

# Einsatzablauf für die Kräfte des Rettungsdienstes bei einem MANV

<b>1. EINFÜHRUNG, HISTORIE UND BEGRIFFE</b>	<b>2</b>
1.1. ELRD-EINSATZ	2
1.2. MANV „KLEINE LAGE“	2
1.3. MANV „GROSSE LAGE“	2
1.4. MANV STUFEN	3
<b>2. SICHTUNGSPROZESS</b>	<b>3</b>
2.1. GRUNDSÄTZLICHES	3
2.2. VORSICHTUNG	5
2.3. SICHTUNG	7
<b>3. AUFGABENVERTEILUNG MANV</b>	<b>7</b>
3.1. ERSTEINTREFFENDES RETTUNGSMITTEL	7
3.2. PATIENTENABLAGE	8
3.3. ERSTEINTREFFENDES, ARZTBESETZTES RETTUNGSMITTEL	9
3.4. 2. RETTUNGSMITTEL / BEREITSTELLUNGSRAUM RETTUNGSDIENST	11
3.5. NACHRÜCKENDE RETTUNGSMITTEL	12
3.6. ÜBERSICHT AUFGABENVERTEILUNG	14
<b>4. EINSATZLEITUNG RETTUNGSDIENST</b>	<b>15</b>
4.1. ERFOLG-REGEL	15
<b>5. KOMMUNIKATIONSSTRUKTUR</b>	<b>16</b>
5.1. PHASE 1 – ELRD AUF ANFAHRT	16
5.2. PHASE 2 – ELRD VOR ORT, ERHÖHTER KOMMUNIKATIONSBEDARF	17
5.3. PHASE 3 – VOLLAUSBAU DER KOMMUNIKATIONSSTRUKTUR BEI GROSSEM EINSATZ	18
<b>6. REGISTRIERUNG UND DOKUMENTATION</b>	<b>19</b>
6.1. GRUNDSÄTZLICHES	19
6.2. ZÄHLEN BEI DER VORSICHTUNG UND IN DEN PATIENTENABLAGEN	19
6.3. ARBEITSBLATT LEITUNG ERSTVERSORGUNG	19
6.4. PATIENTENANHÄNGEKARTE	19
6.5. ÜBERSICHT RETTUNGSMITTEL	19
6.6. REGISTRIERUNG BEI TRANSPORT	19
<b>7. ANLAGEN</b>	<b>20</b>
7.1. ARBEITSBLATT – PATIENTENABLAGE	20
7.2. ARBEITSBLATT – LEITUNG ERSTVERSORGUNG	21
7.3. ARBEITSBLATT – BEREITSTELLUNGSRAUM RD	22
7.4. ARBEITSBLATT – TRANSPORTDOKUMENTATION	23
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>23</b>

# 1. Einführung, Historie und Begriffe

Mit der „Vorabinfo (Vor-)Sichtungssystem“ wurde 2016 erstmals für den saarländischen Rettungsdienst neben einem Vorsichtungssystem auch eine dezidierte Aufgabenverteilung für die ersteintreffenden Kräfte (des Regelrettungsdienstes) bei einem MANV eingeführt. In den nun zurückliegenden fast zehn Jahren konnten diese Vorgaben bei Übungen und auch Realeinsätzen angewendet werden und haben zu einer geordneten und zielgerichteten Abarbeitung beigetragen.

Allerdings konnten auch Punkte gefunden werden, an denen die Vorgaben in der realen Umsetzung auf Probleme gestoßen sind, überregionale Weiterentwicklungen neue Impulse gesetzt haben oder schlicht in der Praxis bessere Abläufe gefunden wurden. Somit ist eine grundsätzliche Re-Evaluation der Vorgaben geboten und dieses Dokument erläutert die punktuellen Anpassungen. Die im Folgenden benannten Vorgaben bieten weiterhin den Vorteil, dass sie derart skalierbar sind, dass sie sowohl auf einen kleinen MANV mit 10-15 Patienten, als auch auf Lagen mit sehr vielen Patienten anwendbar sind. Gleichzeitig zeigt die Praxis aber auch, dass über 90 % unserer MANV-Einsätze unter den genannten 10-15 Patienten liegen, weshalb wie hier eine Unterscheidung vornehmen. Im weiteren Verlauf des Dokumentes ist durch Symbole ersichtlich, ob sich der jeweilige Abschnitt auf die „kleine Lage“ oder die „große Lage“ bezieht. So soll sich gerade bei kleineren Einsätzen der Aufwand im Rahmen halten, gleichzeitig aber ein klares Umschalten unterstützt werden.

Gerade die Planung für die „große Lage“ ist dabei so ausgerichtet, dass sie bei einer über die primäre Zuständigkeit des Rettungsdienstes hinausgehenden Lage mit einer Vielzahl von Patienten Grundsteine legt, die als Fundament für einen Großeinsatz geeignet sind. Ergänzende Vorgaben zu solchen Lagen werden gesondert aufbereitet und gelten in erster Linie für Führungs- & Führungsunterstützungskräfte in einer solchen Lage.

Grundsätzlich liegt die Grenze für einen MANV Einsatz ab einer Schwelle von 5 Patienten. Die alten Bezeichnungen MANV I bis V werden nicht mehr genutzt.

## 1.1. ELRD-Einsatz

Sind bei Einsätzen mit einer Patientenzahl unter fünf dennoch LNA & OrgL beteiligt, sprechen wir von ELRD-Einsatz. Bewusst wurde hier ein Begriff wie „MANV 0“ vermieden um Irritationen zu vermeiden. Beispiele hierfür können Polizeilagen oder besondere Infektionspatienten sein, bei denen die Kräfte des Regelrettungsdienstes durch die ELRD bei der Abwicklung und Koordination mit anderen Organisationen unterstützt werden, auch wenn es sich nur um einzelne Patienten (unter fünf) handelt.



## 1.2. MANV „Kleine Lage“

Eine „Kleine Lage“ umfasst in der Regel eine Verletztenanzahl kleiner / gleich 10-15 Patienten, bzw. insgesamt ein überschaubares Ereignis welches mit leicht erhöhtem Aufwand abgearbeitet werden kann.

Die Führung des Einsatzabschnittes Rettungsdienst erfolgt **„von Vorne“**. Das heißt, dass der Leitende Notarzt und der Organisatorische Leiter Rettungsdienst neben der Führung auch die Transportorganisation übernehmen.



## 1.3. MANV „Große Lage“

Bei einer größeren Zahl von Patienten -in der Regel ab dem 16. Patienten- wird der Einsatz zu einer „Großen Lage“ wobei bei dieser Abgrenzung auch Faktoren wie die Verletzungsmuster, Ausdehnung der Einsatzstelle oder die umgebende Rettungsdienst- und Krankenhauslandschaft einfließen. Beispielsweise können evtl. 20 Leichtverletzte im städtischen Umfeld mit den Strukturen der Kleinen Lage abgearbeitet werden, bei 10 Schwerverletzte im ländlichen Raum ohne Möglichkeit der Hubschrauberunterstützung könnten die erweiterten Strukturen der Großen Lage möglicherweise hilfreich sein.

Im Gegensatz zur Kleinen Lage sollen LNA und OrgL ihren Einsatzabschnitt in der Großen Lage **„von Hinten“** führen. Das bedeutet, dass LNA und OrgL möglichst einen Einsatzleitwagen für ihre Arbeiten nutzen. Weiterhin werden je nach MANV-Stufe weitere Strukturen alarmiert um die ELRD zu unterstützen und den Einsatzabschnitt Rettungsdienst zu ergänzen.



Bei sehr großen Einsatzlagen (im Übergang zu gemeinsamen Einsätzen mit dem Katastrophenschutz) können zusätzliche besondere Vorgehensweisen zum Tragen kommen, die in diesem Konzept gesondert benannt werden.

## 1.4. MANV Stufen

Da es bundesweit keine einheitlichen Stufen in Bezug auf die tatsächlich vorhandene Patientenanzahl bei einer MANV Lage gibt, hat die alte Stufendefinition MANV I-V keine Bedeutung mehr. Stattdessen werden zusätzlich zur Klassifizierung „Kleine Lage oder Große Lage“ die MANV Stufen mit der tatsächlichen Anzahl der vorhandenen Patienten benannt, was sich auch überregional immer stärker durchsetzt.

Konkret bedeutet dies:

5 Patienten	=	MANV 5
26 Patienten	=	MANV 26

In der ILS sind für unterschiedliche Cluster jeweils Alarmierungsketten hinterlegt.

Dieses Vorgehen bedeutet, dass ggf. auch im Verlauf eines Einsatzes die MANV-Stufe stark reduziert werden kann, wenn im Verlauf der (Vor-)Sichtung erkannt wird, dass es sich vielfach um Betroffene und nicht um Patienten handelt. Hier muss lageangepasst gehandelt werden.

# 2. Sichtungsprozess

## 2.1. Grundsätzliches

Die Sichtung ist das wichtigste Werkzeug bei der Bewältigung eines Massenanfalls von Verletzten. Sie ermöglicht einen zielgerichteten und somit wirkungsvollen Einsatz der (in der Erstphase) begrenzten personellen und materiellen Ressourcen.

Grundsätzlich gelten die im Rahmen der Sichtungs-Konsensus-Konferenz im Jahr 2012 bundesweit festgelegten Sichtungskategorien (SK) bzw. die zugehörigen Kennzeichnungsfarben (Rot, Gelb, Grün, Blau, Schwarz und Weiß). Dabei wird im saarländischen Rettungsdienst die Sichtungskategorie 4 (blau: Patienten ohne Überlebenschance) in aller Regel NICHT einrichten – eine Ausnahme hiervon legt ausschließlich der LNA in enger Abstimmung mit dem Einsatzleiter fest.

	Bezeichnung	Patientenzustand	Konsequenz
Sichtungs- kategorie	<b>SK 1 / Rot</b>	Vital bedroht	Sofortbehandlung
	<b>SK 2 / Gelb</b>	Schwer verletzt / erkrankt	Dringende Behandlung
	<b>SK 3 / Grün</b>	Leicht verletzt / erkrankt	Nicht-dringliche Behandlung
	<b>SK 4 / Blau</b>	Ohne Überlebenschance	Palliative Versorgung
Kenn- zeich- nung	<b>EX (Schwarz)</b>	Tot	Kennzeichnung / Sicherung
	<b>B (Weiß)</b>	Betroffene	Betreuung

Da Sichtung per Definition eine ärztliche Aufgabe ist, gleichzeitig eine frühestmögliche Sichtung sinnvoll ist, wurde im Rahmen der 6. Sichtungs-Konsensus-Konferenz 2016 auf Bundesebene eine nichtärztliche Vorsichtung verabschiedet, bei der nur die Kategorien Rot, Gelb & Grün Verwendung finden. Es wurde empfohlen, einen Vorsichtungsalgorithmus einzuführen und auszubilden. Dem ist der ZRF für den saarländischen Rettungsdienst mit der Einführung des angepassten PRIOR-Algorithmus nachgekommen.

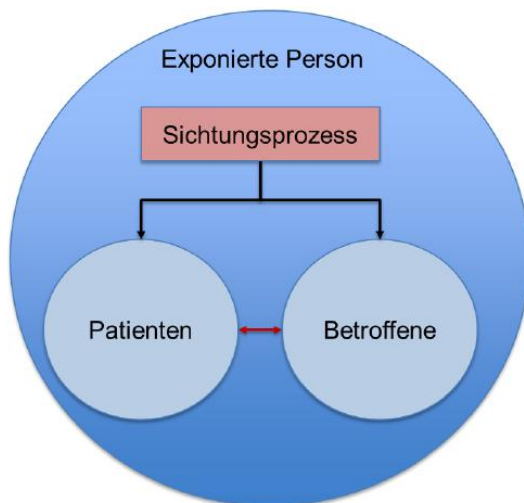
Weiterhin wurde in den Sichtungs-Konsensus-Konferenzen festgelegt, dass Sichtung ein kontinuierlicher, dynamischer Prozess ist, dessen Prozessschritte in Ersteinschätzung – Vorsichtung – Sichtung unterteilt werden. Die Ergebnisse der einzelnen Prozessschritte tragen zur taktischen Entscheidungen im Gesamtverlauf des Einsatzes bei. (BBK, 2019)

„Der Ablauf des Sichtungsprozesses wird wie folgt empfohlen:

- Ersteintreffende Einsatzkräfte nehmen eine orientierende **Ersteinschätzung** (Lage vor Ort, ungefähre Anzahl der Verletzten) vor, die der Leitstelle als erster Anhalt für weitere Alarmierungen und taktischen Entscheidungen dient.



- Im Rahmen der **Vorsichtung** werden die Verletzten nacheinander Algorithmen basiert einzeln betrachtet (vorgesichtet). Dabei erfolgt eine vorläufige, standardisierte medizinische Zustandsbeurteilung, jedoch grundsätzlich noch keine Behandlung abgesehen von definierten, lebensrettenden Sofortmaßnahmen. Vorrangiges Ziel der Vorsichtung ist es, möglichst schnell die „roten Patienten“ (SK I, vital bedroht) zu finden, die vorrangig behandelt und transportiert werden müssen. Die Vorsichtung ist keine rein ärztliche Tätigkeit, sondern kann auch von qualifiziertem medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden.
- Im Rahmen der nachfolgenden ärztlichen **Sichtung** erfolgt dann eine erneute Zustandsbeurteilung des Patienten und die Überprüfung, ob die zugeteilte Sichtungskategorie noch Bestand hat. Die ärztliche Sichtung sollte im Regelfall am Unfallort erfolgen, im Ausnahmefall (etwa bei hoher Transportpriorität) kann sie auch im aufnehmenden Krankenhaus durchgeführt werden. (BBK, 2019)



Weiterhin wurde zur besseren sprachlichen Unterscheidung festgelegt, dass alle von einem Ereignis betroffenen Personen primär als „Exponierte Personen“ bezeichnet werden und im Verlauf des Sichtsungsprozesses eine Einteilung in „Patienten“ und „Betroffene“ erfolgt. (BBK, 2019)

**Es ist im Einsatzfall darauf zu achten, dass schnellstmöglich alle Personen vorgesichtet werden, sodass alle „roten Patienten“ identifiziert werden.** Die Anzahl der vorsichtenden Einsatzkräfte ist daher durch den Notfallsanitäter des ersteintreffenden RTW oder den kommissarischen OrgL ggfs. an die Anzahl aller exponierten Personen anzupassen. Sobald die Vorsichtung abgeschlossen ist, übernehmen auch die vorher sichtigenden Einsatzkräfte die Erstversorgung und werden dabei durch nachrückende Kräfte unterstützt.

Die (Vor-)Sichtung erfolgt grundsätzlich bei Einsätzen, mit mehreren exponierten Personen, bei denen nicht sofort eine Versorgung mit individualmedizinischen Standards möglich ist. Dies sind in der Regel Einsätze zu denen die Einsatzleitung Rettungsdienst alarmiert bzw. nachgefordert wird, aber auch ohne diese kann das System bei Einsätzen (z.B. VU mit mehreren Verletzten) genutzt werden.

## 2.2. Vorsichtung

Das Vorsichtungssystem stellt eine Hilfestellung für die Vorsichtung, vor allem für das Rettungsdienstfachpersonal, dar. Es kommt dabei eine an einzelnen Punkten adaptierte Version des PRIOR-Vorsichtungssystems zum Einsatz. Dieses wurde im Auftrag der Schutzkommission des Bundes durch die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. (DGKM) und das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) entwickelt. (Bubser, Callies, Schreiber, & Grüneisen, 2014)

Das Vorsichtungssystem besteht im Saarland aus zwei Teilen. Dies sind die PRIOR-Indikatoren zur direkten Identifizierung von kritischen / roten Patienten sowie der PRIOR-Algorithmus zur vollständigen Vorsichtung. Es orientiert sich an dem bekannten cABCDE-Schema und ist sowohl für Traumata, als auch nicht traumatische Krankheitsbilder geeignet.

Das Ergebnis der Vorsichtung wird mittels eines **farblichen Armbändchens** festgehalten. (siehe 3.1.)

### 2.2.1. PRIOR-Indikatoren für vital bedrohte Patienten

Die Indikatoren sind mit rettungsdienstlicher Erfahrung leicht erkennbare Anhaltspunkte, die zur schnellen Identifikation von kritischen und somit roten Patienten dienen sollen, ohne dass der ganze Algorithmus durchlaufen werden muss.

	PRIOR-Indikator	Zusatzindikator bei Kindern
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewusstlosigkeit</li> <li>Verlegung der Atemwege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zyanose</li> </ul>
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atemstillstand</li> <li>Deutliche Atemfrequenz-Störung</li> <li>Lautes, pathologisches Atemgeräusch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nasenflügeln</li> </ul>
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fehlender Radialispuls</li> <li>Verlängerte Recap-Zeit</li> <li>Starke Blutung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blässe</li> </ul>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desorientiert bis somnolent</li> <li>Unfähig einfachen Anweisungen zu folgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lethargie</li> </ul>
<b>E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Starke Schmerzen am Körperstamm (Thorax, Abdomen, Becken)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Punktförmige Hauteinblutungen</li> </ul>

Diese Indikatoren bedeuten beim Erkennen im Rahmen der Vorsichtung, dass bei Bedarf lebensrettende Handgriffe (Atemwege freimachen, stabile Seitenlage, starke Blutung stoppen) durchzuführen sind und der Patient initial als „Rot“ gekennzeichnet wird.

### 2.2.2. Indikatoren für eine akute psychische Belastung

Im letzten Schritt des modifizierten PRIOR-Algorithmus wird zwischen grünen Patienten sowie unverletzt Betroffenen unterschieden. Merkmale für eine Kategorisierung als grüner Patient sind entweder offensichtliche, körperliche Verletzungen **oder** Anzeichen einer akuten psychischen Belastung. Anzeichen für eine akute psychische Belastung können sein:

**Hyperaktive Reaktionen** wie:

- Agitiertheit oder psychomotorische Unruhe
- affektive Reaktionen bis zu Angst-/Panikreaktionen
- Aggressivität bis hin zu eigen- und/oder fremdgefährdendem Verhalten

**Hypoaktive Reaktionen** wie:

- ausgeprägte **Desorientiertheit** bis hin zu **Wahrnehmungsveränderungen** oder **Verwirrtheit** mit zum Teil **extremer Hilflosigkeit**
- Stupor / Erstarren**
- dissoziative Symptome** (Taubheitsgefühl, Verlust von Riech- oder Geschmackssinn, Hör- oder Sehstörungen)

**Achtung:** Bei allen Symptomen einer (möglichen) psychischen Belastung ist eine primär organische, neurologische Ursache (SHT, Wirbelsäulentrauma) auszuschließen!

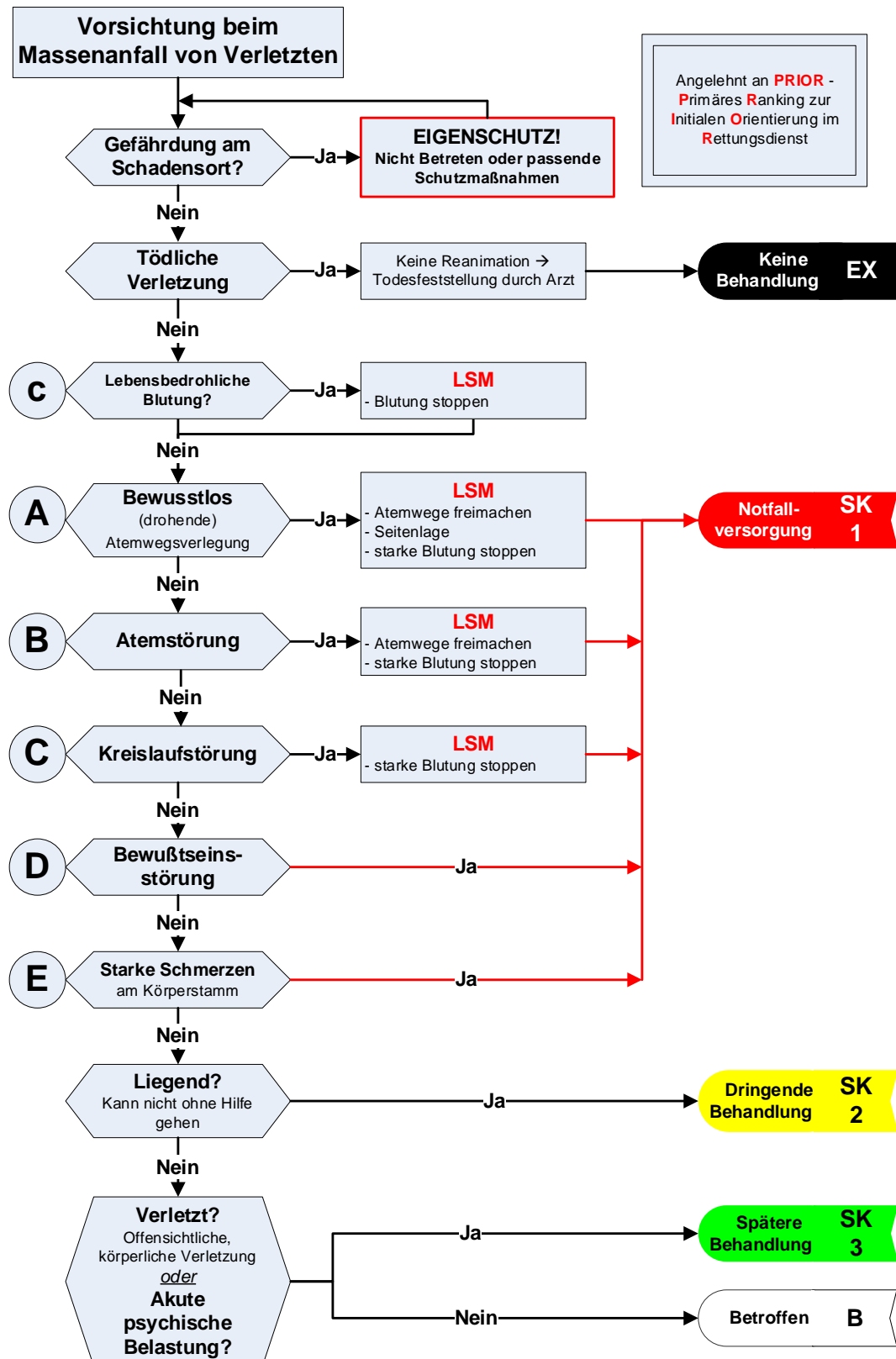
Grundfrage der Beurteilung auf eine akute psychische Belastung sollte sein, ob der Zustand einer normalen und der Situation angemessenen Reaktion entspricht oder nicht.

### 2.2.3. PRIOR-Algorithmus

Der Algorithmus dient der Einschätzung der Betroffenen, sowie deren Priorisierung bei einem MANV.

Er enthält explizit nicht die Eingruppierung in die Sichtungskategorie 4 / Blau – Palliative Versorgung. Diese Entscheidung ist strikt eine ärztliche Entscheidung, die in der Regel durch den LNA oder einen durch den LNA dazu explizit beauftragten Arzt getroffen werden muss!

In Einzelfällen kann es nötig sein, von den Vorgaben des Algorithmus abzuweichen. In diesen Fällen handelt das Personal lageorientiert anhand seines erlernten Wissens.





## 2.3. Sichtung

Wie bereits beschrieben, ist in Deutschland die Sichtung per Definition eine ärztliche Aufgabe. Diese wird im saarländischen Rettungsdienst in der Regel von dem **ersteintreffenden Notarzt**, der auch kommissarischer LNA ist durchgeführt.

Diese ärztliche Sichtung ist erforderlich, da das Vorsichtungssystem PRIOR sehr sensitiv ist und daher dazu neigt, zuviele Patienten „Rot“ zu kategorisieren. Da dies für die tatsächlich kritischen Patienten ein Nachteil bedeuten kann, weil die vorhandenen Ressourcen auf zu viele Patienten aufgeteilt werden müssen, ist es von höchster Priorität, dass die roten Patienten schnellstmöglich nach Abschluss der Vorsichtung durch einen **Notarzt re-evaluiert** werden, um so die kritischen Patienten zu bestätigen und die nicht akut vital bedrohten Patienten von „Rot“ nach „Gelb“ oder gar „Grün“ zu klassifizieren.

Hierbei sollte auch gemeinsam festgelegt werden, bei welchen der roten Patienten eine **Transportpriorität** besteht, also eine Erstversorgung vor Ort keinen Benefit für den Patienten bietet (z.B. Abdominaltrauma mit akutem C-Problem). Weiterhin sollte möglichst zeitnah geprüft werden, welcher der roten Patienten zwingend die Fähigkeiten eines **überregionalen Traumazentrums (Maximalversorgers)** benötigt (Rot Schwanger, Rot Kind, Rot Neurochirurgie, Rot Herz-Thorax-Chirurgie), um diese dann gezielt zuweisen zu können und diese Kapazitäten nicht mit anderen Patienten zu blockieren.

Für die ärztliche Sichtung ist explizit kein Schema vorgegeben. Vielmehr soll im Sinne der Re-Evaluation geprüft werden, ob die Sichtungskategorie und die daraus resultierenden Versorgungs- und Transportpriorität mit dem aktuellen Gesundheitszustand des Patienten übereinstimmt. Hierbei ist zwingend die Gesamtsituation des Einsatzes, gerade in Hinblick auf das vorhandene Missverhältnis zwischen Patienten und Versorgungsoptionen zu berücksichtigen und explizit nicht auf individualmedizinische Verhältnisse zu reflektieren solange diese noch nicht wiederhergestellt sind!

Hilfsmittel für die Sichtung sind die (unter anderem) auf den NEF vorgehaltenen **Patienten-anhängekarten**. Dort soll einerseits das Sichtungsergebnis vermerkt bzw. durch die Farbkarte hervorgehoben werden, andererseits sollen auf der Rückseite die Verletzungsmuster bzw. Erkrankungsschwerpunkte im Sinne des cABCDE-Schemas sowie im weiteren Einsatzverlauf die wichtigsten Maßnahmen notiert werden. Je nach Fortschritt des Einsatzes ist es auch möglich, die ärztliche Re-Evaluierung mit der Feststellung der Versorgungsbedürfnisse zur Vorbereitung der Transportorganisation zu verknüpfen.

## 3. Aufgabenverteilung MANV

Nach Alarmierung zu einem entsprechen klassifizierten Einsatz schalten alle beteiligten Rettungsmittel auf Weisung der Leitstelle die **Funkgruppe MANV 1 (Index-Nr. 6546)** auf dem Handfunkgerät was bei Verlassen des Fahrzeuges mitzuführen ist. Reicht die Netzabdeckung nicht für die Nutzung des Handfunkgerätes aus, ist das Fahrzeugfunkgerät entsprechend zu nutzen.

### 3.1. Ersteintreffendes Rettungsmittel

Im Folgenden wird der Ablauf am Beispiel eines RTW dargestellt. Sollte ein KTW ersteintreffendes Rettungsmittel sein, handelt die Besatzung im Rahmen ihrer Ausbildung und Fähigkeiten entsprechend.

Erste Aufgabe des ersteintreffenden Rettungsmittels ist eine frühzeitige Bestätigung (oder Korrektur) des gemeldeten Einsatzstichworts. Weiterhin sind das Anlegen der MANV-Westen sowie das sinnvolle Abstellen des Fahrzeuges obligatorisch. Das Abstellen des Fahrzeuges sollte außerhalb des Gefahrenbereichs erfolgen und möglichst so, dass das Fahrzeug im öffentlichen Verkehrsraum die Einsatzstelle schützt (Prellbock). Auch muss damit gerechnet werden, dass Patienten, die sich noch selbst fußläufig bewegen können, zum ersteintreffenden Rettungsmittel kommen und es sich daher anbietet, das Fahrzeug so zu platzieren, dass in der Nähe eine Patientenablage gebildet werden kann.





Danach erfolgt durch das Team eine Erkundung der Einsatzstelle sowie die Ersteinschätzung der exponierten Personen, die in eine **orientierende** Lagemeldung an die Leitstelle mündet. Zur Unterstützung hierbei wird in den MANV-Taschen ein Handzähler vorgehalten der beim Zählen der exponierten Personen unterstützen kann. Zusätzlich kann im Kopf (oder z. B. als Strichliste auf dem Handschuh) die Zahl der Personen festgehalten werden, die am Boden liegen oder eingeklemmt sind, sodass frühzeitig eine relativ differenzierte Rückmeldung möglich ist. (XX exponierte Personen, davon YY schwerer verletzt)

Als Hilfestellung für jegliche Lagemeldungen gilt das **MELDEN**-Schema:

- **M**eldender Einheit / Fahrzeug
- **E**insatzstelle
  - Szenario bestätigt?
- **L**age Ungefähre Anzahl der exponierten Personen (davon schwer?)
  - Einstufung Kleine Lage / Große Lage und MANV-Stufe
- **D**urchgeführte Maßnahmen Abstimmung mit anderen Organisation?
  - Anfahrtspunkte und Aufgaben für nachrückende Kräfte
- **(E)**ingesetzte Einheiten In der Regel nicht bei der Erstmeldung)
- **N**achforderungen Rettungsdienst, aber auch Feuerwehr / Polizei ?

Sind andere Organisationen (Feuerwehr, Polizei) bereits vor Ort, so ist mit diesen eine kurze Abstimmung zu treffen.

In der Folge beginnt das Team mit einer Vorsichtung unter Einsatz der mitgeführten **Sichtungsarmbänder**, die primär am **rechten Handgelenk** befestigt werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass insbesondere bei kalter Witterung die Bänder schnell durch einen Jackenärmel verdeckt werden können, weshalb ein standardisierter Anbringungsort die Prüfung, ob ein Patient bereits vorgesichtet wurde erheblich vereinfacht. Hierbei steht eine orientierende, höchstens **eine Minute** dauernde Untersuchung nach dem im Abschnitt 2.2.3 genannten Vorsichtungssystem ganz im Vordergrund - mit abschließender Festlegung der Sichtungskategorie sowie den beschriebenen lebensrettenden Sofortmaßnahmen.



Es erfolgt lediglich eine zahlenmäßige Erfassung der Patienten nach Kategorie mittels Strichliste – weitergehende Angaben (z.B. Namen, Geburtsdatum, Adressdaten) sind NICHT Gegenstand der Vorsichtung, sondern der später ablaufenden Registrierung. Eine Neuerung sind hier **zusätzliche weiße Armbänder** mit denen nicht verletzte Betroffene gekennzeichnet werden können, um zu vermeiden, dass diese im Einsatzverlauf mehrfach vorgesichtet werden und so Kapazitäten unnötig binden. Zudem werden so Betroffene von (ggfs. im weiteren Verlauf hinzukommenden) Schaulustigen unterschieden.

Diese Vorsichtung erfolgt lageabhängig im Bereich der sich bildenden Patientenablage oder im Schadensgebiet um der Feuerwehr eine Priorisierung der Rettung anzuzeigen (z.B. bei Busunfall).

### 3.2. Patientenablage

Eine **Patientenablage** ist gemäß BBK eine Stelle außerhalb des Gefahrenbereiches, an der Patienten gesammelt werden. Hier beginnt die strukturierte medizinische Versorgung und es kann von dort ein Transport zu einem Behandlungsplatz oder weiterführenden medizinische Versorgungseinrichtungen (Kliniken) erfolgen.

Erfahrungsgemäß bildet sich die erste Patientenablage am ersten Rettungsmittel oder, je nach Witterung, an einer geschützten Stelle (z.B. unter einem Vordach). Da dies meistens bereits durch Ersthelfer oder die Patienten selbst geschieht, ist es nicht zielführend, die Patientenablage zu starr strukturieren zu wollen.



In einer **kleinen Einsatzlage** wird in aller Regel eine einzige Patientenablage ausreichen. Alternativ kann bei zeitnah ausreichend verfügbaren Rettungsmitteln auf eine Patientenablage verzichtet werden und die Patientenversorgung direkt im RTW erfolgen. Die Führung der Patientenablage übernimmt der kommissarische OrgL (siehe 3.3)



Zur Führung einer Patientenablage werden in der MANV-Tasche von RTW und NEF entsprechende Vordrucke vorgehalten. Mittels der Vordrucke werden sowohl die Anzahl und Sichtungskategorie der Patienten, wie auch die vorhandenen Kräfte in der Patientenablage dokumentiert.



In einer **großen Einsatzlage** kann es notwendig werden mehrere Patientenablagen zu eröffnen, wobei hier je nach Lage unterschiedliche Aufteilungen sinnvoll sein können (z.B. nach räumlichen Gesichtspunkten, familiärer Zugehörigkeit oder Verletzungsschwere). Nach Möglichkeit sollten nicht mehr als 10 bis maximal 15 Patienten in einer Patientenablage versorgt werden. Im Gegensatz zur kleinen Lage, in der der kommissarische OrgL die Patientenablage führt, wird in der großen Lage jede Patientenablage durch eine eigene Führungskraft (Leiter Patientenablage x) geführt. Die Führung sollte nach Möglichkeit eine Einsatzkraft mit einsatztaktischer Ausbildung (vergleichbar Gruppenführer) übernehmen. In den MANV-Taschen der RTW wird je eine blaue Kennzeichnungsweste vorgehalten um bei mehreren Patientenablagen die jeweilige Führung zu kennzeichnen. Die oben bereits benannten Vordrucke zur Führung einer Patientenablage können auch in der großen Lage verwendet werden – sie dienen jetzt zusätzlich dazu, jederzeit die Lage in einer von mehreren Patientenablagen an eine übergeordnete Führungskraft melden zu können.



Bei der Benennung von mehreren Patientenablagen sollte vermieden werden, diese zu nummerieren, sondern vielmehr selbsterklärende Bezeichnungen wie markante Punkte (Bushaltestelle, Baum, Fahrzeug etc.) genutzt werden, da so die jeweilige Patientenablage für nachrückende Kräfte weitaus einfacher zu erkennen ist.

Zur Patientenlagerung sollten in erster Linie Tragetücher und Einmaldecken sowie ggf. vorhandene Tragen der Feuerwehr genutzt werden, um wenn möglich spezielle Rettungsgeräte wie Schaufeltrage oder Vakuummatratze für Patienten zu nutzen, die von diesen Geräten besonders profitieren.

Soweit die Möglichkeit besteht, sollte je Patientenablage ein Rettungsmittel in der Nähe abgestellt werden, sodass dieses als Materiallager genutzt werden kann. Einerseits ist bei einer entsprechenden Vielzahl von Patienten davon auszugehen, dass die ersten Fahrzeuge in aller Regel nicht mehr für einen Transport eingesetzt werden können, andererseits sind diese Fahrzeuge, wie bereits angemerkt, aller Erfahrung nach ein optischer Sammelpunkt für Patienten, die eigenständig zu Fuß unterwegs sind.

Patienten sollten in einer Patientenablage, wenn möglich geordnet, d.h. im Optimalfall in mehreren Reihen mit je einem Weg in der Mitte, abgelegt werden. Diese Anordnung unterstützt die Zugänglichkeit sowie die Übersichtlichkeit und somit auch die Möglichkeit zur effektiven Behandlung im weiteren Verlauf.

Weiterhin sollte angestrebt werden, die Betroffenen von den Patienten zu trennen und durch andere Kräfte (Betreuungsdienst, PSNV o.ä.) in einer Anlaufstelle zu sammeln und zu registrieren. Bei großen Schadenslagen mit einem starken Missverhältnis zwischen Patienten und Einsatzkräften kann es auf Anordnung der Einsatzleitung Rettungsdienst bzw. der Leitung Patientenablage im Ausnahmefall eine Option sein, geeignete Betroffene in den Patientenablagen in die Erstversorgung miteinzubeziehen.

### 3.3. Ersteintreffendes, arztbesetztes Rettungsmittel

Das ersteintreffende, arztbesetzte Rettungsmittel übernimmt bis zum Eintreffen der Einsatzleitung Rettungsdienst ihre Aufgaben. Zur sichtbaren Übernahme dieser Funktion legt die Fahrzeugbesatzung die auf ihrem Fahrzeug vorgehaltenen Kennzeichnungen „**kommissarischer LNA**“ bzw. „**kommissarischer OrgL**“ an und stimmen sich mit dem ersteingetroffenen Rettungsmittel über die bisherigen Maßnahmen und Erkenntnisse ab. Nach Möglichkeit sollten diese Funktionen durch ein NEF wahrgenommen werden um den besonderen Transportwert eines ggf. parallel eintreffenden RTH zu erhalten.

Treffen im weiteren Verlauf erfahrenere Einsatzkräfte (z.B. mit Ausbildung zum LNA bzw. OrgL) ein, so können diese die Funktion des kommissarischen LNA / OrgL übernehmen. Dies sollte allerdings nur dann erfolgen, wenn dies notwendig erscheint und eine Verbesserung des Einsatzes bewirkt.



In einer **kleinen Einsatzlage** nehmen kommissarischer LNA / OrgL frühestmöglich **gemeinsam** Kontakt mit dem Einsatzleiter der Feuerwehr als Gesamteinsatzleiter auf, um:

- sich als Ansprechpartner für den Rettungsdienst (formal: Abschnittsleitung Rettungsdienst) vorzustellen und Kommunikationswege abzustimmen
- den Kenntnisstand der Feuerwehr zu erfassen (besondere Gefahren für die Einsatzkräfte; zu erwartende Zahl von Verletzten / exponierten Personen)

Ebenfalls erfolgt zeitnah der Kontakt zu dem ersteintreffenden Rettungsmittel (siehe 3.1) mit Absprache der von diesem bisher erfassten medizinischen Einsatzlage. In der Folge nehmen kommissarischer LNA und kommissarischer OrgL folgende Aufgaben wahr:

Der **kommissarische LNA** hat (wie der LNA) in medizinischen Fragen ein Weisungsrecht gegenüber allen Einsatzkräften. Seine primäre Aufgabe ist es die **Rot** vorgesehenen Patienten zu re-evaluieren und somit zu sichten. Hierbei delegiert er lebensrettende Sofortmaßnahmen und weist nachrückenden Einsatzkräften die mit Priorität zu versorgenden Patienten zu. Nur im Ausnahmefall wird er selber (mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen) in die Patientenversorgung eingreifen. Sind keine roten Patienten zu versorgen, so gilt ein vergleichbares Vorgehen für Gelb bzw. Grün. Der kommissarische LNA ist somit ganz vordringlich **ÄRZTLICH** tätig. Organisatorisch wird er dabei von den bisher vorsichtenden Rettungsdienstkräften (in der Regel dem Notfallsanitäter des ersteintreffenden RTWs) unterstützt, die über die beste Kenntnis verfügen, wo sich dringend zu sichtende „rote Patienten“ befinden.



Die **Dokumentation** der ärztlich gesichteten Patienten erfolgt mittels der auf den NEF vorgehaltenen Patientenanhängerkarten. Ziel ist hierbei eine möglichst schnelle und korrekte Erfassung aller Patienten sowie deren Sichtungskategorie um den weiteren Einsatz planen zu können. – weitergehende Angaben (z.B. Geburtsdatum, Adressdaten) sind NICHT Gegenstand der Sichtung, sondern der später ablaufenden Registrierung!

Der **kommissarische OrgL** übernimmt vordringliche alle organisatorischen Aufgaben. Hierzu gehört in Absprache mit dem Einsatzleiter der Feuerwehr die Strukturierung der Einsatzstelle mit Festlegung notwendiger Arbeitsräume (z.B. Patientenablage) sowie der An- und Abfahrtswege für den Rettungsdienst. Ebenso ist die kontinuierliche Lagemeldung an die ILS auf der Basis des Sichtungsergebnisses des kommissarischen LNA nach dem MELDEN-Schema (siehe 3.1) Aufgabe des kommissarischen OrgL.



Auch in einer kleinen Lage kann in Absprache mit der ILS die Festlegung eines Bereitstellungsraumes Rettungsdienst (BR RD) durch den kommissarischen OrgL sinnvoll sein – etwa bei einem Brandereignis um der Feuerwehr ausreichend Raum zur Brandbekämpfung zu lassen, die eigenen Einsatzkräfte sicher aufzustellen und die nach und nach von der Feuerwehr geretteten und übergebenen Patienten strukturiert zu übernehmen.

Nach Abschluss der Sichtung durch den kommissarischen LNA und der organisatorischen Strukturierung der Einsatzstelle durch den kommissarischen OrgL leiten beide gemeinsam bis zur Übergabe an die Einsatzleitung Rettungsdienst die Einsatzstelle mit der vordringlichen Aufgabe, nachrückenden Einsatzkräften nach Priorität die zu versorgenden Patienten zuzuweisen.

Nach Übergabe an die Einsatzleitung Rettungsdienst wenden kommissarischer LNA und kommissarischer OrgL ihre Westen und nehmen als Notarzt bzw. Notfallsanitäter an der weiteren Patientenversorgung teil.



In einer **großen Einsatzlage** ist die Notwendigkeit zur organisatorischen Strukturierung der Einsatzstelle ungleich größer. Analog zur kleinen Einsatzlage erfolgt aber auch hier initial die Kontaktaufnahme von kommissarischem LNA/OrgL zum Einsatzleiter Feuerwehr als Gesamteinsatzleiter sowie die Absprache zur medizinischen Einsatzlage mit den ersteingetroffenen Rettungsmitteln.

Der **kommissarische LNA** führt anschließend die Sichtung durch – noch wichtiger als bei der kleinen Lage ist es dabei, die in der großen Lage (mutmaßlich) größere Zahl **ROT** vorgesehener Patienten zu re-evaluieren und nachrückenden Einsatzkräften die mit Priorität zu versorgenden Patienten zuzuweisen.

Der **kommissarische OrgL** hat je nach Zahl der Betroffenen in der großen Einsatzlage umfassende Aufgaben in der Strukturierung der Einsatzstelle. Dabei sind organisatorische Festlegungen möglichst in enger Absprache mit dem Einsatzleiter Feuerwehr zu treffen. Zudem ist strikt darauf zu achten, dass möglichst viele Einsatzkräfte in die Patientenversorgung abgeordnet werden und Führungsstrukturen erst sukzessive ausgebaut werden, wenn genügend Einsatzkräfte nachgerückt und verfügbar sind. Im Einzelnen ist zu organisieren:

- Sukzessive Ausweisung **mehrerer Patientenablagen** (siehe 3.2) mit Festlegung je einer Leitung Patientenablage und Sicherung der Kommunikation zu dieser Leitungsfunktion
- Ausweisung eines **Bereitstellungsraumes Rettungsdienst** (BR RD) in Absprache mit der ILS mit Festlegung einer Leitung Bereitstellungsraum und Sicherung der Kommunikation zu dieser Leitungsfunktion (siehe 3.4)

Nach dieser Strukturierung der Einsatzstelle nimmt der kommissarische OrgL zusätzlich die Funktion der „**Leitung Erstversorgung**“ wahr mit folgenden Aufgaben:

- **Kommunikation mit den Leitern der Patientenablagen** und Zusammenführung des Lagebildes (Zahl und Sichtungskategorie der in der jeweiligen Patientenablage versorgten Patienten, Zahl der in der jeweiligen Patientenablage verfügbaren Einsatzkräfte). Zur entsprechenden Dokumentation sollte der in den MANV-Taschen der RTW / NEF vorgehaltene Vordruck genutzt werden.
- Wiederholte **Lagemeldung** an die ILS auf der Basis der Rückmeldungen aus den Patientenablagen und der Sichtungsergebnisse des kommissarischen LNA nach dem MELDEN-Schema (siehe 3.1)
- **Zuweisung nachrückender Einsatzkräfte** nach der vom kommissarischen LNA festgelegten Versorgungspriorität. Ziel ist, dass in allen Patientenablagen schnellstmöglich die Erstversorgung insbesondere der als ROT gesichteten Patienten sichergestellt wird. Für die Sicherstellung der Erstversorgung gibt es die folgende Faustregel: Alle roten Patienten sind dann erstversorgt, wenn sie jeweils durch einen NotSan und 0,5 Notarzt versorgt sind. Hierzu ruft der kommissarische OrgL aus dem BR-RD solange Einsatzkräfte ab, bis obige Maßzahl in allen Patientenablagen erreicht ist.

Ein **Transport von Patienten** vor Eintreffen der Einsatzleitung Rettungsdienst sollte in aller Regel nicht erfolgen. Einerseits sind bei einer Großen Lage die Einsatzkräfte bis zum Eintreffen der Einsatzleitung Rettungsdienst mutmaßlich noch in der Erstversorgung der Notfallpatienten gebunden. Andererseits ist der mit ILS und Zielkliniken zu koordinierende Abtransport anspruchsvolle Aufgabe der Einsatzleitung Rettungsdienst. Hiervon ausgenommen sind Patienten mit absoluter Transportpriorität (z.B. präklinisch nicht beherrschbare Blutungen) – hier kann sehr zeitnah vor Eintreffen der Einsatzleitung Rettungsdienst die Transportentscheidung getroffen werden (ggfs. inklusive Absprache mit dem auf Anfahrt befindlichen LNA).

Nach dem **Eintreffen der Einsatzleitung Rettungsdienst** (ELRD) und einer entsprechenden Übergabe an diese, übernimmt der kommissarische OrgL eine rote Kennzeichnungsweste mit der Funktionsbeschreibung „Leitung Erstversorgung“ von der ELRD und nimmt weiter diese Aufgabe wahr.



Der kommissarische LNA wendet seine Kennzeichnungsweste auf die Kennzeichnung „Notarzt“ und nimmt weiterhin an der notärztlichen Versorgung von Patienten teil.

### 3.4. 2. Rettungsmittel / Bereitstellungsraum Rettungsdienst

Ein **Bereitstellungsraum** ist gemäß Feuerwehrdienstvorschrift 100 eine Sammelbezeichnung für Orte, an denen Einsatzkräfte und Einsatzmittel für den unmittelbaren Einsatz oder vorsorglich gesammelt, gegliedert und bereitgestellt oder in Reserve gehalten werden.

Für den saarländischen Rettungsdienst ist der Bereitstellungsraum Rettungsdienst (BR RD) ein Ort in erreichbarer Nähe zur Einsatzstelle, an dem anfahrende Rettungsmittel gesammelt und abgestellt werden. Er soll ein Verstopfen der Einsatzstelle durch nachrückende Kräfte vermeiden und einen strukturierten Zugriff auf die bereitstehenden Fahrzeuge erlauben. Je nach Entfernung zur Einsatzstelle sowie konkreten Einsatzauftrag werden die Kräfte mit oder ohne Fahrzeug aus dem BR abgerufen. Damit ein Bereitstellungsraum als „Werkzeug“ in einer Einsatzlage genutzt werden kann und funktioniert, muss er geführt werden sowie die ankommenden Kräfte und Einheiten sich führen lassen und nicht eigenständig tätig werden.

Auswertungen überregionaler Übungen und Einsätze haben gerade bei großen Einsätzen immer wieder das Problem aufgezeigt, dass einerseits ein Bereitstellungsraum „vollläuft“ während es gleichzeitig an Einsatzkräften bei der Erstversorgung mangelt. Daher sollen bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Erstversorgung sichergestellt ist, die ankommenden Einsatzkräfte vom BR RD schnellstmöglich in den Einsatzraum weitergeleitet werden. Gibt es mehrere Patientenablagen oder räumliche Einsatzabschnitte, so sind die Kräfte nach dem **Gießkannenprinzip** gleichmäßig zu verteilen, sofern die Lage keine andere Verteilung erfordert. In dieser Phase kann der kommissarische OrgL bzw. die Leitung Erstversorgung der Lage entsprechende Vorgaben zur Kräfteverteilung machen.

Um eventuelle Doppelverplanungen von Flächen zu vermeiden, ist der BR RD sowie die An- und Abfahrtswege zwingend über den (kommissarischen) OrgL bzw. die ILS mit dem Einsatzleiter abzustimmen.



Als **Leiter des Bereitstellungsraum Rettungsdienst** ist der RettSan des zweiten RTW vorgesehen. Er kennzeichnet sich hierfür mit der blauen Kennzeichnungsweste und entfernt darauf das Schild „Leitung Patientenablage“. Zur Kommunikation auf bis zu zwei Funkgruppen stehen ihm initial das Hand- sowie Fahrzeugfunkgerät des RTW zur Verfügung. Der RTW dient als Arbeitsraum und Witterungsschutz und sollte so am Bereitstellungsraum positioniert werden, dass es durch die übrigen Kräfte leicht zu erkennen ist. Weiterhin stehen entsprechende Vordrucke als Führungshilfsmittel zur Verfügung.

Der NotSan des zweiten RTW kennzeichnet sich mit der regulären MANV-Weste, entnimmt Fahrzeugtrage und Material zur Notfallversorgung aus dem Fahrzeug, begibt sich zur Einsatzstelle und unterstützt bei der Versorgung der Patienten.

Werden initial zur Patientenversorgung (die grundsätzlich vorrangig zu betrachten ist) mehrere RTWs an der Einsatzstelle benötigt, wird ein BR-RD erst später aufgebaut. In diesem Fall muss einer der nachrückenden RTWs mit der Aufgabe „Leitung Bereitstellungsraum Rettungsdienst“ beauftragt werden.



Je nach Größe des Einsatzes sowie dem daraus resultierenden Umfang des BR RD wird die Führung im Verlauf durch eine besser qualifizierte Einsatzkraft (z.B. weiterer OrgL) übernommen werden. Bei besonders großen Lagen und einem entsprechenden auch überregionalen Kräfteaufgebot kann es erforderlich sein die Führung des BR RD durch ein gesondertes Führungsmittel (z.B. ELW) zu unterstützen.

Ist die Erstversorgung sichergestellt (siehe 3.3) und durch die ELRD der Transport freigegeben, so erfolgt ab diesem Zeitpunkt der Kräfteabruf durch die Person, die die Transportorganisation übernommen hat.

### 3.5. Nachrückende Rettungsmittel



In der **Kleinen Lage** legen nachrückende Rettungsmittel ihre MANV-Westen an und fahren in der Regel direkt zur Einsatzstelle, wobei die Fahrzeuge so abzustellen sind, dass sie einerseits (wenn notwendig) im fließenden Verkehr noch zum Schutz der Einsatzkräfte an der Einsatzstelle beitragen und andererseits weder andere Einsatzkräfte (Feuerwehr) behindern noch so abgestellt werden, dass sie für den späteren Patiententransport nicht mehr verfügbar sind. Im Ausnahmefall wird man auch in der kleinen Lage einen BR-RD aufbauen (siehe 3.4).



In der **Großen Lage** legen nachrückenden Rettungsmittel ihre MANV-Westen an und fahren primär den zugewiesenen BR-RD an. Je nach Entfernung zur Einsatzstelle sowie konkreten Einsatzauftrag werden sie durch die Leitung BR RD mit oder ohne Fahrzeug aus dem BR abgerufen und angewiesen z.B. eine Patientenablage zu verstärken oder einen Patienten zu transportieren.



#### 3.5.1. Auftrag Patientenablage:

Werden nachrückende Kräfte einer bestehenden Patientenablage zugeteilt, so melden sie sich beim Führer der Patientenablage und übernehmen eine Patientenversorgung nach Priorität. Sollen sie eine neue Patientenablage aufbauen, so übernimmt einer der Notfallsanitäter die Funktion Führung Patientenablage und legt die vorgesehene blaue Weste an. (siehe 3.2)



Vor allem in der ersten Phase eines Einsatzes werden Materialien der Rettungsmittel zur Versorgung der Patienten im Schadensgebiet bzw. in der/den Patientenablage(n) benötigt. Gleichzeitig sollte jedoch versucht werden die grundsätzliche Transportbereitschaft der ankommenden Rettungsmittel zu erhalten, da man nicht über unendliche Ressourcen verfügt. Somit sollte beispielsweise darauf geachtet werden, Patienten immer mit Tragetuch auf der Fahrtrage zu lagern um ein problemloses Umlagern zu ermöglichen. Während die ersten Fahrzeuge sich materiell auf die Versorgung von Schwerverletzten einstellen sollten und somit neben Notfallrucksack auch die EKG-Defibrillator-Einheit, Absaugung und das Beatmungsgerät mitführen sollten, kann bei später ankommenden Fahrzeugen auch Notfallrucksack und Tragetuch ausreichend sein. Im besten Fall kann der Leiter BR RD beim Einsatzauftrag auch Angaben zum benötigten Material machen oder je nach Lage können gezielte Teile der Ausrüstung (z.B. Tasche Sonderlagen, Kindernotfalltasche) mitgeführt werden.

### 3.5.2. Auftrag Patiententransport:

Ist die Erstversorgung an der Notfallstelle und den Patientenablagen sichergestellt und stehen zeitkritische Soforttransporte an, kann es bereits sehr früh dazu kommen, dass Rettungsmittel einen Transportauftrag erhalten. Der Patiententransport kann dabei wie folgt organisiert werden:



- **Kleine Lage:** Das Team eines RTWs übernimmt seinen Patienten nach Erstversorgung an der Notfallstelle oder in der Patientenablage auf Weisung der ELRD



- **Große Lage:** Das Team eines RTWs wird aus dem BR-RD zum Transport eines Patienten abgerufen.

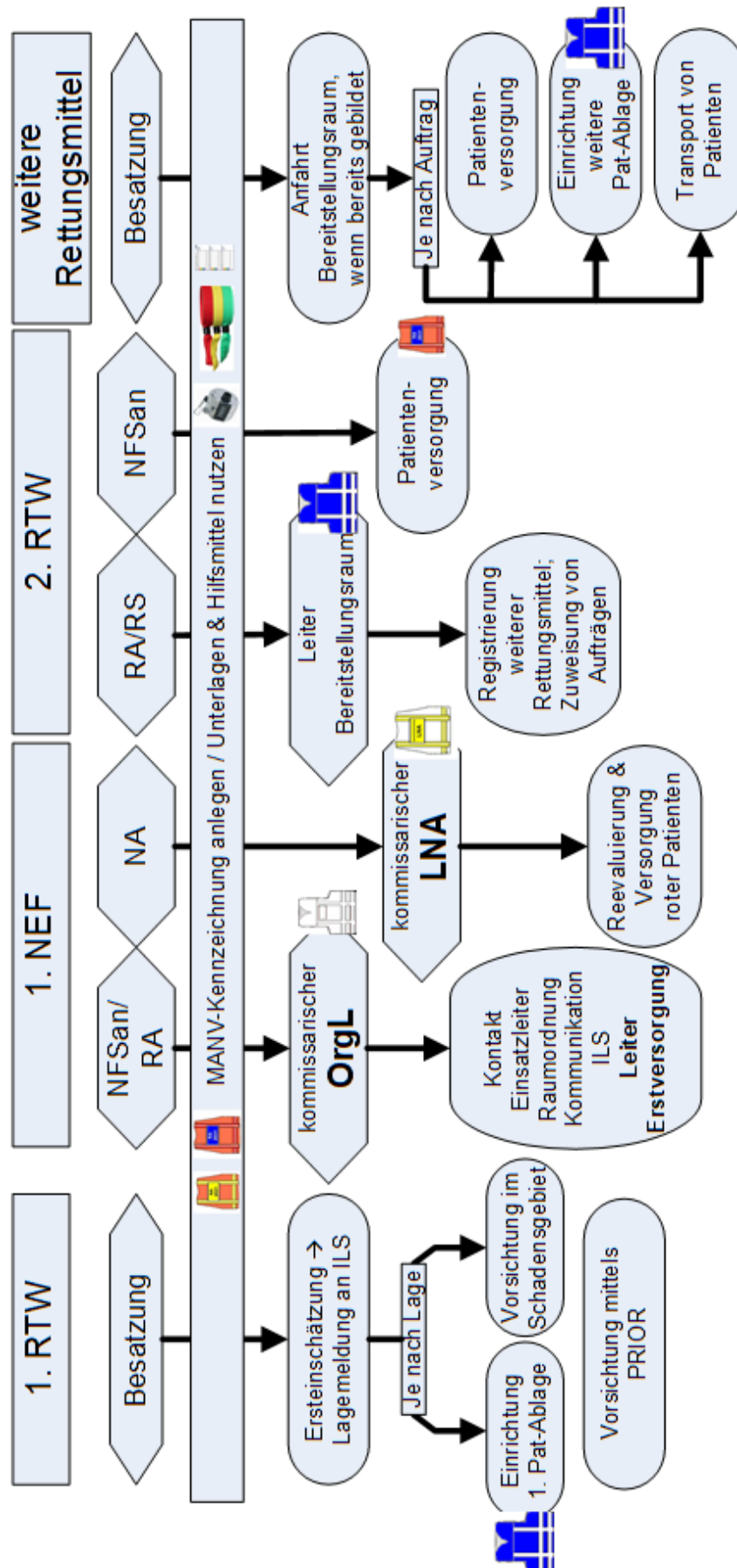


- **Große Lage XL:** Entweder analog zur Großen Lage oder es wird eine spezielle Ladezone eingerichtet, in die RTWs aus dem BR-RD abgerufen werden und dann sehr strukturiert Patienten zum Transport übernehmen.

Differenzierte Informationen zur Transportorganisation werden in gesonderten Dokumenten dargestellt.



### 3.6. Übersicht Aufgabenverteilung



## 4. Einsatzleitung Rettungsdienst

### 4.1. ERFOLG-Regel

Mit Eintreffen der ELRD und entsprechender Übergabe durch die Kräfte des ersten NEF übernimmt die ELRD in aller Regel die Leitung des Abschnitts Rettungsdienst. Die nun erforderlichen nächsten Schritte lassen sich mithilfe der ERFOLG-Regel strukturieren:

#### E – Erstversorgung sichergestellt?

Sind alle Patienten vorgesichtet und mindestens alle roten Patienten gesichtet sowie erstversorgt (Faustregel: 0,5 NA + 1 NotSan pro rotem Patienten)? Wie viele Patienten welcher Kategorie gibt es insgesamt?

#### R – Ressourcenbedarf

Wie viele Transportmittel werden benötigt um alle zu transportierenden Patienten in eine Behandlungseinrichtung zu verbringen?

RTH / NEF / RTW
RTW / (KTW)
(RTW) / KTW / MTW / (Bus)

Welche Behandlungsressourcen werden in den Krankenhäusern benötigt?

#### F – Führungsorganisation

Wurde eine Führungsorganisation aufgebaut und passt diese zur aktuellen Lage?

#### O – Ordnung des Raumes

Wie ist der Einsatzabschnitt Rettungsdienst räumlich organisiert? Können alle erforderlichen Punkte an- und abgefahren werden?

#### L – Lageabgleich

Kontaktaufnahmen mit dem Einsatzleiter (Feuerwehr oder Polizei) und Abgleich der Informationen. Ist die Lage statisch oder dynamisch? Ist mit weiteren exponierten Personen zu rechnen? Kann es noch zu Gefährdungen der Einsatzkräfte kommen?

#### G – Gesamtüberblick

Zusammenführen aller oben aufgeführten Punkte zu einem Gesamtlagebild für den Einsatzabschnitt Rettungsdienst. Wo liegt aktuell der Schwerpunkt der Maßnahmen? Sind weitere Kräfte und Mittel erforderlich oder können Rettungsmittel aus dem Einsatz entlassen werden?

Im besten Fall sollte die Prüfung dieser Punkte zum Ergebnis führen, dass der rettungsdienstliche Einsatz gut strukturiert ist, die ggf. gebildeten Unterabschnitte Bereitstellung und Erstversorgung funktionieren und somit der Schwerpunkt der ELRD im Bereich Transportorganisation liegen kann.

Sollte dies nicht der Fall sein, so sind zunächst Maßnahmen zu ergreifen um diesen Zustand zu erreichen. Dies können beispielsweise die Einrichtung weiterer Patientenablagen, die Nachforderung weiterer Einsatzkräfte oder die Auswechslung von Führungsfunktionen sein.

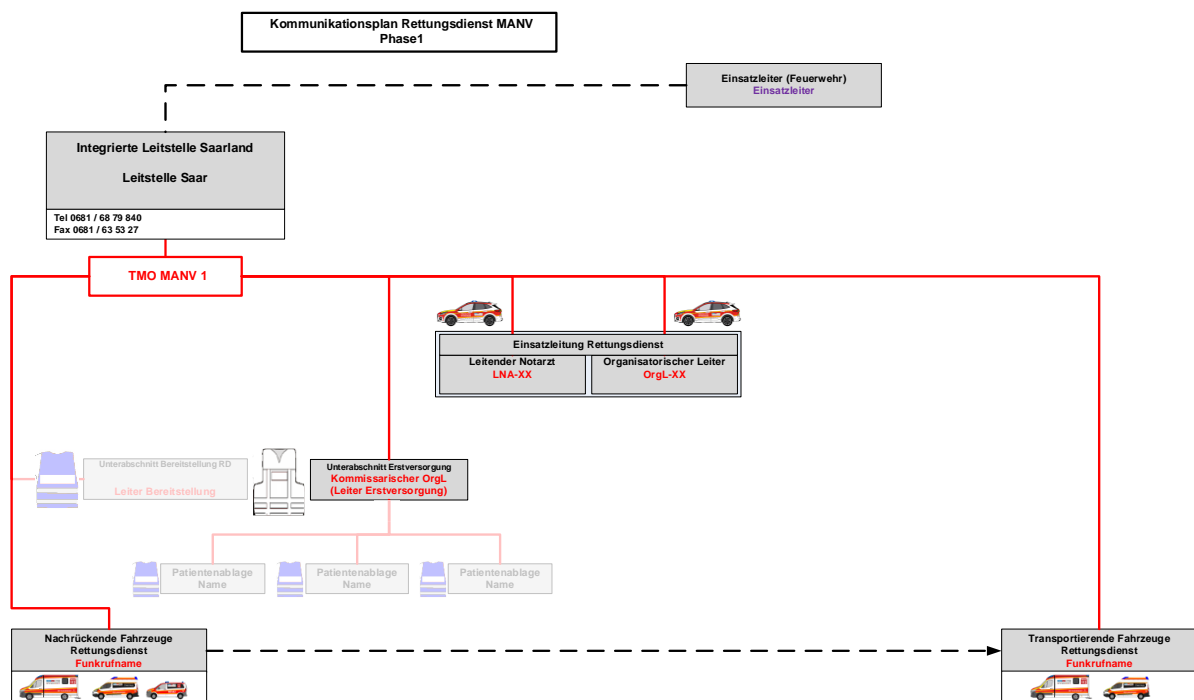
## 5. Kommunikationsstruktur

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden in diesem Abschnitt die jeweiligen Funkgruppen in Text und Grafiken farblich identisch gestaltet. Ebenfalls wurden die jeweiligen Funkrufnamen in der Farbe der zugehörigen Gruppe notiert, und in Klartext gehalten, sodass hier ein möglichst einfaches Handling möglich ist.

Grundsätzlich wurde bei jeder Veränderung darauf Wert gelegt, dass sich nach einem initialen Gruppenwechsel zu Einsatzbeginn für so wenig Einsatzkräfte wie möglich etwas ändert und dass möglichst wenig Funktionen bzw. Geräte während eines laufenden Einsatzes einen Gruppenwechsel durchführen müssen.

### 5.1. Phase 1 – ELRD auf Anfahrt

Grundsätzlich ist bei einem Einsatz mit der ELRD standardmäßig das frühzeitige Umschalten aller Beteiligten auf eine gesonderte Gruppe vorgesehen um die Regelbetriebsgruppen von diesem Einsatzgeschehen klar zu trennen und somit auch zu entlasten. Es wird daher von allen Rettungsmitteln auf Anweisung der ILS in einem solchen Fall auf die **Gruppe „MANV 1“ Kurzwahl 6546** umgeschaltet. Die Handfunkgeräte der ELRD sind standardmäßig auf diese Gruppe eingestellt, sodass hier bereits auf der Anfahrt ein Mithören sichergestellt ist.



Bei der kleinen Lage ist davon auszugehen, dass diese Kommunikationsstruktur auch nach dem Eintreffen der ELRD vor Ort zur Abarbeitung ausreicht. Strukturen die primär in der Großen Lage gebildet werden sind daher in der Abbildung ausgegraut.

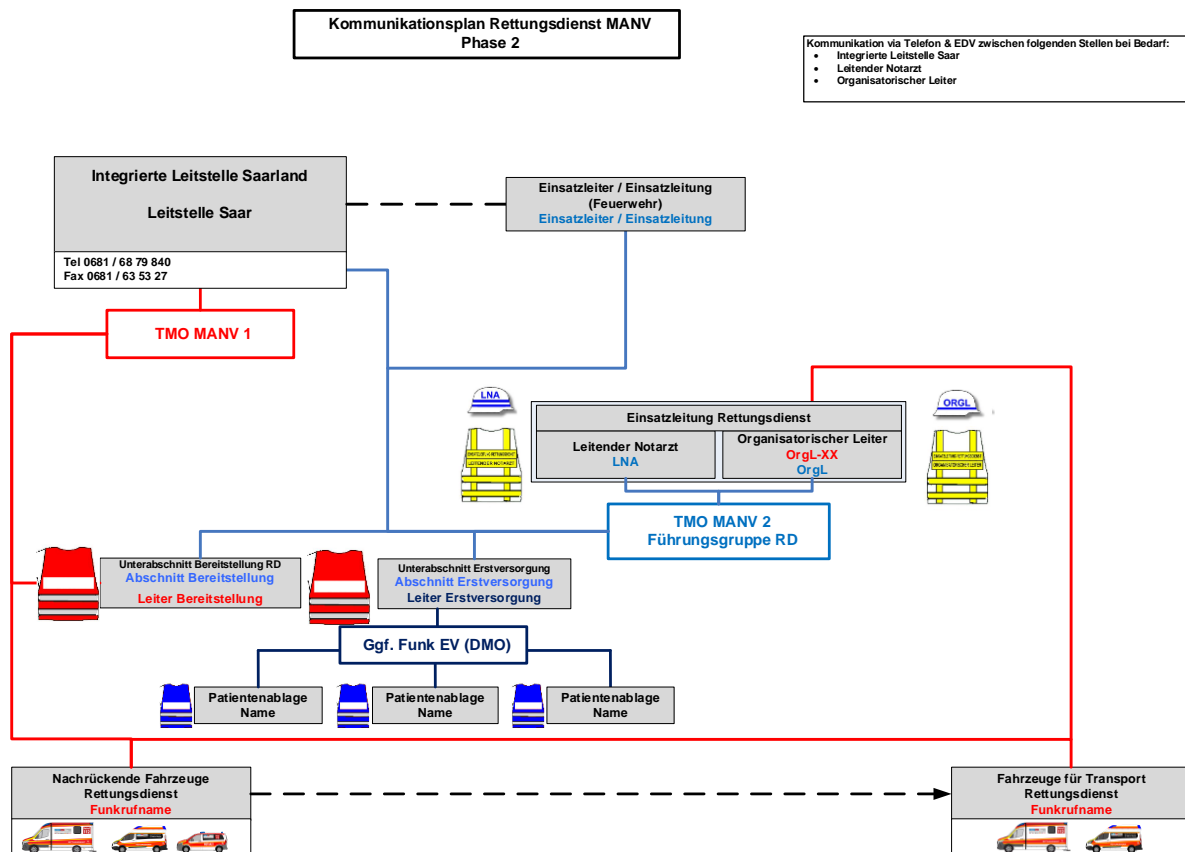
Ist der Einsatz so groß, dass eine weitere Anpassung der Kommunikationsstruktur erforderlich ist, so erfolgt dies auf Anweisung. Hierfür sind geeignete Kommunikationspläne vorbereitet (siehe 5.2 & 5.3) und werden im Ereignisfall vor der Nutzung kurz zwischen ELRD und ILS abgestimmt, sodass hier ein einheitliches und geordnetes Vorgehen gegeben ist. Die letztliche Entscheidung liegt hier bei der ELRD vor Ort.



## 5.2. Phase 2 – ELRD vor Ort, erhöhter Kommunikationsbedarf

Ist die ELRD vor Ort und ist auf Grund der Einsatzgröße und dem daraus resultierenden erhöhten Kommunikationsbedarf wie zuvor genannt eine Anpassung der Kommunikationsstruktur erforderlich, so erfordert dies die folgenden Schritte:

- ELRD gibt zusätzliche HRT an die beiden Abschnittsleiter aus und bilden mit diesen eine Führungsgruppe. Hierfür wird die **Gruppe „MANV 2“ Kurzwahl 6547** genutzt
- Wenn mehrere Patientenablagen gebildet wurden, so veranlasst der Leiter Erstversorgung einen Gruppenwechsel auf **603\_R DMO 603** und kanalisiert darin die Kommunikation mit den einzelnen Patientenablagen in diesem Abschnitt. Innerhalb einer Patientenablage ist die direkte, persönliche Kommunikation zu bevorzugen um die Funkkanäle aber auch die Aufnahmefähigkeit der beteiligten Einsatzkräfte nicht zu überlasten. → *Nicht jede Person mit einem Funkgerät muss diese auch in jeder Situation nutzen!*
- Da ein organisationsübergreifendes Schalten von Gruppen im Digitalfunk nicht gewünscht ist, bittet die ELRD zur weiteren Abstimmung den Einsatzleiter bei erster Kontaktaufnahme über seinen ELW die **Führungsgruppe Rettungsdienst „MANV 2“ Kurzwahl 6547** zu schalten. Dies ist inzwischen mit allen Funkgeräten der nichtpolizeilichen BOS technisch möglich. Alternativ kann auch ein HRT der ELRD auf dieser Gruppe übergeben werden.
  - *Alternativ existieren Zusammenarbeitsgruppen, wobei hier für die ELRD der individuelle Aufwand und die Belastung steigt, da eine weitere Gruppe zu bedienen ist.*
- Der OrgL hält über die **Gruppe MANV 1** den Kontakt zur ILS und kann für die Transportorganisation direkt mit den Fahrzeugen im Einsatz kommunizieren.



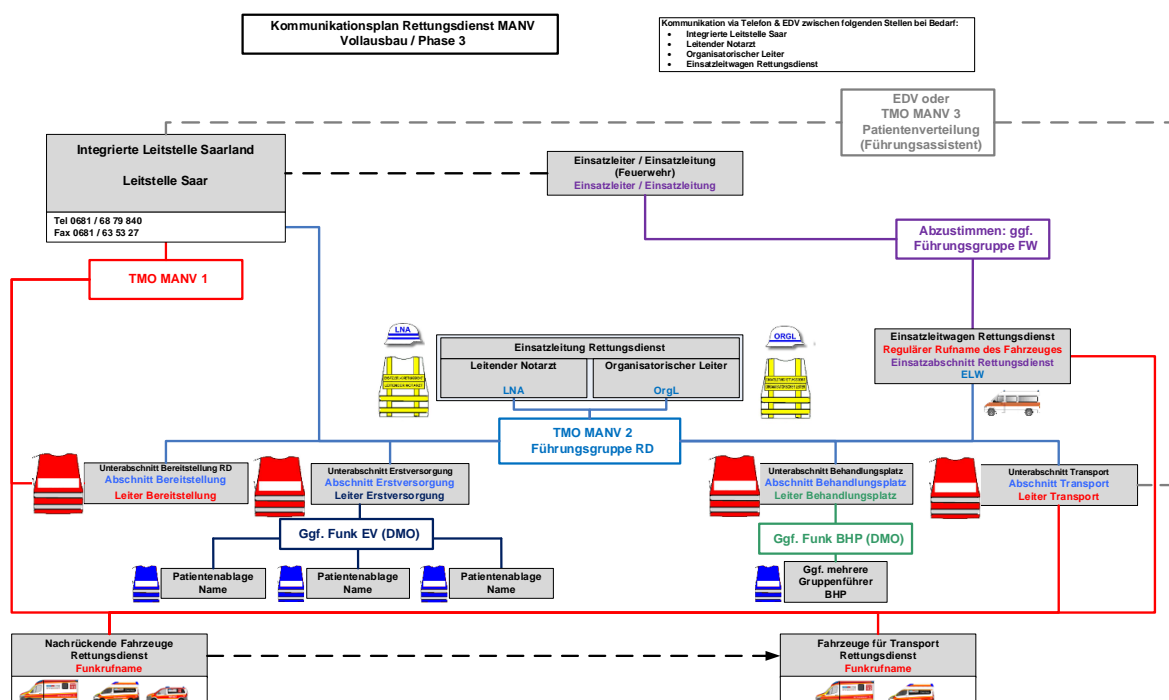


### 5.3. Phase 3 – Vollausbau der Kommunikationsstruktur bei großem Einsatz

Kommt es zu einem umfassenden rettungsdienstlichen Einsatz so ist vorgesehen, dass die in der Phase 2 etablierte Kommunikationsstruktur weiter aufwächst.

- Zur Unterstützung der ELRD vor Ort und Bündelung der Kommunikation im Einsatzabschnitt Rettungsdienst ist die Nutzung eines Einsatzleitwagens als Führungsmittel der ELRD vorgesehen. Dieser ist über Funk für die ILS sowie anfahrende Kräfte und Mittel auf der **Gruppe MANV 1 (TMO 6546)**, für die übergeordnete Einsatzleitung über eine vor **Ort festzulegende Gruppe** (bei Bedarf unterstützt über einen Verbinder) und in der **Führungsgruppe MANV 2 (TMO 6547)** zu erreichen. Weiterhin ermöglicht er Kommunikationswege über Telefon, Fax und EDV.
- Sollte es zu Aufbau und Betrieb eines Behandlungsplatzes (BHP) kommen, so erfolgt die Kommunikation innerhalb des BHP über die Gruppe **604\_R DMO 604**. Der Leiter des BHP verfügt zusätzlich über ein Gerät in der **Führungsgruppe MANV 2 (TMO 6547)** über das er der zentrale Ansprechpunkt des BHP ist.
- Sofern die konkrete Verteilung der einzelnen Patienten auf Klinikkapazitäten nicht über digitale Systeme erfolgt, kann die ILS diesen Bereich auf die **Gruppe TMO MANV 3 Kurzwahl 6548** auslagern.
- Sollte es auf Grund von besonderen Gegebenheiten erforderlich sein, dass zwischen der ELRD vor Ort und der ILS eine direkte und vertrauliche Kommunikation unter Umgehung der etablierten Kommunikationsstrukturen aufzubauen, können hierfür die vorhandenen Diensthandys genutzt werden. Aufgrund des so sehr leicht möglichen Informations- & Dokumentationsverlust wird empfohlen diese Option in jedem Einzelfall kritisch zu prüfen und bei Anwendung sich diese Risiken zu vergegenwärtigen.
- Im Vollausbau der Funkkommunikation sind somit folgende Gruppen vorgesehen:

Kurzwahl	Gruppe	Beschreibung	Teilnehmer
<b>TMO 6546</b>	<b>MANV 1</b>	Allgemeine RD Gruppe des Einsatzes	ILS, ELW, Leiter BR, Leiter Transport, Rettungsmittel
<b>TMO 6547</b>	<b>MANV 2</b>	Führungsgruppe RD	ELRD, ELW, Abschnitsleiter
<b>TMO 6548</b>	<b>MANV 3</b>	Patientenverteilung	ILS, Leiter Transport
<b>DMO 603</b>	<b>603_R</b>	Abschnitt Erstversorgung	Leiter Erstversorgung & Patientenablagen
<b>DMO 604</b>	<b>604_R</b>	Abschnitt Behandlungsplatz	Leiter BHP & Behandlungsplatz
<b>Vor Ort abzustimmen</b>		Kommunikation zur EL	Einsatzleitung, ELW-RD, etc.





## 6. Registrierung und Dokumentation

### 6.1. Grundsätzliches

Eine Registrierung aller Patienten bei einem MANV ist zwingend erforderlich, um zum einen die Angehörigen bzw. zum Teil auch die Ermittlungsbehörden über den Verbleib eines Patienten unterrichten zu können, zum anderen aber auch eine ordnungsgemäße Dokumentation des Rettungsdiensteinsatzes zu ermöglichen.

**Eine Registrierung darf jedoch niemals eine notwendige medizinische Versorgung behindern oder verzögern!**

Aus diesem Grund erfolgt die Registrierung gemäß vorliegendem MANV-Konzept nicht im Bereich der Sichtung, sondern erst zu einem geeigneten Zeitpunkt oder aber spätestens beim Transport in ein Krankenhaus.

### 6.2. Zählen bei der Vorsichtung und in den Patientenablagen

Im Rahmen der Vorsichtung erfolgt lediglich eine Zählung der Patienten, um für die Planung des weiteren Einsatzes sowie der erforderlichen Ressourcen wie auch für eine Rückmeldung an die Leitstelle eine Patientenzahl zu ermitteln. Auf den RTW und NEF stehen die für die Führung der Patientenablage entsprechenden Vordrucke zur Verfügung.

### 6.3. Arbeitsblatt Leitung Erstversorgung

Um diese Zahlen in der Großen Lage aus ggf. mehreren Patientenablagen geordnet zusammenzuführen, steht auf den NEF für die Leitung Erstversorgung ein Arbeitsblatt zur Verfügung. Hierauf können die Zahlen von bis zu drei Patientenablagen geordnet und im zeitlichen Verlauf erfasst werden, sodass jederzeit ein Überblick über den eigenen Verantwortungsbereich gegeben ist.

Anhand der so gewonnen Daten ist auch die gezielte Zuweisung nachrückender Kräfte in Patientenablagen mit dem aktuell größten Bedarf möglich. Weiterhin sollen auch Daten wie „Erstversorgung sichergestellt?“, „Anzahl Rote mit Transportpriorität“ sowie mit „Bedarf Maximalversorger“ festgehalten werden.

### 6.4. Patientenanhängekarte

Alle saarländischen NEF / RTH, die ELRD sowie die GW-Rett führen 20 bzw. 50 vornummerierte Patientenanhängekarten mit. Diese dienen der individuellen Dokumentation des Patienten, seines Gesundheitszustands und den getroffenen Maßnahmen, vergleichbar dem Rettungsdienstprotokoll im Individualeinsatz. Sie sind im Laufe der Behandlung möglichst vollständig auszufüllen, jedoch gilt auch hier der oben genannte Grundsatz, dass Behandlung immer vor Dokumentation steht. Die Patientenanhängekarten verbleiben, mit Ausnahme einer Ausfertigung der innenliegenden Suchdienstkarte, auch beim Abtransport beim Patienten.

### 6.5. Übersicht Rettungsmittel

Als Arbeitshilfe für die Leitung Bereitstellung wird auf alle saarländischen RTW und NEF ein entsprechender Vordruck vorgehalten.

### 6.6. Registrierung bei Transport

Vor dem Verlassen der Einsatzstelle ist eine Registrierung jedes Patienten unbedingt erforderlich. Diese erfolgt spätestens im Bereich der Übergabe des Patienten an ein entsprechendes Rettungsmittel. Hierbei werden nach Möglichkeit Name, Adresse, Geburtsdatum sowie Verbleib des Patienten festgehalten.

In Ausnahmefällen, in denen eine akute Operationsindikation einen sofortigen Transport erforderlich macht, kann die Erfassung dieser Mindestdaten auch auf der Fahrt bzw. bei Übergabe im Krankenhaus erfolgen. In diesem Fall sind diese Daten unbedingt der Leitstelle zu übermitteln, die sie entsprechend der Registrierung aller Patienten hinzufügt.

## 7. Anlagen

### 7.1. Arbeitsblatt – Patientenablage

Arbeitsblatt Patientenablage																					
Bezeichnung der Patientenablage										Meldung jeweils zur vollen Viertelstunde					Seite		Version: 1.0 Stand: 04/2023 Vorlage nach: F. Brüne				
<b>Patientenübersicht</b>										<b>Kräfte IST</b>					<b>Kräfte SOLL</b>					<b>Besonderheiten</b>	
<b>I</b>	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Transportpriorität				
	6	7	8	9	10	NotSan	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
<b>II</b>	1	2	3	4	5		6	7	8	9	10	6	7	8	9	10			NA-Begleitung		
	6	7	8	9	10	RS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
<b>III</b>	1	2	3	4	5	SAN	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10	Pat. für Maximalvers.				
	6	7	8	9	10		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
	11	12	13	14	15		6	7	8	9	10	6	7	8	9	10					
<b>B</b>	1	2	3	4	5	Sonstige															
	6	7	8	9	10																
<b>EX</b>	1	2	3	4	5																
<b>Bemerkungen</b>																					


## 7.2. Arbeitsblatt – Leitung Erstversorgung

<b>Arbeitsblatt Leitung Erstversorgung</b>										Ggf. weitere Bezeichnung	
Datum			Blattnummer			Einsatzort				 <small>Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saar Version: ENTWURF (05.08.2022)</small>	
Bezeichnung Patientenablage / Führung										Erstversorgung sichergestellt? <small>Uhrzeit</small>	
<b>Zeit:</b>	X	X + 15	X + 30	X + 45	X + 60	X + 75	X + 90	X + 105	Patienten mit Transportprio? <small>Anzahl</small>		
<b>I</b>									Bedarf Maximalversorger? <small>Anzahl</small>		
<b>II</b>									Notizen		
<b>III</b>											
<b>Σ</b>	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe			
Unverl.											
<b>EX</b>											
<b>NA</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
<b>NotSan</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
<b>RS</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
Bezeichnung Patientenablage / Führung										Erstversorgung sichergestellt? <small>Uhrzeit</small>	
<b>Zeit:</b>	X	X + 15	X + 30	X + 45	X + 60	X + 75	X + 90	X + 105	Patienten mit Transportprio? <small>Anzahl</small>		
<b>I</b>									Bedarf Maximalversorger? <small>Anzahl</small>		
<b>II</b>									Notizen		
<b>III</b>											
<b>Σ</b>	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe			
Unverl.											
<b>EX</b>											
<b>NA</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
<b>NotSan</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
<b>RS</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
Bezeichnung Patientenablage / Führung										Erstversorgung sichergestellt? <small>Uhrzeit</small>	
<b>Zeit:</b>	X	X + 15	X + 30	X + 45	X + 60	X + 75	X + 90	X + 105	Patienten mit Transportprio? <small>Anzahl</small>		
<b>I</b>									Bedarf Maximalversorger? <small>Anzahl</small>		
<b>II</b>									Notizen		
<b>III</b>											
<b>Σ</b>	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe			
Unverl.											
<b>EX</b>											
<b>NA</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
<b>NotSan</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			
<b>RS</b>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>	S <sub>oll</sub> / I <sub>st</sub>			

### 7.3. Arbeitsblatt – Bereitstellungsraum RD

Rahmenkonzept MANV  
Anlage 4-2 – Übersicht Bereitstellungsraum RD

Leitung:

  
 Zweckverband für Rettungsdienst  
und Feuerwehralarmierung Saar

Örtlichkeit Bereitstellungsraum RD: \_\_\_\_\_

	NEF	RTW	KTW	RTH	MTW / Pkw
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

**Sonderfahrzeuge**

**ELRD / LuK**  

OrgL

LNA

ELW

**GW-Rett**

Bemerkungen

Je Feld Funkrufnummer od. Bezeichnung eintragen.  
Aus dem Bereitstellungsraum abgerufene Fahrzeuge einfach durchstreichen.

Stand: 04/2023
Version 2.0
Seite \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

## 7.4. Arbeitsblatt – Transportdokumentation

Rahmenkonzept MANV

Transportdokumentation

Fahrzeug

Datum	Uhrzeit	Einsatzort	Name OrgL	Registrierungsstelle

Übersicht geführt von: \_\_\_\_\_
Seite \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

## Literaturverzeichnis

BBK. (2019). 8. *Sichtungs-Konsensus-Konferenz*. Ahrweiler: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.

Bubser, F., Callies, A., Schreiber, J., & Grüneisen, U. (August 2014). PRIOR: Vorsichtungssystem für Rettungsassistenten und Notfallsanitäter. *Rettungsdienst*, S. 30-34.

KHAlarmplanVO. (14. März 2016). *Verordnung zur Alarm- und Einsatzplanung zur Vorsorge bei Notfällen, Notfallereignissen mit einer größeren Anzahl von Verletzten oder Kranken, Großschadenslagen und Katastrophen in saarländischen Krankenhäusern*. Saarland: Amtsblatt I 2016, 206.