



# **Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenanfall von Notfallpatienten und Betroffenen**

**(MAN-RL)**

**Bayer. Staatsministerium des Innern, für Bau und  
Verkehr**

**vom 06.12.2016**

## **Präambel und Ziele**

<b>1. Alarmierungs- und Einsatzplanung</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Führungsaufbau</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Ersteintreffendes Rettungsmittel</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2 Vorläufige Einsatzführung</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3 Sanitätseinsatzleitung (SanEL)</b> .....	<b>6</b>
<b>2.4 Verhältnis Sanitätseinsatzleitung zur Örtlichen Einsatzleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2.5 Unterstützungsgruppe Sanitätseinsatzleitung (UG SanEL)</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Sichtung und Vorsichtung</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1 Sichtung</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2 Vorsichtung</b> .....	<b>7</b>
<b>4 Raumordnung zur Versorgung und Betreuung (Einsatzabschnitte)</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1 Versorgung von Notfallpatienten</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1.1 Übergabepunkt</b> .....	<b>8</b>
<b>4.1.2 Patientenablage</b> .....	<b>8</b>
<b>4.1.3 Behandlungsplatz (BHP)</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1.4 Transportorganisation</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1.4.1 Soforttransport</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1.4.2 Rettungsmittelhalteplatz</b> .....	<b>9</b>
<b>4.1.4.3 Ladezone</b> .....	<b>10</b>
<b>4.2 Betreuung von Betroffenen</b> .....	<b>10</b>
<b>4.2.1 Anlaufstelle für Betroffene</b> .....	<b>11</b>
<b>4.2.2 Betreuungsstelle</b> .....	<b>11</b>
<b>4.2.3 Betreuungsplatz</b> .....	<b>11</b>
<b>4.3 Langandauernde Einsätze</b> .....	<b>11</b>
<b>5. Raumordnung zur logistischen Unterstützung</b> .....	<b>12</b>
<b>5.1 Bereitstellungsraum Massenansturm</b> .....	<b>12</b>
<b>5.2 Verfügungsraum</b> .....	<b>12</b>
<b>5.3 Bereitstellungsraum Luft</b> .....	<b>13</b>
<b>6. Kennzeichnung und Dokumentation</b> .....	<b>13</b>
<b>7. Registrierung</b> .....	<b>13</b>
<b>8. Verteilungskonzept</b> .....	<b>14</b>
<b>9. Psychosoziale Notfallversorgung (PNV)</b> .....	<b>14</b>
<b>10. Überregionale Hilfeleistung bei einem Massenfall von Verletzten</b> .....	<b>14</b>
<b>11. Qualitätsmanagement</b> .....	<b>14</b>

**Anlagen:**

1. Aufgaben Ersteintreffendes Rettungsmittel
2. Aufgaben Vorläufige Einsatzführung
3. Kennzeichnung von Führungskräften
4. Sanitätseinsatzleitung (SanEL) und Unterstützungsgruppe Sanitäts-Einsatzleitung (UG SanEL)
5. Vorsichtung
6. Behandlungsplatz (BHP)
7. Psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B)
8. Qualitätsmanagement

Mit Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 1. September 1999, AllMBI. 1999, S. 687 wurden „Richtlinien für die Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Kranker (Massenanfall von Verletzten)“ erlassen. Mittlerweile ist eine Fortentwicklung dieser Regelungen auf Grund der seither gemachten Erfahrungen geboten.

## **Definitionen**

Ein Massenanfall liegt dann vor, wenn die Anzahl der Notfallpatienten oder Betroffenen eine über das gewöhnliche Einsatzgeschehen hinausgehende besondere Vorgehensweise des Rettungs-, Sanitäts- und Betreuungsdienstes unter der Führung einer Sanitäts-Einsatzleitung erforderlich macht (in der Regel, wenn mehr als zehn Verletzte oder Erkrankte zu versorgen sind oder mehr als drei Notärzte im Einsatz sind).

Ein Betroffener ist eine Person, die durch ein Schadensereignis bedroht wird oder geschädigt wurde, ohne verletzt oder erkrankt zu sein.

## **Ziele der Hinweise**

- **Sicherstellung der Versorgung von Notfallpatienten und Betroffenen bei Großschadensereignissen**

Die Versorgung von Notfallpatienten bei einem Großschadensereignis orientiert sich an einer bestmöglichen Individualtherapie und ist damit eine komplexe rettungsdienstliche Herausforderung. Auch bei einem Massenanfall von Notfallpatienten muss die Versorgung darauf ausgerichtet sein, möglichst rasch wieder individualmedizinischen Handlungsmaximen zu entsprechen. Eine längerfristige Abweichung von diesem Ziel ist nur bei einem anhaltenden und schweren Ressourcenmangel gerechtfertigt.

Um zu jedem Zeitpunkt einer Großschadenslage die jeweils bestmögliche Versorgung sicherzustellen, regelt diese Richtlinie die zentralen Aspekte und das einheitliche Management eines Massenanfalls von Notfallpatienten einschließlich der Betreuung unverletzter Betroffener.

- **Regelung der Verfahrensweise und Abläufe**

Durch diese Richtlinie wird das Zusammenwirken aller bei einem Massenanfall von Notfallpatienten und Betroffenen beteiligten Kräfte und Strukturen geregelt und im Sinne einer Verfahrensanweisung aufeinander abgestimmt. Allen am Einsatz Beteiligten sollen - auch über die Grenzen von Rettungsdienstbereichen hinaus - zielgerichtete, einheitliche und vordefinierte Arbeits- und Organisationsabläufe zur Verfügung stehen.

Diese Richtlinie bildet eine Grundlage für die Aus- und Fortbildung von allen an der Bewältigung von Großschadenslagen Beteiligten.

## **1. Alarmierungs- und Einsatzplanung**

Grundlage für die Alarmierung im Falle eines Ereignisses mit einem Massenansturm von Notfallpatienten oder Betroffenen ist die Bekanntmachung „Alarmierung im Rettungsdienst, Brand- und Katastrophenschutz in Bayern (ABek)“ in der jeweils gültigen Fassung.

Die Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung konkretisieren die Alarmierungsplanung im Rettungsdienst und stimmen diese mit den angrenzenden Zweckverbänden für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung sowie mit den Integrierten Leitstellen ab. Die Durchführenden des Rettungsdienstes, die Kreisverwaltungsbehörden und die Regierungen sind entsprechend ihren Zuständigkeiten zu beteiligen.

Die Alarmierungs- und Einsatzplanung ist auf eine frühestmögliche Versorgung nach individual-medizinischen Prinzipien auszurichten. Die örtlich zuständige Integrierte Leitstelle (ILS) alarmiert entsprechend dem vorliegenden Lagebild und der dafür vorgesehenen Einsatzstichworte und führt Maßnahmen durch, insbesondere die:

- Auslösung von ILS-internen Alarm- und Einsatzplänen
- Verständigung von medizinischen Behandlungseinrichtungen zur Auslösung von Alarm- und Einsatzplänen
- Inkraftsetzung von Verteilungskonzepten
- Verständigung von Behörden und Organisationen, insbesondere der Sicherheits-/Katastrophenschutzbehörden, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie der Kassenärztlichen Vereinigung
- Information der Einsatzbeteiligten bei relevanter Veränderung des Lagebildes

Bei der Alarmierungsplanung müssen regionale Aspekte berücksichtigt werden. Die konkrete Einsatzplanung im Falle eines Ereignisses mit einem Massenansturm von Notfallpatienten oder Betroffenen orientiert sich an den gegebenen örtlichen Verhältnissen.

Vorbereitende Planungen eines Rettungsdienstbereiches für einen Massenansturm von Notfallpatienten und sonstigen Betroffenen sind entsprechend dem Vorgehen bei der Alarmierungsplanung abzustimmen und bekannt zu geben.

## **2. Führungsaufbau**

### **2.1 Ersteintreffende Rettungsmittel**

Dem ersteintreffenden Rettungsmittel kommt bei der Einsatzabwicklung eine wesentliche Rolle zu. Für die Funktion des ersteintreffenden Rettungsmittels ist in der Regel ein Krankenkraftwagen Typ C DIN EN 1789 vorgesehen. Der Beifahrer übernimmt die Funktion des „ersteintreffenden RA/NotSan“ und hat die in Anlage 1 („Aufgaben des ersteintreffenden Rettungsmittels“) aufgeführten Aufgaben.

Weiterhin übernimmt der Notarzt des ersteintreffenden Notarztrettungsmittels die Funktion des „ersteintreffenden Notarztes“. Soweit erforderlich, kann die Funktion des ersteintreffenden Rettungsmittels oder die Funktion des ersteintreffenden Notarztes von der ILS bestimmt werden.

## **2.2 Vorläufige Einsatzführung**

Der ersteintreffende Notarzt und der ersteintreffende RA/NotSan bilden die **vorläufige Einsatzführung**. Die Übernahme der Funktionen in der vorläufigen Einsatzführung ist gegenüber der ILS zu bestätigen.

Die Aufgaben der Vorläufigen Einsatzführung sind in der Anlage Nr. 2 („Einsatztaktik Bayern“) aufgeführt.

Soweit ein Örtlicher Einsatzleiter (ÖEL) nach Art. 6 oder 15 BayKSG die Leitung der Einsatzmaßnahmen vor Ort übernommen hat, stimmt die vorläufige Einsatzführung ihre Maßnahmen mit diesem ab.

Trifft die Führungsstruktur gem. AVBayRDG (ELRD oder SanEL) ein, wird die Einsatzführung an diese übergeben. Die Kräfte der vorläufigen Einsatzführung stehen dann für andere Aufgaben zur Verfügung.

Die Kennzeichnung der vorläufigen Einsatzführung erfolgt gemäß der Anlage Nr. 3 („Kennzeichnung von Führungskräften“).

## **2.3 Sanitätseinsatzleitung (SanEL)**

Die Alarmierung und der Einsatz der SanEL erfolgt durch die Integrierte Leitstelle (ILS). Anforderungen des ÖEL oder der Kreisverwaltungsbehörde, eine SanEL einzusetzen, hat sie zu entsprechen.

Die SanEL besteht aus

- dem Leitenden Notarzt (LNA) und
- dem Organisatorischen Leiter (OrgL).

Diese wirken bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben vertrauensvoll zusammen und unterstützen sich gegenseitig.

Zusammensetzung, Aufgaben, Befugnisse und Einsatzschwelle für die Sanitätseinsatzleitung sind in den §§ 13, 14 und 15 der AVBayRDG festgelegt. Weitere Hinweise sind in der Anlage 4 („Sanitätseinsatzleitung (SanEL) mit Unterstützungsgruppe (UG SanEL)“) enthalten.

## **2.4. Verhältnis der Sanitätseinsatzleitung zur Örtlichen Einsatzleitung 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 weisungsbefugt gegenüber der SanEL. In die fachdienstlichen Aufgaben soll dabei nur eingegriffen werden, wenn dies zur Wahrnehmung der Gesamteinsatzleitung notwendig ist (Führen durch Auftragstaktik).

## **2.5 Unterstützungsgruppe Sanitätseinsatzleitung (UG SanEL)**

Für den Bereich einer Kreisverwaltungsbehörde kann von den freiwilligen Hilfsorganisationen in Abstimmung mit der Kreisverwaltungsbehörde eine UG SanEL aufgestellt werden.

Die UG SanEL unterstützt die SanEL bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Der OrgL und der LNA sind für ihren jeweiligen Aufgabenbereich gegenüber allen Mitgliedern der

UG SanEL weisungsbefugt. Die Alarmierung, die Aufgaben und die Zusammensetzung der UG SanEL werden in Anlage Nr. 4 („Sanitätseinsatzleitung (SanEL) mit Unterstützungsgruppe (UG SanEL)“) näher beschrieben.

### **3. Sichtung und Vorsichtung**

Eine Priorisierung nach Behandlungsdringlichkeit und die Festlegung von Transportprioritäten sind bei einer Vielzahl von Verletzten zwingend erforderlich.

#### **3.1 Sichtung**

Sichtung ist eine 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. Die Sichtung und Priorisierung der Patienten wird durch die eingesetzten Notärzte unter Leitung des LNA sichergestellt. Eine im Ausnahmefall durch den LNA selbst durchgeführte Sichtung bleibt unbenommen.

#### **3.2 Vorsichtung**

Sofern lage- und ressourcenbedingt keine zeitgerechte ärztliche Sichtung durchgeführt werden kann, ist grundsätzlich eine nichtärztlich durchgeführte Vorsichtung – im Weiteren nur Vorsichtung genannt - erforderlich. Die Personaleinteilung zur Vorsichtung erfolgt durch die vorläufige Einsatzführung aus den Einsatzkräften der Erstalarmierung und spätestens durch den ELRD oder die SanEL.

Unabhängig davon werden darüber hinaus zur Verfügung stehende Einsatzkräfte im Rahmen der Einsatzorganisation mit der medizinischen Erstversorgung nach Dringlichkeit betraut. Näheres ist in Anlage Nr. 5 („Vorsichtung“) geregelt.

### **4. Raumordnung zur Versorgung und Betreuung (Einsatzabschnitte)**

Bei der Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenanfall von Notfallpatienten und/oder Betroffenen können die nachfolgend unter Nrn. 4.1.1 ff. beschriebenen Einsatzabschnitte gebildet werden. Soweit ein ÖEL nach Art. 6 oder 15 BayKSG die Leitung der Einsatzmaßnahmen vor Ort übernommen hat, ist die Abschnittsbildung mit diesem abzustimmen. Soweit kein ÖEL die Leitung vor Ort übernommen hat, erfolgt die Abstimmung mit den Leitern der anderen Fachdienste.

Jeder Einsatzabschnitt wird von einem Abschnittsleiter geführt, der der SanEL unterstellt ist. Die Einsatzabschnitte und Abschnittsleiter werden von der SanEL bestimmt.

Die Einsatzstelle umfasst dabei den Gefahrenbereich als Kernzone des Schadensereignisses und die dort erforderlichen Abwehrmaßnahmen sowie den Absperrbereich als Aufstell-, Bewegungs- und Bereitstellungsfläche.

#### **4.1 Versorgung von Notfallpatienten**

Bei der Rettung von Notfallpatienten ergeben sich in der Regel Schnittstellen zwischen der technischen und der medizinischen Rettung. Erstere umfasst beispielsweise die Befreiung aus einer Zwangslage mit technischem Gerät oder das Verbringen aus dem Einwirkbereich eines Brandes, gefährlicher Stoffe oder von radioaktiver Strahlung.

Die nachfolgend unter Nrn. 4.1.1 ff beschriebenen Einsatzabschnitte skizzieren den Weg eines Notfallpatienten von dieser Schnittstelle zwischen der technischen und medizinischen Rettung bis hin zur optimalen klinischen Versorgung. Anzahl, Ort und Umfang der Einsatzabschnitte sind lageabhängig festzulegen.

#### 4.1.1 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 Einsatzstelle und deren Wirkradius, den Schutzmöglichkeiten und den Ressourcen zur technischen und medizinischen Rettung sowie aus den medizinischen Notwendigkeiten. Es kann erforderlich sein, dass Sichtung / Vorsichtung und lebensrettende Handgriffe in räumlicher Nähe oder auch zeitgleich zur technischen Rettung stattfinden.

In der Regel fallen Übergabepunkt und Patientenablage örtlich zusammen.

Bezüglich des Soforttransports von vital bedrohten Notfallpatienten siehe Nr. 4.1.4.1.

#### 4.1.2 Patientenablagen

Eine Patientenablage ist eine 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.

Man unterscheidet eine

- Spontane Patientenablage durch Selbst- oder Laienrettung faktisch geschaffene Ablage, die in der Regel nicht nach taktischen Gesichtspunkten gewählt wurde
- Strukturierte Patientenablage gezielt eingerichtete Ablage zur lebensrettenden Minimalversorgung, zur Sichtung und zum weiteren Transport in eine Klinik oder zu nachgeordneten Strukturen im Einsatzraum

In der Patientenablage werden Verletzte oder Erkrankte medizinisch erstversorgt und gesichtet. Eine oder mehrere Patientenablagen werden an der Grenze des Gefahrenbereiches insbesondere im Einvernehmen mit den Leitern der anderen zuständigen Fachdienste eingerichtet. Spontane Patientenablagen sind darauf zu prüfen, ob sie am Ort strukturiert werden können oder an eine andere Stelle verlegt werden müssen.

Es ist stets zu prüfen, ob für Notfallpatienten ein Soforttransport nach 4.1.4.1 medizinisch geboten oder möglich ist. Von der Patientenablage aus werden die Patienten in eine geeignete Behandlungseinrichtung oder zu einem Behandlungsplatz transportiert.

Aufgaben an der Patientenablage sind:

- Kennzeichnung der Patientenablage
- Vorsichtung bzw. ärztliche Sichtung



- Lebensrettende Sofortmaßnahmen und medizinische Erstversorgung
- Ausstattung der Patienten mit Anhängerkarten für Verletzte/Erkrankte mit eindeutig identifizierender Patienten Kennzeichnung oder elektronische Erfassung mit einem dafür geeigneten System
- Bei Soforttransporten Übergabe der Patienten an Rettungsmittel zum direkten Transport in geeignete Behandlungseinrichtungen
- Stabilisierung und ggf. Transport zum Behandlungsplatz

#### **4.1.3 Behandlungsplatz (BHP)**

Der Behandlungsplatz ist eine Einrichtung mit einer vorgegebenen Struktur, in der Verletzte und/oder Erkrankte nach einer Sichtung notfallmedizinisch versorgt werden. Von dort erfolgt der Transport in weiterführende medizinische Versorgungseinrichtungen.

Ein Behandlungsplatz wird errichtet, wenn nicht ausreichend Transportmittel oder Kapazitäten in geeigneten Behandlungseinrichtungen zur Verfügung stehen. Der Behandlungsplatz ist auf eine notfallmedizinische Behandlung bis zum Transport ausgerichtet. Näheres siehe Anlage Nr. 6 („Behandlungsplatz“).

Die Einrichtung eines Behandlungsplatzes bewirkt

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

#### **4.1.4 Transportorganisation**

Der Einsatzabschnitt Transportorganisation stellt den Patiententransport in geeignete Behandlungseinrichtungen sicher und dokumentiert dies. Der Einsatzabschnitt in der Verantwortung eines Einsatzabschnittsleiters (Transportkoordinator) übernimmt die Disposition der dafür geeigneten und verfügbaren Transportmittel.

##### **4.1.4.1 Soforttransport**

Der Soforttransport von vital bedrohten Notfallpatienten in die nächste geeignete aufnahmebereite Behandlungseinrichtung hat in der Regel Priorität vor der Behandlung vor Ort. Sofern der Soforttransport eines Patienten medizinisch geboten und unter Berücksichtigung des Gefahrenpotenzials möglich ist, soll ein unmittelbarer Transport in eine geeignete Behandlungseinrichtung erfolgen. In Frage kommen in der Regel Patienten der Sichtungskategorie I. Der Transport ist dabei grundsätzlich ärztlich freizugeben. Bezüglich des Beförderungszieles sind § 8 AVBayRDG und regional erstellte Verteilungskonzepte zu berücksichtigen. Die Dokumentation bzw. Registrierung ist sicherzustellen.

##### **4.1.4.2 Rettungsmittelhalteplatz**

Ein Rettungsmittelhalteplatz ist eine Stelle, an der Rettungsmittel gesammelt werden, um von dort zum Transport von Patienten von der Patientenablage oder dem Behandlungsplatz abgerufen zu werden. Der Integrierten Leitstelle sind der Ort und die Erreichbarkeit mitzuteilen.

Der Rettungsmittelhalteplatz ist eine weitere Sonderform des Bereitstellungsraums für Einheiten des Rettungs-, Sanitäts- und Betreuungsdienstes. Idealerweise werden die Fahrzeuge nach Typen (Notarztrettungsmittel, Rettungswagen, Krankentransportwagen Typ A<sub>2</sub> und B) geordnet aufgestellt. Ein Rettungsmittelhalteplatz sollte räumlich günstig zu vorhandenen Patientenablagen oder Behandlungsplätzen eingerichtet werden.

#### **4.1.4.3 Ladezone**

Weiteres zentrales Element der Transportorganisation ist die Ladezone. In diesem Bereich erfolgt die Zusammenführung von Notfallpatienten und Transportmittel. Bei der Aufstellung der Fahrzeuge sind die verfügbaren Flächen und der erforderliche Raumbedarf für das Be- und Entladen zu berücksichtigen. Zwischen Ladezone, Rettungsmittelhalteplatz und integrierter Leitstelle müssen Kommunikationswege verfügbar sein. Rettungsmittelhalteplatz und Ladezone sollen in räumlicher Nähe zueinander eingerichtet werden. Ausstattung und Umfang der Abschnittsleitung sind der Lage anzupassen.

## **4.2 Betreuung von Betroffenen**

Ein Betroffener ist eine Person, die durch ein Schadensereignis bedroht wird oder geschädigt wurde, ohne verletzt oder erkrankt zu sein.

Bei Schadenlagen muss stets mit Betroffenen gerechnet werden, die einer Betreuung bedürfen. Auch wenn der erste Einsatzschwerpunkt immer auf der adäquaten Versorgung Verletzter ruht, ist der zeitliche Vorlauf von Betreuungsmaßnahmen zu berücksichtigen. Eine frühzeitige Lagefeststellung und Beurteilung der nach Art, Schwere und Umfang der Schadenlage zu erwartenden Anzahl an Betroffenen und deren Betreuungsbedarf ist daher geboten.

Für Betroffene und deren Angehörige, die keine notfallmedizinische Behandlung benötigen, sind mindestens eine Anlaufstelle und eine Betreuungsstelle oder ein Betreuungsplatz in Abhängigkeit der örtlichen Gegebenheiten und der Anzahl der Betroffenen einzurichten. Folgende Aufgabenbereiche sind dort zu berücksichtigen:

- Soziale Betreuung inklusive psychosozialer Notfallversorgung
- Sicherstellung einer rettungs- und sanitätsdienstlichen Versorgung
- Unterbringung
- Verpflegung und Versorgung
- Transport
- Registrierung und Dokumentation

Eine enge Abstimmung mit der einsatztaktischen Betreuung der Polizei ist erforderlich.

Die Einsatzkräfte des Betreuungsdienstes sollen über Grundkenntnisse und Fähigkeiten der Psychosozialen Unterstützung (psychische Erste Hilfe) verfügen. Spezielle Fachkräfte aus dem Bereich Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) müssen entsprechend der Notwendigkeit in diesen Einsatzabschnitt integriert werden.

#### **4.2.1 Anlaufstelle für Betroffene**

Eine Anlaufstelle ist ein Platz oder eine Einrichtung für Betroffene, von der aus der Weitertransport zu einer Betreuungsstelle erfolgt, sie ist eindeutig zu kennzeichnen. Folgende Aufgaben werden dort wahrgenommen:

- Auffangen und aktives Einsammeln der Betroffenen
- Information über weitere Maßnahmen
- Feststellung von Bedürfnissen und Erwartungen der Betroffenen
- Beginn der Registrierung, sofern zeitlich machbar
- Gezieltes und von Einsatzkräften begleitetes Weiterleiten

Die Anlaufstelle kann mobil oder ortsfest eingerichtet werden. Als Planungsansatz kann von 50 Betroffenen pro Stunde ausgegangen werden, die eine Anlaufstelle betreuen kann. Eine Abstimmung zwischen betreuenden und versorgenden Abschnitten ist zu gewährleisten.

#### **4.2.2 Betreuungsstelle**

Die Betreuungsstelle ist eine feste Örtlichkeit oder in Zelten untergebrachte Einrichtung, in der Betroffene sozial betreut und gepflegt werden können. Die Betreuungsstelle ist eine Vorstufe zum Betreuungsplatz und erfüllt folgende Aufgaben:

- Bereitstellen von Parkmöglichkeiten
- Bereitstellen von Aufenthaltsbereichen
- Information und Registrierung der Betroffenen
- Bereitstellung sanitätsdienstlicher Versorgung
- Bereitstellung psychosozialer Notfallversorgung
- Ausgabe von Kalt- und Warmverpflegung sowie von Getränken je nach Witterung und Tageszeit

Als Planungsgröße kann von 200 zu Betreuenden pro Betreuungsstelle ausgegangen werden. Eine Mischung von Betroffenen und Einsatzkräften in einer Betreuungsstelle ist nach Möglichkeit zu vermeiden.

#### **4.2.3 Betreuungsplatz**

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

Eingerichtet und betrieben wird ein Betreuungsplatz von einem Hilfeleistungskontingente Betreuung.

#### **4.3. Langandauernde Einsätze**

Bei langandauernden Einsätzen ist die Notwendigkeit der Unterbringung unverletzter Betroffener in Notunterkünften in Absprache mit den Fachkräften und Fachbehörden zu prüfen und zu veranlassen.

## **5. Raumordnung zur logistischen Unterstützung**

### **5.1 Bereitstellungsraum Massenansturm**

Der Bereitstellungsraum Massenansturm ist eine Stelle, an der Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder auch in Reserve gehalten werden.

Bereitstellungsräume können nach verschiedenen Kriterien eingerichtet werden.

- Nach den Organisationen (Feuerwehr oder Rettungs-, Sanitäts-, Betreuungsdienst, Technisches Hilfswerk) aber auch als gemischter Bereitstellungsraum
- Nach der vermutlichen Verweildauer der Einheiten (Halteposition bis Ende der ersten Erkundung, Parkplatz für Ablöse- oder Reservekräfte, Feldlager für Einsatzkräfte u. -mittel)
- Nach der Ausstattung (mit oder ohne Meldekopf, mit Führungsstelle, mit Lotsenstellen)

Der Bereitstellungsraum Massenansturm benötigt eine eigene Führung und Logistik. Der Einsatz von Lotsen kann sinnvoll sein.

In jedem Rettungsdienstbereich sollten mehrere geeignete Bereitstellungsräume Massenansturm an potentiellen Schadensschwerpunkten im Voraus festgelegt werden. Diese sollen bis zur Verbandsstärke ausgelegt sein. Sollte im Einsatzfall kein geeigneter vorgeplanter Bereitstellungsraum zur Verfügung stehen, ist durch die ILS ein geeigneter Verfügungsraum festzulegen.

### **5.2 Verfügungsraum**

Ein Verfügungsraum ist ein Sonderfall und entspricht einem vorläufigen Bereitstellungsraum,

- der im Zuge der Erstalarmierung für ein größeres Schadensereignis
- durch die zuständige Integrierte Leitstelle festgelegt und
- den anrückenden Kräften auf geeignete Weise (Alarmschreiben, Funk) bekannt gegeben wird.

Die Wahl des Verfügungsraums soll der späteren Raumordnung durch die Einsatzleitung nicht vorgehen oder diese beeinträchtigen. Durch die schnelle Bekanntgabe eines Verfügungsraums wird aber eine Blockade des unmittelbaren Schadensortes durch ziellos anfahrende Kräfte vermieden. Wird der Verfügungsraum durch die Einsatzleitung bestätigt, wird er zum Bereitstellungsraum Massenansturm.

### **5.3 Bereitstellungsraum Luft**

Bei der Planung für einen Massenansturm von Notfallpatienten ist neben den bodengebundenen Rettungskräften der Einsatz von Luftrettungsmitteln zum Transport von Patienten über größere Entfernungen zu berücksichtigen. Durch Transport von Patienten zu weiter entfernten Behandlungskapazitäten wird die Gefahr der Überlastung der nahegelegenen Krankenhäuser reduziert. Für den gleichzeitigen Einsatz mehrerer Hubschrauber unterschiedlichen Typs und Größe sind im Rahmen der Vorausplanung durch die zuständige Sicherheits- und Katastrophenschutzbehörde geeignete Hubschrauberlandestellen zu identifizieren und festzulegen. Dabei ist zu berücksichtigen:

- Platzbedarf und Umgebung sind auf ungehinderte Landung und Start mehrerer Hubschrauber unterschiedlicher Größe ausulegen
- Die gleichzeitige Landung von bis zu 4 Rettungshubschraubern erfordert ca. 2.500 qm Fläche
- Meldekopf, Ausleuchtung, Absperrung und der Brandschutz sind sicherzustellen und eine Betankungsmöglichkeit vorzusehen
- Vorab festgelegte Landestellen sind von der zuständigen Sicherheits- und Katastrophenschutzbehörde der ILS und den Hubschrauberstandorten in geeigneter Weise mitzuteilen
- Im konkreten Einsatzfall ist eine sachkundige Erkundung der Landestelle notwendig
- Der erste eintreffende Luftrettungsmittelführer koordiniert den Luftverkehr. Er arbeitet mit dem Leiter des Bereitstellungsraums Luft zusammen. Es gelten die Vorschriften des Luftverkehrsrechts

## **6. Kennzeichnung und Dokumentation**

Die Kennzeichnung und Dokumentation der Patienten erfolgt mittels eines landesweit einheitlichen Dokumentationssystems, der „Anhängekarte für Verletzte/Kranke“ und entsprechender Einsatzprotokolle (siehe Nr. 7. Registrierung).

In der Regel wird bereits an der Patientenablage mit der Kennzeichnung der Patienten und der Dokumentation der medizinischen Behandlung begonnen. Insbesondere die Sichtungskategorie muss mittels der Anhängekarte farblich am Patienten ersichtlich sein.

## **7. Registrierung**

Die Registrierung der Patienten ab der ersten Stufe der Einsatzstichwörter „MANV“ erfolgt bis zur Einführung technisch ausgereifter elektronischer Registrierungskonzepte mit der einheitlichen Anhängekarte für Verletzte/Kranke.

In frühen Einsatzphasen ist zu beachten, dass möglichst schon bei der Erstregistrierung in Verbindung mit einer Sichtung bzw. Vorsichtung folgende Daten sowohl auf der Außenseite der Anhängekarte, als auch auf einer Patientenübersicht dokumentiert werden:

- Eindeutiger Patientenidentifikator
- Sichtungskategorie (kann sich im Laufe der medizinischen Versorgung ändern)
- Geschlecht

- Alter (ggf. geschätzt)
- ggf. Fundort des Patienten

## **8. Verteilungskonzept**

Für die Verteilung der Patienten sollte grundsätzlich in jedem Rettungsdienstbereich ein Verteilungskonzept vorhanden sein, um eine größere Anzahl von Notfallpatienten innerhalb der medizinisch notwendigen Zeiträume den dafür geeigneten Behandlungseinrichtungen zuweisen zu können.

Das Verteilungskonzept für einen Massenansturm von Notfallpatienten (z.B. ein Wellenplan) wird durch die SanEL im Benehmen mit der ILS in Kraft gesetzt.

## **9. Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)**

Der Einsatz der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) muss durch die SanEL frühzeitig geprüft und koordiniert werden. Dabei muss zwischen den Zielgruppen von PSNV-Maßnahmen für Einsatzkräfte (PSNV-E) und für Betroffene (PSNV-B) unterschieden werden. Die Richtlinie erfasst dabei nur umfassende Regelungen der PSNV im Zusammenhang mit der Abarbeitung der MAN-RL im Umfeld des Einsatzes.

Näheres ist in Anlage 7 (Psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B)) beschrieben.

## **10. Überregionale Hilfeleistung bei einem Massenansturm an Notfallpatienten und Betroffenen**

Dieser Sachverhalt wird gesondert geregelt. Das IMS vom 29.10.2009 „Länder- und staatenübergreifende Katastrophenhilfe sowie überregionale Katastrophenhilfe innerhalb Bayerns“ ist zu berücksichtigen.

## **11. 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. einem Massenansturm von Patienten im Sinne dieser Hinweise ein über das Routine-Qualitätsmanagement hinausgehendes Qualitätsmanagement durchgeführt werden. Dies wird durch die im BayRDG mit dem Qualitätsmanagement betrauten Personen und Organisationen konzipiert und umgesetzt. Bei der Umsetzung sind alle weiteren Einsatzbeteiligten einzubeziehen.

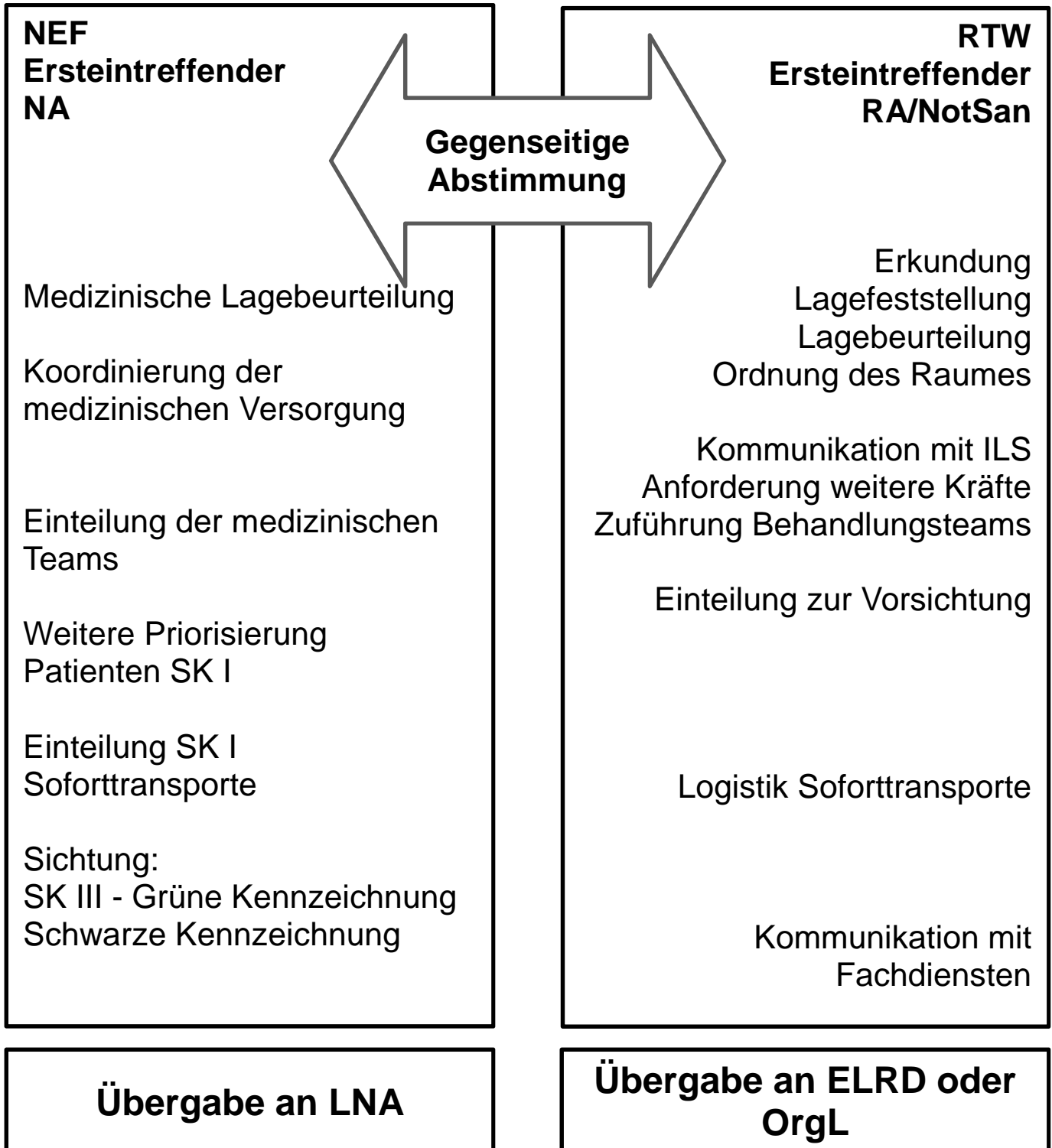
Hierzu werden alle Einsätze des Rettungsdienstes mit erhöhtem Koordinierungsbedarf bzw. einem Massenansturm von Notfallpatienten mit den erforderlichen einsatztaktischen und medizinischen Daten dokumentiert, einbezogen und ausgewertet („Anlage 8 Qualitätsmanagement“). Eine wissenschaftliche Begleitung des Qualitätsmanagements ist erforderlich.

**Aufgaben des ersteintreffenden Rettungsmittels**

- Bestätigung der Übernahme der Funktion als ersteintreffendes Rettungsmittel.
- Kurze Rückmeldung mit einem ersten Eindruck („**Lage auf Sicht**“) an die ILS, unmittelbar beim Eintreffen an der Einsatzstelle über Funk.
  - Inhalte der Rückmeldung
    - Bestätigung bzw. Korrektur des Einsatzortes
    - Bestätigung der Einsatzmeldung oder Meldung einer offensichtlichen Diskrepanz zur Lage vor Ort
    - Mitteilung offensichtlicher und der ILS noch nicht bekannter Gefahren an der Einsatzstelle (z.B. Gefahrgut, Feuer, Explosion)
- Zeitnah Abgabe einer **Lagemeldung nach Erkundung der Schadenstelle**. Erfolgt keine Lagemeldung durch das ersteintreffende Einsatzmittel, so ist diese durch die ILS aktiv einzufordern.
  - Inhalte der Lagemeldung:
    - Gefahren an der Einsatzstelle
    - Schätzung über die Anzahl der erkrankten oder verletzten Personen (Art und Ausmaß) sowie der Betroffenen
    - Ggf. erste Nachforderung
    - Einsatztaktische Hinweise für nachrückende Einsatzkräfte
    - Erreichbarkeit des ersteintreffenden Rettungsmittels
- Weitere Maßnahmen nach der Lagemeldung sind insbesondere:
  - Sicherheit an der Einsatzstelle beachten
  - Abstimmung mit ÖEL (sofern im Einsatz) und anderen Fachdiensten (z.B. Feuerwehr, Polizei)
  - Organisation von Maßnahmen der medizinischen Erstversorgung
  - Übernahme der vorläufigen Einsatzführung und ggf. Organisation der Vorsichtung gemäß Anlage Nr. 2 „Einsatztaktik – Checkliste Vorsichtung“
- Die Verfahrensweisen bei „Besonderen Einsatzlagen“ (Terror, Terrorverdacht sowie unklare anhaltende Bedrohungslagen) sind in einer gesonderten Empfehlung „REBEL“ dargelegt.

**Einsatztaktik Bayern**  
**Massenanfall von Notfallpatienten**  
**Einsätze mit Koordinierungsbedarf und Einsatz der SanEL**

**Aufgaben in der vorläufigen Einsatzführung**





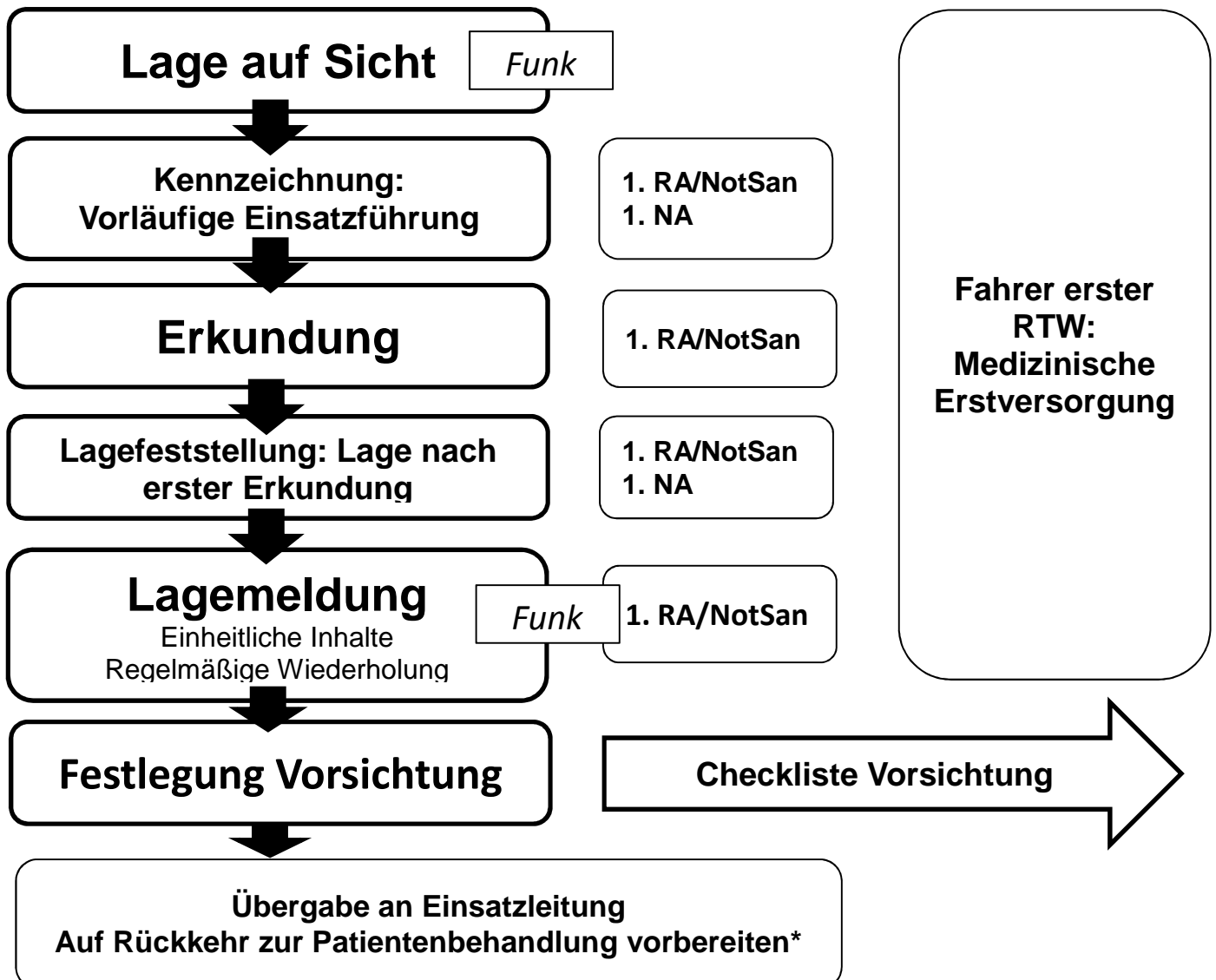
# Einsatztaktik Bayern

## Massenansturm von Notfallpatienten

### Einsätze mit Koordinierungsbedarf und Einsatz der SanEL

## Checkliste ersteintreffende Rettungsmittel

<b>Checkliste Gefahren</b> Atemgifte Angstreaktion Ausbreitung Atomare Strahlung	<b>!</b> <b>Eigenschutz beachten!</b>	Chemische Stoffe Erkrankungen Explosion Einsturz Elektrizität
--	--	---



\*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.

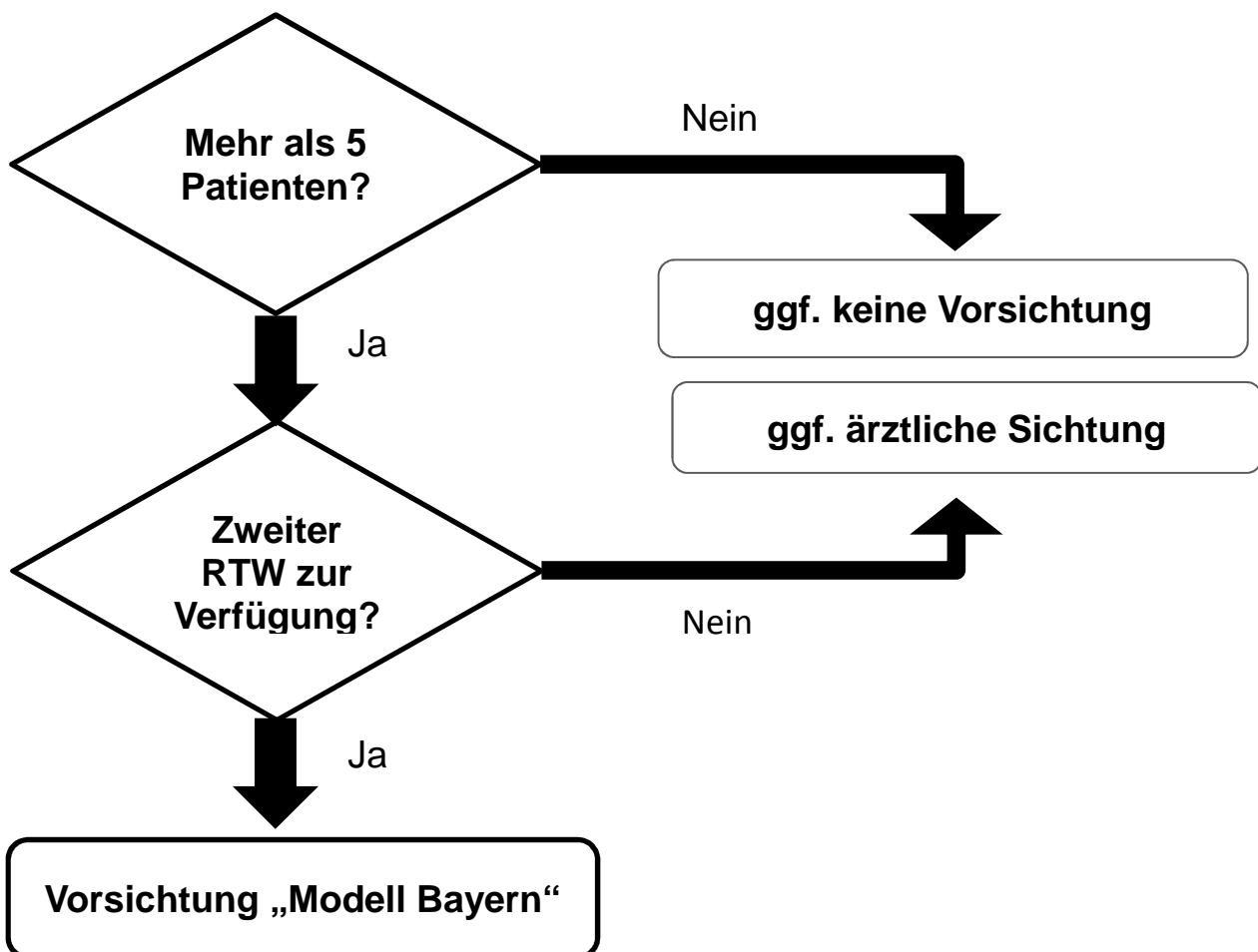
## Einsatztaktik Bayern

Anlage 2 Seite 3

### Massenanfall von Notfallpatienten Einsätze mit Koordinierungsbedarf und Einsatz der SanEL

## Checkliste Vorsichtung

Festlegung Vorsichtung durch 1. RA/NotSan und 1. NA


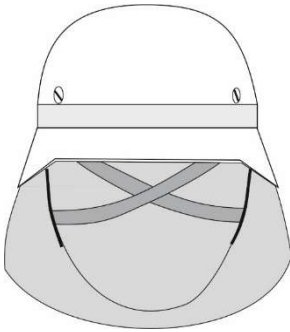
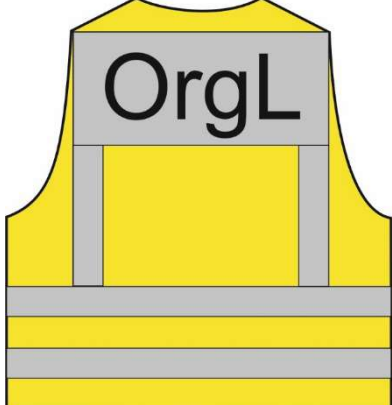

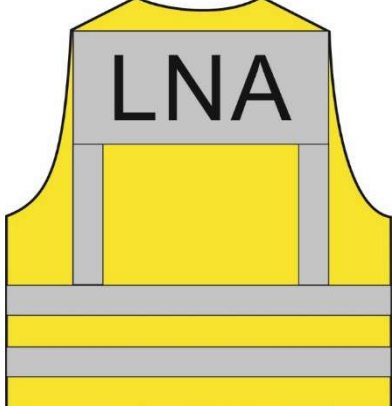



**Ärztliche Sichtung Patienten SK III (grün) auf SHT!**  
**Ärztliche Sichtung schwarz gekennzeichnete Patienten!**  
**Wiederholte Sichtung für alle Sichtungskategorien!**

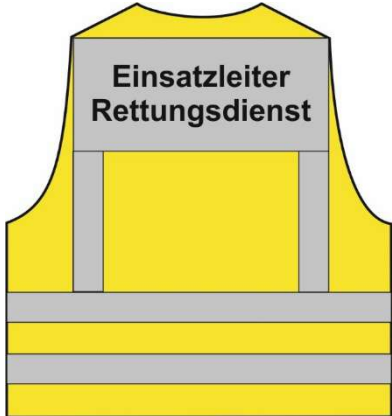

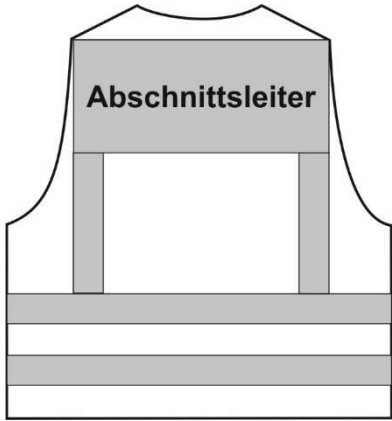

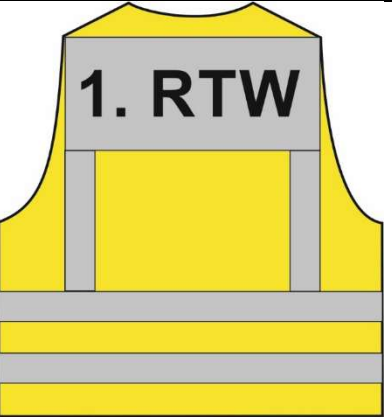
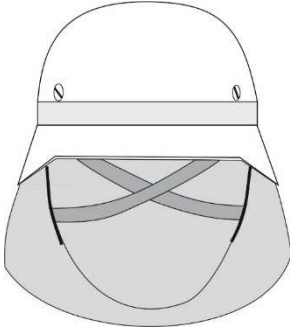
**Kennzeichnung von Führungskräften**

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 ganz mehrheitlich eine Einheitlichkeit gegeben. Entscheidend für die Aussagekraft der Kennzeichnung sind ein disziplinierter Umgang und insbesondere der Wechsel der Weste bei einem Funktionswechsel.

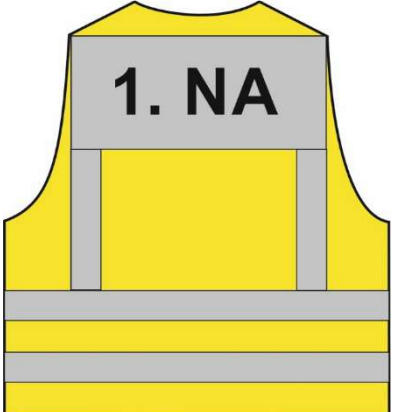
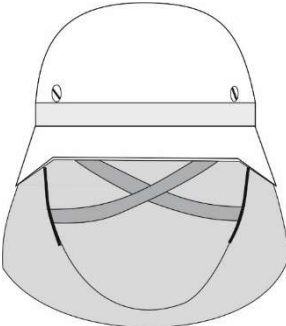
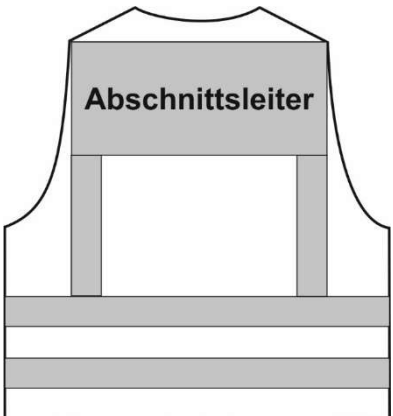



Die nachfolgende Darstellung dient der Vereinheitlichung der Kennzeichnung im Einsatz und hat empfehlenden Charakter. Die RAL-Angaben zur Farbgebung dienen nur zur Orientierung.

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

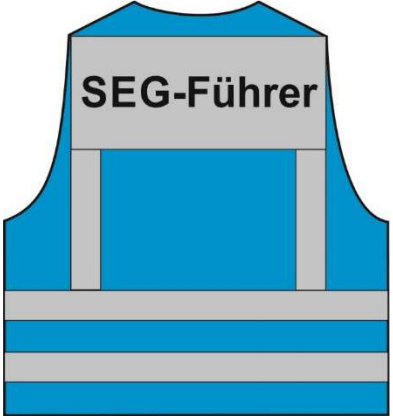

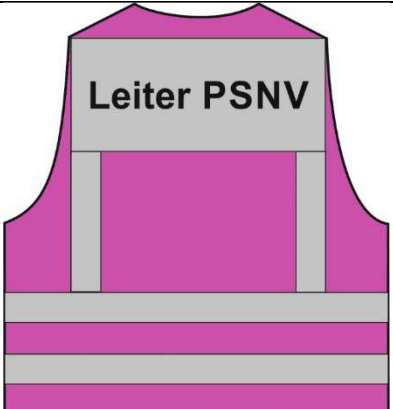

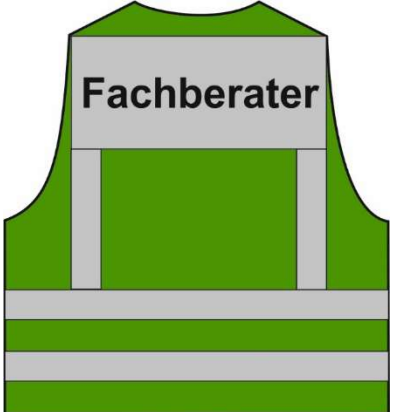


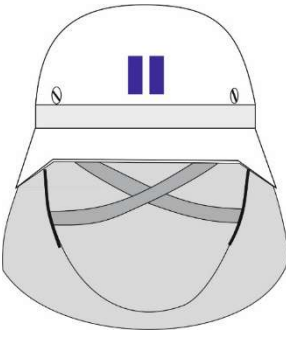
**Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenansturm von Notfallpatienten und Betroffenen**

		<p><b>Einsatzleiter Rettungsdienst (ELRD)</b></p> <p>Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p>Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau</p> <p>Analoge Ausführung: Einsatzleiter Wasserrettung Einsatzleiter Berg-/Höhlenrettung</p> <p><b>Kennzeichnung wird nach Übernahme durch OrgL abgelegt!</b></p>
		<p><b>Einsatzleiter Rettungsdienst (ELRD)</b> in der Funktion als Abschnittsleiter nach Übernahme durch die SanEL</p> <p>Farbe: Reinweiß (RAL 9010) Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p>Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau</p> <p><b>Kennzeichnung wird nach Übernahme durch OrgL angelegt!</b></p>
		<p><b>Ersteintreffender Notfallsanitäter oder Rettungsassistent</b></p> <p>Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p><b>Kennzeichnung wird nach Übernahme durch ELRD/OrgL abgelegt!</b></p>




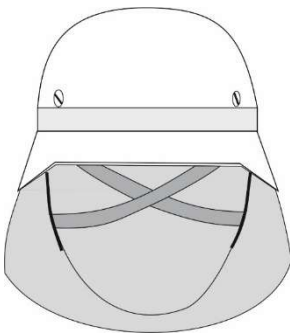
**Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenansturm von Notfallpatienten und Betroffenen**

		<p><b>Erstentreffender Notarzt</b></p> <p>Farbe: Leuchtgelb (RAL 1026)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p><b>Kennzeichnung wird nach Übernahme durch LNA abgelegt!</b></p>
		<p><b>Abschnittsleiter</b></p> <p>Farbe: Reinweiß (RAL 9010)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p>Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau</p> <p><b>Kennzeichnung wird nach Übernahme durch OrgL vom ELRD, ELBHR, ELWR angelegt!</b></p> <p>Es wird empfohlen, eine Kennzeichnung der Weste zur Unterscheidung der Abschnitte (EA 1, EA 2 ... oder EA Schaden, EA BHP, EA Wasserrettung etc.) vorzusehen.</p>
		<p><b>Zugführer</b></p> <p>Farbe: Karminrot (RAL 3002)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p>Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 20 mm, Farbe Blau</p>

**Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenansturm von Notfallpatienten und Betroffenen**

		<p><b>SEG-Führer</b></p> <p>Farbe: Verkehrsblau (RAL 5017)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p>Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 10 mm, Farbe Blau</p>
		<p><b>Leiter PSNV</b></p> <p>Farbe: Blaulila (RAL 4005)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p>
		<p><b>Fachberater oder Sonderfunktion</b></p> <p>Farbe: Smaragdgrün (RAL 6001)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p>Mit Angabe der Fachrichtung zum ABC, Pressesprecher etc.</p>
		<p><b>Führer eines Hilfeleistungskontingents im Sanitäts- und Betreuungsdienst</b></p> <p>Farbe: Reinweiß (RAL 9010) mit weiß-blauem Karomuster</p> <p>Schriftzug: Blau auf silber-reflex</p> <p>Helm: 2 wasserbeständige Klebestreifen als Balken, Größe 9 x 40 mm, Farbe Blau, 2 mm über Reflexstreifen, Abstand der Balken 3 mm</p> <p><i>Offizielle Weste des StMI Modell Bayern</i></p>

**Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem  
Massenanfall von Notfallpatienten und Betroffenen**

 <p>Gruppenführer Sanitätsdienst</p>		<p><b>Gruppenführer Sanitätsdienst</b></p> <p>Farbe: Verkehrsblau (RAL 5017)</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p> <p>Helm: witterungsbeständiges, geschlossenes Gummi- oder Klebeband, Breite 10 mm, Farbe Blau</p>
 <p>Vorsicht</p>		<p><b>Vorsichtsteam</b></p> <p>Farbe: Karminrot (RAL 3002) mit rot-gelbem Karomuster</p> <p>Schriftzug: Tiefschwarz (RAL 9005)</p>

**Sanitätseinsatzleitung (SanEL) mit Unterstützungsgruppe Sanitätseinsatzleitung (UG  
SanEL)**

**1. Sanitätseinsatzleitung (§13 Abs. 2 AVBayRDG)**

Die Sanitätseinsatzleitung besteht aus dem Leitenden Notarzt (LNA) und dem Organisatorischen Leiter (OrgL).

**1.1 Leitender Notarzt (LNA)**

Aufgaben:

Der Leitende Notarzt übernimmt alle Leitungsaufgaben im medizinischen Bereich. Er hat alle medizinischen Maßnahmen am Schadensort zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen.

Der Leitende Notarzt nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

➤ **Feststellung und Beurteilung der Lage aus medizinischer Sicht**

*Medizinische Lagebeurteilung*

- Art des Schadens
- Art der Verletzungen/Erkrankungen
- Anzahl Verletzter/Erkrankter
- Intensität/Ausmaß der Schädigung
- Zusatzgefährdungen
- 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 Transportkapazität
- Stationäre und ambulante Behandlungskapazität



- **Durchführung des medizinischen Einsatzes**  
Dem LNA hat die medizinische Einsatzleitung mit der Verantwortung für die bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten.
- **Abstimmung mit dem OrgL damit**
  - Vorsichtung, Sichtung und Priorisierung, insbesondere für Soforttransporte
  - medizinische Versorgung
  - Transportim erforderlichen Umfang durchgeführt werden.

Der LNA veranlasst, dass Behandlungs- und Transportprioritäten – insbesondere Soforttransporte - sowie geeignete Transportmittel und die notwendigen Anforderungen an die Transportziele festgelegt werden.

## **1.2 Organisatorischer Leiter (OrgL)**

Aufgaben:

Der Organisatorische Leiter ist zuständig und verantwortlich für die gesamte organisatorische Abwicklung der rettungs-/sanitätsdienstlichen Bewältigung von Schadensereignissen mit einer größeren Anzahl Notfallpatienten.

Der Organisatorische Leiter nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- **Feststellung und Beurteilung der Schadenslage aus taktisch-organisatorischer Sicht**

*Taktische Lage*

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

*Vorhandenes Einsatzpotenzial*

- Kräfte, Einheiten
  - Medizinisches Material (Geräte und Medikamente)
  - Transportkapazität
- **Organisatorische Leitung des Einsatzes der Kräfte des Rettungsdienstes und des Sanitäts- und Betreuungsdienstes sowie der UG SanEL**
- Beurteilung der Örtlichkeit und Einrichtung von Patientenablagen, Behandlungsplätzen, Anlaufstellen für Betroffene, Betreuungsstellen oder -plätzen sowie Bereitstellungsräumen für Land- und Luftrettungsmittel oder Rettungsmittelhalteplätze im Zuge der Transportorganisation
  - Regelung der Patientenerfassung
  - Organisation des Patientenabtransports (in Abstimmung mit der Integrierte Leitstelle und unter Berücksichtigung der Festlegungen des LNA)
- **Verbindung zur Integrierten Leitstelle und zur Örtlichen Einsatzleitung**
- Anforderung/Nachforderung von Einsatzpotenzial bei der Integrierten Leitstelle in Abstimmung mit dem beziehungsweise auf Anforderung des LNA
  - Lagemeldungen an Integrierte Leitstelle
  - Anforderungen und Lagemeldungen an die Örtliche Einsatzleitung

**2. Unterstützungsgruppe Sanitätseinsatzleitung (UG SanEL)**

Aufgaben:

Die UG SanEL unterstützt die Sanitätseinsatzleitung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Der Organisatorische Leiter und der Leitende Notarzt sind für ihren jeweiligen Aufgabenbereich weisungsbefugt gegenüber allen Mitgliedern der UG SanEL.

Die UG SanEL unterstützt die SanEL in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben

- durch Einrichtung einer geeigneten und betriebsbereiten Befehlsstelle für die SanEL,
- bei der Kommunikation mit über- und untergeordneten Führungsebenen auf verschiedenen Wegen (Funk, Telefon, Internet),
- bei der Sammlung und Ermittlung von für die SanEL wesentlichen Lageinformationen (Anzahl Patienten und Sichtungskategorien, Art der Verletzungen und Erkrankungen, eigene Kräftelage, Lage in den Einsatzabschnitten etc.) und insbesondere bei deren adäquater Darstellung in der Befehlsstelle,
- durch die nachvollziehbare Dokumentation von Entscheidungen der SanEL und
- bei der weiteren Leitung des Einsatzes durch OrgL und LNA nach deren Weisung.

## **2.1 Personelle Besetzung und Organisation**

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. Die Mindeststärke ist die einer Führungsstaffel (1/3). Sie besteht aus

- einem Leiter UG SanEL
- mindestens drei Mitglieder der UG SanEL.

Die Mitglieder sollen von den freiwilligen Hilfsorganisationen auf Ebene der Kreisverwaltungsbehörde im Benehmen mit den bestellten Mitgliedern der SanEL und der Kreisverwaltungsbehörde benannt werden. Nachdem die genannten Aufgaben von den einzelnen Mitgliedern der UG SanEL – unter der Leitung des Organisatorischen Leiters und des Leitenden Notarztes – weitgehend selbstständig wahrgenommen werden müssen, ist Voraussetzung für die Tätigkeit in der UG SanEL eine mehrjährige Einsatzerfahrung im Rettungs-/Sanitätsdienst.

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

Die Mitglieder der UG SanEL unterstehen hinsichtlich 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.

## **2.2 Ausbildung**

Die Ausbildung der Mitglieder der UG SanEL erfolgt durch landesweit einheitliche Lehrgänge.

## **2.3 Ausstattung**

Die Alarmierung der Mitglieder der UG SanEL erfolgt über Funkmeldeempfänger. Die Ausstattung ist sicherzustellen.

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 zur Einsatzstelle. Zu ihrer eindeutigen Kennzeichnung an der Einsatzstelle werden die Mitglieder der UG SanEL landes-einheitlich mit Warnwesten mit entsprechender farblicher Gestaltung und Aufschrift ausgestattet.

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

- 3 HRT mit Ladestationen
- eine MRT-Kfz-Funkanlage im DMO
- eine MRT-Kfz-Funkanlage im TMO
- ein Funktelefon/Handy
- ein mobiler PC (Notebook) mit der Möglichkeit zur Datenfernübertragung sowie ein mobiler Drucker
- ein mobiles Telefaxgerät für den Betrieb mit Funktelefon/Handy
- die zur Verletzenerfassung erforderliche Ausstattung.

## **3. Alarmierung der SanEL und UG SanEL**

Die SanEL mit UGSanEL ist entsprechend der Alarmierungsplanung zu alarmieren.

Erfolgt die Alarmierung der SanEL aufgrund eines besonderen Koordinierungsbedarfs, ist die UG SanEL auf Anforderung der SanEL von der Integrierten Leitstelle zu alarmieren. In der Regel besteht ab der Alarmierungsstufe RD5 aufgrund der vorgesehenen Vorsichtung ein besonderer Koordinierungsbedarf.

**Personelle Besetzung, Ausbildung und Ausstattung** sind in §§ 13, 14 und 15 der AVBayRDG festgelegt.

### **Vorsichtung**

Eine Priorisierung nach Behandlungsdringlichkeit und die Festlegung von Transportprioritäten sind bei einer Vielzahl von Verletzten zwingend erforderlich. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass eine nichtärztliche durchgeführte Vorsichtung aufgrund der anfangs eingeschränkten Ressourcen die Regel darstellt. Sie dient der Verkürzung der Zeitspanne zur Identifikation der lebensbedrohlich betroffenen Patienten.

Die Voraussetzungen zum Beginn einer Vorsichtung sind in der Anlage 2 festgelegt. Die Bezeichnung als nichtärztliche Vorsichtung schließt eine Nutzung des verwendeten Algorithmus durch Ärzte nicht aus. Sichtung selbst ist entsprechend der Stellungnahme der Bundesärztekammer eine ärztliche Aufgabe.

Das Konzept zur nichtärztlichen Vorsichtung für die Indikationen Trauma und chemische Intoxikation ab dem Schulkindalter wurde von der Arbeitsgruppe Massenansturm des ÄLRD-Ausschusses erarbeitet und mit Beschluss des ÄLRD-Ausschusses unter den Beteiligten des Rettungsdienstes in Bayern konsentiert und zur Umsetzung empfohlen (Empfehlung „Nichtärztliche Vorsichtung - Algorithmus für den Massenansturm verletzter oder chemisch intoxizierter Patienten ab dem Schulalter“, Algorithmus „Modell Bayern“ in folgender Abb. 1). Die Empfehlung für die Vorsichtung ist nach dem Stand der jeweiligen Erkenntnisse laufend fortzuschreiben. Dieses Konzept soll bayernweit einheitlich geschult und angewendet werden.

Die zur Einführung der Vorsichtung erforderliche Schulung, Zertifizierung und der Kompetenzerhalt der Einsatzkräfte und die Einbettung in die Einsatztaktik erfolgen anhand der Anlage 2 („Einsatztaktik Bayern“) und des folgenden Absatzes Schulung, Zertifizierung und Kompetenzerhalt Vorsichtung.

### **Schulung, Zertifizierung und Kompetenzerhalt Vorsichtung**

Die Schulung der mit nichtärztlicher Vorsichtung befassten Kräfte erfolgt durch Multiplikatoren, die Notärzte, Lehrrettungsassistenten, Fachlehrer für Notfallmedizin, Dozenten im Rettungsdienst, Praxisanleiter im Sinne des Notfallsanitätsgesetzes, OrgL mit Mindestqualifikation Rettungsassistent und entsprechender pädagogischer Ausbildung und ELRD mit entsprechender pädagogischer Ausbildung sein können.

Die Tätigkeit in der Anwenderschulung setzt eine Schulung als Multiplikator für Vorsichtung entsprechend dem „Modell Bayern“ oder ersatzweise als Multiplikator für mSTaRT oder ASAV mit einer ausreichenden Einweisung auf die Inhalte des „Modell Bayern“ voraus. Eine Multiplikatoren-ausbildung für das „Modell Bayern“ soll 8 Unterrichtseinheiten (UE) umfassen, eine Sichtungsübung enthalten und mit einer Zertifizierung abschließen. Die kontinuierliche und regelmäßige Aktualisierung des Wissens- und Fähigkeitsstandes ist zu gewährleisten.

Die Schulung der mit nichtärztlicher Vorsichtung befassten Kräfte soll 4 UE umfassen, theoretischen Unterricht und eine Sichtungsübung enthalten und mit einer Zertifizierung abschließen. Bestehende Anwenderschulungen in mSTaRT und ASAV können im Zeitumfang berücksichtigt werden.

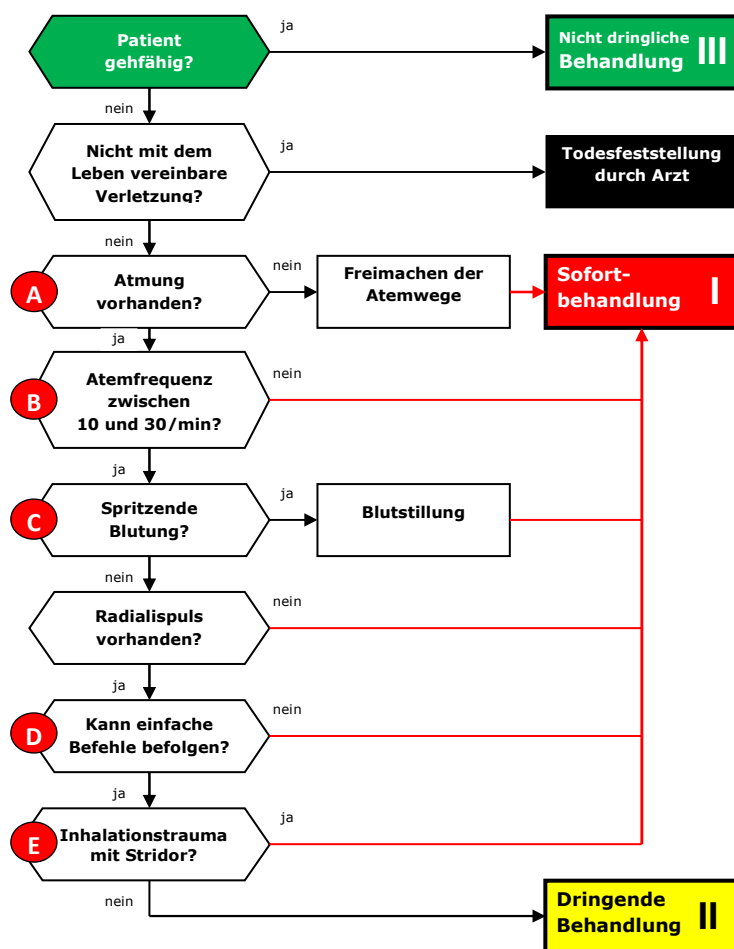
# Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenanfall von Notfallpatienten und Betroffenen

Zum Kompetenzerhalt der Anwender soll eine jährlich zu absolvierende, zertifizierte elektronische Lerneinheit (empfohlener Zeitrahmen 45 min) und eine vierjährige Präsenz-Schulung (empfohlener Zeitrahmen 2 h) erfolgen.

Unabhängig von den Regelungen zur konkreten Durchführung sollen im Sinne einer zu erbringenden Teamleistung alle Mitarbeiter des Rettungsdienstes in Vorsichtung geschult werden. Die Schulung und Zertifizierung zur Vorsichtung ist keine arbeitsrechtliche Voraussetzung zur Tätigkeit im Rettungsdienst.

Die landesweit einheitlichen Rahmenvorlagen für die Schulung, Zertifizierung und Kompetenzerhalt werden in der AG Massenanfall erarbeitet und abgestimmt.

Abbildung 1: Vorsichtungsalgorithmus „Modell Bayern“



**Behandlungsplatz (BHP)**

Zusammengefasst sind bei der Behandlung am BHP folgende Aufgaben zu leisten:

- Ärztliche Ein- und Ausgangssichtung der Notfallpatienten
- Durchführung der notfallmedizinischen Behandlung
- Eindeutige Kennzeichnung der Patienten mit Anhängekarten für Verletzte
- Registrierung der Patienten
- Ärztliche Festlegung der Transportprioritäten
- Herstellen und Aufrechterhalten der Transportfähigkeit und Übergabe der Patienten an die Transportmittel
- Abtransport nach Dringlichkeit
- Bei fehlender Behandlungsnotwendigkeit Entlassung
- Festlegung der Ausgangssichtung für den Abtransport
- Aufbau der Betriebslogistik

Der Patiententransport innerhalb des Behandlungsplatzbereiches wird durch die BHP-eigenen Kräfte und soweit verfügbar, durch Unterstützungskräfte anderer Fachdienste (z.B. Feuerwehr oder THW) sichergestellt.

Zur Strukturierung des BHP sollen einheitlich folgende räumliche und funktionelle Bereiche berücksichtigt werden:

- Eingangssichtung und Registrierung
- Behandlungsbereiche für die Sichtungskategorie I (rot), die Sichtungskategorie II (gelb) und die Sichtungskategorie III (grün).
- Ein Bereich für die Sichtungskategorie IV (blau) ist nur nach vorheriger Anordnung durch den LNA einzurichten
- Rettungsmittelhalteplatz
- Abtransport
- Totenablage nach Absprache mit der Polizei
- Technik und Logistik

**Psychosoziale Notfallversorgung für Betroffene (PSNV-B)**

Neben der Betreuung ist die Begleitung Betroffener (Überlebende, Augenzeugen, Vermisste, Angehörige, Hinterbliebene) durch die Psychosoziale Notfallversorgung ein wesentliches Element zur Bewältigung großer Schadenslagen.

Beim Einsatz von PSNV-B-Kräften ist zu beachten, dass

- eine Abstimmung mit dem Betreuungsdienst und der einsatztaktischen Betreuung der Polizei (IMS 09.09.2008, Az.: IC5-2702.71-NEU und IMS vom 28.08.2014, Az.: I C 5-2702.71-7 NEU) erfolgt.
- ggf. eine zeitlich und lagebedingt erforderliche Übergabe an die öffentliche Gesundheitsfürsorge und Behandlungseinrichtungen 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 Einsatztaktische Betreuung der Polizei

Die Alarmierung von überörtlichen Kräften kann über die „Kontinuierliche Zentralstelle für PSNV in Bayern“ stattfinden. Dies ist im Bedarfsfall über die zuständige Sicherheits- und Katastrophenschutzbehörde bzw. die Führungsgruppe Katastrophenschutz zu veranlassen.

Der Einsatzabschnitt PSNV ist bei Einsatz einer Sanitätseinsatzleitung immer dieser unterstellt. Ist die Sanitätseinsatzleitung nicht mehr und auch keine andere übergeordnete Führungsstruktur (ÖEL, FÜGK) zur Einsatzleitung eingesetzt, ist der Einsatz mit der zuständigen Sicherheitsbehörde abzustimmen.

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



## **Qualitätsmanagement**

Um die Qualität rettungsdienstlicher Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Zusammenhang mit Einsätzen des Rettungsdienstes bei Massenanfallslagen zu sichern, ist eine vergleichende Auswertung von Einsätzen mit Massenanfall von Notfallpatienten, Einsätzen mit erhöhtem Koordinierungsbedarf und Einsätzen im Zusammenhang mit Massenanfall nahen Lagen notwendig. Hierfür ist die Erfassung derartiger Ereignisse in einem Register („Massenanfall-Register“) erforderlich.

Dieses Register soll so konzipiert sein, dass auch die im Rahmen des Routine-Qualitätsmanagements von Notärzten und sonstigen am Rettungsdienst Beteiligten erfassten einsatztaktischen und medizinischen Daten einbezogen werden können. Zur Datenerhebung tragen alle am jeweiligen Einsatz beteiligten Personen und Institutionen im Rahmen des Möglichen und Notwendigen bei. Bei der Entwicklung des Massenanfall-Registers werden die Empfehlungen zu Datenstruktur und Interoperabilität der einschlägigen nationalen Fachgesellschaften und Institutionen berücksichtigt, um eine Kooperation mit anderen notfallmedizinischen Registern zu erleichtern.

Die Neutralität und Unabhängigkeit des Qualitätsmanagements, die Vorgaben der Bundesärztekammer bezüglich des ärztlichen Qualitätsmanagements und die Berücksichtigung aller relevanten Belange von Datenschutz, Datenintegrität und Datenhoheit müssen über geeignete Maßnahmen gewährleistet werden.

Die Auswertung soll anhand objektiver Kriterien eine Beurteilung und, soweit möglich, Verbesserung, folgender qualitätsbezogener Aspekte der Einsatzabwicklung der oben genannten Lagen ermöglichen:

- Häufigkeit, räumliche und zeitliche Verteilung der vorgenannten Lagen sowie deren Charakterisierung
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Abarbeitung der genannten 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 einschließlich dessen praktischer Umsetzung

## **Richtlinie zur Bewältigung von Ereignissen mit einem Massenanfall von Notfallpatienten und Betroffenen**

**Anlage 8 Seite 2**

Die Mitglieder des Rettungsdienst-Ausschusses stellen für ihren jeweiligen Einflussbereich die Bereitstellung der Daten, sowie gemeinschaftlich die Planung und Durchführung der Auswertung, sowie die wissenschaftliche Begleitung des Qualitätsmanagements sicher. Dabei bedient sich das Qualitätsmanagement der Unterstützung unter anderem der mit der Auswertung der Routine-Qualitätsmanagement-Daten beauftragten Institutionen, welche hierbei kooperativ zusammenarbeiten.