzungen muss bereits für die Anfahrsphase ein regionales Konzept mit der Festlegung entwickelt werden, wann die ersten anrückenden Rettungsmittel einen durch die ILS festgelegten VR in ausreichender Entfernung zum Gefahrenbereich anfahren oder sich nach der unten näher beschriebenen Taktik der Ringbereitstellung dem Einsatzort nähern. Das gilt auch für die ersteintreffenden Rettungsmittel.

Die ILS weist über sämtliche Kommunikations- und Alarmierungswege auf das Vorliegen einer LbEL hin.

Je nach sich entwickelnder Lage entscheidet die ILS in Abstimmung mit der Polizei (falls bereits möglich ggf. auch in Abstimmung mit den Fachdiensteinsatzleitungen bzw. nach



Übernahme der Einsatzleitung durch den ÖEL mit diesem und der FÜGK bzw. den Ansprechpartnern FÜGK) über eventuelle Standortverlagerungen oder Anpassung der BR z. B. in einen geschützten BR.

6.4.1 Ringbereitstellung

Die örtlich zuständige ILS kann lageabhängig eine Ringbereitstellung anordnen. Dabei rückt jedes Rettungsmittel von seinem aktuellen Standort auf direktem Wege in Richtung des übermittelten Einsatzortes an und bleibt in angeordneter Entfernung in Bereitschaft stehen.

Die Ringbereitstellung erfordert folgende Maßnahmen:

- ausreichende Distanz zum Einwirkungsbereich (rote Zone) sicherstellen
- Ansammlung von Rettungsmitteln vermeiden (maximal drei Fahrzeuge)
- ständige Erreichbarkeit über Funk gewährleisten
- Besatzung verbleibt im Fahrzeug

6.4.2 Geschützter Bereitstellungsraum

Wenn sich die SanEL in Abstimmung mit dem ÖEL für eine Ansammlung von Kräften in einem BR entscheidet, sollen Absprachen mit der Polizeiführung erfolgen, ob dieser als *geschützter* BR etabliert wird. Dafür können ggf. vorhandene bauliche Infrastrukturen wie größere Feuer- oder Rettungswachen bereits vorab definiert werden. Ziel hierbei ist ein besonderer Schutz der Einsatzkräfte durch die Polizei. Dennoch muss auch hier eine ausreichende Distanz zum Gefahrenbereich eingehalten werden.

6.5 Verhalten an der Einsatzstelle und Versorgung

Die Verweildauer an der Unglücksstelle ist so kurz wie möglich zu halten, um eine Gefährdung der Besatzungen der Rettungsmittel zu minimieren („load, go and treat“). Sämtliche im Einsatz befindlichen Kräfte müssen zu jedem Zeitpunkt auf einen sofortigen Rückzug vorbereitet sein.



Die Vorsichtungs- wie Sichtungskennzeichnung mit VAK muss konsequent angewendet werden. Vor Beginn von Vorsichtung und Versorgung soll bei Patienten auf von ihnen ausgehende Gefahren, insbesondere auf gefährliche Gegenstände, geachtet werden.



7. Psychosoziale Notfallversorgung

Bei den Zielgruppen von PSNV-Maßnahmen wird zwischen Einsatzkräften (PSNV-E) und Betroffenen (PSNV-B) unterschieden. Diese Richtlinie betrachtet dabei nur Maßnahmen der PSNV-B. Der Einsatz der PSNV-B-Kräfte soll bereits im Rahmen der Alarmierungsplanung für die Erstalarmierung berücksichtigt werden.

Neben der Betreuung ist die Begleitung betroffener Personen (Überlebende, Augenzeugen, Vermisste, Hinterbliebene) und auch Angehöriger durch die PSNV ein wesentliches Element zur Bewältigung großer Schadenslagen. Beim Einsatz von PSNV-B-Kräften ist zu beachten, dass eine Abstimmung mit dem Betreuungsdienst und dem Einsatzabschnitt Taktische Betreuung der Polizei gemäß den einschlägigen Vorgaben erfolgt und ggf. eine zeitlich und lagebedingt erforderliche Übergabe an weiterversorgende Behandlungs- oder Betreuungseinrichtungen zu planen ist.

Eine Erkundung der PSNV-Lage ist bereits in einer frühen Einsatzphase erforderlich, um einen möglichen Einsatzschwerpunkt im Bereich PSNV frühzeitig zu erkennen.

Die erste Lagefeststellung erfasst insbesondere:

- Zahl der voraussichtlich zu Betreuenden
- Art und Umfang des Ereignisses
- Bedarf an regionalen und ggf. überregionalen PSNV-Kräften
- Abgleich der Lagefeststellung mit dem Einsatzabschnitt Taktische Betreuung der Polizei

Die Alarmierung der „Koordinierungsgruppe im Akutfall“ und die Vermittlung weiterführender Hilfsangebote erfolgt durch die „Landeszentralstelle PSNV in Bayern“ grundsätzlich nur auf Anforderung durch die zuständige Einsatzleitung vor Ort oder die zuständige Katastrophenschutzbehörde und über die zuständige ILS.



Bei allen Maßnahmen der PSNV handelt es sich um rein unterstützende und begleitende psychosoziale Betreuungsmaßnahmen im Umfeld des Einsatzortes. Therapeutische Maßnahmen sind nicht vorgesehen, sie bleiben dem entsprechenden medizinisch oder psychologisch ausgebildeten Personal vorbehalten.

7.1 Einsatzabschnitt PSNV

Der EA PSNV ist bei Einsatz einer SanEL immer dieser unterstellt und wird von einem Leiter PSNV als EAL geführt. Ist die SanEL nicht mehr im Einsatz, ist er der nächsthöheren Führungsstruktur unterstellt. Sollte keine andere übergeordnete Führungsstruktur (ÖEL, FüGK) zur Einsatzleitung eingesetzt sein, ist der Einsatz mit der zuständigen die Lage betreuenden Sicherheitsbehörde abzustimmen.

Der Leiter PSNV nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Erkundung der „PSNV-Lage“
- Leitung des aufgabenbezogenen EA PSNV
- Leitung aller PSNV-Kräfte im EA mit Dokumentation der Stärke und zeit- und sachgerechter Ablösung in Abstimmung mit der zuständigen Einsatzleitung
- Kontinuierliche Lagemeldung und Anforderung von Kräften bei der jeweils übergeordneten Führungsstruktur
- Lenkung an den sich aus der Raumordnung ergebenden Schnittstellen
- enge Zusammenarbeit mit dem Einsatzabschnitt Taktische Betreuung / PF der polizeilichen BAO
- bei Bedarf Alarmierung der „Koordinierungsgruppe im Akutfall“ der „Landeszentralstelle PSNV in Bayern“ an der Staatlichen Feuerweherschule Geretsried über die zuständige Einsatzleitung und entsprechende Zusammenarbeit

7.2 Fachberater PSNV

Fachberater PSNV werden in die FüGK und/oder im Stab des ÖEL eingebunden. Sie unterstützen auf Anforderung auch die Polizei bei deren Belangen. Sie beraten das jeweilige Gremium dabei in allen Fragen der PSNV und können nach Auftrag und falls



erforderlich den Kontakt zur „Koordinierungsgruppe im Akutfall“ halten und in Absprache mit dem Leiter PSNV die Anforderung überörtlicher Kräfte abstimmen. Sie sind Verbindungskräfte für den Leiter PSNV in der FügK und ÖEL.



8. Qualitätsmanagement

Die Durchführung eines systematischen Qualitätsmanagements stellt ein hohes fachliches Niveau der Patientenversorgung im Rettungsdienst sicher und leistet einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit. Dementsprechend soll auch für Einsatzlagen mit erhöhtem Koordinierungsbedarf bzw. bei einem MAN ein aussagekräftiges Qualitätsmanagement durchgeführt werden. Dies soll durch die im BayRDG mit dem Qualitätsmanagement betrauten Personen und Organisationen konzipiert und umgesetzt werden. Bei der Umsetzung sollen alle weiteren Einsatzbeteiligten einbezogen werden.

Die Nachbetrachtungen sollen anhand objektivierbarer Kriterien eine Beurteilung und, soweit möglich, Verbesserung folgender qualitätsbezogener Aspekte der Einsatzabwicklung bei den oben genannten Lagen ermöglichen:

- Häufigkeit, räumliche und zeitliche Verteilung der vorgenannten Lagen sowie deren Charakterisierung
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Abarbeitung der vorgenannten Lagen
- Reliabilität und Validität der Ergebnisse von Vorsichtung und ärztlicher Sichtung hinsichtlich der tatsächlichen Verletzungsschwere bzw. des notwendigen Behandlungs- und Versorgungsaufwands
- Qualität der medizinischen Patientenversorgung an der Einsatzstelle und während des Transports
- Patientenflüsse, insbesondere von schwerverletzten/-erkrankten Patienten
- Einfluss des angewendeten Einsatzkonzepts und dessen praktischer Umsetzung auf den Einsatzerfolg



9. Abkürzungsverzeichnis

1. Notarzt	Ersteintreffender Notarzt
1. RTW	Ersteintreffender Rettungswagen
ÄAL	Ärztlicher Abschnittsleiter
ABek	Alarmierungsbekanntmachung
AL	Abschnittsleiter
AVBayRDG	Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes
BAO	Besondere Aufbauorganisation
BayKSG	Bayerisches Katastrophenschutzgesetz
BayRDG	Bayerisches Rettungsdienstgesetz
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BHP	Behandlungsplatz
BR	Bereitstellungsraum
BTP	Betreuungsplatz
CBRN	Chemische, biologische, radiologische und nukleare Gefahren
DV 100	Feuerwehr-Dienstvorschrift 100
EA	Einsatzabschnitt
EAL	Einsatzabschnittsleiter
ELBR	Einsatzleiter Berg- und Höhlenrettung
ELRD	Einsatzleiter Rettungsdienst
ELWR	Einsatzleiter Wasserrettung
EZ	Einsatzzentrale der Polizei
FüGK	Führungsgruppe Katastrophenschutz



ILS	Integrierte Leitstelle
ILSG	Gesetz über die Errichtung und den Betrieb Integrierter Leitstellen (Integrierte Leitstellen-Gesetz – ILSG)
KTW	Krankentransportwagen
LbEL	Lebensbedrohliche Einsatzlage
LNA	Leitender Notarzt
LSM	Lebensrettende Sofortmaßnahmen
MAN	Massenanfall von Patienten und betroffenen Personen
ÖEL	Örtlicher Einsatzleiter
OrgL	Organisatorischer Leiter
PA	Patientenablage
PF	Polizeiführer
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PSNV-B	PSNV für Betroffene
PSNV-E	PSNV für Einsatzkräfte
RDA	Rettungsdienstausschuss Bayern
RDB	Rettungsdienstbereich
RMHP	Rettungsmittelhalteplatz
RTW	Rettungstransportwagen
SanEL	Sanitäts-Einsatzleitung
StMI	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration
THW	Technisches Hilfswerk
UG SanEL	Unterstützungsgruppe Sanitäts-Einsatzleitung
VR	Verfügungsraum
VAK	Anhängekarte für Verletzte/Kranke

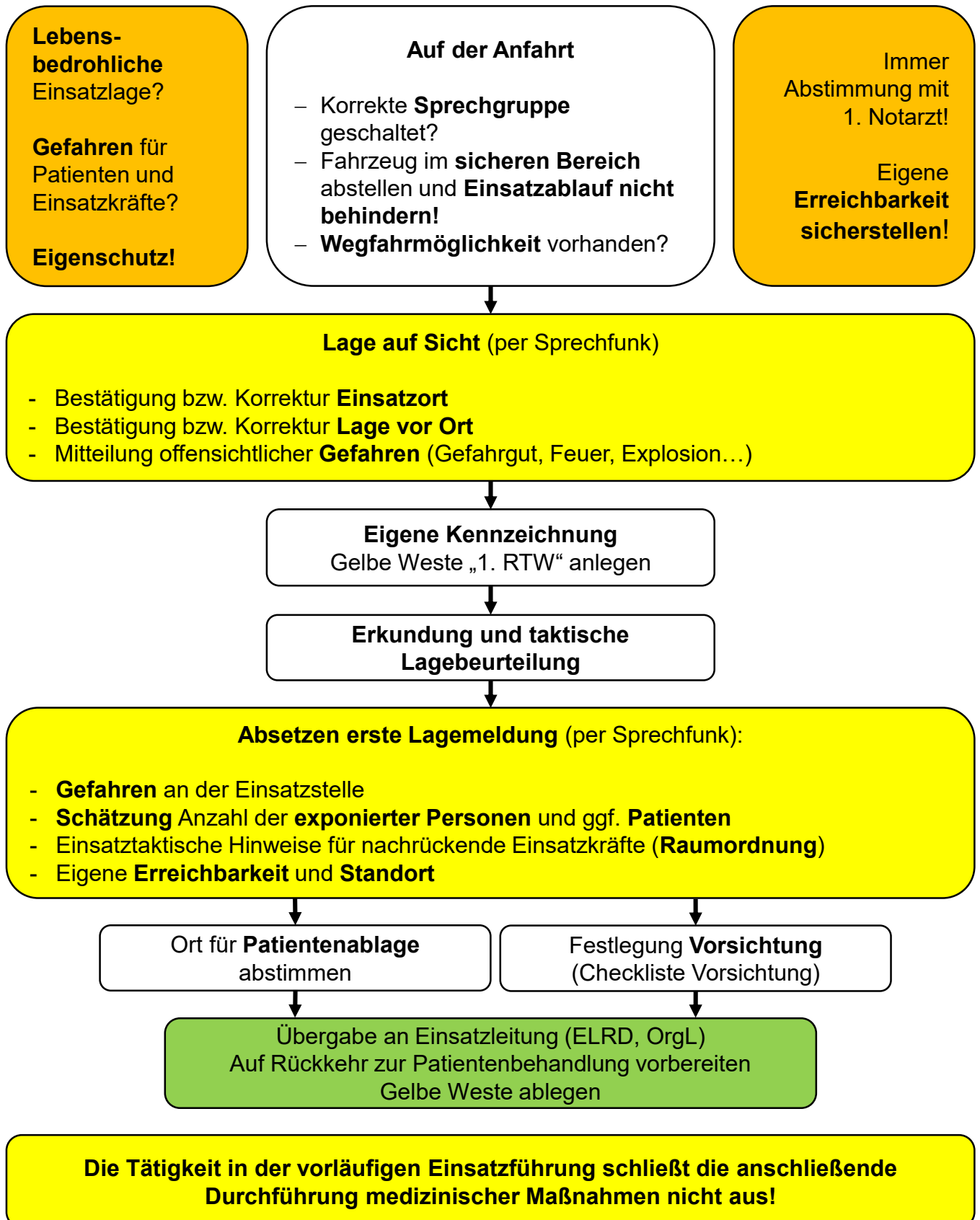


ZRF

Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung

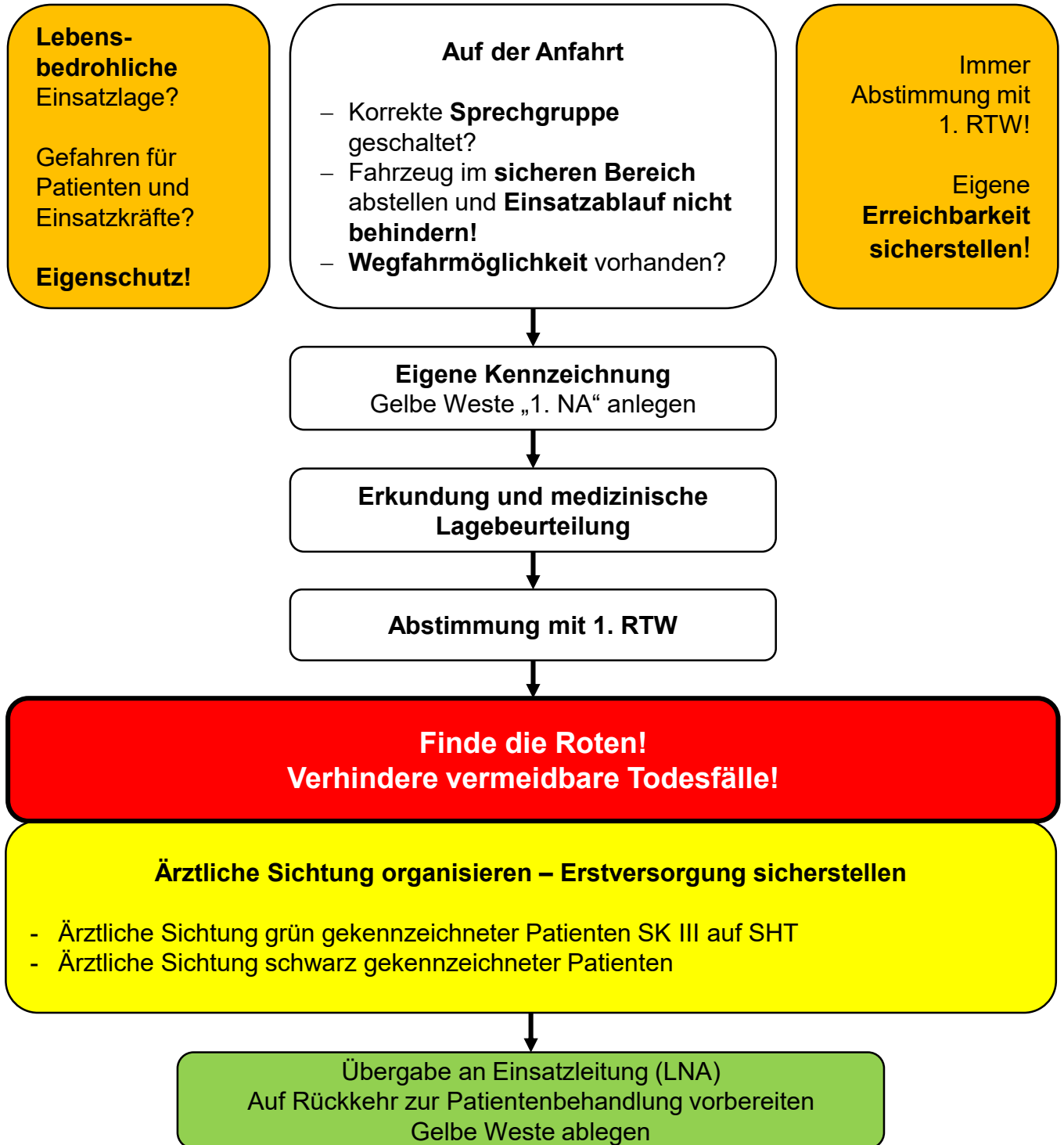


Checkliste der vorläufigen Einsatzführung – 1. RTW





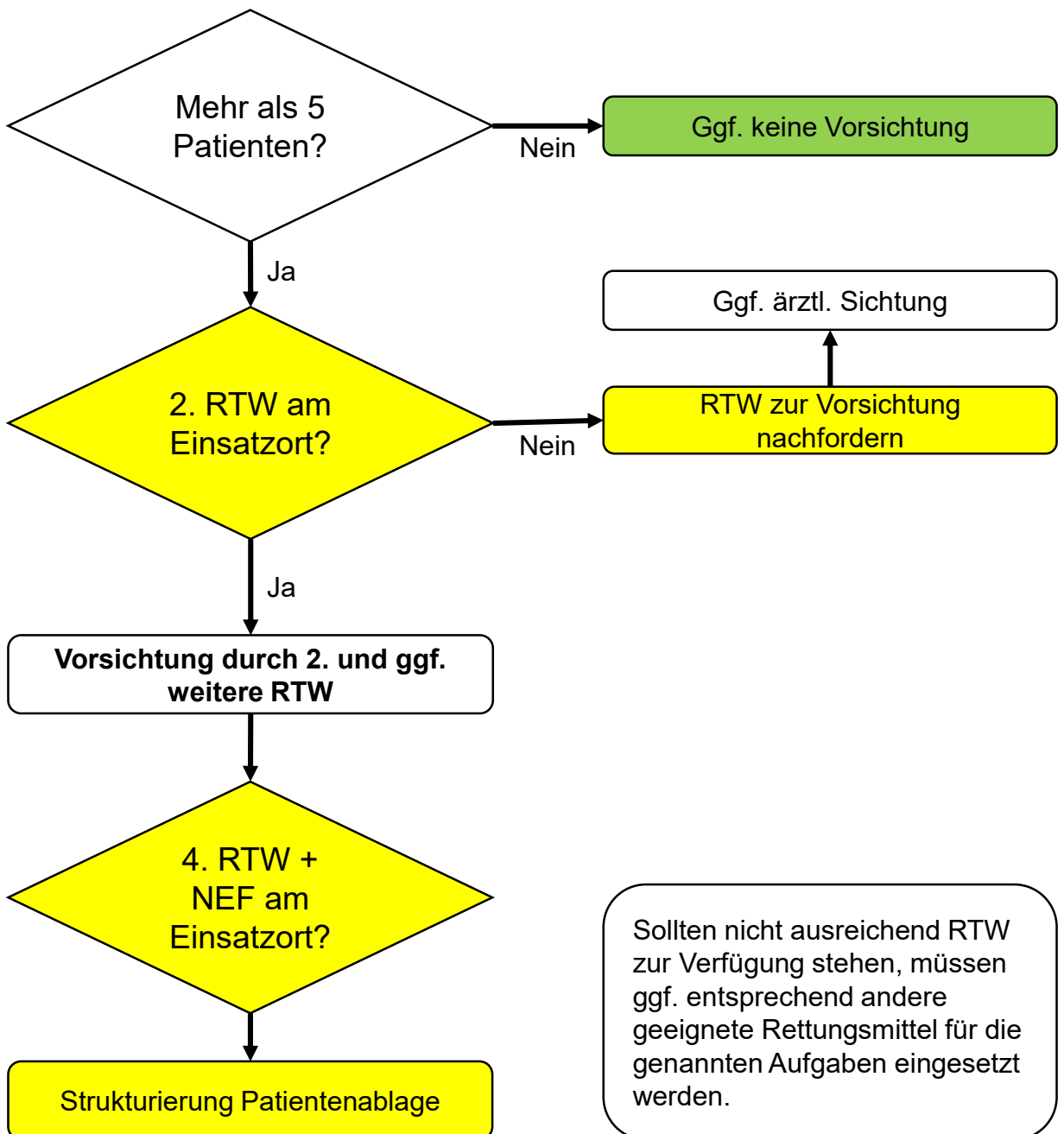
Checkliste der vorläufigen Einsatzführung – 1. NA



Die Tätigkeit in der vorläufigen Einsatzführung schließt die Durchführung medizinischer Maßnahmen nicht aus! Insbesondere ist die Verfügbarkeit des Notarztes zur Therapie lageabhängig sobald wie möglich sicherzustellen.



Checkliste Vorsichtung Organisation durch 1. RTW in Abstimmung mit 1. NA

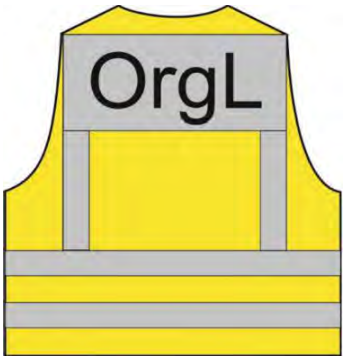
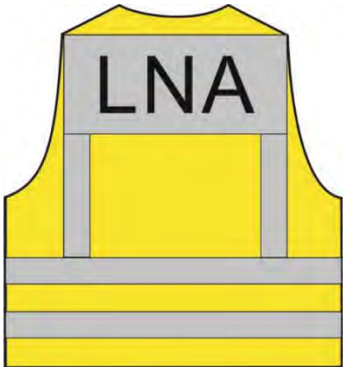


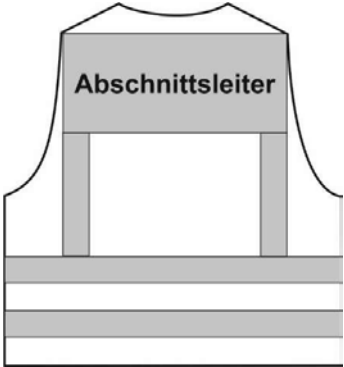
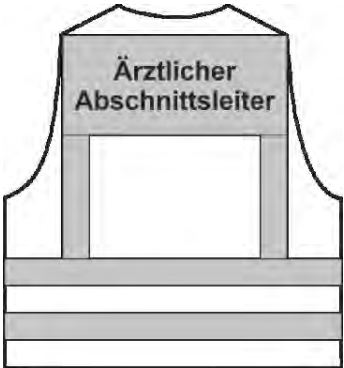
Ärztliche Sichtung der Patienten SK III (grün) auf SHT!
Ärztliche Sichtung der mit schwarzem Flutterband gekennzeichnete Patienten!
Spätestens ab 10 Patienten soll/muss eine Vorsichtung stattfinden.

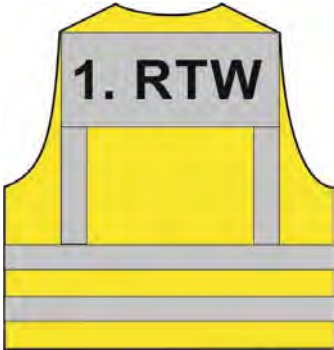
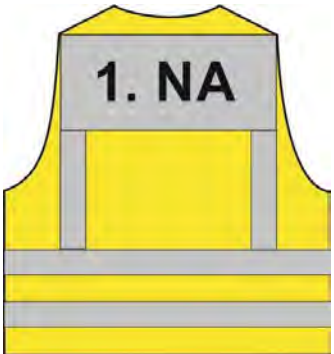
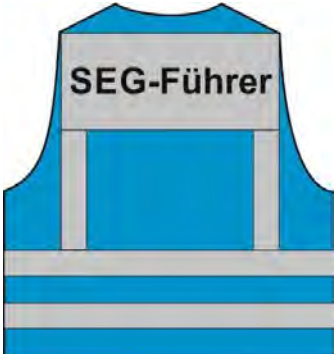


Neben der Kennzeichnung von Führungs- und Leitungskräften mit Helmbändern haben sich bundesweit Westen und Überhänge in unterschiedlichen Farben als gut erkennbare Variante etabliert. Auch hinsichtlich der Bedeutung der verschiedenen Farben ist im Wesentlichen eine Einheitlichkeit gegeben. Entscheidend für die Aussagekraft der Kennzeichnung sind ein disziplinierter Umgang und insbesondere der Wechsel der Weste bei einem Funktionswechsel.

Die nachfolgende Darstellung dient der Vereinheitlichung der Kennzeichnung im Einsatz. Die RAL-Angaben zur Farbgebung dienen nur zur Orientierung.

Weste	Helm	Beschreibung
		Örtlicher Einsatzleiter (ÖEL) Weste: Farbe: Reinweiß (RAL 9010) Schriftzug: Gelborange (RAL 2000) <i>Offizielle Weste mit Einführungs-Erlass StMI</i>
		Organisatorischer Leiter (OrgL) Weste: Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 40 mm, Farbe Blau
		Leitender Notarzt (LNA) Weste: Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 40 mm, Farbe blau

		Einsatzleiter Rettungsdienst (ELRD) Weste: Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau Analoge Ausführung: EL Wasserrettung, EL Berg-/Höhlenrettung Kennzeichnung wird nach Übernahme durch OrgL abgelegt!
		Einsatzabschnittsleiter (EAL) Weste: Farbe: Reinweiß (RAL 9010) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau Kennzeichnung wird auf Weisung des OrgL angelegt!
		Ärztlicher Abschnittsleiter (ÄAL) Weste: Farbe: Reinweiß (RAL 9010) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau Kennzeichnung wird auf Weisung des LNA angelegt!

		Ersteintreffender Notfallsanitäter (1. RTW) Weste: Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) <i>Kennzeichnung wird nach Übernahme durch ELRD/OrgL abgelegt!</i>
		Ersteintreffender Notarzt (1. NA) Weste: Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) <i>Kennzeichnung wird nach Übernahme durch LNA abgelegt!</i>
		Zugführer Weste: Farbe: Karminrot (RAL 3002) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau
		SEG-Führer Weste: Farbe: Verkehrsblau (RAL 5017) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005) Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 10 mm, Farbe Blau



Bei größeren Schadensereignissen ist ein bereichsübergreifendes, einheitliches Vorgehen erforderlich. Diese Anlage beschreibt deshalb das bayernweit einheitliche Verständnis und Vorgehen bei Ersteinschätzung, Vorsichtung, Kennzeichnung und Registrierung von Patienten und ggf. Betroffenen bei einem Massenanfall.

Diese Anlage dient als Schulungsgrundlage aller Institutionen und Organisationen, die im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung Einsatzkräfte in der Bewältigung entsprechender Einsätze unterrichten.

Die Inhalte und Definitionen orientieren sich an den Protokollen der Sichtungs-Konsensus-Konferenzen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK). Diese Anlage wurde durch die Arbeitsgruppe 7 (Besondere Einsatzlagen) des Rettungsdienstausschusses Bayern im Auftrag des StMI erstellt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Ersteinschätzung

Die Ersteinschätzung ist Aufgabe der vorläufigen Einsatzführung und wird verstanden als die erste Erfassung und Beurteilung der Lage durch eine Einsatzkraft in der Phase des ersten Augenscheins, aus der eine Abschätzung der Anzahl an exponierten Personen sowie der vorhandenen Gefahren als Grundlage für eine Lagemeldung an eine übergeordnete Stelle (Einsatzleitung, ILS) hervorgehen muss.

Dabei soll frühestmöglich eine kurze Rückmeldung mit einem ersten Eindruck („Lage auf Sicht“) per Sprechfunk an die ILS übermittelt werden

- Bestätigung bzw. Korrektur des Einsatzortes
- Bestätigung der Einsatzmeldung oder Meldung einer offensichtlichen Diskrepanz zur Lage vor Ort
- Mitteilung offensichtlicher Gefahren an der Einsatzstelle (z. B. Gefahrgut, Feuer, Explosion)

Nach Ankunft an der Einsatzstelle soll zuerst eine Gefährdungsbeurteilung gemeinsam mit Polizei und Feuerwehr sowie ggf. weiteren beteiligten Fachdiensten (z. B. THW) und dem Örtlichen Einsatzleiter (ÖEL), sofern bereits im Einsatz, durchgeführt werden, um vor allem nötige Maßnahmen für den Eigenschutz abschätzen zu können. Diese bildet die Grundlage für weitere taktische Entscheidungen wie beispielsweise die Raumordnung zur Aufstellung der Rettungsmittel oder zum Einrichten einer Patientenablage.

Nach dieser Erkundung und taktischen Lagebeurteilung soll eine **erste Lagemeldung** mit folgendem Inhalt **per Sprechfunk** abgesetzt werden (s. a. Anlage Checklisten der MAN RL):

- Gefahren an der Einsatzstelle
- Schätzung über die Anzahl der Patienten (mit Art und Ausmaß der Verletzungen/Erkrankungen) sowie der betroffenen Personen; alternativ, wenn eine Zuordnung noch nicht möglich ist: Schätzung über die Anzahl der exponierten Personen
- Ggf. erste Nachforderung

- einsatztaktische Hinweise für nachrückende Einsatzkräfte
- Erreichbarkeit und Standort der vorläufigen Einsatzführung

Die Ersteinschätzung dient dem Abgleich der alarmierten Einsatzmittel gegenüber dem tatsächlichen Bedarf. Sie bereitet Entscheidungen zur Raumordnung und Initiierung einer Vorsichtung vor.

2. Vorsichtung – lebensrettende Sofortmaßnahmen – taktische Entscheidungen

Die Vorsichtung ist die vorläufige, standardisierte medizinische Zustandsbeurteilung, die von hierfür geschulten nichtärztlichen Einsatzkräften oder ggf. auch von Ärzten durchgeführt wird. Zu einem späteren Zeitpunkt kann eine ärztliche Sichtung folgen. Das Ziel der Vorsichtung ist die schnellstmögliche Identifizierung von vital bedrohten Patienten. Hierbei sollen auch unverzüglich situationsgerecht durchführbare lebensrettende Sofortmaßnahmen (LSM) ergriffen werden.

Dabei soll nur ein Freihalten der Atemwege bzw. die Stillung lebensbedrohlicher Blutungen durchgeführt werden. Zum Freihalten der Atemwege kann eine stabile Seitenlage, ergänzt durch Einlage eines nasopharyngealen Tubus („Wendltubus“) durchgeführt werden¹. Zur Stillung lebensbedrohlicher Extremitätenblutungen wird eine suffiziente Tourniquet-Anlage empfohlen, bei Blutungen am Körperstamm müssen ggf. umstehende Personen zur Kompression derselben angeleitet werden.

Außerdem erfolgt eine eindeutige Kennzeichnung schwer verletzter oder vital bedrohter Patienten. Wenn möglich und geboten, wird die gerichtete Transportkette in Gang gesetzt.

Eine Vorsichtung soll bei mehr als fünf vermuteten Patienten i. d. R. durch den zweiten am Einsatzort eintreffenden RTW begonnen werden. Wenn dieser nicht in adäquater Zeit am Einsatzort eintrifft, kann eine Vorsichtung auch durch einen KTW oder durch bereits anwesendes Personal von Sanitäts-, Wasserrettungs- oder Bergrettungsdienst begonnen werden, sofern die entsprechende Ausbildung und Ausstattung vorhanden ist. Die Entscheidung dazu trifft die Einsatzleitung bzw. die vorläufige Einsatzführung in Absprache mit der anfahrenden Einsatzleitung.

¹ Hier wird explizit die Verwendung des Wendltubus angeraten. Oropharyngeale Hilfsmittel wie der Guedeltubus können bei nicht tief bewusstlosen Patienten Erbrechen mit nachfolgender Aspiration auslösen. Die Empfehlung in der S1-Leitlinie zum prähospitalen Atemwegsmanagement sieht den oropharyngealen Guedeltubus daher explizit als Hilfsmittel zur Maskenbeatmung an.

Die Vorsichtung und LSM werden grundsätzlich durch Zweierteams durchgeführt. Der Notfallsanitäter bzw. gegebenenfalls der Teamführer verliert den Algorithmus, bereitet die Kennzeichnung vor und führt die Vorsichtungsliste (Muster am Ende dieser Anlage). Der Teampartner führt auf Anweisung die entsprechenden Untersuchungen am Patienten durch. Ggf. erforderliche LSM werden gemeinsam durchgeführt. Der Auftrag an die Vorsichtungsteams lautet zusammengefasst:

Finde die Roten – verhindere vermeidbare Todesfälle!

2.1 Inhalt Vorsichtungs- und LSM-Taschen RD Bayern

Um diesem Merkspruch gerecht werden zu können, soll in jedem öffentlich-rechtlichen RTW sowie KTW eine Vorsichtungstasche mit folgendem Material vorhanden sein:

- Kennzeichnungswesten „Vorsichtung“
- Wetterfester Algorithmus zur Vorsichtung
- 25 Verletztenanhängekarte, vorab farbcodiert (15 rot, 10 gelb), mit Nummerierung gemäß Punkt 3.2.
- 25 Aufkleber zur Kenntlichmachung der Transportpriorität (Ø 50 mm, leuchtorange RAL 2005)
- Vorsichtungsliste
- Flatterband rot-weiß
- Flatterband schwarz-weiß
- 4 Tourniquet
- Pharyngealtuben (Wendl-Tubus CH 16 3x/28 6x)

3. Kennzeichnung

3.1 Kennzeichnung Sichtungskategorie

Exponierte Personen eines Schadensereignisses werden bayernweit einheitlich mit einer „Anhängkarte für Verletzte/Kranke“ (VAK) des Deutschen Roten Kreuzes versehen. Die Zuordnung eines Patienten oder Betroffenen zu einer Sichtungskategorie wird wie folgt mittels entsprechend sichtbarer Farbe gekennzeichnet:

	Bezeichnung	Beschreibung	Konsequenz
Sichtungs- Kategorie (SK)	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)	verstorben	
	B (weiß)	Betroffene²	Betreuung

Patienten mit zusätzlich festgestellter **Transportpriorität** (beispielsweise bei Verdacht auf schwere, blutungsgefährdete abdominelle oder thorakale Verletzung oder schwerem SHT) werden mit einem 5 cm großen, runden, orangenen Aufkleber mit der Beschriftung „TP“ über der Farbcodierung gekennzeichnet. Die entsprechenden Aufkleber sollen in ausreichender Zahl mindestens in der Vorsichtungstasche sowie möglichst in den VAK vorgehalten werden.

Die zusätzliche Kennzeichnung neben der VAK mit einem **rot-weißen Flutterband** dient der besseren Erkennbarkeit auch aus der Ferne, um nachrückende Kräfte zu den dringend behandlungsbedürftigen Patienten zu lenken.

² Die Kennzeichnung Betroffener erfolgt i.d.R. erst durch Einheiten des Betreuungsdienstes nach erfolgter Registrierung.

Durch die Kennzeichnung mit **schwarz-weißem Flutterband** von Patienten, die nicht mit dem Leben vereinbare Verletzungen erlitten haben, soll eine wiederholte Sichtung vermieden werden. Eine Verwendung von gelb-schwarzem Flutterband soll unterbleiben, da diese Farbgebung auch mit SK II-gelb in Verbindung gebracht werden könnte.

Im Rahmen der **Vorsichtung** werden deshalb zunächst nur folgende Personen gekennzeichnet:

Sichtungskategorie	Beschreibung	Zusätzliche Kennzeichnung:
SK I Rot	vital bedroht	rot-weißes Flutterband obenliegende Extremität
SK II gelb	Schwer verletzt	
EX (schwarz)	Mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen	schwarz-weißes Flutterband

Zum Zweck einer zügigen, aber dennoch fehlerfreien Vorsichtung im Massenanfall von Patienten und betroffenen Personen (MAN) gelten folgende Verletzungen als nicht mit dem Leben vereinbar:

- Vollständige Abtrennung des Kopfes (Dekapitation, Enthirnung)
- Durchtrennung des Körpers mit offensichtlicher schwerwiegender Verletzung der inneren Organe im Brust- bzw. Bauchbereich

Gefähigte Patienten werden zunächst ohne Kennzeichnung an separate Sammelstellen (z.B. SK III Sammelstelle) verwiesen. Sobald entsprechende Ressourcen vorhanden sind, müssen auch diese Patienten mit entsprechenden VAK (SK III, grün) gekennzeichnet und registriert werden.

Die farbliche Kennzeichnung sowohl im Vorsichtungs- als auch im Sichtungsprozess erfolgt gleichermaßen durch die komplett gesteckten Farbkärtchen.

3.2 Bayernweit einheitliches Patientennummern-System

Bei einem größeren Schadensereignis werden regelhaft auch Einsatzmittel von außerhalb des betroffenen ILS-Bereiches eingesetzt. Deshalb ist ein bayernweit einheitliches Patientennummern-System erforderlich, um Duplizitäten unbedingt zu vermeiden und Patienten eindeutig einer Nummer zuzuordnen. Die Kennzeichnung soll auch elektronisch les- und erfassbar sein (z. B. mittels Scanner oder Smartphone).

Die Nummerierung besteht aus dem originären **KFZ-Kennzeichen** (XX) der **Kreisverwaltungsbehörde** (keine Altlandkreise o.ä.) und vier Ziffern (ZZZZ). Der örtlich zuständige ZRF hat Sorge zu tragen, dass die Zuteilung der Ziffern eindeutig ist:

XX - ZZZZ

Als **Beispiel** kann folgende Tabelle dienen:

Arbeiter Samariter Bund Landkreis XX	XX 0001 bis XX 0999
Bayerisches Rotes Kreuz KV XX	XX 1000 bis XX 1999
Johanniter-Unfall-Hilfe XX	XX 2000 bis XX 2999
Malteser XX	XX 3000 bis XX 3999
Privater RD 1	XX 4000 bis XX 4999
Privater RD 2	XX 5000 bis XX 5999
Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft	XX 6000 bis XX 6999
Wasserwacht KV XX	XX 7000 bis XX 7999
Bergwacht	XX 8000 bis XX 8999

Diese Liste muss in Abhängigkeit von Größe und vorhandenen Organisationen in den jeweiligen Kreisverwaltungsbehörden bzw. ZRF ggf. angepasst werden. Sollten vier Ziffern in der jeweiligen Kreisverwaltungsbehörde nicht ausreichend sein, kann ggf. eine fünfte Ziffer hinzugefügt werden (ZZZZZ). Dabei ist zu beachten, dass in diesem Falle dann in der gesamten Kreisverwaltungsbehörde fünf Ziffern verwendet werden. Die VAK sollen entsprechen vorab bereits gekennzeichnet sein. Dazu eignen sich Aufkleber, die mit einem QR-Code vom Typ „Text“ sowie der ausgeschriebenen Nummer versehen sind:

- 8 Aufkleber pro Verletztenanhängekarte (VAK):
 - 1x auf dem Feld rechts oben auf der VAK (vorgeklebt)
 - 1x für Registrierung auf der Vorsichtungsliste
 - 1x für jedes Blatt (=3) der innenliegenden Suchdienstkarte (vorgeklebt)
 - Weitere zur freien Verwendung, z. B. zur Kennzeichnung von Patienteneigentum

Bereits mit dem Barcode 39 versehene VAK können weiterverwendet werden, eine Verwechslungsgefahr muss aber auf jeden Fall ausgeschlossen werden. Ein Beispiel dafür findet sich im Anhang dieser Anlage.

4. Registrierung

Die Registrierung dokumentiert die Transportentscheidungen und -wege und sorgt dafür, dass Transportziele nach einem großen Schadensereignis patientenbezogen nachvollzogen werden können.

Grundsätzlich werden Patienten und deren Transportziele mit der Patientennummer in der einsatzführenden ILS erfasst. Ein redundantes System ist darüber hinaus dennoch erforderlich.

Dazu dient die **Suchdienstkarte**, die Bestandteil der VAK und bereits wie oben beschrieben mit einem Aufkleber gekennzeichnet ist. Der dreiteilige Durchschreibesatz wird wie folgt verwendet:

- Die **erste Ausfertigung (gelb)** wird vor dem Transport des Verletzten/Kranken entnommen und nach Eintrag der Zielklinik über die Abschnittsleitung an die UG SanEL weitergeleitet. Diese muss sich im Vorfeld des Einsatzes über die weitere lokale Vorgehensweise (z. B. Übergabe an Suchdienst) informieren.
- Nach Erreichen des Transportzieles wird der Verbleib des Verletzten/Kranken auf der **zweiten Ausfertigung (weiß mit gelbem Diagonalbalken)** eingetragen. Grundsätzlich soll diese über die Einsatzleitung unverzüglich an den Suchdienst (KAB) bzw. an die errichtete Auskunftsstelle/Personenauskunftsstelle (GAST/PAST/AST) weitergeleitet werden.
- Die **dritte Ausfertigung (weiß)** verbleibt in der Anhängkarte für Verletzte/Kranke und wird vom aufnehmenden Krankenhaus zu den Patientenunterlagen gegeben.

Alternativ kann der VAK auch ein Formular beigelegt werden, das ebenfalls mit der Patientennummer versehen ist. Auf diesem Formular steht die Bitte an die aufnehmende Klinik, dieses nach Aufnahme des Patienten an die einsatzführende ILS (vermerkt mit Faxnummer und E-Mailadresse) mit Angaben der Zielklinik zu übermitteln.

5. Anhang Muster Verletztenanhängekarte mit Kennzeichnung

Ein vom BRK Rosenheim als rot und mit Transportpriorität versehener Patient würde folgende VAK erhalten und in der Vorsichtungsliste vermerkt werden:

Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke
innenlegend

Anhängekarte für Verletzte/Kranke
Registration card for injured/sick persons - Fiche d'enregistrement pour blessés/malades

Name
Name
Nom

Vorname
First name
Prénom

Geburtsdatum/-Alter
Date of birth/-age
Date de naissance/-âge

Nationalität
Nationality
Nationalité

Datum
Date

Sichtung
Sighting/Tracing

Kategorie Category Catégorie	1. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	2. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	3. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom	4. Sichtung Uhrzeit/Name Time/Name Heure/Nom
I				
II				
III				
IV				

Transportmittel
Transportation
Moyen de transport

Transportziel
Destination
Destination

Transport
Transportation
Transport

liegend
lying
couché

sitzend
sitting
assis

mit Notarzt
with doctor
avec médecin

isoliert
isolated
isolé

Priorität
Priority
Priorité

a ○
b ○

innenliegende Suchdienstkarte
inward card for tracing service. Fiche d'enregistrement de piste.

1. Ausfertigung
1st Copy, 1st Copy

2. Ausfertigung
2nd Copy, 2nd Copy

weitergeleitet
referred, schické

weitergeleitet
referred, schické

© Deutscher Rotes Kreuz - Generalsekretariat 01/2004

TP

	Patientennr., ggf. Bemerkung	TP	SK 1	SK 2	Kind ³	SHT	Schwanger	Verbr.
1	RO 01244	X	X					
2								
3								

³ Es wird empfohlen, die Grenze für die Zuordnung zu „Kind“ in einem regionalen Expertenkreis entsprechend der örtlichen Gegebenheiten festzulegen (N. Thies, K.-G. Kanz et al., Festlegung der Altersgrenze von verletzten Kindern beim Massenanfall verletzter Personen; Notfall Rettungsmed 2018 · 21:457–461)

6. Anhang Muster Vorsichtungsliste

Sichtungsabschnitt: _____ Team: _____ Uhrzeit: _____

	Patientennummer, ggf. Bemerkung	TP	SK 1	SK 2	Kind	SHT	Schw anger	Verbr.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								

14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
Gesamt								
		TP	SK 1	SK 2	Kind	SHT	Schw anger	Verbr.